



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ANA KAREN BELTRÁN CASTILLO

TUTORA PRINCIPAL: Dra. Noemí Díaz Marroquín (Facultad de Psicología)

**COMITÉ TUTORAL: Mtro. Flavio Sifuentes Martínez (Facultad de Psicología)
Mtra. Ana María Menéndez Romero (Facultad de Psicología)
Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés (Facultad de Psicología)
Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez (Facultad de Psicología)**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

ÍNDICE	II
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	3
CAPITULO 1.	4
ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.	4
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	4
1.1.1 La familia.....	4
1.1.2 Población	5
1.1.3. Hogares y vivienda.....	7
1.1.4. Salud	9
1.1.5. Educación.....	13
1.1.6. Economía	15
1.1.7. Pobreza	18
1.1.8. Violencia	21
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.....	24
1.3 Cuadro de familias atendidas	29
CAPITULO 2	39
MARCO TEÓRICO	39
2.1 Modelo (s) que guiaron los casos clínicos	39
2.1.1. Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI	39
2.1.2. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.	50
2.1.3. Análisis y discusión del tema (s) que sustentan los casos clínicos	61
CAPITULO 3	69
CASOS CLÍNICOS	69
3.1. CASO 1: Familia D	69
3.1.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica.....	86
Análisis del sistema terapéutico total	94
3.2. CASO 2: Familia G	96
3.2.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica.....	104
Estrategias de intervención	106

Análisis del sistema terapéutico total	113
Reflexiones	114
CAPITULO 4	116
CONSIDERACIONES FINALES.....	116
4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas.....	116
<i>Teórico conceptual</i>	117
Clínicas.....	119
Investigación.....	119
Difusión, prevención	126
Ética y compromiso social.	127
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.....	131
Utopía.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	137
Anexo 1. Escala Estilos de Apego.....	137
ESCALA ESTILOS DE APEGO	137
Anexo 2. Escala de Cercanía	138
ESCALA CERCANÍA.....	138
Anexo 3. Estudio exploratorio-Estrategias de Manejo de Conflicto	139
ESTUDIO EXPLORATORIO-ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONFLICTO	139
Anexo 4. Escala Estrategias de Manejo de Conflicto	140
ESCALA ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONFLICTO	140

El sufrimiento del hombre no se debe a la falta de certidumbres, sino a la de la confianza. Hemos perdido la confianza en el mundo, y como perdimos la confianza queremos control, y como queremos control queremos certidumbres, y como queremos certidumbres no reflexionamos...

Humberto Maturana

DEDICATORIA

Este reporte está dedicado a todas aquellas personas que sin saberlo me han hecho mejor persona, ya que a su lado han enriquecido mi vida. A mis padres Sofía y David por haberme guiado en la vida, ha sido un privilegio ser su hija. A mis hermanos Aarón y Erick quienes han sido pilares importantes en mi motivación, por estar conmigo en todo momento. También lo dedico a Miguel Pastrana, por apoyarme incondicionalmente, por ser el motor en mis sueños personales y profesionales, por aplaudir mis logros y por compartir su vida a mi lado, planeando juntos un viaje inolvidable. A todos ellos les agradezco infinitamente su apoyo y por creer en mí.

AGRADECIMIENTOS

Quiero ofrecer mi gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por darme la oportunidad de formarme como terapeuta y como persona. A CONACYT por brindarme su apoyo cada mes. Con ellos estaré agradecida y comprometida en ejercer mi profesión.

A las familias mexicanas en especial a las personas que me permitieron acompañarlos en su proceso terapéutico, compartiendo su experiencia de vida durante la maestría.

A Julia, Lilia, César, Enrique y Alejandra por compartir en este viaje académico, sus experiencias, sonrisas, recuerdos y reflexiones como profesionales y como amigos.

A mi amiga, compañera y hermana de vida Alma Mendoza por apoyar mis metas como la maestría, y por haber fortalecido nuestra amistad durante quince años. A mis amistades Nayeli, Paola, Dulce, Xauluen y Memo, por apoyarme en esta travesía.

A la familia Pastrana González por sus consejos, por compartir sus conocimientos como colegas y por confiar en mí.

Agradezco a todos los supervisores de la Residencia en Terapia Familiar por compartir su experiencia, conocimientos clínicos y su tiempo, para nutrir mis procesos como terapeuta y como persona.

A la Dra. Luz María Rocha Jiménez, quien me entrevistó para el ingreso a la Residencia en Terapia Familiar, además fue mi tutora durante la primera mitad de la maestría.

Un sincero agradecimiento a la Dra. Noemí Diaz Marroquín por acogerme como tutora en la segunda mitad de la maestría y como supervisora de uno de los casos reportados en este documento. Por lo tanto, agradezco su apoyo en la culminación de la residencia.

Al Mtro. Flavio Sifuentes le agradezco que haya influido en mi persona del terapeuta, además por el tiempo brindado en esta revisión y como supervisor durante la maestría.

A la Mtra. Ana María Menéndez Romero por brindarme una grata experiencia en el Hospital Psiquiátrico Infantil. El estar a su lado como coterapeuta y supervisora fue un apoyo esencial para mi formación como terapeuta familiar.

Finalmente, mi profundo agradecimiento al comité tutorial, por haber aceptado ser parte de este reporte. Aportando nuevos cuestionamientos, ideas y reflexiones que hicieron posible la conclusión de mi experiencia en la maestría en Terapia Familiar.

RESUMEN

El presente trabajo refleja la experiencia y conocimientos profesionales adquiridos en el proceso de formación de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar ofrecida por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este documento está conformado por cuatro capítulos, en donde se presenta en el primer capítulo, un análisis psicosocial de las familias en México, considerando las principales problemáticas que presentan hoy en día.

En el segundo y tercer capítulo se desarrollan los modelos sistémicos terapéuticos: Terapia Breve Centrado en el Problema y Terapia Breve Centrado en Soluciones; los cuales sustentaron los dos casos presentados, exponiendo el proceso terapéutico y las estrategias utilizadas que guiaron las intervenciones.

Ambos casos se analizan bajo el tema “Los efectos psicológicos de la violencia en la familia”, que conllevó en ambos casos a fortalecer sus recursos familiares, para ampliar sus posibilidades de cambio a partir de la crisis.

En el último capítulo, se mencionan algunas reflexiones sobre la práctica y la elaboración de un análisis considerando la ética y al terapeuta dentro del campo profesional. Además, se exponen las competencias y habilidades adquiridas durante la formación mediante la aplicación de proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa, la traducción del Italiano al Español del artículo de Paolo Bertrando llamado “La caja vacía. Usos de la teoría sistémica” y la organización de un curso “Terapia Familiar: alcances y aplicaciones” en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Palabras Clave: terapia familiar, terapia breve, problema, soluciones, violencia.

CAPITULO 1.

ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Para analizar el contexto de la terapia familiar, es necesario primero definir a la familia desde diferentes autores, con distintas perspectivas. Según Andolfi (1985) concibe a la familia como “un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior”.

1.1.1 La familia

Minuchin (1979) define a la familia como una entidad social en la que los individuos enfrentan una serie de tareas las cuales cambian de acuerdo a los patrones culturales, pero que independientemente de estos patrones, las familias tienen aspectos compartidos universalmente. Además, menciona que la convivencia en grupos es inherente al ser humano, puesto que es a través de ellos que garantiza una mayor sobrevivencia; opera dentro de un contexto social específico, es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, se desarrolla a través de etapas que le exigen reestructuración y se adapta a las circunstancias para mantener continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de sus miembros.

Macías (2004) señala que la familia es un grupo de adscripción natural y/o pertenecía primaria, de convivencia con o sin lazos de consanguinidad, en el que se comparte la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios, generalmente bajo el mismo techo, y que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, que permite o facilita la subsistencia de sus miembros y el desarrollo de sus potencialidades. Macías sostiene que las funciones psicosociales de la familia son:

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales.
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
5. Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
6. Estimula el aprendizaje y la creatividad.
7. Transmite valores, ideología y cultura.

La familia es un elemento esencial para el desarrollo del individuo, de manera específica la familia mexicana, dependiente de la estructura social global de la que recibe sus características propias, así como sus diversos valores; de modo que la modificación y la variedad macroestructural por lo general determina el tipo y el cambio de la vida familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001).

A continuación, se presentan algunas estadísticas de pobreza, economía, población, educación, salud, hogares, vivienda y violencia, basadas en las fechas censales especificadas en cada apartado según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), el Banco Mundial y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

1.1.2 Población

La Encuesta Intercensal 2015 se llevó a cabo con la finalidad de actualizar la información sociodemográfica a la mitad del periodo comprendido entre el Censo de 2010 y el que habrá de realizarse en 2020. Aborda temas presentes en los últimos censos y guarda comparabilidad con ellos, pero también incorpora temas de reciente interés entre los usuarios.

Con un tamaño de muestra esperado de 6.1 millones de viviendas, permitió proporcionar información a nivel nacional, entidad federativa, municipio y para cada una de las localidades con 50 mil o más habitantes, referida al 15 de marzo de 2015.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) estima que, hasta el 15 de marzo de 2015, en México, la población residente en viviendas particulares habitadas es de 119 millones 530 mil 753. Dentro de los cuales por cada 100 mujeres hay 94 hombres, es decir, que existen 58 millones 056 mil 133 de hombres (48.6%) y 61 millones 474 mil 620 de mujeres (51.4%). En la Figura 1 se muestra como está compuesta la población de acuerdo a la edad, en el año 2000, 2010 y 2015.

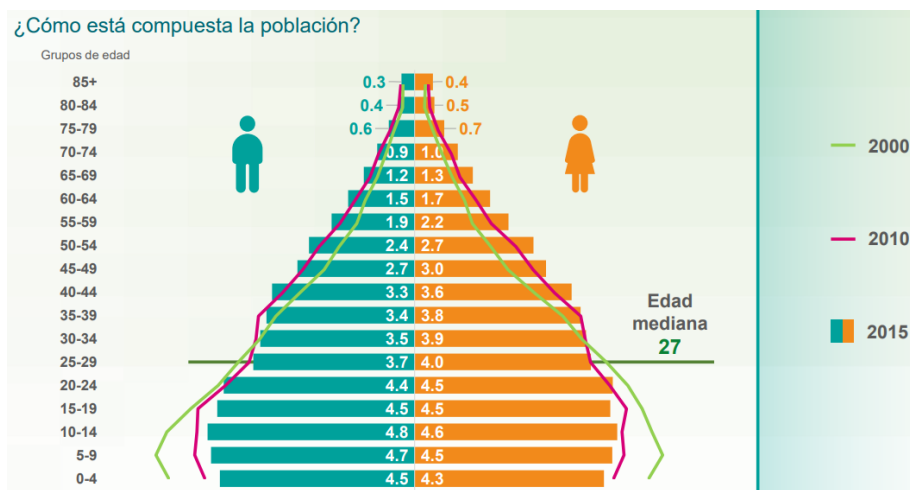


Figura 1. Población en México por edad.¹

Otro fenómeno registrado por el INEGI (2015) es la tendencia gradual ascendente en la esperanza de vida. Que dentro de los municipios o delegaciones con más población de 65 años y más son:

- Iztapalapa, Ciudad de México, con 144 mil 614 habitantes.
- Guadalajara, Jalisco, con 138 mil 867 habitantes.
- Gustavo A. Madero, Ciudad de México, con 128 mil 877 habitantes
- Puebla, Puebla, con 115 mil 435 habitantes.

Otro indicador del año 2015 estima que en la Ciudad de México la población es de 8 millones 918 mil 653 habitantes.

El indicador de natalidad o de la población con acta de nacimiento, es del 97.9% de la población total, es decir que 1 de cada 100 personas del país declaró no contar con un documento de identidad. Es decir que el 6.6% de los niños y niñas que nacen en México, no son registrados antes de cumplir el primer año de vida.²

Fecundidad

ENADID (2014) proyecta que los niveles de fecundidad en el país han mantenido un descenso constante desde finales de la década de 1960, en la cual la tasa global de fecundidad fue de siete hijos por mujer; actualmente, es de 2.21 (estimada para el trienio 2011 a 2013). La tasa de fecundidad por edad, indica que en el trienio de 2011 a 2013, el grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que presenta el nivel más alto, con 126 nacidos vivos por cada 1

¹ <http://www.inegi.org.mx/>

² <https://www.unicef.org/es>

000 mujeres. Destaca que en el mismo periodo de análisis ocurren 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) las mujeres de 15 a 49 años tenían un promedio de 2.3 hijos y la tasa de fecundidad adolescente aumento del 2009 al 2014 un 10%. Cabe mencionar como dato relevante, que la Ciudad de México es la entidad con menor fecundidad con 1.6 hijos por mujer. Y Chiapas como la entidad con mayor fecundidad, arrojando un resultado de 3 hijos por mujer.

1.1.3. Hogares y vivienda

De acuerdo con la ENIGH (2016) tenemos en México un total de 33 millones 462 mil 598 hogares, en los que el promedio de integrantes del hogar económicamente activos es de 1.74, y la edad promedio del jefe o jefa es de 49.2 años. Para términos más concretos Jefatura del hogar ³ se define como la persona reconocida jerárquicamente por los integrantes del hogar y que cuenta con un mayor margen para la toma de decisiones, en particular con aquellas relacionadas con el uso de recursos y de activos. Para efectos del sistema se utilizó la jefatura del hogar declarada por la persona informante al momento de la entrevista. Así también dentro de un hogar puede identificarse la jefatura económica referida a quien es él o la integrante del hogar que aporta la mayor parte del ingreso del hogar o que es titular de la mayor parte de los activos de la unidad doméstica. Actualmente, alrededor de una cuarta parte de los hogares cuentan con jefatura femenina declarada. Al considerarse la jefatura económica, esta proporción se incrementa en tanto que alrededor de la tercera parte de los hogares son de jefatura femenina. Como se observa, existen discrepancias cuando se compara la jefatura declarada con la jefatura económica, y éstas son más frecuentes en hogares donde la persona perceptora principal de ingreso es una mujer y la jefatura declarada es masculina. Esto parece estar reflejando la prevalencia de roles de género que asignan a los hombres como las cabezas de los hogares en la mayor parte del país.

En términos de la jefatura declarada, en 2016 por cada 100 hogares con jefatura masculina 38 hogares declararon jefatura femenina indistintamente de su condición de pobreza. La relación de hogares con jefatura femenina declarada aumenta conforme se incrementa la edad de las/los jefas/es de hogar, entre otras razones debido a una esperanza de vida mayor para las mujeres respecto de los hombres. En 2016 hubo 63 hogares con jefas de hogar por cada 100 hogares con jefes en edades de 65 años o más. En cuanto a las características de los hogares con una mujer como jefa, casi la mitad de la población de los hogares con jefatura femenina pertenece a hogares de tipo

³ Acosta, F. 2009. Hogares más pobres con jefaturas femeninas. Revista Demos, UNAM; y Echarri, C. 1995. Hogares y familias en México: una aproximación a su análisis mediante encuestas por muestreo. Revista Estudios Demográficos y Urbanos, 10 (2), pp. 245-293. El Colegio de México

ampliado o extenso. Esta tendencia aumenta cuando las jefas de hogar presentan condición de pobreza. En cambio, la población en hogares con jefatura masculina se concentró en los de tipo nuclear. Los hogares con jefatura femenina suelen tener un número mayor de integrantes de la población infantil y adulta mayor. En los hogares ampliados con jefas de hogar se presenta mayor dependencia demográfica respecto al mismo tipo con jefatura masculina. Los hogares con jefatura femenina se asocian también con mayor vulnerabilidad sociodemográfica e incluso mayores porcentajes de pobreza.

Actualmente, alrededor de una cuarta parte de los hogares cuentan con jefatura femenina. Los hogares con jefatura femenina suelen tener un mayor número de integrantes de la población infantil y adulta mayor. En los hogares ampliados con jefas de hogar se presenta mayor dependencia demográfica respecto al mismo tipo con jefatura masculina. Los hogares con jefatura femenina se asocian también con mayor vulnerabilidad sociodemográfica e incluso mayores porcentajes de pobreza.⁴

Según el INEGI (2015) la jefatura femenina aumento 4 punto porcentuales entre 2010 y 2015, en el que reporta un 29% en el año 2015, es decir, 9 millones 266 mil 211 mujeres, y en la Ciudad de México existe un 35.7% de hogares con jefatura femenina.

VIVIENDA

De acuerdo al INEGI (2015) 71 de cada 100 menores de 18 años (70.7%) residen con sus padres. El 16.5% vive solo con la madre (89.9% el padre no vive con ellos), el 1.5% vive solo con el padre (80.4% la madre no vive con ellos) y el 3.7% no vive con sus padres.

La cantidad de personas que carece de servicios básicos en la vivienda en el año 2016 reportado por el CONEVAL es de 23.7 millones. Por otro lado el INEGI (2015) indica que el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.7 personas, en específico en la Ciudad de México con un promedio de 3.4 ocupantes por vivienda.

⁴ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

Las condiciones materiales de la vivienda afectan la calidad de vida de sus habitantes de múltiples maneras, desde la preservación de la salud física y mental, hasta la carga de trabajo que implica su mantenimiento, el cual recae predominantemente en las mujeres como resultado de los roles de género y la división sexual del trabajo, dando como consecuencia que sea en las mujeres en quienes recae en mayor medida el trabajo de la reproducción del hogar y las decisiones relacionadas con el hogar.

La precariedad de las viviendas es predeciblemente mayor entre la población en pobreza, y ligeramente más acentuada entre los hogares dirigidos por hombres. En 2016, 9.9 por ciento de los hogares con jefatura masculina presentaron carencia en calidad y espacios de la vivienda, mientras que 8.4 por ciento de los hogares con jefatura femenina presentaron esta carencia. No obstante, cabe decir que, en términos de la evolución de esta carencia de 2010 a 2016, los hogares con jefatura masculina han presentado una mayor disminución respecto de los hogares encabezados por una mujer.⁵

ALIMENTACIÓN

La mayor parte de los hogares en seguridad alimentaria son dirigidos por hombres, mientras que los hogares dirigidos por sus contrapartes femeninas experimentan mayores niveles de inseguridad alimentaria. Algunos factores que operan en contra de las mujeres que encabezan hogares con carencia por acceso a la alimentación podrían encontrarse, por ejemplo, en el tipo de inserción en el mercado laboral -cuando se trata de empleos precarios-, así como en el tipo de hogar, los cuáles tienden a ser ampliados, de mayor tamaño y con razones de dependencia demográfica mayores.⁶

1.1.4. Salud

En el año 2016 el CONEVAL reporta que 19.1 millones de personas carece de acceso al algún servicio de salud. La carencia por acceso a servicios de salud es la privación social que más se redujo en el periodo de análisis: entre 2010-2016 la población no derechohabiente disminuyó 13.7 puntos porcentuales. Las mujeres son quienes más se han beneficiadas por el avance para superar dicha carencia. Sin embargo, este avance no es suficiente para erradicar las inequidades de género dado que el acceso principal de las mujeres a los servicios de salud es a través de otros

⁵ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

⁶ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

familiares que les transfieren el beneficio, sin importar si se trata de mujeres en condición de pobreza o no, lo que las ubica en una situación de dependencia y vulnerabilidad que condiciona su ejercicio del derecho a la protección a la salud.⁷

La afiliación a servicios médicos es un elemento básico para que el Estado garantice el derecho a la protección de la salud de la población. Un buen estado de salud favorece la conservación del buen estado físico y mental de las personas, y disminuye el riesgo de las familias de enfrentar una enfermedad o un accidente que pudiera comprometer el patrimonio familiar.

El acceso por institución de salud diferenciado por sexo refleja que las mujeres tienen mayor presencia en la afiliación al Seguro Popular, situación que aumenta para las mujeres en pobreza: en 2016, 8 de cada 10 de ellas que cuentan con acceso a alguna institución de salud registran su afiliación al Seguro Popular, comparado con 3 de cada 10 entre las mujeres no pobres.

Seguridad social

La inclusión de las mujeres en el mercado laboral remunerado presenta inequidades frente a las condiciones que presentan los hombres, situación que se refleja en el acceso diferenciado a la seguridad social como prestación del trabajo. Dadas las características de inserción de las mujeres al mercado laboral remunerado, en 2016 por cada 100 hombres ocupados que contaban con los beneficios de la seguridad social por su trabajo, 62 mujeres ocupadas se encontraban en la misma situación. Este indicador prácticamente se ha mantenido constante desde 2010. La brecha se acentúa entre la población con condición de pobreza: en 2016, por cada 100 hombres ocupados que contaban con seguridad social, 49 mujeres ocupadas tenían acceso. A partir de lo anterior, es posible observar una manifestación clara del proceso de acumulación de desventajas que propicia y alimenta a la pobreza. De acuerdo con los resultados de 2016, entre la población adulta mayor en condición de pobreza prácticamente ninguna mujer ha cotizado en alguna institución de seguridad social y no contará –al menos de manera directa– con una pensión ni con los servicios de salud asociados a la protección social. Además, es importante mencionar que la brecha de género en este indicador se acrecentó de 2010 a 2016.⁸

⁷ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

⁸ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

De acuerdo al INEGI en el año 2010 un 64.6% de la población contaba con algún servicio de salud y en el año 2015 98 millones 224 mil 540 personas se encuentran afiliadas o tienen servicio de salud, representando un 82.2% de la población, divididos en distintas instituciones que en la Figura 2 se muestran con claridad.



Figura 2. Personas afiliadas o con servicio de salud

Salud en la infancia⁹

En 1990, de cada mil niños nacidos vivos, 41 morían antes de cumplir los 5 años de edad. Para el 2014, por cada mil nacidos vivos, se registraron 15.1 muertes. Esta cifra representa una disminución del 63%, sin embargo, aún es alta ya que muchas de estas muertes siguen siendo por causas prevenibles.

La reducción de la mortalidad infantil en México es resultado en gran medida de los esfuerzos nacionales en el área de vacunación y de combate a la malnutrición. En el 2013, el Programa Universal de Vacunación alcanzó al 88.91% de los niños de un año y al 97.8% de los niños entre 1 y cuatro años.

Por otro lado, la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años disminuyó de 10.8% en 1988, a 2.8 en el 2012; y el porcentaje de niños con baja talla para su edad, fue de 26.9 en 1988 y 13.6 en 2012.

Aunque esta prevalencia ha disminuido a la mitad, aún indica que 1.5 millones de niños y niñas menores de 5 años se encuentran en desnutrición crónica. En el caso de los niños de 0 a 5 años que habitan en hogares indígenas, la prevalencia de desnutrición crónica es de 33.1 comparada con el 11.7 de los hogares no indígenas.

⁹ <https://www.unicef.org/es>

Aunque la lactancia materna es el mejor alimento y la mejor vacuna que pueda existir, en México, en 2012, sólo el 38% de los recién nacidos fueron alimentados con leche materna durante la primera hora de vida, y tan sólo 14% recibieron leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses, la tasa más baja en toda América Latina.

Salud mental

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, cuyo lema en el año 2017 fue *La salud mental en el lugar de trabajo*. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general.¹⁰

Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias

La población objeto del trabajo de la OMS en salud mental y apoyo psicosocial, en las situaciones de emergencias, es cualquier población expuesta a factores estresantes extremos, como los refugiados, las personas con desplazamiento forzoso en su propio país, los sobrevivientes de desastres, las poblaciones expuestas a la guerra, al terrorismo o al genocidio.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS reconoce que el número de personas expuestas a los factores estresantes extremos es grande y que la exposición a estos factores estresantes extremos es un factor de riesgo para los problemas sociales y de salud mental. El trabajo del Departamento sobre la salud mental en las emergencias se centra principalmente en los países de escasos recursos, donde viven la mayoría de las poblaciones expuestas a los desastres y la guerra.¹¹

Los objetivos del Departamento, con respecto a los aspectos mentales y sociales de la salud de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos son:

- ser un recurso en cuanto al asesoramiento técnico para la política y las actividades de campo para las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales;

¹⁰ http://www.who.int/mental_health/es/

¹¹ http://www.who.int/mental_health/emergencias/es/

- proporcionar el liderazgo y la orientación para mejorar la política y las intervenciones en el terreno;
- facilitar la generación de una base de datos basados en la evidencia para las actividades de campo y la política en la comunidad y a nivel del sistema de salud.

Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)¹²

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos.

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental ofrece a los planificadores de salud, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias coherentes. Identifica estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados.

1.1.5. Educación

La educación es un factor esencial para el desarrollo humano de las personas y para poder lograr su integración social. De 2010 a 2016, la brecha en el rezago educativo entre jefes y jefas de hogar ha disminuido; no obstante, las mujeres presentan niveles de rezago más altos que los hombres, sobre todo si están en condición de pobreza, aunque entre los más jóvenes las brechas se reducen. En 2016, la brecha educativa entre ambos sexos se ubicó en 6.5 puntos porcentuales.¹³

En materia de educación, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016) reporta que 21.3 millones de personas tienen rezago educativo en México. La población analfabeta de 15

¹² http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

¹³ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

años y más ha disminuido poco más de medio millón entre 2010 y 2015, dando un total de 4 millones 749 mil 057 personas en el que 38.5% son hombres y 61.5% son mujeres.

La tasa nacional de analfabetismo registrada en 2015 en la población en edad escolar (6 a 11 años), fue del 5.7%, cifra que corresponde a un 19.2% de población indígena y a un 25% de población hablante de lengua indígena. Adicionalmente, 59.6% de las escuelas de educación básica contaban, en 2015, con maestros que hablaban lenguas indígenas, poniendo en riesgo la equidad en el acceso a una educación básica de calidad.¹⁴

La baja calidad de la enseñanza de muchas escuelas, es en parte también resultado del bajo nivel de inversión educativa en el país. En México se invierte por estudiante en primaria \$11,400 pesos corrientes al año, el más bajo entre todos los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

En la figura 3 se muestra quienes están cursando el nivel que les corresponde de acuerdo con su edad.



Figura 3. ¿Quiénes están cursando el nivel que les corresponde de acuerdo con su edad?

En 2014, el 2.3% de los niños y niñas de entre 6 y 11 años de edad en el país, más de 357 mil niños y niñas, no asistieron a la escuela. La principal causa se relacionaba con la pobreza y el trabajo infantil.

¹⁴ <https://www.unicef.org/es>

1.1.6. Economía

El INEGI (2016), reporta las áreas en las que trabaja la población mexicana. Un 34.4% de la población trabaja en servicios de transporte, comunicación, profesionales, financieros, sociales, gobierno y otros, como se muestra en la Figura 4. Es decir, que la situación general es la siguiente: 73.2% son asalariados(as), 19.6% trabajadores(as) por cuenta propia, 3.2% patrones(as) o empleadores(as) y un 2.8% trabajadores(as) sin pago.

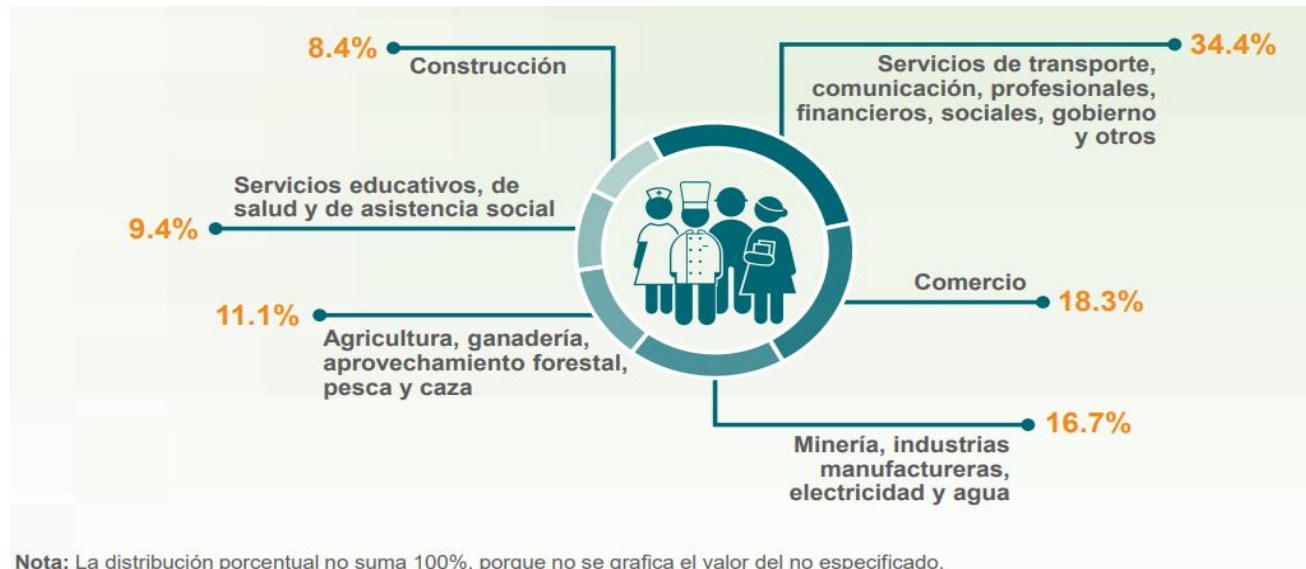


Figura 4. ¿En qué trabaja la población?

Ingreso

En cuanto a los ingresos laborales, las mujeres perciben remuneraciones más bajas que los hombres. Esta brecha es más acentuada en la población en situación de pobreza: en 2016 los datos muestran que las mujeres ganan una quinta parte menos que sus pares, aun cuando posean el mismo nivel educativo.¹⁵ La ENIGH (2016) estima que en los hogares un ingreso corriente total trimestral de 1.56 billones de pesos, en el que el ingreso por trabajo como principal fuente de ingreso en los hogares es de un 64.3% del ingreso total. Sin embargo, el ingreso corriente promedio trimestral por hogar resultó en 46 mil 521 pesos.

Trabajo remunerado

¹⁵ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

El CONEVAL (2016) expresa que las condiciones de precariedad referidas a los mercados laborales afectan a la población en formas diferenciadas de acuerdo con su sexo y condición de pobreza. Por ejemplo, el porcentaje de la población trabajadora sin contrato se presenta de manera importante en la población pobre indistintamente de su sexo, con alrededor del 80 por ciento en 2016; y el porcentaje de mujeres ocupadas con jornadas parciales asciende a 38.6 por ciento, mientras que en los hombres es de 16.5 por ciento.¹⁶

En general, las mujeres participan menos en actividades económicas remuneradas, sin importar su edad o condición de pobreza. En 2016, la brecha fue de 31.4 puntos porcentuales, que es sensiblemente menor entre la población no pobre. Aunque persisten condiciones de desigualdad de género en el mercado del trabajo remunerado, el análisis muestra que una mayor participación de las mujeres se asocia con menores niveles de pobreza, sobre todo en edades productivas. Las condiciones de precariedad referidas a los mercados laborales afectan a la población en formas diferenciadas de acuerdo a su sexo y condición de pobreza. Por ejemplo, el porcentaje de la población trabajadora sin contrato se presenta de manera importante en la población pobre indistintamente de su sexo, con alrededor del 80 por ciento en 2016; el porcentaje de mujeres ocupadas con jornadas parciales asciende a 38.6 por ciento, mientras que en los hombres es de 16.5 por ciento. Otro aspecto a destacar es la diferencia en la participación laboral de la población adolescente, la cual puede formar parte de las estrategias de subsistencia del hogar para obtener recursos, pese al riesgo de interrumpir la trayectoria educativa de la población adolescente. El mercado laboral se observa segregado. Poco más de la mitad de los hombres trabaja en ocupaciones predominantemente desempeñadas por ellos. En cambio, las mujeres se desempeñan tanto en actividades mixtas como feminizadas. Los datos de 2016 muestran que 64.7 por ciento de los hombres trabajadores se desempeñan en actividades masculinizadas. Por su parte, las mujeres continúan desde 2010 con prácticamente la misma presencia en actividades feminizadas con cerca de 40 por ciento y en actividades mixtas con alrededor del 50 por ciento. Además de las actividades fuera del hogar, generalmente las mujeres también dedican tiempo considerable a realizar actividades de cuidado y quehaceres domésticos, lo que les resta tiempo para la realización de trabajo remunerado.

Trabajo doméstico

El trabajo doméstico se define como el conjunto de actividades realizadas por los integrantes del hogar, sin recibir un pago por ello, para producir bienes y servicios destinados al uso y consumo del hogar, así como el funcionamiento y el mantenimiento de su infraestructura; en beneficio de los integrantes del hogar. Comprende la

¹⁶ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

producción doméstica, las tareas de cuidados y/o apoyo a personas dependientes; los quehaceres domésticos, la atención de niñas y niños, el cuidado de personas adultas mayores y/o personas enfermas, entre otras actividades cotidianas y de menos frecuencia en el ámbito del hogar.

El trabajo doméstico se considera trabajo no remunerado, por lo tanto, es una de las dimensiones en las que la desigualdad en las condiciones de vida de hombres y mujeres se expresa con mayor claridad, al evidenciar la sobrecarga de trabajo a la que están expuestas las mujeres. En promedio, las mujeres dedican a los quehaceres entre 12 y 17 horas semanales más que los hombres, y entre 5 y 14 horas semanales más al cuidado exclusivo y sin remuneración de otras personas, como menores, adultos mayores o enfermos, dentro o fuera del hogar.¹⁷ Esta sobrecarga de trabajo es aún mayor para las mujeres en condición de pobreza, lo cual puede deberse, por un lado, a su incapacidad económica para adquirir servicios domésticos y, por otro, a una mayor precariedad de las condiciones materiales de la vivienda y de sus servicios.¹⁸

A nivel mundial y sin excepción en México, existe el trabajo no remunerado¹⁹ que se define como aquel trabajo que se realiza sin ningún pago, es desarrollado en la esfera privada, es decir, el hogar y se relaciona directamente a las labores domésticas como el cuidado de niñas/os, ancianas/os, personas con discapacidad o personas enfermas. Éste se mide cuantificando el tiempo que una persona dedica a las labores domésticas y al trabajo de cuidado sin recibir ninguna remuneración. En la Figura 5 se muestra el tiempo promedio en horas dedicado a actividades no remuneradas a la semana.

