



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

*POSTURA ÉTICA RELACIONAL EN TORNO A LA VIOLENCIA*

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

P R E S E N T A:

DULCE ANGÉLICA LÓPEZ VILLANUEVA

TUTOR PRINCIPAL: DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

REVISOR: DR. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EXTERNO: MTRA. NORA CLAUDIA RENTERÍA COBOS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUPLENTE: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA.  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA.  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. NOVIEMBRE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al CONACyT por brindarme la oportunidad de ser parte de la Residencia en Terapia Familiar y poder formarme profesionalmente

A mi asesor Alexis Ibarra Martínez por su comprensión, apoyo y sus reflexiones que enriquecieron este trabajo

A mi revisor Ricardo Sánchez Medina por su disponibilidad, compromiso y aportes

A mis profesoras la Mtra. Ofelia Desatnik, Mtra. Rosario Espinoza, Mtra. Susana González, Mtra. Roxana González, Dr. Alexis Ibarra, la Dra. Xóchitl García, Mtra. Nalleli Cedillo, Dra. Nélide Padilla y. Mtra Laura Pérez, por compartir sus conocimientos, ser parte de mi proceso de aprendizaje y enriquecer mi forma de ser terapeuta.

A mi mamá, por el apoyo, el cuidado, el amor y la comprensión

A mi papá, por el amor, el empuje y el interés en mi crecimiento

A Jaz por el ejemplo que me da, la motivación que me impulsa a avanzar y el amor.

A Beto por la escucha, por estar cuando lo necesito, por ayudarme a estar en calma, por el apoyo y las aportaciones en este proceso

A mis compañeros y amigos de la maestría, Bety, Pet, Rebe, Thais, Ari, Josué, Yuki, Meli, y Joss, por las risas, el cuidado y el cariño compartido, fueron un gran regalo de esta etapa.

A Ximena, por el impulso y la motivación. A Eli por el acompañamiento, la amistad y por hacer que este proceso fuera más fácil y divertido.

## Índice

Introducción .....	5
1. Análisis del campo psicosocial.....	7
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	7
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.....	20
1.2.1 Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala.....	21
1.2.2 Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla.....	23
1.2.3 Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.....	24
1.3. Cuadro de familias atendidas.....	25
2. Marco teórico.....	31
2.1. Modelos que guiaron la intervención .....	31
2.1.1. Terapia Centrada en Soluciones.....	31
2.1.2. Terapia Colaborativa.....	42
2.2 Análisis y Discusión del tema que sustenta los Casos Clínicos.....	56
2.2.1. La moral, ética y código ético del psicólogo.....	56
2.2.2 Ética relacional.....	62
2.2.3 Ética relacional y modelos terapéuticos en la terapia sistémica.....	71
2.2.3 Ética relacional y violencia .....	73

3. Casos clínicos.....	80
3.1 Integración de los expedientes de trabajo clínico.....	80
3.1.1 Caso 1.....	80
3.1.2 Caso 2 .....	86
3.2 Análisis y Discusión Teórico- Metodológico de la Investigación clínica.....	104
3.2.1 Análisis del Caso 1.....	107
3.2.2 Análisis del Caso 2.....	120
3.2.3 Conclusiones.....	142
3.3 Análisis del sistema terapéutico total.....	155
 4: Consideraciones finales.....	 160
4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas.....	160
4.1.1 Competencias teórico conceptuales y clínicas.....	160
4.1.2 Competencias clínicas.....	163
4.1.3 Competencias de Investigación.....	165
4.1.4 Competencias de difusión.....	168
4.1.5 Competencias de prevención.....	169
4.1.6 Aspectos Éticos en el trabajo con Familias.....	171
4.2 Reflexión y Análisis de la experiencia.....	175
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y el campo profesional.....	177
 Referencias.....	 179

## Introducción

La Residencia de Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, impartida por la Universidad Nacional Autónoma de México se propone que el terapeuta egresado posea herramientas que le permitan abordar las problemáticas del país, desarrollar habilidades teóricas conceptuales, clínicas, de investigación y prevención, basándose en el enfoque teórico se vislumbran los problemas psicológicos en interrelación con los distintos sistemas y además se considera que la realidad se construye en el lenguaje, retomando el contexto social, cultural e histórico. Así, el presente informe de experiencia profesional tiene la finalidad de mostrar y evaluar los conocimientos y competencias adquiridas durante la formación.

En primera instancia, en el capítulo uno se describe el contexto social, cultural e histórico en relación con las implicaciones que tiene en la composición de las familias y las problemáticas de los individuos. En especial, en la población específica que asiste a las distintas sedes clínicas de la residencia, de las cuales, se detallan sus características principales, aunado a la explicación del proceso singular que se lleva a cabo durante los procesos terapéuticos.

En segunda instancia se analizan dos casos con respecto a ser ético relacional. Este tema, fue elegido tomando en cuenta el impacto que tiene la relación terapéutica en la efectividad del proceso, aunado al cuestionamiento personal sobre lo que es “correcto” o “incorrecto”, en los consultantes que están involucrados en situaciones de violencia. De esta forma, se abordan los elementos necesarios para poder manejar las dificultades singulares que se presentaron en cada uno de los procesos, retomando la responsabilidad del terapeuta en la relación que construye junto con el consultante.

Para llevarlo a cabo, en el capítulo dos se explica las especificidades de los modelos teóricos que se utilizaron como base en los casos seleccionados, la terapia centrada en soluciones

y la terapia colaborativa, incorporando aspectos históricos, epistemológicos, premisas, postura filosófica, técnicas y tareas, dependiendo del caso. Asimismo, se aborda en qué consiste el quehacer del terapeuta con respecto a la ética relacional en situaciones de violencia.

En el capítulo tres, se relatan los dos casos seleccionados, es conveniente enfatizar que el motivo de consulta no era específicamente la violencia, no obstante, en el proceso terapéutico se presentaron dilemas relacionados con esta temática, por lo cual se consideró significativo realizar el análisis. Se relatan ciertos momentos de las sesiones donde se mantuvo una postura ética o podría reflexionarse al respecto, indicando con se abordó o lo que se haría distinto para que tuviera relación con una ética relacional, en la que se identifican algunos elementos como son la construcción en conjunto, incluir los pre entendimientos de los terapeutas y múltiples voces, además de las responsabilidades del terapeuta.

En última instancia, en el capítulo cuatro se reflexiona sobre las competencias y habilidades (teóricas, clínicas, investigación, difusión, prevención y éticas) adquiridas y el impacto que ha tenido la formación a nivel profesional y personal.

## Capítulo 1 Análisis del Campo Psicosocial

### 1.1 Principales Problemas que Presentan las Familias Atendidas

Las familias se encuentran dentro de un momento histórico, con determinadas características políticas, sociales y culturales que se relacionan con la manera en que viven y los problemas que presentan. Por lo cual, se explican algunas problemáticas presentes en el país, mostrando datos específicos sobre el Estado de México, ya que la población que se atiende en las diferentes sedes clínicas de la Residencia en Terapia Familiar pertenece a este lugar.

Algunas de las problemáticas que llegan a afrontar las familias, se encuentran relacionadas con situaciones de índole político y económico. Lo más común es la existencia de salarios precarios y el incumplimiento de los derechos de los trabajadores, lo cual se refleja en un empobrecimiento de las familias de la clase trabajadora, el desempleo, una persistente inseguridad económica para los mexicanos, lo que contribuye a la desintegración familiar, a las migraciones y la violencia en la sociedad y la familia (Ordaz, Monroy y López, 2010).

A propósito, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2018) define a la población en situación de pobreza como aquella que los ingresos que perciben no son suficientes para poder obtener los bienes y servicios necesarios para que sus necesidades alimentarias sean satisfechas, además de presentar al menos una de las siguientes carencias sociales: el rezago educativo, servicios de salud, seguridad social, acceso a la alimentación, calidad y espacios de la vivienda y los servicios básicos en ella. En cuanto a la pobreza extrema, una persona se encuentra en esta situación cuando tiene tres o más carencias sociales, además de que sus ingresos no son suficientes para adquirir los alimentos básicos para tener una vida sana. Los datos obtenidos del CONEVAL (2021) indican que en el 2020 el 43.9% de la población se encontraban en situación de pobreza y el 8.5% en pobreza extrema. Con

relación a los indicadores de pobreza, las carencias de la población son: 28.2% por acceso al servicio de salud, el 22.5% por acceso a la alimentación, el 52% por acceso a la seguridad social y 19.2 % presenta un rezago educativo.

Con respecto a la violencia social que vive México, Mendieta (2019) considera la pluralidad de las violencias como una construcción cultural, en la cual la violencia directa y la estructural se entrecruzan y provocan una degradación social gradual en los territorios, la cual provoca un debilitamiento de los vínculos sociales y pánico social. La autora entiende la violencia directa, como una acción que tiene el propósito de dañar que se da entre dos o más personas y a la violencia estructural, como aquella que se ha normalizado que se manifiesta de forma cotidiana de una forma silenciosa, en la que se reproducen diferencias de poder como el racismo, clasismo y desigualdad de género, donde hay sectores de la población que se vuelven más vulnerables.

En los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021a) de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública se observa que, en el año 2020, se presentó una tasa de prevalencia delictiva de 23 520 víctimas por cada cien mil habitantes. Considerando al robo y fraude como los que se presentan con mayor frecuencia en la población general. Es conveniente considerar que el 88.8% de los delitos cometidos no son denunciados por asumir que es una pérdida de tiempo y desconfiar de las autoridades. Otro dato relevante es que el 58.4% de la población de 18 años y más percibe inseguridad en su delegación y colonia.

Al hablar de violencia, es fundamental establecer que existen diferencias en hombres y mujeres, dadas las construcciones socioculturales sobre género. Con respecto a esto el INEGI (2021b), menciona que la violencia de género no es un problema personal, sino social, y se

considera como una acción u omisión, basada en su género, que les cause algún tipo de daño o la muerte, e incluye, todo acto de violencia física, sexual, psicológica, patrimonial, económica, discriminación basado en la pertenencia al sexo femenino, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Los resultados estadísticos indican que el 70.1% de mujeres de 15 años en adelante ha enfrentado violencia alguna vez.

Con respecto a la diferencia por género en las manifestaciones de violencia el Instituto para la Economía y la Paz [IEP] (2023) indica que desde el 2015 se muestra que 9 de cada 10 homicidios las víctimas son hombres, la mayoría, 10 de cada 11, suceden fuera del hogar esto puede estar relacionado con el aumento de la de delincuencia organizada. Se ha observado que del 2015 al 2019 hubo un incremento del 80%, pero desde hace tres años disminuyeron un 12.2%. En relación a los homicidios hacia las mujeres, 1 de 4 se da dentro del hogar y se relacionan con frecuencia con violencia de pareja. Al igual que en los hombres hasta el 2019 hubo un incremento y después de este año disminuyó, pero solo el 1.8%. Por otra parte, se hace una distinción en los homicidios hacia las mujeres, donde algunos pueden considerarse feminicidios, es decir el asesinato por motivos de género, los cuales han aumentado significativamente en el 2015 se reconocieron 427 y en el 2022 fueron 968, indicando un aumento del 128%, además existe una diferencia en la forma en que sucede, ya que el 42% de las veces sucede por medios distintos a armas de fuego o blancas, lo cual puede incluir, palizas y estrangulamiento. Con estos datos se puede observar que una distinción principal es que la violencia que sufren las mujeres se da tanto en el ámbito público como en el privado (en aquellas relaciones que se esperaría que brindara seguridad y protección), en cambio los hombres solo se enfrentan a la violencia fuera del hogar.

Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, conforman una parte de la población que es vulnerable en cuestión de violencia, considerando como violencia: maltrato físico o emocional, abuso físico o sexual, desatención o trato negligente en el cuidado, lo cual tiene consecuencias en el desarrollo del menor a largo plazo. La violencia que suele surgir en los hogares se encuentra relacionada con descuidos, maltrato psicológico y formas de educación por medio de control, generalmente hacia un rango de edad de los 3 a los 9 años, las niñas y adolescentes son más propensas a sufrir agresiones sexuales por parte de familiares cercanos, siendo los tíos o primos los principales responsables. En cuanto al entorno escolar es más común que, entre los 6 a los 15 años la violencia se manifieste en agresiones psicológicas y daños patrimoniales, después de esta edad se vuelven de carácter sexual o hurtos. En relación con las desapariciones los adolescentes mujeres se encuentran en mayor riesgo, ya que de los casos registrados 6 de cada 10 son mujeres menores de 18 años. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019)

Con estos datos se visibiliza la situación social en la que está la población mexicana y por ende los usuarios de los servicios de la Residencia en Terapia Familiar, que pueden encontrarse en situaciones de pobreza o de vulnerabilidad, en cuestión a la dificultad económica para cubrir sus necesidades o padecer ciertas carencias sociales. Además, experimentar continuamente la violencia social presente en México, considerando que no se puede sustraer de esto, en este contexto y momento histórico. Retomando que la violencia se vive de diferentes maneras según la edad, el género, entre otros factores, ya sea dentro de la familia o fuera de ella. De tal forma que estas problemáticas y las desigualdades que existen en el país, mantienen relación con los diversos problemas psicológicos que presentan las familias.

