



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

ABORDAJE SISTÉMICO DE LA VIOLENCIA FILIOPARENTAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALAN ALBERTO ANZÚREZ NORIEGA

TUTORA:
DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
(FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA)

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)
DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ
(FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA)
MTRA. MARTHA LÓPEZ ZAMUDIO
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)
MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ
(FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM)

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., NOVIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

En primer lugar a mi tutora, la Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte por su guía y acompañamiento desde el día uno de mi ingreso a la maestría. Esta oportunidad me permitió enriquecer mi experiencia en el posgrado desde el compromiso y la constancia.

A la Mtra. Martha López Zamudio, supervisora del caso que presento en este reporte. Gracias por las enseñanzas, las preguntas retadoras y la confianza en mis capacidades. Me llevo el legado de esta supervisión en mi quehacer profesional.

A la Dra. Noemí Díaz Marroquín, por el liderazgo y compromiso con la formación de terapeutas familiares, desde una mirada crítica y cálida.

A mi comité tutorial, el Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés, la Dra. Nélida Padilla Gámez y la Mtra. Miriam Zavala Díaz. Por el soporte a la divulgación de mis estudios.

A la Mtra. Cintia Aguilar Delgadillo, por la estructura y guía desde un lugar horizontal y generoso.

Por último, al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología por el apoyo a la financiación de mis estudios lo cual me inspira un fuerte sentido de responsabilidad para con el pueblo de México.

Este trabajo lo dedico a:

Benito y Angélica, mis papás. Por las alas que me dan para volar lejos y el impulso a seguir mis propósitos. Ustedes son mis más grandes maestros.

Andi y Alex, mis hermanos, y a Emi mi sobrina. Porque los recuerdos que paso con ustedes me alegran los días más difíciles.

A Luis, mi compañero de vida, por no soltar mi mano, motivarme en cada paso del camino y ser mi soporte. Somos un gran equipo, todo esto va por Rama.

Y a Cas, Ximena, Cristy, Fran, Irene, Regina, Valeria, Alina, Natalia y Karina. Somos las once que se mantuvieron unidas. Me quedo con sus voces y risas ahora que el camino es más solitario.

Índice

Introducción y justificación	5
Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial	7
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	7
Familia.....	7
Contexto social, político y económico	8
1.2 Descripción de la sede.....	14
Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”	15
1.3 Cuadro de familias atendidas	21
Capítulo 2. Marco teórico	27
2.1. Modelos que guiaron el caso clínico	27
2.1.2 Terapia Breve Centrada en el Problema	28
2.1.1 Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	34
2.2 Análisis y discusión del tema/s que sustentan el caso.....	46
2.2.1 Violencia Filioparental	46
2.2.2 Familias Monoparentales y Violencia filoparental.....	50
2.2.3 Esquizofrenia y violencia filoparental.....	52
Capítulo 3: Caso Clínico.....	57
3.1 Integración del expediente de trabajo clínico.....	57
3.1.2 Datos generales	58
3.1.3 Motivo de consulta	59
3.1.4 Antecedentes y condiciones generales de la problemática.....	59
3.1.5 Definición del problema	61
3.1.6 Meta terapéutica	62
3.2 Descripción del proceso terapéutico	62
3.2.1 Sesiones	63
3.2.2 Estrategias e intervenciones realizadas.....	70
3.2.3 Indicadores de cambio	75
3.2.3 Evaluación del caso	75
3.3 Reflexiones personales.....	76
Capítulo 4. Consideraciones finales.....	78
4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas.....	78
4.1.1 Competencias profesionales teórico-conceptuales	78
4.1.2 Competencias profesionales clínicas	79
4.1.3 Competencias profesionales de investigación	81
4.1.4 Competencias profesionales de difusión de conocimiento.....	87
4.1.5 Competencias profesionales de ética y compromiso social.....	87
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	89
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional	91
Referencias.....	94
Apéndices.....	100
Apéndice A: <i>Bitácora de Marina</i>	100
Apéndice B: <i>Guion de entrevista para el estudio: “Construcción de la identidad sexual en personas de la comunidad LGBT+”</i>	104

Apéndice C: *Resultados del estudio: “Construcción de la identidad sexual en personas de la comunidad LGBT+”* 104

Apéndice D: Certificado de participación el XVI Congreso de Posgrado en Psicología .. 106

Introducción y justificación

Este trabajo parte de una noción sistémica del término *familia*, (Boss, 2001; Fruggeri, 2016; Minuchin, 1989) y propone que la familia es el medio por el cual los individuos se socializan a través del cuidado, la protección y la pertenencia, para su participación e integración en lo político, social y emocional con los otros miembros de la sociedad.

Para cumplir con los objetivos de este reporte, se expone una panorámica de las problemáticas que viven las familias mexicanas en la actualidad y el análisis de un caso, atendido durante la formación en la residencia en terapia familiar en la generación 2022-1.

El análisis del caso se enfoca en lo que Pereira et al., (2017) han definido como Violencia Filoparental (VFP) y que puede entenderse como “conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar” (p. 222). Las intervenciones y el análisis del caso se realizó desde los modelos conocidos como *Terapias Breves*: la Terapia Breve Centrada en el Problema del *Mental Research Institute* y el Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Además, se incluye una descripción de mi recorrer en los cuatro semestres que comprenden el programa de Terapia Familiar del Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para ello, se enlista mi participación en múltiples actividades y procesos formativos: teórico-prácticos investigaciones, supervisiones y un congreso. El trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos principales.

En el primero se expone un análisis del campo psicosocial, primero, de nuestro país, y después del contexto del centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, sede en la que se atendió el caso presentado en este escrito. Además, se muestra una tabla de todos los casos atendidos y supervisados durante el proceso de la maestría, en los que tuve la oportunidad de participar en dos modalidades distintas: como terapeuta titular o participante del equipo terapéutico.

En el capítulo dos, se realiza una síntesis de los modelos de Terapias Breves utilizados para la atención del caso reportado. Se incluye además, una descripción de la problemática presentada por la consultante: la Violencia Filoparental y se analiza a través de una perspectiva sistémica, desde el trabajo de Cottrell y Monk (2004) quienes proponen un Modelo Explicativo de la Violencia Filoparental basado en la Teoría Ecológica Anidada, en la cual se sustenta que, este tipo de violencia puede ser entendido a través de cuatro niveles: Macrosistema, Exosistema, Microsistema y Ontogenia. El capítulo finaliza haciendo énfasis en este último nivel pues incluye las características y experiencias individuales que una persona abusiva aporta a la relación y se anidan dentro del sistema, siendo la esquizofrenia y monoparentalidad exclusivas del caso aquí reportado.

En el capítulo tres, se realiza un recorrido por el proceso terapéutico del caso, iniciando con la integración del expediente clínico en el que se incluyen datos de contextualización, una descripción general del caso y del proceso, así como una breve síntesis de las ocho sesiones en las que fue atendido. Continúa con una ejemplificación de las estrategias utilizadas en búsqueda de cumplir con los objetivos terapéuticos y finaliza con la evaluación del proceso desde la perspectiva de la supervisora, el equipo terapéutico y el terapeuta. Se incluye además, una reflexión personal de las implicaciones del proceso.

Finalmente, en el capítulo cuatro, se incluye una descripción de la experiencia teórico-práctica de la maestría, en el que se resumen las investigaciones en las que participé siguiendo una línea de estudios desde la diversidad familiar y sexual. Se habla también de los aspectos éticos de mi formación así como de la experiencia personal y profesional de estudiar una maestría en Terapia Familiar en la UNAM.

Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Familia

Para comenzar con este apartado, es necesario partir de una definición de familia, que permita así comprender a qué nos referimos exactamente al hablar de ella. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2015, señala que, “La familia es el ámbito en el que los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.” (p. 1)

Esta conceptualización deja ver la relevancia cultural de la familia, y al ser una unidad de análisis social, vale la pena involucrar una mirada desde el enfoque sistémico, el cual considera a la familia como una unidad viva y en constante transformación. De acuerdo con Salvador Minuchin (1989) la familia “... es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura.” (p. 81)

Lo anterior, coincide con la perspectiva de Sánchez Gutiérrez (2015), quien menciona que, los inicios del siglo XXI marcan históricamente una reestructuración de la institución de la familia, dado que estas son reconocidas social y legalmente como: familias reestructuradas, familias monoparentales, familias reconstituidas y familias homoparentales. Es decir, reflejan un sinfín de formas de vivir, amar y relacionarse. De este modo, la noción de familia se adapta a las demandas sociales, dando paso a una pluralidad de estructuras familiares que actualmente son visibilizadas y legitimadas.

Para Fruggeri (2016), en cambio, la diversidad familiar, sólo se trata de modos diferentes de organizar las relaciones humanas, cada uno, con características específicas, pero todos potencialmente capaces de realizar las *funciones familiares*: garantizar el cuidado y la protección, enseñar el sentido de los límites, favorecer una experiencia de pertenencia y autonomía, de negociación de conflictos y divergencias, de desarrollar la capacidad para compartir los estados emocionales, superar las incertidumbres y saber llevar la desvinculación. Esto coincide con la perspectiva de Pauline Boss (2001) quien entiende por familia a “ese grupo íntimo de personas con las que uno puede contar a lo largo del tiempo para obtener consuelo, cuidados, alimentación, apoyo, sustento y proximidad social.” (p. 17).

Fruggeri, menciona además, que ninguna forma familiar está por sí misma más garantizada que otra para cumplir con las funciones familiares. Cada estructura familiar tiene una caracterización específica y, por lo tanto, modos propios de ejercer las funciones familiares. “La pregunta que actualmente se hace la investigación científica no es *si* las familias diferentes de la nuclear¹ son capaces de absolver tales funciones, sino *cómo* lo hacen” (Fruggeri, 2016, p. 10).

En síntesis, podemos sugerir que la familia es el medio a través del cual los individuos se socializan a través del cuidado, la protección y la pertenencia, para su participación e integración en lo político, social y emocional con los otros miembros de la sociedad.

Contexto social, político y económico

Población y hogares familiares

De acuerdo con datos el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020), la población total de nuestro país es de 126 014 024 habitantes, de los cuales 64 540 634 son mujeres lo que corresponde al 51.2% de la población y 61 473 390 son hombres, lo que corresponde al 48.8%

¹ Fruggeri, (2016) concibe a la familia nuclear como aquella compuesta por un hombre, una mujer y sus hijos biológicos.

de la población.

Para el INEGI (2020), un hogar familiar es: “aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con la jefa o el jefe del hogar. A su vez se divide en nuclear, ampliado y compuesto” (párr. 1) A partir del Censo de Población y Vivienda 2020, se encontró que en México, de cada 100 hogares familiares, 71 son nucleares, 28 son ampliados y 1 es compuesto.

Tabla 1

Tipos de hogares familiares en México

Tipo	Estructura
Nucleares	Formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive en el mismo hogar y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.
Ampliados	Formados por un hogar nuclear más otros parientes (tías (os), primas (os), hermanas (os), etcétera).
Compuesto	Constituido por un hogar nuclear o ampliado, y al menos una persona sin parentesco con la jefa o jefe del hogar.

Fuente: INEGI (2020)

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2018 en México, existen 34,818 hogares, de los cuales 28.7 % son encabezados por mujeres y 71.3% por hombres. El tamaño promedio del hogar es de 3.6 personas, en estos la edad promedio de la jefa o jefe alcanza los 49.8 años.

Una de las principales transformaciones de los hogares mexicanos ha sido el número de hogares encabezados por mujeres. Con datos de la ENIGH, resultan ser 24.7% en 2008, y 28.5% en 2018, considerando una tasa de crecimiento de 12%; mientras que los hogares con jefatura masculina crecieron solo 4.4%, en el mismo periodo. Adicional a esto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, reportó que hay 60 personas dependientes por cada 100 en edades activas.

Por último, la ENADID 2018, arrojó que la situación conyugal de la población de 15 años o más se distribuye de la siguiente manera: 18.% viven con su pareja en unión libre, 3.1% Está separada(o) de una unión libre, 2.8% está separada(o) de un matrimonio, 1.9% está divorciada(o), 5.4% está viuda(o), 39.9% está casada(o) y 28.8% está soltera(o).

Salud

Según datos del Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020), el 73% de la población está afiliada a algún servicio de salud. Siendo el IMSS con el mayor porcentaje de derechohabientes, con el 51% del total, seguido por el INSABI o Seguro Popular con el 35.5%, ISSSTE o ISSSTE estatal con 8.8%, Pemex o SDN o SM con 1.3% e IMSS Bienestar con 1%. El 2.5% restante gozan de servicios de salud gracias a su afiliación a instituciones privadas u otras.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 reporta en su tasa global de fecundidad, que el número de hijos que una mujer tendrá al final de su vida reproductiva será de 2.07, mientras que el índice de mortalidad infantil durante el último trienio de la encuesta (2015-2017) es de 15.6 menores de 1 año por cada 1000 nacimientos.

Pobreza

La pobreza puede ser medida a través de dos instrumentos: el primero es la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH), levantada por el INEGI y la cual arroja los índices de la población en situación de pobreza y pobreza extrema. El segundo instrumento corresponde a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) realizada también por el INEGI pero interpretada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (CONEVAL) el cual utiliza a un indicador llamado Índice de la Tendencia Laboral de la Pobreza (ITLP) para medir el porcentaje de pobreza laboral en nuestro país por trimestres.

De acuerdo con el ENIGH 2020, 43.9% de la población, es decir, 55.7 millones de personas viven en condiciones de pobreza, y 8.5% de la población, es decir 10.8 millones de personas viven en pobreza extrema. La pobreza hace referencia a al menos una carencia social (educación, seguridad social, vivienda o salud) y cuyo ingreso es menor al valor de la línea de bienestar mínimo (que considera una canasta de consumo ampliada). La pobreza extrema, por otro lado, considera a aquellas personas que tienen al menos tres carencias y un ingreso menor al de la línea de bienestar mínimo que considera sólo la canasta alimentaria.

En paralelo a estos resultados, el ITLP del tercer trimestre del 2022, arrojó que existen en nuestro país 51.6 millones de personas en pobreza laboral, es decir, 40.1% de la población. La pobreza laboral considera el porcentaje de la población que no puede comprar la canasta alimentaria básica con el ingreso proveniente de su trabajo (IMCO, 2022).

Educación

La Encuesta Nacional sobre Acceso y Permanencia en la Educación (ENAPE) 2021, arrojó que del total de la población de 3 a 17 años inscrita en el ciclo escolar 2021-2022, la principal figura de apoyo escolar fue la madre: 91.6% en educación preescolar recibió su ayuda, 82.4% en primaria y 51.5% en secundaria.

Entre la población de 3 a 17 años que recibió apoyo para actividades escolares, 57.6 reportaron de cinco a once horas semanales, 22.4 de dos a cuatro horas y 14.6% 12 horas más por semana. De la población de 3 a 29 años no inscrita en el ciclo escolar 2021-2022, 19.4 millones no se inscribió tampoco en el ciclo escolar anterior. De esta cantidad, se identificó que 1.8 millones de personas nunca habían asistido a la escuela. El mayor porcentaje se concentra en el grupo de 3 a 5 años con un 83,5%. Las razones principales varían según el grupo de edad. En el de 3 a 5 años, el de mayor peso fue que recién cumplió tres años o es pequeño (65.8 %). En el resto de los grupos se presentaron las tres siguientes causas: discapacidad física o mental, tener que trabajar o falta de dinero o recursos.

Por último, de acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2020, aunque en los últimos treinta años, el analfabetismo entre la población de 15 años y más ha disminuido, (en el caso de las mujeres este indicador bajó de 15 a 6% y en los hombres de 10 a 4%), hoy todavía cuatro de cada 100 hombres y seis de cada 100 mujeres de 15 años o más no saben leer ni escribir.

Violencia en la familia

La Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU) es un instrumento del INEGI que mide cada trimestre, la percepción de violencia por parte de la ciudadanía en los espacios públicos y privados de las 75 ciudades con más densidad poblacional de nuestro país. Durante el tercer trimestre del 2022, se arrojaron los siguientes resultados en lo correspondiente a la categoría “Violencia en el entorno familiar” para el periodo de enero a septiembre de 2022:

- 8.9% de los hogares sufrió violencia en el entorno familiar, de los cuales en 24.7% de los hogares los involucrados fueron menores de edad.

- Las ciudades con el mayor porcentaje de violencia en el entorno familiar fueron la Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y León con 15.9%, 15% y 14.% respectivamente y las ciudades con el menor porcentaje de este tipo de violencia fueron Culiacán con 2.7%, Guanajuato con 2.8% y San Nicolás con 3%.

- 8.1% de la población de 18 años y más, sufrió violencia en el entorno familiar.

- Las ciudades y localidades con el mayor porcentaje de hombres que sufrieron violencia en el entorno familiar fueron Gustavo A. Madero (16.3%), Venustiano Carranza (15.1%) y Xalapa (14.9%), y las ciudades con el menor porcentaje de hombres víctimas de violencia familiar fueron San Nicolás (0.5%), Cuajimalpa (1.1%) y Tlaxcala (1.2%).

- Las ciudades y localidades con el mayor porcentaje de mujeres que sufrieron violencia en el entorno familiar fueron Tlalpan (19.2%), Uruapan (18.4%) y León (17.3%), y las ciudades con el menor porcentaje de mujeres víctima de violencia familiar fueron Mérida (1.4%), Guanajuato (2.1%) y Guadalajara (2.1%).

- De la población de 18 años o más que sufrió violencia en el entorno familiar, el principal agresor declarado fueron personas sin parentesco con un 54.2% seguido de esposo(a)/pareja sentimental con un 17.8%.

Violencia contra la mujer

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar (ENDIREH), es un instrumento del INEGI que genera información estadística para estimar la prevalencia y gravedad de la violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más por tipo de violencia (psicológica, física, sexual, económica o patrimonial) y ámbito de ocurrencia (escolar, laboral, comunitario, familiar y de pareja (INEGI, 2021). Este instrumento, mide la prevalencia de la violencia en dos dimensiones temporales, a lo largo de la vida y durante los últimos 12 meses.

En su quinta edición, la ENDIREH 2021, los resultados más relevantes indican que siete de cada diez mujeres han experimentado algún incidente violento a lo largo de la vida, y que 42.8% de las mujeres lo han hecho durante los últimos 12 meses.

Además, las mujeres de entre 25 y 34 años son las principales víctimas de violencia de pareja, con un 24.9%, seguido de aquellas con edades de entre 15 y 24 años. Los resultados indican también que el nivel de educación está relacionado con la prevalencia de violencia.

Otro dato relevante se observa en el aumento de la prevalencia de violencia sexual con respecto a la edición del 2016 del ENDIREH, en mujeres de entre 15 y 24 años en el que se observa un aumento de 47.9% a 60.4% entre ambas mediciones, para las mujeres de 55 años y más este tipo de violencia aumentó seis puntos porcentuales.

En datos generales, podemos observar que a lo largo de la vida 51.6% de las mujeres han sufrido violencia psicológica, 49.7% violencia sexual, 27.4% violencia económica y/o patrimonial y/o discriminación en el trabajo, 34.7% violencia física y que el 70.1% han experimentado al menos una situación de violencia de cualquier tipo.

Adicional a esto, durante los últimos 12 meses, 29.4% de las mujeres han sufrido violencia psicológica, 23.3% violencia sexual, 16.2% violencia económica y/o patrimonial y/o discriminación en el trabajo, 10.2% violencia física y 42.8% han experimentado al menos una situación de violencia de cualquier tipo.

En cuanto a las condiciones geográficas, los estados con mayor prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años o más a lo largo de la vida son el Estado de México (78.7%), Ciudad de México (76.2%) y Querétaro (75.2%) y los estados con menor prevalencia fueron Chiapas (48.7%), Zacatecas (59.3%) y Tamaulipas (61.7%).

Por último, los estados con mayor prevalencia total de violencia contra las mujeres de 15 años y más en los últimos meses por entidad federativa fueron Querétaro con 49.8%, Colima con 48.2% y Aguascalientes con 48%. Mientras que los estados con menor prevalencia fueron Chiapas con 26.9%, Tamaulipas con 34.2% y Baja California con 37.2%.

1.2 Descripción de la sede

El programa de Maestría en Psicología tiene como 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, (UNAM, 2013).

Adicional a la formación teórica, la Residencia en Terapia familiar cuentan con escenarios de formación en prácticas supervisadas, distribuidos en distintos puntos de la Ciudad de México: el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, el Centro Comunitario “San Lorenzo” en la alcaldía Iztapalapa, el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” en la alcaldía de Tlalpan, el Instituto Nacional de Rehabilitación y el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro en la alcaldía de Coyoacán.

A continuación se hará una descripción de este último, al ser el escenario en el que se desarrolló el caso que se presenta en este reporte.

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

Historia

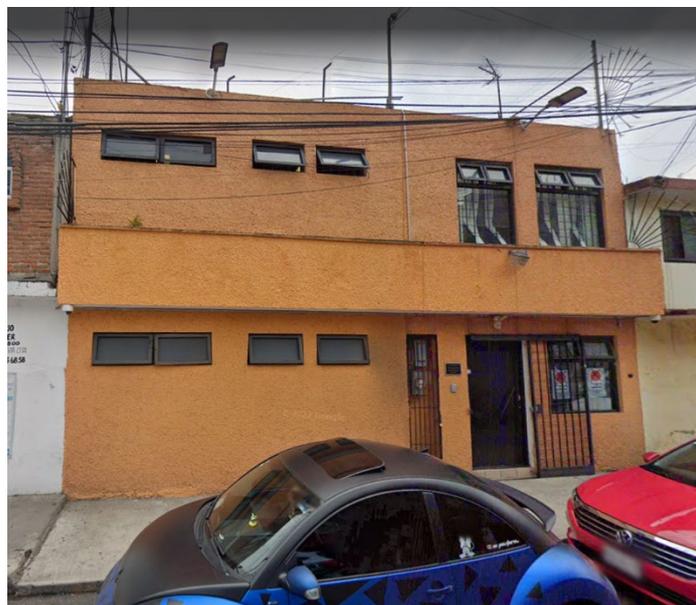
El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” forma parte de la Coordinación de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP), y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM. Su principal objetivo es la formación práctica de estudiantes de grado y posgrado a través de los diferentes programas de profesionalización con los que cuenta y el servicio a la comunidad (Caballero Gutiérrez, 2021).