¹⁷ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

¹⁸ Cfr INEGI. "Glosario", Encuesta Nacional sobre uso del tiempo 2009; y Encuesta Intercensal 2015

¹⁹ <https://www.gob.mx/mujeressinviolencia/articulos/es-hora-de-reconocer-el-valor-del-trabajo-no-remunerado>

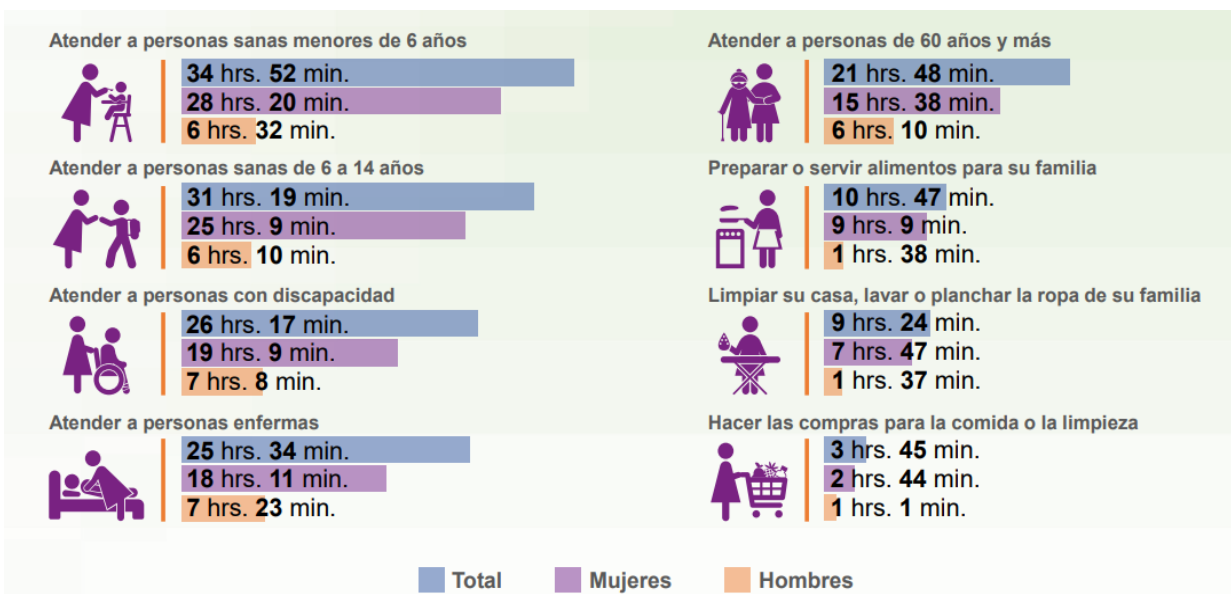


Figura 5. Trabajo no remunerado. En promedio, ¿Cuántas horas a la semana se dedican a actividades no remuneradas?

Como se puede ver en esta grafica el trabajo no remunerado, incluidas las prácticas de cuidado dentro de los hogares recae en alto porcentaje en las mujeres.

1.1.7. Pobreza

En México, se utilizan diferentes conceptos para definir a la pobreza, según (CONEVAL, 2010) la condición de pobreza²⁰ en el contexto de la medición multidimensional, se considera que una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores considerados: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Ver figura 6.

²⁰ CONEVAL, 2010. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México.

Pobreza multidimensional en México



Figura 6. Pobreza multidimensional en México.

Los resultados de pobreza en México a nivel nacional por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016), reporta que 53.4 millones de personas viven en pobreza, es decir, un 43.6% de la población y en la Ciudad de México 27.6% de la población viven pobreza. Sin embargo, 9 millones 375 mil 581 personas viven pobreza extrema, 7.6% de la población.

En 2014, 55.2% de los niños y niñas de entre 2 y 5 años de edad, vivían en pobreza y 13.1% en pobreza extrema.²¹

Género y desigualdad

En América Latina y en particular en México, existe un amplio desarrollo de información estadística con perspectiva de género, que permite hacer visibles las diferencias que existen entre las condiciones sociales, económicas y demográficas de las mujeres y de los hombres.

Según CONVEAL (2016), el análisis de las condiciones socioeconómicas de la población con perspectiva de género se ha posicionado en la agenda nacional e internacional como un objetivo primordial de las iniciativas políticas y acciones de desarrollo social. Definiendo *género*²² como la categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Alude a las formas

²¹ <https://www.unicef.org/es>

²² INMUJERES, 2004. El ABC de género.

históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

La *equidad* se define como el principio de justicia emparentado con la idea de igualdad sustantiva y el reconocimiento de las diferencias sociales. Ambas dimensiones se conjugan para entender a la “equidad” como una “igualdad en las diferencias”, entrelazado con la referencia a los imperativos éticos que obligan a una sociedad a ocuparse de las circunstancias y los contextos que provocan la desigualdad, con el reconocimiento y valoración de la diversidad social, de tal forma que las personas puedan realizarse en sus propósitos de vida. La equidad incluye como parte de sus ejes la dignidad, el respeto y garantía de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades.²³

Asimismo, será necesario definir *inequidad* y *desigualdad de género*²⁴. En primer lugar, la equidad es un término utilizado en la perspectiva de género para referirse a las diferencias de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres en el acceso, uso y control de recursos, bienes y servicios altamente valorados por la sociedad. En segundo lugar, la desigualdad de género, se define como la asimetría social entre mujeres y hombres. Históricamente, las mujeres han estado relegadas a la esfera privada y los hombres han tenido mayor participación en la esfera pública. Esta situación ha derivado en que las mujeres tengan un acceso limitado a la riqueza, a los cargos de toma de decisiones, a empleos remunerados en igualdad a los hombres, y en que sean tratadas de forma discriminatoria. La desigualdad de género se relaciona con factores económicos, sociales, políticos y culturales cuya evidencia y magnitud puede captarse a través de las brechas de género.

Líneas futuras

La medición multidimensional de la pobreza es desagregable por sexo y grupos poblacionales, y se complementa con otros indicadores conceptualizados con perspectiva de género que permitan identificar y visibilizar determinadas desigualdades de género y su vinculación con la pobreza. Disponer de una serie 2010-2016, es decir, cuatro puntos en el tiempo para cada indicador de este sistema de información de pobreza y género coloca al CONEVAL ante la posibilidad de revisar el comportamiento y potencial contribución a la política pública de cada uno de los indicadores, con miras a fortalecerlos. Por ello, en el futuro próximo se estará emprendiendo una revisión integral de los alcances y retos que la información del sistema provee, a fin de continuar visibilizando las inequidades entre los sexos. Una de las tareas ya identificadas es profundizar en el uso del tiempo, pues si bien se

²³ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

²⁴ <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

cuenta con información sobre el tiempo que mujeres y hombres dedican al cuidado de otros, es necesario indagar más allá de las brechas de tiempo destinada al cuidado, y entrever, por ejemplo las diferencias que existen según las características sociodemográficas del cuidador, en tanto que no tiene las mismas implicaciones que un menor sea cuidado por otro menor, a que lo haga una persona en edad de trabajar y que además esté inserta en el mercado laboral, o que el cuidado sea realizado por una persona adulta mayor. Otro tema a revisarse es el análisis del gasto realizado para la reproducción del hogar y las diferencias que pueda presentar por sexo de la jefatura.

1.1.8. Violencia

De acuerdo al Banco Mundial (2016) en la actualidad, 2000 millones de personas viven en países donde los resultados de desarrollo se ven afectados por la fragilidad, el conflicto y la violencia. Mientras el resto del mundo avanza, la pobreza extrema se concentrará cada vez más en estas zonas, aumentando del 17 % del total mundial en la actualidad a prácticamente el 50 % para 2030 debido a las altas tasas de crecimiento demográfico y el débil desarrollo económico.²⁵

El desafío de la fragilidad, el conflicto y la violencia

- Unos 2000 millones de personas viven en países donde los resultados de desarrollo se ven afectados por la fragilidad, el conflicto y la violencia.
- Se proyecta que, para 2030, el 46 % de las personas pobres del mundo vivirá en contextos frágiles y afectados por conflictos.
- Los atentados terroristas aumentaron en 120 % desde 2012.
- El desplazamiento forzado es una crisis mundial de desarrollo: el 95 % de los refugiados y desplazados internos vive en países en desarrollo.

²⁵ <http://www.bancomundial.org/es/topic/fragilityconflictviolence/overview>

¿Cuál es la situación en México?

Violencia y maltrato infantil.

Si buscamos causas de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, tanto en México como en otros países, nos encontraremos con que la percepción social es, en muchos casos, que los niños y niñas son propiedad de los adultos. Extender la noción de que son sujetos de derechos se convierte en todo un desafío.

En México existe una brecha entre el discurso de la protección de los derechos de la infancia y algunas prácticas violatorias de los derechos humanos y de la dignidad de niños, niñas y adolescentes. La ausencia de un sistema veraz y fiable de información sobre las formas en que se ejerce la violencia contra la infancia y las consecuencias de ésta, dificulta la tarea de hacerla visible, desnaturalizarla y contar con respuestas adecuadas de política pública para su prevención y erradicación.

Por otra parte, la violencia contra niños, niñas y adolescentes en entornos como la familia, la escuela, la comunidad, los centros de trabajo o las instituciones, está legitimado y aceptado socialmente, de forma que se hacen naturales -y por tanto invisibles- las diferentes formas de violencia, lo cual contribuye a su persistencia y reproducción.

De las formas más brutales de violencia, resalta el homicidio como uno de los problemas graves a los que se enfrenta la sociedad mexicana. El Informe Nacional sobre Violencia y Salud del año 2007 indicaba que, durante los últimos 25 años, dos niños menores de 14 años han muerto asesinados cada día. Además, **entre un 55 y un 62% de niños y niñas dicen haber sufrido alguna forma de maltrato** (físico, emocional o sexual) en algún momento de su vida

Violencia contra las mujeres

Los datos que se presentan en este apartado, fueron recabados de la ENDIREH (2016). De esta manera la misma encuesta incorpora actos violentos contra las mujeres y homologa el conjunto para cada tipo de violencia. Para lo que resta del capítulo es necesario tener en cuenta la **Tabla 1**.

ÁMBITOS DE CONCURRENCIA	TIPOS DE VIOLENCIA	NUEVAS TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • ESCOLAR • LABORAL • COMUNITARIO • FAMILIAR • PAREJA 	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional • Física • Económica • Patrimonial • Sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención obstétrica • Abuso sexual en la infancia

Tabla 1. Homologación de la violencia según ENDIREH (2016).

Los resultados porcentuales de violencia contra las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida, divididas por ámbito:

- Laboral 26.6%
- Comunitaria 38.7%
- Familiar 10.3%
- Pareja 43.9%
- Escolar 25.3%

En conclusión, la prevalencia total de la población es de 61% en el tema de violencia, es decir que las mujeres de 15 años en adelante reportan haber sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor.

Violencia en el ámbito familiar

En el siguiente apartado resaltaremos, la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, se reporta que en los últimos 12 meses 10.3% de las mujeres de 15 años y más, fue víctima de algún acto violento por parte de algún integrante de su familia, sin considerar al esposo o pareja. En este mismo sentido se reporta que el 8.1% de las mujeres experimento violencia emocional, 3.1% violencia económica o patrimonial, 2.8% experimento violencia física y el 1.1% violencia sexual en el último año.

Los agresores más señalados en los últimos 12 meses, son los hermanos con 25.3%, el padre con 15.5% y la madre con 14.1%. Y los principales agresores sexuales son los tíos 6.7% y los primos con 5.9%. En promedio cada mujer declaro 1.6 agresores.

La violencia familiar ocurrida en los últimos 12 meses, se vive principalmente en la casa de las mujeres con un 67.1%, y en la casa de algún otro familiar con un 26.3%. Como dato relevante las razones de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual en el ámbito familiar (total de 1.5 millones) y no acudieron a ninguna institución o autoridad fue por que pensaron que se había tratado de algo sin importancia que no afectó su vida.

Violencia en la pareja

La violencia ejercida contra las mujeres de 15 años y más por su actual o última pareja (esposo o novio), a lo largo de la relación fue de tipo emocional en un 40.1%, económica en un 20.9%, física en un 17.9% y sexual en un 6.5%.

A continuación, se expresan los porcentajes de búsqueda de apoyo en instituciones y denuncia de mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja actual o última por tipo de acciones que siguió ante la violencia. El 78.6% no solicita apoyo y no se presentó una denuncia, el 8.8% solicitó apoyo, el 5.6% solo denunció y el 5.6% solicitó apoyo y denunció. Y las razones por las que no solicitan apoyo o no denuncia principalmente es porque se trató de algo sin importancia que no le afectó (28.8%), por miedo a las consecuencias (19.8%), por vergüenza (17.3%), porque no sabían donde y como denunciar (14.8%), por sus hijos (11.4%), porque no quería que su familia se enterara (10.3%), porque no confía en las autoridades (6.5%) y porque no sabía que existían leyes que para sancionar la violencia (5.6%).

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

En la formación como Psicóloga(o) es indispensable llevar a cabo una práctica clínica basada en los conocimientos teórico-metodológicos. Estas prácticas son esenciales en la formación del Terapeuta Familiar para generar un impacto en las comunidades y coadyuvar en las poblaciones vulnerables.

Durante la formación en la Residencia en Terapia Familiar realice las prácticas clínicas en tres sedes: en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), en el Hospital Psiquiátrico Infantil. “Dr. Juan N. Navarro” (HPI) y en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR). A continuación, se explican las características de los centros:

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Facultad de Psicología UNAM.

El CSP pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM, se ubica en el edificio "D" Sótano, de la Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán Colonia Copilco Universidad, dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, en un horario de atención 8:30 a 19:00 horas de lunes a viernes. El CSP fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la directora en turno, la Dra. Graciela Rodríguez. Tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños(as), adolescentes y adultos(as); en forma individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de alimentación, dolor crónico y estrés, entre otros.²⁶

Misión

Brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial.

Visión

Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Objetivos

Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superior y de posgrado

- Proporcionar al estudiante una enseñanza practica y supervisión directa.
- Ser una sede que propicia el desarrollo de proyectos y programas de investigación
- Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

²⁶ http://www.psicol.unam.mx/Principal/Servicios_Psicologicos/Guillermo.html

1.2.2. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN), adscrito a Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, otorga atención en salud mental para menores de edad con problemas psiquiátricos y del comportamiento, se ubica en Avenida San Fernando 86, Belisario Domínguez Secc 16, 14080 Tlalpan, Ciudad de México, abierto las 24 horas del día, durante todo el año.²⁷

El HPIJNN, tiene como interés superior a los niños y adolescentes que requieran de la especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, cuenta con servicios de apoyo que sirven como complemento para brindar un tratamiento integral que cubra las necesidades particulares de cada uno de los padecimientos que se atienden.

El compromiso del HPIJNN con la infancia y la adolescencia del país es irrestricto, por lo que su visión es convertirse en el modelo a seguir por las demás instancias que atiendan salud mental en niños y adolescentes, tienen también como prioridades la enseñanza e investigación. Son receptores para capacitación de otras disciplinas relacionadas con la salud mental por lo que existe una diversidad de servicios que incluyen también la atención a los familiares y mantienen contacto permanente con las escuelas que así lo soliciten. En dicha institución se esfuerzan por ofrecer una atención de calidad y con calidez, respetando siempre los derechos.

Los servicios que ofrece el hospital son los siguientes:

- ✓ Hospitalización continua: Es el área para pacientes menores de edad con trastornos mentales y del comportamiento, agudos o crónicos agudizados, que cumplan los criterios de ingreso, que requieran manejo por personal especializado y observación estrecha por el riesgo que tienen de lastimarse a sí mismos y/o a los demás. Las unidades de hospitalización cuentan con personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social, capacitado en psiquiatría infantil y de la adolescencia para realizar un tratamiento multidisciplinario.

²⁷ <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-infantil-juan-n-navarro>

- ✓ Unidad de adolescentes mujeres (UAM): En la unidad de adolescentes mujeres se hospitaliza a usuarias con enfermedad psiquiátrica severa, aguda, con riesgo de daño a sí mismas o a otras personas. Realizan un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario (influyendo manejo familiar y social) mediante la intervención diaria, con cuidado permanente.

- ✓ Unidad de adolescentes varones (UAV): Brinda atención a hombres menores de edad con trastornos mentales y del comportamiento como de conducta, emocionales y psicóticos agudos, sin abuso ni dependencia a sustancias adictivas. El diagnóstico y tratamiento psiquiátrico es integral y multidisciplinario, con el fin de lograr la remisión o control de estas patologías.

- ✓ Programa de atención integral para niños y adolescentes con problemas de farmacodependencia (PAIDEIA): Brinda atención a hombres menores de edad con patología dual, es decir, que tienen un trastorno mental y uno del comportamiento (conductual, emocional y/o psicótico agudo), además de que presentan abuso o dependencia a sustancias adictivas.

- ✓ Unidad de cuidados prolongados (UCP): Proporciona atención médica y asistencia social, por excepción, a 13 pacientes adultas en estado de abandono desde su niñez, por lo que quedaron al cuidado del hospital, en donde reciben un trato digno, humano y apegado a los valores Hospital.

- ✓ Hospital parcial: Organiza y da seguimiento a usuarios que requieren más de cuatro dispositivos terapéuticos a la semana y a asuntos de reinserción a la comunidad.

- ✓ Admisión continua: El servicio está destinado a la atención de niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento que requieren una valoración médico psiquiátrica; comprende dos áreas; urgencias (Atención médica de niños y adolescentes que, a consecuencia de un trastorno, ponen en riesgo su vida o la de terceros) y preconsulta (Atención médica para niños y adolescentes que no representan un riesgo para sí mismos o para terceros).

- ✓ División de investigación: La División de Investigación del HPIJNN tiene como objetivo impulsar las actividades de investigación bajo estándares éticos y técnicos de alta calidad, coadyuvar al avance del conocimiento de la salud mental de niños y de adolescentes; y contribuir a la formación de recursos humanos en investigación.

1.2.3. Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

El Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, se ubica en Calzada México-Xochimilco 289, Arenal Tepepan, 14389 Ciudad de México, Ciudad de México, abierto las 24 horas del día, durante todo el año. En el año de 1951 se creó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se integró con diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades: musculoesqueléticas, de la audición, de la visión y por deficiencia mental, dando lugar al Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético, al Instituto de Audiología, al Instituto Nacional de Niños Ciegos, anexando la Escuela Nacional de Ciegos y estableciendo el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, el Centro de Débiles Visuales y el de Deficiencia Mental, así como el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, el cual, a finales de 1970 se transformó en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred.

Para el año de 1989 se decidió la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humanan para dar lugar a la Formación de un solo Instituto fortalecido, lo cual se logró mediante la construcción y equipamiento de un nuevo edificio, llevándose a cabo el proyecto ejecutivo e iniciándose su construcción.

A partir del mes de Febrero del año 2015, mediante modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se le impuso el nombre de Luis Guillermo Ibarra al Instituto Nacional de Rehabilitación.²⁸

²⁸ <http://www.inr.gob.mx/g21.html>

Misión

Somos una Institución de Salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

Visión

Consolidarse como la Institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolle la investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

Cabe mencionar que los consultantes eran referidos a iniciar un proceso de Terapia Familiar de la siguiente manera:

- En la sede de la Facultad de Psicología UNAM (CSP “Dr. Guillermo Dávila), los consultantes se acercaban de manera voluntaria para iniciar un proceso terapéutico, y algunos son referidos por instituciones educativas o de salud.
- En el Hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” los consultantes eran referidos a Terapia Familiar por otro profesional de la salud, el cual era un médico psiquiatra, o un psicoterapeuta individual, y la referencia podía o no darse desde inicio del tratamiento del menor de edad.
- En el Instituto Nacional de Rehabilitación “Guillermo Ibarra Ibarra” también eran referidos por el médico u otro profesional de la salud, ya sea terapeutas del lenguaje, físico, etc.

1.3 Cuadro de familias atendidas

En las siguientes tablas se presentan el total de los casos atendidos durante la Maestría en Terapia Familiar divididas por sede; especificando la modalidad, los terapeutas a cargo del caso, la participación, modelo terapéutico, supervisores, numero de sesiones, motivos de consulta y estatus del proceso.

Tabla 2. Casos atendidos durante la formación académica.

Sede: Centro de Servicios Psicológicos. "Dr. Guillermo Dávila" Facultad de Psicología UNAM									
	MODALIDAD	CASO ²⁹	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTATUS DEL PROCESO ³⁰
1	Pareja	C. y M.	Karen Beltrán y Julia Gutiérrez	Coterapia	Integrativo (estratégico y Modelo de Soluciones)	Dra. Noemí Díaz	11	Sonambulismo de C.	Alta
2	Familiar	M. y D.	Karen Beltrán y Lilia Montalvo	Coterapia	Modelo Estratégico	Dra. Luz María Rocha	5	Ideas suicidas del hijo por la muerte de su padre.	Alta
3	Individual	C.	Karen Beltrán	Terapeuta	Modelos Posmodernos	Dr. Gilberto Limón	7	Ansiedad.	Alta
4	Familiar	P., G. y J.	Karen Beltrán	Terapeuta	Modelo de Milán	Dra. Carolina Diaz Walls	7	Bajo desempeño académico y mala conducta.	Baja
5	Familiar	A. J, Y L.	Alejandra Martínez	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Dra. Carolina Diaz Walls	9	Problemas de comunicación, distanciamiento, adicción del hijo adulto.	Baja

²⁹ Los datos de las personas atendidas son anónimos.

³⁰ El estado del proceso reportadas hasta el 30 de agosto del 2018

6	Pareja	R.	Salma Ledón	Equipo terapéutico	Modelo Estructura 1	Dra. Carolina Diaz Walls	4	Problemas de pareja, infidelidad del esposo.	Alta
7	Familiar	E. y A.	Enrique Vázquez	Equipo terapéutico	Modelo Estructura 1	Dra. Carolina Diaz Walls	13	Problemas de conducta.	Alta
8	Familiar	J. y L.	César Pliego	Equipo terapéutico	Modelo de soluciones y Estrategia	Dra. Luz María Rocha/Mtra. Martha López	19	Referidos por el INR. Problemas de lenguaje en hijas, problemas de pareja.	Alta
9	Familiar	I., A. y X.	Adriana Nájera	Equipo terapéutico	Modelo estratégico	Dra. Noemí Díaz	7	Ideas suicidas de A. a raíz del divorcio de sus padres	Baja
10	Familiar	A. y C.	Salma Ledón	Equipo terapéutico	Modelo estratégico	Dra. Noemí Díaz	5	Conducta rebelde de C.	Alta
11	Familiar	E.	Yael Castillo y Cynthia Franco	Equipo terapéutico	Modelo estratégico	Dra. Noemí Díaz	6	Deseos de maternidad, consultante diagnosticada con Esquizofrenia	Baja
12	Familiar	G. y P.	César Pliego	Equipo terapéutico	Modelo estratégico	Dra. Noemí Díaz	9	Mala conducta y bajo desempeño académico de P.	Alta
13	Individual	S.	Alejandra Martínez y Julia Gutiérrez	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia Breve centrada en los problemas MRI	Mtra. Miriam Zavala	8	Problemas de conducta por ausencia de familiar, baja autoestima, y enojo.	Alta

	Individual	L.	Terapeuta relevo	Equipo terapéutico	Terapia Breve Centrada en Soluciones	Mtra. Miriam Zavala	6	Infidelidad de la pareja.	Alta
	Individual	D. I. y S.	Terapeuta relevo	Equipo terapéutico	Terapia Breve Centrada en Soluciones	Mtra. Miriam Zavala	5	Abandono del padre, ideación suicida, dificultades escolares.	Alta
14	Individual	J.	Enrique Vázquez	Equipo terapéutico	Modelos Posmodernos	Mtra. Nora Rentería	5	Inseguridad a raíz de un abuso sexual	En proceso
15	Familiar	P. e hijos	Juana Catana	Equipo terapéutico	Modelos Posmodernos	Mtra. Nora Rentería	10	Tristeza y bajo desempeño académico de sus hijos a raíz del abandono del padre	En proceso
16	Familiar	F. y M.	Julia Gutiérrez	Equipo terapéutico	Modelos Posmodernos	Mtra. Nora Rentería	6	Mejorar la relación entre madre e hija	Baja
17	Pareja	A. y F.	Alejandra Martínez y Mtro. Gerardo Reséndiz	Equipo terapéutico	Modelo de Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	12	Mejorar la relación de pareja	En proceso
18	Familiar	R. e hijos	Adriana Nájera	Equipo terapéutico	Modelo Estratégico	Mtro. Flavio Sifuentes	13	Abuso sexual y muerte de la madre	Alta
19	Familiar	D., D. y C.	Salma Ledón	Equipo terapéutico	Modelo Estratégico y Modelo de Soluciones	Mtro. Flavio Sifuentes	4	Bajo desempeño académico de las hijas a raíz del abandono de la madre	Baja

20	Familiar	A., U., I. y A.	Lilia Montalvo y Alejandra Martínez	Equipo terapéutico	Modelo Estructural	Dra. Noemí Díaz	13	Mala conducta de los hijos	En proceso
21	Familiar	J., C. y J.	Lilia Montalvo	Equipo terapéutico	Modelo de Soluciones	Mtra. Martha López Zamudio	8	Mejorar la relación entre padre e hijo	Alta
22	De pareja	H.	César Pliego y Cynthia Franco	Equipo terapéutico	Modelos Posmodernos	Dr. Gilberto Limón	5	Adaptación a la nueva etapa de vida aunado a la enfermedad de su esposo	Alta
23	Individual	C.	Lilia Montalvo y Enrique Vázquez	Equipo terapéutico	Modelos Posmodernos	Dr. Gilberto Limón	7	Inseguridad a la adaptación social y relación con su padre	Alta
24	Individual	C.	Karen Beltrán	Terapeuta	Modelos Posmodernos	Dr. Gilberto Limón	6	Dificultades de socialización y por las discusiones de padres.	Alta
25	Individual	M.	Mtra. Nora Rentería	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Inestabilidad emocional después de la separación de pareja	Alta
26	Individual	H.	Cynthia Franco	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Inseguridad y soledad	Alta
27	Individual	A.	César Pliego	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Ruptura con su pareja	Alta

28	Individual	C.	Alejandra Martínez	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Duelo por la muerte de su padre	Alta
29	Individual	L.	Julia Gutiérrez	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Quiere dejar de tener conductas riesgosas que ponen en peligro su vida y su bienestar.	Alta
30	Individual	A.	Yael Castillo	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Mejorar la relación con su padre	Alta
31	Individual	M.	Lilia Montalvo	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Disminuir su estrés	Alta
32	Individual	F.	Salma Ledón	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Desea encontrar un sentido de vida ya que tiene ideas suicidas.	Alta
33	Familiar	R., A. e hijos.	Juana Catana	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Desea la familia mejorar su dinámica, conviviendo de manera respetuosa y tolerante.	Alta
34	Individual	A.	Enrique Vázquez	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	La emetofobia (miedo al vomito, terror extremo a vomitar uno mismo, a ver	Alta

								a otra persona vomitando) ha causado problemas emocionales.	
35	Individual	S.	Karen Beltrán	Terapeuta	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Sentimientos de tristeza a raíz de la ruptura con su novia. Conversar acerca de las consecuencias emocionales después de sufrir maltrato infantil.	Alta
36	Individual	N.	Alejandra Martínez	Equipo terapéutico y equipo reflexivo	Modelos Posmodernos (Colaborativo y Narrativo)	Mtra. Nora Rentería	Sesión Única	Sentimientos de tristeza debido a la ruptura con su pareja	Alta

Sede: Hospital Psiquiátrico Infantil. "Dr. Juan N. Navarro"

	MODALIDAD	CASO	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTATUS DEL PROCESO ³¹
37	Familiar	E.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Modelo de Soluciones	Mtra. Ana María Menéndez y Mtro. Flavio Sifuentes	5	Diagnóstico de Alcoholismo y Depresión	Alta

³¹ El estado del proceso reportadas hasta el 30 de agosto del 2018

38	Familiar	S.	Karen Beltrán y Paola Nares	Coterapia	Estructural	Mtra. Ana María Menéndez	15	Diagnóstico de TDA Respetar la privacidad de cada uno de los miembros	Alta
39	Familiar	A.	Karen Beltrán y Paola Nares	Coterapia	Terapia Breve MRI	Mtra. Ana María Menéndez	5	Diagnóstico de TDAH	Alta
40	Familiar	F. y G.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Modelo de Soluciones	Mtra. Ana María Menéndez	8	Depresión e intento de suicidio Establecer lazos más cercanos entre madre e hija.	En proceso
41	Familiar	D.	Karen Beltrán y Paola Nares	Coterapia	Estructural	Mtra. Ana María Menéndez	12	TDA Y TDAH	Alta
42	Familiar	I.	Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Estructural y Estratégico	Mtra. Ana María Menéndez	7	TDAH	En proceso
43	Familiar	E.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Estructural	Mtra. Ana María Menéndez	12	TDA	Alta
44	Familiar	D.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Modelos de Milán	Mtra. Ana María Menéndez	16	Ideas suicidas y autoagresión	Alta
45	Familiar	A.	Karen Beltrán	Terapeuta	Modelo de Soluciones	Mtra. Ana María Menéndez	16	Tricotilomanía	Alta
46	Familiar	A.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Modelo de Soluciones, estratégico y estructural	Mtra. Ana María Menéndez	10	TDA y duelo	Alta

47	Familiar	S.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Estructural y Modelo de Milán	Mtra. Ana María Menéndez	15	TDA	Alta
48	Familiar	S.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Narrativo	Mtra. Ana María Menéndez	7	Dificultad para adaptarse en la escuela debido a identidad de género (Transexual)	En proceso
49	Familiar	D.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Estructural	Mtra. Ana María Menéndez	6	TDA	En proceso
50	Familiar	T.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Estructural y Estratégico	Mtra. Ana María Menéndez	10	Ansiedad Infidelidad de la madre	En proceso
51	Familiar	D.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia		Mtra. Ana María Menéndez		Depresión (diagnostico en proceso) nuevo ingreso	En proceso
52	Familiar	R.	Mtra. Ana María Menéndez y Karen Beltrán	Coterapia	Modelo de Milán	Mtra. Ana María Menéndez		TDA	Alta

Sede: Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

	MODALIDAD	CASO	TERAPEUTAS	PARTICIPACIÓN	MODELO	SUPERVISOR	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	ESTATUS DEL PROCESO³²
53	Familiar	T. y G.	Juana Catana	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia	Mtro. Gerardo Reséndiz	4	Mejorar la relación padre e hija	En proceso

³² El estado del proceso terapéutico se reportan hasta el 30 de agosto del 2018

					Dialógica de Milán				
54	Familiar	G. y M.	Adriana Nájera	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	6	Mejorar la conducta y los sentimientos de G., a raíz del divorcio de los padres	En proceso
55	Familiar	A. y E.	Cynthia Franco	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	5	Hijo con Distrofia muscular de Duchenne, desea ser más independiente y autónomo ahora que su expectativa de vida aumento. Por lo tanto, reorganización de la estructura familiar ya que depende mucho de sus padres.	En proceso
56	Familiar	R. y S.	Adriana Nájera	Equipo terapéutico	Modelo de Terapia Dialógica de Milán	Mtro. Gerardo Reséndiz	5	Mejorar la relación familiar después del accidente de R., asignar funciones y roles a cada integrante.	En proceso

En total fueron 56 casos lo que se atendieron en la Residencia en Terapia Familiar. En los cuales participé como terapeuta, coterapeuta y/o equipo terapéutico. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: depresión, ansiedad, conducta escolar inadecuada, e infidelidad. La mayoría de los casos fueron solicitados de manera individual, aunque la problemática fuera familiar, en varios casos únicamente acudía un solo miembro.

En el cuadro anterior se observa que las familias que acudieron voluntariamente a solicitar un servicio de terapia psicológica, presentan dificultades ideológicas, económicas, de salud, de violencia, etc., es decir que con lo mencionado en el Capítulo 1 de este reporte, se muestra que las estadísticas corresponden a las problemáticas que las familias mexicanas expresan día a día buscando una alternativa de solución y una posibilidad de cambio para mejorar su salud emocional.

“Un buen terapeuta tiene que crear una terapia para cada cliente. La terapia es un acto creativo”.

Irvin Yalom

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Modelo (s) que guiaron los casos clínicos

Los modelos que se utilizaron para abordar los casos presentados fueron el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI y Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Estos modelos comparten la característica de tener como base la Teoría General de los Sistemas propuesta por Bertalanffy y la Teoría de la Comunicación Humana desarrollada por Watzlawick, Beavin, y Jackson. A continuación, se desarrollan de manera breve estas dos teorías para posteriormente dar paso a la presentación de los modelos.

2.1.1. Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI

Antecedentes del modelo

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fish en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

Hacia una terapia estratégica

En la segunda mitad de su carrera profesional, Milton Erickson utilizó cada vez más, en orden a lograr un cambio terapéutico, las prescripciones de comportamiento directo al margen de los estados de trance. Siendo como era un verdadero maestro en esquivar la resistencia, nos proporcionó una regla importante: «Aprende y usa el lenguaje del paciente.» (Nardone & Watzlawick, 1990)

Constructivismo y cibernética

El constructivismo es una teoría del conocimiento activo, no una epistemología convencional que trata al conocimiento como una encarnación de la Verdad que refleja al mundo "en sí mismo", independientemente del sujeto cognoscente. Los dos principios básicos del constructivismo radical son:

- 1) El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
- 2) La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva (Glaserfeld, 1996, p. 25)

El constructivismo radical es pragmático. Estar adaptado significa ser viable. Según el constructivismo los problemas surgen cuando existen obstáculos que bloquean el camino hacia una meta del sujeto, en una teoría que considera que todo el conocimiento es resultado de una construcción individual, el significado de señales, signos, símbolos y lenguaje, no puede sino ser subjetivo (Glaserfeld, 1996, p. 45).