Ahora bien, es necesario especificar la composición de las familias mexicanas y sus implicaciones, poniendo hincapié en que no hay una sola forma de ser y estar en familia. De manera general se conceptualiza como un conjunto de personas, con relación de parentesco o vinculadas por el afecto y/o afinidad, que la mantiene unidas la inclusión y pertenencia, que persiguen un objetivo en común como la búsqueda del desarrollo personal y colectivo, en la que se procura la seguridad y protección de sus miembros. Una de las ideas que circulan alrededor del concepto de familia es que tiene la función de que sus integrantes tengan estabilidad afectiva, social y económica, como brindar cuidados, cubrir las necesidades económicas, e inculcar valores y hábitos que faciliten su socialización (Ortuño, 2022). Además, en estos vínculos se generan relaciones donde existe la cercanía, dependencia, cuidado y apoyo mutuo, en las que los adultos son responsables de transmitir seguridad y confianza a los menores (Delfín, Saldaña, Cano, y Peña, 2021)

Ortuño (2022) consideran que el contexto económico, social, histórica y cultural, va generando que la familia se adapte a los cambios y con ello modifique su composición, roles y dinámicas dependiendo su entorno y las crisis presentes en él, lo cual implica que a través del tiempo presente características diferentes. Con respecto a esto, se observa que la transformación de la familia tiene relación con: los cambios en la demografía de nuestro país, donde existe una disminución de la fecundidad y el envejecimiento de la población; las modificaciones culturales al tener otra concepción sobre el matrimonio y los divorcios y con ello más libertad de elección; las dificultades económicas y la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

En relación con el aspecto demográfico, Gayet (2022) menciona que han existido cambios en la fecundidad en México, la cual ha disminuido. En las estadísticas recientes del Censo de Población y vivienda indican que han seguido cayendo y que en el 2019 la Tasa Global

de Fecundidad es de 1.9 hijos por mujer, lo cual indica que por primera vez se observa que la fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo poblacional que es de (2.1 hijos por mujer). Esto se puede explicar por el uso de anticonceptivos, la edad del nacimiento del primer hijo y el nivel de escolaridad. Con respecto al nivel de escolaridad, las mujeres con menor escolaridad tienen los niveles más altos de fecundidad, en contraste con las mujeres con educación superior que su primer hijo es a una edad mayor y deciden tener menos hijos. Welte (2015) refiere que la caída acelerada de la fecundidad implica cambios en las condiciones sociales de la población. En este sentido, a las mujeres les permite realizar actividades que no impliquen el ejercer un rol materno.

Aunado a la disminución de la fecundidad, se presenta en nuestro país una dinámica demográfica de envejecimiento y un incremento en la población de personas mayores de 65 años de edad, debido a factores como el descenso de la tasa de natalidad, el decremento en la tasa de mortalidad y al aumento de la esperanza de vida, en 2021 había en México 15.1 millones de personas de 60 años o más en comparación a 1950 que había 1.3 millones, se piensa que el incremento será aún mayor y que para el 2050 se llegaran a 33.4 millones de personas mayores. Al respecto de cómo se componen sus hogares, se observa que en 8 de cada 10 hogares habita al menos un adulto mayor, el tipo de familia que habitan son nucleares o ampliadas, solo en el 16.5% de los hogares habita un adulto mayor sin compañía (Consejo Nacional de Población, 2021).

En los hogares donde los adultos mayores viven con su familia se observa que se establece una convivencia donde existen personas de distintas generaciones, ante esto la familia necesita realizar ajustes para adaptarse a los cambios en los roles y las nuevas dinámicas. Por estos cambios, las personas adultas mayores, pueden estar en una situación de vulnerabilidad, ya que, por el deterioro físico y mental, puede existir una dependencia de sus familiares para cubrir

sus necesidades básicas o cuidar su salud. Además, se ha observado que llegan a vivir violencia por parte de sus familiares con los que tienen vínculos estrechos y de confianza (Ortuño, 2022).

Al hablar de la familia mexicana es valioso especificar sobre la edad en la que se generan las uniones conyugales, el estado civil, el tipo de unión y el porcentaje de divorcio que se ha dado, considerando que la concepción sobre el matrimonio en la población se ha modificado. Con respecto a la edad de las primeras uniones para las mujeres, el INEGI (2017a) muestra que en 1997 la edad de la primera unión se encontraba entre los 19.4 años, en comparación, en el 2014 el promedio era de 20.2 años, lo cual varía según el área, grupo social y escolaridad. En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares del INEGI (2021b) se observa que en el 2021 el 31.7% de las mujeres se unieron por primera vez entre los 20 y 24 años de edad. En estas estadísticas se puede observar que las mujeres deciden tener su primer hijo a una mayor edad, en comparación a otras épocas

En relación con el tipo de unión, Delfín, Saldaña, Cano, y Peña (2021) refieren que a partir de los 60 se han observado modificaciones culturales en cuanto a la concepción de virginidad, fidelidad, matrimonio y familia, lo que ha permitido que se ponga interés en la individualidad y la convivencia, sin necesidad de establecer compromisos para toda la vida, teniendo mayor libertad, de tal forma que si antes se priorizaba el casamiento por el civil y por la iglesia para mantener una vida en pareja, ahora no se ve como única opción y hay apertura para las uniones libres y el divorcio.

En cuanto a la situación conyugal actual de las mujeres de 15 o más INEGI (2022) indica que el 38% están casadas, el 30% están solteras, 20% en unión libre, 8% separadas o divorciadas y el 5% viudas. En estas estadísticas se observa que hubo una disminución de los matrimonios registrados, ya que en el 2019 fueron 504,923 y en el 2020 solo 335,563 matrimonios. Los

divorcios han aumentado en relación con los matrimonios, en el 2000 se divorciaban 7 parejas de 100 que se casaban y en el 2019 hubo 32 divorcios por cada 100 matrimonios y una de las variables que se encuentra vinculadas es el mayor número de personas que viven en unión libre. Al respecto de la unión libre, en las estadísticas proporcionadas por INEGI (2023) indican que han ido en aumento, en el 2000 el 10.2% de la población vivía en unión libre en comparación al 2020 que fueron el 17.2%. Los cambios en el tipo de unión pueden ser indicativo de cambios sociales que han tenido un impacto en las creencias sobre el matrimonio religioso y legal.

Se podría esperar que estos cambios estuvieran asociados al grado de educación, con lo cual se abren caminos hacia nuevas opciones y una de ellas es cuestionar las instituciones como la iglesia y la familia tradicional, no obstante, con los resultados obtenidos se observa que las mujeres de todos los niveles educativos entran en unión libre; en tal caso, la propensión a legalizar es sistemáticamente mayor a medida que el nivel educativo aumenta (INEGI, 2017a). Solís (2013) menciona que el cambio se encuentra relacionado con el desinterés que las personas otorgan a la sanción institucional del Estado y las iglesias como prerrequisito para la vida en pareja, al igual que la unión libre es una alternativa más barata y menos comprometida que la hace atractiva para las parejas que enfrentan dificultades o incertidumbres económicas. Es así que esta forma de convivencia conyugal es de inicio más temprano, más inestable y al mismo tiempo más resistente a la institucionalización, pero en la que se tienen hijos con tanta frecuencia como en los matrimonios. Es probable que al establecer este tipo de convivencia se rechaza la idea de que el matrimonio es la única forma de estar en pareja y que solamente se puede tener una relación en la vida.

Con respecto a las relaciones y las separaciones, en un estudio realizado por Pérez y Sánchez (2018) donde entrevistaron a 200 personas entre 12 a 67 años, encontraron que hombres

y mujeres piensan que cuando una relación es destructiva, ya no hay amor, existe infidelidad o se han alejado sería mejor ya no permanecer en ella, solo algunas de las mujeres consideran que un factor sería que la relación se vuelva rutinaria. Por otra parte, consideran que, si deberían de mantenerse en la relación porque es lo natural, por obligación, amor y seguridad. Y lo que deberían de pensar para continuar en ella es en el amor, respeto, confianza y compromiso. En estos resultados se puede reflejar que, aunque existe la idea de estar juntos por obligación se cuestiona la relación cuando se sobrepasan ciertos límites y se creen indispensables ciertos valores para continuar en ella.

Con respecto a los hogares familiares pueden dividirse de la siguiente manera: 1) nucleares, que se conforman por el núcleo familiar de primera generación, formado por padre y/o madre con hijos o parejas sin hijos, 2) ampliados, compuesto de un núcleo familiar con algún otro pariente y 3) compuestos, que considera a los hogares nucleares o ampliados que incluyen a algunos individuos sin parentesco. En 2015, del total de hogares familiares, 69.7% son nucleares, 27.9% ampliados y 1.0% compuestos. Se ha observado un aumento en los hogares ampliados, pasaron de 26.6% en 2010, a 27.9% en 2015; por otro lado, los nucleares disminuyeron de 70.9 a 69.7%, durante este mismo lapso de tiempo (INEGI, 2017b). En el Censo de Población y Vivienda 2020, se observa que los hogares nucleares siguen disminuyendo, ya que conforman en 61.5%, al igual que los lugares ampliados representados por el 24.3%, los compuestos se mantienen igual en 1% y se contemplan a los hogares no familiares es decir los unipersonales o de corresidentes que corresponden al 13.1% (INEGI, 2023).

Otra de las clasificaciones de los hogares familiares es a partir de sí al existir hijos, la pareja vive junta; refiriéndose a hogar biparental o monoparental. El hogar monoparental resulta de interés, porque ha existido un incremento, en 2010 representaban 16.8% y para 2015 aumentó

a 21.0%. Estos hogares se han caracterizado por las dificultades económicas, la inestabilidad laboral y por estar encabezados por mujeres, en el 2010 el 84% estaban dirigidos por ellas. (INEGI, 2017b). En los datos obtenidos del censo del 2020, se encontró que el aumento de los hogares monoparentales sigue, 22.7 % lo conforman madres con hijos sin cónyuge y el 4.8% por padres con hijos sin cónyuge. Se puede resaltar que la jefatura femenina ha ido en aumento, ya que el 33 % de los hogares se reconoce a una mujer como la jefa de la vivienda, a comparación del 2010 que solo eran el 25% de los hogares (INEGI, 2023).

En todos los tipos de familia influyen las creencias culturales del contexto social en el que se encuentran, Ortuño (2022) menciona que en la actualidad están presentes rasgos culturales tradicionales como: que se considere como jefe de hogar a un hombre, que las mujeres se encargue de los cuidados del hogar y de los hijos, que la educación de los hijos sea desde el autoritarismo o desde la violencia indirecta. No obstante, se han observado ciertos cambios hacia dinámicas con mayor democracia, donde se toma en cuenta la voz de los menores, los conflictos se abordan desde el diálogo y las funciones de proveer y cuidar son más equitativas.

Al respecto de las nuevas ideas en cuanto a lo femenino y lo masculino en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares se muestra que las mujeres creen que las responsabilidades entre hombres y mujeres pueden ser más igualitarias, ya que 91% de ellas cree que ambos deben encargarse de los cuidados, 85.5% considera que ambos deben de contribuir en las tareas de la casa, el 76% indican que ambos deben de traer dinero al hogar. En relación a quien toma la decisión sobre lo que la mujer hace, se cree que la mujer decide en mayor medida sobre cómo se viste (82%), las cosas que compra para ella (73%), salir de su casa (64%) y qué hacer con el dinero que ella gana (56.3%), pero considera que hay decisiones que tendrían que tomarse en conjunto como, si usan anticonceptivos (60%) y sobre el cuidado de su

salud sexual y reproductiva (60%), lo cual podría indicar que aunque ha existido un cambio sobre cómo se conciben los roles de género y la libertad personal, aún hay áreas donde se toman en cuenta a la pareja para tomar decisiones que puede afectar su bienestar (INEGI, 2021b).

Uno de los factores que interfiere en la igualdad de género es el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado y la diferencia que existe entre hombres y mujeres, en el análisis realizado por Rodríguez y García (2020) se indica que la elaboración de la comida y el cuidado a los menores se considera que es una tarea de las mujeres, lo que concuerda con las normas culturales dominantes sobre los roles de género, pero que han estado sujetas a modificaciones, identificando que la inserción de las mujeres al mercado laboral es un factor que influye en que los hombres se incorporen a las labores del hogar. No obstante, en los datos obtenidos del (INEGI, 2021b) sobre la repartición de las tareas se observa que el 63.4% de las mujeres se encargan de los quehaceres domésticos, en comparación, sólo el 0.7% de los hombres asume esta responsabilidad y en 34.8% de los casos es una tarea compartida; en cuanto a hacer las compras y trámites del hogar, las mujeres se encargan el 43.5%, los hombres el 12.7% y ambos el 42.8%, con respecto al cuidado de los niños en el 60% de los casos es la mujer quien lo lleva a cabo, el 2% es el hombre y 38% de los hogares lo realizan ambos.

Ortuño (2022) menciona que en las familias mexicanas sea visto mermado el poder adquisitivo, lo que conlleva que los hombres y mujeres trabajen más tiempo para satisfacer las necesidades familiares, esto ha conllevado un cambio en las funciones y roles de los miembros de la familia, ya que los tiempos de convivencia disminuyen, por ejemplo, los abuelos u otros miembros de la familia, suelen ser los encargados del cuidado y protección de los menores, lo que se relaciona con la modificación de los lazos familiares y vínculos personales, dificultando la

comunicación entre padres e hijos e incrementando la cercanía con las personas encargadas de atenderlos.

Los datos expuestos hasta este punto, coinciden con la Encuesta Nacional de la familia donde los participantes perciben que los principales problemas que están presentes en la familia mexicana son: económicos (40.2%), violencia doméstica (16.1%), falta de tiempo para convivir en la familia (14.9%), problemas derivados de la inseguridad y la violencia (9.3%), drogadicción (6.5%) y falta de atención a los hijos (5.9%) (Wolti, 2015).

Los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Mental refieren que un 18% de la población que vive en las ciudades y que se encuentra entre los 15 a 64 años de edad, tiene algún trastorno como depresión o ansiedad. En relación con los trastornos más comunes se encuentra la adicción hacia algún tipo de droga legal o ilegal, ya que, en nuestro país, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos. En cuanto a los intentos de suicidio se ha registrado el 1.5% de la población adulta lo ha intentado y la tendencia de los suicidios se incrementa (Información científica y tecnológica para el congreso de la unión [INCYTU], 2018). Lo cual concuerda con los datos obtenidos del INEGI (2021c) que indican que en el 2018 fallecieron por suicidio 6 808 personas, a comparación del 2021 que fueron 8 432.