Se encuentra ubicado al Sur de la Ciudad de México, en calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24 de la colonia Ruiz Cortines, Alcaldía Coyoacán. Tiene sus inicios en el año de 1979 durante el cual se realizó una investigación en la colonia encabezada por el Dr. Julián Mac Gregor y conformada por un grupo de profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM, gracias a los cuales fue creado el que entonces sería llamado Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. En este lugar, se realizaban investigaciones psicosociales en la zona, así como atención psicológica a quien lo solicitara. A partir de 1981 y hasta el 2000, profesores de la Facultad prestaron servicios en este centro, ahora con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”, pero, en instalaciones que no eran óptimas para la atención a la población. Gracias a la

detección de estas necesidades, desde el año 2000 y hasta el 2002 se considera un proyecto de remodelación tras el cual se reinaugura el centro bautizándolo con el nombre de Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCMG), (Rodríguez Cruz, 2018). En la actualidad y a más de cuarenta años de ser fundado, el Centro Comunitario cuenta con ocho cubículos amueblados, una sala de lectura, sala de juntas, salón de usos múltiples, sala de cómputo, una cámara de Gesell, tres equipos de circuito cerrado, cocina, sanitarios para personal y para usuarios.

Figura 1

Vista exterior de las instalaciones del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”



Fuente: Google Maps, 2020

De acuerdo con Caballero Gutiérrez, (2021) el CCMG además de brindar servicio a la colonia Adolfo Ruiz Cortines, atiende a personas provenientes de las colonias aledañas: Ajusco-Coyoacán, La Candelaria, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Pedregal de Santa Úrsula y Santo Domingo, entre otras. Esta zona, corresponde a la región sur de la Alcaldía Coyoacán y se le conoce bajo el nombre de “Los pedregales de Coyoacán” la cual fue poblada por personas que migraron de diferentes partes de la Ciudad de México y otros estados de la República como

Oaxaca, Puebla y Michoacán. Rodríguez Cruz, (2018) documenta que los asentamientos urbanos en esta zona comenzaron en la década de los 40, hasta entonces la región se había caracterizado por la práctica de la agricultura y la ganadería, así como de la existencia de grandes haciendas que se fueron fraccionando.

Datos demográficos y problemáticas locales de la zona

El Censo de Población y Vivienda 2020, informó que en la alcaldía, habitan 614 mil 447 habitantes, de los cuales 325 mil 337 son mujeres y 289 mil 110 son hombres, con una extensión territorial de 54.20 km² la alcaldía tiene una densidad poblacional de 11,446.7 habitantes por km². Las lenguas indígenas más habladas son náhuatl (1,473 habitantes), mazateco (809 habitantes) y zapoteco (749 habitantes).

La zona tiene una tasa de desocupación o desempleo del 5.25% y el 61% de su población, está catalogada como económicamente activa. El salario promedio mensual de sus habitantes es de \$3,880 pesos, (\$4,470 en el empleo formal y \$3,230 en el informal). Las ocupaciones con más trabajadores durante el tercer trimestre de 2022 fueron comerciantes en establecimientos, empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios y trabajadores de apoyo en actividades administrativas diversas, (ENOE, 2022).

La mayoría de las viviendas particulares habitadas cuentan con 2 y 3 dormitorios y con seis o más cuartos en total. El 82.6% de las viviendas cuentan con acceso a internet, el 69.9% disponen de un computador y el 93.7% disponen de un celular. En Coyoacán, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue de 40.3 minutos, 72.1% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 15.9% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo, el principal medio de transporte es el camión, taxi, combi o colectivo.

En 2020 los principales grados académicos de la población fueron licenciatura (175,000 personas o 34.4% del total), preparatoria o bachillerato (111,000 o 21.8% del total) y secundaria (91,200 personas o 17.9% del total). La tasa de analfabetismo fue de 1.1%, del total de la

población analfabeta, 32.3% correspondió a hombres y 67.7% a mujeres). Las opciones de salud más utilizadas en 2020 por la población fueron IMSS (205,000 personas), consultorio de farmacia (136,000 personas) y Centro de Salud u Hospital de la Secretaría de Salud (Seguro Popular) (87,600 personas).

Por último, el Censo Nacional de Población y Vivienda reportó que en 2020, el 2.95% de la población vive en pobreza extrema y el 24.1% en pobreza moderada. Las principales carencias fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación. El índice Gini en Coyoacán es de 0.4, lo cual indica una inequidad alta entre la distribución de los ingresos de sus habitantes.

Servicios en el centro

Aunque a raíz de la pandemia por COVID-19 se incorporó la atención psicológica en línea (modalidad virtual) a través de la plataforma de misalud.unam.mx gestionada por la UNAM en coordinación con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, que permitió la atención a poblaciones de otras regiones de la ciudad y del país, el CCMG brinda atención principalmente a la población local que solicita sus servicios.

De acuerdo con estadísticas realizadas por servidores sociales de este centro, se obtuvieron los siguientes datos para el año 2019 (Caballero Gutiérrez, 2021):

- Se atendió mayormente a niños y adolescentes.
- El 64% de las personas que asistieron al Centro Comunitario viven en la Alcaldía Coyoacán.
- Los servicios que brindó el Centro Comunitario en este año fueron principalmente intervención y evaluación psicológica, 79% del total de los casos atendidos.
- Los ingresos económicos del 35% de las personas que acudieron a consulta en el 2019 (incluyendo sus familias), son menores a 5,500 pesos mensuales.

- Alrededor del 45% de las personas que acuden a este Centro viven en casas rentadas o prestadas.

Al ser un centro con adscripción a la Facultad de Psicología de la UNAM, el CCMG lleva a cabo actividades que permiten la formación supervisada de estudiantes de grado y posgrado, gracias a la prestación de servicios en las siguientes modalidades, (Caballero Gutiérrez, 2021):

Promoción de la salud mental : La salud mental en la comunidad se promueve a través de talleres, cine-debate o grupos de discusión, que se enfocan en resolver diferentes problemas que inciden en la que afectan a la sociedad.

Intervenciones psicológicas: Busca a través de la práctica de los estudiantes encontrar una respuesta al problema o motivo de consulta expresado por el usuario. Para ello, se realiza una valoración inicial del usuario, posteriormente se formula una hipótesis diagnóstica y se desarrolla una intervención que pretende alcanzar los objetivos propuestos.

Intervención psicoeducativa : El objetivo es intervenir con niños con problemas de aprendizaje. Inicialmente se realiza una evaluación psicoeducativa, seguida de la correspondiente intervención.

Intervención psicosocial: Los estudiantes realizan trabajos de psicología social comunitaria utilizando el método de investigación acción participativa. Se atiende a niños, adolescentes y adultos. Se abordan los temas de promoción de la salud, prostitución, población de la calle, adicciones, convivencia no violenta, resiliencia, entre otros. Se busca que los alumnos obtengan experiencia en campo en escenarios reales.

Todas las actividades del centro, están enmarcadas dentro de una política de calidad, la cual de acuerdo con el Manual de Calidad (2017), consiste en mejorar continuamente los procesos de formación supervisada de competencias de los estudiantes de grado y posgrado a través de los servicios psicológicos que se ofrecen en los escenarios profesionales, perfeccionando las actividades de supervisión y evaluación del estudiante a través de la rigurosa observancia de la ética que rige a nuestra profesión.

Esta política posee para su cumplimiento, cuatro objetivos de calidad que se enlistan a continuación:

1. Incrementar o mantener el porcentaje promedio en la evaluación de las competencias profesionales definidas por estudiante.
2. Mantener la satisfacción del estudiante con su formación supervisada a través del servicio psicológico al egreso, igual o mayor al 85% en promedio.
3. Mantener un mínimo del 85% en la satisfacción promedio de la persona atendida con el servicio psicológico recibido al egreso.
4. Mantener un mínimo del 80% de los controles que integran los expedientes de las personas asignadas a cada supervisor.

En lo correspondiente a la misión y visión del CCMG, el Manual de Procedimientos (2017), nos indica como:

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

Visión: Lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

Por último, de acuerdo con Rodríguez Cruz (2018), los valores que rigen a la organización y que se procuran tanto en su personal administrativo como en los estudiantes, para garantizar el bienestar de los usuarios que requieran de los servicios, son:

Respeto: El Centro considera que tanto su personal docente y/o administrativo, así como estudiantes de licenciatura, posgrado y miembros de la comunidad, tienen derecho a diferentes formas de pensamiento, creencias y prácticas, y a no ser juzgados o discriminados por ellas, por lo que brinda un trato con equidad y dignidad.

Profesionalismo: Uno de los principales objetivos del Centro, es brindar la más alta calidad en enseñanza a sus estudiantes, lo que al final redundará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.

Responsabilidad: Los profesionales del Centro supervisan de manera constante a estudiantes en formación tanto a nivel licenciatura como de posgrado, otorgando la oportunidad de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en escenarios reales, siempre bajo su supervisión.

Sensibilidad: El Centro y su estudiantado buscan conocer y comprender las demandas y necesidades de la comunidad, poniendo énfasis en la equidad y el respeto con el objetivo de coadyuvar en el bienestar individual y social.

1.3 Cuadro de familias atendidas

Durante la formación dentro de la Residencia en Terapia Familiar, tuve la oportunidad de participar en la atención de 46 casos, 11 como terapeuta principal (tres de ellos en coterapia), y 35 como parte del equipo terapéutico. Debido al contexto de la pandemia por COVID-19, los procesos terapéuticos del primer y segundo semestre, se implementaron en la modalidad virtual, a medida que la contingencia sanitaria fue disminuyendo, se fue implementando poco a poco la atención presencial, teniendo como resultado un total de 22 casos en modalidad virtual

y 24 casos presenciales, lo cual permitió para mi formación un total de 573 horas supervisadas en tres escenarios diferentes: el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” y el Centro de Asistencia Social “La Joya”.

En la Tabla 2, se muestran los casos atendidos por la generación 2022-1 durante el periodo de agosto de 2021 a julio de 2023.

Tabla 2

Casos atendidos por la Generación 2022-1

#	Nombre ficticio	Tipo	Participación	Motivo de consulta	No. sesiones	Sede/ línea	Término del proceso
1	Adriana y Luis	Pareja	Equipo terapéutico	Conflictos en la pareja debido a infidelidades pasadas. Problemas relacionados con la crianza de una hija.	14	Línea	Baja
2	Ian	Individual	Equipo terapéutico	Dificultad para realizar ciertas actividades, falta de motivación y dificultad para alcanzar metas.	11	Línea	Baja
3	Xóchitl y Karla	Pareja	Equipo terapéutico	Crisis en la pareja y en la crianza de sus hijos.	5	CSP “Dr. G. Dávila”	Baja
4	Mariana	Individual	Equipo terapéutico	Temas con relación a la enfermedad crónica de la mamá y problemas con la expareja.	6	Línea	Baja
5	Jerry	Individual	Terapeuta	Falta de motivación, desesperanza, sentimiento de frustración, mala experiencia en relación de pareja pasada.	6	CSP “Dr. G. Dávila”	Alta
6	Antonio	Individual	Equipo terapéutico	Falta de motivación para hacer cosas, inseguridad, episodios depresivos y problemas con la expareja.	5	CSP “Dr. G. Dávila”	Baja

(continúa)

#	Nombre ficticio	Tipo	Participación	Motivo de consulta	No. sesiones	Sede/línea	Término del proceso
7	Natalia	Individual/familiar	Terapeuta	Ansiedad generalizada por una experiencia de violencia sexual.	7	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
8	Alberto	Individual	Equipo terapéutico	Falta de motivación para buscar trabajo y "desgano" en general.	4	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
9	Susana	Individual	Equipo terapéutico	Adaptación ante el cambio de residencia y sus efectos en la relación de pareja.	2	Línea	Baja
10	Vicky	Individual	Equipo terapéutico	Dificultad de relacionarse con otras personas, ansiedad social y miedos relacionados a sus estudios.	4	Línea	Baja
11	Citlalli	Individual	Equipo terapéutico	Autoexigencia que causa mucha insatisfacción en su vida laboral y de pareja.	5	Línea	Baja
12	Melisa	Individual	Equipo terapéutico	Temas relacionados a buscar trabajo e independizarse. Problemas familiares que involucran el trato con su hermano mayor.	2	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
13	Gloria	Individual	Equipo terapéutico	Depresión mayor diagnosticada psiquiátricamente.	3	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
14	Eli	Individual	Equipo terapéutico	Conflictos de interacción con su familia origen, preocupación por su hija adolescente y problemas con el padre de su hija.	6	CSP "Dr. G. Dávila"	Alta
15	Nancy	Individual	Equipo terapéutico	Relación de pareja (separación y violencia)	6	CSP "Dr. G. Dávila"	Alta
16	Ignacio	Familiar	Equipo terapéutico	Trastorno de la conducta alimentaria.	6	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja

(continúa)

#	Nombre ficticio	Tipo	Participación	Motivo de consulta	No. sesiones	Sede/ línea	Término del proceso
17	Raquel y Kevin	Familiar	Equipo terapéutico	Madre de un infante de 7 años que está en proceso de construcción de su identidad sexo-genérica. Busca apoyo para saber cómo manejar la situación.	6	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
18	Aarón	Individual	Equipo terapéutico	Ansiedad. Busca adaptarse a la vida después de dejar el consumo de sustancias.	8	CSP "Dr. G. Dávila"	Alta
19	Ariana	Individual	Equipo terapéutico	Ansiedad generalizada. Problemáticas en la relación con la familia.	6	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
20	Sonia	Individual	Equipo terapéutico	Proyecto de vida para ella y su hija.	10	Línea	Alta
21	Bere	Individual	Equipo terapéutico	Falta de habilidades para socializar	3	Línea	Baja
22	Camila	Individual	Equipo terapéutico	Problemas familiares (sin libertad para laborar, ni de interacción social)	2	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
23	Michele	Individual	Equipo terapéutico	Ansiedad social en la escuela y problemas en la relación con su papá.	3	Línea	Baja
24	Vanesa	Individual	Equipo terapéutico	Depresión y ansiedad, proyecto de vida	8	Línea	Baja
25	Pedro	Individual	Terapeuta	Superación de ruptura amorosa, conflictos familiares por violencia hacia sus padres.	2	Línea	Baja
26	Catalina	Individual	Terapeuta	Duelo por la muerte de un familiar (tío), depresión e incertidumbre sobre su matrimonio.	5	Línea	Baja
27	Maricruz	Individual	Equipo terapéutico	Duelo de un familiar (abuela)	5	Línea	Baja

(continúa)

#	Nombre ficticio	Tipo	Participación	Motivo de consulta	No. sesiones	Sede/ línea	Término del proceso
28	Andrés	Individual	Equipo terapéutico	Proyecto de vida, búsqueda de trabajo y elecciones profesionales en la universidad	17	Línea	Alta
29	Amy	Individual	Terapeuta	Depresión e incertidumbre sobre las elecciones profesionales.	10	Línea	Baja
30	Marina	Individual	Terapeuta	Violencia intrafamiliar, de su hijo con diagnóstico de esquizofrenia.	8	Línea	Alta
31	Rosa, Pablo y Alex	Familiar	Terapeuta	Necesidad de fortalecer a la familia a causa del diagnóstico de cáncer de la madre.	3	Línea	Baja
32	Daniel	Individual	Equipo terapéutico	Acoso escolar.	5	Línea	Alta
33	Lucero	Individual	Terapeuta	Dificultades para tomar elecciones sobre su futuro profesional.	7	Línea	Alta
34	Marisol	Individual	Equipo terapéutico	Crianza de su hijo después de la separación con su esposo.	6	Línea	Alta
35	Angélica	Individual	Terapeuta	Ansiedad.	1	Línea	Baja
36	Adriana	Individual	Equipo terapéutico	Dificultades de concentración que influyen en su desempeño escolar.	5	Línea	Baja
37	Diego	Individual	Equipo terapéutico	Conflictos en su relación de pareja para abordar la crianza de su hija menor.	8	CSP "Dr. G. Dávila"	Alta
38	Ramiro	Individual	Equipo terapéutico	Adolescente referido por conductas y comportamiento agresivo en la escuela.	6	CSP "Dr. G. Dávila"	En proceso

(continúa)

#	Nombre ficticio	Tipo	Participación	Motivo de consulta	No. sesiones	Sede/línea	Término del proceso
39	Silvia	Individual	Equipo terapéutico	Mejorar la relación con hermanos e hijos tras una pelea familiar por bienes materiales	1	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
40	Raymundo	Individual	Equipo terapéutico	Celos en su relación de pareja	1	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
41	Tulio	Individual	Equipo terapéutico	Víctima de violencia de pareja	6	CSP "Dr. G. Dávila"	En proceso
42	Angélica y Andrea	Familiar	Terapeuta	Dificultades en la relación madre e hija.	2	CSP "Dr. G. Dávila"	Baja
43	Lupita	Individual	Terapeuta	Miedo, culpa y dificultad para poner límites.	6	CSP" Dr. G. Dávila"	En proceso
44	Victoria	Individual	Equipo terapéutico	Duelo tras una relación "co-dependiente" de dos años.	6	CSP" Dr. G. Dávila"	En proceso
45	Uriel	Individual Sesión Única	Equipo terapéutico	Procesos de duelo asociados a la separación con la madre.	1	CSP" Dr. G. Dávila"	Alta
46	Samuel	Individual (sesión única)	Equipo terapéutico	Dificultades para relacionarse con los demás y falta de concentración.	1	CSP" Dr. G. Dávila"	Alta

La atención de casos atestigua la diversidad de contextos de la que es posible aprender durante el proceso de la maestría, ya sea por las modalidades, los motivos de consulta o las aproximaciones teórico-metodológicas de las supervisiones. Esta diversidad genera un ambiente de aprendizaje en el que se promueve el desarrollo de habilidades para mi ejercicio terapéutico, tales como la observación, la escucha, la validación de distintos puntos de vista, la creatividad y la espontaneidad.

Además, esta experiencia es en sí misma una aproximación sistémica pues induce la generación de conocimiento a través de la interacción entre distintos holones que forman parte del sistema terapéutico.

Capítulo 2. Marco teórico

En el capítulo 2 se presenta una revisión de las *terapias breves*: la centrada en los problemas del Mental Research Institute y la centrada en soluciones, así como un análisis teórico a través de la propuesta de la Teoría Ecológica Anidada de Cottrell y Monk (2014) quienes consideran que factores ontogénicos como el proceder de una familia monoparental y vivir con esquizofrenia pueden ser factores de riesgo para la presencia de Violencia Filoparental, motivo de consulta del caso presentado en este reporte.

2.1. Modelos que guiaron el caso clínico

De acuerdo con Minuchin, Nichols y Lee (2011) “la teoría familiar sistémica nos enseñó que la familia es más que un grupo de individuos, es un sistema, un todo organizado cuyas partes funcionan de manera tal, que trasciende sus características individuales” (p. 20). La teoría sistémica resultó revolucionaria por este hecho, ya que hasta ese entonces las terapias se centraban en comprender procesos internos y no interaccionales.

Existen diversos modelos y prácticas terapéuticas que emergieron en contextos particulares, pero que pueden ubicarse en marco de las terapias sistémicas tales como el Modelo Estratégico propuesto por Cloé Madanés y Jay Haley, y el Modelo de Terapia Breve centrado en los problemas del Mental Research Institute (en la década de los años 60); el Grupo de Milán con Selvini y Cecchin (entre otros), el Modelo Estructural, propuesto por Salvador Minuchin y colaboradores (en la década de los años 70) y el Modelo de Terapia Breve centrado en soluciones con Steve de Shazer y Bill O’Hanlon (alrededor de 1980). Cabe mencionar que algunos modelos tienen sus orígenes en lo sistémico, pero en realidad pretenden emanciparse de dichas propuestas y se enmarcan en los enfoques que aluden a la posmodernidad, como el de Terapia Narrativa, con Michael White y David Epston y al de Terapia Colaborativa con Harlene Anderson,(Sánchez y Gutiérrez, 2002).

Lo anterior tiene como propósito contextualizar la evolución y transición de la terapia familiar sistémica, pero, en esta investigación nos acotaremos a desarrollar *las terapias breves*, tanto en el modelo centrado en el problema como en el centrado en soluciones.

2.1.2 Terapia Breve Centrada en el Problema

Antecedentes. La terapia breve y estratégica tiene sus orígenes con Milton Erickson. Él propone una sistematización de técnicas de comunicación sugestiva dentro del diálogo terapéutico a través de su primera formulación del enfoque estratégico a la psicoterapia en 1930 (Nardone y Selvini, 2004). Sin embargo, no es hasta 1959 que la terapia breve se formaliza, gracias a la creación del *Mental Research Institute* (MRI) por Don Jackson en colaboración con Jules Riskin y Virginia Satir (Wittezaele y García, 1994). Esta escuela, toma elementos de la teoría de los sistemas y cibernética y representa una propuesta innovadora para la psicoterapia pues centra su atención en los problemas y cómo es que las personas los mantienen.

Premisas. Nardone y Watzlawick, (1990) ven al proceso terapéutico como un juego de ajedrez, en el que “hay un sistema de reglas de juego, un proceso de fases evolutivas y una serie de estrategias consolidadas para situaciones específicas con el fin de llegar con éxito al final de la partida.” Proponen así, una serie de consideraciones para lograr este propósito, para ellos el terapeuta debe centrar su interés y valoración en:

1. 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.
2. Cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional.
3. Cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas).
4. Cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Estos elementos son clave durante el proceso terapéutico, al que dividen a su vez en seis fases esquemáticas:

1) *Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.* En esta fase de apertura de la terapia, el objetivo es crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente.