El proyecto Bateson sobre la comunicación y la formación del MRI

Gregory Bateson trabajó con Jay Haley en estudios sobre la cibernética y comunicación paradójica. Por su parte, Don Jackson funda, en 1959, el Mental Research Institute (MRI) continúa la investigación sobre la interacción humana, cabe mencionar su trabajo con pacientes con esquizofrenia, gracias al cual desarrolló los conceptos de homeostasis familiar (los sistemas vuelven a patrones habituales de interacción) y doble vínculo (presencia de mensajes contradictorios simultáneos a dos niveles lógicos diferentes) los cuales posteriormente estuvieron relacionados con el mantenimiento del problema (Galicía, 2004). De Shazer (1998) puntualiza que el adjetivo de breve de este modelo de terapia, no se limita a aspectos temporales, sino a una forma de resolver los problemas, pues una de las características de esta terapia consiste en utilizar los recursos que portan los consultantes para hacerle frente a su problemática, más que de instruir al consultante sobre una mejor forma de hacer las cosas.

Los cambios epistemológicos permitieron el desarrollo de un modelo interaccional que se enfocó en diferentes áreas: las investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental, la formación, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación, la terapia familiar, y las investigaciones sobre el proceso de cambio (Wittezaele & García, 1994) con la intención de que se presente una propuesta integrativa de una nueva forma de hacer terapia que consideraba una divulgación apropiada de los

procedimientos desde una forma de *hacer* diferente y no sólo de *pensar* diferente; así mismo se ve a la comunicación con una utilidad en el sentido interaccional de las relaciones humanas.

Si logramos motivar a alguien a que emprenda una acción, por sí misma siempre posible, pero que alguien no ha llevado a cabo porque en su realidad de *segundo orden* no veía ni sentido ni razón en cumplirla, entonces a través de la misma realización de esta acción experimentará algo que ninguna explicación o interpretación alguna habría podido inducirlo a ver o experimentar. Y con esto hemos llegado a Heinz Von Foerster y a su imperativo: *Si quieres ver, aprende a obrar*. Dicho de esta manera, el lenguaje imperativo ocupa un papel central en la estructuración de las técnicas terapéuticas los cuales se enfocan en la solución del problema. El lenguaje imperativo está presente tanto en las intervenciones directas como en la sugestión hipnótica (Erickson), las cuales son un imperativo a comportarse “como si” algo hubiera adquirido realidad por el hecho de haber ejecutado la orden. “A través de la realización de acciones diferentes la persona experimentara algo que ninguna explicación e interpretación alguna habría podido inducirlo a ver o experimentar” (Nardone & Watzlawick, 1990)

Los terapeutas del MRI estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era habitualmente en aquellos momentos, en la cual una directriz de su trabajo era que debían intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar las familias o producir insight (O’Hanlon, 2001).

En la Terapia Breve los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que esa dificultad se ve como “problema”, este es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo, “el problema es el intento de solución”. En consecuencia, los terapeutas del MRI adoptan a menudo una postura dirigida únicamente hacia el problema ante la posibilidad de cambio. Si se centran en algún cambio, tienden a advertir a sus clientes que “vayan despacio”, o que solo introduzcan cambios pequeños, o que estén atentos ante posibles recaídas, es decir que la Terapia Breve ha mostrado que es posible que el cambio ocurra rápidamente (O’Hanlon,2001).

No existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos. En vez en buscar la teoría correcta de la terapia deberíamos tal vez buscar en otra dirección.

Características del modelo

Dentro de las características generales de la terapia estratégica está la premisa “Si quieres aprender a ver aprende hacer”, que por la misma naturaleza del ser humano se aprende a través de la experiencia realizando acciones, es decir, “aprender haciendo”, así mismo, diferentes acciones pueden llevar a la construcción de diferentes realidades (Nardone & Watzlawick, 1990)

Los elementos que diferencian a este modelo son;

- Le da prioridad a la resolución del problema más que a la construcción teórica (causa del problema)
- El paso es de los contenidos a los procesos, se trata de un “saber cómo”, más que de un saber “por qué”.
- No es necesario profundizar en la causa y el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el paciente, y la solución se da en el aquí y el ahora.
- Al contrario de los modelos que se asume que se necesita primero pensar y luego hacer para producir un cambio en este el proceso se invierte. En el modelo estratégico para cambiar el problema hay que empezar con acciones pueden llevar a la construcción de diferentes “realidades”.

Elementos del modelo de terapia breve centrado en el problema

El principio de *más de lo mismo* no produce “sorprendentemente” el cambio deseado, sino que, por el contrario, la “solución” contribuye en gran medida a aumentar el problema y, de hecho, se convierte eventualmente en el mayor de ambos males, o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica *más* de la misma solución equivocada, es decir, “la cura se convierte en su enfermedad” y en lugar de resolverlo lo intensifica (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974, p. 53)

Cabe mencionar que los autores Watzlawick, Weakland y Fish (1974, p. 58) distinguen entre el uso de los términos dificultad y problema.

Dificultades se refiere a un estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general de tipo de cambio 1) y para el cual no se precisan especiales capacidades

para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referiremos a una situación de la vida, indeseable, pero por lo general bastante corriente.

Problemas se refiere a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

Según Watzlawick, Weakland y Fish (1974) existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades:

- 1) **Terribles simplificadores:** Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad, o es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.

La negación de problemas en familias alteradas. La primera y principal razón para negar determinados problemas se debe probablemente a la necesidad de mantener una fachada social aceptable.

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

Es el utópico que ve una solución donde no hay ninguna. Y puede adoptar tres posibles formas:

- ✓ La *primera* puede designarse como “introyectiva”.
- ✓ La *segunda* en un lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es relativamente inofensivo y está representado por una forma de dilación o demora más bien agradable “lo que importa es el viaje no la llegada”.
- ✓ La *tercera* es esencialmente proyectiva y su ingrediente básico es una actitud moralista rígida por parte del sujeto, que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción asume la responsabilidad misionera de cambiar el mundo.

- 3) **Paradojas:** Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior o bien, se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1, es decir, la acción es emprendida a un nivel equivocado, ejemplo “se espontaneo”.

Postura del consultante y tipos de consultante

Como terapeutas se debe estar atento a la evaluación de la postura del paciente, ya que esta postura está relacionada con su dolencia, así como al tratamiento, acerca de las demás facetas de su vida y/o al

terapeuta mismo. Esta postura se puede utilizar en la terapia para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices. También es necesario escuchar lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, y el tono y énfasis con que se expresa para evaluar la postura del cliente (Fish, Weakland & Segal, 1982).

La diferencia entre “paciente” y “cliente” dentro de este contexto específico son intercambiables desde el punto de vista del terapeuta. *Cliente*, es un individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta; es alguien que solicita ayuda. En cambio, *paciente* es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátase de él mismo o de otra persona (Fish, Weakland & Segal, 1982, p. 117) y Nardone, y Watzlawick, (1990) agregan la postura de *visitante*, *aquel consultante que se presenta como cliente, pero en realidad no está dispuesto al cambio*.

Por lo que se refiere a la terapia en sí misma, los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta (Fish, Weakland & Segal, 1982, p. 116).

Estrategias de intervención

La entrevista inicial

Según los autores Fish, Weakland y Segal (1982, p. 89) señalan que el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente. Cabe mencionar, que la adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones.

Si el terapeuta no puede realizar una formulación clara y breve que abarque todos los elementos que intervienen en la dolencia actual (quién, qué, a quién y cómo), ello se debe a una de dos causas: o no posee la información adecuada acerca de dicha dolencia, o bien no ha asimilado lo suficiente dicha información (Fish, Weakland & Segal, 1982)

Planificación del caso

Planificar es imprescindible para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez, ya que, si no se le dedica tiempo a la planificación, disminuye la posibilidad de éxito. De esta manera, al examinar los propios fracasos descubrimos que el factor concreto más decisivo ha sido la falta de una planificación del tratamiento (Fish, Weakland y Segal, 1982).

Para la planeación del caso según Fish y cols, (1982) se debe tomar en cuenta, *primeramente, establecer el problema del cliente*, comenzando por una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a nuestra consulta. En *segundo lugar, establecer la solución del paciente*, dado que en nuestra opinión el problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos (soluciones equivocadas). En *tercer lugar, decidir qué se debe evitar*, el terapeuta por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema del cliente, es decir, se necesita conocer que es lo que se debe evitar y saber que no siempre resulta posible unificar todos los intentos del cliente en una sola categoría. En *cuarto lugar, formular un enfoque estratégico efectivo* suele ser aquel que se oponen al impulso básico del paciente. En *quinto lugar, formular tácticas concretas*, el terapeuta ha de planificar sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona (o personas) desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema. En *sexto lugar, encuadrar la sugerencia en un contexto “vender” la tarea*, en la terapia breve se utiliza el marco de referencia propio del cliente, la postura del paciente suministra un instrumento muy importante al respecto, dado que expresa su marco de referencia, es la línea directriz de aquello que resulta razonable a ojos del cliente, las tareas desempeñan un significativo papel en el acortamiento del tratamiento y por último en *séptimo lugar, formular objetivos y evaluar el resultado*, el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente, o, al menos, que ésta disminuya lo suficiente como para no necesitar ya tratamiento terapéutico. A pesar de todo, para comprobar si el problema ha cambiado, o cuando el cliente lo redefine como algo que ya no es problema, buscamos una variación cualitativa que constituya el indicador más fiable de que el problema ha sido solucionado a satisfacción del cliente, ya sea que haya sido prevista con antelación como objetivo, o que dicha variación se halle en relación con cambios en la dolencia.

En la Terapia Breve la planificación requiere una precisión mucho mayor, en especial en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia.

Intervenciones Generales

Nardone y Watzlawick (1990, p. 73) mencionan que el terapeuta, desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, necesita centrar su interés y valoración en:

- a) qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo;
- b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional;
- c) cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas)
- d) cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Si el tratamiento funciona, se observa, por lo común, una *reducción de los síntomas*, desde las primeras etapas del tratamiento, así como un *cambio progresivo* en las maneras como el paciente se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo.

Nardone y Watzlawick (1990) proponen seis fases para esquematizar el desarrollo del proceso terapéutico:

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica:

El objetivo primario no es otro que el de crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, La estrategia fundamental para iniciar la relación terapéutica, consiste en *observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente*.

2. Definición del problema (síntomas, trastornos...).

Es fundamental aclarar de un modo concreto el *problema* y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene.

Según Cireeiiberg (1980), existen tres categorías generales de problemas en que se debaten las personas:

- a) la interacción entre el sujeto y sí mismo
- b) la interacción entre el sujeto y los demás
- c) la interacción entre el sujeto y el mundo. Entendemos por mundo el ambiente social, los valores y las normas que regulan el contexto en medio del cual vive el sujeto

3. Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.

La definición de los objetivos de la terapia, que a primera vista puede parecer como algo obvio, en este modelo representa una exigencia pragmática importante que ejerce una doble función:

- a) Por una parte, ésta es una buena guía metodológica para el terapeuta, en cuanto representa un enfoque de la programación terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente, que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo.
- b) Por otra parte, la definición de los objetivos representa para el paciente una sugestión positiva, en cuanto la negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.

El paciente se siente parte activa del proyecto de cambio y tiene la impresión de que es él quien controla el desarrollo de la terapia.

4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.

El terapeuta ha de valorar cuidadosamente, caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambie también el sistema perceptivo-reactivo de la persona individual problemática.

5. Programación terapéutica y estrategias de cambio.

Es importante recalcar que *“la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia”*

Como se dice anteriormente, la comunicación y la interacción paciente-terapeuta representa, en todo caso, una contribución al cambio, así como, aprender el lenguaje del paciente y presentar la intervención en este mismo lenguaje o sistema representativo.

Las acciones mínimas pueden producir un cambio mucho mayor que el que prevé el paciente, porque, dentro de un sistema, incluso el cambio de un pequeño detalle produce, según las leyes propias de la teoría de los sistemas, un desequilibrio y una modificación en el interior del sistema.

Las estrategias destinadas a la solución de tales problemas pueden dividirse en dos grandes categorías orientadas a la intervención:

- a) Acciones y comunicación terapéuticas: *Aprender a hablar el lenguaje del paciente; La reestructuración; Evitar las formas lingüísticas negativas; El uso de la paradoja y la comunicación paradójica; Uso de la resistencia y Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico*
- b) Prescripciones de la conducta: *Prescripciones directas; Prescripciones indirectas; Prescripciones paradójicas.*

6. Conclusión del tratamiento

El objetivo del tratamiento es consolidar definitivamente la autonomía personal del paciente. También se procede con cuidado a felicitar al paciente por su empeño y su capacidad personal al combatir el problema. Además, se le deja ver al paciente que nada se ha añadido que él no tuviera, es decir, utilizando positivamente sus propios recursos personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora es absolutamente capaz de actuar solo.

Intervenciones principales e intentos de solución

Las intervenciones se diseñan tomando siempre en cuenta el lenguaje, las motivaciones y la visión del mundo de los clientes. Las intervenciones principales, que son indicadas cuando se tienen datos suficientes en el contexto de los cinco tipos de soluciones intentadas (Fish, Weakland & Segal, 1982).

1. *Tratar de cambiar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente*

En este tipo de situaciones el cliente presenta problemas que le suceden a él, y no a otras personas. La estrategia usual consiste en invertir el proceso o las soluciones intentadas por las personas o sus familiares; este tipo de soluciones no responden al control “voluntario”. Una de las formas para lograr esto, consiste, en que el terapeuta se muestre un poco confuso por la situación y solicite mayor cantidad de información por lo que requiere la cooperación del paciente y así se lo pide. Es importante hacer notar que esta técnica, aunque es sumamente potente tiene que emplearse en un contexto terapéutico en el que el paciente se siente atendido y aceptado completamente.

2. *Tratar de dominar un evento temido, posponiéndolo*

El tratamiento en la terapia breve busca enfrentar al paciente al evento temido más que a la tarea en sí, la cual se le presenta como secundaria.

3. *Tratando de lograr acuerdos por oposición*

Los problemas tratados con este tipo de soluciones se refieren a conflictos interpersonales relacionados a la cooperación mutua.

4. *Intentando obtener algo, pero “queriendo” que sea voluntario*

Frecuentemente las personas se enredan en querer obtener algo de otro queriéndolo al mismo tiempo que esto sea hecho “espontáneamente”, cayendo en la paradoja de “quiero que tú lo quieras”.

5. *Confirmando las sospechas de acusador, al defenderse.*

Una técnica útil para desviar la atención de este tipo de interacciones defensivas, consiste en pedirle al acusado en presencia de ambos, de que algunas veces actúe (finja) la conducta de que se le acusa y otras veces lo haga “espontáneamente”.

Cabe mencionar que el éxito del modelo depende de que el consultante asista como cliente, así como de la existencia de una demanda objetiva y concreta creada por el consultante solo o junto con el terapeuta; se trabaja una meta o demanda por proceso, de tal modo que, si llegara a surgir una nueva demanda completamente diferente, se realiza un proceso nuevo.

Watzlawick (1984) expuso que incluso la búsqueda de la felicidad puede ser sabotada por nuestros mismos intentos de alcanzarla, por lo que el alejarnos de estándares normativos y acercarnos a las

necesidades de las personas, abre muchas más posibilidades para alcanzar un estado de bienestar individual.

2.1.2. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Antecedentes del Modelo

Tradicionalmente la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Mas tarde en los años 60, con la aparición de la terapia de la conducta, la conducta del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc. El presente o “aquí y ahora” se convirtió en un aspecto central de la terapia. La terapia orientada al pasado fue rechazada por los partidarios de estos impetuosos nuevos enfoques como una pérdida de tiempo y demasiado especulativa. Los nuevos enfoques se centraban en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente y por los datos que pudieran confirmarse en el presente. Desde los años 80s la terapia ha evolucionado más allá de estas orientaciones del “aquí y ahora”, hacia una orientación hacia el futuro a la que no le interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupan en cómo se resolverán. En las intervenciones no hay diagnósticos correctos e incorrecto, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de que es lo que funciona o es útil en casos concretos (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

El modelo centrado en soluciones se desarrolla más hacia las soluciones que a las explicaciones, por lo tanto, los precursores más influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de los cuales estos dos últimos (MRI y BFTC) fueron influenciados por el trabajo de Erickson (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fish en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

Tanto desde el punto de vista de Jay Haley como Cloe Madanes, de que el síntoma está organizado para proteger a la familia, como las intervenciones paradójicas de Mara Selvini Palazzoli apuntan a los lados fuertes de la familia. Milton Erickson en su trabajo con individuos apuntaba lógicamente el “hecho” de que estos poseen una reserva de sabiduría aprendida y olvidada, pero siempre disponible. Esta búsqueda de alternativas válidas y funcionales es aplicable también en terapia familiar, puesto que la familia es un

sistema que dispone de un repertorio de formas de organizar la experiencia que es más amplio del que utiliza de ordinario (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Milton Erickson

Erickson fue un inspirador e influyente en diversas áreas de la terapia: terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica, y ahora se añade la terapia Centrada en Soluciones. Erickson era un genio ayudando a las personas a cambiar, pero tenía poco interés en entender porque se quedaban atascadas en sus problemas. De hecho, las cosas que otros terapeutas consideraban psicopatología él las consideraba habilidades “mecanismos mentales” que podían usarse tanto para curar como para producir problemas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Uno del principio de Erickson que la terapia centrada en soluciones ha retomado es el método de la utilización, en el que el terapeuta debe ocupar lo que la persona trae como las experiencias, las creencias, las conductas, las demandas y las características rígidas o difíciles del cliente de una manera que no interfería con los resultados terapéuticos deseados. En su tratamiento, Erickson solía utilizar los síntomas y los problemas planteados, las ilusiones y las creencias rígidas y las pautas de conducta inflexibles (O'Hanlon,2001).

Bill O'Hanlon ha mencionado que considera “el enfoque de la utilización” la contribución más importante de Erickson a la terapia. Erickson mantenía que el terapeuta debería, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara incluso lo que pareciera yerbajos como parte de la terapia. Los “yerbajos” de “resistencia”, síntomas creencias rígidas, conductas compulsivas, etc eran componente esencial a tener en cuenta y era utilizados activamente como parte de la solución. Según esto, además él pensaba que la terapia debería ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia del cliente (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Erickson consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer. Así mismo Erickson no consideraba a las personas necesitadas de tratamiento o imperfectas, subrayando la importancia de respetar las capacidades del cliente, por lo tanto, para Erickson la terapia “se basa en el presupuesto de que existe una fuerte tendencia a que la personalidad se adapte si se le da una oportunidad” (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Un método que empleaba Erickson para poder integrar estas dos maneras de trabajar aparentemente incompatibles era no centrar el interés en las explicaciones y dedicarse principalmente a las soluciones (O’Hanlon, 2001)

El constructivismo

Cade y O’Hanlon (1993) señalan que las cosas y los hechos se limitan a observaciones y descripciones de base sensorial de lo que percibimos, o recordamos haber percibido, a través de nuestros sentidos; son lo que está sucediendo o lo que ha sucedido, los significados son interpretaciones, conclusiones, creencias y atribuciones derivadas de, impuestas a, o relacionadas con, esas cosas y hechos percibidos.

“Watzlawick parece asumir una posición un tanto extrema, argumentando que no existe ninguna realidad allí afuera, sino sólo la que en “el sentido más inmediato y concreto” es construida por el observador. Al no diferenciar claramente entre los niveles, entre las cosas y los hechos y los significados que se les pueden atribuir. La “realidad” de la familia es algo un tanto complejo. En todo hecho o serie de hechos que involucran a varias personas, la situación es infinitamente más compleja; se constituye una complicada red de distinciones trazadas, recuerdos, asociaciones y relaciones entre los procesos de selección y agrupamiento pautado de cada participante, todo ello influido por los mitos individuales, familiares, culturales, religiosos y raciales sobre lo que es y lo que ha sido, por qué debió o pudo haber sido, y lo que debe ser; esa trama, a su vez, sólo es observable mediante un proceso análogo del observador” (de Shazer, 1987).

Postura de Trabajo y Premisas Principales

En la Terapia Centrada en Soluciones se enfatiza la construcción de soluciones (De Jong y Kim Berg, 2000; Tarragona, 2006) y los recursos de los clientes (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

La escuela de Milwaukee

En este modelo se buscan junto con el cliente las excepciones al problema esto le permite al terapeuta centrar la conversación en aquellas cosas acertadas o útiles que hace el cliente y, por lo tanto, por lo común la adaptación se desarrolla con relativa facilidad. Para quien participa en una conversación es

mucho más agradable hablar del aspecto positivo de las cosas. La adaptación puede desarrollarse en la primera sesión si parte del supuesto de que el cliente va a establecer una relación de cooperación, si se buscan excepciones y si el terapeuta se pone siempre del lado del cliente. Se facilita la adaptación cuando se fija objetivos para ayudar a determinar cómo tanto el cliente como el terapeuta se van a dar cuenta de que el problema está resuelto (de Shazer, 2004).

La teoría o mapa es un intento de describir y no de prescribir lo que se debe hacer, aunque el mapa representación de la teoría de la solución puede utilizarse como árbol de decisión siempre que se recuerde que “el mapa no es el territorio” (de Shazer, 2004).

Nos dice de Shazer (2004) que en la mayoría de los casos las excepciones y su relación con el objetivo le permiten al terapeuta y al cliente poner el foco durante el transcurso de la terapia. En cualquier entrevista concreta fácilmente se puede poner el foco en la tarea que se tiene a mano y ambos pueden darse cuenta sin esfuerzo cuando el problema este resuelto en forma satisfactoria. Pero cuando se trata de un marco referencial global, es muy difícil poner el foco porque cada una de las cosas caen dentro del objetivo de la terapia. Crear alguna duda sobre el marco de referencia globales supone un proceso cuya mejor denominación es la de *desconstrucción del marco*.

O’Hanlon (2004) considera que el error no consiste en que tengamos marcos, sino en que olvidamos que son sólo marcos, y los confundimos con la realidad cualquier discusión de la realidad, tengamos el cuidado de diferenciar con claridad dos niveles: el de las cosas y los hechos que se pueden considerar razonablemente como existentes «allí afuera», y el de los diversos marcos a través de los cuales los percibimos e interpretamos.

Hay tres diferentes formas de trabajar con los marcos o mapas del consultante:

- 1) el terapeuta muestra que acepta al cliente tal cual es al escuchar con mucha atención y hacer preguntas escrupulosamente
- 2) el terapeuta trata de introducir alguna duda acerca del marco de referencia global
- 3) el terapeuta busca algún elemento de la construcción del marco a partir de cual se pueda elaborar una solución.

Los teóricos del Modelo de Soluciones no consideran que exista la *resistencia al cambio*, más bien existen diferentes formas en las que las personas colaboran con la terapia y es tarea del terapeuta, encontrar el estilo de colaboración que tiene cada familia, para entonces cooperar con el sistema y que el cambio sea posible. Es así como el Modelo de Soluciones declara “*la muerte de la resistencia*” (de Shazer, 1984).

La terapia orientada a las soluciones

El arte de co-crear problemas resolubles con el cliente es mediante la no reificación de la realidad del cliente: todo es proceso; “Haz desaparecer la idea de que hay un problema y negocia un problema resoluble”.

Propone O’Hanlon (2001), los supuestos básicos de las Terapia Centrada en Soluciones son:

- *Para resolver un síntoma no hace falta conocer su causa ni su función.* No excavar en el pasado en un intento desesperado de descubrir las posibles causas. “La etiología es una cuestión compleja y no siempre pertinente en cuanto a la resolución de un problema”.
- *Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez.* el terapeuta puede crear las condiciones necesarias para conseguirlo. Si modificamos las reglas, modificamos la organización. Además, se debe destacar que esta interacción no exige un trabajo duro o prolongado por parte del terapeuta, sino sólo la capacidad de aprovechar las oportunidades cuando se presentan.
- *Lo importante es lo que se puede modificar: debemos centrarnos más en la solución y en las capacidades que en la patología.* Se basaba en la visión sistémica para explicar la interacción humana en la familia y en otros sistemas más amplios.
- *Es necesario conseguir que el cliente haga algo.* Existe la tendencia a hacer que las personas realicen alguna acción, casi siempre de tipo observable, aunque a veces puede ser reflexivo, con el fin de producir el cambio.
- *Encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla.* Casi siempre encontraremos algo que nos permita hacerle ver que ha estado siguiendo una dirección positiva. La tarea del terapeuta consiste en detectar esta tendencia y animar al cliente a profundizar en el cambio.

Premisas

O'Hanlon & Weiner-Davis (1989) señalan algunas premisas que se centran en los recursos y posibilidades:

- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.* Es tarea del terapeuta acceder a sus capacidades y lograr que sean utilizadas, solo necesitan que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas.
- *El cambio es constante.* El cambio es inevitable,
- *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.* Como terapeutas ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos o ignorarlos. Por lo tanto, nos parece importante centrarnos en lo que funciona, por pequeño que sea, calificarlos como valiosos y trabajar para amplificarlo.
- *Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.* En este modelo no es útil, reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado, sino más bien es necesario un mínimo de información para resolver la queja.
- *Los clientes definen los objetivos.* No hay una única, correcta o válida forma de vivir la propia vida, por lo tanto, es el cliente quien identifica el objetivo a conseguir en el tratamiento.
- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es intratable e imposible.* Centrarnos en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles a cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas, es decir hablamos de un problema que sea resoluble.

Postura terapéutica

Este método no sólo estimula la creatividad del **terapeuta**, también permite que los clientes proyecten sus propios significados y soluciones y, de hecho, ayuda a personalizar las intervenciones (de Shazer, 1994).

Como todas las terapias posmodernas, la Terapia Centrada en Soluciones entiende las dificultades de los clientes como construidas en el lenguaje. Esto no quiere decir que sólo se trate de lenguaje sin implicar

la acción. Entre otras aportaciones de Erickson a la terapia, se incluye la técnica de adaptar el lenguaje y la conducta del terapeuta al lenguaje y la terapia del paciente y de la familia (O'Hanlon, 2001).

Un principio cierto adoptado del trabajo de Milton Erickson es emplear inicialmente las palabras del cliente como forma de unirse a ellos y establecer rapport, la empatía y la cooperación se apoyan en esta creencia. Esto nos sirve para encauzar el lenguaje del cliente hacia los significados de las palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas, alejando a la persona de las etiquetas fijas y negativas, llevándola hacia descripciones de acciones que se encuentran en los recursos y posibilidades de las personas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

La intervención desde las Soluciones

El objetivo de la terapia centrada en soluciones es intervenir para producir cambios, conseguir que las personas se conduzcan de manera distinta, y tengan por lo tanto diferentes experiencias subjetivas, por lo tanto, el objetivo de la terapia es transferir estas capacidades desde el contexto (o contextos) en los que el cliente las aplica actualmente al contexto en el que no lo hace, así como transferir capacidades, competencias y aptitudes desde los contextos que la persona conoce a otras áreas de la vida, los objetivos se negocian con el cliente para garantizar su viabilidad y su pronta resolución (O'Hanlon, 2001).

La tarea del terapeuta consiste en crear un contexto para que el cliente pueda acceder a capacidades y recursos que ya posee, pero que no había aplicado a su situación. Según Erickson, "en realidad es el propio paciente quien lleva a cabo la terapia: nosotros nos limitamos a proporcionar un clima favorable" (Zeig, 1980; O'Hanlon, 2001).

De Shazer (2004). Propone tipos de cliente:

- ✓ Visitantes: alguien a quien visitar (relación de resistencia).
- ✓ Compradores: alguien a quien comprarle algo tareas de conducta, tiene buena disposición de hacer algo respecto al problema
- ✓ Demandantes: a quien presenta una queja, relación de tipo comercial en la que el cliente ha desarrollado alguna expectativa de solución como resultado de la entrevista. Tareas observacionales o reflexivas

De Shazer (1984) propone una estructura de trabajo para la primera sesión de tal manera que permita cambios desde el inicio, se comienza por identificar el *tipo de consultante* que se tiene (visitante, demandante o comprador) la propuesta plantea que si no es un comprador difícilmente habrá cambios, ya que no hay un compromiso o búsqueda del cambio, en caso de no tener un comprador, se propone buscar la manera de que lo sea, por ejemplo si va obligado, buscar que hacer para terminar el proceso. Posteriormente se *construye el problema* co-creándolo junto con el consultante, y se indaga sobre los intentos de solución.

En la primera sesión se le pide al consultante que piense u observe algo que no quiera cambiar, identificando así áreas libres de conflicto o excepciones al problema, las cuales sirven más adelante en el proceso para que los consultantes observen lo que si funciona pudiendo ver más allá del problema.

Para la segunda sesión se indaga sobre la mejoría, en caso de que no haya cambios, se vuelve a replantear identificando el tipo de consultante, de construir el problema y se buscan las excepciones, si hay cambios, mantenerlos, dirigirlos al objetivo, y se señalan las fortalezas ampliando las posibilidades orientadas a la meta.

De Jong y Kim Berg (2002 como se citó en Tarragona, 2006), plantean con gran claridad los pasos o etapas de la Terapia Centrada en Soluciones, en el cual el objetivo más importante de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones:

- ✓ Explicar al cliente cómo trabaja el terapeuta
- ✓ Describir el problema
- ✓ Averiguar y amplificar lo que el cliente quiere (utilización de la pregunta del milagro)
- ✓ Explorar las excepciones (uso de escalas)
- ✓ Formular y ofrecer retroalimentación al cliente y ver
- ✓ Amplificar y medir el progreso del cliente

Algunas de las técnicas utilizadas con mayor frecuencia propuestas por (Cade y O'Hanlon (1993), De Shazer (1987), O'Hanlon (2004), O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) y Tarragona (2006).

Tabla 3. Técnicas del modelo de terapia centrado en soluciones.

Pregunta del milagro

la pregunta del milagro es una manera eficaz de ayudar a las personas a concentrarse en una solución potencial, además de definir objetivos. también se buscan las excepciones y se realiza el siguiente planteamiento “supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras usted duerme el problema que lo ha traído a terapia queda resuelto” ¿qué sería distinto?

Enfoque al futuro

todos vivimos en nuestro pasado, nuestro presente y nuestro futuro, por lo tanto, en este modelo una visión positiva del futuro invita a la esperanza; la esperanza a su vez ayuda a superar los problemas presentes, reconocer los signos de la posibilidad del cambio, ver el pasado más bien como una prueba que como una desgracia, e inspira soluciones.

Prescripción invariable

se le pide al consultante invariablemente al final de la primera sesión que piense o se dé cuenta de esa sesión a la próxima, que le gustaría que no cambiara o que permaneciera igual; la finalidad es ampliar la percepción de elementos que si funcionan más allá del problema o queja.

Ubicación de una escala

la escala se basa en el supuesto de un cambio en la dirección deseada. en una escala que va de cero a diez, y en la que el cero representa lo peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿dónde situaría usted el día de hoy?

Excepciones

para el enfoque centrado en la solución, es esencial la certeza de que, en la vida de una persona, hay siempre excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o pueden estar asociados con el problema. en este modelo se invita al cliente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso o, por lo menos, como encaminado en la dirección general a un abordaje más eficaz del problema, para construir sobre ello. a fin de persuadirlo y hacer que considere esos “éxitos”.

Intervención en la pauta

una alteración de las acciones de la queja modifica las pautas que la rodean, y a menudo la conducta-problema desaparece, de modo gradual o brusco. el terapeuta puede lograr esa modificación con métodos directos o indirectos, sobre la base de su autoridad o en una aventura cooperativa con el cliente.

Enmarcado

se fundamenta en el construccionismo, se establece que los hechos son observaciones de lo que se puede percibir, mientras que el significado es la interpretación del hecho. el cambio se produce cuando hay significados alternativos *reenmarcado. el terapeuta proporciona o alienta a desarrollar significados alternos al hecho. *desenmarcado. se desafían los significados y se alienta al consultante a construir nuevos.

Retroalimentación

en cada sesión el terapeuta le da al cliente una retroalimentación cuidadosamente formulada. si se cuenta con un grupo de colegas observando la sesión, el terapeuta les pide a los clientes tomar unos minutos para hablar con el equipo y regresar más tarde con un mensaje de parte del equipo. incluso si el terapeuta está trabajando solo, es común que les pida a los clientes unos minutos para pensar y después darles su retroalimentación. ésta tiene tres componentes: un “elogio” con el que se reconoce algo positivo de la clienta, un “puente” que tiene que ver con sus metas y una “tarea” que generalmente tiene que ver con que observe qué es distinto cuando las cosas están mejor o que haga más de lo que le ha funcionado.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de preguntas del Modelo Centrado en Soluciones para intervenir. Ver tabla 4.

Tabla 4. Ejemplos de preguntas del Modelos Centrado en Soluciones.

<p>Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión: ¿Qué cambios se han presentaron en la primera llamada hasta esta sesión? ¿Qué ha pasado en este tiempo que sea diferente?</p>
<p>Preguntas para establecer la meta: ¿Que te gustaría solucionar? ¿Qué es lo que quieres solucionar?</p> <p>De las cosas que te trajeron aquí: ¿Cuáles te gustaría solucionar primero?</p>
<p>Preguntas para identificar excepciones: ¿En qué momento no ha estado presente el problema? ¿Como son las cosas cuando el problema no se presenta? ¿De lo que has hecho para solucionar el problema que ha funcionado?</p>
<p>Preguntas presuposicionales (afirmaciones de una solución, dado que el cambio es inevitable): ¿Quién sería el primero en darse cuenta de que algo cambio? ¿Cuál será la primera señal de que el problema ya no está presente? ¿Que será diferente en tu vida cuando el problema ya no esté en tu vida?</p>
<p>Preguntas orientadas a la solución hipotética (el terapeuta puede ver las excepciones, pero el cliente no las identifica en su vida entorno al problema, entonces se introducen excepciones hipotéticas apoyándose de la pregunta del milagro): ¿Que sería lo que tenga que pasar para que te des cuenta que el problema se está solucionando? ¿Qué es lo que habría cambiado cuando el problema ya no esté presente? ¿Si te encontraras alguien como tú con la misma dificultad que le dirías?</p>

O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) señalan las **Cosas a evitar en terapia** (el camino equivocado):

- Hacer lo que anteriormente no ha funcionado
- No atender a las respuestas del cliente
- Reificar la patología
- Complicar las cosas

Cabe mencionar que en la terapia centrada en soluciones la *agencia personal*, es otra de las ideas que toma un lugar importante y se refiere a la posibilidad de tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferimos hacer y cómo nos gustaría ser. Algunos autores de la posmodernidad como White y Epston (1989) con frecuencia usan la metáfora de “Ir en el asiento del conductor de la propia vida”. Así mismo, la *flexibilidad* en la duración de la terapia es otra de las

características del modelo ya que tiende a ser breve y generalmente el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión (pueden invitar, por ejemplo, al cónyuge o a otros miembros de la familia). Este modelo trabaja desde una perspectiva no patológica, además evita culpar o clasificar a los individuos o las familias, más bien aprecia y respeta la realidad y la individualidad de cada cliente, así mismo el terapeuta es cooperativo en el proceso terapéutico, transparente respecto a sus sesgos y la información que poseen (Tarragona, 2006).