Desde la perspectiva de justicia social se considera que los trastornos mentales y el malestar psicológico no se encuentra asociado únicamente a emociones, estructuras internas de las personas, o con aspectos biopsicosociales, sino que son una forma en que se representa la desigualdad que parten de la estructura social y que tiene un impacto adverso en la salud mental. Estos autores mencionan distintas expresiones de desigualdad que, puede ser por ingreso, género, trato cotidiano donde no se respeta la igualdad y los derechos, de tiempo libre y del entorno

social donde se vive dónde puede haber segregación, violencia y malas condiciones. De tal forma, habrá ciertos sectores de la población que presentan más riesgo de tener algún trastorno mental porque están expuestos a ciertas condiciones que los pone en una situación de vulnerabilidad.

Con respecto a la presencia de problemas dentro de la familia Minuchin (2003) refiere que en las familias se presentan situaciones estresantes provenientes de situaciones externas, cambios originados por la evolución de los integrantes o de la composición familiar o referente a problemas de idiosincrasia. Estas situaciones exigen que se realicen cambios dentro de la estructura familiar para acomodarse a estas nuevas circunstancias, de esta manera, aquellos que asisten a terapia han presentado dificultades para realizar el ajuste necesario.

Como se ha revisado, las características de las familias mexicanas en el momento histórico, social y cultural actual se encuentra vinculado a maneras particulares de relacionarse y ajustarse a las distintas circunstancias. Es el caso de la incorporación de los adultos mayores a la dinámica, la adaptación de los integrantes después de los divorcios, y las nuevas nupcias, así mismo, a las situaciones que se pueden presentar en familias ampliadas, compuestas o monoparentales, la participación de las mujeres al trabajo, además de la reorganización en cada etapa del ciclo vital y las tareas que se han de realizar para ajustarse. Retomando que aun con los ajustes realizados por las familias, se encuentran inmersas en un contexto que no propician condiciones que garanticen su libertad, seguridad y bienestar social y económico, las cuales no son favorables para su salud mental. Esto se ve reflejado en las problemáticas que presentan los usuarios de las clínicas de la Residencia, donde los principales motivos de consulta que se reportan al solicitar el servicio son: disfunción familia, problemas de pareja, ordenar vida,

divorcio, abuso sexual, violencia, agresividad, depresión, ideación suicida, ansiedad, autoestima y dificultades en la comunicación.

## **1.2 Descripción de las Sedes Donde se Realizó la Experiencia Clínica**

Las prácticas clínicas realizadas por la generación diecisiete de la Residencia de terapia familiar se desarrollaron en tres sedes: la Clínica de Terapia Familiar Iztacala, la Clínica del ISSSTE de Medicina Familiar Tlalnepantla y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco.

El grupo es dividido en el primer semestre en dos equipos terapéuticos, compuestos por cinco personas cada uno, desde este momento, se ingresa en las prácticas clínicas como observadores del equipo conformado por alumnos de tercer semestre y la supervisora, en la Clínica de Terapia Familiar Iztacala y en la Clínica del ISSSTE de Medicina Familiar Tlalnepantla. En segundo semestre, la participación fue como terapeuta y equipo terapéutico, la práctica se desarrolló en la clínica de terapia familiar Iztacala y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, donde los supervisores fueron la Dra. Iris Xóchitl García Moyeda y Dr. Alexis Ibarra Martínez, respectivamente. En tercer semestre, las supervisiones fueron en la Clínica de Terapia Familiar Iztacala teniendo como supervisoras a la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, la Dra. Nérida Padilla Gámez, y la Mtra. Carmen Susana González Montoya y en la Clínica del ISSSTE de Medicina Familiar Tlalnepantla bajo la supervisión de la Mtra. Carmen Susana González Montoya, la Mtra. María del Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Roxana Gonzalez S., en este semestre se incluyeron seis compañeros de primer semestre como equipo de observadores. En el último semestre, continuamos en la clínica de terapia familiar Iztacala siendo supervisados por la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde y en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) con el Dr. Alexis.

En todas las clínicas las sesiones son grabadas y se encuentra presente el equipo terapéutico, por lo cual, en la primera llamada con el consultante, es fundamental informarles sobre esta forma de trabajo, poniendo énfasis en la confidencialidad de sus datos y el resguardo de las grabaciones, además de conocer el motivo de consulta. En la primera sesión se lee el consentimiento informado y el reglamento, solicitando que lo firmen antes de grabar el audio y video.

La forma en la que se manejan las sesiones requiere y facilita la participación activa de todos los integrantes del equipo terapéutico y se da en una serie de momentos. Antes de las sesiones, el terapeuta comenta los objetivos que tiene planeados para ese día, recibiendo retroalimentación. En la sesión, el equipo se encarga de aportar observaciones e ideas sobre el proceso terapéutico y la interacción entre el terapeuta y el/los consultantes, por medio del teléfono, escribiendo preguntas en el pizarrón o interviniendo directamente, esto dependiendo de la sede clínica, el supervisor y el caso. Aproximadamente a los 45 minutos de la sesión, se realiza una pausa donde el equipo expresa lo que ha observado, las intervenciones que se podrían realizar o sugerencias de tareas para los pacientes, después se comunica sobre estas reflexiones y/o prescripciones a los consultantes. En ocasiones en lugar de esto, se realizan equipos reflexivos donde los pacientes escuchan la conversación del equipo terapéutico sobre lo que han observado. Para finalizar, el terapeuta realiza su acta de sesión, la cual incluye un resumen y los objetivos para la sesión siguiente, para lo cual es necesario revisar la grabación.

### ***1.2.1 Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala***

La Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala se encuentra en el primer piso del edificio de Endoperio, dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad

Nacional Autónoma de México, ubicada en la colonia Los Reyes Iztacala en el Municipio de Tlalnepantla de Baz.

Ofrece terapia familiar, de pareja o individual. La población que asiste principalmente son estudiantes y trabajadores de la Facultad, habitantes de la zona o pacientes que son referidos de otros servicios (por ejemplo, evaluación psicológica y psiquiatría), los cuales se presentan con motivos de consulta variados. Una de las características de esta clínica es la poca oportunidad de algunos miembros de las familias para asistir a las sesiones en el horario matutino, ya que se empalman con sus actividades diarias, en el trabajo o la escuela.

Los consultantes solicitan el proceso terapéutico, dejando sus datos personales y una breve descripción de su motivo de consulta (para el cual existe un formato establecido) en el buzón que se encuentra afuera de la Clínica, estos datos son registrados en una lista de espera, posteriormente el terapeuta lo cita por vía telefónica. Es así, como el procedimiento de registro se da de manera sencilla, y en ocasiones los terapeutas no son suficientes para atender a todo aquel que solicita la terapia, aunado a que se labora solo en periodo escolar, por lo que existen pacientes que esperan por periodos prologados de tiempo para que un terapeuta se comuniquen con ellos.

En la clínica se cuenta con tres habitaciones, una de ellas se utiliza solo como oficina, la segunda se emplea como consultorio si se llegan a tener dos pacientes al mismo tiempo, para lo cual se tiene que adaptar llevando un pizarrón y plumones, aunque esto no sucede constantemente. La última habitación, es la que se usa regularmente para las sesiones terapéuticas, ya que se encuentra acondicionada, con la cámara de Gesell, teléfono, el equipo de audio y sonido. Las intervenciones en las sesiones se dan por medio del teléfono, no obstante, en ocasiones los supervisores intervienen en las sesiones directamente.

### ***1.2.2 Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla***

La Clínica del ISSSTE de Medicina Familiar Tlalnepantla, se encuentra en la Avenida Chilpancingo esquina con Jalapa Sin Número colonia Valle Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. Recientemente, el consultorio que se utiliza es de uso exclusivo de la práctica clínica de la residencia y los diplomados en Terapia familiar, ubicado en la planta baja de la institución.

La población que asiste son principalmente trabajadores, derechohabientes o sus familiares. Las problemáticas por las que se presentan son variadas, una de las principales se encuentra asociadas a la adaptación de los nuevos roles que los adultos en plenitud asumen, al vivir solos o integrarse a un nuevo núcleo familiar, además, se presentan aquellos cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas. Otros motivos de consulta son: divorcios, violencia, ansiedad y depresión.

En esta sede, se trabaja en conjunto con el servicio de psicología para la atención de los usuarios de la institución. Es conveniente resaltar que la demanda del servicio es amplia y el ISSSTE sólo cuenta con una psicóloga. La trabajadora social es la encargada de elegir a los pacientes que serán atendidos por la Residencia de Terapia Familiar, de acuerdo con su percepción del nivel de urgencia, ya que el tiempo entre las sesiones es de 15 días y pueden tener mayor número de citas consecutivas.

El consultorio, se adapta para poder trabajar con familias extensas, equipo terapéutico y en ocasiones equipo de observadores. Es poco espacioso y no cuenta con cámara de Gesell. De tal forma que el equipo se coloca detrás de los pacientes y las preguntas sugeridas por las supervisoras son anotadas en un pizarrón. Esta manera de trabajar, en lugar de ser un obstáculo ha permitido que los consultantes perciban a los miembros del equipo como parte del proceso, lo

que no ocurre cuando existe cámara de Gesell, además de facilitar la participación de las supervisoras en la sesión.

### **1.2.3 Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco**

El Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, está ubicado en la Avenida Aquiles Serdán, colonia Ex-hacienda del Rosario, en la alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. El servicio de terapia familiar se realiza en la Sala de Lectura que se encuentra en el tercer piso del edificio del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADIN).

La población que se atiende principalmente son alumnos y sus familiares, aunque el servicio se encuentra disponible para los trabajadores de la institución. Las problemáticas por las que asisten están relacionadas con el aprovechamiento escolar, conflictos entre padres e hijos, dificultades en la adaptación al ciclo vital de la familia con hijos adolescentes, o algunos son remitidos por el jurídico de la UNAM.

El departamento de psicopedagogía es el encargado de canalizar a los alumnos y a sus familias. Por características de esta población, en algunos casos, los padres solicitan el servicio sin que sus hijos estén enterados, la asistencia se da solo por cumplir un requisito o las preocupaciones que plantean los progenitores o la institución no coinciden con la de los estudiantes. También, cuando el alumno y su familia es referido por maestros o el jurídico, se llega a desconocer la expectativa que estos tienen del proceso terapéutico.

El lugar donde se brinda el servicio, es una habitación amplia, donde el consultante y el equipo se encuentran en una misma habitación y la relación suele ser de mayor cercanía. Los cierres de las sesiones se realizan de manera diferente dependiendo del semestre, en segundo se

hace una pausa y después se comentan las reflexiones a los pacientes y en cuarto, se terminan la mayoría de las sesiones con equipo reflexivo.

### 1.3 Cuadro de Familias Atendidas.

A continuación, se presenta la información de los casos atendidos durante los cuatro semestres de la maestría, donde se especifica la sede donde se llevó el caso, si fue terapia individual de pareja o familiar, el modelo utilizado, la forma en que se dio la participación, el número de sesiones que se llevaron a cabo, el motivo de consultas y el estatus del proceso.

**Tabla 1**

*Resumen de los casos atendidos. Primer semestre*

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FES-I	Estructural	Observador	6	Terapia de pareja. Desconfianza y celos	Alta
FES-I	Estructural	Observador	4	Terapia familiar. Consumo de marihuana de uno de los hijos	Proceso
FES-I	Escuela de Milán	Observador	4	Terapia individual. Separación de pareja	Alta
FES-I	Estratégico	Observador	11	Terapia individual. Problemas familiares	Alta
FES-I	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	6	Terapia familiar. Temores por parte del hijo mayor	Alta
FES-I	Integración de modelos	Observador	12	Terapia individual. Dejar de sentirse atrapado y temeroso (a raíz del sismo ocurrido el 19/09/17)	Alta

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FES-I	Estratégico	Observador	6	Terapia individual. Ruptura sentimental	Alta
FES-I	Escuela de Milán	Observador	5	Terapia familiar. Rendimiento académico del hijo y conflictos en casa	Alta
FES-I	Terapia Narrativa	Observador	8	Terapia individual. Situación sentimental	Alta
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	6	Terapia individual y de pareja. Insomnio por ansiedad	Alta
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	5	Terapia individual. Manejar el estrés que implica ser cuidadora de su esposa	Alta
ISSSTE	Integración de modelos	Observador	5	Terapia individual. Desprendimiento del hijo	Alta
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	3	Terapia individual. Divorcio	Alta
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	5	Terapia individual. Ruptura amorosa	Alta
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	1	Terapia individual. Divorcio y preocupación por los hijos	Baja
ISSSTE	Terapia breve centrada en soluciones	Observador	4	Terapia familiar. Duelo por la muerte del padre	Alta

**Tabla 2***Resumen de los casos atendidos. Segundo semestre*

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FES-I	Estructural	Equipo terapéutico	6	Terapia familiar y de pareja. Límites y respeto dentro de la familia	Alta
FES-I	Terapia centrada en soluciones (TCS)	Equipo terapéutico	6	Terapia individual. Problemas de pareja	Baja
FES-I	Estratégico	Equipo terapéutico	3	Terapia individual. Separación de pareja, y preocupación por su relación con la misma	Baja
FES-I	TCS	Terapeuta	4	Terapia familiar. Dificultades en la relación entre madre e hijas	Baja
FES-I	Terapia centrada en problemas	Equipo terapéutico	3	Terapia individual. Ataque de ansiedad	Baja
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	5	Terapia familiar. Mejorar relación entre madre e hija/ Ideación suicida	Alta
CCH	Estratégico	Equipo terapéutico	8	Terapia familiar. Intento de suicidio tras extorción online	Alta
CCH	Estratégico	Equipo terapéutico	3	Terapia individual. Depresión	Alta
CCH	Estratégico	Equipo terapéutico	9	Terapia familiar. Bajo rendimiento, comportamiento irritable y episodios de tristeza por parte del hijo	Alta