2) *Definición del problema,* de manera concreta. Proponen para ello que el terapeuta encuentre la respuesta a las siguientes preguntas, a modo de una investigación diagnóstica estratégica:

- ¿Qué pautas de comportamiento habitual del paciente se observan?
- ¿Qué identifica el paciente como problema suyo?
- ¿De qué modo se manifiesta el problema?
- ¿Con quién aparece el problema, o se enmascara o bien no aparece?
- ¿Cuándo se manifiesta normalmente?
- ¿Dónde y en qué situaciones?
- ¿Con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?
- ¿En qué contexto/s aparece?
- ¿Qué se ha hecho y qué se ha hecho correctamente (ya sea solo o con otros) para resolver el problema?
- ¿Qué tipo de equilibrio domina el problema? ¿Para qué sirve? ¿Cuál es su función? ¿A quién o qué beneficia?
- ¿Quién podría resultar dañado por la solución del problema?

3) Acuerdo sobre los objetivos de la terapia. En términos concretos y alcanzables, para evitar un contexto apremiante o ansiógeno para el paciente. Esto permite tener parámetros claros sobre lo que la persona espera obtener a través del proceso terapéutico, además de crear marco de referencia útil para el terapeuta.

4) Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema. Para ello, es necesario observar con precisión cómo se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostienen ha de ser considerado como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.

En este punto, vale la pena retomar la propuesta de Fisch, Weakland y Segal (1982) al respecto de los intentos de solución. Ellos proponen cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica: 1) intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo; 2) intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo; 3) intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición; 4) intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación; y, 5) confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.

De acuerdo con el intento de solución afrontado por el paciente deberá diseñarse la estrategia para hacerle frente en el contexto terapéutico.

5) Programación terapéutica y estrategias de cambio. Para esta fase, con la información recabada hasta el momento se deberían tener datos suficientes que permitan establecer estrategias para la solución de los problemas del cliente.

Técnicas. En búsqueda del cumplimiento de los propósitos enlistados en la sección anterior, se deberán tomar en cuenta las siguientes herramientas comunicativas:

Aprender a hablar el lenguaje del paciente. Conocida también como la técnica del calcado, funciona como una técnica de persuasión y parte de la idea de que si una persona aprende a adaptar su lenguaje a diversas situaciones, contextos y estilos personales, aprende también a desplazar continuamente su punto de vista de la realidad.

La reestructuración. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. La realidad, queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad. Puede ejecutarse a través de actos comunicativos verbales, o también acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva.

Para Watzlawick y Nardone, (1990):

“La reestructuración no es, pues, un modo directo de atribuir significados, sino una técnica de desquiciamiento de la lógica rígida de un sujeto. Ella abre nuevos horizontes y posibilidades de cambio a la aparente inmutabilidad de las cosas enjauladas en la lógica preexistente”(p 93).

Evitar las formas lingüísticas negativas. La práctica clínica ha puesto en evidencia que el uso de enunciados negativos respecto de la conducta o las ideas del paciente tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo.

Uso de la resistencia. Se procede creando un «doble vínculo» terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, o su rigidez para con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia.

Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico. Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma velada y bajo apariencia de metáfora.

Prescripciones de comportamiento. Para «cambiar» hay que pasar por experiencias concretas: las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir estas experiencias concretas de cambio, más allá del contexto terapéutico. Se dividen en:

Prescripciones directas. Son aquella clase de indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio.

Prescripciones indirectas. Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

Prescripciones paradójicas. Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar.

Métodos de intervención. En un sentido similar, Fisch, Weakland y Segal (1982) proponen **intervenciones generales**, que son lo bastante amplias como para usarse en una gran gama de problemas. En ocasiones, son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente. Estas intervenciones son:

1. *No apresurarse.* La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. Hasta entonces, el paciente ha exagerado en sus esfuerzos por solucionar el problema, y es más probable que abandone esos esfuerzos, que no hacen más que perpetuar el problema, si se le manifiesta que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud.
2. *Los peligros de una mejoría.* En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. (No se le pregunta si habrá peligros.) Así, el cliente modifica su intento de solución, consistente en esforzarse demasiado, y como resultado de dicho cambio cabe pronosticar un aminoramiento o una desaparición de su dolencia.
3. *Un cambio de dirección.* Aceptar lo que el cliente ofrezca y considerar cómo puede ser utilizado en vez de discutir acerca de ello, es una estrategia clave a favor del proceso terapéutico. Resulta más frecuente y más fácil que el terapeuta afirme que ha estado pensando mucho en el problema entre las distintas sesiones y que, al reflexionar, se ha dado cuenta de que había pasado por alto algún elemento, o no le había concedido la importancia suficiente o algún punto que se había planteado con anterioridad.
4. *Cómo empeorar el problema.* A veces, es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto

se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. El terapeuta abandona la actitud «esto podría ser útil», y en cambio da paso a la sugerencia con las siguientes palabras: «Si usted lleva a cabo lo que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorará.»

Consideraciones finales. El objetivo final de la terapia es consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. A este fin, se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han utilizado. Hay que poner de relieve la capacidad que ha demostrado cliente al realizar con constancia y tenacidad el «duro» trabajo que le ha exigido la solución del problema y, la capacidad que ha adquirido de superar por sí solo, ahora, otros problemas eventuales

El tratamiento a plazo breve induce, desde el comienzo, al paciente a la asunción de sus responsabilidades incluso para que la terapia tenga éxito.

Diseñar la estrategia para hacerle frente a las problemáticas que los pacientes traen a consulta puede resultar abrumador, pero parece más manejable cuando vemos al proceso como un todo que, puede analizarse desde fases que van encajando entre sí. Las aportaciones que se hacen a la Terapia Breve desde las intervenciones generales y principales contribuyen a lo antes dicho. Así, se pueden generar estrategias eficaces, puntuales y sistemáticas a favor del cliente reduciendo su tiempo en el consultorio.

2.1.1 Terapia Breve Centrada en Soluciones

Para dar cuenta de los antecedentes de las terapias breves centradas en el problema, me remitiré a uno de sus principales representantes: Steve de Shazer es considerado el precursor de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones., junto con Wally Gingerich, Alex Molnar e Insoo Kim Berg dado que en 1982, fundaron el Brief Family Therapy Center (BFTC o Centro Familiar de Terapia Breve) en Milwaukee, Estados Unidos (Bertrando y Tofanetti, 2002).

El modelo, es un heredero de las ideas de Milton Erickson, y del Mental Research Institute (de quienes de Shazer fue alumno), pero se enfoca mucho más en los recursos propios de los pacientes y se interesa enfáticamente por el lenguaje, manteniendo los principios de practicidad, simplicidad y brevedad. De esta forma, el modelo reconcilia las *tendencias manipuladoras* de las terapias estratégicas a través de la afirmación de que los usuarios son expertos en sus problemas y por lo tanto sabios en lo correspondiente a sus soluciones, sólo que han permanecido tanto tiempo enfocados en lo primero, que olvidan lo segundo (Bertrando y Tofanetti, 2002).

Siguiendo con los personajes responsables de este modelo, no se puede dejar de lado a William Hudson O' Hanlon, quien aunque trabaja de manera independiente al BFTC, integra sus ideas, así como las de Jay Haley y Milton Erickson, y poco a poco le suma a su propuesta ideas constructivistas (O' Hanlon y Welner-Davis, 1989). La terapia breve centrada en soluciones está evidentemente orientada por las ideas constructivistas contemporáneas. En la Tabla 3, se resumen las ideas que influyeron al Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones retoma de sus predecesores.

Tabla 3

Antecedentes epistemológicos del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

Origen	Principios
Milton H. Erickson	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de la resistencia: Todas las personas tienen una forma diferente de cooperar en la terapia. - Método naturalista: Todas las personas tienen recursos y esos recursos pueden ser utilizados en terapia. - Uso del tiempo con énfasis en el futuro donde el problema ya no existe. - Proceso terapéutico indirecto, directivo y de utilización - Reencuadre: el terapeuta deberá ser capaz de cambiar el marco desde el cual se experimenta una situación, modificando su significado.
Mental Research Institute	<ul style="list-style-type: none"> - El intento de solución es lo que mantiene el problema. - Los problemas son de naturaleza interaccional, rechazo a la noción de patología. - No es necesario conocer el origen para encontrar soluciones al problema.

Constructivismo

- El mapa es el territorio. Las personas no tenemos acceso directo a la realidad externa, singular y estable, pues toda la comprensión de nuestra realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada.
- No hay objetividad, sólo subjetividad. Los significados que nos hacemos son interpretaciones de lo que observamos.
- Actuamos en consecuencia de lo que atribuimos a los demás.
- Ausencia de posición. Lo que uno puede ver, pensar y hacer depende de dónde uno está parado.
- Todos colaboramos en la construcción de significados.

Nota: Cade y O' Hanlon (1993), de Shazer (1987) Hoffman (1989), O' Hanlon y Weiner Davis (1989) y O' Hanlon (1999).

Premisas. Los autores Berg y Miller, publicaron en 1992 la obra *Trabajando con el problema del alcohol*, donde además de proponer una guía para trabajar con las adicciones desde el Modelo de Soluciones, resumen la filosofía central y las premisas principales de su práctica terapéutica. Los autores, resumen lo antes dicho a partir de tres reglas fundamentales:

1. Si no está roto. ¡NO LO COMPONGA!
2. Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡HAGA MÁS DE LO MISMO!
3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!

Además, desarrollan la práctica terapéutica a partir de siete premisas para el trabajo centrado en las soluciones:

1. Énfasis en la salud mental. El proceso terapéutico debe concentrarse en los éxitos de los usuarios en el manejo de sus problemas. De esta manera, se resalta la capacidad, los recursos y las habilidades de los usuarios, y no sus carencias e incapacidades. “En nuestro enfoque centrado en la solución, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tendemos a buscar lo que está bien y tratamos de descubrir cómo usarlo.” (Berg y Miller, 1992, p. 8).

2. Utilización. Este principio destaca una postura desde la cual se confía en que los pacientes cuentan con los recursos, fuerzas y atributos necesarios para resolver sus problemas. El terapeuta es entonces el encargado de facilitar, rastrear y sacar a la luz estas herramientas y utilizarlas a favor del proceso terapéutico.

3. Una visión atórica/no normativa determinada por el paciente. El proceso terapéutico entendido desde el Modelo de Soluciones, no se enfoca en conocer el origen y diagnóstico del problema, por el contrario, acepta la visión del cliente en su sentido literal. Esta postura economiza el tiempo invertido en el proceso, pues no se interesa en convencer a los pacientes que deben aceptar una orientación teórica para que se les ayude, enfrentando su negativa cuando discrepan sino que se concentra de inmediato en la tarea de elaborar soluciones.

4. Parquedad. Entendida como simplicidad, esta postura prioriza los medios más simples y directos para llegar a un fin.

5. El cambio es inevitable. En toda situación problemática hay momentos en que el problema no aparece o el paciente no lo considera un problema. El terapeuta centrado en las soluciones debe buscar estos momentos, alimentando la esperanza al visibilizar que, lo que en esas ocasiones es diferente logrará incrementar la frecuencia de la aparición de la solución.

6. Orientación hacia el presente y el futuro. Históricamente, la psicoterapia se había centrado en el pasado, en conocer el origen de los problemas para proponer un tratamiento. La terapia centrada en las soluciones prepondera el ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro para así crear un ambiente de soluciones en el que el problema ya no existe. Libres de esta prisión, los pacientes podrán visualizar con mayor claridad aquello con lo que cuentan para hacerle frente al problema. “No obstante, ello no quiere decir que en el modelo centrado en la solución lo que las personas comunican en el presente acerca de su pasado no sea considerado importante, por el contrario, se entiende que esa información es un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual” (Berg y Miller, 1992).

7. Cooperación. Desde este modelo, la cooperación funge un papel protagónico. Y no sólo desde la relación paciente-terapeuta, sino también desde terapeuta-paciente. Los terapeutas desde este modelo se esfuerzan por cooperar con los pacientes y en retribución se espera que ellos hagan un esfuerzo deliberado y consciente para cooperar en el proceso.

Por otro lado, O'Hanlon (1989) añade ideas nuevas y reflexiones valiosas que son importantes al hablar de la terapia breve desde esta postura, los enunciados enlistados a continuación son un ejemplo de su legado:

1. Las personas están influenciadas y no determinadas por el pasado.
2. Las personas están influenciadas por su sentido de lo que es posible para su futuro.
3. En cualquier momento, a no ser obligado físicamente por alguien que tiene poder sobre ellos o a menos que se vean afectadas por incapacidad física, la gente puede elegir que acción tomar.
4. Las personas son más propensas a cooperar cuando ellos, sus sentimientos y puntos de vista son validados y respetados.
5. Los terapeutas nunca podremos saber la verdad acerca de las personas porque siempre estamos influyendo en aspectos de esa verdad hablando y escuchando.
6. Hay muchos caminos para el cambio. No hay una técnica, método o filosofía para todas las personas.
7. No es necesario explicar o comprender las causas del problema para que sea posible encontrar las soluciones.

Técnicas. De acuerdo con O' Hanlon y Weiner (1989) en la terapia orientada hacia las soluciones, son tres las cosas que se intentan hacer: 1. Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática; 2. Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática; y 3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. El modelo echa mano de las herramientas condensadas en Tabla 2 para cumplir con este propósito. O' Hanlon llama a este método como la búsqueda para “desarrollar posibilidades” (1999).

Tabla 2

Técnicas utilizadas en el Modelo Centrado en las Soluciones

Técnica	Descripción
Tarea de la primera sesión	“Nuestros clientes suelen observar que, entre la llamada para concertar una cita y la primera sesión, las cosas ya parecen ser distintas. ¿Qué cambios ha notado usted en su situación?” (p. 98). La sesión desde que inicia enfatiza lo que está dando resultados favorables o empieza a darlos y, no en una exploración, clarificación o categorización de la patología.
Tarea de fórmula	Se le pide al paciente que para la siguiente sesión, observe todo lo que quiere que continúe sucediendo.
La tarea de la sorpresa para parejas o familias.	“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparen sus notas; haremos eso en la próxima sesión,” (O' Hanlon y Weiner Davis, 1989).
Búsqueda de excepciones	Se invita al cliente a reconocer <i>lo que ya ha estado haciendo</i> y puede definirse como exitoso o, por lo menos, como encaminado en la dirección general a un abordaje más eficaz del problema.

Técnica	Descripción
Ubicación en una escala	Se le pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades o éxitos, (por ejemplo). Así, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. Es importante que el terapeuta utilice las escalas con cautela, y se incline más a ser conservador que demasiado optimista.
La pregunta del milagro	“Supongamos que hoy, después de la sesión, usted llega a su casa y se acuesta a dormir. Mientras duerme sucede un milagro y el problema que lo trajo aquí queda resuelto. Como usted estaba dormido, no sabe que se produjo ese milagro. ¿Qué supone que será la primera pequeña cosa que le indicará, mañana por la mañana, que por la noche ha acontecido un milagro y el problema que lo trajo aquí ya está resuelto?” (Berg y Miller, 1992). De esta forma se obtiene información valiosa que permite conocer el lugar al que el paciente quiere llegar, además, esta pregunta sirve como un ensayo cognitivo y ayuda a ordenar los detalles de una solución. Mientras más repita el paciente verbalmente el desenlace favorable, más real se volverá para él.
Preguntas orientadas al futuro	Las preguntas no se formulan en términos de posibilidad, sino de hechos. Por ejemplo, en lugar de preguntar ¿qué sucedería cuando el problema no exista, se pregunta: ¿qué sucederá cuando el problema no exista? Esto coloca a los consultantes frente a posibilidades de satisfacción construyendo proyectos satisfactorios.
Intervención sobre el patrón de la queja	Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Alterar el desarrollo de la queja altera el contexto, a menudo la queja desaparece gradualmente o de forma abrupta. El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. Estas modificaciones son:

Técnica	Descripción
Intervención sobre el patrón del contexto	<p>1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja; 2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja; 3. Cambiar la duración de la queja; 4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja; 5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja; 6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja; 7. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños; 8. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.</p> <p>Este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.</p>

Fuente: Elaboración propia integrando las ideas de Berg y Miller, (1992), Cade y O’Hanlon (1993) y O’Hanlon y Weiner-Davis (1989).

Métodos de intervención. Para la Terapia Breve Centrada en Soluciones, la intervención está basada en un principio de *personalización*, que empieza con la identificación del tipo de *relación* que existe entre el paciente y el terapeuta. Luego continúa, a medida que las intervenciones son adaptadas a las singulares características de la relación (de Shazer, 1985). Estas relaciones se clasifican en:

- *Relación de tipo comprador.* Existe una relación de tipo "comprador" cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además, el paciente indica que se ve como parte de la solución y que está dispuesto a hacer algo respecto del problema. El terapeuta acepta trabajar junto con el paciente sobre el objetivo o la dolencia que han identificado y cree que es capaz de dirigir al paciente hacia la solución o el logro de su objetivo.

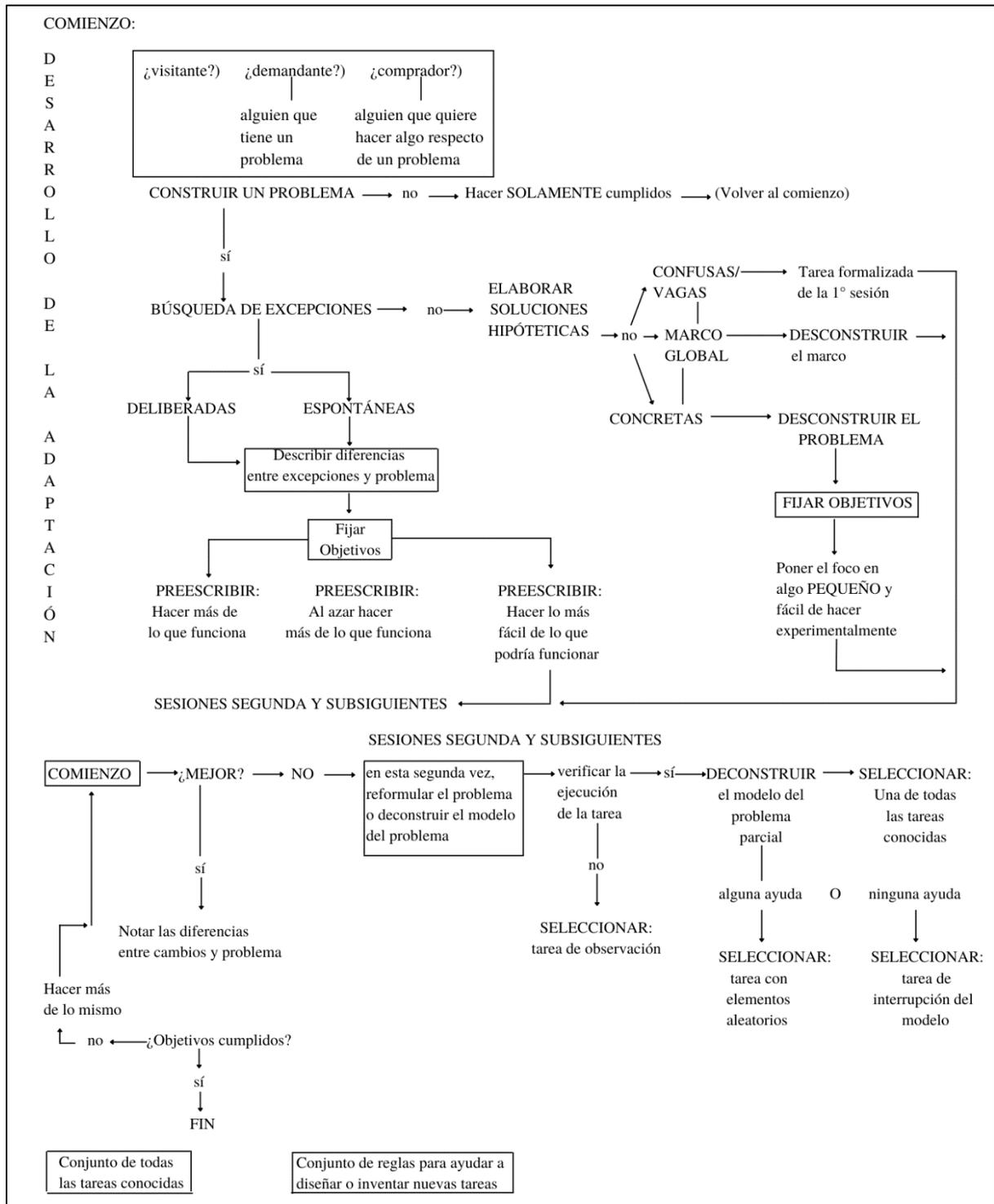
- *Relación de tipo demandante.* Este tipo de relación se da cuando en el transcurso de la sesión el terapeuta y el paciente pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento, pero no han podido identificar los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución. En la relación del tipo "demandante" los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles. Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución y, de hecho, suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En la relación del tipo "demandante" el terapeuta acepta explorar la dolencia o el objetivo junto con el paciente, y hacerlo de una manera encaminada a facilitar una nueva perspectiva que podría llevar a una solución.
- *Relación de tipo visitante.* Se entabla esta relación cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Además, suele suceder que el paciente señale o bien que no existe problema alguno que requiera tratamiento, o bien que el problema pertenece a otra persona.

Debido a ello, lo más frecuente es que el cliente que entabla una relación del tipo visitante no considere razón alguna para cambiar ni, mucho menos, para estar en terapia. El terapeuta concuerda en que tal vez no haya un problema que requiera terapia, pero manifiesta que sigue dispuesto a ayudar al paciente a determinar si hay algo más sobre lo que le gustaría trabajar. De Shazer, (1985) añade al respecto, que ninguna de estas posturas es estática. En el transcurso de una serie de sesiones estas relaciones pueden cambiar y evolucionar.