2.1.3. Análisis y discusión del tema (s) que sustentan los casos clínicos

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

2.1.3.1. *Violencia y sus efectos Psicológicos: reflexiones en la Terapia Familiar*

De acuerdo con Alonso (2004), todavía no se han ponderado y valorado suficientemente las consecuencias de la violencia en los ámbitos físico, psicológico y social, tanto en la víctima como en la familia, por tal motivo es importante para mí presentar esta temática como una aportación a mi formación en el quehacer terapéutico.

Primeramente, me gustaría aclarar algunos conceptos para el desarrollo y análisis de los temas que sustentan los casos presentados en el capítulo 3.

*Violencia*³³

La violencia se define como “la coerción física o psicológica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado”. Puede adoptar formas diferentes: física, verbal, psicológica, sexual, social, económica, etc.

³³ <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/redes-sociales-527/violencia-de-gnero-8894>

Violencia de género ³⁴

La *violencia de género* es cualquier tipo de violencia ya sea física, psicológica que se ejerce contra cualquier persona o grupo de personas sobre la base de su orientación o identidad sexual, sexo o género que impacta de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico, psicológico o económico. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, el término se utiliza “para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género”, constituyéndose en una violación de los derechos humanos.

Violencia familiar

Por otra parte, el *término violencia familiar (VF)* se distingue de la anterior, además del objeto de la violencia, por el contexto donde ocurre, así la violencia familiar comprende cualquier acto de violencia llevado a cabo por quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo, conyugal, de pareja, paternofamiliar o semejante con la víctima. Es decir, la *violencia familiar* según la Comisión Nacional de los Derechos Humano (CNDH) hace referencia cualquier acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño. ³⁵

Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia (Patrón & Limiñana, 2005). Por otro lado, la violencia familiar se conoce también como violencia doméstica intrafamiliar y comprende varias formas con las que una persona dentro de una relación familiar le causa daño a otra. Wallace (2005) la define como “cualquier acto u omisión ejecutado por personas que cohabitan y que causa heridas a otro miembro de la familia”. La violencia familiar incluye el maltrato infantil y las agresiones entre los miembros de la pareja sexual. Comprende el maltrato hacia los niños,

³⁴ https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

³⁵ <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>

conocido también como abuso infantil–, el maltrato hacia la pareja, el abuso entre hermanos y el maltrato hacia las personas mayores. La victimización en los menores en casa incluye tanto el maltrato recibido directamente como la exposición a la violencia entre sus padres (Kalil & Harris, 2003; Merrill, Tomsen, Crouch, May, Gold & Milner, 2005; Frias y Gaxiola, 2008). El fenómeno de la violencia doméstica o familiar, actualmente se ha convertido en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan.

Según Straus y Gelles (1986), uno de los factores más relevantes a la hora de explicar la elevada incidencia de la violencia familiar es el hecho de que la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva, con el correspondiente riesgo de que los conflictos puedan intentar resolverse de manera violenta. Entre estas características destacan:

- a) La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.
- b) La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.
- c) El alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.
- d) El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social.

De acuerdo con Fernández (2004), la repercusión de la violencia familiar sobre la salud mental de las víctimas se ha documentado en numerosos estudios. Los problemas más claramente relacionados son: trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión (es el indicador más relacionado con el maltrato), mayor riesgo de suicidio. También las mujeres víctimas de maltrato tienen mayor riesgo de presentar conductas adictivas: abuso del alcohol, de las drogas y de los psicofármacos; tienen con mayor frecuencia insomnio, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia) y, finalmente, utilizan con mayor frecuencia la violencia con sus propios hijos. Las víctimas valoran las consecuencias psicológicas de la VF como más graves que las físicas. Una

importante consecuencia a largo plazo es la *transmisión transgeneracional* de la violencia familiar, que perpetúa modelos de conducta que aceptan la violencia como instrumento de dominio y sumisión. No sólo se aprende el rol de agresor, sino también el de víctima, con una mayor tolerancia hacia las conductas maltratantes.

Los factores de transmisión transgeneracional de la *violencia familiar* han sido ampliamente investigados en la literatura. La evidencia indica que haber sufrido *violencia familiar* en el hogar paterno aumenta la probabilidad tanto de ser víctima como de ser agresor cuando se es adulto (Straus, 1980; Huesmann, 1984; Widom, 1989; como se citó en Riberio y Sánchez (2004).

Frías y Gaxiola (2003) señalan que la *violencia familiar* ha sido reconocida como uno de los problemas más comunes que enfrenta la infancia en la actualidad y en México la situación no es menos preocupante ya que estadísticas de la Procuraduría de Defensa del Menor indican que 29,000 niños fueron atendidos por esa dependencia en toda la República Mexicana. En la Ciudad de México, el Centro de Atención a Víctimas de la Violencia (CAVI) reporta haber atendido 403 casos de abuso infantil durante 1992; el Hospital Infantil de esa ciudad reportó 686 casos de maltrato a niños, de los cuales la mitad murió como consecuencia del abuso (Álvarez, 1995). Un reporte más reciente establece que más de 40,000 casos son reportados en la Ciudad de México (Zepeda, 2001). Los datos anteriormente mostrados indican que el maltrato infantil es un problema grave en México y aunque las instituciones gubernamentales comunican un bajo índice de reporte de casos de abuso infantil, los datos que proporcionan las investigaciones muestran que el maltrato existe en una gran proporción de familias mexicanas.

Por consiguiente, es importante resaltar que algunas investigaciones, señalan que la *violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores*, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas directas de ella. Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición (Fantuzzo, DePaola y Lambert, 1991; Hughes, 1988; Hughes, Parkinson y Vargo, 1989). Los niños de estos hogares violentos también suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que los niños de familias no violentas (Adamson y Thompson, 1998; Rossman, 1998), además de promedios más altos en medidas de ansiedad, depresión y síntomas traumáticos (Hughes, 1988; Maker, Kemmelmeier y Peterson, 1998; Stenberg *et al.*, 1993).

Se estima que entre el 25% y el 70% de los niños de familias en las que se producen episodios de violencia, manifiestan problemas clínicos de conducta, especialmente problemas externos como conductas agresivas y antisociales (McDonald y Jouriles, 1991). Por lo tanto, las investigaciones llevadas a cabo hasta la actualidad sobre los hijos de estos hogares violentos, muestran la necesidad de una intervención específica sobre las repercusiones que conlleva para ellos la exposición a una situación altamente traumática y desestabilizadora de la familia (Patró & Limiñana, 2005).

Los efectos y consecuencias psicológicas de la violencia familiar en niños.

UNICEF, basándose en la Convención de Derechos del Niño, que en su Artículo 19 habla de la protección ante "cualquier forma de violencia física o mental", determina la necesidad de considerar maltrato, no solo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños; basándose en estudios acerca de la violencia familiar que han puesto de relieve los efectos psicológicos potencialmente adversos que tienen sobre los niños presenciar o escuchar situaciones violentas (tanto físicas como psicológicas) entre sus progenitores (Sepúlveda, 2006).

Uno de los mitos de la violencia contra las mujeres en la pareja, es que no supone un riesgo para sus hijos; esta idea sin embargo choca con la realidad, puesta de manifiesto, tanto por la frecuencia con la que los comportamientos violentos de los padres maltratadores afectan a los niños y niñas de forma directa, como por los efectos negativos que sobre el desarrollo infantil y adolescente tiene la exposición a situaciones de violencia indirecta. Como se expondrá a continuación, los problemas que presentan los menores expuestos a la violencia indirecta, son superponibles al patrón descrito en menores víctimas directas de maltrato. Siguiendo a autores como Espinosa, hay una serie de consecuencias comunes tanto de la exposición directa como la indirecta a la violencia, tanto que básicamente son las mismas, si bien lo que varía es el origen de estas, y por tanto, la intervención y el tratamiento que se ha de llevar a cabo para que los miembros más vulnerables de la familia puedan llegar a superar el efecto que tienen sobre el desarrollo de los/as menores, vivir en un entorno familiar nocivo (Sepúlveda, 2006).

El maltrato infantil tiene un efecto directo en los problemas de conducta de los niños: el maltrato infantil produce ansiedad y depresión, conducta antisocial, timidez, problemas de atención, problemas de pensamiento y retraimiento. Asimismo, los niños maltratados manifestaron más somatización. De igual manera Kolko (1992) encontró que el maltrato físico y psicológico se asocia a la baja auto estima, la

depresión, la conducta autodestructiva, limitaciones en habilidades cognitivas, habilidades perceptuales, agresión física y conducta antisocial (Frías & Gaxiola, 2003).

De acuerdo con Bayal y Ángeles (2005), las principales consecuencias, en la infancia y en la adolescencia, de la exposición directa e indirecta a situaciones de violencia familiar se podrían resumir del modo que se expone en la Tabla 5.

Tabla 5. Principales consecuencias de la exposición directa o indirecta a situaciones de violencia familiar.

TIPO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA	PRINCIPALES CONSECUENCIAS
<p>Directa:</p> <p>los (as) menores experimentan el mismo tipo de actos violentos que la madre. por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • insultos amenazas, humillaciones, desvalorización. • manipulación emocional, intimidación. • maltrato físico activo (bofetones, patadas, palizas...) 	<p>Consecuencias físicas (exceptuando lesiones): retraso en el crecimiento, alteraciones del sueño, de la alimentación, y retraso en el desarrollo motor.</p> <p>Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, baja autoestima y trastorno de estrés postraumático.</p> <p>Problemas de conducta: falta de habilidades sociales, agresividad, inmadurez, delincuencia, y toxicomanías.</p>
<p>Indirecta:</p> <p>se considera cuando la agresión ocurre en su presencia, y también aun cuando no estén presentes, pero no pueden tomar distancia de sus progenitores. por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oyen disputas, golpes, perciben terror. 	<p>Incapacidad de las víctimas para atender las necesidades básicas de los niños y las niñas, por la situación física y emocional en la que se encuentran. Lo que puede generar situaciones de negligencia y abandono hacia los niños (as).</p> <p>Incapacidad de los agresores de establecer una relación cálida y afectuosa cercana con sus hijas e hijos. Lo que puede generar serios problemas de vinculación afectiva y establecimiento de relaciones de apego.</p>

Tabla 6. Las principales consecuencias para el desarrollo de las niñas y niños testigos de la violencia (Sepúlveda, 2006).

PRINCIPALES CONSECUENCIAS	
Desarrollo social	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de interacción social. • Conductas externalizantes: problemas de agresividad. • Conductas internalizantes: problemas de inhibición y miedo. • Dificultades para interpretar las claves sociales. • Falta de habilidad de resolución de problemas sociales. Falta de habilidad de resolución de conflictos. • Tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los otros. • Aislamiento y soledad, inseguridad, desconfianza. Falta de integración • Conductas antisociales, delincuencia.
Desarrollo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empatía. Dificultades para expresa y comprender emociones, tanto propias como ajenas (ansiedad y tristeza). • Internalización de roles que no le corresponde a su edad. • Problemas de autocontrol de la propia conducta. Escasa tolerancia a la frustración. Explosiones.
Desarrollo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Indefensión aprendida. • Tendencia a no enfrentarse a nuevas tareas por miedo al fracaso y/o a la frustración. • Problemas de egocentrismo cognitivo y social. • Juicios morales heterónomos: más permisivos con sus transgresiones que con las de los demás. legitimidad en el uso de la violencia. Mucha pasividad o demasiada intransigencia por parte de las chicas a los chicos. • Problemas en el desarrollo de la atención, memoria y concentración.

Tabla 5. Principales consecuencias para el desarrollo de las niñas y niños testigos de la violencia familiar.

Hay numerosos indicios que sugieren que los niños que presencian o experimentan violencia muestran una tendencia a ser abusivos o víctimas de violencia en la edad adulta. La literatura sobre violencia familiar establece que los niños que son testigos de la violencia entre sus padres desarrollan secuelas negativas. Los niños responden emocionalmente a las disputas entre los adultos; lloran, expresan enojo, ansiedad, sufrimiento, angustia, miedo, vergüenza, tristeza. Los niños también muestran signos de agresividad y quieren convertirse en mediadores de los padres en conflicto (Rolden, Geffner, y Jouriles, 1998). Los niños/as que son expuestos a la violencia están en riesgo de manifestar problemas en el desarrollo social (GrahamBermann, 1998) y muestran una variedad de desórdenes motivados por el estrés (Moore y Pepler, 1998). Por otro lado, la literatura acerca de la violencia familiar describe que ser testigo de la violencia en la pareja es otra forma de abuso hacia los menores y representa una experiencia traumática para estos niños que son testigos de las agresiones entre sus padres (Marker, Kimmelmeier y Peterson, 1998; Wolfe, Jaffe y Wilson, 1990). Los niños que se encuentran ante un evento de violencia hacia alguno de sus padres se sienten desprotegidos y aterrorizados y aunque ellos no reciben directamente la violencia, el estar expuestos a ella pudiera causarles traumas (Peled, Jaffe, & Edelson, 1995).

Diversos autores como Jaffe, Wolfe y Wilson (1990) indican que los niños que son testigos de la violencia de sus padres desarrollan sentimientos de culpa, por no sentirse capaces de protegerlos, o creen que si ellos fueran "buenos" niños sus padres no estarían tan enojados. Straus (1994) encontró que tanto los hombres como las mujeres que presenciaron la violencia en la familia mostraron altos niveles de agresión. Ferguson y Horwood (1998) estudiaron el ajuste psicológico de jóvenes que habían estado expuestos a la violencia familiar y encontraron que los niños que fueron testigos de altos niveles de violencia entre sus padres se encontraban en riesgo de presentar problemas psicológicos que incluían el abuso de drogas, conducta delictiva y problemas mentales (Frías & Gaxiola, 2003).

El análisis del tema es una invitación a la reflexión acerca de la interacción familiar y como la violencia tiene repercusiones psicológicas en los menores de edad, así como la toma de conciencia de nuestra responsabilidad como terapeutas familiares al intervenir para erradicar y en la medida de nuestras posibilidades detener la violencia en las familias que nos consultan.

En el siguiente capítulo se presentan dos de los casos atendidos durante mi formación como terapeuta.

“El amor intenta entender, convencer y vivificar. Por ese motivo, el que ama se transforma constantemente. Capta más, es más productivo, es más el mismo”.

Erich Fromm

CAPITULO 3

CASOS CLÍNICOS

En el capítulo 3, se desarrollan dos casos clínicos que atendí en Coterapia, el primero bajo la supervisión de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, abordado con Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI, y el segundo caso bajo la supervisión/Coterapia de la Mtra. Ana María Menéndez Romero en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con la supervisión narrada del Dr. Flavio Sifuentes Martínez de la Universidad Nacional Autónoma de México, abordado con el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

3.1. CASO 1: Familia D

El caso que se presenta a continuación, es el de la familia D, el cual fue producto de la práctica clínica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, con la modalidad de coterapia (terapeutas en formación) en una cámara de Gesell, en la que participaron las terapeutas, supervisora, equipo terapéutico y equipo observador, todos con una formación psicológica.

Datos generales del caso

Sistema terapéutico

Supervisora	Dra. Noemí Díaz Marroquín
Terapeutas	Ana Karen Beltrán Castillo y Julia Valeria Gutiérrez Nava
Modalidad	Terapia Familiar
Motivo de consulta	Sonambulismo de Celia

Modelo	Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema (MRI)
Numero de sesiones	11 (semanal y quincenal)
Estado del proceso	Alta
Periodo de atención	Agosto a diciembre del 2017
Sede	Centro de Servicios Psicológicos
Sistema terapéutico	Consultantes, Equipo terapéutico, Equipo Observador, Coterapeuta y Supervisora
Equipo terapéutico	Jesús Enrique Vázquez Quiroz César Alejandro Pliego Rosas Lilia Montalvo Ocampo Alejandra Martínez San Juan Yael Alejandra Castillo Flores Juana Ivette Catana Ramírez Salma Ledón Chávez Adriana Nájera Martínez Cynthia Lissette Franco García
Equipo observador	Jesús Rene Escobedo Ruiz Beatriz Valdivia Torres Nancy Ramírez Rivas Rosa María Navarro Orta Roberto Caballero Gutiérrez Erika Ivonne Castillo Sierra César Octavio Hernández Hernández Ana Claudia Neria Ortega

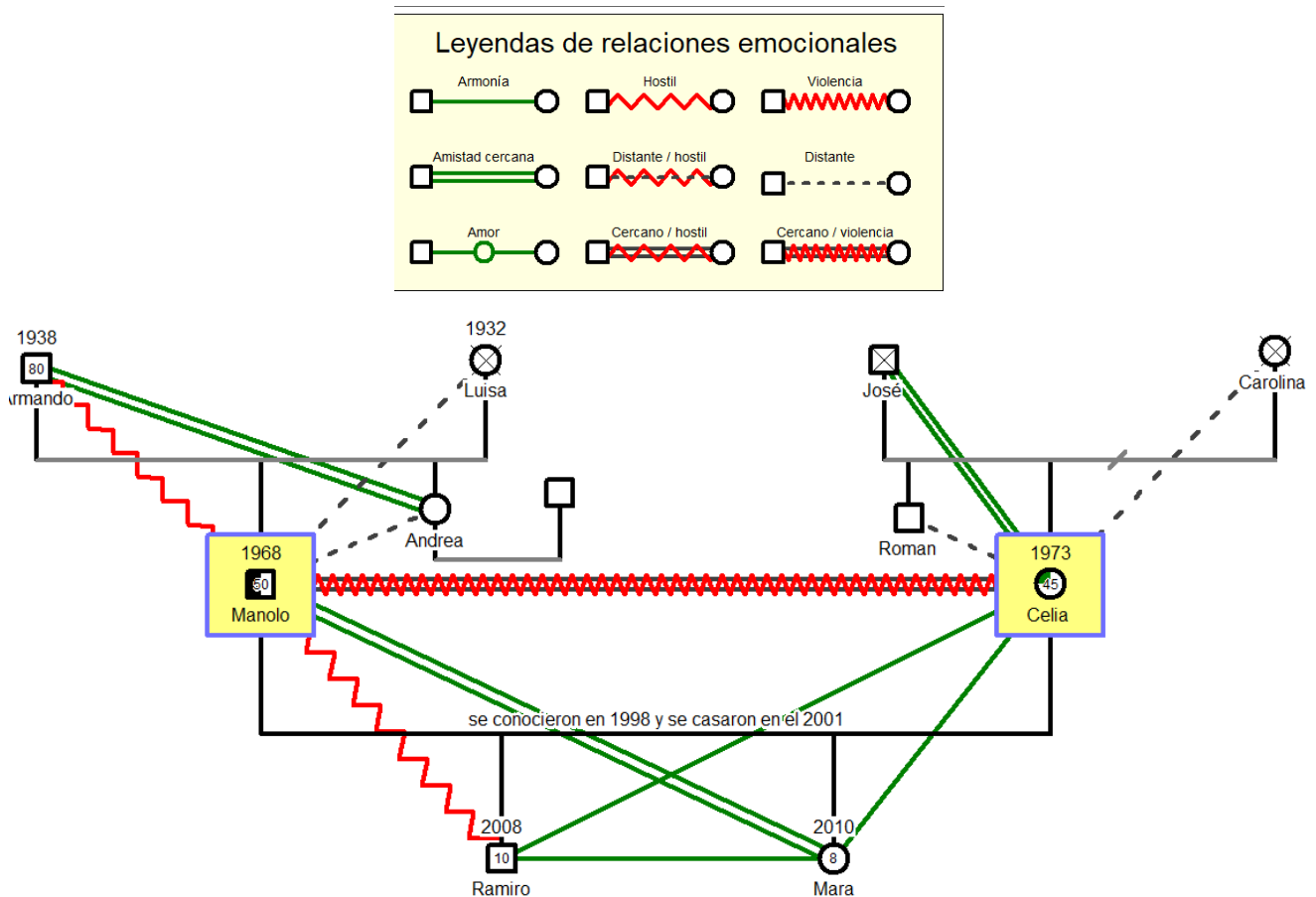
*Datos de la familia*³⁶

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
-------------------	---------------	-------------	--------------------	------------------

³⁶ Los nombres han sido modificados para proteger la confidencialidad de los consultantes.

ESPOSO	Manolo	50	Licenciatura en Arquitectura	Empleado administrativo en SEMOVI (Atención a taxistas)
ESPOSA	Celia	45	Maestría en Educación Preescolar	Supervisora en Jardín de Niños
HIJO	Ramiro	10	3° Primaria	Estudiante
HIJA	Mara	8	2° Primaria	Estudiante

Familiograma de la entrevista inicial



Motivo de consulta

Celia y Manolo solicitan el servicio de Terapia Familiar en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, ya que refiere Celia que desde hace dos años en la madrugada habla por unos minutos y actualmente realiza acciones diversas, pero no recuerda absolutamente nada al despertar en la mañana, su esposo es el que le informa de todo lo que hace y dice por las noches. Cuando se encuentra dormida indica que habla de experiencias que vivió en su juventud (fiestas, vida sexual, amigos cariñosos, y los pendientes cotidianos) al inicio se presentaba solo de 10 a 15 minutos, pero poco a poco fue incrementando la duración de estos episodios; actualmente de una a dos horas aproximadamente, y ahora no solo habla, sino también canta, baila, abre ventanas y puertas, simula tener relaciones sexuales masturbándose, e incluso llega a insultar a Manolo.

La pareja menciona que esto es un problema porque se sienten agotados físicamente.

La pareja espera de la terapia:

- Celia: “Espero me puedan orientar o brindar herramientas que me permitan estar descansando y dejarme de sentir tan agotada al igual que apoyar el bienestar de mi esposo” (sic).
- Manolo: “Debido a la situación que tiene mi esposa a la hora del sueño, como hablar y moverse, es imposible para mi dormir de manera normal, aunado a que me involucra en su sueño, no puedo dormir de manera completa y me siento al día siguiente intranquilo y/o molesto por lo que sucedió, me siento irritable, cansado y ansioso. Espero con la atención, poder recuperar mi descanso correcto” (sic).

Desarrollo del caso

El proceso terapéutico de la familia se llevó a cabo entre agosto y diciembre del 2017, la periodicidad de las sesiones fue semanal y quincenal, con un total de 11 sesiones presenciales. Se abordó en coterapia bajo el modelo de Terapia Breve centrado en el problema.

Cronograma de sesiones

NUMERO DE SESIONES	ASISTENTES	MES
Sesión 1	Celia y Manolo	Agosto 2017
Sesión 2	Celia y Manolo	Agosto 2017
Sesión 3	Celia y Manolo	Septiembre 2017
Sesión 4	Celia, Manolo, Ramiro y Mara	Octubre 2017
Sesión 5	Celia, Manolo, Ramiro y Mara	Octubre 2017

Sesión 6	Celia, Manolo, Ramiro y Mara	Octubre 2017
Sesión 7	Celia y Manolo	Noviembre 2017
Sesión 8	Manolo	Noviembre 2017
Sesión 9	Celia	Noviembre 2017
Sesión 10	Ramiro y Mara	Noviembre 2017
Sesión 11	Celia y Manolo	Diciembre 2017

Antecedentes

Dentro de los antecedentes de la relación de pareja, relatan que se conocieron por un amigo en común cuando Manolo estudiaba la Licenciatura en Arquitectura en el año 1998 y se casaron en el año 2001. La pareja conversa acerca del tema sexual y su frecuencia desde que se casaron hasta el día de hoy, dado que es un problema que la pareja presenta. En su noche de bodas intentaron tener relaciones sexuales, pero no pudieron. Cabe mencionar que para ambos esa sería la primera relación sexual en su vida. Posteriormente señalan que la frecuencia de las relaciones sexuales era de 7 a 8 veces al mes, y después de su primer hijo la frecuencia de las relaciones sexuales fue de 1 a 2 veces por mes, la frecuencia de las relaciones sexuales aumenta cuando quieren tener un segundo hijo, y una vez que Celia queda embarazada suspenden las relaciones en esos 9 meses. Aunado a esto la pareja relatan algunas dificultades médicas que han tenido, lo cual ha repercutido en la relación de pareja:

- Manolo tuvo dos operaciones en la columna: la primera por una hernia, le sacaron dos discos (1992), posteriormente tuvo otra operación (2013) debido a que el espacio de los discos ya está desgastado.
- Después de tener a Mara en el año 2012, deciden que Manolo se opere de vasectomía, sin embargo, tiene complicaciones como varicoceles y fibrosis, él se lo atribuye a la falta de actividad sexual ya que el médico le recomendó vacar los conductos seminales.
- Claudia tomó Metformina para que no le diera preclamsia en su embarazo y controlar su sobrepeso, ya que tenía 30 kilos de más desde hace 10 años (tomando una pastilla en la mañana y una en la noche, hace 8 meses la dejo de tomar y hace 3 meses su médico se la volvió a recetar).
- A Celia se le congestionaron los conductos mamarios en la etapa de lactancia de Mara, ella pensaba que Manolo la auxiliaría, sin embargo, él reaccionó con miedo, se paralizó, sin posibilidad de ayudar a Celia. La pareja concluye con lo anterior que Manolo no se encuentra con la posibilidad de apoyar a su pareja,

porque se paraliza cuando suceden emergencias médicas, por lo tanto, Celia no se siente apoyada y no lo ve como una persona capaz para el cuidado de sus hijos en caso de que ella fallezca

Objetivos terapéuticos

Una vez que se ha escuchado a la pareja y se conversa con el equipo terapéutico y supervisora, se negocia junto con los consultantes el **objetivo terapéutico** para mejorar la relación de pareja.

- Ambos identifican que cuando tienen relaciones sexuales puede pasar una semana sin que Celia tenga sueños sexuales, por lo tanto, al aumentar la frecuencia en las relaciones sexuales, tienen mayor descanso y menos tensión en la relación familiar.
- También el objetivo es que la pareja se reencuentre en esta nueva forma de ser pareja y su sexualidad, expresando lo que a cada uno le molesta del otro, llegando a acuerdos a pesar de estar en contradicción en el significado del afecto con respecto a la sexualidad.
- Convivir más en pareja, sin hijos y sin actividades pendientes del trabajo.

Proceso

Primera sesión

En la primera sesión asistieron Celia y Manolo, las terapeutas se presentaron y explicaron en forma clara y precisa a la pareja, acerca de las reglas del Centro de Servicios Psicológicos y la forma de trabajo dentro de Terapia Familiar, la secuencia de las sesiones con el fin de crear un ambiente de confianza y de respeto, lo cual abona a la relación terapéutica.

La pareja comenta que tiene mucha incertidumbre acerca del sonambulismo, buscando una causa orgánica o psicológica. La pareja pide orientación a las terapeutas respecto a si es necesario acudir a otra institución para valoración orgánica ya que Celia se autodiagnosticó con *sexsomnia*.

Se indaga como es que se vuelve un problema para el sistema, el que Celia se despierte en la noche con deseos sexuales, Manolo comenta que tiene problemas para dormir presentando dificultades para encontrar una posición adecuada que le haga conciliar el sueño. Y para Celia es un problema durante el día porque se siente muy cansada y además no quiere dañar la relación con su esposo al insultarlo por las noches, porque sabe que le hace sentir triste. Asimismo, se vuelve un problema para la pareja porque hay

diferencias en las creencias en la vida sexual de la pareja, para Celia no es importante tener relaciones sexuales, pero para Manolo sí, ya que busca contacto sexual mientras está despierta Celia y al no ser correspondido se siente ansioso.

Segunda sesión y subsecuentes

Para la segunda sesión, Manolo comenta que se sigue sintiendo muy cansado debido al trayecto en el transporte público, a su discapacidad (columna vertebral) y a que cada noche Celia presenta estos sueños sexuales. Él trabajó anteriormente durante 8 años en Wester Union, sin embargo, salió por la operación que tuvo en la columna vertebral, actualmente trabaja en SEMOVI (Atención a taxistas), en un espacio gubernamental para personas con discapacidad.

Celia se muestra molesta y durante la sesión, expresa los errores de Manolo, por ejemplo, que a Manolo se le dificulta socializar cuando está en reunión de amigos, porque se la pasa viendo el celular, escuchando música, desde el punto de vista de Celia, lo percibe retraído y considera que le da pena platicar con sus amistades.

La pareja reflexiona y hablan de los momentos de peleas y discusiones que pueden presentarse en su relación.

- Manolo comenta que lo que más le molesta de su esposa, es el control que tiene de las cosas “ella quiere manejar las cosas como a ella le gusta” (sic), y por otra parte a Celia le molesta que, si ya tienen más de 16 años de casados, Manolo no sabe dónde están las cosas de la casa en específico de la cocina (esos han sido los problemas más fuertes).

Se le cuestiona a la pareja como es que expresan su enojo y Manolo menciona tener un buen control de enojo y de ira, ya que nunca le ha dicho groserías a su esposa, sin embargo, Celia menciona que ella si le ha dado manotazos, dice groserías y explota (las agresiones han sido por tres ocasiones y una de ellas fue presenciada por sus hijos). Para Celia los momentos en los que más se enoja es cuando se encuentra en su ciclo menstrual, ella previene a la familia de esto, ya que tiende a explotar por cualquier cosa, entonces les pide que la traten de tal manera que no la hagan explotar.

Uno de los sucesos en los que Celia expresa que se enoja mucho, es cuando están teniendo una relación sexual y Manolo tarda en eyacular, ella quisiera tener un orgasmo en menos de 20 minutos, ella siente que está gozando intensamente, a punto del “éxtasis”, esta “concentrada” y él hace algo que la “desexcita” (sic). Le molesta no tener el control en una relación sexual. Celia en sus sueños sexuales desea el estar con un hombre, pero en el momento que tiene intimidad sexual con su esposo, quiere controlar incluso en que minuto debe de eyacular, entonces deja de disfrutar.

Manolo propone en la segunda sesión como objetivo terapéutico, generar acuerdos para tener más actividades con sus hijos y otras en pareja, de esta manera, darse un espacio específico con mayor creatividad en las relaciones sexuales para que ambos las disfruten.

Las terapeutas expresan lo que el equipo terapéutico concluye, ya que observamos que en ambos vemos una gran disposición al cambio y que estos cambios beneficien a ambos, sin embargo, existen varios desacuerdos tanto en la vida sexual como en la vida cotidiana. Se les cuestiona ¿En qué les podemos ayudar en el espacio terapéutico?

- Manolo desea recuperar a su pareja adecuándose al propio ciclo de vida y de la pareja, por lo tanto, le beneficiaría descansar por la noche, porque si tiene relaciones sexuales de manera consecutiva, Celia tiene menos sueños sexuales por la noche, y él duerme mejor.
- Celia quiere saber ¿Por qué tiene “sueños sexuales”? para que así deje dormir tranquila a su familia (hijos, esposo y perro). También desea dejar de ser egoísta y pensar en el dolor que ha causado en su esposo al no satisfacerlo y al ser receptor de sus enojos y agresiones.

Se le deja a la pareja organizar una cena romántica, únicamente para ellos, y sin tener relaciones sexuales, únicamente conversar acerca de ellos.

En la sesión subsecuente, se inició retomando la tarea, sin embargo, la pareja no la realizó por “falta de tiempo y por las arduas actividades”. Además, se lo atribuyen a la falta de coordinación para organizarse.

Con apoyo del equipo terapéutico se plantearon dos diferentes posibilidades de cambio. Por un lado, la idea de enfocarnos en el desarrollo de la sexualidad, y por otra parte buscar la mejor forma de ser pareja

dejando de lado el ámbito sexual (donde cada uno puede desarrollar su sexualidad, de diversas formas, ante esto la pareja plantea su perspectiva del afecto en su relación:

Para Celia el afecto “se puede expresar con un beso todas las mañanas y en las noches antes de dormir [...] o un abrazo al despertar o al despedirnos o cuando llegas [...] nos damos dos o tres abrazos en el día o dos o tres besos en el día, a mí eso me llena, a mí eso me hace sentir bien, el que él me tape me sirva la leche, a mí eso me hace sentir bien, yo le expreso mi afecto a él también dándole una palmada, tomándolo de la mano, eso a mí me llena” (sic) pero para Manolo le agrada esa forma de afecto que expresa Celia, sin embargo, le hacen falta los momentos pasionales “como cuando eran novios” (sic). Manolo expresa que el desarrollo de su sexualidad sin su pareja no es una opción, ya que implica un vínculo emocional más que físico, y la masturbación tampoco es una opción para satisfacer su necesidad de afecto.

La pareja se percató de las diferencias que hay entorno al afecto y que por lo tanto no se están sintiendo satisfechos, Manolo ha optado por ya no insistir a Celia en tener relaciones sexuales ya que se molesta, y Celia se siente culpable por no satisfacerlo, ya que por las noches mientras ocurren los sueños sexuales, ella si desea tener orgasmos, incluso ahora que Manolo duerme en otra habitación para poder descansar, Celia lo busca e inicia nuevamente con el deseo sexual.

Celia se muestra conmovida cuando hace referencia a una relación pasada donde su exnovio le platicó que “tuvo que ir con una psicóloga, porque tú me hiciste mucho daño [...] porque yo hacía lo que tu querías [...] siento que tú fuiste la peor mujer que pude haber conocido” (sic).

Se le propone a la pareja que, para poder lograr un objetivo terapéutico, se deben comprometer a realizar cambios en la dinámica familiar, poniéndose de acuerdo en los movimientos que necesitan hacer para que ambos estén satisfechos emocionalmente, responsabilizándose de cada acuerdo planteado en la pareja.