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
CCH	Estratégico	Equipo terapéutico	10	Terapia familiar. Problemas en rendimiento académico del hijo	Alta
CCH	TCS	Terapeuta	10	Terapia familiar. Mejorar la relación madre e hija	Alta
CCH	Estratégico	Equipo terapéutico	3	Terapia familiar. Mejorar la relación madre e hija	Baja

**Tabla 3**

*Resumen de los casos atendidos. Tercer semestre*

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	8	Terapia individual. Amor propio y poner límites a la ex pareja	Alta
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	3	Terapia familiar. Motivo de consulta pendiente	Alta
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	4	Terapia de pareja. Problemas de pareja	Alta
FES-I	Terapia con orientación estratégica	Equipo terapéutico	5	Terapia individual. Ansiedad	Baja
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	5	Terapia familiar. Crisis por separación de padres	Alta
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	8	Terapia individual. Ansiedad	Alta
FES-I	TCS	Co-terapeuta	1	Terapia individual. Problemas de adicción y violencia de pareja	Baja

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FES-I	TCS	Terapeuta	8	Terapia de pareja. Hablar sobre su papel de padres y de pareja	Alta
FES-I	Estructural	Co-terapeuta	4	Terapia familiar. Sobrellevar el diagnóstico de epilepsia	Alta
FES-I	TCS	Equipo terapéutico	7	Terapia familiar. Mejorar la relación con su hija	Alta
ISSSTE	TCS	Equipo terapéutico	2	Terapia familiar. Motivo de consulta pendiente	Baja
ISSSTE	TCS	Co-terapeuta	3	Terapia individual. Motivo de consulta pendiente	Alta
ISSSTE	TCS	Co-terapeuta	3	Terapia individual. Motivo de consulta pendiente	Alta
ISSSTE	TCS	Equipo terapéutico	6	Terapia individual. Depresión por separación	Alta
ISSSTE	TCS	Equipo terapéutico	2	Terapia individual. Dificultad para dormir	Alta
ISSSTE	TCS	Equipo terapéutico	8	Terapia individual. Superar duelos	Alta

**Tabla 4**

*Resumen de los casos atendidos. Cuarto semestre*

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FESI	Colaborativa	Equipo terapéutico	6	Terapia individual. Gestionar emociones para ayudar a su hija	Alta

<b>Sede</b>	<b>Modelo</b>	<b>Participación</b>	<b>No. de Sesiones</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Estatus del proceso</b>
FESI	Terapia de Resolución de problemas del MRI.	Equipo terapéutico	3	Terapia de pareja. Celos y violencia familiar	Alta
FESI	TCS	Equipo terapéutico	6	Terapia individual. Orientación sobre cómo manejar a su hijo	Alta
FESI	Milán	Terapeuta	2	Terapia familiar. Busca guía para lograr funcionalidad en su familia	Baja
FESI	Narrativa	Terapeuta	1	Terapia familiar. Bajo rendimiento escolar	Alta
FESI	Narrativo	Terapeuta	1	Terapia individual. Problemas familiares, apoyo de tratamiento psiquiátrico por depresión.	Baja
CCH	Colaborativa	Equipo terapéutico	7	Terapia individual y familiar. Mejorar la relación padre-hija	Alta
CCH	TCS	Equipo terapéutico	5	Terapia familiar. Bajo desempeño académico	Alta
CCH	Colaborativa	Equipo terapéutico	5	Terapia individual. Ajuste ante denuncia	Alta
CCH	Colaborativa	Equipo terapéutico	6	Terapia individual. Ansiedad	Alta
CCH	Colaborativa	Terapeuta	6	Terapia individual. Sentimientos de malestar constantes como enojo y tristeza	Alta

## Capítulo 2. Marco Teórico

### 2.1. Modelos que Guiaron la Intervención

Los casos que se analizan, fueron abordados con diferentes modelos. En uno de ellos se utilizó la Terapia Colaborativa y en el otro la Terapia Centrada en Soluciones. Los dos se describen a continuación, mencionando de manera breve su historia, sus premisas, su postura filosófica y las técnicas que utilizan.

#### 2.1.1. *Terapia Centrada en Soluciones*

La Terapia Centrada en Soluciones fue desarrollada, a principio de los años sesentas, en el Centro de terapia familiar breve de Milwaukee, sus principales representantes son Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, uniéndose después otros terapeutas como Bill O´ Hanlon. Se empezaron a experimentar con premisas del M.R.I. de Palo Alto, indagando sobre ¿qué es lo que funcionaba en la terapia breve? (Beyebach, 2013). Así, en un inicio fueron influenciados por las ideas de Milton Erickson, Gregory Bateson y los terapeutas del M.R.I., formando parte de la tradición de terapia breve (Anderson, 2015).

Se contemplaba que los problemas persisten y se forman en relación al contexto en que se producen, de tal manera que cualquier diferencia en la conducta, pensamientos, percepción y/o interacción puede convertirse en una diferencia que resuelva el problema. No obstante, en lugar de centrarse en intervenir en la pauta problemática, se enfoca en la búsqueda y ampliación de las pautas de la excepción al problema, es decir lo que sucede con la persona y su contexto cuando el problema no está presente (De Shazer, 1989).

Berg y Miller (1997) mencionan algunos principios que guían a la Terapia Centrada en Soluciones, haciendo hincapié en que es solo una descripción de aquello que se valora y de sus fundamentos filosóficos, que se encuentran asociados a cómo ven a sus clientes y el cambio.

- *Énfasis en la salud mental y no en la enfermedad.* Se centran en los éxitos que han tenido los pacientes al enfrentarse al problema, así como sus capacidades, recursos y habilidades. De esta manera, se piensa que no es necesario conocer el problema para poder solucionarlo. Se explora las pautas sanas que existen y cómo se pueden orientar para llegar al cambio deseado por los consultantes,
- *Utilización.* Consiste en usar los recursos, habilidades, conocimientos o creencias en favor del cambio. Esto implica interesarse y aceptar el marco de referencia del cliente
- *Una visión atórica, no normativa y determinada por el paciente.* La terapia no se basa en una idea preconcebida acerca de lo que pasa con los individuos que consultan y no busca categorizar. Más bien, ven la singularidad de cada caso, indagando sobre cómo el cliente conceptualiza su problemática y los objetivos que él quiere lograr.
- *Parquedad.* Se refiere a buscar la sencillez en la forma de proceder, aceptando literalmente lo que el cliente relata y eligiendo intervenciones simples y menos invasoras. La premisa base es que un cambio pequeño puede generar otros cambios en la vida de la persona.
- *El cambio es inevitable.* Se concibe que el cambio es parte de la vida, de tal forma que los pacientes no pueden dejar de cambiar. No obstante, el paciente y en ocasiones los terapeutas se concentran tanto en el problema que no se puede identificar los cambios que ya se están presentando. En este sentido, en la terapia se busca aquello que ya es diferente para ampliarlo

- *Orientación hacia el presente y el futuro.* Se piensa que el cambio está en lo que el paciente puede lograr en el momento actual y lo que percibe en un futuro sin problemas. Esto no quiere decir que lo que la persona comunica de su pasado no sea importante, se entiende que es un reflejo de cómo están viviendo actualmente. No obstante, optan por centrarse en el ajuste presente y no en la historia.
- *Cooperación.* Se habla de cooperación en una doble vía, tanto el terapeuta coopera con el cliente y el cliente coopera con el terapeuta. De manera tradicional se piensa que es el paciente el que tiene que realizar acción para seguir lo que espera el terapeuta, desde este modelo se cree que es un trabajo en conjunto.
- *Filosofía central.* Se conforma por tres componentes. 1) No compongas lo que no está roto, 2) Haga más de lo que está funcionando y 3) No siga intentando algo que no funciona, pruebe cosas distintas.

No ponen énfasis en el sistema familiar, ya que implicaría que el terapeuta es un observador que no es influido por los otros y es objetivo. En cambio, se ve la terapia como sistema, incluyendo al terapeuta como parte de lo que observa. Lo que significa que la teoría se centra en los diferentes caminos para que el terapeuta y el cliente sigan juntos, en la construcción de los objetivos y la solución, donde lo que hace uno influye en la conducta del otro y viceversa. En este sentido, se requiere que exista una adaptación entre los integrantes, es decir, que se establezca una relación de confianza mutua, de prestar atención y aceptar la concepción del mundo del otro como válida, valiosa y significativa. El que sea un proceso recíproco, indica que ambos participan, no obstante, es el terapeuta el responsable de hacer que este tipo de relación se pueda establecer. Aunque se facilita al tener en cuenta sus premisas filosóficas, centrándose en

las excepciones, en lo que está funcionando en la vida de la persona y estando de parte del cliente (De Shazer, 1989).

Se piensa que el paciente llega buscando un cambio, el papel del terapeuta es conocer el tipo de relación que se está formando, con el fin de tomar acciones que favorezcan la participación del consultante. Se habla de tres tipos de relación: 1) comprador, que se refiere a que los participantes han acordado un problema y ambos se ven como agentes de cambio, 2) demandante, existe una petición, pero se cree que es otra persona la responsable de realizarlo y 3) visitante, no se identifica una dificultad, es posible que alguien más (familiar o institución) sea el que indique que hay un motivo de consulta. La reacción que el terapeuta puede tomar en estos dos últimos casos, es indagar sobre un aspecto de sus vidas, importante para ellos, en el que consideren que es necesario un cambio y son ellos quienes pueden realizar conductas distintas, buscando al comprador oculto. También, se recurre al interesado en el proceso terapéutico (que suele ser quien deriva) con distintos propósitos: saber cuáles son sus expectativas, refuerce los cambios, sea una fuente de motivación y cooperación, además, que los objetivos que se logren en el proceso terapéutico concuerden con sus expectativas (Berg y Miller, 1997).

Ahora bien, al hablar de lo que sucede en el proceso terapéutico para que se establezca el cambio, se retoma que regularmente son necesarias 3 a 6 sesiones, distribuidas en periodos largos de tiempo. Al inicio se conversa sobre lo que se espera que pase en sus vidas cuando el problema esté solucionado, esto facilita saber qué excepciones van de acuerdo con lo que el cliente pretende lograr. El terapeuta tiene la tarea de orientar la conversación hacia la solución, ya que se considera el experto en la conducción de la terapia. Se cuenta con formas de interrogar que permiten que se comience a centrar en encontrar, ampliar y anclar excepciones (Beyebach, 2013).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) comentan que el comportamiento del terapeuta (lo que enfatiza o ignora y la forma en que formula las preguntas) influye en la percepción del problema y su experiencia. El autor indica que se tiene que conocer y utilizar el lenguaje del cliente, como una herramienta útil en las intervenciones. En este sentido, por medio del lenguaje se puede proponer etiquetas de problemas que no sean patológicas y favorezcan el cambio, así, en lugar de conversar acerca de la depresión, es posible hablar de un periodo de tristeza. También, la manera en que utiliza los tiempos verbales propicia que se hable de las problemáticas en un tiempo pasado, retomando las excepciones como algo que está sucediendo actualmente y conversando sobre un futuro distinto. Relacionado a esto, Beyebach (2006) refiere que el terapeuta facilita que se hablen de excepciones en términos positivos, concretos e interaccionales, por ejemplo, si alguien relata que una semana no estuvo deprimido, se indagará sobre las conductas que sí estuvieron presentes.

Al principio se construye junto con el consultante un problema solucionable. A partir del motivo de consulta que en un inicio presentan, se conocen, sus creencias y teorías, es decir su marco de referencia. No obstante, se cree que no es necesario saber del problema para solucionarlo. Por lo que se mantiene el interés en aclarar qué es lo que se quiere obtener en el proceso terapéutico. Se busca que la demanda sea trabajable, sea algo que pueda conseguirse, se encuentre en las posibilidades de las personas y no en terceros (como el terapeuta o conocidos), además de formularse en positivo. En este sentido se buscan los indicativos de que la terapia está funcionando. Para esto puede ser de utilidad las preguntas de proyección al futuro y de escala (Beyebach, 2006).

El papel del terapeuta se centra en las excepciones. Por lo cual es relevante mencionar que hay dos tipos, las deliberadas y las espontáneas. Las primeras, son aquellas que los pacientes

realizan de manera intencional buscando el cambio. Las segundas se atribuye su presencia a una casualidad (De Shazer, 1989). Las tareas del terapeuta son tres. La primera consiste en permanecer atentos e indagar sobre las excepciones, que pueden presentarse en la descripción de la queja. Se puede llevar a cabo desde el primer momento, por ejemplo, utilizando las preguntas acerca del cambio pretratamiento. Una vez que se hayan encontrado, lo que sigue es *ampliarlas*, es decir, que el paciente describa de forma concreta y en positivo, lo que sucede con él y en sus relaciones cuando esta la excepciones. Al final, se pretende *anclar* la solución, que se refiere a realizar cuestionamientos que ayuden a que el cliente se vea así mismo como el que ha generado el cambio, especificando lo que ha hecho para que la excepción se presente (Beyebach, 2013).

Este modelo ha formulado distintas intervenciones y tareas para facilitar conversaciones que se centren en las excepciones, las cuales se comentan a continuación.

***Preguntas sobre los cambios pretratamientos.*** Al pensar que las pautas de excepciones están presentes, es posible indagar sobre aquello que ha sido diferente desde que se realizó la llamada telefónica. Se puede manejar con el paciente de la siguiente forma “En nuestra experiencia nos hemos percatado que muchas veces los cambios comienzan desde que nos contactan ¿Qué mejorías has notado?”. En la intervención se tendría que cuidar que las excepciones sean de acuerdo con lo que se quiere lograr en sesión. Así mismo, se obtiene mayor beneficio ampliando el cambio y anclándolo (Beyebach, 2006).