Una vez identificado el tipo de relación que se establece con el paciente, es muy útil seguir una ruta de acción que guíe el proceso terapéutico. A propósito de esto, de Shazer (1985) diseñó *El mapa central*, (ver figura 2) un árbol de decisiones que guía la intervención para la Terapia centrada en las soluciones.

Figura 2

El mapa central



Fuente: de Shazer (1985).

Consideraciones finales

El Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones, es muy útil por su practicidad, claridad y personalización. Se aleja de la perspectiva del déficit, y del símil de la terapia como un estratégico juego de ajedrez, lo que lo vuelve un enfoque que apunta hacia la colaboración y la esperanza, pues concibe a los terapeutas y pacientes como “jugadores de un mismo lado de la cancha de tenis” (Hoffmann, 1989).

Debido a su coherente construcción epistemológica, ha podido ser adaptado para aplicarse en contextos diversos, como la terapia de pareja (O’Hanlon y Hudson, 1996), el abordaje de la violencia (Lipchik y Kubicki (1996), las adicciones (Berg y Miller, 1996), la depresión (O’Hanlon 2001, 2005) y la atención con adolescentes (Selekman, 1996), además de sus usos en la terapia familiar (Lipchik, 2002).

Históricamente, se ubica en la coyuntura de las terapias posmodernas, por lo que es común que se compare con los enfoques colaborativos y narrativos en lo referente a la deconstrucción de los discursos que se crean alrededor de lo que las personas traen a terapia. El modelo es además considerado como discursivo, pues a través de la conversación, busca generar posibilidades en las que se resalten los recursos y realidades útiles siempre en miras de la solución y hablando poco del problema (Bertrando, 2011).

Sin embargo, no debemos confundirnos. Pues a pesar de contar con guías útiles y didácticas, la terapia entendida desde este modelo no debe seguirse como una guía rígida y poco reflexiva, pues se corre el riesgo de simplificar las problemáticas de las personas, haciéndolas sentir poco comprendidas o incluso devaluadas al invisibilizar sus características personales y contextuales. Al ser un modelo derivado del legado Ericksoniano, vale la pena retomar una de sus premisas principales: «La psicoterapia para el paciente A no es la psicoterapia para el paciente B.» (como se citó en Nardone y Watzlawick, 1999, p. 172).

La invitación pues, como con todos los modelos, es la de mantener una postura crítica y curiosa para su implementación, pues nuestra labor como terapeutas co-transforma, y co-construye posibilidades junto a las personas que deciden depositarnos su confianza.

2.2 Análisis y discusión del tema/s que sustentan el caso

El caso presentado en este reporte está relacionado con la violencia ejercida desde un hijo hacia su madre. A continuación se analiza una propuesta teórica que ayuda a comprender la presencia de esta problemática familiar desde una perspectiva sistémica.

2.2.1 Violencia Filioparental

En México, es notorio el interés de visibilizar a la violencia en la familia ejercida desde los padres hacia los hijos, o entre cónyuges, pero no así desde los hijos hacia los padres. Por ejemplo, el término violencia intrafamiliar, muy cotidiano en nuestros tiempos, hace referencia “al acto abusivo de poder u omisión intencional dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a una persona, dentro o fuera del domicilio conyugal, sea por un *pariente, esposo/a, concubino/a*” (Gobierno de México, 2015).

Esta definición es poco abarcativa para entender el fenómeno y, también, lo han sido los registros que buscan medir la violencia en la familia. Para la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU), realizada en septiembre de 2021, por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en nuestro país, se ha medido a la violencia en el entorno familiar a través de los siguientes rubros:

- a) Población de menores de edad que sufrió violencia en el entorno familiar.
- b) Población de 18 años y más que sufrió violencia en el entorno familiar.
- c) Hombres de 18 años que sufrieron violencia en el entorno familiar.
- d) Mujeres de 18 años y más que sufrieron violencia en el entorno familiar.

- e) Población de 18 y más que sufrió violencia en el entorno familiar cuyo principal agresor fueron personas sin parentesco.
- f) Personas de 18 años y más que fueron violentadas mediante ofensas o humillaciones por parte de su algún miembro de su hogar.

Como podemos notar, no existe dentro de estos datos, ningún apartado que nos permita conocer el panorama de la violencia ejercida desde los hijos hacia los padres, lo que dificulta obtener datos de este fenómeno en el contexto mexicano.

Sin embargo, estudios en otros países, han atendido la necesidad de encontrar una definición para este tipo de violencia. En Canadá, Cotrell (2001) ha definido la violencia de hijos a padres como: “cualquier acto que realiza el menor con la intención de causar daño físico, psicológico o financiero para obtener poder y control sobre uno de los padres.” (p. 3).”

Ya en el 2017 un grupo de investigadores españoles, reúnen a varias definiciones de este tipo de violencia y después de un condensación y análisis ante un panel de 11 expertos deciden nombrarla *Violencia Filioparental* (VFP) que puede entenderse como “conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar.” (Pereira et. al., 2017, p. 222).

El término ha sido retomado en distintos estudios desde entonces, y ha permitido conocer un panorama más detallado para su análisis. Por ejemplo, un estudio muy reciente en nuestro país, reportó que la violencia psicológica es la más frecuente dentro de la VFP con un 81.8% expresada hacia las madres y 65.0% hacia los padres, mientras que la violencia física es la menos común con un 7.5% de su expresión hacia la madre y 6.9% hacia el padre. En ambos casos, es notable que la VFP es ejercida en mayor medida hacia la madre que hacia el padre. (Vázquez-Sánchez et. al., 2019).

Modelo explicativo de la Violencia Filioparental

Una comprensión multidimensional del fenómeno de la VFP puede ser desarrollada a través de una perspectiva ecológica. Bronfenbrenner, (1987) plantea una visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia de estudiar a los ambientes en los que interactuamos.

El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner, (1987) describe al desarrollo humano, como un proceso en el que se da una acomodación progresiva entre un ser humano activo, que está en desarrollo por un lado y en interacción con su medio ambiente por otro. Esta acomodación mutua se produce a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Desde esta perspectiva, se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y conformadas por distintos niveles en donde cada uno de ellos contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

Cottrell y Monk (2004), perciben la utilidad de esta teoría para explicar la VFP y la retoman bajo el nombre de “Teoría Ecológica Anidada” describiéndola como una interacción recíproca de cuatro niveles primarios de influencia:

- 1) *Macrosistema*, incluye amplios valores culturales y sistemas de creencias que aprueban, influyen y legitiman el uso de la violencia contra los demás (los medios de comunicación y redes sociales).
- 2) *Exosistema*, se refiere a las estructuras sociales que influyen en el funcionamiento individual y familiar para crear un entorno en el que se exagera el potencial de violencia (factores como el estrés personal o financiero, el aislamiento social y la falta de apoyo comunitario).

- 3) *Microsistema*, se refiere a los patrones interactivos en una familia que contribuyen a la violencia, y estos pueden incluir dinámicas de poder desiguales (estilos de comunicación negativos y habilidades limitadas para resolver conflictos).
- 4) *Ontogenia*, incluyen las características y experiencias individuales que una persona abusiva aporta a la relación, y estos factores están influenciados o anidados dentro de los tres niveles anteriores. Ejemplos de estos factores pueden ser las habilidades comunicativas, problemas de salud mental, uso indebido de drogas/alcohol y experiencias tempranas de victimización.

De acuerdo con los autores:

“En ciertas situaciones, todas estas dinámicas pueden estar presentes, sin embargo, también se entiende que factores aislados (presenciar abuso, problemas de salud mental) pueden ejercer una influencia particularmente fuerte en el comportamiento agresivo. En general, se supone que es más probable que ocurra abuso de adolescente a padre cuando hay múltiples factores presentes, y se considera que el nivel más amplio (macrosistema) influye en los otros niveles de manera continua” (Cottrell y Monk, 2004, p. 1076).

Adicional a esto, se ha encontrado que la VFP tiene una mayor prevalencia en familias monoparentales o divorciadas, (Aroca-Montolío y Lema-Moreira, como se citó en Vázquez-Sánchez et. al., 2019). El caso reportado en este texto es un ejemplo de la influencia de factores ontogénicos en la VFP (monoparentalidad y problemas de salud mental) mismos que serán abordados en las secciones subsecuentes. Sin embargo, la realidad supera a la teoría, y no debemos asumir que sea idéntico a otras experiencias de este tipo de violencias.

2.2.2 Familias Monoparentales y Violencia filoparental

En esencia, una familia monoparental hace referencia a aquellas familias con un solo progenitor, (Uribe, 2007). Aunque ha sido un tema de interés para diversos estudios que han realizado aportaciones importantes para su definición, se comparte con Fruggeri (2016) la idea de que no existe un modelo único de familia. Aún al encasillarla dentro de la tipología de familia monoparental, nos enfrentamos a la posibilidad de múltiples vivencias que serán características para cada caso y de múltiples formas de satisfacer de manera favorable sus funciones, por lo que no nos concentraremos en esta sección en encontrar una definición unificadora, sino en evidenciar la diversidad de manifestaciones de esta tipología familiar.

Esto hace sentido con lo dicho por, la Comisión de los Derechos de la Mujer, quien ya en 1998 hablaba de que:

“Los estudios revelan una imagen compleja y variada de estructuras sociales y de ayuda para los hijos y el progenitor solo, demasiado diversas entre sí como para crear una imagen homogénea. La familia monoparental puede tener su origen en situaciones muy diversas. En la mayoría de los casos el progenitor se encuentra en una situación muy vulnerable, teniendo que hacer frente a responsabilidades por partida doble en calidad de proveedor del sustento y cuidador de la familia” (como se citó en Rodríguez y Luengo, 2003, p. 66).

Sin embargo, aunque en esta declaración se hace referencia al término *progenitor* bajo el género masculino, la realidad nos indica que las familias monoparentales son encabezadas en su mayoría por madres y no por padres, lo cual nos habla de la influencia de los roles de género en esta condición. De acuerdo con datos del INEGI (2020) en México, el 11.1% de los hogares familiares son monoparentales, de estos el 85.4% son liderados por mujeres y 14.6% por hombres.

En cuanto a sus características, podemos encontrar que los elementos más significativos de las familias monoparentales pueden ser los siguientes (Rodríguez y Luengo, 2003):

1. La presencia de un solo progenitor en el hogar familiar
2. La presencia de uno o varios hijos en el hogar familiar
3. La dependencia de los hijos
4. Heterogeneidad en las causas que derivan la monoparentalidad:
 - a. Vinculada a la natalidad, que deriva en las familias monoparentales con madres solteras.
 - b. Vinculada a la relación matrimonial. Que engloba al gran abanico de situaciones de ruptura voluntaria e involuntaria de la pareja.
 - c. Vinculada al ordenamiento jurídico. Que acoge a la maternidad y paternidad social a través de los procesos de adopción.
 - d. Vinculada a situaciones sociales. Cuya naturaleza se fundamenta en la ausencia de uno de los cónyuges por motivos de trabajo, privación de libertad, enfermedades prolongadas y emigración.

Para finalizar este apartado, es importante mencionar que, aunque se considera que el hecho de pertenecer a una familia monoparental puede ser un factor de influencia para la aparición de VFP, no implica que esta tipología familiar sea problemática por sí misma, o que nos hable de una “disfuncionalidad”. De hecho, un estudio realizado en España en 2016 de Mayorga y colaboradores analizó la influencia que tienen los conflictos de los padres en la aparición de problemas de conducta en adolescentes de familias biparentales y monoparentales, en donde los padres viven en hogares separados. Los resultados indicaron que la presencia de conflictos en la pareja lleva a focalizar sus problemas en la relación y a descuidar sus funciones parentales, en especial, en lo que se refiere al cuidado, protección y control de los hijos, lo que da lugar a expresiones de conducta desadaptativa por parte de éstos. En el análisis de los resultados, se afirma que el conflicto entre los padres puede explicar los problemas de conducta de los hijos, más que la estructura familiar. Incluso cuando el conflicto es extremo su influencia es mayor en familias donde habitan ambos pares que en las monoparentales.

2.2.3 Esquizofrenia y violencia filoparental

Antes de centrarnos en su relación con la esquizofrenia, es necesario comenzar con definir el concepto de violencia. De acuerdo con Anconetani (2000) se entiende a la violencia como una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica o política), e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios. Siguiendo con esta autora, para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente, definido por el contexto u obtenido a través de maniobras interpersonales de control de la relación.

Por otro lado, la esquizofrenia ha sido uno de los diagnósticos de mayor interés para la psiquiatría y más recientemente para la psicología. El término esquizofrenia fue introducido por Eugen Bleuler, en 1911, pero antes fue nombrado como “demencia precoz” haciendo alusión al deterioro cognitivo y de comportamiento. Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado enfatizar la escisión (*esquizo*) que se produce en la asociación de ideas, en la expresión inadecuada de las emociones y por la retirada de la realidad y la vida social (Rebolledo y Lobato, 2005, pp. 7-8).

Su estudio no ha permitido conocer con certeza el origen de la enfermedad, pero sí reconocerla por la especificidad de sus síntomas. La esquizofrenia, forma parte de los llamados *trastornos psicóticos*, los cuales engloban a aquellos padecimientos mentales caracterizados por síntomas como alucinaciones y delirios, y según la cantidad e intensidad de dichos síntomas se establece la clasificación de los distintos trastornos que componen a esta categoría (Martín Ruiz, 2019, p. 3). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) de la *American Psychiatric Association* (APA), dentro del Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se engloba al: trastorno delirante, trastorno esquizotípico (de la personalidad), trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos (APA, 2013).

Para este trabajo, sólo nos concentraremos en el diagnóstico de la esquizofrenia, para el que la APA (2013), sugiere en el DSM-5 los siguientes criterios clínicos:

- A. Dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (Es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p.ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Como podemos notar, la violencia o la presencia de conductas violentas, no forman parte de los criterios que ayudan a diagnosticar a una persona con esquizofrenia. Más bien parece que históricamente y socialmente se ha estigmatizado a las personas que viven con esquizofrenia como violentas, tal vez justificando así su aislamiento en instituciones destinadas para su tratamiento. Pero la violencia no es un síntoma de la esquizofrenia y no es común entre las personas que sufren de este trastorno, por el contrario, las personas con esquizofrenia tienen más posibilidad de ser víctimas ellas mismas (Carmona y González, s/f).

De acuerdo con Esbec y Echebrúa (2016) de hecho:

“el simple hecho de padecer la enfermedad no les hace ser más violentos que el resto de la población, sino que es la presencia de ciertos factores como el consumo de drogas, las características sociodemográficas, la marginación social, la falta de tratamiento adecuado o el incumplimiento del mismo, lo que puede elevar el riesgo de conductas violentas e incluso llevar a la comisión delictiva” (p.73).

De esta forma, podemos dar cuenta de que al hablar de la violencia y la esquizofrenia aludimos factores estructurales: los políticos, los culturales, los económicos, los sociales, y por lo tanto, a los de índole sistémicos. De modo que, la violencia filoparental ante la presencia de un diagnóstico como la esquizofrenia no se explica propiamente por el diagnóstico, sino por una interacción recíproca de diferentes subsistemas, tal como señalan Cottrell y Monk (2004) en su propuesta de la teoría anidada.

Por ello es importante señalar que, lo que aquí se pretende no es proponer fórmulas de atención y/o acompañamiento, sino una posibilidad de comprender y analizar las problemáticas y circunstancias específicas del caso, y que esto funja como punto de partida para personas y sistemas familiares que se encuentren en condiciones de vida similares a las del caso expuesto en la siguiente sección.

Capítulo 3: Caso Clínico

La Residencia en Terapia Familiar del Programa de Posgrado en Psicología de la UNAM, establece como uno de sus objetivos principales que los estudiantes conozcan y apliquen las modalidades de intervención que van desde los modelos de terapia basados en el lenguaje y la construcción de significados hasta una visión integrativa, e interaccional entre el individuo, otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), los contextos en los que se desenvuelven: contexto social, institucional, cultural, político, económico, etc.).

Es por ello que, resulta importante integrar esta experiencia en un reporte clínico, pues así se contribuye a una revisión crítica del trabajo realizado y una condensación de las habilidades teórico-metodológicas adquiridas durante el proceso de la maestría, además este proceso permite poner a evaluación y reconocimiento aquellas herramientas que vale la pena retomar y aquellas otras que son necesarias mejorar para el ejercicio de la práctica desde una postura de ética y profesionalismo de nuestra profesión.

3.1 Integración del expediente de trabajo clínico

En esta sección, se desarrolla el caso al que se ha nombrado como *La Piedra del Toque de la Belleza*, el cual fue atendido como titular por Alan Alberto Anzúrez Noriega en ocho sesiones alternadas entre lo virtual y presencial y supervisado por la Mtra. Martha López Zamudio como parte de la supervisión en sede de la Residencia de Terapia Familiar en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” (CCMG).

Las sesiones presenciales contaron con un sistema de circuito cerrado en un consultorio de las instalaciones del CCMG y las virtuales se llevaron a cabo a través de la plataforma para videoconferencias Zoom. Ambas modalidades de terapia contaron con la participación de un equipo terapéutico, conformado por la Mtra. Martha López Zamudio y Casandra Reyes Méndez, estudiante de la Residencia en Terapia Familiar. La estructura de las sesiones contó con tres tiempos fijos en ambas modalidades: (1) La *sesión*, con una duración de 45 minutos

en la que conversaban la consultante y el terapeuta titular; (2) la *intersesión*, con una duración de 10 minutos, en la que conversaban/interactuaban el terapeuta titular y las integrantes de equipo terapéutico; y, (3) el *Cierre*, con una duración de 5 minutos, en que participaban el terapeuta titular y la consultante. Las fechas y modalidad de las sesiones se distribuyeron de la siguiente manera:

- Sesión 1 (presencial): 19 de agosto del 2022
- Sesión 2 (presencial): 2 de septiembre del 2022
- Sesión 3 (virtual): 9 de septiembre del 2022
- Sesión 4 (presencial): 30 de septiembre del 2022
- Sesión 5 (virtual): 14 de octubre del 2022
- Sesión 6 (virtual): 11 de noviembre del 2022
- Sesión 7 (virtual): 25 de noviembre del 2022
- Sesión 8 (virtual): 9 de diciembre del 2022

3.1.2 Datos generales

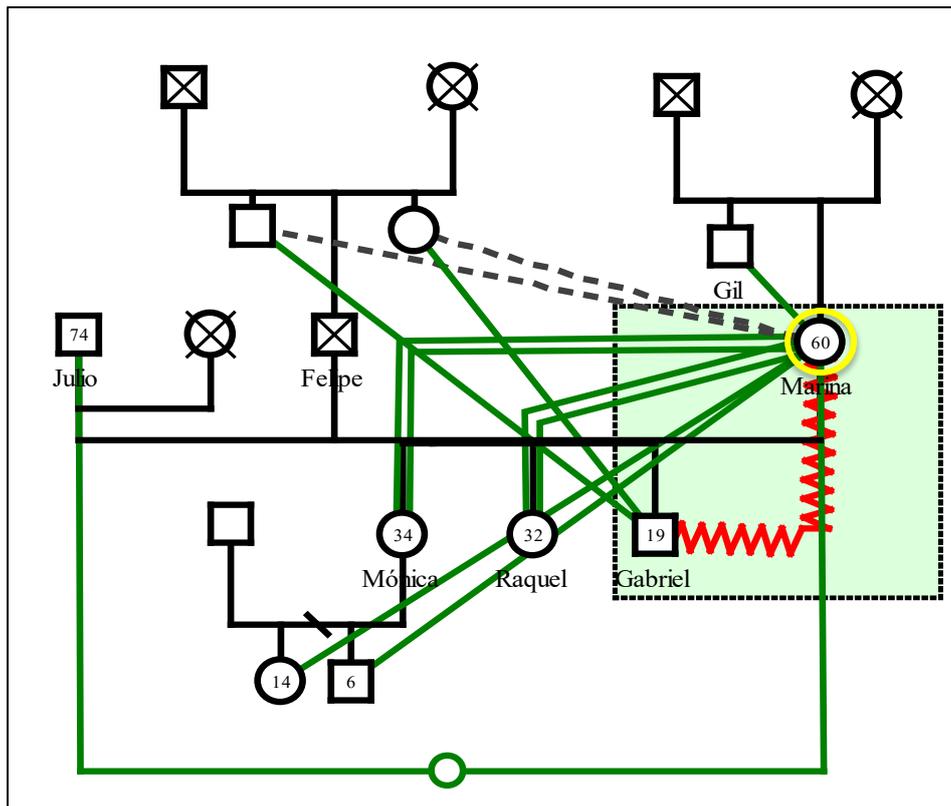
La información que nos permite contextualizar la situación de la consultante y del proceso psicoterapéutico, se presenta con algunas modificaciones, en específico, en cuanto a los datos de identificación se refiere, con la finalidad de conservar su anonimato (ver tabla 3).

Tabla 3.

Datos de identificación

Nombre:	Marina
Edad:	59 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Viuda
Ocupación:	Académica UNAM
Escolaridad:	Técnica
Situación familiar:	Madre de tres hijos: Mónica, Raquel y Gabriel
Situación social:	Responsable económica de su hijo Gabriel, quién tiene escolaridad secundaria y cuya principal actividad económica es tocar música en los camiones e impartir clases de guitarra en su casa.

Figura 3.
Familiograma



Nota: Felipe falleció tras las secuelas de un accidente automovilístico el mismo año que Gabriel nació.

3.1.3 Motivo de consulta

Marina solicita el servicio de psicoterapia familiar sistémica porque refiere que, vive violencia intrafamiliar, tanto física como verbal y psicológica por parte de su hijo Gabriel de 19 años. Él asiste a consulta psiquiátrica en periodos irregulares desde los 12 años donde fue diagnosticado con esquizofrenia y, actualmente no toma sus medicamentos. La consultante busca apoyo pues dice necesitar un “moderador que lo contenga” y así poder llegar a acuerdos sobre su convivencia.