Intervención en crisis para la familia después del sismo septiembre 2017

En sesiones posteriores del proceso psicológico de la familia D. El 19 de septiembre del 2017 en México se vive un terremoto con magnitud de 7.1, y al comunicarnos vía telefónica con la familia, nos mencionan se encuentran bien, pero que lamentablemente perdieron su vivienda y patrimonio. Protección civil de la Ciudad de México, pide que desalojen su hogar debido al daño estructural del edificio. Este suceso hace

que la familia haga un cambio en su forma de ver el problema inicial, ahora son parte de los damnificados, y solicitan intervención inmediata para los 4 integrantes de la familia D (Celia, Manolo, Ramiro y Mara).

En esta parte del proceso cambia temporalmente el objetivo terapéutico. Se interviene a la familia, indagando primero si sus necesidades básicas de alimentación y vivienda están cubiertas. Aunado a esto la intervención se enfocó en resaltar los recursos y la capacidad de la familia D para resolver problemas, a pesar de vivir un momento de crisis de manera individual, familiar y social.

En este momento del proceso la intervención inmediata se dirige hacia el bienestar físico y psicológico de la familia D a raíz de la experiencia de un sismo en la Ciudad de México. Las terapeutas realizan el encuadre terapéutico dirigido principalmente a Ramiro y Mara, generando un ambiente de confianza. Cada miembro nos relata su experiencia durante y después del sismo del 19 de septiembre:

- Ramiro reconoce ser una persona valiente ya que se metió a la casa con su mamá para sacar cosas importantes como los documentos. En la escuela él fue el que tranquilizó a sus compañeros dando contención y diciéndoles que sus papás iban a estar bien.
- Mara al inicio de la terapia no quiere hacer ningún comentario del temblor.
- El padre se siente sorprendido de lo mucho que caminó a pesar del dolor en la espalda, tuvo esa necesidad ya que no encontró transporte público, ni forma de comunicare con su familia vía telefónica. Manolo a pesar de sentirse preocupado por sus hijos y su mascota, se mantiene ecuánime. Por Celia no se sintió tan preocupado porque “él estaba seguro de que ella estaría bien, ya que es fuerte y se sabe cuidar sola”. Esto habla de que Celia es la que cuida y la que toma decisiones.
- La mamá estaba en una supervisión en la escuela donde trabaja, por lo tanto, se mantuvo ecuánime y espero a que fueran los padres de todos sus alumnos, sin embargo, se sintió triste al llegar a casa y darse cuenta de que el sismo había afectado su hogar y algunos edificios aledaños estaban derrumbados. En ese momento hubo una disputa entre ella y Manolo para decidir si entrar o no a casa por los documentos importantes y lo básico para sobrevivir.

La familia realizó distintos cambios, por ejemplo, rentar un departamento, invitar al padre de Manolo a vivir con ellos ya que él también se queda sin hogar, cambio de escuela de los niños, asimismo, el cambio emocional inminente, es decir la familia vivía un momento de readaptación. Las terapeutas decidieron realizar una actividad, en la que cada integrante de la familia, por turnos arroja al suelo el papel con una

palabra, para que la podamos ver las terapeutas, los consultantes y el equipo terapéutico, dando una explicación a esa palabra, dado que Mara no quería expresarse verbalmente, podría hacerlo por medio de la escritura respondiendo ¿Qué sentimientos y emociones experimentaron a raíz del sismo? Esta actividad se realizó con el objetivo de buscar que la familia percibiera los recursos que puedan reconstruir la solución del problema de Shazer (1994).

Expresan las emociones en el siguiente orden con la correspondiente explicación:

- ✓ Tristeza- Ramiro y Mara (por haber perdido su casa y por su perro que estaba en casa pero que afortunadamente salvaron)
- ✓ Fortaleza- Celia (para poder recuperar su casa).
- ✓ Decisión-Manolo (si entrar o no a la casa, tomar roles distintos al momento de decidir).
- ✓ Sensibilidad- Celia (a partir de la actividad Celia no deja de llorar).
- ✓ Compartir- Manolo (al encontrar apoyo de los amigos, vecinos, familia).
- ✓ Amar- Mara (se aman todos los miembros de la familia).
- ✓ Altruismo- Ramiro (cuando los vecinos y amigos los han apoyado al prestarse algo para poder vivir, agradecidos con los demás).
- ✓ Alegría- Mara (en el momento se sintió triste pero ahora ya se siente feliz porque su familia está unida).
- ✓ Emocionar- Mara (se emocionó al ver a su papá que traía a su perro).
- ✓ Adaptación- Celia (al tener nueva casa, con nuevos integrantes, nuevas actividades).
- ✓ Furia- Mara (todos en algún momento en casa discuten, se piden disculpas).

Se normalizaron las emociones que expresaron visualizándolas como algo natural del ser humano al vivir una situación de crisis. Se validan las diferentes emociones expresadas por la familia D, ya sea de tristeza, enojo o alegría, según sea el caso. Esta intervención brindo a la familia un efecto despatologizante y tranquilizador (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; O'Hanlon, 1990). Con los mensajes del equipo terapéutico se reconoce a la familia sus fortalezas y sus recursos para poder salir adelante en esta situación.

Además, durante la terapia usamos un lenguaje que presupone los recursos de las personas, de los cuales ocuparon en beneficio de su integridad y salud emocional, mental y física, es decir, que el ser fuertes, pacientes, valientes, adaptables y resilientes, fueron habilidades que como familia y como individuos llevaron a cabo en este desastre natural. En esta parte aplicamos la premisa del modelo de soluciones que

proponen O'Hanlon y Weiner-Davis (1989): "los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas"

De acuerdo con Cade y O'Hanlon (1993), después de realizar la pausa con el equipo terapéutico es necesario retroalimentar mediante elogios, por lo tanto, mencionamos las diferentes ideas y reflexiones después de las sesiones ya que fue dirigida en rescatar los recursos de las personas después del suceso del sismo del 19 de septiembre:

- Cada uno de ustedes construyen un hogar y una familia mediante los recursos, las relaciones, las emociones y el afecto, y que, aunque lamentablemente perdieron la casa el hogar lo mantienen y lo crean ellos, siendo capaces de generar estrategias para recuperarla con apoyo de sus propios recursos como familia.
- Respecto al enojo que existe en la familia, se normaliza y se elogia la idea de poder expresar y reconocer que pueden existir muchas emociones como el enojo, la tristeza, miedo, alegría. Incluso también las decisiones que se toman son por algo y que cada opinión se respeta sin ser más uno que otro, todos pueden reaccionar de manera diferente en el temblor y que incluso el estar en desacuerdo no implica un conflicto personal sino más bien que en esta familia pueden expresar sus emociones y pensamientos alrededor de situaciones de crisis.

Parte de las intervenciones del proceso terapéutico, fue una prescripción directa, en la que tenían que organizar como familia una cena familiar, para celebrar que están con vida y que pudieron ocupar sus recursos para afrontar la situación después del sismo.

Intervención con Ramiro y Mara después del sismo

En esta sesión se cita únicamente a Ramiro y a Mara dado que los padres mencionan que ellos necesitan intervención por los miedos que puedan existir después de vivir el sismo en septiembre 2017.

En la sesión se llevan distintos materiales (cuento, juguetes colores y hojas) para poder dibujar. Se inicia abriendo el tema de las emociones, es especial la del miedo ya que es lo que los menores expresan al inicio de la sesión.

En esta parte de la sesión las terapeutas leen un cuento infantil para intervenir, y al mismo tiempo contar lo que cada uno vivió en el sismo, incluyendo a las terapeutas, para generar más empatía con los menores:

- ✓ Conocimientos del sismo: ¿Por qué tiembla el planeta Tierra?
- ✓ ¿Qué sentimientos tuvieron durante y después del sismo? (preocupación, trauma, tristeza, miedo, al final felicidad y tranquilidad al saber que todos estaban bien)
- ✓ Se expresa como cada uno vive el miedo y que pasa en su cuerpo (temblando, llorando, agrediendo, paralizándose, etc.) normalizando cada una de las reacciones ya que es una respuesta del ser humano, es decir, se despatologizan las emociones.
- ✓ Se explica el control de emociones ya que vivimos en zona sísmica, y por lo tanto se valida el miedo, pero también se señala que es muy importante estar preparados para protegerse.
- ✓ A manera de prevención se les pregunta: ¿Cómo ellos se preparan para no tener miedo y salvaguardarse en caso de sismo? Sus respuestas fueron no tener miedo, no correr, no empujar, no gritar y estar atentos.
- ✓ Se buscan técnicas de control del miedo cuando este los invade, por ejemplo, buscar un objeto (peluches), una actividad (jugar patineta), o recuerdos (como estar en la playa) para tranquilizarse cuando el miedo los atrapa y están solos.
- ✓ Se indagan emociones actuales (felices, alegres, fuertes, tranquilos y acompañados).
- ✓ ¿Qué los hace ser fuertes? Responden que pensar o estar con su familia, con sus amigos o solos pensando que todo va a estar bien.
- ✓ Se señala lo importante que es la protección y seguridad, mencionado que la compañía es un buen aliado pero que si están solos ellos pueden ocupar algún objeto, una actividad o un recuerdo.

A partir de la séptima sesión se retoman los terapéuticos de inicio del proceso, por lo tanto, se continúa con la escultura familiar.

Escultura familiar

En una de las sesiones que toda la familia acudió se realizó una escultura familiar, para ver de qué manera se están posicionando en esta familia.

Antes de continuar brevemente se explica que la ESCULTURA FAMILIAR de acuerdo con los autores Población y López (1991), es una "Técnica que pone en juego la dinámica del sistema" provocando un cambio gradual o una serie de crisis en su estructura. La escultura se define como "EXPRESIÓN

PLÁSTICA SIMBÓLICA DE LA ESTRUCTURA VINCULAR DE UN SISTEMA, MEDIANTE LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LOS CUERPOS DE LOS ELEMENTOS DE DICHO SISTEMA".

Además los autores sugieren que con la escultura familiar es que se utilicen los cuerpos de aquellos individuos que forman el grupo en estudio y/o tratamiento, moldeando sus posturas, gestos, posiciones relativas, distancias y contactos, para conformar un grupo escultórico, habitualmente estático, que muestra a primera vista el esquema de las interrelaciones del grupo humano; siempre desde la subjetividad del "escultor", y sirviendo también de base para poder desarrollar una serie de técnicas subsidiarias que completan la utilidad de la escultura.

En el caso de la familia D, se puede observar que Celia empieza a proponer posiciones para Mara, la cual le dice que no y al proponérselo a Ramiro lo abraza y acepta a sugerencia de su mamá, Manolo por su parte se queda periférico y no participa solo se mantiene observando y hablando sin adoptar una posición hasta que los demás se acomodan. Después de tomar la foto de la escultura familiar se indaga porque cada miembro de la familia se puso en la posición que adopto, debido a que la escultura que decidieron implicaba que Ramiro lo estuvieran cargando y no se podría mantener así todo el tiempo, se les pidió que se posicionaran de una forma representativa y Mara intenta adoptar el lugar de Ramiro.

Se le pregunto a Ramiro ¿cómo se sintió al estar tan cerca de su mamá? indico que feliz, pero con miedo de que lo soltara, Mara por su parte dice que ella quería como quitar a Ramiro y tal vez estar en el lugar de Ramiro, Manolo estuvo más cerca de Mara. Se le cuestionó a Ramiro si ¿Quería estar más cerca de papá? Diciendo que no, porque no se siente tan a gusto con él ya que está un poquito enojado con él, se le reconoció su capacidad de expresión de sentimientos de manera clara y directa.

Al finaliza la escultura se realizó un ejercicio de relajación debido a que la técnica de escultura familiar causó que Ramiro se agitara en su respiración y genero un momento de tensión familiar

Posteriormente la familia retoma el motivo de consulta inicial, y es entonces cuando se retoma la idea de tener una sesión individual para que puedan expresar sentimientos, ideas o emociones personales. Se relatan a continuación:

Manolo

Manolo expresa su experiencia como padre, dado que él piensa que no está siendo valorado. Él siente que a veces es “el regañón de la casa” o “el malo del cuento” (regañándolos tajantemente cuando hacen cosas incorrectas como pelear a golpes) y cree que Celia es la que se divierte la que los hace reír como “la buena del cuento” (hace juegos, deja pasar las peleas de sus hijos, es más afectiva con ellos).

Manolo habla de los momentos que se siente incómodo y molesto con Celia y es justo cuando pone límites, defiende sus derechos y deja de ser pasivo contestándoles a Celia, por ejemplo, cuando va manejando él le dice que no puede conducir tan rápido como ella quiere, Celia se molesta y empiezan a discutir. Por lo tanto, Manolo prefiere quedarse callado. En el tema de la sexualidad en la pareja, también ha optado por dejar de insistir en tener relaciones sexuales más frecuentes para evitar molestar a Celia y llegar a una escalada simétrica, es decir que Manolo cede para evitar la violencia ejercida por Celia.

Manolo ha hecho cambios dentro de la relación para no sentirse tan incomodo con Celia, por ejemplo él a partir de que empezamos el proceso terapéutico, ha decidido no esperarla para ver el programa de televisión que más le gusta a Celia, ya no la toma de la mano en la calle, le dice que está ocupado para evitar estar en confrontación constante, ha dejado de hablarle por teléfono tan seguido, evita sentirse tan triste y se preocupa por él mismo y por sus hijos.

Manolo se pregunta ¿Por qué yo tengo que estar haciendo feliz a los demás? ¿Qué otra cosa podrías hacer para estar mejor? Las terapeutas lo elogian ya que él es una persona que logra distinguir lo que no quiere en su vida y que es lo que necesita para sentirse mejor como persona. Este cambio se observa como un paso muy valioso en el proceso terapéutico, ya que está empezando hacer cosas para sentirse mejor y que, aunque falten más cambios en los que él trabajará, se siente capaz de realizarlos a pesar del miedo que le tiene a Celia y a la separación, porque él no se encuentra económicamente con la solvencia para un proceso legal y poder estar más con sus hijos, él manifiesta que se considera dependiente económica y emocionalmente. Manolo expresa mucha inconformidad la relación, por ejemplo, si él desea ver una película de su preferencia, escuchar música o ir a un concierto es juzgado y descalificado, por tal motivo evita tener actividades individuales por miedo. Se propone iniciar con pequeños pasos que lo llevan a generar cambios por ejemplo ver una película completa sin interrupciones en casa, o escuchar música de su preferencia.

Celia

En la sesión con ella expresa que cree que el origen de los problemas de pareja fue desde antes de casarse ya que ella no estaba segura de la relación con Manolo, porque tenía otro pretendiente; lo que determinó tomar la decisión de casarse con Manolo, fue la postura de su padre. El padre de Celia le decía “es importante que mejores, que sea alguien que te trate bien, que sea caballeroso...”, y ella lo eligió por esas razones, pero no pensaba que iba a ser tan difícil, no tener a alguien que la sostenga económicamente como el hombre de familia, tomando las decisiones más importantes. Celia no está cómoda tomando decisiones por el hecho de tener mayor ingreso económico. Celia se mantiene en la relación de pareja por el amor que se tienen y la convivencia que han llevado a lo largo de los años, sobrellevando las situaciones del día a día, sin embargo, reconoce que en los últimos 3 años al menos 3 veces al año si se ha planteado la posibilidad de terminar la relación en momentos donde ella se siente enojada y fastidiada, diciéndole a Manolo “yo, no necesito de ti, porque yo puedo resolver la vida por mí misma junto con mis hijos” (sic).

Celia comenta que, dentro de las consecuencias de los problemas de pareja, son que ha observado a sus hijos (Ramiro y Mara) relacionándose como ellos, es decir, se están volviendo un reflejo de la relación de pareja, por ejemplo, cuando tienen un conflicto fraternal, Ramiro le responde a Mara de la misma forma que ella le habla a su esposo “si te portas mal, voy a sacar tus cosas a la calle”, con la intención de descargar el enojo y lastimar a la otra persona mediante palabras, amenazas, humillaciones y golpes.

Las terapeutas señalan y verbalizan la violencia que Celia ejerce hacia Manolo, ella reconoce que se apoya de la violencia física y psicológica porque la relación es desigual; ella espera que en algún momento Manolo reaccione más dominante, tome decisiones importantes, y se convierta en el sostén económico familiar. Celia se lo hace saber a Manolo diciéndole “no puede ser que no seas lo suficientemente hombre para mantenernos a mí y a tus hijos” (sic) “cómo es posible que no actúes de manera asertiva o no decidas en situaciones que nos pones en riesgo” (sic). Aunado a esto, en consecuencia, ella siente vergüenza y dolor, por lo que le ha causado a Manolo.

Se le plantearon escenarios hipotéticos a Celia:

- ¿Qué sucedería si Manolo te respondiera de la manera firme que tu esperas o buscas, para la toma de decisiones? Ella responde que reaccionaría de una forma diferente y lo respetaría.

- ¿Qué sucedería si Manolo un día ya no estuviera dispuesto a permitir los malos tratos? Considera ella sería un momento doloroso, triste, pero que sería algo que superaría sin la necesidad de buscar otra pareja.

En el cierre del proceso se le cuestiona a la pareja acerca de las consecuencias que han experimentado al contener el enojo y mostrándose ecuanímenes y tranquilos. Celia menciona que explota con violencia física, psicológica, después se siente culpable por la imagen “bonita” que tienen sus hijos de ella como madre. Manolo menciona que él siente que es pasivo y que, aunque se enoje, no lo expresa porque le ayuda el pensar que no tiene derecho de agredir a los demás ni a sí mismo.

Las terapeutas retroalimentan a Celia mencionado que parece que ella necesita de un espacio en el que se disfrute a sí misma, en donde se permita dejar de controlar muchos aspectos de su vida y que ella pueda encontrar un lugar y espacio cómodo. Además, se le muestra como una alternativa de solución al síntoma, ya que cuando ella se permite satisfacer (cuando aumenta la frecuencia en las relaciones sexuales), por la noche los sueños sexuales no se presentan.

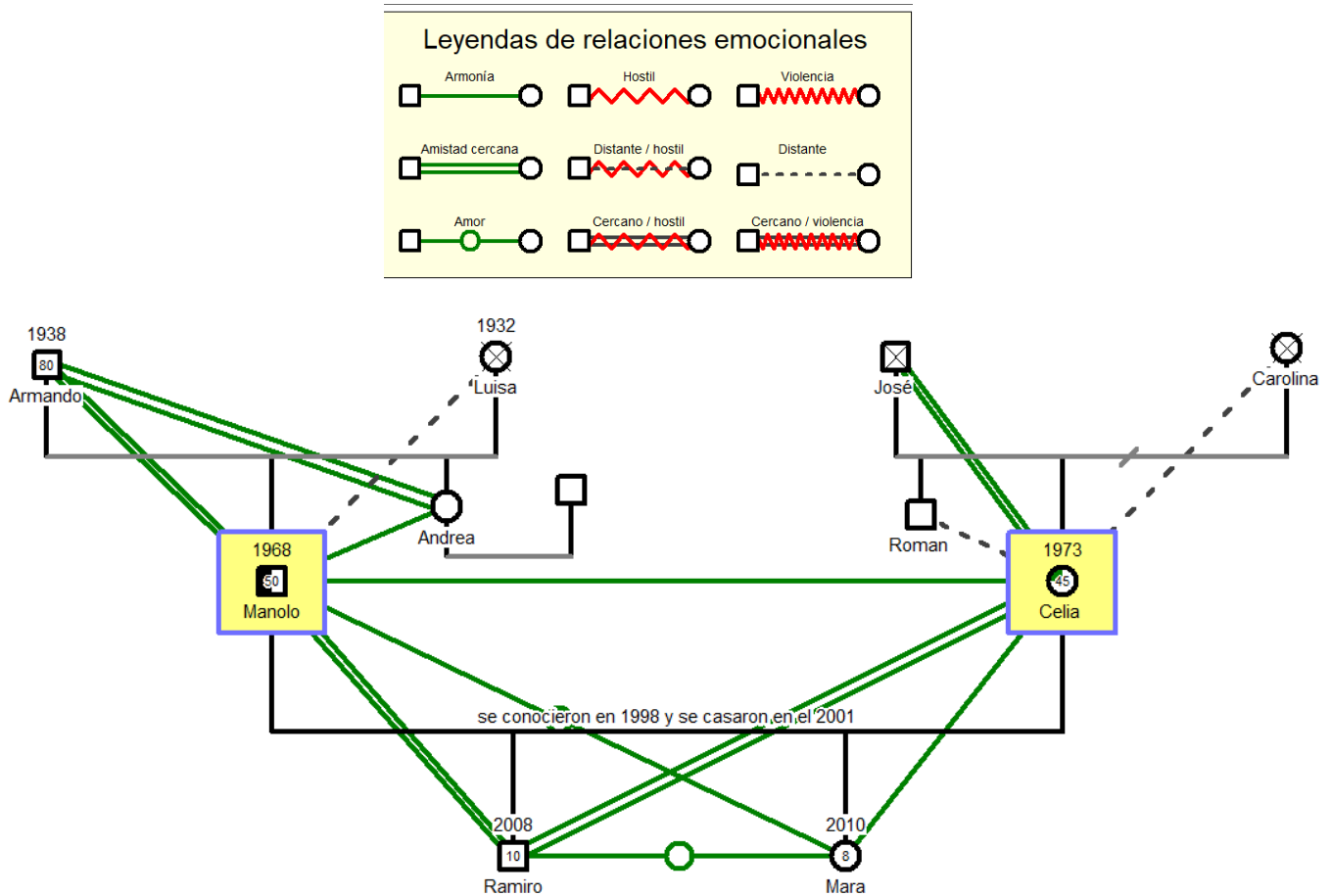
Cabe mencionar que Celia aun presenta episodios de sonambulismo, pero ya no son con contenido sexual. Ambos se dan cuenta que hay una desigualdad jerárquica en la pareja y que ninguno está satisfecho. Además de como esta desigualdad se reproduce en la relación de padres. La pareja se da cuenta que viven una situación de violencia, a Celia le duele ejercer actos violentos contra Manolo, sin embargo, está dispuesta a modificar la desigualdad jerárquica para convertirla en una relación equitativa. Tanto Celia como Manolo decidieron iniciar un proceso terapéutico individual.

A ambos se les menciona que es importante que hayan aceptado la conclusión a la que llegó el sistema terapéutico, ya que consideramos viven violencia y que ahora les tocaba asumir la responsabilidad de sus acciones, afrontando las consecuencias y generando estrategias de solución que necesitan implementar para interrumpir el ciclo de la violencia que existe entre ellos, para que en sus hijos no se repita este patrón de conducta.

La supervisora, entró en distintas ocasiones para intervenir durante el proceso, y en el cierre lo hizo para agradecer en nombre de todo el equipo por habernos permitido ser parte de su proceso y las terapeutas los felicitaron mostrando reconocimiento por los avances logrados

en la terapia y que sin importar que obstáculos se les presenten en el camino lo saben y lo sabrán resolver con sus propios recursos.

Familiograma final el proceso terapéutico



3.1.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Definición del problema y formas de crearlo

Para la definición del problema y formas de crearlo es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Las terapeutas se basan en la observación de la familia D y escuchan la explicación que ella hace de su problema del modo más claro y definido posible, de forma que se identifique concretamente las matrices pragmáticas del problema actual (Watzlawick & Ceberio, 2013).

Con el análisis de las primeras sesiones, por un lado, se identificó que el problema que presenta la familia D podría ser definido como “**terribles simplificadores**” ya que, si bien presentaron una demanda específica, no consideraban en un principio que esta pareja ha tenido muchas diferencias y dificultades para ponerse de acuerdo en cómo satisfacer al otro en cualquier ámbito de la pareja, no solo el sexual. En esta etapa de sus vidas no encuentran una nueva forma de ser pareja, debido a que han simplificado el problema inminente, la violencia que Celia ha ejercido sobre Manolo durante mucho tiempo y el patrón de dominio y sumisión con el que interactúan. La pareja niega la complejidad de que un problema lo sea en realidad, manteniendo una fachada social aceptable, al mostrarse con una actitud cortés, diplomática y correcta en todo momento (Watzlawick, Weakland, y Fish, 1974). Ambos se presentan hacia los demás como si el enojo no existiera en sus vidas aceptando incondicionalmente las diferencias entre ellos, por tal motivo se complejiza el problema porque niegan que existen acciones que no les gustan de su pareja.

Tipo de consultante

En las primeras sesiones se identificaron los siguientes elementos:

El tipo de consultante (Fish, Weakland y Segal, 1984, p. 117), como “**Clientes o compradores**”, ya que la pareja buscó “activamente la ayuda de un servicio psicológico, además están interesados en el cambio y en aliviar su dolencia” por tanto se decidió dejar **tareas de acción**. Celia y Manolo están dispuestos a hacer lo posible para mejorar la relación de pareja realizando acuerdos que beneficien a ambos.

Postura de los consultantes

En general en las sesiones la pareja era muy amable y cortés incluso cuando se conversaba acerca de lo que les molesta de la pareja lo hacían de manera tranquila y sin exaltarse. De acuerdo con Fish, Weakland y Segal (1982, p. 110): “los pacientes poseen sus propios **valores, creencias y prioridades**, que están fuertemente consolidados, y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán”, y esto constituye “la postura del paciente”.

Se identifica como parte de la **postura ante el problema** (Fisch, Weakland & Segal, 1982, p.110) la explicación que Celia da del mismo, está en una contradicción diciendo que para ella el tener relaciones sexuales no es importante y sería feliz sin hacerlo, en otra de las sesiones Celia manifiesta que para ella si son importantes las relaciones sexuales, justificando que por falta de tiempo no son frecuentes las relaciones sexuales, por lo tanto, Celia llega a la conclusión de que quiere encontrar nuevamente el gusto,

el tiempo y el espacio, para poder mostrar afecto, amor, y cariño en la pareja. Esta postura refiere que **“a pesar de mostrar una postura racional y política frente a las terapeutas y equipo terapéutico, el problema es doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad”** (p.115).

La **postura respecto a la terapia**, corresponde a la categoría de “buscar ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíproca”, ya que la pareja cumplió con la tarea encomendada acerca de tener relaciones sexuales más creativas, sin embargo, la cena romántica no fue llevada a cabo debido a las actividades de los padres (Fish, Weakland y Segal, 1984, p. 116). Se le cuestiona a la pareja la razón por la cual no hicieron la tarea y es a partir de ese momento que la pareja empieza a verbalizar que se les dificulta llegar a un acuerdo en la relación de pareja, Manolo y Celia reconocen que habían simplificado el problema del control que ejerce Celia a Manolo, al grado de afectar la vida sexual y emocional de la pareja.

Estrategias de Intervención

Se hicieron preguntas para conocer los **intentos de solución** (Pérez & Rodríguez, 2010) y describieron lo siguiente (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Intentos de solución al problema de la familia D

Intentos de solución al problema de la familia D
<ul style="list-style-type: none"> • Celia buscó estar en un ambiente relajado para evitar hablar en la noche acerca de los pendientes. • Manolo esperaba a que Celia quisiera tener relaciones sexuales porque por las noches al encontrarse excitado por escuchar a Celia, intenta masturbarse para satisfacer su deseo, pero ella se despierta y le impide eyacular. • Manolo duerme en otra habitación para poder descansar y evitar escuchar a Celia durante 2 horas por la noche, sin embargo, Celia lo va a buscar. • Manolo evitaba hablar de algún tema, porque siempre era descalificado, prefería ya no expresar sus sentimientos hacia Celia por el temor a ser rechazado en las relaciones sexuales y a que Celia se molestara por algo que para él no tenía sentido o razón alguna. • Celia evita darle manotazos y decir groserías a Manolo en frente de sus hijos, prefiere advertirles que no la molesten.

Con este paso se identificó “**lo que se debía evitar**” durante el proceso (Fisch, Weakland & Segal, 1982). Asimismo, nos deja ver la importancia de conocer a fondo las soluciones intentadas por el consultante, no sólo para no repetir estrategias, sino para conocer cuáles son sus alternativas de solución predilectas y, por lo tanto, cómo pueden impactar en su vida diaria. Dado que estas soluciones no resolvieron el problema, se consideran cambios de tipo 1. (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974). El proceso terapéutico tuvo como meta establecer acciones y conductas nuevas que bloquearan las soluciones intentadas y que promoviera cambio de tipo 2.

Tipos de Intervenciones

Las *intervenciones generales* que se utilizaron con la familia D fueron las siguientes (ver Tabla 8).

Tabla 8. Intervenciones que promueven el cambio en la familia D

<p>Prescripción directa</p> <p>Se les dejó como prescripción directa que cada noche que Celia tenga sueños sexuales y llegue al orgasmo Manolo también puede masturbarse y así ambos quedan satisfechos. Fue una intervención general, para generar un cambio específico en la situación, con el objetivo de ayudar a la pareja a verse capaz de poder estar satisfechos actuando diferente (Nardone y Watzlawick, 1990). Ambos se muestran dispuestos a intentar la directiva.</p>
<p>Prescripción indirecta</p> <p>La prescripción indirecta para enmascarar el verdadero objetivo y buscar desplazar el síntoma, fue la expresión de sus emociones y de los significados de afecto, por lo tanto, se les propone organizar una cena romántica fuera de casa y sin hijos, para platicar y llegar a un acuerdo acerca de la satisfacción de ambos en la vida sexual, para que sea más creativa y menos monótona (por ejemplo: fantasías sexuales) (Nardone y Watzlawick, 1990).</p>
<p>La reestructuración</p> <p>La reestructuración es uno de los componentes básicos de la terapia breve (Watzlawick, Weakland y Fish, 1979, Fish, Weakland y Segal, 1984; Cade y O’Hanlon, 1993), pues a través de ella se promueve un significado distinto a una situación problemática o que es subestimada, modificando el marco de referencia de la persona, estimulando sus potencialidades y los recursos que no utiliza. Esta podría decirse que fue una de las intervenciones fundamentales de este caso.</p>

Se le cuestiona a la pareja llevando las voces o mensajes del equipo terapéutico y supervisora, ya que sostenían que el problema era el que Celia tuviera los sueños sexuales por las noches, y por consiguiente estaban cansados durante el día. Sin embargo, lo que el sistema terapéutico veía era que, el tener esa fachada social, la falta de expresión del enojo y las acciones que esperaban del otro para sentirse apoyados, los desestabilizaba en la relación de pareja. Por ejemplo, lo que sucedía en casa, era que Celia no le decía a Manolo que ella quería tener relaciones sexuales con menor duración y Manolo quería tener relaciones sexuales con mayor duración y creatividad. Ella quería sentirse apoyada por su esposo como un hombre fuerte sin que se paralizara en momentos de crisis, y el quiere que ella deje de controlar todo lo que el hace o no hace, dice o no dice.

La reestructuración se utilizó en términos de posibilidad de cambio, si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad. (Fisch, Weakland, Segal, 1984, 149) esto se identifica como la intervención principal del proceso terapéutico. Lo anterior corresponde a la técnica de reestructuración cognoscitiva, para conducir a la persona a un desplazamiento de la perspectiva (redefinición de un comportamiento o idea) (Nardone & Watzlawick, 1990).

Se utilizó el “**lenguaje del paciente**”, lo cual “representa un estilo de comunicación fundamental en terapia estratégica” (Nardone & Watzlawick, 1990). Por ejemplo, la pareja desde la primera sesión llevo comentando que Celia por las noches tenía “sueños sexuales” ese mismo concepto que la pareja utilizó, se quedó durante toda la terapia. También en el tema del sismo preferimos dejar de lado conceptos como estrés postraumático, ansiedad o depresión, dado que para ellos podrían ser poco productivos y poco beneficiosos para salir de la crisis en la que estaba la familia.

La pareja concluye que el problema principal es que había mucho enojo que no se expresaba y además el control que tenía Celia en la relación de pareja los estaba afectando en su forma de ser pareja y en la sexualidad.

Las terapeutas validan las necesidades de cada uno, es decir, la diferencia de significados y creencias respecto a la sexualidad en la pareja. Por un lado, a Celia por expresar la importancia del afecto y atenciones en la pareja, pero el desinterés sexual, aunque por las noches tendrá que asumir las consecuencias como el estar cansada por no dormir. Por otro lado, Manolo mostrando su interés por las

relaciones sexuales y la importancia de la misma, se le invita a buscar propuestas para que logre desarrollar su sexualidad para que por las noches tenga un buen descanso.

En esta parte del proceso terapéutico, se utilizó un relato a manera de metáfora acerca de la comida y como es que en ocasiones nos puede desagradar, pero si no lo decimos o si no hacemos algo para mejorar ese platillo, la comida se convierte en algo monótono y desagradable, además respetando que es posible que a la otra persona no le guste el platillo que yo considere como favorito. Esta metáfora se utilizó con el objetivo de hacerlos reflexionar acerca de que no sólo las relaciones sexuales los hacen ser pareja sin que la falta de expresión de deseos, emociones y necesidades, no permite llegar a acuerdos que los satisfagan (Nardone & Watzlawick, 1990). La anterior técnica corresponde al uso de **anécdotas relatos y lenguaje metafórico**, y posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación.

A continuación, se analiza el caso bajo el tema de violencia y sus efectos psicológicos.