***Preguntas presuposicionales.*** Estas preguntas pretenden influir en la percepción que tiene el cliente y orientarlo hacia la solución. Se formulan dando por hecho que el cambio es inminente y que las pautas saludables ya están presentes, encaminando a los clientes a respuestas que promueven y enriquecen sus recursos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos: ¿Qué es distinto en las ocasiones en las que el problema no está presente?, ¿Cómo conseguiste

que sucediera?, ¿De qué manera el que esto ocurra hacen que las cosas vayan de otra forma?, ¿Quién advirtió el cambio? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta que hiciste algo diferente? ¿Cómo es diferente a la forma en que lo hubieras manejado hace un mes? (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

**Proyección al futuro.** Se desplaza a los pacientes a una realidad en la que no exista el problema. Estas preguntas son de gran utilidad para establecer los objetivos, conocer descripciones detalladas de soluciones hipotéticas, además permite reconocer qué de lo que se espera ya está sucediendo en el momento actual. La pregunta del milagro, corresponde a este grupo de intervenciones, su indicación es la siguiente: “Supongamos que usted regresa a casa esta noche y mientras duerme se produce un milagro y el problema se resuelve. En la mañana siguiente ¿Cómo se daría cuenta que se ha producido un milagro?”. Su eficacia se encuentra en la capacidad del terapeuta para indagar sobre todo lo que es diferente, las implicaciones que tendría en sus relaciones y en su vida estos cambios (Selekman, 2005).

**Preguntas escala.** Se busca una medición cuantitativa del problema, de lo que se espera obtener y de las diferencias que se han presentado. Facilita que los clientes puedan visualizar dónde se encuentran en el momento actual, donde quisieran estar y los pequeños pasos que tendrían que dar para lograrlo, lo que indica el supuesto de un cambio y el control que él posee. Además, permite establecer objetivos a largo y a corto plazo, obteniendo descripciones de acciones concretas, además de evaluar el proceso terapéutico. La indicación es la siguiente: “En una escala que va de cero a diez, y en la que el cero representa lo peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿dónde situaría usted el día de hoy?”. Se seguiría indagando dependiendo del objetivo de la intervención. Por ejemplo, ¿En qué número te gustaría estar cuando termine la terapia? ¿Qué harás cuando estés en ese número?,

¿Cuál sería el siguiente paso para que puedas llegar al siguiente número?, si llegaste en un 2 y ahora te encuentras en un 8 ¿Qué fue lo que hiciste para lograrlo?, entre otras (O'Hanlon y Cade, 1996).

**Secuencia de manejo de la situación problemática.** En ocasiones se confunde el buscar excepciones con ser positivo todo el tiempo. Se toma en cuenta que indagar sobre aquello que pasa cuando la dificultad no está presente, se puede realizar con preguntas centradas en las acciones que se han tomado para que la situación no empeore. En esta intervención se refleja cómo es la teoría la que se adapta a cada paciente.

**Tareas.** Las tareas son sugerencias que surgen de lo que se platicó en sesión, para que la familia piense o haga algo que implique una diferencia. Solamente se plantean a aquellos que se muestren dispuestos a hacerlas y se espera que sean lo más sencillas que se puedan. En casos de una relación de visitante, no serían de utilidad por lo que se recomienda solo elogiar (Beyebach, 2013). En la Tabla 5 se describen algunas tareas utilizadas en la Terapia Centrada en Soluciones las cuales fueron retomadas de Beyebach y Herrero (2010).

<b>Tabla 5</b>		
<i>Tareas utilizadas en la Terapia Centrada en Soluciones</i>		
<b>Nombre</b>	<b>Indicación</b>	<b>Utilidad</b>
Tarea de fórmula de la primera sesión	“Nos gustaría que observaran, de aquí a la próxima sesión, todas aquellas cosas que suceden en su familia (pareja/vida) que deseen que sigan ocurriendo”	Cuando no se ha generado información sobre las excepciones u objetivos Ayuda a los consultantes a identificar recursos y fortalezas. Los consultantes parecen un tanto ambivalentes respecto del cambio. En este sentido, la tarea es una forma de «ir despacio»

<b>Nombre</b>	<b>Indicación</b>	<b>Utilidad</b>
Estar atentos a los momentos en que sucede	“Estén atentos a todas las ocasiones en las que se dé una excepción, es decir, en las que en vez del problema se dé alguna de las conductas alternativas que desean”	Focaliza la atención y hacer visible las excepciones Animar a la persona a que actúen Cuando no estarían dispuestos a cumplir tareas más exigentes.
Tarea de predicción	“Todas las noches, antes de acostarse, haga una predicción sobre si al día siguiente será capaz de hacer alguna de las cosas que se ha planteado como objetivos de la terapia. A la noche siguiente, apuntará qué ocurrió ese día.”	Cuando se comentan excepciones espontáneas permite atribuir el control al consultante. Generar información sobre lo que se realizó cuando se presentó la excepción.
Cara o cruz	“Todas las mañanas, al levantarse, lance una moneda. Si sale cara, hará algo de lo que se haya propuesto en la sesión y se fijará en qué efecto tiene. Si sale cruz, puede hacer lo que quiera”.	Facilitar que los consultantes lleven a la práctica las conductas que han descrito al hablar de sus objetivos o sus planes de futuro. Sólo es indicada cuando tenemos una descripción concreta y conductual de lo que la persona quiere hacer.
Fijarse en que podría hacer, pero no hacerlo	“Fíjate en qué ocasiones podrías hacer algo relacionado con tus objetivos, pero no lo hagas todavía.”	Animar a los consultantes a que actúen. Adaptarse a clientes que todavía se muestran ambivalentes ante los cambios.
Simulación del milagro	“Actúe dos días por semana como si el milagro se hubiese producido realmente para después fijarse en qué efecto tiene.”	Facilitar el paso a la acción de los consultantes. Sólo tiene sentido, si durante la sesión se ha descrito de forma concreta y conductual en qué consistiría ese futuro mejor, sea el milagro, un punto más en la escala o simplemente cualquier descripción de cómo le gustaría que fueran las cosas
Tarea sorpresa	“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a la otra persona. No le digas qué es.” “Su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo.”	Facilitar el paso a la acción Prestar atención a las excepciones. Se utiliza cuando en la sesión ya se ha establecido lo que espera del otro.

En un segundo momento, el modelo se orientó hacia la construcción de soluciones que surgían en la conversación entre el terapeuta y el cliente. Anderson (2015) relata que De Shazer y Berg integraron a su práctica terapéutica ideas del lenguaje y los juegos del lenguaje del filósofo Ludwig Wittgenstein. Concebían que el lenguaje crea y es realidad, en este sentido, el problema es una realidad del cliente y la solución se encuentra en un cambio dentro del lenguaje. Así, se busca conversar de soluciones en lugar del problema, donde los relatos de excepciones se expanden y se desarrollan. En palabras de De Shazer (1999) *“Las historias que cuentan estos renarradores (refiriéndose a los terapeutas) ya no son modernas ni científicas. Son historias sobre las narraciones de historias, son un modo de dar nuevas formas a un relato a fin de que las personas perturbadas cambien su propia historia”* (p 20).

De Shazer (1999) refiere que la construcción de la realidad se da por medio del lenguaje. Es en la conversación donde la palabra adquiere sentido, por lo que será diferente según las personas y el contexto. El autor hace la analogía con el texto, explica que no es posible que el lector entienda cada palabra sino toma en cuenta lo que se encuentran antes y después, además del contexto de quien las lee, ya que el significado se relaciona con las experiencias pasadas. Esto también sucede en el diálogo. En este dar sentido a lo que dice o escribe el otro, no se puede estar totalmente seguro que lo que se está interpretando es lo que él quiere decir, de esta forma, se abren espacios donde se permiten una cantidad de malentendidos potenciales que incluyen significaciones distintas.

El problema se considera como el relato que las personas cuentan y los significados que se le atribuye, no existe por sí mismo, sino en cómo se habla de él (Anderson, 2015). Retomando que el hablar del problema seriamente se vuelve cada vez más real, perpetuando la inmersión del cliente en él, lo cual puede ser paralizante, propiciando que se obstruya el cambio. En este

sentido, los terapeutas evitan hablar sobre el problema o su causa, se enfocan en la construcción de soluciones en las conversaciones centradas en la excepción (Tarragona, 2006).

La construcción del significado se da a través del diálogo y la negociación en un contexto específico, intervienen el terapeuta, el paciente, el lugar del encuentro, además de lo que dice cada uno en respuesta del otro. En relación con esto, el cambio ocurre dentro del lenguaje, es decir, de cómo lo que se conversa marca una diferencia que puede hacer una diferencia. Cuando el paciente cuenta su motivo de consulta, los dos construyen el significado que éste tiene. Como se ha mencionado, el terapeuta interviene preguntando sobre aquellos momentos en los que el problema no se encuentra, así, los dos comienzan a construir una solución (De Shazer, 1999).

Es posible que la intención de sus representantes no fue colocar el modelo centrado en soluciones bajo las premisas del construccionismo social, no obstante, se encuentra íntimamente relacionado (Anderson, 2015). De acuerdo con Tarragona (2006) comparte con las terapias posmodernas, narrativa y colaborativa, las siguientes ideas acerca de la realidad, la terapia, el cambio y los consultantes:

- La realidad es construida socialmente.
- En el proceso terapéutico los involucrados participan en una relación de naturaleza reflexiva, en la cual construyen significados en la conversación.
- Consideran que en la conversación terapéutica se pueden liberar aquellas historias que no se han tomado en cuenta.
- No buscan patologías o clasificaciones diagnósticas, en cambio, se encuentran enfocados en las habilidades, fortalezas y recursos.
- Evitan un lenguaje del déficit y la disfunción, se encuentran orientados hacia el futuro y el cambio.

- Conciben la relación terapéutica en condiciones de igualdad, alejándose de las distinciones jerárquicas.
- Construyen una relación con el cliente, pensando que es él, el que es experto en su vida.
- En el proceso terapéutico se co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia.

### ***2.1.2. Terapia Colaborativa***

La Terapia Colaborativa es representada por Harlene Anderson y Harold Goolishian. De manera general se puede pensar en el modelo como una construcción conjunta de diferentes posibilidades y significados, en una conversación particular entre el consultante y el terapeuta, quienes mantienen un compromiso compartido. El papel principal del terapeuta es crear espacios para el diálogo. En esta relación la vivencia del consultante, la comprensión mutua, la polifonía, la reflexión y la incertidumbre se consideran de gran valor (Anderson, s/f).

El entender y poner en práctica esta forma de estar en el proceso terapéutico, no se podría realizar sin adentrarse en la epistemología y las premisas subyacentes. Teniendo eso en cuenta, este modelo se puede comprender en el marco de las críticas posmoderna y el construccionismo social. Esto no quiere decir que sus representantes construyeron la terapia colaborativa para que fuera posmoderna, en cambio, durante el transcurso del tiempo, los cuestionamientos de la práctica y la experiencia fueron configurando su postura filosófica (Ibarra, 2004).

En este sentido Anderson (1997) refiere que al comienzo de su práctica se centraban en utilizar el lenguaje del paciente, es decir, se interesaban en sus valores, prioridades, frases y formas de hablar para usarlos en la intervención, con la intención de que el cliente aceptara la directiva. Como resultado, lo que inició en la aplicación de una técnica, fue configurándose como una forma de estar con los consultantes. Se prestaba atención a las diferentes versiones de

los integrantes de la familia en vez de buscar un consenso entre ellos, percatándose que esta diferencia propiciaba que se escucharan y comprendiera de manera distinta la vivencia de los demás. Se comenzó a colocar en primer lugar a la experiencia de los pacientes colocándolos en el centro del proceso terapéutico. Así el conocimiento del terapeuta pasó a segundo plano, para ser observado, cuestionado y modificado si era necesario. Al mismo tiempo, la incertidumbre comenzaba a formar parte de las sesiones, reconociendo que cada paciente, familia e interacción terapeuta era particular.

Aunado esto, Ibarra (2004) menciona que uno de los momentos claves fue el cambio en la dinámica del equipo terapéutico en un caso considerado como imposible, en el que se habían intentado distintas intervenciones sin obtener resultados. Desafiaron la práctica tradicional de la privacidad y anonimato, al cambiar la luz y el sonido de la habitación, permitiendo que las reflexiones de sus integrantes fueran escuchadas por los consultantes. Lo cual implicó que no se ofreciera una intervención o comentario único, por el contrario, se dio lugar a que la familia pudiera escuchar una multiplicidad de opiniones. Esto propició que la voz de experto se diluyera.

Como se mencionó anteriormente estas ideas forman parte de las terapias posmodernas, es decir, un cuestionamiento de las premisas modernas. En las cuales, se retoma que no se puede acceder a la realidad de manera directa, se considera que es construida junto con los otros, en otras palabras, es una construcción social de naturaleza relacional. El conocimiento visto desde este panorama es dinámico, en creación constante, fluido e interdependiente de los observadores. Esto implica, que el lenguaje tenga un papel central no como un medio para describir la realidad, sino como aquella que crea y genera. De tal manera que el significado se va desarrollando en el modo en que usamos la palabra en las interacciones, así construimos y le damos sentido al mundo (Anderson, 2005a). Dicho de otro modo, se entiende que el posmodernismo.

...representa ante todo un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. En suma, el posmodernismo ... se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido... El posmodernismo ve al conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Anderson, 1997, p. 70)

Con el objetivo de aclarar lo que se puede entender como construcción social, se recurre a Gergen (1996a) quien explica que lo que se considera verdad es construido socialmente. Se puede hablar de que algo es real cuando las personas se ponen de acuerdo en ello y en su significado. Por ejemplo, una botella de agua puede tener distintos sentidos desde el marco cultural o social donde se mire, para una persona que tiene sed puede ser un medio para cubrir su necesidad, para el químico un conjunto de elementos y los ambientalistas pueden considerarla una abominación perjudicial para el planeta. Es así que sin alguno de estos marcos el objeto carecería de significado.