3.1.4 Antecedentes y condiciones generales de la problemática

Marina comenta que ha intentado “de todo” para tener una buena relación con su hijo Gabriel. Para Marina, los problemas iniciaron desde el kínder, cuando Gabriel fue

diagnosticado TDAH, debido a que presentaba comportamientos “muy extraños” en la escuela tales como no hacer caso a las maestras y salirse del salón.

Durante su periodo escolar, Marina estuvo muy pendiente de su educación y adaptación a la escuela, siendo la secundaria el periodo más crítico. Alrededor de los 12 años, cuando Gabriel sufría de bullying, y comenzó a reaccionar de formas violentas, con ataques de rabia en los que destruía cosas en la casa como muebles y puertas. A través de consultas psiquiátricas en el ISSSTE le explicaron que el TDAH había evolucionado a esquizofrenia, y comenzó con tratamiento psicológico y farmacológico, además, los doctores le dijeron que a su cerebro le hacía falta madurez y le recomendaron estar un año en casa y después volver a la escuela para poder adaptarse mejor. Cuando Gabriel volvió, el bullying continuó. Marina, asustada y cansada, decidió sacar a su hijo de la escuela y, él decidió, dejar de tomar sus medicamentos a los 14, retomándolos por periodos inconsistentes hasta ahora.

A partir de entonces, Marina ha intentado motivar a Gabriel a través de clases de música, que es lo que más le interesa; de intervenciones en las que sus hermanas participan para intentar dialogar con él y hacerlo entrar en razón; de muchas conversaciones con el interés de persuadirlo para continuar sus estudios, aportar a la casa y respetar a su familia; y, últimamente ha optado por no perseguirlo y dejarlo hacer lo él que quiera, sin embargo, la violencia no ha disminuido con el tiempo, a pesar de ello, Marina considera que sólo cuando lo deja tranquilo, él deja de molestarla.

Marina narra que el comportamiento de Gabriel es “como una ola, con altas y bajas”. Cuando está en el punto más alto de la ola, ha notado que él disfruta hacerla sentir mal, “es chantajista, es abusivo, no hace nada, parece que me odia.” Son frecuentes los gritos, así como arranques de ira en los que Gabriel destruye las cosas de la casa, y conductas impulsivas en las que se termina toda la comida de la semana cuando su madre se va a trabajar, él duerme hasta muy tarde durante el día y se mantiene despierto durante gran parte de la noche haciendo mucho

ruido, impidiendo que Marina concilie el sueño, además le ha robado dinero o pertenencias para después venderlas. Estos comportamientos han provocado crisis económicas en la vida de Marina, así como dificultades para dormir y comer adecuadamente. Como acontecimientos relevantes previos a la primera sesión, Marina comparte que lo peor que le ha pasado es que hace unas semanas estaba en la calle y no recordaba a dónde se dirigía ni dónde estaba, sintiendo lo que ella llama “cansancio mental”. Con ayuda de su hija pudo regresar a casa.

Marina ha tomado terapia psicológica antes, pero nada ha funcionado pues no considera que le hayan dotado de herramientas para afrontar las dificultades que su hijo le hace pasar. Hoy decide retomar un proceso para ella como parte de su plan de vida en el que ha decidido que en cinco años quiere jubilarse, dejar a Gabriel en la casa en donde vive (que está a nombre de su esposo fallecido) e irse a vivir a la costa en una casa que compró con el crédito de su trabajo, y así dejar de hacerse responsable de sus problemas familiares para enfocarse en el servicio de consultas tanatológicas, su gran pasión.

3.1.5 Definición del problema

Marina considera que, los problemas tanto de violencia como de su cansancio mental concluirían una vez que Gabriel cambie su comportamiento, por ello ha centrado sus esfuerzos en intentos constantes de persuadirlo para que su conducta sea diferente. Esto es un ejemplo de uno de los cinco intentos básicos de solución propuestos por Fisch, Weakland, y Segal (1982): *el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición*. Para estos autores:

“los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración (...) Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe.” (p. 160).

3.1.6 Meta terapéutica

Marina desea encontrar herramientas para dejar de responsabilizarse por Gabriel y los conflictos que genera para su familia y así poder cumplir con su plan de jubilación en búsqueda de una vida más tranquila lejos de la ciudad.

3.2 Descripción del proceso terapéutico

El proceso terapéutico inició gracias a la derivación del caso desde el Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor, en el cual, se proporcionaron datos de contacto de la consultante y se indicaba como motivo de consulta *violencia intrafamiliar*. Durante la primera sesión, la consultante compartió que, en la entrevista de evaluación del centro se le sugirió iniciar un proceso de terapia familiar junto con su hijo, para así poder dialogar con los dos y llegar a acuerdos sobre su relación; sugerencia que, le pareció pertinente/acorde con sus intenciones iniciales, las cuales estaban encaminadas a encontrar un mediador que hiciera entrar a su hijo en razón.

En la primera sesión, sólo acudió Marina dado que, quería corroborar que sus intenciones serían atendidas; compartió con el terapeuta titular, la situación que estaba viviendo a través de la narración de los acontecimientos más importantes. Juntos acordaron que Gabriel también estaría citado para la siguiente sesión, estableciendo que, el diálogo tendría la intención de ser equilibrado, escuchando a ambas partes y aclarando que un proceso familiar sólo podría realizarse si Gabriel se mostraba interesado en continuar para así poder establecer en conjunto el objetivo del proceso terapéutico. Sin embargo, para la segunda sesión Marina acudió sola nuevamente, comentó que, su hijo no accedió a acudir a terapia con ella, por lo que el proceso tendría que ser en modalidad individual, enfocado a buscar herramientas para desapegarse de su relación con él ahora que era un adulto y continuar con su proyecto de vida. Durante el

proceso se abordaron los siguientes temas:

- Soluciones intentadas
- Historias con las que se explica el problema
- Momentos en los que el problema no está presente
- Aliados para hacerle frente al problema, los cuales incluían a sus hijas Raquel y Mónica y a Julio, su pareja.
- Recursos personales e intereses

Como estrategias que formaron parte del proceso terapéutico se estableció una postura de utilización y parquedad, así como un enfoque centrado en el presente y en el futuro (Berg y Miller, 1992) que partió de una indagación de aquellos *intentos de solución* que no funcionaban para hacer frente al problema. Como *tareas* se establecieron preguntas guiadas por esta postura, con la intención de promover reflexiones a la consultante, así como una bitácora para conocer cómo es que Marina vivía el problema a detalle. Ella mostró un gran compromiso con el proceso, realizando las tareas, reflexionando sobre ellas y acudiendo a todas las citas que se acordaron en conjunto.

Las dificultades que se enfrentaron durante el proceso fueron la sensación de derrota de Marina así como la renuencia a reconocer los logros graduales en el transcurso de una sesión a otra, mismas que pudieron hacerse frente gracias al énfasis en la salud mental (Berg y Miller, 1992) resaltando la actitud y las aptitudes que la consultante dejó ver durante las sesiones.

El proceso finalizó en la sesión 8, con resultados satisfactorios para Marina, quien compartió sentir una gran tranquilidad a partir del trabajo realizado durante las sesiones.

3.2.1 Sesiones

Sesión 1
Objetivo: Encuadre, definición del problema y establecimiento de los objetivos terapéuticos.
Descripción general: Después del encuadre, Marina compartió la violencia física y psicológica que su hijo ejerce hacia ella. Narró los sucesos más relevantes en la vida de

Gabriel y las dificultades más grandes a las que se ha enfrentado, primero con el diagnóstico de TDAH en su infancia y después con el de esquizofrenia en la adolescencia. Trae consigo una grabación de audio en su celular en la que se escucha el último arranque de ira que su hijo había tenido, con gritos y golpes a objetos de fondo.

Marina identificó el inicio del problema desde la gestación de Gabriel, pues cuenta que cuando estaba en su vientre tuvo complicaciones debido a que él mordía el cordón umbilical, provocándose un aumento de la tensión arterial, por lo que tuvo que nacer de emergencia mediante una cesárea. Esta historia, le permite pensar que su hijo era rebelde y diferente desde antes que naciera.

Al terminar con su narración, Marina expresó sentir un gran cansancio mental que la ha llevado a perderse en una ocasión en la calle, por lo que no aguanta más y desea desaparecer de su hijo (ahora que es un adulto) para seguir con su proyecto de jubilación. Sus deseos de iniciar un proceso terapéutico implicaba el hecho de traer a su hijo a consulta, para que un experto le diga que es lo que tiene que hacer.

Después de la pausa para hablar con el equipo terapéutico, se le comunicó que Gabriel estaría citado para la siguiente sesión, pero que ésta se centraría en conocer cómo se relacionan los dos, escuchando lo que cada uno tenga que decir de forma equilibrada. Por último, se le explicó que sólo sería posible iniciar un proceso familiar si él da su consentimiento para continuar y se compromete a retomar su tratamiento psiquiátrico con su supervisión. Ella accede y acordamos una cita en quince días.

Intervenciones: Reestructuración.

Observaciones: Es importante conocer a Gabriel antes que decidir los objetivos de la terapia sin su presencia.

Sesión 2

Objetivo: Conocer a Gabriel, su perspectiva del conflicto con Marina y si él decidiría continuar con la terapia; hacer una definición del problema y establecer los objetivos terapéuticos en conjunto con su mamá.

Descripción general: Marina llegó a la sesión sola. Se mostró decepcionada pues aunque Gabriel había accedido a acudir a la cita junto con ella al final no se quiso despertar para cumplir con su palabra. Marina decidió no insistir e iniciar con el proceso de manera individual.

Como objetivo terapéutico se establece la búsqueda de herramientas que le permitan desaparecer de sus problemas familiares, esto le permitirá irse a vivir a la costa y dejar a Gabriel viviendo en la casa en la que actualmente viven y que está a nombre de Felipe, su esposo fallecido.

Durante la sesión se indagó acerca de todos los intentos que Marina ha hecho para cumplir con este objetivo y se enlistan lo que ella llama “estrategias” que ha utilizado, se transcriben textualmente a continuación:

- *He intentado motivarlo por la música. Pagarle cursos, comprarle instrumentos. No ha funcionado porque él me lo exige cuando está en el lado oscuro, usa el chantaje.*
- *No ha funcionado hablar con él. Empieza a gritar, para callarme.*
- *No han funcionado mis estrategias para defenderme, para que no me robe, dinero,*

objetos. Él se enorgullece de que puede abrir candados o puertas, nada lo detiene. Me rendí, y pegué un letrero en la puerta de una caja fuerte que está abierta que dice: "Todo lo que hay aquí, son cosas que no tienen un valor muy grande. Dales el uso que necesites"

- *Tratar de convencerlo de algo, o persuadirlo de algo.*
- *Le he escrito cartas para ver si así me escucha, pero nunca obtengo respuesta.*
- *Hemos organizado junto con la familia, intervenciones para hablar con él, hacerlo entender.*
- *Dejarlo ser. Ignorarlo*

Al finalizar con la lista, es notable que casi todas sus estrategias se han centrado en intentar persuadir o convencer a Gabriel de que lo que hace es incorrecto y que eso no ha funcionado. Por ello, se solicitó a Marina enlistar todo aquello que sí ha funcionado. Ella responde que se puede preocupar menos de él cuando toma sus medicamentos pues su *lado oscuro* tarda más tiempo en aparecer, pero no encuentra alguna estrategia que pueda entrar dentro de esta clasificación.

Se deja como tarea la elaboración por escrito de una bitácora en la que describa a detalle un día más o menos difícil con Gabriel cuando se va a trabajar, y un día más o menos difícil con Gabriel en un fin de semana, poniendo atención en las cosas que no funcionan y sí funcionan.

Intervenciones: Utilización.

Observaciones: Para Marina es más probable contemplar las soluciones intentadas que no funcionan que las que sí funcionan, esto podría deberse a que no ha desarrollado las herramientas para notar sus recursos y los de las relaciones que tiene con los demás.

Sesión 3

Objetivo: Retomar la tarea de Marina: la bitácora del detalle de su día a día revisando junto con ella los aspectos más relevantes y las conductas que sostienen el problema, indagar acerca de las cosas que se da cuenta al realizar esta actividad.

Descripción general: Marina envió por WhatsApp la bitácora que se le encomendó como tarea, (ver Apéndice A). En la *pre-sesión* se revisó con las integrantes del equipo terapéutico la bitácora; les pareció curioso notar como Marina se muestra sorprendida ante actitudes y comportamientos muy cotidianos de parte de Gabriel. Durante la sesión, se retomó este punto, y ella comentó que siempre estaría sorprendida de su hijo pues lo que ella espera es que actúe diferente.

La conversación se dirigió entonces hacia los momentos en los que Gabriel ha actuado diferente. Marina comentó que esto sólo pasa en las ocasiones en las que él está en su lado luminoso –comparando a su hijo con la luna– pues ambos poseen fases luminosas y oscuras, aunque reconoce que no sabría predecir con exactitud cuando va a aparecer un lado u otro. Ella atribuye estos cambios a su química cerebral pues ha notado que cuando él se toma sus medicamentos permanece más en este lado luminoso, y que las fluctuaciones entre una fase y otra disminuyen, pero no lo sabe con certeza. Al indagar sobre otros factores sociales o ambientales que pudiesen influir en estas fluctuaciones, ella no logró reconocer ninguno.

Se concluyó entonces que, al parecer Gabriel tiene dificultades para manejar sus emociones en parte por factores biológicos que desconocemos y por factores sociales que tampoco conocemos, a lo que ella respondió afirmativamente.

Al hablar de cómo se sintió al reconocer que existen muchos factores sobre el estado de Gabriel que desconoce, Marina expresó sentirse liberada de hacerse responsable por resolverle la vida, de tenerle miedo por provocar una reacción negativa y de la sensación de tener que controlarlo. Durante la inter-sesión y en conjunto con el equipo terapéutico, se diseñó el siguiente mensaje a manera de cierre:

“Nos ha asombrado el discernimiento que alcanzaste tan rápido, al decirnos que "SER CONSCIENTE DE QUE IGNORAS MUCHAS COSAS TE LIBERA". Quisiéramos proponerte que, en las siguientes semanas, todos los días, trates de ser congruente con liberarte de:

- Cuidar de la salud, alimentación, higiene, intereses de Gabriel
- Hacerle entender que sus decisiones son incorrectas

Este giro que le vas a dar a las cosas, al liberarte, puede ser complicado de llevar a cabo. Tal vez unas veces no lo logres, pero no importa, síguelo intentando.”

Intervenciones: Prescripciones de comportamiento directas.

Observaciones: Marina comienza a notar los efectos de posicionarse de forma diferente frente al problema, la tarea tiene la intención de preservar este nuevo posicionamiento a través de acciones que tengan un efecto duradero.

Sesión 4

Objetivo: Conocer el estado actual de la relación entre Marina y Gabriel, ¿el lado luminoso se ha mantenido? Indagar sobre los efectos sobre el nuevo posicionamiento de Marina ante el problema.

Descripción general: Marina comenzó esta sesión diciendo sentirse muy sorprendida de los cambios en Gabriel. Como sucesos relevantes compartió que ha intentado llevarse bien con sus sobrinos y que incluso ha trabajado para comprarles un regalo de cumpleaños, además aprovechando que sigue en el lado luminoso, hablo con él y accedió a retomar sus consultas psiquiátricas el lunes.

Al preguntarle sobre las acciones que ha tomado, ella dice que ha dejado de estar pendiente de él. Se resalta esta acción y los efectos positivos que ha tenido en su relación, Marina lo acepta, pero argumentó que no era la primera vez que establecía esta estrategia. Sin embargo, la tranquilidad que esto le ha dado le ha permitido encargarse de otras cosas, como la reparación de su casa en la costa que fue afectada por las inundaciones y a la cual visitará el próximo fin de semana; una deuda por un préstamo que hizo al ex esposo de su hija antes de que se separara; los cuidados de una tía de la tercera edad a quién cuida por temporadas; y su relación con Julio, con quien lleva diez años. A Marina le parece una buena noticia este cambio de actitud de Gabriel, pues aunque tiene algunas preocupaciones que atender, se siente con más energía pues su hijo no es una de ellas.

Después de la inter-sesión se pidió a Marina que no bajara la guardia, pues es muy probable que las conductas agresivas de Gabriel se repitan, ya que su mejoría no se debe a acciones que ella haya tomado. Como tarea, se le pidió que escriba una lista de cosas que

respondan a la siguiente pregunta: ¿qué NO fue necesario que tú hicieras para que Gabriel estuviera tranquilo? A manera de cierre, se reconoció a Marina por la fortaleza que muestra para afrontar las cosas y salir adelante, y se compartió la admiración que el equipo experimenta al conocer como resuelve otros conflictos de su vida de manera estratégica, lo cual seguramente hace que sea tan valiosa para tantas personas.

Intervenciones: Los peligros de una mejoría, cumplidos y reconocimiento de recursos.

Observaciones: El pensamiento estratégico y su actitud previsoría, pueden ser recursos importantes de los cuales se puede echar mano para cumplir con el objetivo terapéutico.

Sesión 5

Objetivo: Indagar sobre las acciones que Marina no ha tenido que hacer para que Gabriel continúe tranquilo y conocer en qué medida Marina ha mantenido su sensación de tranquilidad, liberación y concentración.

Descripción general: Al inicio de la sesión se habló del viaje de Marina a la costa, con el propósito de hacer cumplir el seguro que el FOVISSSTE le provee para las reparaciones de su casa a consecuencia de los daños por la inundación. Marina se siente muy contenta y satisfecha, pues todo salió a su favor, ella lo atribuía a que tomó medidas para prepararse ante cualquier petición que el ajustador del seguro pudiera tener, aptitud que reconoce, está muy presente en su vida.

Sobre la tarea, Marina compartió la lista de acciones que NO hizo para que Gabriel continuara tranquilo: no le pidió que hiciera labores de la casa; cuando Marina salía, no le avisaba a Gabriel a dónde iba; cuando Gabriel salía, Marina no le preguntaba a dónde se dirigía, ni tomó el teléfono, ni le escribió para preguntarle dónde estaba. Para ella fue una sorpresa que a pesar de ello Gabriel participara en las actividades de limpieza de la casa por su cuenta, además de agendar una cita en el psiquiátrico y con la psicóloga, así como hacerse cargo de su alimentación mientras ella viajaba a la costa para arreglar el problema de su casa. *“Él está en esta parte de la ola a la que yo le llamo arriba, y ya le duró.”*

Al cuestionarle a qué cree que se debía este cambio, ella respondió no saberlo, con mucha seguridad y con una sonrisa. Esto le recordó a un cuento que le gusta mucho que se llama *La piedra del toque de la belleza*, y que relató durante la sesión:

“Cuentan por ahí que el abuelo y su nieta vivían cerca de la playa, solitos. El abuelo siempre le decía que era hermosa, pero la niña no estaba conforme con su pelo negro y decía: «¡yo quiero ser una princesa rubia!». El abuelo para calmarla le dijo: «busca la piedra del toque de la belleza» A lo que la niña le respondió: «¿y cómo es?»

«No sé. Nadie la ha visto, yo no la he visto. Pero es una piedra que si la tocas y después te tocas, todo va a resplandecer todo lo que toques con eso va a resplandecer y va a ser muy bello».

Entonces la niña, salió a caminar por la playa y empezó a tocar todos los guijarros diciendo: «no pues no, no pues no, esta no...». Y la niña creció con esta idea, y salía día con día a buscar la piedra del toque de la belleza. Los años pasaron, la niña se hizo jovencita pero seguía intentando.

Con el tiempo el abuelo le dejó de tomar atención a esta historia, hasta que un día

su nieta regresó con él, quién muy admirado le preguntó: «¿qué te pasó? ¡Tu cabello y tu piel resplandecen!»

Y la niña admirada, exclama: «¡wow! pero... ¿dónde la tiré? » Era tan común que tocara piedras y las soltara, que nunca supo donde la había dejado y cuál de todas era la piedra del toque de la belleza. La encontró y la volvió a perder porque la costumbre la hizo soltarla.»

Marina compartió que no podía confiar en que esta vez ha encontrado la piedra del toque de la belleza con Gabriel. Sin embargo, está contenta pues ha tenido que preocuparse menos por él, “el fin de semana pasado me enfermé, y fue una delicia, me concentré en mí misma y en sentirme mal sin estar pensando en él.” Adicional a esto, recordó que él le dio 200 pesos para los gastos de la casa y que cumplió con su objetivo de comprar regalos de cumpleaños para sus sobrinos ante sorpresa de todos. “En esta curva lleva dos semanas. En su historia lo más que yo he visto es mes y medio, así que no voy a cantar victoria.”

La sesión finalizó con un mensaje del equipo terapéutico a modo de pregunta: ¿será que por desestimar lo que haces, no eres persistente en lo que sí funciona?

Intervenciones: Reestructuración.

Observaciones: Marina se mostró más optimista respecto al futuro, lo cual va permitiendo tener más claridad sobre lo que desea para ella y su vida.

Sesión 6

Objetivo: Explorar en qué punto de la *ola* se encuentra Gabriel, y si esto se relaciona con la persistencia en búsqueda de desapego y tranquilidad de Marina.

Descripción general: En esta sesión, Marina habló de dos sucesos relevantes que si bien no hacían que Gabriel estuviera en el punto más alto de agresividad, si significaban un retroceso en el progreso que había tenido. El primero fue que lo arrestaron por lo que ella sospecha fue que tocara música en el metro; lo segundo fue que nuevamente discutieron a gritos y después de eso se terminó toda la comida de la casa cuando su madre no estaba.

Cuando Gabriel fue arrestado, lo primero que hizo fue llamarle a la familia de su papá. Marina contó que, acciones de este tipo son recurrentes cuando él quiere hacerla quedar mal frente a la familia paterna. Sin embargo, rescató que él haya podido afrontar este suceso por su cuenta, decidiendo pagar con trabajo comunitario su multa.