Violencia familiar

Ciclo de la violencia en la familia D

Se identificó la **secuencia problemática**, en la que Celia y Manolo hablan de las cosas que más les molesta del otro. Manolo comenta que lo que más le molesta de Celia es el control que tiene como madre y como pareja, el comenta que si llegan a discutir él se controla y evita ofender o agredir a Celia. Por el contrario, Celia explota y se enoja con facilidad ya que ha llegado a golpear e insultar en repetidas ocasiones a Manolo, incluso en frente de sus hijos, Celia pide disculpas y Manolo accede, dando lugar a una **relación complementaria**. (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). Se identifica en la secuencia un problema que corresponde a la categoría de problemas “**en la interacción entre el sujeto y los demás**” (Cireeiiberg, 1980, como se citó en Nardone & Watzlawick, 1990). Cabe mencionar que durante la terapia Celia interrumpe continuamente a Manolo para dar una explicación a su comportamiento de violencia, por ejemplo, “por eso les aviso a mis hijos y a mi esposo cuando estoy en mi ciclo menstrual ya que eso me hace sentir molesta, desesperada y tiendo a explotar por cualquier cosa, por eso les pido que me traten bien para no explotar y no ofender a los demás” (sic Celia)

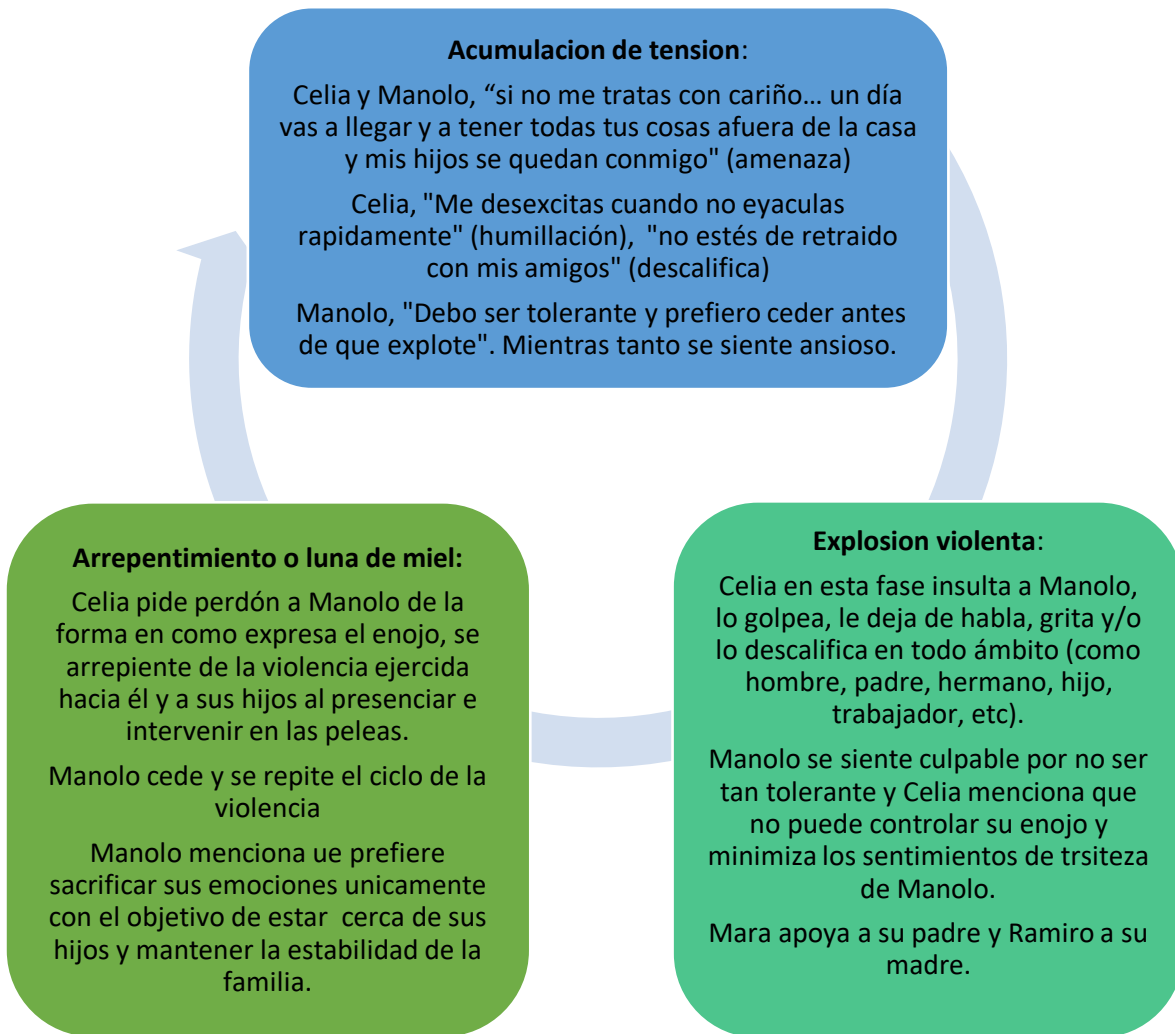
Cabe mencionar que, para continuar con el tema de violencia, es necesario explicar brevemente el ciclo de la violencia, partiendo de la consideración de la **teoría del ciclo de violencia** formulada por la antropóloga Leonor Walker (1979), donde expresa que las personas agredidas no están siendo constantemente agredidas ni su agresión es infligida totalmente al azar, tejiendo esta teoría con mi experiencia en este caso. Sostengo que la comprensión de este ciclo es muy importante si queremos detener o prevenir los incidentes de agresión. Este ciclo también ayuda a explicar cómo llegan a ser víctimas las personas agredidas y por qué no pueden escapar.

Este “ciclo de la violencia” está compuesto de tres fases distintas, las cuales varían en tiempo e intensidad, para la misma pareja y entre las diferentes parejas. Estas son: *Fase 1. Acumulación de tensión*, *Fase 2. Explosión violenta* y *Fase 3. Arrepentimiento o “Luna de miel”*. Durante la fase uno, de acumulación de tensión, ocurren incidentes de agresión menores. La persona agredida puede manejar estos incidentes de diferentes formas. Ella le permite saber al agresor(a) que acepta sus abusos como legítimamente dirigidos hacia él/ella. La persona agredida ha llegado a ser su cómplice al aceptar algo de responsabilidad por el comportamiento agresivo. Al agredido no le interesa la realidad de la situación, porque está intentando desesperadamente evitar que lo/la lastime más. Con el propósito de mantener este rol, él/ella no debe permitirse a sí mismo (a) enojarse con él/la agresor (a). El agredido sabe que el incidente pudo haber sido peor, las personas agredidas tienden a minimizar al saber que el/la agresor (a) es capaz de hacer mucho más. También pueden llegar a culpar a una situación en particular por el estallido del agresor (a). Si los factores externos fueron los responsables por la agresividad del agresor (a), él/ella piensa que no hay nada que pueda hacer para cambiar la situación. Si aguarda un tiempo más, la situación cambiará y traerá una mejora en el comportamiento del agresor (a) hacia el agredido (a). Cada vez que un incidente de agresión menor ocurre, hay efectos residuales de aumento en la tensión. El agresor (a), incitado por la aparente aceptación pasiva del agredido (a) de su comportamiento agresor, no trata de controlarse a sí mismo.

En la Figura # se muestran las fases del ciclo de la violencia en la familia D, apoyándonos con algunos ejemplos que la pareja expresa.

: *Fase 1. Acumulación de tensión*, *Fase 2. Explosión violenta* y *Fase 3. Arrepentimiento o “Luna de miel”*.

Ciclo de la violencia en la familia D



Efectos de la violencia familiar en los niños y la relación fraternal

Como se menciona en el capítulo 2 (violencia y los efectos psicológicos en la familia), los niños responden emocionalmente a las disputas entre los adultos; lloran, expresan enojo, ansiedad, sufrimiento, angustia, miedo, vergüenza, tristeza. Los niños también muestran signos de agresividad y quieren convertirse en mediadores de los padres en conflicto o bien se vuelven agresivos con sus hermanos (as).

Se explora la forma en que resuelven sus conflictos y efectivamente como los padres refieren ambos se golpean mucho, se agreden y se lastiman, incluso repitiendo las mismas frases de los padres. Se busca

entre los menores y las terapeutas, una solución al conflicto para bloquear el ciclo de la violencia que están replicando

Ramiro relata un ejemplo de la convivencia entre ellos. Mara y él estaba jugando en la sala y le aventó una pieza de juguete en la cabeza a su hermana, Mara se enoja y grita, su papá se enoja y le prohíbe pegarle a su hermana, lo regaña, lo encierra en su cuarto y Ramiro empieza a golpear al padre. Celia interviene solo cuando Manolo castiga a Ramiro, lo protege diciendo “seguro Mara le hizo algo para que Ramiro le pegara en la cabeza con un juguete” (sic. Celia). Posteriormente, Manolo saca a Ramiro, él se enoja mucho más con Mara y le deja de hablar.

La pauta del conflicto semeja a la de sus padres, ya que Ramiro se muestra dominante en la conversación incluso en anteriores sesiones aun cuando estaban sus padres, su actitud era parecida a la de la mamá, queriendo tener el control.

Para intervenir en la violencia familiar, se indaga con preguntas circulares sobre el efecto entre ellos, preguntando: ¿Quién es el más cariñoso de la familia? todos responden que Ramiro y ¿Quién es el menos cariñoso de la familia? madre y padre responden que Mara, sin embargo, ella menciona que es su papá diciendo que no se deja abrazar, Ramiro está de acuerdo diciendo que su padre solo ve las cosas negativas.

La relación fraternal es muy fuerte, hay muchas áreas de afecto sin rivalidades, incluso Mara considera que su hermano es muy cariñoso con ella, porque la cuida cuando está enferma y que, aunque tengan conflictos siempre terminan cuidándose entre ambos. Se resignifica el conflicto mencionando que ellos como hermanos saben resolver sus problemas y que no por tener dificultades se deja de querer como hermanos.

Finalmente, se espera que los cambios que ha tenido la familia D en el proceso terapéutico continúen, ya que una de las premisas de la terapia breve es que dentro de los sistemas el cambio en un elemento impacta en los demás y genera otros cambios (Freidberg, 1989).

Análisis del sistema terapéutico total

Este proceso terapéutico se llevó a cabo en coterapia bajo supervisión en vivo en cámara de Gesell. La relación con mi coterapeuta se fue desarrollando durante las sesiones, al inicio había poca sincronía en la comunicación lo que ocasionaba que en el momento surgían muchas ideas y preguntas por parte

de ambas y los consultantes no sabían que contestar primero, aproximadamente a la tercera sesión retomando las sugerencias del equipo terapéutico, coterapeuta y la supervisora, la sincronía fue mejorando, al final quede satisfecha del trabajo que realizamos, ya que nuestros estilos terapéuticos se aprovecharon en distintos momentos del proceso con la familia D.

El aplicar la teoría del modelo de terapia breve centrado en el problema (MRI) a la práctica, abrió mi panorama hacia el modelo, amplió mis conocimientos y experiencia en específico, en cómo el terapeuta breve maneja las emociones en el proceso. Wendel Ray considera que: “el modelo de MRI no es un modelo frío. El tema de la frialdad es un mito no una realidad” (Ceberio y Schlaanger, 2001). Se observa que, durante la terapia, que la familia D expresó emociones ante el problema que los trajo inicialmente y respecto al sismo.

También el no “meterse en la cabeza de los demás”, y el utilizar el lenguaje del paciente en lo personal fue difícil, sin embargo, me di cuenta que con la práctica y el tener claras las ideas respecto a que la persona tiene su propia manera del ver el mundo, o bien su manera de ver el problema me ayuda a seguir la idea de una constante interacción entre cambio y estabilidad.

Pienso que es importante apoyarse de otros modelos para buscar alternativas de solución al problema, por lo tanto, creo que incluso el retomar otros enfoques también es primordial para generar soluciones a los procesos psicológicos.

Mi reflexión del caso, en primer lugar al conocer la historia de cómo inicio su relación, me parecía una historia alejada a la mía, pensé por un momento que esto dificultaría mi trabajo como terapeuta, sin embargo a mitad del proceso terapéutico y con apoyo de la coterapia se me fue facilitando empatar con la familia, en especial con los niños, cuando los conocí fue un terreno conocido para mí, ya que considero tengo experiencia en el tema del fortalecimiento de las relaciones fraternales. Fue de esta forma como pude conectarme con los padres, generando más confianza para poder verbalizar la violencia que nosotros como equipo podíamos observar ya sea como producto de la cultura en la que vivimos y/o como una forma de relacionarse, que no era la óptima para el desarrollo de la relación de pareja ni para el de los menores. Considero que visibilizar la violencia en esta familia, en especial en la pareja fue de mucha utilidad para generar un cambio.

3.2. CASO 2: Familia G

El caso que se presenta a continuación, es el de la Familia G, el cual fue producto de la práctica clínica en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN), con la modalidad de coterapia (supervisora-supervisada) en un consultorio privado.

Datos generales del caso

Sistema terapéutico

Supervisora	Mtra. Ana María Menéndez Romero
Terapeutas	Ana Karen Beltrán Castillo y Mtra. Ana María Menéndez Romero
Modalidad	Terapia Familiar
Motivo de consulta	Mejorar la relación de la familia después de haber vivido violencia
Modelo	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones
Numero de sesiones	13 (quincenal y mensual)
Estado del proceso	Alta
Periodo de atención	Febrero 2017 a agosto 2018
Sede	Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”
Sistema terapéutico	Consultantes, Coterapeuta y Supervisores

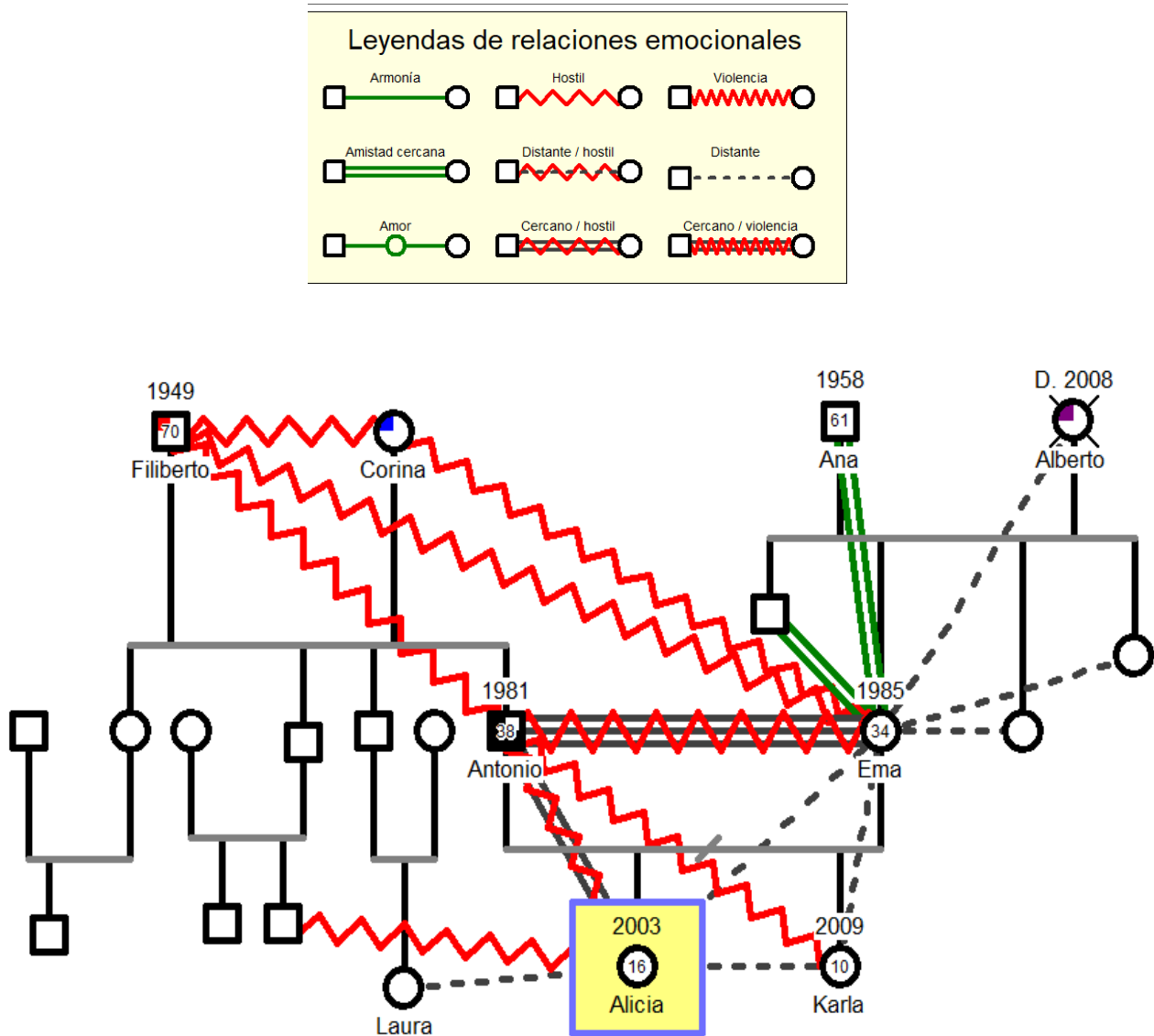
Datos de la familia³⁷

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
MADRE	Eleonor	31	Secundaria	Empleada de labores domesticas
HIJA (PX)	Alicia	15	Secundaria	Estudiante
HIJA	Karla	9	Primaria	Estudiante

³⁷ Los nombres han sido modificados para proteger la confidencialidad de los consultantes.

PADRE	Antonio	35	Secundaria	Ninguna
--------------	---------	----	------------	---------

Familiograma de la entrevista inicial



Motivo de consulta

La familia es referida al servicio de Terapia Familiar debido a la Tricotilomanía de Alicia. La familia se muestra flexible y accesible para iniciar un proceso psicológico familiar. Su motivo de consulta es tener *estabilidad emocional*, es decir, no sentirse estresadas y con ansiedad, en especial Alicia que muestra ésta inestabilidad cuando se arranca el cabello, además de que les gustaría mejorar la relación entre madre e hija ya que existe mucha culpa en la madre por no haberse dado cuenta antes de que Alicia se arrancaba el cabello, y además desean hacer acuerdos con el padre ya que él quiere visitarlas constantemente y Alicia, Eleonor y Karla si lo quieren ver , pero únicamente cuando se encuentra desintoxicado, lo cual sucede en pocas ocasiones.

Desarrollo del caso

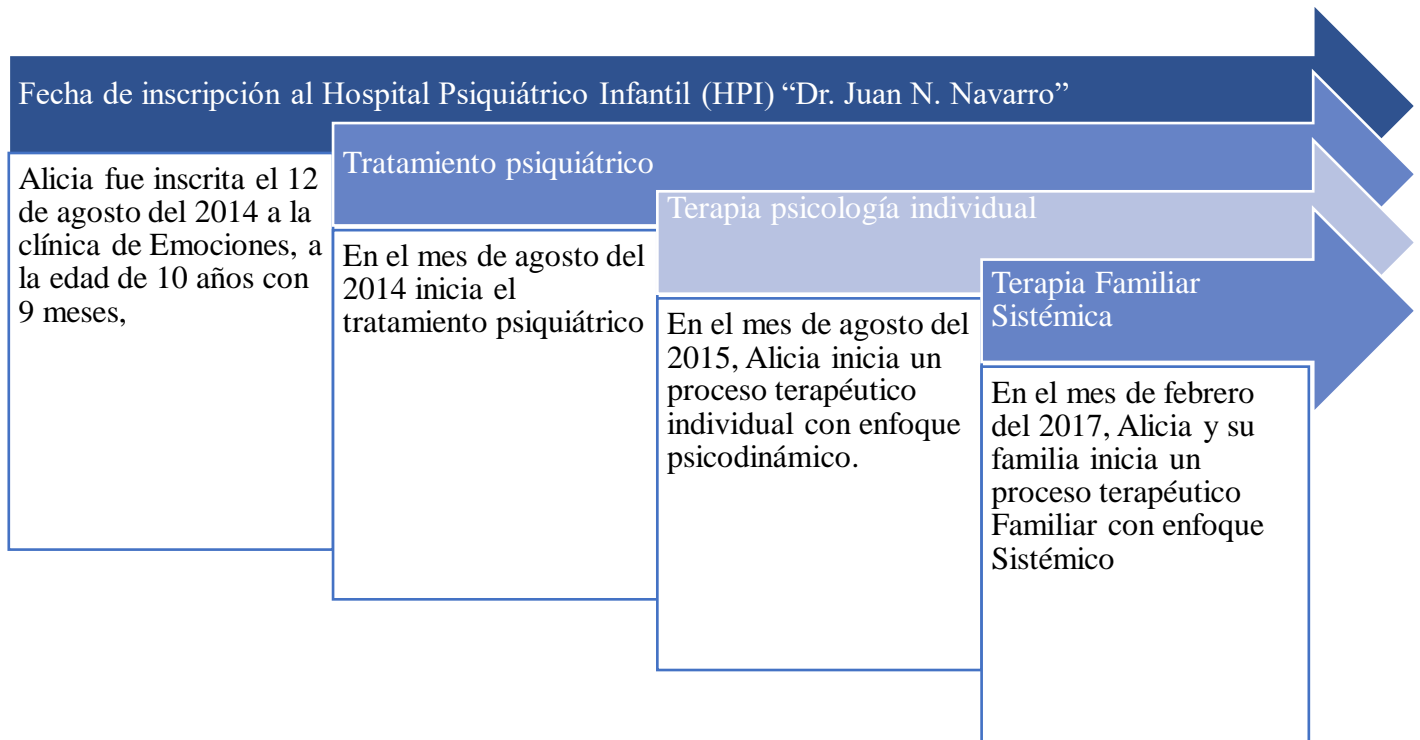
El proceso terapéutico de la familia G se llevó a cabo entre febrero 2017 a marzo 2018, la periodicidad de las sesiones fue quincenal y mensual, con un total de 13 sesiones presenciales.

Cronograma de sesiones

NUMERO DE SESIONES	ASISTENTES	MES
Sesión 1	Eleonor, Alicia y Karla	Febrero 2017
Sesión 2	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Febrero 2017
Sesión 3	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Marzo 2017
Sesión 4	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Abril 2017
Sesión 5	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Abril 2017
Sesión 6	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Mayo 2017
Sesión 7	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Junio 2017
Sesión 8	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Julio 2017
Sesión 9	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Agosto 2017
Sismo de 19 de septiembre del 2017		
Sesión 10	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Diciembre 2017
Sesión 11	Ema	Febrero 2018
Sesión 12	Alicia y Karla	Marzo 2018
Sesión 13	<i>Eleonor, Alicia y Karla</i>	Marzo 2018

Cabe mencionar que se requieren de ciertos procedimientos previos, determinados por el Hospital Psiquiátrico Infantil (HPI) “Dr. Juan N. Navarro”, para que la familia acuda a Terapia Familiar, es decir, no a todos los pacientes del HPI se les asigna proceso psicológico individual o familiar, eso depende de la valoración del psiquiátrica de cada paciente. A continuación, se muestra una tabla con los pasos que siguió la familia G antes de acudir a terapia familiar sistémica.

Tabla. Procedimiento para que acudan al área de Terapia Familiar en el HPI



Antecedentes del problema

A continuación, se presenta información recabada del expediente del HPI "Dr. Juan N. Navarro", elaborado en el año 2014.

Alicia al ingresar al Hospital Psiquiátrico Infantil, fue diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada, soporte familiar inadecuado, tricotilomanía y episodio depresivo leve f 32.

El padre de Alicia es dependiente al alcohol y otras sustancias, es descrito como agresivo y violento, ha estado recluso en varios centros de adicciones, pero tiene recaídas inmediatas, la madre se ha cambiado de domicilio constantemente junto con sus hijas, pero continúan siendo acosadas por el padre, y desde hace tres años viven en casa de los abuelos paternos en un ambiente de hostilidad y agresión desencadenada por el padre, quien se intoxica dentro del hogar. Alicia lo describe como agresivo, lo que le ocasiona respuestas de temor intenso cuando lo ve intoxicado, ansiedad constante, con sueño poco

reparador, sobresaltos frecuentes, y desde hace un año cuando observa a su padre ebrio o que pronuncia su nombre ha comenzado a jalonearse el cabello hasta producirse zonas alopécicas.

La madre y la menor expresan que inicia el padecimiento desde la edad preescolar de la paciente, cuando se vivía un ambiente hostil en el hogar, caracterizado por múltiples agresiones físicas y verbales por parte del padre de la paciente hacia su madre; presentándose con mayor intensidad cuando este se intoxicaba con alcohol y drogas. La paciente recuerda que dichos episodios le generaban tristeza y preocupación que duraban pocos minutos u horas, dicha sintomatología continúa hasta hace 1 año y medio que deciden hacer un cambio de domicilio. Su madre, su hermana y ella se mudan a la casa de sus suegros para evitar conflictos, sin embargo, el padre llega a vivir con ellos, aumentando las agresiones y sumándose problemas con abuelos paternos; hace un año la paciente inicia con arrancamiento de cabello (en la zona de la cabeza); en momentos de ansiedad, presentándose con una frecuencia variable (reactivo aumento de problemas familiares) aproximadamente 4 o 5 días a la semana. En enero de 2014 se presenta un conflicto entre el padre de la paciente y su abuelo (el cual tiene una buena relación con la paciente); llegando a provocarle un problema cardiaco, por lo que es hospitalizado. En esa época aumenta la frecuencia en el arrancamiento de cabello, llegando a hacerlo diariamente y en menores cantidades; se sumaron otros síntomas como labilidad emocional, ansiedad, preocupación por la salud del abuelo, irritabilidad, alteraciones del ciclo de sueño y onicofagia. Unas semanas después el abuelo es dado de alta aparentemente estable, disminuyen de forma paulatina la tricotilomanía hasta presentarse 1 o 2 veces a la semana.

Objetivos terapéuticos pactados con la familia

Al inicio de la sesión se enfocaron los esfuerzos en delimitar el problema y sus características para poder determinar los **objetivos del proceso terapéutico**, la familia definió como primer objetivo:

- Tener menos ansiedad y estrés en el ambiente familiar, provocado por la violencia que vivieron en el pasado, ellas consideran que entre menos estrés tengan mejoraran distintas conductas en cada una como por ejemplo en Alicia dejar de arrancarse el cabello, en Karla que logre expresar más sus emociones ya que parece que nada de lo que vivió le afecta y en la madre poder discutir menos con sus hijas y expresar sus emociones sin temor a ser criticada. Es decir, que al sentirse estables emocionalmente mejorarían la relación madre e hijas, poniendo límites y expresando más amor entre ellas, así como generar confianza platicando más de su vida pasada y de lo que viven cada día.
- Por otro lado, a Eleonor le gustaría como objetivo terapéutico, saber poner límites, reglas y acuerdos

negociados con Juan Carlos, ya que él desea verlas y ella no le quiere negar el derecho como padre, pero tampoco quiere que les haga daño, mostrando actitudes violentas cuando esta alcoholizado o drogado.

Proceso

Primera sesión

En la primera sesión asistieron Eleonor, Alicia y Karla. Las terapeutas explican el encuadre terapéutico en la Terapia Familiar del HPI, al mismo tiempo creando un ambiente de confianza y respeto.

Al inicio del proceso se presentaron cada uno de los integrantes de la familia, Eleonor (madre de Alicia), Karla (hermana de Alicia) y Alicia. Durante todo el proceso terapéutico, se notaba el compromiso, acudiendo a todas y cada una de las sesiones agendadas

La familia relata dos problemáticas: la primera es respecto a la tricotilomanía que tiene Alicia debido a la ansiedad y estrés; y la segunda, la relación entre madre e hija, ya que la Eleonor menciona no sabe poner límites adecuados.

Alicia expresa que cuando era más pequeña, vivía con mucho miedo porque su padre sólo llegaba a golpear a su madre. Ella solo recordaba que su padre llegaba enojado y mareado (su padre estaba bajo la influencia de sustancias tóxicas).

Karla menciona que no recuerda muchas cosas de su padre, únicamente recuerda que él estaba siempre feliz o dormido todo el día.

Se le cuestiona a Alicia como se relaciona su problema actual con lo que vivió en su infancia, y ella menciona que desde que era niña, por la noche empezaba a arrancarse el cabello, ya que esto le producía relajación. Al presenciar como golpeaban a su madre se sentía impotente por no poder hacer algo para defenderla.

Actualmente durante el día se siente triste y sin ganas de hacer labores del hogar, lo cual es motivo de conflicto constante entre ella y su madre. La familia desea tener una mejor relación ahora que han iniciado un proceso terapéutico para las tres.

Posteriormente se indagó lo planeas que tenían para estar mejor. Eleonor menciona que ella está organizando todo para ir a vivir a otro lugar, lejos del padre de sus hijas, lejos de un hombre violento, sabe que las quiere mucho, pero también les hace mucho daño. Ella reconoce que estarían mejor sin él a pesar de tenerle cariño, ella ya había pensado salirse de la casa de él, porque quería cuidar a sus hijas.

Segunda sesión y subsecuentes

Madre e hijas (Eleonor, Alicia y Karla), se muestran dispuestas al cambio, mencionando que harán lo que sea para salir de “tormento” en el que viven. Alicia y Kiara mencionan que también se quieren alejar de su padre porque solo les provoca miedo, y además siempre les ha quitado sus cosas para venderlas, incluso Alicia llegó a dormir abrazada de sus útiles escolares, para que su padre no se llevara sus libros de texto y demás materiales con los que estudiaba. Expresan que prefieren vivir tranquilas y sin preocupación, y a su padre verlo en fines de semana para no extrañarlo.

En sesiones subsecuentes la madre llegó con la noticia de que ya vivían fuera de la casa de Juan Carlos, su madre le rento un cuarto dentro del mismo terreno, viven varios de sus hermanos (as), se sentían contentas porque habían logrado lo que se habían propuesto hace algunas sesiones. Alicia y Karla extrañan a su padre, sin embargo, también pueden dormir con más tranquilidad, y que, aunque en ocasiones tienen pesadillas, van disminuyendo con el paso de los días, Alicia se arranca menos el cabello y en la escuela empieza a tener más amigos.

Eleonor también se sentía mucho mejor al estar cerca de su familia de origen. Le tenía cierto aprecio a Juan Carlos, pero después de recordar todos los golpes y maltratos que vivió junto a él, prefirió quedarse definitivamente cerca de su propia madre. Eleonor acordó con Juan Carlos mediante una nota, que si quería ver a sus hijas sería en el parque cada fin de semana. Ambos cumplieron con el acuerdo, sin embargo, en ocasiones él llegaba intoxicado y Eleonor prefería llevarse a sus hijas inmediatamente. Alicia sabía que su padre era adicto a las drogas y al alcohol, pero su hermana Karla, pensaba que estaba jugando y que olía muy feo.

Eleonor se encarga de todos los gastos económicos de la casa y de la escuela, por lo tanto, buscó casas que requirieran limpieza y además para tener el tiempo para llevarlas a la escuela. La familia tuvo un proceso de adaptación a los horarios, al dinero, y al nuevo espacio geográfico en el que se encontraban. Lo anterior habla de una familia que sabe salir adelante ante las adversidades que se presenten.

También en esta nueva dinámica, la relación entre madre e hija era tensa ya que a Alicia no le gustan los límites y reglas. Además, la relación fraternal estaba en modificaciones, Alicia tenía que cuidar de su hermana mientras su madre trabajaba, lo cual le generaba conflicto.

En sesiones subsecuentes la relación madre e hija fueron mejorando notablemente, Alicia ya platicaba más cosas con su madre, lo cual generó una relación más cercana. Asimismo, al estar Alicia tanto tiempo con su hermana, se volvió su confidente y su “amiga”, se platicaban todo lo que les pasaba en la escuela.

Cierre del proceso

En las últimas sesiones menciona que Juan Carlos está en prisión debido a un homicidio. Eleonor, Alicia y Karla estaban tristes por lo que había sucedido, sin embargo, también llegaron a la conclusión de que podían haber sido ellas las víctimas, ya que esto paso en la casa de su padre, bajo la influencia de sustancias toxicas peleó con un vecino y le insertó un cuchillo en el estómago. Eleonor menciona que, si le duele que haya sucedido ese evento, pero que únicamente porque sus hijas se lo piden, lo visitará al reclusorio para dejarle cartas y productos básicos. Este comentario de la familia G deja ver que Eleonor y las hijas siguen apegadas a la figura paterna. el cual fue un objetivo pendiente a trabajar en terapia.

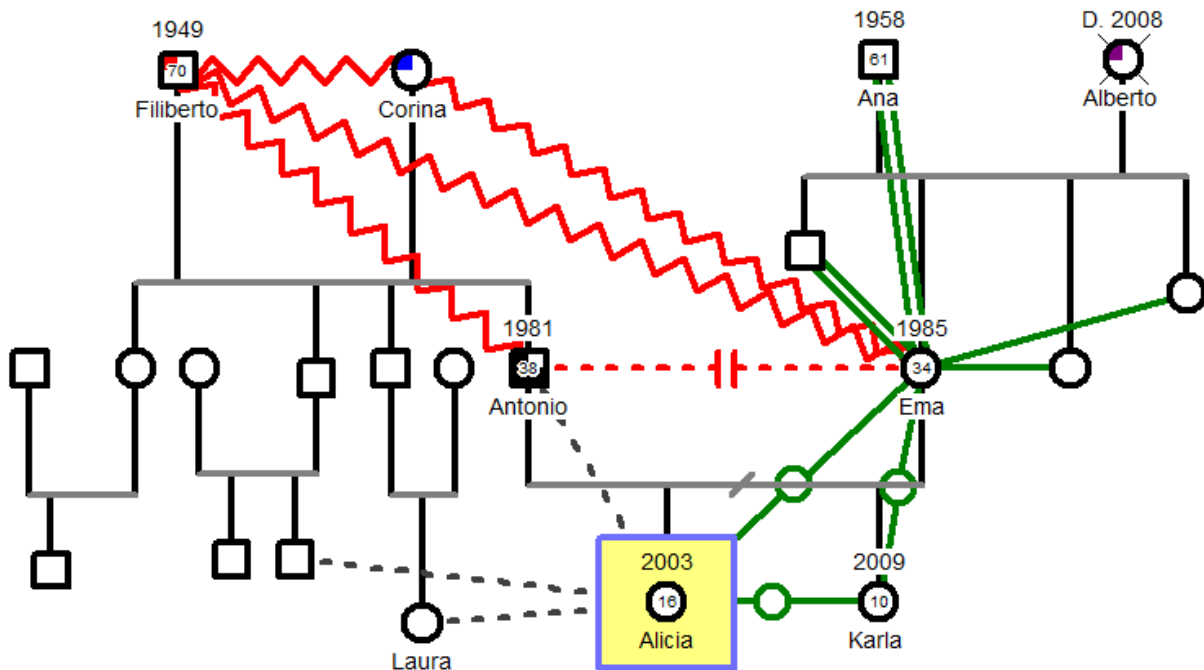
Karla expresa más sus emociones, sin temor a ser criticada, además ya sabe identificar qué es lo que siente. La relación con su hermana y su madre, le han ayudado a dejar de extrañar a su padre.

Se indaga acerca del arrancamiento de cabello. Alicia menciona que ha disminuido un 80% desde que inició el proceso terapéutico, ella aun continua la terapia individual con enfoque psicodinámico, sin embargo, su ansiedad y depresión la ha trabajado con distintas estrategias, por ejemplo, una de las cosas que más le ha ayudado es ocupar su mente en realizar proyectos personales. Tiene el deseo y objetivo de que en algún momento dejara de arrancarse el cabello.