Se entiende que en la comunicación con los otros construimos el mundo en el que vivimos. Así, el contexto social y cultural del que se es parte permite entender de forma ordenada y predecible lo que sucede. No obstante, aquello que damos por sentado puede ser cuestionado, lo cual no se refiere a rechazar todo lo que se considera real, sino que abre el camino hacia distintas posibilidades construidas en conjunto. Un ejemplo de ello es el significado que se ha dado culturalmente a la vejez, como un periodo de decadencia, en la que se va perdiendo la fuerza física y se presenta un deterioro cognitivo, pero ¿de qué otras formas es posible mirarlo?

¿podría vivirse plenamente, de tal manera, que sea un tiempo de enriquecimiento enfatizando su potencial positivo? (Gergen y Gergen, 2011)

Con relación a lo que se ha mencionado Andersen (1995) agrega que el lenguaje no es inocente. Es decir, las palabras que utilizamos para comunicarnos expresan significados que están asociados al marco de referencia al que pertenece la persona. Por ejemplo, cuando en un periódico anuncia un feminicidio pueden expresar “aparece mujer muerta” y en ocasiones se hace mención de la hora en la que estaba en la calle o la ropa que traía puesta, esto es un reflejo de la cultura que no responsabiliza al agresor de la violencia ejercida y culpabiliza a la víctima. En este sentido, la función del lenguaje no es solamente para describir una experiencia, también es formativa, en él se incluyen emociones, historias y significados. Es por medio de la conversación que se establece la manera en la que se relaciona con los otros y el mundo.

Asociado con esto, podemos tomar en cuenta que la forma en que se articulan los pensamientos se ve alterada, cuando se pone en palabras. Al momento de decir lo que se piensa, se organiza, reforma y crea algo distinto, ya que se da en un contexto y relación específica (Anderson, 2012b). Tal como mencionaba Harry Goolishian, citado en Tarragona, (2006) acerca de no conocer lo que pensaba hasta que lo hablaba.

Otro concepto relacionado con lo que se ha descrito, es la hermenéutica, en especial acerca del círculo hermenéutico. En general, se concibe como la forma en que se llega a la comprensión, donde influyen las creencias, las premisas y las intenciones de quien interpreta, que dan un significado a lo que se vive, pero llegan a modificarse al encontrarse con novedades, dando una comprensión nueva de lo vivido, en este sentido, la comprensión es la interpretación que se le otorga y no hay una única forma de entenderlo. Lo anterior nos remite al término de pre-entendimientos que se refiere a los supuestos, que se conforman en el transcurso de la vida

en la interacción con otros y en el marco social, histórico y cultura en el cual está inmerso; son utilizados como guía para darle sentido y significado a lo que vive. En la interacción con otros se selecciona lo que se considera relevante según las premisas personales, lo que permite la comprensión. No obstante, al encontrarse con una situación novedosa, con aspectos que anteriormente no se apreciaban o eran significativos, los pre-entendimientos se retroalimentan por la experiencia nueva, de tal forma que se modifican o cambian (Andersen, 1995).

Lo que se ha mencionado anteriormente sobre construccionismo social y hermenéutica se relaciona con el diálogo. Este es un proceso interactivo de interpretaciones, en el que se incluyen reflexiones y cuestionamientos. Es una búsqueda dialógica, donde los significados y las comprensiones, se interpretan, se revisan y se crean. Además, intervienen formas específicas de escuchar y hablar con curiosidad, poniendo atención en la historia y participando con la intención de indagar más acerca de lo que se dice, manteniendo un interés y deseo de entender y de explorar lo no dicho (Anderson y Gehart, 2007). Se concibe como el compromiso que tienen las personas para comprender al otro, en esta relación se da una negociación y exploración en conjunto, los que hablan y los que escuchan reestructuran los significados que se han dado por hecho, dándoles un sentido único, así se considera una conversación generativa (Lock y Strong, 2010).

Por consiguiente, el posmodernismo y el construccionismo social han traído consigo implicaciones para la terapia. Gergen y Warhus, (2003) mencionan que desde este marco se abandona la intención de tener fundamentos, un punto de vista único y singular que predomine sobre los demás, por esto no se busca encontrar la naturaleza del problema, en cambio, indaga múltiples alternativas o distintas voces. Por su parte, Anderson (2014) refiere que se enfatiza el valor que tiene el conocimiento local, es decir, la experiencia, valores y costumbres creados y

utilizados en una comunidad (personas en una familia, escuela, trabajo), teniendo en cuenta que se encuentra influenciados por el contexto y los discursos dominantes. De tal manera, se piensa que no hay una forma correcta de actuar o de estar en el mundo, llegando a considerar que el riesgo de generalizar o pensar en términos de verdades universales puede ser: invisibilizar las singularidades de cada persona o circunstancia, se busque clasificar y así despersonalizar, además de limitar las potencialidades y posibilidades. Aunando en este tema Tarragona (2006) menciona que el terapeuta se centra en entender la experiencia de los clientes en lugar de partir de alguna propuesta teórica. En la relación el cliente es visto como el experto de su propia vida y participa activamente en lo que pasa en el proceso.

Por otra parte, las terapias vistas desde el construccionismo social no consideran que la identidad sea un conjunto de características estables que se encuentran dentro del individuo, en cambio se considera que las personas narran sus vidas de diferentes formas, dando sentido a lo que viven. Así, la identidad se forma en la conversación con otros, de tal manera que se habla de múltiples identidades que son cambiantes. Se retoma como las distintas maneras en que los individuos se relacionan con los demás y con el mundo. Por lo tanto, al abordar las problemáticas no consideran que exista una dificultad dentro del individuo que se tenga que cambiar, por el contrario, se piensa en términos de relación y tienen lugar los factores contextuales. En este sentido la terapia es vista como un proceso conversacional y se concibe que el diálogo es generador de significados, en el cual se permite que las identidades de los consultantes se transformen en aquellas que les facilite entender sus experiencias y que abran distintas posibilidades de ser y relacionarse con los otros (Anderson, 1997).

De forma general, las premisas que sustentan la terapia colaborativa son las siguientes (Anderson y Goolishian, 1996):

1.- *La problemática existe en el lenguaje, en la narración se deriva su significado, los cuales, disminuyen la acción competente (sentido de agencia) y de liberación personal.* Se retoma que los problemas son realidades que se crean con otros en el lenguaje, que son motivo de perturbación, preocupación o queja que se quiere e intentan cambiar. En este sentido, a las experiencias de la vida cotidiana se les atribuye un significado y se narra de tal forma en que le ha impedido encarar las dificultades con libertad, trayendo consigo una sensación de empobrecimiento, donde se ha perdido la capacidad de dialogar y la seguridad de resolver con competencia sus dificultades.

2.- *El sistema terapéutico no lo componen un grupo específico de personas, como una familia, una pareja o un individuo, se distingue por el significado co-creado del problema.* La terapia colaborativa establece que el sistema terapéutico está conformado por aquellos para los cuales la situación es un problema y buscan una solución, independientemente de que sean familia, amigos o integrantes de una institución. En este sentido el terapeuta también forma parte de este sistema. Este grupo se consolida por los distintos significados que le atribuyen cada uno de los integrantes, que tienen relación con la explicación del problema, los dilemas, las ideas de las posibles soluciones, además de las implicaciones que tienen en su vida y en sus relaciones. No se considera que exista una realidad única u objetiva, sino que existen distintas formas de entender y significar un mismo acontecimiento. Es relevante mencionar que se retoma lo que piensan los interesados para determinar en conjunto quién participará y cómo, en cada una de las sesiones, así la composición del sistema- problema está en constante cambio.

3.- *La conversación terapéutica se da en un entrelazamiento de ideas, donde los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la disolución de los problemas.* Al considerar que la realidad se construye, se piensa que en la conversación, donde se comparten los distintos

significados con respecto al problema, se crean en conjunto significados nuevos y se dialoga sobre las distintas posibilidades. En este sentido, no se establece una solución, como una respuesta para el problema, se piensa en que en la conversación los significados van transformándose de tal forma que van dejando de implicar un problema para los consultantes, es decir se disuelven.

*4.- El terapeuta es un participante observador y facilitador del diálogo, quien colabora con preguntas conversacionales, desde una posición de no saber.* Al considerar que los problemas y lo que consideramos real son construcciones sociales, se deja de pensar que el terapeuta tiene un conocimiento privilegiado sobre el problema, más bien se retoma que los consultantes son los expertos en sus propias vidas. Así, la competencia de los terapeutas recae en propiciar que se establezcan conversaciones que generen nuevos conocimientos, participando con preguntas que surgen desde la curiosidad sobre la experiencia personal del consultante y no desde una posición de experto.

*5.-El cambio es la creación de una nueva narración.* En la conversación junto con el consultante, no se pretende descubrir conocimiento, en cambio el objetivo es crear en la exploración conjunta otra forma de darle sentido y comprender las historias contadas, construyendo historias y formas de verse así mismo que no estaban presentes en el diálogo anteriormente.

De manera general el objetivo en terapia es propiciar espacios de conversación dialógica, es decir, una investigación colaborativa. El terapeuta y el consultante participan con su diálogo interno y externo, en este intercambio surgen otras descripciones y significados que abren puertas a nuevas posibilidades. Las diferencias y la diversidad se consideran relevantes, se piensa que, en esta multiplicidad de voces, cada una tiene un significado distinto y es en su conjunto donde se crean significados nuevos (Anderson, 2005a). Con respecto a esto Andersen (1995)

refiere que se dialoga sobre aspectos que anteriormente los consultantes no veían como relevantes, es decir que sea novedoso o insólito y pueda generar una diferencia. Por el contrario, si se conversa acerca de algo conocido o muy inesperado no será significativo para el cambio.

Anderson (1997) menciona los componentes interrelaciones que forman parte del diálogo. Con la intención de explicarlos se ponen en un orden, pero se tiene que tomar en cuenta que se presentan de manera simultánea y superpuesta. En primer lugar, el terapeuta crea un espacio dialógico interno consigo mismo, al escuchar al consultante va interpretando de acuerdo con **sus pre entendimientos**, considerando que sus ideas no son la única perspectiva. Así, participa en un diálogo externo con sus preguntas, dudas o reflexiones que surgen del interés de querer entender o de aspectos que le resultan interesantes y no de teorías preestablecidas del problema o la solución. En esos momentos, se presenta en el cliente un diálogo interno, es decir, ante lo que se ha dicho en la conversación se generan pensamientos o cuestionamientos. Finalmente, estas conversaciones son transformativas y propician que tanto el terapeuta como el paciente hablen de distinto modo con otros y consigo mismos

A propósito, Andersen (1995) refiere que en el diálogo terapéutico los clientes hacen pausas o tienen comportamientos, los cuales indican que se encuentran en un proceso de diálogo interno en busca de significados. El preguntar acerca de lo que se escuchó que está asociado a la reacción del consultante suele ser significativo y valioso en la conversación. Así mismo, al notar que sus propios dichos los mueven se puede indagar sobre el sentido que tiene para ellos esas palabras, por ejemplo: ¿Qué podríamos encontrar si buscáramos más en esta palabra? ¿Si la palabra hablara qué diría? ¿Podría platicarme lo que pensaba al hablar sobre esto? ¿Qué pensamientos pasaron por su mente cuando dijo tal cosa?

Las preguntas que se mencionan no significan que exista una guía que oriente la sesión. Si se quiere mirar desde el modelo colaborativo, no se piensa en técnicas estandarizadas que se apliquen en situaciones específicas, debido a que se considera que cada situación, consultante y proceso son únicos, y lo que sucede en las sesiones terapéuticas surge de la relación. A propósito, Anderson y Goolishian (1996) comentan que los cuestionamientos que generan diálogo, es decir las preguntas conversacionales, pueden ser de utilidad para poner al descubierto lo desconocido e improvisado y lo presentan como posible. Surgen de la curiosidad de querer conocer más acerca de lo que se está mencionando, se presta atención al desarrollo del lenguaje del cliente, buscando entender desde su relato y tomando en cuenta las metáforas que se usan. De tal forma que lo que surja en la conversación sea lo que guíe las indagaciones subsecuentes.

Anderson y Gehart (2007) refieren que el terapeuta presenta maneras particulares para escuchar, oír y hablar con el consultante, que se relaciona con propiciar que participe en el diálogo. Lo hace de forma: 1) *respetuosa*, que no se refiere a una característica interna, más bien, a una forma de estar en la relación donde se comunica al otro que su historia tienen valor, 2) *como un aprendiz*, manteniendo una posición de curiosidad acerca de su experiencia y sentimientos, creyendo genuinamente que puede aprender de él, 3) *para comprender*, es decir, centrarse en entender los significados, tomando en cuenta que al considerar que ya se conoce todo se interfiere con el diálogo, 4) *con cuidado*, refiriéndose a ir despacio y reflexionar sobre lo que se dice y 5) con *espontaneidad* considerando que son procesos relacionales y no técnicas.

Otras maneras en que se facilita el diálogo, están asociadas con, escuchar al cliente contar su historia a su forma y su ritmo; responder a lo que dice y no a los propios pensamientos; prestar atención a las respuestas, sus palabras y comportamientos, antes de continuar; revisar si lo que se está entendiendo es lo que la persona quiere que se escuche; y permitir que respondan

de acuerdo con lo que despierte su interés. Se han utilizado distintas metáforas que tienen el objetivo de explicar esta relación. Una de ellas es hablar del terapeuta como un anfitrión e invitado, se indagan acerca de cómo puede actuar para que el consultante se pueda sentir bienvenido, cómodo y cálido, al mismo tiempo concebirse como el que es recibido de manera temporal en la vida del otro. Además, la autora lo vislumbra como un regalo que le da el consultante al terapeuta conformado por una bola de estambre, el cual se recibe con curiosidad y deseo de que en conjunto puedan aprender sobre él (Anderson, 2009).