Marina rescató de esto, el aprendizaje de que puede apartarse de los problemas de Gabriel y él se encargara por sí mismo, además de que se da cuenta de lo importantes que son sus hijas para ella, y ella para sus hijas. Ruth representa su aliada emocional, la describió como muy cerebral y tranquila. Mónica quién es más práctica, es su aliada en la administración de la casa y su aliada intelectual. Estos hechos le permitieron afirmar que sí es posible seguir con su plan de jubilación en el tiempo que tiene establecido, que son entre cuatro y cinco años.

Se cerró la sesión con un mensaje final de las integrantes del equipo: “Estamos muy sorprendidos de que Gabriel no esté en la punta de la ola. Nosotros apostábamos –qué bueno que no lo hicimos– a que a estas alturas tú ya estarías otra vez tratando de organizarle la vida, tratando de recordarle responsabilidades, tratando de que se cuide, tratando de que haga las cosas bien, tratando de que piense de manera razonable. Estamos muy sorprendidos, pero

aliviados de no haber apostado, porque hubiéramos perdido.”

Intervenciones: No apresurarse, peligros de una mejoría.

Observaciones: Es una buena noticia que Marina vea con ojos críticos los acontecimientos de esta semana y habló del desapego que está logrando para no responsabilizarse de Gabriel.

Sesión 7

Objetivo: Identificar los recursos personales y sociales con los que Marina cuenta para permanecer en una posición desde la que procura su bienestar y tranquilidad.

Descripción general: En esta sesión, Marina contó que su historia y la de Gabriel le recordaba a la película El Apando, pues algo que él disfruta mucho es evidenciarla con la familia de su papá para que la juzguen por ser mala madre, “para entregar a su madre a los monos”. Esto se repitió esta semana. Marina intentó tener una conversación con él para ahorrar gastos en la casa, pero él comenzó a gritar insultando a Mónica, su hermana, haciéndola responsable por el excesivo gasto de luz. La discusión escaló tanto que, Gabriel amenazó a Mónica con golpearla. Durante el pleito, Marina les pidió en varias ocasiones que se detuvieran, pero ninguno le hizo caso, ella, cansada se salió de la casa y volvió horas después para encontrarse con Gabriel llorando de rabia.

Días después, Mónica le contó a su mamá que cuando Marina se salió a caminar, Gabriel comenzó a gritarle a la familia de su papá por el patio, (pues son sus vecinos) para acusar que su mamá y hermana habían hablado mal de ellos. Además, le dijo cosas muy hirientes a su hermana, tales como que tanto Marina como Raquel (su otra hermana), hablaban mal de ella a sus espaldas, lo cual era una mentira. “Afortunadamente nos sentamos las tres a platicar y nos conocemos. Empezamos a hacer planes para no confrontarlo.”

Ella reconoce sentirse más calmada después de esta conversación, pues nota que puede salirse sin intentar calmar a Gabriel o hacerlo entrar en razón, pero al mismo tiempo se asombró de que estos arranques volvieran a suceder, pues creía que su cambio de comportamiento se debía a una maduración cerebral. Notó que antes, este suceso podría haberla lastimado mucho, pero ya no. “Yo no me siento involucrada esta vez, no me siento culpable.”

La sesión cerró con una tarea bajo el siguiente mensaje: ¡Ponte mucho en contacto con tus sentimientos durante estas semanas, lo que te hace sentir bien, lo que te trae alegría, ilusiones, serenidad, equilibrio! ¡Y anótalas!

Intervenciones: Reestructuración.

Observaciones: Ver como maduración los cambios de Gabriel tienen el altísimo potencial de desmoralizar a Marina. Si él ya maduró, ¿por qué el retroceso? Es útil para futuras conversaciones guiar las sesiones hacia formas en las que se pueda liberar de esta idea y pretender más por su bienestar que por esperar algo diferente de él.

Sesión 8

Objetivo: Cierre del proceso. ¿Marina ve lo que ocurre en su casa con un significado distinto?

Descripción general: Debido a que el centro al que el caso de Marina está adscrito está

sujeto al calendario escolar de la UNAM, esta sesión consistió en un cierre del proceso hasta el momento con miras a un cierre definitivo si es que se logró cumplir con el objetivo terapéutico. La sesión estuvo guiada por preguntas: ¿Ves esto que ocurre en tu casa, desde un lugar diferente del presente hacia el pasado? ¿qué es lo diferente para ti? ¿qué efectos ha tenido en tu vida? Marina respondió diciendo sentirse más tranquila, motivada y equilibrada porque las situaciones que le pasan *ya no la van a tirar*.

Marina estaba entusiasmada pues el año que viene pinta muy movido para ella. Viajará dentro y fuera del país por eventos académicos de su trabajo. Las preguntas que siguieron, estuvieron enfocadas en el futuro. Ella declaró sentirse con la fuerza para no dar un paso atrás y no engancharse, además de que desea para su trabajo un buen desempeño.

Compartió también sentirse más orgullosa de su labor como madre, pues estaba muy satisfecha con las mujeres en las que se han convertido sus hijas, así como en los momentos en los que Gabriel se entusiasma produciendo música. No siempre fue así. Recordó que, su primer acercamiento a la psicoterapia fue a través de terapia grupal en el ISSSTE y ahí, las psicólogas evidenciaban a las mamás de los niños que recibían atención para que las otras mamás las insultaran. Hoy sabe que no permitiría que la trataran así de nuevo y que se defendería, pues se sentía más fuerte.

Marina compartió también que las tareas le fueron muy útiles, pues a partir de ellas “se queda una con muchas cosas”. Esta fue una buena oportunidad para reconocer el compromiso que todo el equipo terapéutico observó de su parte. Ella orgullosa, dijo: “es parte de quien soy, me comprometo, siempre tratando de cumplir y estar.”

Después de la pausa con el equipo terapéutico, coincidimos en que Marina daba muestra de sentirse satisfecha y lista para seguir con su vida, pues el objetivo que juntos acordamos estaba cumplido, por lo que la sesión cerró agradeciéndole a la consultante su apertura con el proceso y dando por finalizado su proceso terapéutico.

Intervenciones: Preguntas orientadas hacia el futuro, re-ver el pasado, destacar los recursos del consultante.

Observaciones: La consultante era capaz de observar la participación que tiene en el sostenimiento del problema, esto le permite tomar agencia y responsabilidad sobre las formas de desapegarse de él, cumpliendo así con el objetivo terapéutico.

3.2.2 Estrategias e intervenciones realizadas

Toda intervención desde la *Terapia Breve Centrada en Soluciones*, parte de un principio de **personalización**, que empieza con la identificación del tipo de relación que existe entre el paciente y el terapeuta. Luego continúa, a medida que las intervenciones son adaptadas a las singulares características de la relación (de Shazer, 1985).

A partir de la identificación del problema, la relación establecida con Marina fue de **tipo demandante**. Este tipo de relación se da cuando en el transcurso de la sesión el terapeuta y el

paciente pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento pero no han podido identificar los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución. En la relación del tipo "demandante" los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles. Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución y, de hecho, suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie.

Ejemplos de esta postura, pueden identificarse en las siguientes frases expresadas por Marina durante la primera sesión:

Marina: *“Lo que necesito urgentemente es que Gabriel hable en frente de alguien que lo modere, que lo contenga, para que lo haga entrar en razón.”*

Marina: *“A través de todos estos años, yo sé muy bien lo que necesito. Lo que se puede hacer, pero él no cambia.”*

En la relación del tipo "demandante" el terapeuta acepta explorar la dolencia o el objetivo junto con el paciente y, hacerlo de una manera encaminada, para facilitar una nueva perspectiva que genere una solución.

Es así que, una vez que se identificó el tipo de relación, fue posible diseñar las estrategias de intervención que se describen a continuación:

Reestructuración

La realidad, queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad. Puede ejecutarse a través de actos comunicativos verbales, o también, acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva (Watzlawick y Nardone, 1990).

Esta técnica, fue utilizada a lo largo del proceso, con la intención de identificar los nuevos posicionamientos desde los cuales Marina se situaba y relacionaba con en el sistema familiar y poder marcar una diferencia. Una pregunta que seguía este propósito fue:

Terapeuta: *¿Qué consideras que pasó igual que siempre? Siguieron discutiendo cuando él ya se veía muy alterado, pero con un matiz: saliste a tiempo. ¿qué pasó ahí, cómo hiciste? ¿Qué tuvo que pasar para que no te sintieras culpable?*

Utilización y cumplidos

Desde el Modelo de Terapia Breve, se habla de la utilización como este principio que destaca una postura, en la cual se confía en que los pacientes cuentan con los recursos, fuerzas y atributos necesarios para resolver sus problemas. El terapeuta es entonces, el encargado de facilitar, rastrear y sacar a la luz estas herramientas y utilizarlas a favor del proceso terapéutico.

Desde el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, es importante, integrar cumplidos en las intervenciones, pues de esta forma comenzamos a hablar en el lenguaje de las posibilidades y, por lo tanto, enfocándonos en los momentos en los que el problema no está presente.

Durante el proceso, se tomaron recursos de la experiencia de la consultante, por ejemplo, retomar aspectos de lo que había compartido para hacer un recuento de todo aquello que funciona y no funciona en la relación entre Marina y Gabriel:

Terapeuta: *Tienes mucha experiencia en esto. Debes tener mucha fuerza y vigor para no decir me rindo, y seguir insistiendo. Quisiera proponerte que partamos de lo que no te funciona. Aprovechemos para que nos digas lo que se intentó y no funcionó.*

Prescripciones de comportamiento directas

Son aquella clase de indicaciones directas de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los objetivos del cambio (Watzlawick y Nardone, 1991).

Durante la sesión número 7, Marina compartió como su estado de ánimo la motivaba a dejar de intervenir cuando Gabriel tenía problemas, lo cual rompía con la pauta de comportamiento que forma parte del problema. Con la intención de afianzar esta relación, se

le asignó la siguiente tarea:

“¡Ponte mucho en contacto con tus sentimientos durante estas semanas, lo que te hace sentir bien, lo que te trae alegría, ilusiones, serenidad, equilibrio! ¡Y anótalas!”

Peligros de una mejoría

Intervenciones de este tipo, tienen la intención de no promover en la consultante la idea de que tiene que esforzarse demasiado para que el cambio ocurra, así, la cliente modifica su intento de solución, y como resultado de dicho cambio cabe pronosticar un aminoramiento o una desaparición de su dolencia (Watzlawick y Nardone, 1990). Una forma de intervenir desde esta postura es normalizando las recaídas, promoviendo la reflexión sobre lo que se aprende al haber una reincidencia del problema, como sucedió en la sesión número siete, cuando Marina contó que había un retroceso en la agresividad de Gabriel:

Terapeuta: Está excelente que hayas tenido esta recaída porque te ayuda a tener que replantearte, tengo que reforzar esta actitud. Esto te deja ver ¿qué tanto el comportamiento es producto de su enfermedad y qué tanto de una forma de ser y de elegir de él? Porque con él, la cosa no es tan sencilla... ¿por qué hace esto? ¿porque tiene problemas de salud, o las hace porque es así? Esto te permite acomodar las cosas.

Intervenciones de cierre de proceso

Para la sesión de cierre, se utilizaron las siguientes intervenciones basadas en Cade y O' Hanlon (1993) y Furman y Ahola (1996):

Re-ver el pasado. Contribuye a concebir las experiencias negativas como eventos que provocan efectos positivos además de resignificar las experiencias del pasado y descubrir recursos. Las preguntas basadas en esta intervención durante la última sesión fueron:

Terapeuta: ¿Ves esto desde un lugar diferente, del presente hacia el pasado?

Terapeuta: ¿Qué es lo diferente para ti? ¿qué efectos ha tenido en tu vida?

Destacar los recursos del paciente. Por medio de estas intervenciones, se acentúan los aspectos

que le pueden ser de utilidad al consultante en la resolución de sus problemas, así como reestructurar la actitud que tiene acerca de sí mismo y del problema. En el cierre del proceso, se aplicó de la siguiente manera:

Terapeuta: *Por favor, enlista dos o tres cosas que te han sido útiles para la relación con tu hijo.*

Marina: *Soltar lo que no me corresponde. Confiar en mí, y en que lo que va a pasar, va a pasar. No responsabilizarme demasiado por causa del exterior. Traía el estigma como todas las mamás de que nosotras somos responsables.*

Terapeuta: *Si pudiéramos guardar estas herramientas en una caja, ¿a qué te responsabilizas para cuidarla?*

Marina: *A recordar que tengo las herramientas para no dejarme caer, porque soy fuerte y algo he hecho bien si veo a mis hijas y veo que están bien. Puedo continuar con mi vida.*

Preguntas orientadas hacia el futuro. Las preguntas no se formulan en términos de posibilidad, sino de hechos. Esto coloca a los consultantes frente a posibilidades de satisfacción construyendo proyectos satisfactorios. Ejemplos de estas preguntas ubicadas en el cierre de la sesión son:

Terapeuta: *¿Qué te ayudaría a avanzar hacia el futuro?*

Marina: *Seguir con esto para no dar un paso atrás. No engancharme. Sólo por hoy y por mañana.*

Terapeuta: *¿Qué quieres para tu vida el día de mañana?*

Marina: *Quiero a mis hijos bien, en su lugar y aptos para la vida (...) Quiero hacer un buen trabajo en mi trabajo. Me fascina lo que hago en mi trabajo, me da la oportunidad de crecer de forma académica (...) Mi idea es retirarme a seguir con causas a este lugar en el que considero mío por primera vez en la vida.*

3.2.3 Indicadores de cambio

Identificados por el consultante: A medida que el proceso avanzaba, Marina dijo sentirse liberada de asumir la responsabilidad por las acciones violentas de su hijo. Cuando el proceso terapéutico finalizó, compartió identificar en sí misma herramientas que la hacían sentir más fuerte, como el compromiso que tiene consigo misma y las causas que son importantes para ella como la tanatología con perspectiva feminista y su proyecto de vivir en la costa. Además, compartió el orgullo que siente al darse cuenta de que su trabajo como madre se ve reflejado en sus hijas mayores, y en las ocasiones en las que Gabriel puede hacerse cargo de sí mismo. Todo esto, abona a que al finalizar el proceso pueda sentirse relajada y en paz.

Identificados por el equipo de supervisión: En el equipo se compartió la visión del compromiso que la consultante identificaba en sí misma, además de los procesos reflexivos que la llevaron a sacar conclusiones muy interesantes acerca de cómo se percibe. Notaron su persistencia y responsabilidad con las tareas y los mensajes que le transmitieron, herramientas que se ven resaltadas a partir del proceso terapéutico para continuar con su plan de jubilación en el periodo que ella misma estableció.

Identificados por el terapeuta titular: Se percibe un cambio de perspectiva en la manera en que Marina se posicionó a sí misma dentro del sistema familiar. Esto se reflejaba en su sensación de liberación y tranquilidad pues le permitió no sentirse responsable por todo lo que Gabriel experimentó desde su diagnóstico. Además, desde esta nueva posición, es posible para ella percatarse de todo aquello que poseía como recursos personales para perseguir sus propósitos en la vida.

3.2.3 Evaluación del caso

Como logros alcanzados, podemos identificar la agencia que Marina tomó de su sentido

de responsabilidad y compromiso para la toma de decisiones. Estos recursos ya eran visibles para ella al momento de tener que movilizarse ante las crisis, como las deudas de su hija o la reparación de su casa en la costa, pero a partir de la reestructuración del proceso logró ubicar estos logros en el día a día para decidir hacerse o no responsable de las acciones de su hijo, en el contexto de que esto formaba parte de algo más grande: su plan de jubilación. Esto último abonó a la idea que Marina tenía de sí misma y así pudo cumplir con el objetivo terapéutico, el cual estaba enfocado hacia la adquisición de herramientas que le permitieran continuar su plan de vida sin sentir culpa.

Por otro lado, no fue posible que ella reconociera que al hacer esto, estaba rompiendo con la pauta de acciones que sostienen el problema. Al finalizar el proceso, ella declaró que no estaba haciendo nada nuevo, y más bien le atribuía sus avances a lo que el equipo terapéutico llama un cambio de actitud que sólo dependió de ella. Sin embargo, para el Modelo de Terapia Breve del MRI, esto carece de relevancia, pues desde esta visión, los logros alcanzados por el consultante no necesariamente deben ser atribuidos al proceso o al terapeuta. La meta siempre estará encaminada hacia el cambio.

3.3 Reflexiones personales

Este caso, representó un espacio de aprendizaje para mí desde lo personal y lo profesional. Contextualizando, inicié mi labor como psicólogo clínico a partir de la pandemia por COVID-19 moviéndome desde el área social comunitaria. Durante el confinamiento, tuve la oportunidad de supervisar casos en otros espacios, que me dotaron de las habilidades necesarias para poder aspirar a ser parte de la maestría, pero todos estos espacios fueron virtuales. El inicio de los cursos de maestría siguió por esta vía durante el primer año, pero al iniciar el segundo año y nuestro tercer semestre, nos movimos a las actividades presenciales por lo que trabajar con Marina representó la primera oportunidad que tuve de poner a prueba

mis destrezas terapéuticas cara a cara.

Adicional a esto, sentía una gran responsabilidad por marcar un cambio en la historia de la consultante cuando declaró que ninguna terapia le había funcionado antes, aunque esto me pareció una frase muy común en los libros que había leído hasta el momento sobre las terapias sistémicas, por lo que al mismo tiempo me hizo confiar en la eficacia de mis conocimientos adquiridos hasta el momento. Esta confianza se vio alimentada por la indignación ante los tratos que Marina había recibido antes en instituciones públicas encargados de brindar servicios psicológicos y psiquiátricos pero que resultaron ser iatrogénicos.

El proceso también contribuyó en mi persona-terapeuta, pues me hizo reflexionar acerca de la posición en la que culturalmente colocamos a las madres al atribuirles la responsabilidad de la crianza y cuidado, responsabilidad que se ve intensificada ante casos de crianza difíciles como los de infantes con diagnósticos psiquiátricos y que fácilmente puede transformarse en culpabilización. Esta reflexión me deja cuestionamientos que seguirán haciendo eco en el resto de mi ejercicio profesional, pues me obliga a posicionarme en contra de todos los discursos que reproduzcan dicha postura en el ámbito terapéutico y me impide ser cómplice de castigar a quienes no se alineen a los objetivos de estos propósitos.

Por último agradezco la guía de mi supervisora la Mtra. Martha López Zamudio, pues sus preguntas y confrontaciones siempre abonaron a ejercitar mi pensamiento crítico, al tiempo que, tejíamos juntos las intervenciones desde el MRI y Soluciones, con una idea muy presente y recurrente: “si pierdes, no pierdas la lección, ¿qué estás aprendiendo de esto?” lo cual me permitió apropiarme del caso y concentrarme en todo aquello que sí funciona en la psicoterapia, convirtiéndolo así en aprendizaje significativo.

Capítulo 4. Consideraciones finales

Este capítulo está escrito en primera persona, pues refleja mi experiencia en el proceso de mi formación como terapeuta familiar. Aquí, resumo los aspectos más relevantes, que van desde lo teórico y lo práctico hasta lo personal, incluyendo los retos que enfrenté en el transcurso de los dos años que constituyen la formación del programa.

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar del Posgrado en Psicología de la UNAM, tiene la intención de realizar una formación integral en la que las y los residentes adquiramos las capacidades teóricas y prácticas para el ejercicio profesional de la psicología desde una perspectiva ética y de responsabilidad cívica. Es por ello que, la experiencia de quienes estudiamos este posgrado incluye actividades de investigación, divulgación y de ejercicio profesional en campo.

Gracias a esta oportunidad es posible vivenciar los conocimientos desde una perspectiva sistémica, en la que nos vivimos como parte de una comunidad dinámica de generación y adquisición de conocimiento.

4.1.1 Competencias profesionales teórico-conceptuales

El programa de la maestría es un recorrido histórico por el desarrollo de la terapia familiar sistémica, partiendo de su génesis con la teoría general de los sistemas y la cibernética hasta llegar a los enfoques posmodernos. Los modelos y terapias estudiados en orden cronológico fueron: el Modelo Estructural, el Modelo Estratégico, el Modelo de Milán, la Terapia Breve del *Mental Research Institute* (o centrada en el problema), la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, la Terapia Narrativa, el Enfoque Colaborativo, los Procesos Reflexivos, la Terapia de Sesión Única y el Modelo Dialógico-Relacional.

Paralelamente, el programa incluye una revisión epistemológica de las principales influencias, teorías y modelos en los que los abordajes terapéuticos están basados. Esta estructura, permite vivir la experiencia de estudiar al universo de la Terapia Familiar de manera similar a su desarrollo histórico. Esto me invita a pensar en lo que Vygotsky (como se citó en Carey, Walther y Russell, 2010) denomina *andamiaje*, refiriéndose a la forma de crear experiencias de aprendizaje que puedan ser utilizadas como escalones para que una persona ‘aprenda’ cosas previamente desconocidas. Por ejemplo, gracias a la experiencia de estudiar y asimilar la teoría general de los sistemas y cibernética pertenecientes a una perspectiva moderna, fue posible comprender las prácticas del Modelo de Milán (en su primera etapa), así como el revisar al post-estructuralismo permite darle sentido a la Terapia Narrativa y situarla en la posmodernidad.

Estas bases teóricas y metodológicas ejercitan en las y los estudiantes un proceso creativo invitándonos a poner en práctica las técnicas o ejercicios desde los modelos y terapias, pero, también a pensar en intervenciones desde la filosofía que las sostiene, lo cual me recuerda mucho a los *principios ericksonianos* de hacer la terapia a la medida del paciente (Nardone y Watzlawick, 1999).