La relación madre e hija ha mejorado, ya no se gritan, por el contrario, se apoyan y platican. Durante la terapia Alicia expresa que su madre ha sido un gran apoyo en su vida y que admira mucho a su hermana, por lo valiente y fuerte que siempre ha sido.

Familiograma al final el proceso terapéutico





3.2.2. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Definición del problema y tipos de consultantes

En la primer sesión apreciamos en las actitudes de los consultantes que su **postura es de compradores** o clientes (Berg & Miller, 1992) y contemplando que es necesario definir el problema de manera concreta y operacional (De Shazer, 1987; 1994) las terapeutas hacen notar que escuchan mucho el tema inestabilidad emocional y es ahí en donde acuerdan mutuamente el objetivo terapéutico, apoyándonos del significado que tiene la familia acerca de la inestabilidad emocional, siguiendo el principio básico de la terapia de soluciones que indica que al tratarse de una relación terapéutica colaborativa, serán los consultantes quienes definan los **objetivos del proceso terapéutico y al terapeuta le corresponderá apoyarle en su persecución** (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; O'Hanlon, 1999).

Soluciones intentadas

Posteriormente se *construye el problema* co-creándolo junto con el consultante, y se indaga sobre los intentos de solución.

A la familia se le hace la observación de que el objetivo terapéutico que Eleonor menciona va orientado más a un proceso individual, y que posteriormente lo podríamos conversar para que se lo haga saber a sus hijas y saber si ellas están conformes con los acuerdos que hayan negociado los padres,

respecto a las visitas con Juan Carlos, por otro lado comentamos que había un objetivo más enfocado en lo familiar respecto a la estabilidad emocional para mejorar la relación madre e hijas, se les explica a las consultantes que al elegir una opción, es más fácil enfocarnos en una cosa para cambiar y eso ayudaría a que las demás se modificaran, esto haciendo alusión a que todo está en un proceso, **para plantear el problema como un proceso que está en vías de solucionarse** (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Una vez que la familia decidió orientar el proceso al objetivo de “ Tener menos ansiedad y estrés en el ambiente familiar para sentirse estables emocionalmente y mejorar la relación madre e hijas ”, se procedió a indagar las **soluciones que había intentado** y en búsqueda de excepciones (de Shazer, 1987), por lo que se pidió a la familia G que relatara anécdotas donde estuvieran representadas sus fortalezas; mencionando que Eleonor decidió llevarse a sus hijas a vivir a otro domicilio hace dos o tres meses cerca de la abuela materna, para alejarse del padre ya que cuando abusaba de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) el ejercía violencia principalmente hacia la madre y posteriormente a sus hijas, además Alicia ha asistido a la terapia individual dentro del HPIJNN, lo cual le ha ayudado a “perdonar a su padre” y a disminuir el estrés y ansiedad, dejándose de arrancar el cabello a 4 veces a la semana, por último Karla menciona “yo siempre he sido feliz” (sic), sin embargo ha intentado cambiar sus pensamientos cuando extraña a su padre, ella piensa en dos opciones; estar con un padre enojado todo el tiempo, o estar con su hermana y su madre ya que con ellas se siente más feliz porque no se enojan como su padre lo hace, este pensamiento le hace sentir tranquilidad.

El saber lo que la familia quiere trabajar en la terapia nos daría una idea de cuál es el mapa que ellas tienen para explicarse el problema y, sobre todo, tratar de averiguar el orden lógico bajo el cual han **intentado dar las soluciones** a su situación, ya que *“la manera en que los consultantes definen el problema, también nos dicta lo que no debemos hacer y lo que los consultantes han estado haciendo para solucionar sus problemas”* (de Shazer, 1985; O'Hanlon, 2001).

Se les hace el comentario en la primera sesión orientado a los **elogios** como familia, han hecho muchas cosas desde hace varios años, al ver el expediente, notamos que, desde su inscripción al hospital, son constantes en sus servicios (psiquiátrico, individual y familiar), buscan alternativas para mejorar su salud mental, aunado a esto, el cambio de domicilio que la madre decide realizar, favorece ampliamente la estabilidad emocional que la familia necesitaba. Asimismo, se **elogia a la familia con el objetivo de destacar los aspectos positivos y los recursos de los que echaron mano para salir adelante**, por ejemplo, el haber acudido a terapia familiar aun cuando el psiquiatra le indica que es opcional, también

se elogia la disposición que tenían al cambio en cada sesión e intersesión, ellas cumplieron con las tareas asignadas, analizando y reflexionando cada retroalimentación tanto de las terapeutas como de los miembros de la familia (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Después de este mensaje, se les dejó la tarea de hacer una lista entre las tres, acerca de los recursos de los que tuvieron que echar mano para salir adelante en el momento que se cambiaron de domicilio y decidieron alejarse de una de las personas que más quieren (padre-pareja), pero que también sabían que el estar viviendo con él les hacía mucho daño, con el objetivo de tener un listado de **excepciones deliberadas y de recursos que puedan ser útiles y empezar a construir historias de logros** (de Shazer, 1994).

Estrategias de intervención

Se hacen preguntas para indagar sobre los **cambios mínimos intersesión** que de Shazer (1994; de Shazer, Dolan y Korman, 2007) proponen como intervención. Las terapeutas se apoyan de la tarea de la sesión anterior respecto de los recursos familiares, se explora qué ha mejorado y la familia G expresa que se sienten más estables emocionalmente, se enfocaron en vivir alejadas de la violencia, Alicia y Karla mencionan que a pesar de extrañar a su padre, no se arrepienten de vivir lejos de él, ya que prefieren verlo una vez a la semana o cada quince días que vivir con él “un tormento”, ellas relatan un recuerdo del pasado, en el que no podían conciliar el sueño por estar cuidando y protegiendo sus cosas, abrazando la mochila con sus útiles escolares o bien sus juguetes, para que su padre no se las arrebatará ya que él solía vender todo a cambio de alcohol o drogas. Entre los cambios que Alicia identifica son que ha disminuido el arrancamiento del cabello ahora lo hace cuatro días a la semana y que su madre discute menos en especial con ella, ya no la ve molesta y estresada por el cambio de vida que han tenido.

A partir de lo que las niñas expresaron, las terapeutas nos percatamos de las premisas que proponen O'Hanlon y Weiner-Davis (1989): **“los consultantes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas” y “el cambio es inevitable”**; en esta parte del proceso terapéutico las terapeutas presuponen los recursos y capacidades que la familia G tiene para continuar en dirección al cambio, y que utilice esas herramientas para encontrar una solución duradera. Además, la postura de las terapeutas junto con la familia G **promueven la idea de que ellas pueden resolver el problema**, se observa un contexto en el que se consideran preparadas con recursos y habilidades, en este caso su nuevo hogar y nuevas actividades entre madre e hijas, enfatizando el logro de cada una de ellas en la disminución del arrancamiento de cabello, en las discusiones y en donde cada una se permite sentir tristeza por lo que dejaron en el domicilio anterior. En la familia se **perciben los recursos que puedan reconstruir la solución del problema** de Shazer (1994). Y además se expresa a la familia que como lo dice la teoría,

un cambio pequeño en el sistema puede desencadenar un efecto de bola de nieve (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; O’Hanlon, 2001).

En esta parte del proceso se observan los cambios que ha logrado la familia G al sentirse más estables emocionalmente favoreciendo la relación madre e hijas, les permite ver de forma diferente al estrés y ansiedad, es decir que la familia ahora percibe a estas emociones como un proceso de cambio y no como algo negativo, es decir lo **normalizan**, considerando que a raíz de la violencia ejercida por un ser querido (su padre- pareja), se puede estar triste como cualquier persona y sin culpa de haberlo alejado de ellas, lo anterior produce un efecto **despatologizante y tranquilizador** (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; O’Hanlon, 1990).

Después de la sesión de evaluación de los cambios observados por la familia, en México vivimos el sismo del 19 de septiembre del 2018, con magnitud de 7.1, el cual impacta en el ámbito económico familiar, ya que para la madre su fuente de ingreso son las labores domésticas. A raíz del sismo la madre pierde distintos empleos, de cinco casas donde laboraba a la semana, ahora solo trabaja en dos. Lo anterior complica la situación económica, por lo que, se comunican con las terapeutas mencionando que asistirían hasta que se estabilicen económicamente. Aparentemente no hay problemas psicológicos que tratar con urgencia por el hecho del sismo, sino que las repercusiones han sido en el contexto laboral de la madre. Asimismo, la madre relata que en el mes de noviembre Juan Carlos bajo la influencia de sustancias tóxicas, en una pelea con un vecino hiere a su compañero con arma blanca en el estómago y camino al hospital muere, por lo que ingresa a la cárcel con una sentencia de 20 años. La familia acude en diciembre a continuar con la Terapia Familiar, y las terapeutas indagan las emociones y pensamientos, así como las conclusiones a las que han llegado a raíz de este suceso.

- Eleonor expresa que siente más tranquilidad porque sabe que Juan Carlos ya no estará cerca de ellas para hacerles daño, sin embargo, también se siente “entre la espada y la pared” porque es muy riesgoso que visite al padre, ya que está en el penal de alta peligrosidad en Nezahualcóyotl y sabe que sus hijas están tristes por no poder verlo. La madre les propone a las hijas que, por seguridad, lo mejor será que ella sea la única que visite a Juan Carlos, ella se encargará de llevar las cartas de sus hijas y artículos de limpieza personal para Juan Carlos.
- Para Alicia este suceso es como una despedida, incluso le escribe una carta para expresar lo enojada que está con él, otorgándole el perdón por el daño que le hizo en su niñez.
- Karla piensa que lo seguirá extrañando pero que a la vez piensa que es lo mejor para él porque así ya no se hará daño con el consumo, ni dañará a los demás.

Las terapeutas elogian a la familia al mencionar lo admiradas que están de su capacidad de reflexión con pensamientos positivos acerca de lo que han vivido respecto al sismo y al suceso del padre, reconocieron que ellas echaron mano de las habilidades y recursos que ya tenían como familia, incluso mencionan que no se arrepienten de haberse alejado del padre, “el cambio de domicilio fue a tiempo, porque nosotras pudimos haber estado en el lugar del vecino, y si hubiera sido una de mis hijas no me lo hubiera perdonado” (sic Eleonor). El **elogio** o cumplidos son afirmaciones del terapeuta acerca de algo que el cliente haya dicho y los cuales considera útiles y eficaces, así mismo por las excepciones sobre los progresos que acercan al objetivo. Esto facilita la adaptación cliente-terapeuta y por ende la cooperación (de Shazer, 1987).

Escalas

El uso de las **escalas** es un método eficaz para concentrarse en el logro y la solución (O’Hanlon, 2001). Y en este caso utilizamos a mitad del proceso terapéutico una escala para evaluar que tan cerca nos encontramos del objetivo terapéutico, midiendo desde el inicio del proceso terapéutico hasta el mes de agosto del 2017, asimismo, se preguntó acerca de su visión hacia el futuro.

La escala se realiza conforme al significado que la familia tiene de estabilidad emocional, en donde 10 significa tener estabilidad emocional, es decir, que en la familia sienta menos estrés y ansiedad, visto en acciones como el que, Alicia disminuya el arrancamiento de cabello, Karla expresaría más sus emociones de tristeza y alegría, y Eleonor ponga más límites a sus hijas y con el padre de ellas. También percibiría más confianza al platicar más de lo que vivieron y de lo que viven cotidianamente, expresando los que sienten sin temor a ser criticadas. Por otro lado, el 1 significa poca estabilidad emocional reflejado en Alicia cuando baje de calificaciones, se arranque el cabello (más de 3 días a la semana), Karla se quede callada y no exprese sus emociones de tristeza respecto al alejamiento con el padre, y Eleonor al discutir más con sus hijas sin llegar a acuerdos y negociar una solución, además se enojaría con facilidad y no percibiría confianza de sus hijas (Ver Tabla 9, 10 y 11).

Tabla 9. Escala de Alicia.

ESCALA DE ALICIA									
			Inicio del proceso terapéutico (pasado)				Agosto 2017 (presente)		Alicia desea estar en 10 (futuro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
POCA ESTABILIDAD EMOCIONAL			Se arrancaba el cabello 4 o 5 días a la semana, es decir que por las noches se mantenía estresada y con mucha ansiedad, sus calificaciones en la escuela eran de 6 y discutía más con su hermana y su madre.				Se arranca el cabello de 2 o 3 días a la semana, se siente menos estresada y con menos ansiedad, tiene calificaciones de 8, es decir que mejoró su desempeño escolar		Estabilidad emocional

Tabla 10. Escala de Karla.

ESCALA DE KARLA									
						Inicio del proceso terapéutico (pasado)	Agosto 2017 (presente)		Karla desea estar en 10 Futuro)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
POCA ESTABILIDAD EMOCIONAL						Se sentía estresada y no obedecía a su mamá	Ya expresa más sus emociones, sin temor a la crítica o burla de su hermana y de su madre, platica más con su hermana. Ahora obedece a su mamá porque ella solo quería llamar la atención ya que ella creía que le ponían más atención a su		Estabilidad emocional

									hermana Alicia porque está enferma y eso le hacía pensar que no la querían.		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Tabla 11. Escala de Eleonor.

ESCALA DE ELEONOR (MADRE)										
	Inicio del proceso terapéutico (pasado)						Agosto 2017 (presente)			Eleonor desea estar en 10 (futuro)
1 POCA ESTABILIDAD EMOCIONAL	2 La madre menciona que al ver a su hija Alicia que tiene problemas en las calificaciones de la escuela, y ver que necesita de apoyo psicológico, le hace sentir inestable emocionalmente, asimismo menciona sentirse culpable	3	4	5	6	7	8 E 8 significa que sus hijas ya platican más con ella, se siente tranquila porque ya no les grita y no discute con sus hijas, ellas obedecen realizando las labores del hogar que les corresponden. Los límites que asigna son cumplidos por sus hijas. Ve que sus hijas mejoran sus calificaciones escolares y todo esto le	9	10 Estabilidad emocional	

	<p>porque nunca se dio cuenta de que su hija se arrancaba el cabello. “Mi vida son mis hijas y si ellas están mal yo también” (sic, Eleonor).</p>						<p>hace sentir más relajada.</p>		
--	---	--	--	--	--	--	----------------------------------	--	--

Uno de los supuestos de la TCS es encontrar una **tendencia hacia el cambio positivo y estimularla**. La tarea del terapeuta consiste en detectar esa tendencia y animar al cliente a profundizar en el cambio (O’Hanlon, 2001). Por lo tanto, se les deja una **tarea de reflexión** a las tres, en la que cada una tiene que escribir que significa el 10 en la escala, dado que ellas desean estar en ese número al terminar el proceso terapéutico. Se les pide que contesten la siguiente pregunta ¿Cómo se darían cuenta de que su estabilidad emocional ya se encuentra en un 10?

La tarea es con el objetivo de visualizar proyectos hacia el futuro, de manera individual, ya que en el lenguaje de la familia se percibe un **enfoque hacia el futuro** al decir: *“sé que vamos a salir adelante, nuestras fortalezas nos ayudan porque tarde o temprano salimos adelante de cualquier problema como el que vivimos”*. En esta parte de la sesión, se observa que la familiar G tiene una visión positiva del futuro con un **sentido de esperanza para resolver los problemas presentes**, con una posibilidad de cambio y es capaz de ver el pasado como un reto que inspira soluciones más que problemas y desgracias. (Cade y O’Hanlon, 1993). Con lo mencionado anteriormente, las terapeutas y la familia G concluye que **un cambio pequeño en el sistema puede desencadenar un efecto de bola de nieve** (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; O’Hanlon, 2001), es decir, que los cambios que han logrado hasta ahora ellas los mantendrán y mejorarán para llegar al 10 que significa estabilidad emocional familiar e individual.

Cierre

En el cierre del proceso terapéutico se conversa acerca de los cambios que han logrado durante 13 sesiones apoyándonos de las escalas, la familia G piensa que ahora se encuentra en el 9.5 que significa con menos ansiedad y estrés, ya que después de la tarea de reflexión se dieron cuenta que siempre será

necesario trabajar para llegar a un 10 que significa estabilidad emocional, ya que de lo contrario sería conformarse y estancarse. No tener una meta te impide seguir adelante.

Cambios observados

- El arrancamiento de cabello de Alicia ha disminuido a 1 día a la semana, lo logró cambiando los pensamientos negativos que llegaban por las noches, ella ahora se enfoca y se concentra en los momentos agradables que haya pasado con su familia.
- Eleonor ya pone más límites, corrige a sus hijas sin que el enojo la domine, es decir que ya no les grita. Únicamente pone consecuencias en caso de que no realicen las labores escolares y domésticas que les corresponden.
- La convivencia familiar ha mejorado porque ya platican de sus actividades cotidianas en la semana, de acuerdo a ellas, mencionan que la confianza se ha recuperado.
- Karla ya identifica y expresa las emociones que tenga en el momento, considerando que es válido sentirse enojada, triste o alegre y que en la familia puede encontrar un apoyo emocional para poder generar técnicas de control de emociones para poder tener mejores habilidades sociales.
- Las visitas de fin de semana con el padre se modifican, ahora solo Eleonor visita a Juan Carlos en la cárcel y son mensuales.
- Eleonor encuentra un nuevo empleo con mayor remuneración económica. Está menos tiempo en casa, sin embargo, la relación madre e hijas mejora. Karla y Alicia pasan más tiempo juntas realizando las labores del hogar, la relación fraternal se fortalece y se vuelven más independientes.
- Alicia desea continuar sus estudios, por lo que se encuentra en proceso de búsqueda de bachillerato o preparatoria. Para poder aprobar el examen quiere entrar a un curso para mejorar su desempeño escolar y la socialización entre pares.
- Alicia ha entablado ya una relación de amistad duradera en la que se siente en confianza y con afecto recíproco.

Al final del proceso y después de una conversación previa de las terapeutas se **retroalimenta a la familia G mediante elogios**, reconociendo los cambios que la familia ha logrado con el siguiente mensaje “*Vemos en ustedes fortalezas y han avanzado mucho en poco tiempo, es decir de la primer sesión al día de hoy, se ven alegres, Alicia no se arranca el cabello como antes, Karla se expresa con libertad, Eleonor pone más límites y consecuencias controlando su enojo y culpa, e incluso la relación madre e hijas ha mejorado, se ha vuelto más cercana y con un ambiente de confianza, crearon un vínculo*

más estrecho de protección y de tranquilidad al saber que se tienen una a la otra. Han estado más estables emocionalmente retomando actividades cotidianas que habían dejado de hacer como... “ (sic. Terapeutas), (Cade & O’Hanlon, 1993).

Análisis del sistema terapéutico total

La familia G se atendió en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con práctica clínica supervisada y al mismo tiempo como coterapeuta y con supervisión narrada. El contexto del psiquiátrico como institución enmarcó el contexto terapéutico ya que ellas fueron derivadas por el psiquiatra del mismo hospital, sin embargo, ellas decidieron continuar su proceso hasta que fueron dadas de alta por mejoría, la familia se mostró comprometida y dispuesta al cambio mediante un proceso terapéutico.

Al finalizar cada sesión se presentaba a la supervisora el plan terapéutico bajo el modelo de soluciones, en la presesión, trabajábamos en Coterapia, y en la post-sesión nos retroalimentábamos y planificábamos lo que procedía al proceso. En la supervisión narrada se analizaron las estrategias que funcionaron, también se abordó la postura como terapeuta y como se conectaba conmigo el caso.

A pesar que la consultante identificada era Alicia, al estar inscrita al HPI, Eleonor y Karla hicieron cambios importantes, los cuales se vieron reflejados en la estabilidad emocional familiar y en la relación entre cada una de ellas, favoreciendo la unión y el apoyo entre ellas a pesar de haber experimentado los efectos psicológicos de la violencia familiar.

Respecto a la Terapia Enfocada en la Solución, cabe mencionar que es uno de los modelos que ha marcado mi ser terapeuta ya que me conecte con él desde mi historia de vida, asimismo me facilitó el “estar con” la persona desde una postura en la que es mucho más importante el explotar las capacidades de los consultantes, así como buscar una solución mediante la conversación en conjunto. También me relacione con este modelo porque puedo estar más cerca con la confianza del potencial humano, además este modelo me permitió en mi formación entender la transición hacia los estilos terapéuticos posmodernos influenciados por el construccionismo social (Gurman, 2002; Goldenberg y Godenberg, 2008; y, Metcalf, 2011), lo cual hace que mi experiencia como terapeuta sea fructífera.

En la terapia se observó que los consultantes de ambos casos mostraron cambios significativos en poco tiempo desde mi punto de vista, pienso que conversar con la persona desde un lugar diferente al problema abre un espacio de escucha y de soluciones además de una visión al futuro de manera

esperanzadora, mediante intervenciones diversas como las escalas, los elogio o bien la pregunta del milagro. Asimismo, el usar el lenguaje del consultante para desarrollar soluciones promueve el cambio y estabilidad, el lenguaje nos da una idea de cómo ve el mundo la persona y nosotros mismos dentro del espacio terapéutico.

En mi opinión, el ver como la familia G fue cambiando a través de sus experiencias encontrando soluciones a la problemática actual, me hizo sentir satisfacción por la familia, pero también por nosotras las terapeutas, supervisora y el equipo terapéutico, el ver que el trabajo en grupo y las aportaciones que cada uno de nosotros brindaba construyeron un espacio a favor del cambio en la terapia.

Para finalizar me gustaría mencionar que del Modelo de Soluciones mi premisa favorita es la que propone O'Hanlon y Weiner Davis, 1989; O'Hanlon, (2001): "el cambio no solo es posible y constante, sino también inevitable" ya que el ejercer como terapeuta familiar, con una mirada positiva y esperanzadora me permite ver a la persona como alguien capaz de modificar y dirigirse hacia un cambio positivo e inevitable, escuchando minuciosamente el lenguaje del consultante una alternativa de solución a la problemática, dando por hecho que el problema que lo trajo a la terapia tendrá seguramente una salida.

Reflexiones

Elegí estos casos para el reporte porque ambas fueron extraordinarias para mí, porque fueron mis primeras experiencias en coterapia, los primeros procesos de éxito en el contexto de la formación como terapeuta familiar, las primeras terapias bajo supervisión y en el caso de la familia D con equipo terapéutico y observador. Por tales razones fueron especiales para mí, dado que implicó un reto el tema de violencia, ya que me falta experiencia. Por consiguiente, el tener estos casos en mi formación, despertó en mí un deseo por aprender más del tema de violencia ya que inevitablemente permea la mayoría de las problemáticas de las familias mexicanas.

Al mencionar que estos fueron casos de éxito no quiere decir que no existieron dificultades, la más relevante para mí es el conocimiento que tengo de los temas de violencia en la pareja, y que resulta un área en la que quiero seguir trabajando, y como ya lo mencioné anteriormente estoy dispuesta y comprometida a atender. Lo anterior no me hubiera sido posible visualizarlo sin las supervisiones, la conversación con los consultantes y mis propios cuestionamientos.

Ambas supervisiones me permitieron conocer, mostrar y mejorar mi propio estilo terapéutico. El estar en Coterapia también fue un reto para mí ya que en ocasiones había diferentes ideas o preguntas que surgían al escuchar a las familias, sin embargo, eso no fue un problema en el momento de intervenir con la familia, simplemente actué cuando lo consideraba pertinente, asumiendo el riesgo y la responsabilidad que esto conlleva. Al estar en Coterapia me di cuenta de la capacidad que tenemos como terapeutas para adaptarnos y para mostrar nuestro estilo terapéutico en diferentes momentos de proceso, siendo receptiva a los detalles, arriesgándome aún con la poca experiencia como terapeuta en formación, de acuerdo a los conocimientos académicos que tenía hasta ese momento, y considerando que nunca es suficiente para seguir aprendiendo, actualizándome para brindar un mejor servicio como terapeuta familiar.

Por último, me gustaría mencionar que en ambos casos se dio un cambio familiar e individual, mejorando la relación conyugal, parental, fraternal y filial respectivamente. También los menores salieron adelante a pesar de los efectos psicológicos de la violencia familiar que vivieron. En ambos casos los menores de edad fortalecieron la relación fraterna viéndola como un apoyo incondicional, que promueve autonomía, protección, respeto y confianza. Asimismo, los padres observaron, reconocieron, analizaron, reflexionaron y actuaron con responsabilidad respecto a la violencia familiar que los niños estaban presenciando y aprendiendo, ya sea de forma directa o indirecta. Ellos modificaron la dinámica respetando y promoviendo el desarrollo social, emocional y cognitivo de sus hijos.

“No es cierto que los seres humanos somos seres racionales por excelencia. Somos, como mamíferos, seres emocionales que usamos la razón para justificar u ocultar las emociones en las cuales se dan nuestras acciones”.

Humberto Maturana.

CAPITULO 4

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas

Como parte del Programa de Maestría se cumplió con el desarrollo de habilidades y competencias conceptuales y teóricas del terapeuta sistémico- construccionista, clínicas, de investigación y enseñanza, de prevención, así como de un compromiso social y ético, que a continuación se desarrollan mediante la reflexión y análisis de cada una de ellas.

Cabe mencionar que el objetivo del programa de posgrado en psicología radica en la formación de investigadores, docentes y profesionales con altos niveles de calidad y excelencia, con base en un sistema centrado en la participación activa de estudiantes y tutores en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de investigación o de aquellos de carácter profesional, en el ámbito en que éstos adquieren su significado: el laboratorio o grupo de investigación para el caso del doctorado en psicología y la práctica supervisada en escenarios en donde la profesión se ejerce, organizada en programas de residencia, para el caso de la maestría en psicología profesional.³⁸

Por otro lado, se pretende vincular de una manera más estrecha a la Universidad con las necesidades del país en materia de formación de recursos humanos para el desarrollo científico, técnico y humanístico generando una alta competitividad a nivel nacional e internacional, integrando los recursos humanos y la infraestructura con que cuentan las entidades académicas que presentan el programa.

³⁸ <http://psicologia.posgrado.unam.mx/989/>

Teórico conceptual

De acuerdo con el plan de estudios del Programa de Maestría en Psicología que rige la Universidad Nacional Autónoma de México establece su³⁹:

Misión

Formar psicólogos, especializados, capaces de diagnosticar, evaluar e intervenir para resolver problemas y necesidades psicológicas de individuos o grupos. Para lograrlo, los alumnos se insertan en la práctica profesional supervisada en escenarios reales, además, deben familiarizarse con la metodología de la investigación, con las teorías y técnicas de intervenciones psicológicas, y atender las recomendaciones éticas de organismos internacionales que regulan el ejercicio profesional de la psicología.

Visión

En los escenarios institucionales, públicos y privados, en los que se atienden problemas de relevancia social (en México y en otros países donde se empleen graduados del programa) habrá psicólogos formados sólidamente, que aborden los aspectos de dichos problemas que tienen al comportamiento humano como ingrediente medular.

OBJETIVO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Desarrollar en los alumnos las competencias requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en los campos de la salud, la educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; así como enseñarles las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y, por último, fomentar una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.⁴⁰

Características del Programa

³⁹ <http://psicologia.posgrado.unam.mx/historia-del-posgrado/> Consulta en octubre 2018

⁴⁰ <http://psicologia.posgrado.unam.mx/989/>

Es una maestría de tiempo completo y alta exigencia. Reconocido por el CONACyT como Programa Consolidado. Tiene una duración de 4 semestres. Está conformado por un tronco común teórico-metodológico, un Programa de Residencia Profesionalizante y la presentación del Examen de Competencias Profesionales para obtener el grado.

Residencias del programa de Maestría en Psicología

El programa de Residencia (en escenarios reales) permite al estudiante, bajo la supervisión de expertos, desarrollar competencias y destrezas para el ejercicio profesional de alto nivel, en los siguientes ámbitos de la psicología.

Objetivo general de la Residencia en Terapia Familiar

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccionismo Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados. Los estudiantes conocerán y aplicarán las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso, y en la construcción del significado. Conocerán también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

Asimismo, como parte de las habilidades teórico conceptuales, se estudiaron los aspectos teóricos y metodológicos de los siguientes modelos: Estructural, Estratégico, Terapia Breve Centrado en Soluciones, Terapia Breve Centrado en el Problema, Milán, Milán de la Nueva Escuela de los Estudios de la Familia y Modelos Posmodernos (Narrativa, Colaborativo).

Clínicas

Investigación

Como parte de las habilidades de investigación y enseñanza, elabore dos investigaciones una con enfoque cuantitativo (Ver Tabla 12) y otro con enfoque cualitativo (Ver Tabla 13).

Tabla 12. Investigación con enfoque cuantitativo.

Título.	LOS EFECTOS DE LOS ESTILOS DE APEGO Y CERCANÍA EN LAS ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONFLICTO ENTRE HERMANOS MEXICANOS
Autora.	Ana Karen Beltran Castillo
Tipo de investigación.	Cuantitativa
Asesor.	Dra. Rozzana Sánchez Aragón
Resumen	<p>En México, se han hecho varios estudios que demuestran la importancia que tiene la familia para desarrollo del ser humano. Es por tal motivo que la presente investigación abordará elementos importantes para el desarrollo de las relaciones fraternales como lo es el vínculo de apego entre hermanos.</p> <p>En este estudio participaron 181 mujeres y 130 hombres de la Ciudad de México. Y se revisarán los propósitos de esta investigación; como primer propósito se exploró y se validó la escala de Estrategias de Manejo de Conflicto entre hermanos; segundo propósito adaptó y validó la Escala Estilos de Apego Adulto (Márquez, 2010) ambos fueron realizados por medio del procedimiento propuesto por Reyes Lagunes y García y Barragán (2008); como tercer objetivo se realizaron pruebas T de Student</p>

	<p>para muestras independiente –cuando había dos grupos como en el caso de la variable sexo y número de hermanos- y análisis de varianza de una vía –cuando había tres o más grupos como en la variable orden de nacimiento con una prueba posterior de Scheffer; un último y cuarto objetivo se identificaron por medio de regresiones múltiples los efectos de la edad, orden de nacimiento, Estilos de Apego y Cercanía en las Estrategias de Manejo de Conflicto en hombres y mujeres de 17 a 40 de edad que tengan al menos un hermano (a). Dentro de estos objetivos se midió la Cercanía entre hermanos por medio de la Escala de inclusión del Otro en el Yo (A. Aron, E. Aron, & Smollan, 1992; como se citó en Sánchez Aragón, 1995).</p> <p>Por lo tanto, es importante continuar con estudio acerca de las relaciones entre hermanos ya que se han constituido en objeto de interés de los teóricos del desarrollo que estudian las relaciones afectivas en el contexto familiar. contexto familiar en el establecimiento de las relaciones entre hermanos (Ripoll, Carrillo, & Castro, 2009).</p> <p>Palabras clave: <i>Apego, cercanía, conflicto, adolescentes, adultos.</i></p>
<p>Objetivos Resultados⁴¹</p>	<p><i>Objetivo 1: Validación de la escala Estrategias de Manejo de Conflicto entre hermanos.</i></p> <p>En la escala “Estrategias de Manejo de Conflicto entre hermanos”, se encontró que 61 de los 77 reactivos diseñados discriminaron ante los análisis estadísticos señalados previamente y cumplieron con los criterios establecidos por Reyes Lagunes y García y Barragán (2008). En esta escala se identificaron seis factores clave (agresión, afecto, ignorar el conflicto, comprensión, apoyo de padres y humor) que se dan durante la interacción entre el subsistema fraternal, es decir las estrategias que emplean para resolver los conflictos.</p> <p><i>Objetivo 2: Validación de la Escala Estilos de Apego Adulto entre</i></p>

⁴¹ Las escalas de la investigación se encuentran en los anexos de este documento.

hermanos.

En esta escala se identificaron tres factores de los Estilos de Apego entre hermanos. Los resultados indican que son los hombres quienes emplean más la agresión (amenazar, pegar, o intimidar) y el humor (reírse, bromear o encontrarle el lado divertido al problema) que las mujeres

Objetivo 3: Examinar las diferencias en las variables de Estilos de Apego, Cercanía y las Estrategias de Manejo de Conflicto por sexo, edad, orden de nacimiento y número de hermanos.

En cuanto a las diferencias ofrecidas por las pruebas *t* de Student se encontraron que los hombres son quienes emplean más la agresión, es decir, amenazan, ofende o incluso llegan a los golpes como forma de resolver un conflicto, así mismo emplean el humor, es decir, le encuentran el lado divertido a la situación problemática comparado con las mujeres. La agresión es un comportamiento agresivo que implica tres aspectos: desbalance de poder, que se ejerce en forma intimidatoria al más débil, por lo tanto, escogido y no al azar, con la intención premeditada de causar daño, y que es repetido en el tiempo.

En el caso de la edad si existen diferencias estadísticamente significativas en Estilo de Apego, Cercanía y Estrategias de Manejo de Conflicto por la edad.

En cuanto a la Cercanía los adolescentes tardíos son más cercanos comparados con los adultos tempranos

Y en el caso de las Estrategias de Manejo del Conflicto, los adolescentes tardíos presentaron mayor agresión, es decir, amenazan, golpean, ofenden entre otras estrategias para resolver los problemas con el hermano (a).