La terapia pone énfasis en la manera de relacionarse con los otros, que incluye pensar, hablar, actuar y responder *con* ellos. La palabra que se encuentra asociado es “*witness*” que indica una actividad dialógica, espontánea y relacional sensible al otro, en otras palabras, se piensa en términos de interacción e influencia mutua y no como un simple observador que interpreta desde fuera (Anderson, 2012a) En esta relación, el terapeuta es un participante más, no obstante, no significa que carezca de una intención o de una responsabilidad, sino que se relaciona con una forma de estar con el consultante, es decir, se parte de una postura filosófica (Ibarra, 2004). La cual está conformada por seis características interconectadas que se mencionan a continuación.

***Experticia relacional (el cliente es el experto).*** En la relación que se genera, se considera que el terapeuta y el cliente son expertos en dominios diferentes. El primero es el especialista en propiciar relaciones colaborativas y conversación dialógica, lo que implica, mantener un espacio para la colaboración (Anderson, 2009). El segundo participa con la experiencia de su propia vida, los problemas, recursos y realidad social (Anderson, 2005b). En conjunto desarrollan un conocimiento compartido, que se construye entre los dos. No obstante, el consultante adquiere un lugar central en el proceso de la terapia, participando activamente (Anderson, 2012b). Un

ejemplo de esto, son las interrogantes que plantea Andersen (1995) sobre ¿cómo les gustaría utilizar las reuniones? ¿quién podría o debería de hablar, con quién, de qué temas, de qué manera y en qué momentos? Estas preguntas resaltan que el terapeuta pone en primer plano la voz del consultante.

**No saber.** La postura de *no saber* se refiere a que el terapeuta no tiene acceso a un conocimiento privilegiado, no entiende completamente a otra persona. Así, se le da prioridad al lenguaje del consultante, considerándolo como el punto de partida para la creación de nuevos significados. No se quiere decir que el terapeuta no tenga conocimientos, sino que se valora la humildad y el respeto, dejando que sea el que consulta el que guíe, en mayor medida la sesión. Se recuerda que el creer que se conoce lo que pasa con una familia o un individuo propicia que se busque comprobar la verdad encontrada, por lo tanto, que el diálogo no continúe. Por esto es relevante que las ideas, hipótesis y teorías del terapeuta se encuentren vinculadas con la experiencia del cliente, generando un diálogo interno que surja de una actividad en conjunto (Anderson, 2005b).

Anderson y Goolishian (1996) mencionan que los pre-entendimientos del terapeuta no se niegan o se les da una connotación negativa, se piensa que dependiendo la manera en que se utilicen será su efecto en la interacción. Es posible que la comprensión sea limitada cuando sus prejuicios se den por hecho. Antes bien, si los escucha sin que interfieran en el significado que el consultante hace de su propia experiencia, manteniendo una postura de curiosidad, acercándose a su visión del mundo y su significado, podrían facilitar el diálogo. Al respecto, Anderson y Gehart (2009) comentan que los pre-entendimientos que conforman parte de la conversación, son ofrecidos como material para la reflexión y el pensamiento.

***Ser público.*** Esta característica de la postura filosófica hace recordar que el terapeuta tiene un conjunto de conocimientos (profesionales, personales, teóricos), que en la conversación terapéutica pueden formar parte de los pensamientos privados en forma de juicios, hipótesis, diagnósticos o presentimiento. El ser público conduce a hacer visible, lo que antes se mantenía como ideas solo apropiadas para los terapeutas (Anderson, 2009).

Esta contribución que hace el terapeuta se presenta de manera tentativa, reflejando el interés, respeto y curiosidad que se tiene por la vivencia del consultante, no se pretende que sean indudablemente aceptadas por quien escucha o que guíen la conversación. Además, el comentar los pensamientos puede ser de utilidad para saber si lo que está entendiendo y la forma en que le da sentido a lo que ha escuchado es lo que el consultante realmente quiere decir, ya que no basta con repetir lo que se ha dicho (Anderson, 2005b).

El ser abierto favorece que en la conversación se integre una voz que amplifique los aspectos de los cuales se pueden conversar. Permitiendo que las posibilidades que surjan sean congruentes con el consultante, quien participa activamente, mostrando interés, acuerdo, cuestionando o ignorando las ideas del terapeuta. Al mantener las conversaciones internas sin revelar es probable que se corra el riesgo que el terapeuta no comprenda lo que la persona le quiere decir, además el centrarse en sus pre-entendimientos reduce el diálogo interno a un monólogo. (Anderson, 2012b)

***Ser espontáneo y vivir con incertidumbre.*** Esta forma de estar en terapia implica que no hay una estructura que guíe hacia donde van y cómo pueden lograr los cambios. Se privilegia la incertidumbre de no saber de antemano lo que se construirá en sesión, como se desarrollará la historia, como surgirá la novedad y cual será. Eso solo se verá en la conversación y de la creación en conjunto, lo que dependerá de cliente a cliente, de terapeuta a terapeuta y de una

situación a otra. Esto implica confiar en la naturaleza transformadora del proceso de colaboración y diálogo (Anderson y Gehart, 2007). Asimismo, el terapeuta requiere guíe de una actitud de estar preparado, no en el sentido de planificar diferentes líneas de acción, sino de adoptar una posición que permita reaccionar a cualquier respuesta que venga del otro, se habla de una manera de estar que le permite responder espontáneamente y acorde a lo que se presente (Anderson, 2012b).

***Transformaciones mutuas.*** Al pensar que el diálogo transforma, es imposible creer que solo el terapeuta influye en el consultante y que no se ve implicado en esta transformación. Se pone énfasis en la reciprocidad que hay en el proceso relacional y dialógico, donde ambas partes están siendo influenciadas por el otro, así el terapeuta está también en una situación de cambio. (Anderson y Gehart, 2007) Esto se encuentra relacionado con que el terapeuta participa en la conversación con sus valores, conocimientos personales y profesionales, los cuales observa, reflexiona, cuestiona y cambia, si es necesario (Anderson, 1997).

***Orientándonos a la vida cotidiana.*** Para Anderson (2009) la terapia se da en cierto contexto con una agenda en particular, pero no deja de ser un evento social, parecido a las conversaciones cotidianas y naturales. Para esta autora existen premisas generales sobre las personas y la vida que le han sido de utilidad en la terapia que se mencionan a continuación.

1. Ver a las personas de manera positiva independientemente de su historia y sus circunstancias.
2. Pensar que los individuos tienen recursos para mantener relaciones y una vida sana,
3. Considera que hablar sobre patologías y disfunciones limita el diálogo
4. Percibe como única a cada persona y familia

Resumiendo, al hablar de una Terapia colaborativa, se puede pensar en una conversación dialógica, transformadora y creadora de significados, que amplían posibilidades. Es una relación en la que se pone en el centro al consultante y su experiencia. Es reflexionar acerca de ¿Cómo puedo participar de tal forma que formemos en conjunto conversaciones insólitas que sean generativas? Poniendo énfasis en escuchar, prestar atención en lo que es significativo para el consultante, lo que es para él estar en esta conversación, en fin, dejar que sea el consultante y la curiosidad de conocer más lo que guíe. Lo cual se reflejará en una relación de colaboración.

## **2.2 Análisis y Discusión del Tema que Sustenta los Casos Clínicos**

En este reporte de la experiencia profesional se pretende establecer ¿Cuál es el deber ético del terapeuta en los casos que se analizarán? y ¿Qué postura ética podría retomarse que permitiera ver la experiencia en un contexto específico y vislumbrando las singularidades? Con la finalidad de contestar estas preguntas, se describe y distingue entre lo que es la moral, el código ético del psicólogo, la ética y la ética relacional, centrando la atención en esta última, abordando sus características en los procesos terapéuticos y las implicaciones en situaciones de violencia.

### ***2.2.1. La Moral, Ética y Código Ético del Psicólogo.***

En primera instancia es importante definir entre ética y moral, ya que son términos distintos que tienen una relación estrecha, al punto que se llegan a confundir o se utilicen como sinónimos. Por lo cual, se inicia abordando el término de **moral**, Montero (2001) refiere que proviene del latín *mores* que significa costumbre, y se puede definir como aquellas prescripciones y normas que se espera su cumplimiento en determinada época, sociedad y cultura. Al respecto Rivero (2015) refiere que la moral, son un conjunto de normas que dirigen la conducta individual y social, donde se incluyen valores que son utilizados para juzgar el

comportamiento propio y de otros. Esta autora considera que son de utilidad en un contexto determinado porque se vinculan con necesidades y deseos sociales o personales, no obstante, en ocasiones, no se cuestiona su utilidad en momentos históricos, sociales y culturales diferentes, de tal forma que pueden llegarse a tomar como inquebrantables.

Gergen (1996b) comenta que la forma en que se concibe el mundo actualmente está orientada a enfatizar la individualidad. Al concebir la moral desde esta visión se cree que es inherente a los individuos, si alguien realiza una acción que es considerada como inmoral se adjudica a conflictos dados al interior de la persona o se conciben los actos benéficos como características individuales y para un bienestar personal. En cambio, él piensa que lo moral es una representación de la cultura, de aquellos valores que son importantes en una sociedad, es decir se genera en interacción con los otros en un contexto dado. En relación con esto McNamee (2015) refiere que el sentido de orden moral se crea en una comunidad, al coordinar las actividades, generando patrones o rituales, se establecen estándares y expectativas que sirven para evaluar las acciones propias y la de los demás, de ahí se originan los valores y creencias. No obstante, no se puede dejar de lado que en las interacciones se está rodeado de una historia, una sociedad y una cultura de la cual se es parte. La autora comenta que en cada interacción existen posibilidades de cambio, sin embargo, una forma de mantener un mundo ordenado es mantenerse en lo ya conocido.

Gergen (2009) explica cómo el discurso de lo moral encauza la conducta a lo que se valora como adecuado y bueno, en una sociedad o tradición dada. Ahora bien, no se podría dar por hecho que solo existe una manera correcta de vivir, ya que dependerá del contexto social, histórico y cultural. Así, lo que un grupo considera virtuoso para otro es posible que sea inmoral, ya que en el compromiso con una acción se relega como inferiores otros comportamientos, de tal

forma que es posible que en algunas de las relaciones en la que se es parte las acciones puedan ser consideradas adecuadas y para otras sean inaceptables. En algunos casos para preservar lo que es correcto se puede tener un impulso hacia eliminar las diferencias, es decir en nombre de la virtud se erradica el mal que los demás consideran justo, eliminando la posibilidad de crear en conjunto significados distintos.

Por lo que concierne a la **ética**, Montero (2001) la define como "...el estudio que tiene por objeto el juicio de apreciación en cuanto se aplica a la distinción del bien y del mal y cuyo núcleo central es, y ya lo decía Aristóteles la equidad que se basa en la justicia... supone una reflexión general de carácter social, relacional, de la cual se derivan los mandamientos específicos que cada persona deberá implementar en su conducta cotidiana" (p. 4). Al respecto Rivero (2015) menciona que es la capacidad de reflexionar sobre lo que dicen que es bueno, es una toma de decisiones constata que procura el bienestar propio y del otro. Ser ético implica cuestionar lo que se impone como correcto, es una manifestación de la libertad que se posee, donde se puede estudiar otras formas de actuar considerando las implicaciones que tiene para uno mismo y para los otros.

Así, la moral corresponde las normas, reglas y costumbres que son valiosos para un contexto histórico, social y cultural particular; y la ética, la reflexión personal que se lleva a cabo para elegir cómo actuar en situaciones particulares de su vida cotidiana que tienen como base lo que se considera aceptable o no (la moral). Teniendo esto en cuenta, los **códigos éticos profesionales** son un reflejo de la ética, al ser producto de un análisis de lo correcto o deseable para el bienestar común en un momento específico, tomando en cuenta una forma de considerar el significado de la sociedad, del yo y del otro, de una comunidad particular, pero no dejan de ser el conjunto de reglas de conducta aceptables, que concierne a lo moral y pertenece al campo de

la deontología (Montero, 2001). Considerando que la deontología es el conjunto de códigos, reglas y normas que se exigen a una comunidad profesional en un contexto particular con el objetivo de regular de forma uniforme la conducta de sus integrantes, por ende, revela la moral del gremio (García y Cerón, 2005).

Una disciplina importante en materia de ética, las ciencias biológicas y de la atención de la salud, es la bioética. Los primeros que hablaron sobre esto fueron Beauchamp y Childress, quienes publicaron en 1979 “Principle of Biomedical Ethics” y propusieron cuatro principios básicos, que son: 1) beneficencia, indica que en las acciones que se realice se debe de buscar el máximo beneficio de la persona haciendo un balance entre los riesgos, 2) autonomía, pretende que las decisiones de la personas sean tomadas desde la comprensión y sin control externo, 3) justicia, se busca equidad y que puedas acceder las personas a los derechos que tienen y 4) no maleficencia, implica no dañar física o psicológicamente a otros, de manera intencional (Rotondo, 2017).

En cuanto al Código ético del psicólogo que regula las actividades de México descrito por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) indica las normas y reglas de conducta que se basan en cinco principios éticos, estos últimos se utilizan para resolver los dilemas que se presentan en la profesión, para realizarlo es necesario analizar cada uno de manera interdependientes, dándole prioridad al respeto a los derechos y a la dignidad de las personas. A continuación, se describen brevemente.

a) Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas. Incluye el fomentar, respetar y proteger sus derechos de autonomía, libertad personal, privacidad, autodeterminación y justicia. Tiene derecho a que se aprecie su valor innato como ser humano y que se reconozca que no disminuye por su raza, cultura, idioma, discapacidad mental, nivel socioeconómico, orientación

sexual, religión, género, etc. El trabajo con los individuos debe ser tratado como un fin en sí mismo, y no un medio para alcanzar un fin.

b) Cuidado responsable. Se busca el bienestar y se evita el daño de cualquier individuo, familia o comunidad, de tal forma que el psicólogo debe tener las competencias necesarias para realizar su quehacer profesional, y las emplea para el cuidado de quien se encuentra bajo su influencia, reconociendo sus prejuicios que sesguen sus acciones, interpretaciones o recomendaciones, además de aplicar métodos y procedimientos que sean más beneficioso para la persona y evitar aquellos que dañen o no ayuden. En el tipo de daño se incluye la humillación, el miedo, el dolor a la autovalía, a la confianza, a la integridad personal, la seguridad física o la pérdida de su autonomía.

c) Integridad en las relaciones. Los actos del psicólogo deben ser honestos y buscar la objetividad siendo consciente de que su propia historia y prejuicios pueden ser un sesgo.

d) Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad. Busca aumentar el conocimiento y promover el bienestar de los ciudadanos, por medio de métodos y procedimientos éticos.