4.1.2 Competencias profesionales clínicas

El 5 de mayo del 2023, la Organización Mundial de la Salud declaró el fin de la pandemia por COVID-19 (Forbes, 2023), la cual tuvo una duración de tres años (iniciando el 30 de enero del 2020). Estudiar la maestría en medio de la coyuntura global requirió el ejercicio de nuevas herramientas y adaptaciones a las necesidades sociales. Durante el primer año de la maestría (agosto 2021-junio 2022) las actividades fueron a distancia (modalidad virtual) en su totalidad. En ese proceso los centros de atención psicológica de la Facultad de Psicología en coordinación con la Dirección General de Atención a la Comunidad de la UNAM, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se vieron en la

necesidad de implementar una plataforma virtual en la que se recibían solicitudes para los servicios que ofrecían a través del sitio web: www.misalud.unam.mx

Esto permitió las prácticas supervisadas en una modalidad que se ha vuelto parte cotidiana de nuestra práctica profesional: la *virtual*. Utilizando la plataforma de videoconferencias Zoom como principal herramienta, pudimos atender a 22 casos en total. Fue posible colaborar/atender/brindar acompañamiento psicoterapéutico a personas en ubicaciones geográficas diversas. Esta oportunidad única, me permitió conocer contextos y realidades sociales distintas, pero sobre todo de mucha utilidad y valor para mi formación bajo los modelos sistémicos.

La modalidad virtual, requirió también de la adquisición de habilidades específicas, tales como la observación, la gesticulación, la dicción y la modulación de la voz, las cuales tuvieron que ser adaptadas para favorecer el acompañamiento, hacerlo más cálido para disminuir las limitaciones o las barreras que la pantalla podría representar con nuestros consultantes.

Aunque la puesta en práctica de los modelos y terapias aprendidos en el transitar de la maestría fue fundamental, la experiencia de hacerlo desde lo virtual hace singular mi experiencia y la de mis compañeras en comparación con las generaciones que nos anteceden.

Y hablando de las particularidades de la formación, una parte fundamental del proceso práctico es sin duda la participación que pude tener a través de los equipos terapéuticos y grupos reflexivos. En razón de las premisas teóricas, estas prácticas adquieren un significado muy especial en el que la formación no es individual, sino sistémica, gracias a ello, puedo testificar la influencia que todas las partes del sistema terapéutico tienen en los procesos. La oportunidad de trabajar escuchando e integrando otras voces es sin duda un ejercicio que echaré de menos, pero que tengo presente a la hora de mi práctica privada y me hace más consciente de la responsabilidad que las y los terapeutas tenemos en la reificación de discursos dentro y fuera

del consultorio.

Finalmente y a manera de síntesis, puedo concebir a mi formación práctica como un viaje en el que fue posible integrar los conocimientos y habilidades primero desde la seguridad de los nichos teórico-prácticos hasta llegar a confiar en mi espontaneidad, siempre en el marco del profesionalismo y respeto para las personas con las que trabajamos.

4.1.3 Competencias profesionales de investigación

La generación conocimiento a través de la investigación forma parte de las competencias adquiridas durante el proceso de la maestría. Esto representa una oportunidad para aportar conocimiento desde las motivaciones políticas e intereses de los estudiantes, enmarcadas en el contexto de la terapia familiar sistémica. En mi caso fue posible guiar mis investigaciones en la línea de la diversidad familiar fuera de la heteronormatividad. Esto me permitió indagar acerca de las realidades de familias homoparentales en las cinco asignaturas de investigación de la maestría: *Medición y Evaluación I y II* (en primer y segundo semestre) y *Métodos de investigación aplicada I, II y III* (en primer, segundo y tercer semestre).

Los productos de estas investigaciones se describen a continuación:

Construcción de una escala: Motivaciones de las personas de la comunidad LGBT+ para formar una familia con hijos/as

En colaboración con Francisco Manuel Cardoso Zárate, Casandra Reyes Méndez y Ximena Tonantzin Jacobo Rocha, compañeros de la maestría, se elaboró la escala Motivaciones para la Parentalidad LGBT+ (MPLGBT) con la finalidad de obtener un instrumento que mida la motivación para la parentalidad en la población LGBT+.

Método: Se partió de la propuesta metodológica del artículo de investigación: “Why Parenthood, and Why Now? Gay Men’s Motivations for Pursuing Parenthood” (Goldberg y colaboradores, 2012). Se formaron cuatro dimensiones que pretendían englobar las

motivaciones parentales presentes en miembros de la comunidad LGBT+: (1) Satisfacción en la parentalidad; (2) Satisfacer el deseo de mi pareja de querer ser madre/padre; (3) Beneficios de tener hijos y; (4) Tiempos para la parentalidad.

Procedimiento: El instrumento, fue sometido a una prueba de claridad con 12 participantes voluntarios miembros de la comunidad LGBT+ y un jueceo para la validez de facie en el que participaron 12 psicólogos/as. Para someter a prueba la validez y confiabilidad del instrumento MPLGBT se aplicó de manera virtual a una muestra de 306 personas que se identificaran como miembros de la comunidad LGBT+, de nacionalidad mexicana y con el deseo de ejercer la parentalidad.

Para conocer la calidad discriminatoria de los reactivos que conformaban la prueba se sometió a análisis de discriminación a los reactivos. A partir de dicho análisis se encontró que 2 reactivos no contaban con capacidad discriminatoria por lo que fueron eliminados.

Se sometió a prueba de validez concurrente con el instrumento *Childbearing Questionnaire (Cuestionario para la Natalidad)* de Warren B. Miller (como se citó en Vásquez-Varas y Callegaro-Borsa 2021) Y, se encontró una correlación positiva y significativa entre la prueba MPLGBT y la subescala de motivaciones positivas del CBQ y una correlación negativa y no significativa entre la prueba MPLGBT y la subescala de motivaciones negativas del CBQ, por lo que se puede afirmar que la prueba posee validez concurrente.

Resultados y conclusiones: Se obtuvo una rotación *Varimax* en los que se incluyeron los 32 reactivos y se identificaron aquellos reactivos con una carga inferior a 0.40 con una comunalidad baja y fueron considerados como no contribuyentes a la conformación de los factores.

El análisis factorial arrojó siete factores interpretables que explican el 49.431% de la varianza. Se asignó a cada factor un nombre a partir de las cualidades teóricas de los constructos, los 7 factores fueron clasificados como: 1) Cuidados en la vejez; 2) Ciclo de vida;

3) Motivaciones relacionadas con la pareja; 4) Expectativas hacia la paternidad; 5) Dar, compartir o transmitir; 6) Afecto y compañía; 7) Disfrute de la convivencia.

La matriz se detuvo en 9 iteraciones por lo que se puede afirmar que el instrumento y los reactivos que lo componen poseen una buena estructura.

El análisis de confiabilidad mostró en la escala MPLGBT, una $\alpha = 0.794$. Los factores: Cuidados en la Vejez; Ciclo de Vida; Expectativas hacia la parentalidad; y Motivaciones relacionadas con la pareja, tienen una α (Alfa de Cronbach) cercano, igual o mayor a 0.70.

Para los factores Dar, compartir o transmitir; Afecto y Compañía; y Disfrute de la convivencia se obtuvo una α menor a 0.70 pero superior a 0.50 por lo que el instrumento es confiable.

Con la reducción y agrupación de reactivos se eliminaron 5, por no poseer comunalidad, es decir, por no mostrar una relación significativa entre ellos o con el resto de los reactivos o factores. Esto dejó como resultado 27 reactivos en total para el instrumento.

Estudios cualitativos

Construcción de la identidad sexual en personas de la comunidad LGBT+

Esta investigación fue realizada en colaboración con Casandra Reyes Méndez y tuvo como objetivo dar cuenta de los discursos y pautas sociales que influyen en la construcción y la expresión de la identidad sexual de las personas jóvenes de la comunidad LGBT+. Se realizó una investigación cualitativa de tipo exploratoria, participaron en un grupo focal siete personas de la comunidad LGBT+ con edades de entre 23 y 29 años. Se realizó un análisis temático en el que se identificaron 38 categorías distribuidas en 6 (ver Apéndice C).

Los principales hallazgos la identidad sexual es una construcción social basada en las experiencias de deseo y afecto individuales, enmarcadas en un contexto y cultura determinados. De modo que no es posible de una sola identidad, sino de muchas identidades interactuantes.

Las identidades sexuales, son un proceso más que una definición de quienes somos. Nos ubican en la manera en la que nos relacionamos a través del deseo y el afecto, pero a también a partir de lo ideológico, corporal y psicológico.

Pregunta de Investigación: ¿Qué factores influyen en la construcción y expresión de la identidad sexual en personas jóvenes de la comunidad LGBT+?

Objetivo general: Conocer los factores que construyen la identidad sexual en personas jóvenes de la comunidad LGBT+.

Objetivos específicos:

- Explorar las diferencias percepción de la identidad sexual entre la diversidad de personas de la comunidad LGBT+.
- Conocer la influencia de los discursos y pautas sociales en la percepción de la identidad sexual.

Metodología: Cualitativa de tipo exploratorio y experimental de campo.

Participantes: 7 personas de la comunidad LGBT+ cuyas edades se encontraron en un rango de entre 23 y 29 años de edad.

Técnicas de recolección de datos: Entrevista semiestructurada con grupos focales.

Instrumento: A partir de la definición conceptual de identidad sexual, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Alcántara, 2013) se construyeron seis estímulos que organizaron la entrevista semiestructurada (ver Apéndice B).

Resultados: A partir de los datos recolectados en las entrevistas, se hizo la construcción de 38 categorías distribuidas en 6 temas los cuales se encuentran concentrados en el Apéndice C.

Discusión y conclusiones: Las interacciones sociales influyen en la construcción y la expresión de la identidad sexual. Lo anterior se hace presente en la búsqueda y acercamiento a la cultura LGBT+ mediante una selección cautelosa de representaciones dignas en lo mediático, así como a través de ciertos exponentes o integrantes de ésta. Esto hace referencia a aquello que refiere

Colás Bravo (2007) y es que la cultura en que los sujetos habitan les brinda modelos sociales y culturales que a su vez sirven como contextos de referencia para construir una identidad personal, misma en que los sujetos tienen un papel activo y creador. De forma que, tras sus procesos identitarios y ahora en su adultez, las personas buscan fuentes de representación digna acorde a sus ideales y contextos.

La identidad sexual son una construcción social basada en las experiencias de deseo y afecto individuales y, enmarcadas en un contexto y cultura determinados. De esta forma, no hablaríamos de una sola identidad, sino de muchas identidades interactuantes.

Las identidades sexuales, son un proceso más que una definición de quienes somos. Nos ubican en la manera en la que nos relacionamos a través del deseo y el afecto, pero a también a partir de lo ideológico, corporal y psicológico.

Relato de vida: La experiencia de adoptar en una familia homoparental

Las familias homoparentales y la población LGBT+ han luchado históricamente por su legitimación. Esta investigación abona a este propósito y pretende crear marcos comprensivos enfocados desde la psicología y la terapia familiar sistémica, retomando el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979). A pesar de que hay mucha evidencia al respecto, en especial en E.U.A. (Patterson, 1992; Patterson y Tasker, 2007; Phillipe, 1987; Tasker y Golombok 1995: 1997), existen relativamente pocos estudios relacionados con los procesos adoptivos desde la homoparentalidad en México y en Latinoamérica. Además, se percibe que las condiciones económicas, jurídicas y culturales de cada país impactan en cómo se vive el proceso de formar familia fuera de la heteronormatividad. Este estudio se enmarca en los acontecimientos recientes, pues desde octubre del 2022 se ha aprobado el matrimonio igualitario en todo el país.

Objetivo: Explorar cómo es el proceso de la adopción en parejas homoparentales, mediante el análisis de sus significados, vivencias y componentes emocionales a partir de una visión sistémica.

Metodología: Investigación cualitativa con el método de relato de vida.

Participantes: Una pareja homosexual con un proceso de adopción concluido en México.

Técnicas de recolección de datos: Entrevistas a profundidad.

Análisis de datos: Condensación de significado de Kvale (2011, p. 140)

Resultados: Se realizó una condensación de significado y se obtuvieron cinco categorías (ordenadas de mayor a menor frecuencia):

1. Ecología, Esta categoría, es retomada a partir de la propuesta de Roser Limiñana (2010) de concebir a los procesos de adopción desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1979). Se colocan aquí todos los elementos de la experiencia de la adopción relacionados con los niveles con los que se relaciona (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema).
2. Sentimientos, asociados a la experiencia de adoptar
3. Expectativas, que son las ideas que la pareja tenía sobre como sería el proceso de adoptar y ser padres.
4. Interés político, las cuales enlistan a las inquietudes de la pareja por visibilizar y normalizar las adopciones en parejas del mismo sexo.
5. Motivación, que engloba tanto a las razones que la pareja consideró para decidir adoptar, como a la ilusión que les generaba el ejercer la parentalidad. Esta categoría se relaciona con estudios previos cuyo interés radicó en medir las Motivaciones para la Parentalidad (Vásquez y Callegaro, 2019; Goldberg, Downing y Moyer, 2012).

Discusión y Conclusiones: Las categorías derivadas del análisis de las narrativas de los participantes son similares en contenido con respecto a lo que la bibliografía ha demostrado, (Rosser Limiñana, 2010) dando prueba de que los procesos de adopción son complejos y confirma que el fenómeno está atravesado por el contexto socio-político-histórico e involucra a varios sistemas ecológicos, por lo que describirlos desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1979) resulta útil y se complementa con la experiencia única de los

participantes. Esto nos invita a reflexionar sobre las distintas formas de vivir el proceso de adopción para parejas homosexuales. Se recomienda continuar con este tipo de estudios, para enriquecer la visión que se tiene de éste y otros procesos en familias diversas.

4.1.4 Competencias profesionales de difusión de conocimiento

Como parte de las actividades de difusión de la maestría, contribuí con la traducción al español del artículo *My romance with narrative letters: Counter-storying through letter writing* de Kay Ingamells (2018) para la supervisión de Terapia Narrativa. El artículo habla de la importancia de la escritura de cartas para la ampliación y desarrollo de procesos narrativos. Con algunos ejemplos, la autora comparte lo útil que le ha sido entregar cartas escritas a los clientes al cerrar las sesiones para así compartir con ellos una síntesis y reflexiones que invitan al otro a ampliar los discursos tiene de sí mismo. Difundir artículos como este en la lengua española tiene la intención de democratizar el conocimiento al volverlo más accesible para las futuras generaciones de residentes en la maestría de Terapia Familiar.

Adicional a esto, participé en el “XVI Congreso de Posgrado en Psicología” con la presentación del cartel *Relato de vida: La experiencia de adoptar en una familia homoparental* (cuyo resumen incluí en el apartado anterior) el 23 de enero del 2023. La constancia de participación se encuentra disponible en el Apéndice D.

4.1.5 Competencias profesionales de ética y compromiso social

Al pertenecer al programa de Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Residencia en Terapia Familiar promueve en sus estudiantes un sentido de responsabilidad social, a través de los programas de atención psicológica que buscan acercar a la población general a servicios de calidad enmarcados en la ética y profesionalismo.

Puedo distinguir los principios éticos del programa a través de su profesorado y de las supervisiones, en las que se busca construir espacios democráticos en los que se promueve no

enjuiciar por razones de ningún tipo a las personas que acuden a nosotros. Aspecto que permite retornos a nosotros mismos a través de procesos de deconstrucción personal en los que se hacen evidentes los prejuicios y se cuestionan los privilegios que podemos llegar a tener por condiciones de género, orientación sexual o clase –por mencionar algunas–.

Es evidente el interés de profesoras y supervisoras por introducir una visión desde la perspectiva de género, propuestas bien recibidas y alimentadas por mis compañeras con quienes en conjunto se generó un círculo de diálogo que invita al pensamiento crítico desde la posición que a hombres y mujeres se nos asigna en la sociedad. También fue notable una postura de diversidad sexual y de género que llevó a cuestionar los discursos desde la heteronormatividad que perpetúan la discriminación y estigmatización. Estas conversaciones han sido una parte fundamental de los elementos que es posible integrar en la práctica clínica desde el respeto y la responsabilidad.

En la atención psicológica, la práctica se enmarca en principios que integran el profesionalismo a partir de intervenciones sustentadas desde la teoría y que procuran la confidencialidad, integridad y dignidad de los consultantes, adecuando cuestiones como los costos y frecuencia de las sesiones de acuerdo a las posibilidades de cada caso. En la tabla 3 retomo a los apartados generales del Código Ético propuesto por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997) pues están presentes en el ejercicio profesional de nuestra práctica dentro de la maestría.

Tabla 3

Código Ético de Terapia Familiar

Apartado General	Descripción
1. Responsabilidad con los pacientes	Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.
2. Confidencialidad	Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente

	puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes.
3. Capacidad e integridad profesional	Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.
4. Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados	Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.
5. Responsabilidad con los participantes de investigaciones	Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar conscientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.
6. Responsabilidad a la profesión	Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
7. Arreglos financieros	Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.
8. Publicidad	Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Fuente: Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997).

Es así que, puedo concluir que la ética que construimos como terapeutas depende mucho de las oportunidades de formación que se nos brinda como supervisados. La Residencia en Terapia Familiar busca la construcción de espacios con múltiples recursos que diversifican la experiencia para el trabajo con las personas a través de la generación de diálogos desde distintas perspectivas pero guiadas por las especificaciones de cada caso. Esto me invita a pensar en el compromiso y la responsabilidad que implica lo que se construye y dice en los espacios terapéuticos, así como en los efectos que tiene en la vida de las personas y, por lo tanto, en su papel como actores sociales.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Durante mi trayectoria en la maestría de terapia familiar de la UNAM, experimenté una serie de cambios y desafíos que influyeron significativamente en mi formación. Comencé mi

primer semestre con clases virtuales debido a la situación mundial de la pandemia. Aunque al principio me resultó un poco difícil adaptarme a este nuevo formato de aprendizaje, pronto descubrí que tenía sus propias ventajas. La flexibilidad de horarios me permitió organizar mi tiempo de estudio de manera más eficiente y aprovechar al máximo los recursos en línea.

Sin embargo, en el segundo semestre, la situación cambió y tuvimos la oportunidad de regresar a clases en modalidad semipresenciales. Esta transición fue emocionante pero también significó un gran cambio para mí. Tuve que tomar la decisión de mudarme de Puebla a Ciudad de México para estar más cerca de Ciudad Universitaria y poder participar plenamente en las actividades presenciales. Esta mudanza representó un desafío logístico, pero sabía que valdría la pena en términos de fortalecer mi formación y aprovechar todas las oportunidades que la maestría ofrecía.

Desde el inicio, pude notar todas las ventajas que el programa en Terapia Familiar posee. La Universidad cuenta con un cuerpo docente altamente calificado y reconocido en el campo de la terapia familiar. Sus conocimientos y experiencia enriquecieron mis perspectivas y me permitieron adquirir una base sólida en esta disciplina. Uno de los aspectos que más fortaleció mi formación fue la diversidad de enfoques teóricos y prácticos que se abordaron en el programa. Aprendí sobre las teorías clásicas de la terapia familiar, como el enfoque sistémico y el estructural, así como enfoques más contemporáneos, como la terapia narrativa y la terapia breve. Esta variedad me permitió adquirir una comprensión integral y flexible de la terapia familiar, lo que me ayudó a desarrollar un estilo terapéutico propio.

Además, la UNAM ofreció numerosas oportunidades para desarrollar mis habilidades prácticas. A través de prácticas clínicas y la participación en investigaciones, pude aplicar los conceptos teóricos aprendidos en un entorno real. Estas experiencias me brindaron una invaluable oportunidad para crecer profesionalmente, trabajar con casos reales y recibir retroalimentación de mis supervisoras a quienes considero expertas en el campo.

Sin embargo, no todo fue fácil. Uno de los mayores desafíos fue lidiar con la carga académica y el ritmo exigente del programa. El volumen de lecturas, tareas y proyectos era considerable, lo que requería de una gran organización y disciplina para cumplir con todas las exigencias. A veces, sentía la presión de equilibrar mis responsabilidades académicas con otras áreas de mi vida, lo que implicaba hacer malabarismos para mantener un equilibrio saludable.

Además, el proceso de adaptación a la vida en la Ciudad de México también fue un desafío. La ciudad era mucho más grande y bulliciosa de lo que estaba acostumbrado en Puebla. Tuve que aprender a moverme en el transporte público, lidiar con los tiempos de traslado y encontrar mi lugar en una comunidad académica y social nueva. Afortunadamente, conté con un gran apoyo de mis compañeras de generación. Formamos un grupo cohesionado y solidario, donde compartíamos experiencias, conocimientos y nos brindábamos apoyo mutuo. Estas conexiones me ayudaron a superar los obstáculos y a mantenerme motivado durante los momentos más difíciles.

A pesar de los desafíos y dificultades que enfrenté, puedo decir que mi trayectoria en la Maestría de Terapia Familiar de la UNAM fue sumamente enriquecedora. Los aspectos que fortalecieron mi formación, como la calidad académica, la experiencia práctica y las oportunidades de crecimiento personal, superaron con creces los obstáculos que encontré en el camino. Me siento agradecido por haber tenido la oportunidad de formarme en esta prestigiosa institución y estoy emocionado por el futuro que me espera como terapeuta familiar.

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

En mi camino hacia la formación como terapeuta familiar, he tenido la oportunidad de sumergirme en un mundo fascinante y complejo. Me he encontrado con una serie de desafíos que han enriquecido mi aprendizaje y me han llevado a reflexionar sobre mi propia identidad como terapeuta.

Uno de los principales dilemas terapéuticos que he enfrentado es el equilibrio entre la neutralidad y la implicación personal. Al iniciar mis estudios en Terapia Familiar, aprendí que es crucial mantener una postura neutral para poder comprender y guiar a las personas sin tomar partido por una postura en específico. Sin embargo, al conocer el resto de las posturas epistemológicas, puedo reconocer que al mismo tiempo, es importante reconocer que soy un ser humano con mis propias experiencias y valores. Aprender a utilizar mi subjetividad de manera constructiva y ética ha sido un proceso desafiante pero gratificante. Me he dado cuenta de que puedo ser una herramienta terapéutica más eficaz cuando utilizo mi autenticidad y empatía sin perder la “objetividad” necesaria.