Los hallazgos indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en los Estilos de Apego, Cercanía, y Estrategias de Manejo de Conflicto según el orden de nacimiento (primer, segundo o tercer hijo),

	<p>ni el número de hermanos (uno, dos o más hermanos del participante). Es decir que no influye la cantidad de hermanos que tengas o si naciste antes o después de tu hermano (a) en la manera en que te relacionas con tu hermano (a).</p> <p><i>Objetivo 4: Identificar los efectos de la edad, orden de nacimiento, Estilos de Apego y Cercanía en las Estrategias de Manejo de Conflicto en hombres y mujeres.</i></p> <p>En el caso de los hombres, se encuentra que los Estilos de Apego influyen en las Estrategias de Manejo de Conflicto que se utilizan entre hermanos (as), ya que los Estilos de Apego reflejan una estabilidad a lo largo de la infancia, y durante las relaciones la vida adulta, (como lo son las relaciones fraternales).</p> <p>También se encontró que los hombres usan ante el conflicto con sus hermanos la agresión, es porque tienen un Apego Evitante y sienten baja Cercanía.</p> <p>Por último, en el caso de las mujeres, se encuentra que los Estilos de Apego influyen en las Estrategias de Manejo de Conflicto, ya que ante el conflicto con sus hermanos (as) utilizan la Agresión, Comprensión y el Afecto como Estrategias de Manejo de Conflicto y es porque tienen un Estilo de Apego Seguro o Ansioso.</p>
<p>Conclusiones⁴²</p>	<p>Sánchez (2008) señala que el aumento de hijos únicos priva a muchos niños de la experiencia del amor fraternal. Minuchin (2004) comenta que nosotros como psicólogos debemos recordar que las familias son subsistemas insertos en una cultura más amplia, y que la función de ellos es ayudarlas a ser más viables dentro de las posibilidades existentes en sus propios sistemas culturales y familiares.</p>

⁴²Consultar con las autoras en caso de requerir más información de los resultados y conclusiones obtenidas de la investigación.

Cuando en la familia existe este tipo de estilo positivo de comunicación, las consecuencias beneficiosas para el buen desarrollo y ajuste de la persona que la integran esta mucho más cercano. En otras palabras, de cómo nos comunicamos depende de cómo nos sentimos. Se ha comprobado en numerosos y recientes estudios (Estévez, Herrero y Musitu, 2006) que los hijos de familias donde existe un ambiente y un clima positivo, caracterizado por la comunicación efectiva entre sus miembros, baja la frecuencia de conflictos y la utilización de estrategias adecuadas para la resolución de los mismos, muestran muchos menos problemas en múltiples niveles: mejor autoestima, mejor rendimiento académico, menos problemas emocionales como depresión o ansiedad, menos problemas de comportamiento, menor consumo de sustancias, mayor tolerancia a las situaciones frustrantes, amistades de mayor calidad y relaciones más positivas con los padres y otros adultos como los profesores. En resumen, una familia que escucha y se comunica positiva y efectivamente favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos adolescentes, por tal motivo la relevancia de esta investigación.

En el futuro se sugiere realizar más investigaciones respecto a las relaciones fraternales, para saber cómo influyen diferentes constructos en los hermanos (as), en específico se recomienda indagar de manera profunda las Estrategias de Manejo de Conflicto, ya que existen escasas investigaciones en el idioma español de dichos temas.

Tabla 13. Investigación con enfoque cualitativo.

Título.	El significado del conflicto en las relaciones fraternales: un estudio de caso desde el interaccionismo simbólico con adultos de la Ciudad
----------------	---

	de México.
Autores.	Ana Karen Beltrán Castillo y Julia Valeria Gutierrez Nava
Tipo de investigación.	Cualitativa
Asesor.	Dra. Milagros Figueroa Campos
Resumen	<p>La presente investigación, es de carácter cualitativo, teniendo como objetivo explorar las vivencias de hermanos/as mediante la relación que establecen y como entienden el conflicto. Para su realización se utilizará el interaccionismo simbólico como marco interpretativo y el estudio de caso como método. Se utilizarán entrevistas a profundidad que serán grabadas y transcritas, a tres hermanos/as pertenecientes a la misma familia nuclear que serán mayores de 18 años, que habiten en la misma casa, solteros y residentes de la Ciudad de México. El proceso general de análisis se basará en la propuesta de (Rodríguez, Gil & García, 1999), se tomará en cuenta los criterios de calidad utilizando la triangulación como forma de validar el estudio, considerando aspectos éticos y profesionales durante y posteriormente a la investigación.</p> <p>El interés de esta investigación nace de la inquietud por una investigación cuantitativa realizada este mismo año (aun no publicada) “Los Efectos de los Estilos de Apego y Cercanía en las Estrategias del Manejo de Conflicto entre hermanos mexicanos”. Creemos que es trascendental ampliar y enriquecer esta investigación agregando la metodología cualitativa, y como terapeutas familiares sistémicas, nos parece importante conocer y profundizar más acerca de las relaciones que se desarrollan en el sistema familiar encontrando pocas publicaciones en el ámbito cuantitativo y cualitativo (Cordero, 2015; Espinoza Angelcos, &., Förster, & Capella, 2011; Giraldo, Forero, López, Tabares, & Durán, 2006; Martín, & Márquez, 2015; Rodríguez-Ocasio, 2014) referente al sistema fraterno consideramos que son una de las primeras relaciones que establecen las personas, por lo cual es que encontramos la riqueza de explorar los</p>

	<p>significados de las vivencias de las personas dentro de las relaciones que establecen en el ámbito cuantitativo se encuentra mayor información pero igualmente escasa (Freijo, Artetxe, Martín & Conde, 2001; Arranz, Yenes, , Olabarrieta, F., & Martín, 2001).</p>
<p>Objetivos</p>	<p>Las autoras junto con la asesora realizaron la investigación documental, sin embargo, se pretende en un futuro continuar con el procedimiento descrito a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construcción del marco conceptual correspondiente a la temática del trabajo. ✓ Contacto con los candidatos para aplicar la entrevista. ✓ Selección de los informantes de acuerdo a la compatibilidad de los criterios. Como criterio de confiabilidad se acuerda incluir a los demás hermanos como informantes. ✓ Obtención de la autorización y consentimiento informado respectivos de los informantes para proceder con el proceso de entrevista. ✓ Realización de la grabación de audio de la entrevista completa. ✓ Transcripción textual de las entrevistas completas, respetando lo expresado por los informantes. ✓ Codificación de la información obtenida alrededor de vivencias y significados de experiencias sobre el conflicto en las relaciones fraternales. ✓ Identificación y jerarquización de las categorías emergentes del estudio de caso. ✓ Organizar los resultados obtenidos para así elaborar las conclusiones y reflexiones de las investigadoras acerca de las experiencias y significados del conflicto en las relaciones fraternales con base en el estudio de caso de los informantes.
<p>Resultados</p>	<p>Como se mencionó anteriormente, la investigación cualitativa se realizó hasta la etapa documental. En un futuro próximo se planea aplicar el procedimiento de la investigación de campo, para la obtención de los</p>

	resultados esperados.
--	-----------------------

Difusión, prevención

Asistencia a congresos y ponencias

Una tarea igualmente importante es que como terapeutas familiares tengamos contacto con otros profesionales del área y de la Psicología en general con la finalidad de intercambiar y difundir el conocimiento. Para el cumplimiento de este objetivo asistí al XIV Jornada Internacional “Cerebro, emoción e interacción”, celebrado en el mes de julio del 2018, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, organizado por la Escuela Sistémica Argentina y la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES).

Igualmente asistí a distintos foros académicos, todos ellos importantes para mi formación como terapeuta. La reflexión que me llevó de dichas experiencias es que para nosotros los terapeutas es necesario salir del consultorio hacia otros espacios donde podamos enriquecernos de diferentes perspectivas profesionales de la salud mental. La labor terapéutica es una actividad multifacética, multidisciplinaria y que demanda la búsqueda de conocimiento constante.

Apoyándome de la investigación cuantitativa elaborada durante la formación de la Maestría mencionada anteriormente, asistí al XXVI Congreso Interamericano de Psicología “Inclusión y equidad para el bienestar en las Américas” celebrado en el mes de julio del año 2017 en la Ciudad de Mérida Yucatán, México, organizado por la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) y la Universidad Autónoma Metropolitana. En este congreso participé en calidad de ponente con dos temas, uno de ellos “Validación de la prueba de Estrategias de Manejo de Conflicto en Hermanos” y “Estrategias ante el Conflicto con los Hermanos: Diferencias por Sexo”

Producto tecnológico

El terapeuta familiar entiende que la optimización de recursos es crucial, por ello al interior de la residencia los terapeutas en formación contribuyen al mejoramiento de los materiales que son utilizados en los diferentes espacios académicos.

Mi contribución en el área fue la traducción de un artículo de la revista, “Conessioni” del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, llamado “La scatola vuota. Usi della teoria sistemica” (traducción. La caja vacía. Usos de la teoría sistémica) de Paolo Bertrando, el material forma parte de la bibliografía de la Residencia en Terapia Familiar.⁴³

Taller comunitario o curso de terapia familiar

Forme parte del comité organización junto con la Psicóloga Lilia Montalvo Ocampo y el Psicólogo César Alejandro Pliego Rosas del curso llamado “Terapia Familiar: alcances y aplicaciones”, llevado a cabo en el Auditorio Mathilde Rodríguez Cabo del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el mes de julio del año 2018, con una duración de 20 horas. El curso fue dirigido principalmente a profesionales de la salud (enfermeros, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, etc.) para contribuir en la mejora y actualización de los conocimientos relacionados con Terapia Familiar (Ver Anexo 5).

Ética y compromiso social.

En la formación como psicóloga considero que la ética y compromiso social son primordiales para ser un agente de cambio social, por ello, a continuación, narro mi experiencia en el sismo del 19 de septiembre del 2017.

Intervenciones y recomendaciones para intervención en caso de desastre natural

Elaboración de un manual o guía recabada de los cursos impartidos y de la experiencia adquirida en la Facultad de Psicología después del sismo de 19 de septiembre del 2017 en la Ciudad de México.

Narrativas del Sismo en la Ciudad de México: 19 de septiembre de 2017

⁴³ Traducido por Ana Karen Beltrán Castillo

*El texto que se encuentra en la revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Bertrando, P. (2002). La scatola vuota. Usi della teoria sistemica (trad. La caja vacía. Usos de la teoría sistémica, “Conessioni”. Rivista di consulenza e ricerca sui sistemi umani. *Conessioni- Osservare osservarsi impapare*. 11(2): 37-51.

El día de hoy escribo para relatar mi experiencia después del sismo del 19 de septiembre de 2017 y como este suceso ha influido en mi identidad, en mis acciones presentes y futuras, además de la idea que tengo del pasado.

El día 20 de septiembre fui personal de la brigada de apoyo psicológico de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Multifamiliar de Tlalpan en la Ciudad de México, en donde al llegar me causó esperanza el saber que aún había sobrevivientes dentro del edificio, así mismo me lleno de alegría el ver como todos los que estábamos ahí uníamos esfuerzos y energía, para poder sacar a una mujer y dos niños que estaban dentro del multifamiliar. El día 22 y 23 de septiembre acudimos mi pareja y yo a comunidades del Estado de Puebla (Jilotepec y Coaztingo) y el 26, 28 y 29 acudí a un albergue en el Deportivo de la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México. En la semana del 25 de septiembre al 13 de octubre acudí a cursos para intervención en caso de catástrofes, para informarme acerca de cómo podía acompañar a las víctimas trabajando mi propia autorregulación, entre ellos “cuidando al que cuida” impartido por la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

En ese momento de la historia de México, se estaba viviendo un momento doloroso de pérdidas y desesperanza, es por eso que yo pensé que la sociedad nos requería como personas y como terapeutas, apoyando, levantando escombros, donando víveres, escuchando a las personas y yo me sentí capaz para acompañar a las víctimas del sismo.

Las vivencias después del sismo es una experiencia inolvidable que ha marcado mi forma de pensar, de actuar y de ser terapeuta también, ya que, la visión que tenía del mundo ha cambiado cuando antes pasaba desapercibida hoy he valorado aún más, que cada momento que pasas frente a una persona es único y se impregna alguna parte de ella en mí y yo en ella, en el espacio de la conversación, entre mis preguntas y sus respuestas, en el estar con la gente y en el dejarnos dirigir por ella, escuchando, atendiendo, comprendiéndolos como expertos de sus propias vidas.

Al atender a víctimas de catástrofes, me percate que las personas de protección civil quieren resolver incluso lo que no pueden, se sobreinvolucran o sobreprotegen a la víctima lo cual es muy desgastante, para las personas que no están preparadas para intervenir en estos casos, por tal motivo es importante detectar en nosotros los malestares, poniendo límites y saber decir no, aunque la sociedad demande apoyo psicológico, y será esencial mantener las áreas libres de la temática de la catástrofe para evitar la saturación y estrés en la persona que apoya a las víctimas.

En caso de que alguien haya perdido a un ser querido por la catástrofe será necesario generar estrategias para mantener vivo el recuerdo de la persona fallecida, buscan un sentido a la pérdida, se habla del significado de la persona que perdió, lo cual me lleva a pensar en lo que escribe White en el libro *Mapas de la practica narrativa* diciendo que al narrar una historia de desesperanza y perdida se convierte en una conversación de re-membranza, ya que brinda a las personas la oportunidad de analizar las afiliaciones de sus asociaciones de vida: les permiten enaltecer y honrar algunas y atenuar o evocar otras, les permite otorgar autoridad a algunas voces respecto a su identidad personal y descalificar otras. *Por ejemplo, el Sr. Luis mencionaba que había perdido a toda su familia e incluso su casa, él era el único que había quedado a salvo fuera de casa, y lo único que le quedaba era la familia que había creado en el albergue, piensa que él se quedó en este mundo por algo que tiene que hacer con su vida. Es mediante la re-membranza que “la vida asume una forma que se expande hacia atrás en el pasado y hacia adelante en el futuro”* (White, 2007).

Con estas experiencias he llegado a diferentes ideas que tenía de la vida, del mundo, de mí misma y de las personas, la identidad cambia constantemente fortaleciéndola cada vez más. Ahora pienso que “la muerte no es el final de la historia”, los recuerdos del suceso traumático pueden favorecer o dificultar, mis historias dominantes y alternativas, es decir, la relación con la persona que fallece cambia, no se termina, simplemente es diferente “la muerte es parte de la vida”. White, (2007) al señalar el concepto de re-membranza abrió una perspectiva sobre las conversaciones de decir “hola de nuevo”. Así mismo, el estar cerca de personas que perdieron su casa me hizo pensar en que, perdieron la parte material tan valiosa para su protección pero que las fortalezas, los recuerdos y la esperanza, son los mejores aliados para una visión al futuro. La visión que tengo del mundo la considero esperanzadora y optimista enfocada al cambio ya que las personas contamos con los recursos necesarios para afrontar las adversidades, por lo tanto, el sismo del 19 de septiembre del 2017 fue un suceso que marcó y que me brindó una experiencia fortalecedora.

Realice un listado de sugerencias que con base en mi experiencia se pueden utilizar para intervenir en los primeros días después de una catástrofe

Es muy importante tomar en cuenta que este no es un recetario o un instructivo, por lo tanto, será importante analizar el contexto y el momento oportuno para preguntar e intervenir, más bien son recomendaciones o sugerencias, en las que se puede modificar, quitar, aumentar y/o desordenar.

- ✓ *Escuchar (Curiosidad genuina, priorizar el relato) y acompañar.*
- ✓ *Normalizar su estado de estrés.*
- ✓ *No victimizar su estado emocional y fisiológico.*
- ✓ *No dar falsas esperanzas y promesas.*
- ✓ *Conocer la vivencia personal, sin intromisión.*
- ✓ *Flexibilidad personal, sin rivalidades ni diferencias entre instituciones, razas, religión, etc.*
- ✓ *Si se forma parte de alguna brigada institucional, realizar un encuadre de presentación y preguntando: ¿En qué le puedo ayudar?, no se debe dar por hecho que es lo que necesita la persona.*
- ✓ *Generar juntos una sensación de control de lo que pueden y no pueden hacer (Jerarquizar en una lista), ¿Cuál es el paso más pequeño que le indique que va en la dirección correcta? Con esta intervención, las personas se vuelven a familiarizar con lo que conocen de sí mismos.*
- ✓ *Rastrear los proyectos a futuro de las personas*
- ✓ *Preguntar: ¿Cómo está? En el momento oportuno, dependiendo del contexto*
- ✓ *¿Por qué decidió estar aquí (albergue, casa de campaña, casa de un familiar)?*
- ✓ *Preguntar ¿Cómo ha afrontado otras dificultades en su vida?*
- ✓ *Preguntar en el momento oportuno: ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? (cuidando la integridad física y emocional), ¿Qué cosas ha intentado hacer para tranquilizarse?, ¿Qué le ayudaría a sentirse más tranquilo (a)?*
- ✓ *¿Qué fortalezas sería útil que nos dejara conocer de usted?*
- ✓ *¿Que pueden admirar los demás de usted?*
- ✓ *No dar por hecho que perdió todo o algo, más bien preguntar sin victimizar.*

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

Durante mi formación en la licenciatura llegué a la conclusión que una formación académica básica, debe ser complementada con un posgrado y con una actualización constante en los contenidos teóricos de la Psicología.

Por lo tanto, decidí vivir e iniciar un estudio de posgrado en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Escogí a la UNAM porque pienso que una institución con alto prestigio y nivel académico tanto en sus estudiantes como en el personal docente. Para mi entrar a la maestría significaba un reto y un sueño que deseaba satisfacer.

En el momento que se publicaron los resultados de las personas que habíamos sido aceptadas a la generación número 16 de la Residencia en Terapia Familiar, me sentí afortunada y muy feliz ya que fui seleccionada para pertenecer a la máxima casa de estudios.

Ahora puedo decir que desde esa noticia y felicidad que sentí, mi vida torno en otro sentido viviendo una nueva experiencia.

Considero que llegué a la maestría con poca experiencia en el área clínica, hoy puedo decir que la formación personal y profesional que me brindó la Facultad de Psicología de la UNAM es de calidad y que me deja muchas herramientas, aprendizajes y conocimientos que me pueden permitir brindar una intervención más completa.

En la maestría además de los aprendizajes teóricos del modelo también hubo cambios en mi vida personal, por consecuencia en la persona del terapeuta. Esto fue una experiencia enriquecedora para mi formación y para mi vida, porque ahora cuestiono más mis procesos personales, mis prejuicios, mis creencias e incluso mis reflexiones. Hoy pienso que el que se trabaje la persona del terapeuta durante y después de la maestría es de las partes más importantes al ser agentes de cambio social.

Una vez iniciada la maestría empecé a recordar las bases epistemológicas del enfoque sistémico, que en la licenciatura había adquirido. Sin embargo, me di cuenta que tenía muchos huecos que cubrir y muchos más aprendizajes que descubrir, ya que en algún momento sentí que mi forma de trabajo con pacientes era más directa y cuadrada. Ahora puedo decir que en la formación aprendí a ser más flexible, a deshacerme de algunas certezas para poder acompañar en el proceso terapéutico a la persona que consulta, a cuestionar mis prejuicios, a identificar cuáles son los puntos ciegos de mi formación, mis debilidades y mis fortalezas.

Decidí elegir los casos reportados en este documento fue porque las historias de las familias atendidas se conectaron con mi historia de vida. Las relaciones fraternales me parecen un eje fundamental que rescatar en los procesos terapéuticos.

Finalmente, el día de hoy me siento agradecida con el equipo terapéutico, con las supervisoras (es) y con los pacientes que abonaron e hicieron que mi vida personal y profesional fuera significativa. Como terapeuta, una diferencia esencial fue que mi postura frente a una persona en terapia no deja de ser una relación humana, en la que ambos van aprendiendo del otro, vislumbrando alternativas de solución, reflexiones, conclusiones y diálogos que pueden ser de ayuda para el paciente. Aunado a esto, pienso que siempre hará falta una preparación y actualización constante, respecto a la persona del terapeuta y en los contenidos teóricos de los que nos apoyamos para la terapia.

Utopía

«La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar».

Eduardo Galeano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. L. M. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (8), 2.
- Andolfi, M., & Zwerling, I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Bayal, E., & Angeles, M. (2005). Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. *Anales de Psicología*, 21(1), 11-17.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Gedisa.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Ceberio, R.C., Serebrinsky, H. y Schlanger, K. (2001). El MRI (Mental Research Institute). El legado de Don Jackson. Entrevista con Wendel Ray. *Perspectivas Sistémicas*. No. 68
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.
- de Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa.
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. España: Paidós.
- de Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2006). *Manual de violencia familiar*. España: Siglo XXI.
- Fernández, A. (2004). Violencia doméstica: ¿Conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?. España: Originales.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2 (1), 30-39.

- Frías Armenta, M., & GAXIOLA ROMERO, J. C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista mexicana de psicología*, 25(2).
- Frías Armenta, M., Rodríguez, I., & Gaxiola Romero, J. C. (2003). Efectos conductuales y sociales de la violencia familiar en niños mexicanos.
- Furman, B. (2014). The four key elements of solution focused therapy. Recuperado de www.benfurman.com, 18 agosto, 2014.
- Glaserfeld, E.v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Packman, M. (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana*, vol 1 (pp. 23-49). Barcelona: Gedisa.
- Hernández, R. P., y Gras, R. M. L. (2005). *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas*. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 21(1), 11-17.
- Hoyt, F.M. (2001). *Interviews with brief therapy experts*. U.S.A.: Brunner Routledge. Cap. 6.
- Jáuregui Balenciaga, I. (2006). *Mujer y violencia*. e-libro, Corp., 2006.
- Kim, S.J. & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, (31) 464–470.
- Lipchik, E. (2002, dec). Uncovering MRI roots in solution-focused therapy. *Ratkes*. <http://www.brieftherapynetwork.com/eve%20lipchik.html>
- Lipchik, E. & Kubicki, D. A. (1996). Solution-Focused domestic violence views: bridges toward a new reality in couples therapy. En S.D. Miller, M.A. Hubble & B.L. Duncan. *Handbook of solution-focused brief therapy*. U.S.A.: Jossey-Bass Publishers.

- Macías, M. A. (2004). Roles parentales y el trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, (13), 15-28.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1979). Psychosomatic family in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18(1), 76-90.
- Morabes, S. D. C. (2014). Ciclo de violencia en la asistencia psicológica a víctimas de violencia de género. In *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS)(La Plata, 2014)*.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. (2004). *Crecer a partir de las crisis*. México: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Hudson, P. (1995). *Amor es amar cada día*. España: Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Patró Hernández, R., & Limiñana Gras, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1).
- Pedreira Massa, J. L. (2004). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psico (pato) lógicos.
- Pérez, S.C. y Rodríguez, S.P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. *Terapia Breve Estratégica: Una realidad inventada que produce efectos concretos*. *Clínica contemporánea*, 1(1), 61-66.
- Población, P., & Lopez Barberá, E. (1991). La escultura en terapia familiar. *Revista Vínculos*, (3).
- Pollak, R. A. (2002). *An intergenerational model of domestic violence* (No. w9099). National Bureau of Economic Research.
- Ribero, R., & Sánchez, F. (2004). *Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia* (No. 002331). UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-CEDE.

- Sánchez, F., & Ribero, F. (2004). *Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia*. Doc CEDE [Internet], 44.
- Sanjuán, T. F. (2001). Las normas de prevención de la violencia de género: Reflexiones en torno al Marco Internacional y Europeo. *Artículo 14, una perspectiva de género: Boletín de información y análisis jurídico*, (6), 4-18.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 465-479.
- Ulloa Ch, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista chilena de pediatría*, 67(4), 183-187.
- Velasco Campos, M. L., & Sinibaldi Gómez, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*.
- Walker, L. (1979). La teoría del ciclo de violencia (The battered Women).
- Watzlawick, P. (1999). La técnica psicoterapéutica del reencuadre. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

ANEXOS

Anexo 1. Escala Estilos de Apego

ESCALA ESTILOS DE APEGO

Instrucciones: A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones que hacen referencia a **cómo te sientes en la relación con tu hermano (a). Marca con una X en el número que mejor describe la forma en la que te sientes**, considerando el formato de respuesta que se presenta.

Totalmente de acuerdo					5
De acuerdo				4	
Ni en acuerdo ni en desacuerdo			3		
En desacuerdo		2			
Totalmente desacuerdo	1				

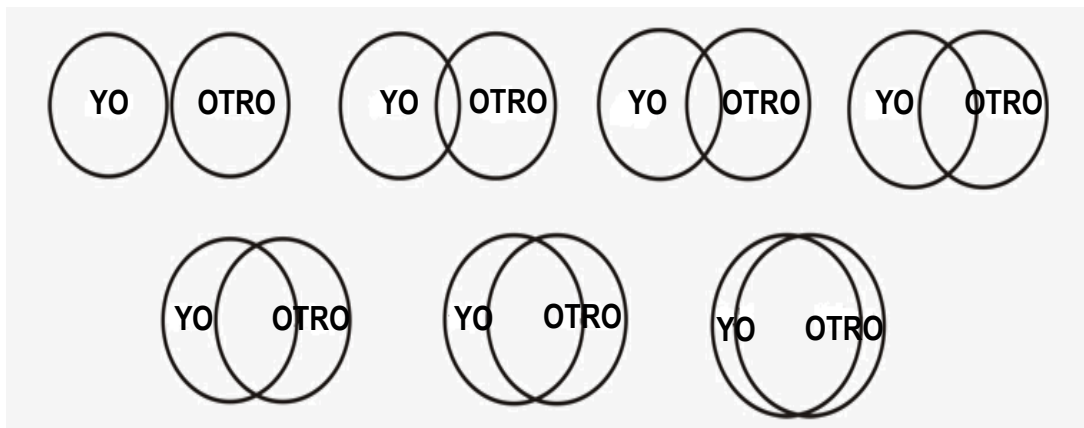
1. Me incómoda que mi hermano(a) procure mucha cercanía	1	2	3	4	5
2. Pienso que la relación con mi hermano(a) marcha bien	1	2	3	4	5
3. Me preocupa que mi hermano(a) no se interese tanto en mí como yo en él(ella)	1	2	3	4	5
4. Me incómoda la cercanía con mi hermano(a)	1	2	3	4	5
5. Tiendo a ser feliz	1	2	3	4	5
6. Necesito que mi hermano(a) me confirme constantemente que me quiere	1	2	3	4	5
7. Me doy cuenta de que justo cuando mi hermano(a) empieza a lograr algo de comunicación, me alejo	1	2	3	4	5
8. Me doy cuenta de que justo cuando mi hermano(a) empieza a brindarme su apoyo, me alejo	1	2	3	4	5
9. Me doy cuenta de que justo cuando mi hermano(a) me da tranquilidad, me alejo	1	2	3	4	5
10. Confío en que mi hermano(a) me ama tanto como yo la amo a él(ella)	1	2	3	4	5
11. Preferiría no estar muy cercano a mi hermano(a)	1	2	3	4	5
12. A veces siento que presiono a mi hermano(a) a demostrarme que me quiere	1	2	3	4	5
13. Busco el acuerdo mutuo para la solución de nuestros problemas	1	2	3	4	5
14. Me pongo nervioso(a) cuando mi hermano(a) se acerca a mí	1	2	3	4	5
15. Frecuentemente deseo que mi hermano(a) me quisiera tanto como yo a él(ella)	1	2	3	4	5
16. Me siento bien compartiendo mis sentimientos y pensamientos con mi hermano(a)	1	2	3	4	5

17. Me da miedo perder a mi hermano(a)	1	2	3	4	5
18. Me siento incómodo(a) cuando mi hermano(a) quiere estar demasiado cerca	1	2	3	4	5
19. Suelo tener pensamientos negativos cuando mi hermano(a) está ausente.	1	2	3	4	5
20. La comunicación con mi hermano(a) me agrada mucho	1	2	3	4	5
21. El apoyo que mi brinda mi hermano(a) me agrada mucho	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy con mi hermano(a) siento tranquilidad.	1	2	3	4	5

Anexo 2. Escala de Cercanía

ESCALA CERCANÍA

INSTRUCCIONES: Marca con una X la imagen que mejor describa cómo es la relación con tu hermano (a).





Anexo 3. Estudio exploratorio-Estrategias de Manejo de Conflicto



ESTUDIO EXPLORATORIO-ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONFLICTO

El presente cuestionario forma parte de una investigación que se realiza en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, sobre las relaciones fraternales. La información que nos proporcione se utilizará solo con fines de investigación y sus datos son confidenciales, por lo tanto, se conservaran en anonimato. No existen respuestas correctas o incorrectas, lo que nos interesa es lo que usted opina sobre las relaciones entre hermanos.

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____ años

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Carrera técnica () Licenciatura ()
Maestría () Doctorado()

Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Separado () Otro:
_____.

Orden de nacimiento: Primer hijo () Segundo hijo () Tercer hijo () Cuarto hijo () Quinto hijo ()
Sexto hijo () Séptimo hijo () Numero de hijo: _____.

¿Cuántos hermanos (as) tienes? _____

INSTRUCCIONES. A continuación, se le solicita que responda a unas preguntas, para ello por favor **tome en cuenta a su hermano(a)** más cercano(a) en edad a usted (ligeramente mayor o ligeramente menor) –en el caso de que tenga más de uno(a).

1. ¿Cuáles son las razones o motivos por las que usted tiene conflictos con su hermano (a)? *(en caso de que necesite más espacio puede utilizar el reverso de la hoja).*

2. ¿Qué tipo de cosas usted hace para que estos conflictos se resuelvan? *(en caso de que necesite más espacio puede utilizar el reverso de la hoja).*

Anexo 4. Escala Estrategias de Manejo de Conflicto

ESCALA ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONFLICTO

Instrucciones. A continuación, encontrarás otra serie de oraciones que describen la manera en que respondes cuando tienes algún conflicto o diferencia con tu hermano(a). Por favor marca con X el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas, en el espacio de la derecha de la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo					5
De acuerdo				4	
Ni en acuerdo ni en desacuerdo			3		
En desacuerdo		2			
Totalmente desacuerdo	1				

Cuando tengo algún conflicto con mi hermano (a) yo...

1. Hablo con él (ella) acerca del problema	1	2	3	4	5
2. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5
3. Le digo a mi mamá	1	2	3	4	5
4. Me quedo sin hacer nada.	1	2	3	4	5
5. Trato de entenderlo (a)	1	2	3	4	5
6. Espero a que mi hermano(a) se disculpe	1	2	3	4	5
7. Lo (a) evito	1	2	3	4	5
8. Le grito	1	2	3	4	5
9. Bromeo acerca del problema	1	2	3	4	5
10. Lo(a) abrazo	1	2	3	4	5
11. Lo (a) escucho	1	2	3	4	5
12. Espero a que se calme la situación	1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo					5
De acuerdo				4	
Ni en acuerdo ni en desacuerdo			3		
En desacuerdo		2			
Totalmente desacuerdo	1				
13. Lo(a) acuso	1	2	3	4	5
14. Evito darle importancia al problema	1	2	3	4	5

15. Respeto su forma de pensar	1	2	3	4	5
16. Le pido disculpas a mi hermano (a)	1	2	3	4	5
17. Evito cualquier contacto (verbal y/o físico)	1	2	3	4	5
18. Le pego	1	2	3	4	5
19. Continuo mi vida como si nada pasara	1	2	3	4	5
20. Le doy un beso en la mejilla	1	2	3	4	5
21. Platico con él/ella cuando ya estamos tranquilos	1	2	3	4	5
22. Le doy espacio a mi hermano(a) y a mí mismo	1	2	3	4	5
23. Pido ayuda a nuestros padres	1	2	3	4	5
24. Me quedo sin decir nada	1	2	3	4	5
25. Comprendo el problema	1	2	3	4	5
26. Reconozco mis errores	1	2	3	4	5
27. Evito un enfrentamiento	1	2	3	4	5
28. Lo (a) intimido	1	2	3	4	5
29. Le encuentro el lado chusco a nuestra diferencia	1	2	3	4	5
30. Busco el contacto físico	1	2	3	4	5
31. Dialogo hasta que llegamos a un acuerdo	1	2	3	4	5
32. Simplemente dejo las cosas pasar	1	2	3	4	5
33. Le digo a mi papá	1	2	3	4	5
34. Ignoro el problema	1	2	3	4	5
35. Entiendo su forma de sentir	1	2	3	4	5
36. Como recompensa, lo(a) invito a realizar alguna actividad juntos	1	2	3	4	5
37. Evito hablar del problema	1	2	3	4	5
38. Le pido que exprese su punto de vista	1	2	3	4	5
39. Espero un momento después del problema	1	2	3	4	5
40. Consulto con mis padres para saber qué hacer	1	2	3	4	5
41. Me quedo paralizado	1	2	3	4	5
42. Evito meterme en sus decisiones	1	2	3	4	5
43. Espero que mi hermano(a), sea quien se acerque a platicar	1	2	3	4	5
44. Ignoro el problema	1	2	3	4	5

45. Le hago razonar con golpes	1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo					5
De acuerdo				4	
Ni en acuerdo ni en desacuerdo			3		
En desacuerdo		2			
Totalmente desacuerdo	1				
46. Evito darle importancia al conflicto	1	2	3	4	5
47. Estrecho su mano	1	2	3	4	5
48. Defiendo mi postura, decisiones y autonomía	1	2	3	4	5
49. Me doy un espacio para tranquilizarme	1	2	3	4	5
50. Antes de solucionarlo con mi hermano (a), le digo a mis padres	1	2	3	4	5
51. Rechazo alguna solución	1	2	3	4	5
52. Me pongo en el lugar de mi hermano (a)	1	2	3	4	5
53. Le compro algo que le guste	1	2	3	4	5
54. Le dejo de hablar	1	2	3	4	5
55. Lo(a) ofendo	1	2	3	4	5
56. Dejo que haga lo que él/ella quiera	1	2	3	4	5
57. Le doy una palmada en la espalda	1	2	3	4	5
58. Me muestro comprensivo(a)	1	2	3	4	5
59. Espero a que estén mis padres presentes	1	2	3	4	5
60. Dejo pasar el tiempo para calmarme	1	2	3	4	5
61. Cedo a lo que él/ella quiera	1	2	3	4	5
62. Lo(a) amenazo	1	2	3	4	5
63. Olvido el problema por completo	1	2	3	4	5
64. Le hablo de manera razonable y civilizada	1	2	3	4	5
65. Absolutamente nada	1	2	3	4	5
66. Me río del problema	1	2	3	4	5
67. Nos damos una muestra de cariño	1	2	3	4	5
68. Lo (a) someto	1	2	3	4	5
69. Le digo que lo siento mucho	1	2	3	4	5
70. Lo (a) ignoro	1	2	3	4	5

71. Expreso mi opinión acerca del problema de manera amable	1	2	3	4	5
72. Le escribo un mensaje/carta	1	2	3	4	5
73. Le digo que olvide el problema	1	2	3	4	5
74. Le aviento objetos	1	2	3	4	5
75. Lo(a) agredo	1	2	3	4	5
76. Reflexiono para comprenderlo	1	2	3	4	5
77. Olvido el problema	1	2	3	4	5