A medida que he avanzado en mi formación, también he reflexionado sobre la forma en que me veo y me asumo como terapeuta. He aprendido a reconocer mis fortalezas y debilidades, y a aceptar que soy un aprendiz constante. La humildad y la apertura a la retroalimentación son aspectos esenciales para crecer y mejorar en mi práctica terapéutica. Reconozco que la terapia familiar requiere un enfoque holístico, considerando no solo la dinámica familiar, sino también los sistemas más amplios que influyen en las personas, como la cultura, la sociedad y las estructuras de poder.

El posicionamiento del terapeuta también ha sido un tema crucial en mi aprendizaje. A diferencia de enfoques más tradicionales, donde el terapeuta puede asumir una posición de autoridad o experto, los enfoques más contemporáneos de la terapia familiar se enfatiza la colaboración y la igualdad de poder. Como terapeuta, me veo como un facilitador del cambio, trabajando en equipo con el consultante para co-construir soluciones.

Esto implica abandonar la idea de que yo tengo todas las respuestas y reconocer que el conocimiento y la experiencia del usuario son fundamentales para el proceso terapéutico. Aprendí a escuchar atentamente y a pensar en preguntas que ayuden al cliente a reflexionar sobre su situación y a descubrir nuevas perspectivas. Además, he aprendido a valorar la

diversidad de experiencias y perspectivas, y a ser sensible a cuestiones de género, cultura, sexualidad y otros aspectos que pueden influir en la terapia

Aunque en términos de posturas terapéuticas, he aprendido que no existe un enfoque único o superior y que cada persona es única y requiere un enfoque adaptado a su contexto y necesidades, personalmente me siento particularmente atraído por la terapia narrativa y la terapia breve centrada en soluciones. Estas modalidades terapéuticas se alinean con mi creencia de que las personas son expertas en sus propias vidas y que el terapeuta debe ser un facilitador que ayude a amplificar las fortalezas y recursos de las familias.

La terapia narrativa ha capturado mi interés particularmente, ya que se basa en la idea de que las personas construyen sus propias historias y significados. Me encanta explorar las narrativas dominantes y alternativas en la vida de las familias, y trabajar junto a ellos para co-crear nuevas narrativas que les permitan enfrentar los desafíos de manera más empoderada.

De igual manera, la Terapia Breve Centrada en Soluciones ha sido otra orientación que resuena conmigo. Me atrae su enfoque pragmático y orientado hacia el cambio. La idea de identificar y amplificar las fortalezas de las familias, en lugar de centrarse exclusivamente en los problemas, me parece poderosa y eficaz. Me gusta colaborar con las personas para establecer metas claras y trabajar de manera sistemática hacia soluciones prácticas y alcanzables.

En resumen, mi experiencia en la Maestría de Terapia Familiar ha sido enriquecedora y desafiante. He aprendido a enfrentar dilemas terapéuticos, a reflexionar sobre mi identidad como terapeuta y a desarrollar un enfoque flexible y colaborativo. Estoy emocionado de seguir creciendo y aprendiendo en este apasionante campo, donde puedo contribuir al bienestar y cambio de mis consultantes.

Referencias

- Alcántara, Eva (2013) Identidad sexual/rol de género. *Debate feminista*, 47, 172-201.
<https://www.elsevier.es/es-revista-debate-feminista-378-articulo-identidad-sexual-rol-genero1-S0188947816300731>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición)*. Panamericana
- Anconetani, A. F. (2000). *Incidencia de la violencia familiar en el comportamiento abúlico adolescente*. Recuperado el 21 de marzo de 2023 de:
http://www.justiniano.com/ciencias_aux/INCIDENCIA_DE_LA_VIOLENCIA_FAMILI.html
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar.(1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* México. <http://amtf.com.mx/codigo.etico.html>
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Gedisa.
- Bertrando, P. (2011) *El diálogo que conmueve y transforma*. PAX
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no determinado*. Gedisa.
- Bronfenbrenner, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Caballero Gutiérrez, R. (2021). *Familias monoparentales y los retos que enfrentan por la enfermedad y la discapacidad de uno de sus miembros*. [Reporte de Experiencia Profesional, Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Paidós.
- Carey, M; Walther, S. y Russell, S. (2010) Lo ausente pero implícito- un mapa para apoyar el interrogatorio terapéutico. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 6(1 y 2).

- Carmona Domínguez, D. y González Pérez, R. (s/f). El controvertido problema de la violencia familiar y la esquizofrenia. *Hospital Psiquiátrico Docente Provincial "Dr. Isidro de Armas"*
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". (2017). *Manual de Procedimientos*. Facultad de Psicología, UNAM, Documento interno.
- Colás Bravo, P. (2007). La construcción de la identidad de género: Enfoques teóricos para fundamentar la investigación e intervención educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1),151-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321895010>
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. Health Canada, Family Violence Prevention Unit.
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25(8), 1072-1095.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *El Coneval Presenta Información Referente A La Pobreza Laboral Al Cuarto Trimestre De 2022*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITLP-IS_pobreza_laboral.aspx
- de Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(5), 249-261. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-273776.pdf>
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Forbes, (5 de mayo del 2023). OMS declara el fin de la pandemia por Covid-19. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/oms-declara-el-fin-de-la-pandemia-por-covid-19/>
- Furman, B. y Ahola, T. (1996) Conversaciones para encontrar soluciones. *Revista Sistemas Familiares*, 3, 21-39.

- Gobierno de México. (20 de julio de 2015). *Violencia intrafamiliar o doméstica fuera de México*. <https://www.gob.mx/sre/acciones-y-programas/violencia-intrafamiliar-o-domestica-fuera-de-mexico?state=published>
- Goldberg, A. E., Downing, J. B., Moyer, A. M. (2012). Why Parenthood, and Why Now? Gay Men's Motivations for Pursuing Parenthood. *Family Relations, Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 61, 174-157. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00687.x>
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la Terapia Familiar. *Psicoterapia y familia*, 2(2), 41-53.
- Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología* 27(2), 265–277
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/122841>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020), *Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2020*. https://genero.congresocdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2022/10/enigh2020_ns_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensu/doc/ensu2022_septiembre_presentacion_ejecutiva.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar 2021*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día nacional de la familia mexicana*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Na1.docx
- Instituto Mexicano de la Competitividad (29 de noviembre de 2022). *Las cifras (no tan alegres) de la pobreza*. <https://imco.org.mx/las-cifras-no-tan-alegres-de-la-pobreza/>
- 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*. Jossey-Bass Publishers.
- Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Amorrortu.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2004). *El diálogo estratégico*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999) *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- Martín Ruiz, M. (2019). *Esquizofrenia y violencia*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén.
- Mayorga, C., Godoy, M.P., Riquelme, S., Ketterer, L., Gálvez, J.L. (2016). Relación entre problemas de conducta en adolescentes y conflicto interpersonal en familias intactas y monoparentales. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 107-122.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a08.pdf>
- Minuchin, S., Nichols, P. y Lee W.Y. (2011) *Evaluación de familias y parejas*. Paidós.
- O'Hanlon, H. W. (2014). *Why hypnosis has nothing to do with suggestion*. Recuperado de www.billohanlon.com
- O'Hanlon, H.G. (2004). *Crecer a partir de las crisis*. Paidós
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Hudson, P. (1995). *Amor es amarse cada día*. Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Paidós.

- Oudhof van Barneveld, H. y Robles, E. (2014). *Familia y crianza en México. Entre el cambio y la continuidad*. Fontamara.
- Pereira, R., Loinaz, I., del Hoyo-Bilbao, J., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., Montes, Y., Gutiérrez, M. (2017). Propuesta de definición de violencia filio-parental: consenso de la sociedad española para el estudio de la violencia filio-parental (SEVIFIP). *Papeles del psicólogo*, 38(3), 216-223. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>
- Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, M.J. (2005). *Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Grupo Aula Médica.
- Rodríguez Cruz, V. (2018). *Desarrollo de competencias profesionales en la práctica supervisada de atención psicológica a familias en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"* [Informe Profesional de Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de México]
- Rodríguez Sumaza, C. y Luengo Rodríguez, T. (2003). Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos familiares monoparentales. *Papers* 69, 59-82.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. Manual Moderno.
- Selekman, D.M. (1993). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones en terapia breve para adolescentes con problemas*. Gedisa.
- Uribe Díaz, P. I. (2007). Familias monoparentales con jefatura femenina, una de las expresiones de las familias contemporáneas. *Tendencias y retos*, 12, 81-90. <https://ciencia.lasalle.edu.co/te/vol1/iss12/5/>
- Vázquez-Sánchez, V., Romo-Tobón, R. J., Rojas-Solís, J. L., González, M. P. y Yedra, L. (2019). Violencia filio-parental en adultos emergentes mexicanos: Un análisis exploratorio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2534-2551. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.36089>

Vásquez-Varas, G. y Callegaro-Borsa, J. (2021). Childbearing Motivation Questionnaire: adaptación y evidencias de validez en Brasil. *Psico*, 5 (4), 1-15.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178112>

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Herder.

Apéndices

Apéndice A: *Bitácora de Marina*

Jueves 1° de sep.-22

6:30 am

Me levanto

Mi oración de la mañana.

Sintonizo el noticiero

Preparar mi ropa.

Bañarme.

8.15 am.

Le recuerdo a Gabriel que tiene que terminar el trámite de inscripción en el taller de música en la Facultad de Contaduría.

Esta dormido, no me contesta. Insisto me responde con una palabra inteligible.

8:30 AM.

Checo mi tarjeta en el ***

Preparo mi equipo, limpio mi lugar, saludo a mis compañeras como van llegando.

9:00 am.

Tomo un ligero desayuno en el comedor.

9.30 am a 10.30 am.

Revisar, enviar correos.

10:30 am.

Le mando wasap a Gabriel, recordándole que me alcance para acudir al banco.

No contesta, supongo que está dormido.

10:30 a 12:30 am.

Tengo actividades diferentes, en mi trabajo.

12:30 am.

Le llamo a Gabriel para saber a que hora llega porque tengo una junta virtual.

12:30 pm.

Me contesta de mala gana, adormilado y me pregunta de, ¿qué estoy hablando?, me sorprende y le recuerdo que tiene que finalizar el trámite de inscripción del taller, parece que olvidó que es último día, le pregunto si ¿lo va a hacer?, me contesta que... a lo mejor. Le explico que necesito saber a qué hora para programarme y me dice que le mande el dinero, le respondo que dinero no le daré, que será el pago en efectivo en el banco. Y me dice que me avisa.

Es una actitud muy de él, cancelar los planes, proyectos, etc. En el último momento, es como auto sabotearse, yo le digo que “muerde el cordón umbilical”, porque, aunque suene raro, esa fue la causa que provoco que naciera antes de tiempo y de emergencia.

1:30 pm.

No llamo ni aviso nada.

1.30 a 2:30 pm.

Tengo junta, no puedo revisar el teléfono.

2:30 pm.

No escribió, llamó, ni aviso.

Decido olvidar el asunto dando por hecho que es su decisión perder otra oportunidad.

3:00 pm.

Checo salida del Instituto

3:10 pm-

Me escribe y explica que no puede ir al banco porque va a dar una clase de guitarra a un niño, en la casa a las 4:00 pm. Ya no le insisto, solo ok.

3:20 a 4:30 pm

Voy a comer (no en casa)

4.30 pm.

Regreso a casa, Gabriel esta con una persona en su cuarto hablando de guitarras.

5:00pm a 6:40 pm

Salgo de casa a atender una persona en el *** (Tanatología)

7:00 pm.

Gabriel esta solo tocando guitarra a todo volumen.

7:00 a 8:00

Voy a correr a CU como todos los días que puedo, pero antes busco un lugar seguro donde guardar mi cartera, donde no la encuentre mientras no estoy.

8:20

Regreso, Gabriel sigue tocando guitarra a todo volumen.

9:00 pm

Le pregunto a Gabriel a si va a cenar.

No me contesta.

10.00 a 11:00

Me preparo a dormir, mis oraciones nocturnas, reviso el alimento del gato.

11: 00 pm.

Gabriel dejo de tocar guitarra, ahora es un programa de internet que le gusta mucho donde hay mucha risas y palabras altisonantes.

12:00 pm.

Sigue con el mismo programa, parece que son de YouTube, uno tras otro.

12:30 pm.

Le pido que por favor baje el volumen y si lo hace, pero por momentos parece que se sube sin querer el volumen.

1:40 am.

Me despertó una variación de volumen con risas. Espero ya no despertar, porque el sueño me cobra factura en las mañanas.

Sábado 3 de Sept.

Desperté 6:30 am.

Mi oración de la mañana.

Estoy cansada y desvelada, anoche el ruido en el cuarto de Gabriel ceso hasta las 2:30 am, escuchó música, movió muebles. El ruido es muy perceptible ya que nos separa media pared y una puerta de madera que se canceló con candado.

En la madrugada cuando Gabriel fue al baño, percibí un ruido fuerte de tuberías que sucede cuando se desajusta la válvula de admisión del retrete y se me fue el sueño, pensando en que tengo que arreglarla nuevamente antes de que se convierta en tema de discusión con los vecinos, ya sucedió en otra ocasión, también me entretienen otros pensamientos acerca de finanzas.

Estuve una hora planeando la forma de arreglar la situación del baño, lo puse en mi prioridad de sábado y me dormí.

Desperté 7:30 Horas.

Necesitaba tomar una colación porque tomo metformina y prevengo una baja de glucosa. Olvide esconder fruta y leche para mí, lo que tenía comprado se lo comió anoche Gabriel, aunque sabe que no se debe terminar lo que hay para todos.

Un café servirá mientras abren tiendas para obtener algo.

08:00

Me quede encerrada, no están mis llaves y Gabriel cerro con las suyas, le pedí que me preste las suyas. No me contesta.

Utilicé la puerta de garaje, ya obtuve lo que necesito para desayunar y tomar mi medicina.

09:30 am.

Le avise a Gabriel que el desayuno estaba listo, no me contesto.

Ya desayuné y deje preparado para los demás.

Empecé a desocupar el refrigerador y preparar la basura orgánica, para depositarla con el personal que pasara en el transcurso de la mañana.

10:20 am.

Limpie, regué y desbroce las plantas de interior y exterior.

10:30 am.

Llegaron amigos de Gabriel, se levantó, no me saludo ni siquiera me miro y les abrió para que pasaran a dejar cosas a nuestro patio.

10:50 am.

Le pedí que tirara en la coladera una cubeta de agua sucia que dejo en el patio desde hace una semana, no me contesto, aventó el agua sucia en medio patio, dejo allí la cubeta y se metió a su cuarto a seguir durmiendo.

11:00:00 a. m. A 13: 30 pm.

Me puse a lavar muchos trastes y me di cuenta de que Gabriel quemó una sarten nueva de teflón, me imagino que la sobrecalentó al hacer alguna cosa para comer.

Lave, refrigerador, pisos de la casa, medio baño, recoger basuras, limpiar polvo, barrer y lavar patio, ropa, etc.

13:00 A 14.30 pm.

Platiqué con mi hija para hacer una estrategia para mantener el aseo de casa en general, y evitar el desgaste físico que genera en mí, para que los días de descanso pueda acceder otra actividad o a proyectos propios, y no dedicar demasiado tiempo a trabajo de limpieza y mantenimiento. Repasamos el plan de reorganización, que nos beneficia a todos y lo revisamos frente al cuarto de Gabriel, que tiene una cortina como puerta así que estoy segura de que escucho muy bien. Este es el plan para recordar.

1.- Apoyar para la comida, al menos con uno de estos conceptos : gasto, compra, preparación o lavar trastes, así como mantener limpia, la estufa y piso.

2.- Apoyar con el gasto de servicios, como agua, teléfono, internet, luz, gas, jabón, etc.
3.- Apoyar con limpieza de casa y de los espacios que usa cada quien y los de espacios generales etc. Como: 1/2 baño, barrer patio y banquetas, limpieza de arena de gato y mantenimiento de la casa en general.

4.- Respetar las cosas ajenas. Avisar si alguien llegará o se quedará alguien en la casa.

5.- que todo mantenga orden al finalizar las actividades.

Tome una decisión que no había puesto en práctica, no voy a pagar internet este mes, si lo cortan quizá pueda darse cuenta de que los servicios tienen un costo, espero que la reacción no sea muy violenta.

3:40 pm.

Gabriel salió de su cuarto, no me dirigió la palabra, fue al baño, tomo su guitarra y se salió, es probable que haya ido a tocar a los camiones, actividad que realiza algunas veces.

4:00 pm.

Preparé comida y me senté con mi nieta, su mama tenía que salir.

Mientras regresa mi hija, estoy revisando mi computadora, creo que está fallando un poco, y también reviso mi agenda y proyectos personales.

5:00 pm.

Regreso Gabriel, entro por la puerta del garaje, no me dirigió la palabra, trae su guitarra acústica. Se encerró una vez más.

6:00 pm.

Regreso mi hija mayor y vamos a ir al centro comercial a comprar víveres.

Gabriel está encerrado tocando guitarra eléctrica a volumen fuerte.

No comió.

8:30 pm.

Le pedí a Gabriel que me comprar un garrafón de agua grande. No me contesto.

Mi hija mayor se lo pidió y a ella le dijo que si y lo hizo.

8:40 pm.

Le ofrecí de cenar a Gabriel, me contesto (desde su cuarto) que no, que no tenía hambre.

9:11 pm.

Yo voy a realizar una tarea de un taller que estoy cursando.

Gabriel está en silencio en este momento.

10:25 PM.

Creo saber porque Gabriel me está evadiendo, (es clásico), 1ª. No concluyo la inscripción del curso de música al cual envié correo y que me pidió que le apoyara, 2ª. No se quiso levantar para acompañarme a la sesión de terapia, que ya había aceptado. 3.- Desapareció mi pistola de pelo.

Gabriel empezó a tocar la guitarra con volumen alto.

11.00 pm.

Me dormiré.

1:30 am

Esta prendida la computadora de Gabriel con un programa de risas. Me desperté.

2:30 am.

Ya se apagó el sonido en el cuarto de Gabriel.

Me dormiré.

Apéndice B: Guion de entrevista para el estudio: “Construcción de la identidad sexual en personas de la comunidad LGBT+”

0. ¿Qué entiendes por identidad sexual?
1. ¿Cómo construiste tu identidad sexual?
2. ¿Qué sucesos y personas consideras que promovieron o impidieron el desarrollo de tu identidad sexual?
3. ¿Existen personas cercanas a ti que influyan en la manera en la que expresas tu identidad sexual hoy? ¿De qué manera?
4. ¿En qué lugares y situaciones te sientes cómodo expresando tu identidad sexual? ¿Por qué?
5. ¿Sientes que tus procesos han influido en cómo te relacionas con las demás personas?

Apéndice C: Resultados del estudio: “Construcción de la identidad sexual en personas de la comunidad LGBT+”

Categorización por temas y orden de frecuencias

Tema 0. ¿Qué entiendes por identidad sexual?

- 0.1 Construcción de la personalidad
- 0.2 Deseo
- 0.3 Afecto
- 0.4 Contexto/cultura
- 0.5 Identidad de género

Tema 1. ¿Cómo construiste tu identidad sexual?

- 1.1 Acceso a la información
- 1.2 Amigos y familia
- 1.3 Entorno
 - 1.3.1. Universidad
- 1.4 Experiencias
- 1.5 Género
- 1.6 Figuras mediáticas

Tema 2. ¿Qué sucesos y personas consideras que promovieron o impidieron el desarrollo de tu identidad sexual?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 2.1 Promovieron | 2.2 Impidieron |
| 2.1.2 Relaciones de pareja | 2.2.1 Cultura |
| 2.1.3 Amigos | 2.2.2 Escuela privada |
| 2.1.4 Escuela pública | 2.2.3 Padres (padre y/o madre) |
| 2.1.5 Universidad | 2.2.4 Estereotipos |
| 2.1.6 Familia | 2.2.5 Medios |
| 2.1.7 Feminismo | 2.2.6 Médicos |
| 2.1.8 Contexto | |
| 2.1.9 Religión | |
-

(continúa)

Tema 3. Existen personas cercanas a ti que influyan en la manera en la que expresas tu identidad sexual hoy? ¿De qué manera?

3.1 Familia

3.1.1 Hermanas

3.1.2 Papá

3.2 Amigues

3.3 Relaciones románticas

3.4 Otros miembros de la comunidad

3.5 Exponentes de la cultura LGBT+

3.5.1 Autores

3.5.2 Personajes ficticios

Tema 4. ¿En qué lugares y situaciones te sientes cómodo expresando tu identidad sexual?

¿Por qué?

4.1 Familia/Hogar

4.2 Con amigos

4.3 Zonas de la Comunidad LGBT+

4.3.1 Zona Rosa

4.3.2 Bares Gay

4.4 Escuela

4.5 Trabajo

Tema 5. ¿Sientes que tus procesos han influido en cómo te relacionas con las demás personas?

5.1 Búsqueda de seguridad y comodidad

5.1.2 Espacios

5.1.3 Personas

5.2 Relación con el entorno

5.3 Consumo mediático

Apéndice D: Certificado de participación el XVI Congreso de Posgrado en Psicología



El XVI Congreso de Posgrado en Psicología
otorga el presente CERTIFICADO

a

Alan Alberto Anzúrez Noriega

Por su participación como **ponente en modalidad cartel** con la
presentación del trabajo

Relato de vida: La experiencia de adoptar en una familia homoparental
en el XVI Congreso de posgrado en psicología UNAM
realizado los días 23 y 24 de enero de 2023

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Dra. Lizbeth Obdulia Vega Pérez
Coordinadora del Programa de
Maestría y Doctorado en Psicología