En este sentido se utiliza el Código ético para establecer una forma correcta de actuar, con la intención que nuestros actos sean benéficos para otros. De esta manera, se utiliza la moral que se establece en la comunidad de psicólogos para realizar esta reflexión ética, donde se realiza una deliberación tomando como base estas reglas y normas. En lo concerniente a la práctica clínica Anderson (2001) refiere que los principios éticos son discursos profesionales que rigen el quehacer del psicólogo, donde se ha incluido la voz del profesional, pero se ha relegado la de los clientes. Al no tomar en cuenta que la ética es relacional se corre el riesgo de pensar que solo hay una manera de actuar, de hacer las cosas correctamente y que no tiene posibilidad de transformación, dejando de lado a los consultantes. Coincidiendo con esta postura McNamee

(2015) retoma que el código ético es una construcción producto de la relación de esa comunidad en particular, que se ha manejado como si fuera una verdad absoluta en todos los contextos, queriendo mantener prácticas estandarizadas en cuestiones éticas, privilegiando el código ético sobre los valores que para las personas son importantes. A todo esto, Holmes citado por Anderson (2001) afirma:

Nuestra ética no debería de decirnos que hacer para después simplemente hacerlo. Los terapeutas muchas veces piensan y actúan como si la ética fuera una serie de reglas objetivas; la vida humana es mucho más complicada que eso y nos invita a vivir con incertidumbre. (p. 7)

Al respecto Mendoza (2005) reflexiona sobre el riesgo que pueden existir cuando el profesional considera que los que ellos creen que es lo correcto también aplica para las situaciones particulares del consultante y de forma indirecta pensar que su papel es imponerlo. Por el contrario, la autora piensa que el psicólogo debe de analizar sus valores personales y aquellos que sustentan su método y modelo de ayuda, además de hacer valer la autonomía de los pacientes respetando su sistema de creencias. Aunado a esto, Macías y Laso (2017) critican a la postura basada en principios por partir de la moral común norteamericana y no reflejar el contexto de otras sociedades, de esta manera en su pretensión de ser una teoría moral universal no reconoce la dificultad de su aplicación en diferentes contextos. También es cuestionada por estar orientada hacia el individualismo al privilegiar la autonomía de la persona.

Mc Namee (2015) realiza una reflexión del efecto que tiene el actuar siguiendo premisas desde una postura individual. Indaga sobre los intereses que están en juego al actuar incuestionablemente con la ética profesional, es decir, si la intención es seguir y adaptar lo que se está escuchando a una norma sin tomar en cuenta el contexto, la historia y la sociedad en la que

se encuentra inmerso el terapeuta y el consultante, lo que promueva mantener un sistema ético injusto. Por ejemplo, en casos de la medicación cuando son catalogados como depresivos, ansiosos o con TDAH, es posible que se privilegie el funcionamiento social de la persona, tapando las desigualdades sociales o económicas que esté experimentando.

Al respecto, Montero (2001) analiza **la ética desde una visión relacional**, considerando que su centro se encuentra en la participación del *Otro*. En este marco, para tomar decisiones éticas no basta con utilizar las reglas y normas que se generan en el código ético. Este código brindar una guía de conductas y convivencia digna, pero la concepción del Otro, se encuentra implícita, de tal forma que no se realiza una distinción entre el Uno y el Otro, considerando solo lo establecido en esta comunidad como valioso y deseado, definiendo desde este lugar lo que es negativo e indeseable. En cambio, la autora menciona que lo que consideramos bueno o malo, se construye y depende de la relación que mantenemos con los otros, es decir, se da en la relación. Al retomar la Otredad como diferente al Uno, se partirá desde la distinción y así mismo del diálogo para llegar a lo bueno o malo en una relación singular.

De tal forma, en una postura ética relacional, se toma en cuenta a las personas involucradas para hacer una deliberación ética en conjunto, y no tomar decisiones que impacten en la vida del otro sin escuchar su voz. En el siguiente apartado se explica lo que se considera ser ético relacionalmente partiendo de autores que su epistemología se basa en el construccionismo social y la posmodernidad.

### ***2.2.2 Ética Relacional***

Teniendo una visión relacional y considerando que el lenguaje construye realidades, Gergen (2009) aborda la ética como una manera de ser responsables relacionalmente, que se refiere a la creación conjunta de significados, donde los actos del bien o del mal no existen en sí

mismo, sino que se establece en la relación particular. Para Gergen y McNamee citados por Anderson (1997) el objetivo de la responsabilidad relacional no es solucionar conflictos o cambiar a una persona con defectos, más bien es ampliar el espectro de voces (realidades relacionales).

Con respecto a esto Anderson (2001) menciona que la responsabilidad desde esta perspectiva, no es un proceso que se dé solo en una dirección, aunque participe una persona que tenga mayor jerarquía y poder, la responsabilidad es compartida en la construcción de significados. El peligro de que se considere individualmente puede ser que el discurso se centre en la búsqueda de culpables, donde se adjudiquen o se desligue al cliente de su responsabilidad.

En esta postura relacionalmente comprometida con los clientes requiere enfocarse en lo que hacen el terapeuta y el cliente juntos para ampliar la gama de recursos para la acción, donde el terapeuta esté atento al proceso de abrir posibilidades viables y potenciales. (McNamee, 2009) Así, tener una práctica ética no se resumiría en acciones que realice el terapeuta o en seguir un conjunto de normas o reglas preestablecidas; sino una forma de ser y estar con el consultante. Donde se puede reflexionar acerca de ¿qué podemos lograr o crear juntos en esta conversación? ¿cómo lo estamos haciendo? ¿en qué nos estamos convirtiendo al hacerlo? (McNamee 2015). Es decir, no es una deliberación que se haga fuera del proceso terapéutico en el cual el terapeuta sea el que elija lo que es correcto o incorrecto, en cambio, se privilegia la construcción que se genera en el diálogo sobre los diferentes caminos y posibilidades. En esta relación, la responsabilidad del terapeuta estaría relacionada con una reflexión constante de lo que está construyendo con el otro.

Por lo consiguiente, cambia la concepción que se tiene de la relación terapéutica, porque desde una posición tradicional se considera que la relación que existe entre terapeuta y

consultante es distinta a cualquier otra relación, por ser a nivel profesional y asimétrica. Se entiende que el consultante asiste a sesión dado a una problemática que ha causado sufrimiento, considerando que el terapeuta es el experto en solucionar problemas psicológicos. En esta relación es el terapeuta el que impone una estructura, establece un encuadre para establecer las reglas que se necesitan seguir en el proceso psicoterapéutico Y establece lo que se tendría que realizar para alcanzar las metas terapéuticas (Barkley, 2017).

Ante este poder que tiene el terapeuta en el proceso terapéutico, la terapia colaborativa, mantienen una reflexión constante sobre esta influencia y control que tiene hacia el otro, lo que implica abordar la postura ética que la guía. En ese sentido, Lynn Hoffman citado en Anderson (1997) comenta que la terapia colaborativa cuestiona la voz dominante designada culturalmente, si no se realiza se puede llegar a decisiones que no tomen en cuenta a las personas que consultan y se mantenga estos contextos más amplios patriarcales, autoritarios y jerárquicos. Así, la dicotomía entre el experto y el que no lo es comienza a desaparecer, donde el terapeuta refrena sus impulsos a controlar e imponer, abriendo el camino a que la voz del consultante obtenga mayor importancia y puedan surgir soluciones generadas en el diálogo. Permitiendo que existan diferentes posibilidades y caminos a lo que antes pudo ser un conflicto entre valores, dejando en un lugar central a la historia y lo que valora el consultante. De esta manera, al reconocer el poder que posee, intenta reducir su impacto al mínimo dándole voz al consultante.

La Terapia Colaborativa reconoce el lugar de poder que el terapeuta tiene en la relación, tal como menciona Anderson (s/f) “se valoran relaciones y sistemas cliente- terapeuta que son más igualitarios y menos jerárquicos”. Lo cual se encuentra vinculado con la forma en que se relaciona con los consultantes y cómo los percibe, es decir con su postura filosófica en la cual se retoma una postura de no saber, de considerar a los pacientes como expertos en su vida y donde

se busca que sus conocimientos sean públicos. Al respecto Monk y Gehart (2003) mencionan que los terapeutas reclaman un enfoque no experto en su trabajo, no indican modos de vida correctos o normales, sino que se basa en lo que es importante y valioso para los consultantes y los significados de sus vivencias, buscando que todos los participantes tengan un espacio en el diálogo, suspendiendo su propio conocimiento profesional, lo suficiente para poder escuchar a los demás, no obstante, es posible que ofrezca de forma tentativa sus observaciones o pensamientos particulares como parte de la conversación, de tal forma que sea de utilidad para la conversación y no se tome como una imposición.

En este sentido hablaríamos de relaciones horizontales, sin embargo, desde este enfoque se considera que el poder no es algo que desaparezca. Al respecto, Hernández (2007) refieren que el conocimiento y las habilidades que posee el terapeuta generan, por sí mismas, que exista una relación jerárquica, ya que la experiencia profesional le otorga poder sobre quien acude a él en busca de ayuda. En relación con la terapia colaborativa, retoma que en la postura filosófica se ve reflejado un conocimiento de alto nivel, en relación con tener la pericia y experiencia necesaria para favorecer que las personas o familia construyan significados distintos a los dilemas y se disuelva el problema. De tal forma se reconoce que el terapeuta no puede renunciar a sus habilidades, información, experiencia, poder y jerarquía que tiene en la relación terapéutica, no obstante, se hace responsable del uso de estos elementos en la interacción con los consultantes, utilizándolos de tal forma que sean la base para el diálogo y la conversación abierta, permitiendo que sean los saberes de los consultantes los que sean el eje del proceso terapéutico.

Tal como refiere Anderson (2001) la ética como una actividad relacional nos invita a considerarla como una serie de principios que se determinan de mutuo acuerdo por las personas

involucradas y que es específica para las circunstancias de los participantes. Así se puede preguntar al consultante ¿es este el tipo de conversación que esperabas que tuviéramos? ¿Hay otra manera en que podríamos o deberíamos estar haciendo esto? ¿hay preguntas que debería hacerte? de esta forma se puede reconocer que el diálogo se construye con el consultante y no es algo que impone el terapeuta.

Andersen (2001) propone que el terapeuta, al encontrarse en este diálogo con el consultante, aborde las maneras en las que se puede colaborar en conjunto, teniendo en cuenta de que se quiere hablar, con quien, y manteniendo curiosidad en sus significados, evitando conversar con quien no lo desea sobre temas que no quieren abordar. Así, al tocar situaciones que generen tensión en los consultantes se podría dialogar sobre ¿Quién podría hablar con quién, sobre este tema, de qué manera, en qué contexto y en qué momento? de tal manera que en conjunto puedan encontrar las respuestas que protejan la integridad de las personas. Pero, habrá momentos en los que nuestras posturas éticas o la postura de la institución, nos lleven a hablar sobre ciertos temas que puedan generar cierta incomodidad para el consultante, sin embargo, se puede establecer en conjuntos en qué circunstancias o condiciones abordarlo, cuidando no imponer.

Una de las críticas a esta forma de estar en terapia es sobre su relativismo, confundiendo con la idea de que todo se vale, a consecuencia de que el terapeuta no tiene una imposición sobre lo que es correcto o no, acusando a la terapia posmoderna con falta de ética por no comprometerse a ninguna postura (Anderson, 2001). Con respecto a esto Gergen (1996b) piensa que el construccionismo no niega la posibilidad de un compromiso moral, más aún comenta que indudablemente el terapeuta seguirá comprometiéndose con acciones que le parezcan buenas y justas según ciertos criterios y reglas, por ejemplo, contemplar los discursos

éticos de la profesión. Lo que deja de lado es pensar en que este compromiso está basado en una verdad incuestionable. Retoma que un peligro de la premisa que el terapeuta tiene una solución para las cuestiones del bien y del mal puede ser el congelar el significado y acallar las voces. Así se estaría interesado especialmente en la reflexión, buscando que el diálogo siga y las construcciones continúen abiertas. Cabría preguntar ¿cómo puede el terapeuta crear este tipo de diálogo y de relación?

Para lograr que el diálogo continúe se puede cuestionar las verdades dominantes que guían a los psicólogos clínicos, como menciona Sermijn y Gergen (2017) la ética construccionista propicia realizar preguntas sobre las verdades dadas por sentado, explorando su utilidad en la relación. Por consiguiente, se obtiene un espacio para considerar alternativas, sobre este tema Anderson (2001) refiere que:

*...la postura posmoderna nos invita a pensar en formas de alternativas a lo tradicional acerca del ser ético. Nos invita a cuestionar y ser cauteloso antes de adoptar definiciones éticas que fueron aprobadas por estándares sociales y discursos profesionales que son vistas como verdaderas y universales. Así mismo, nos invita a una reflexión continua que conlleva una crítica hacia los discursos dominantes existentes fuera y dentro del consultorio. (p.8)*

Por ejemplo, cuando un consultante te llama por teléfono comunicándote que se siente muy mal en ese momento y está planeando cómo puede quitarse la vida, ¿cuál sería la responsabilidad del terapeuta? Siguiendo el discurso profesional a la mejor se buscaría el bienestar del paciente llamando a sus redes de apoyo para prevenir que llegue al suicidio o se pensaría en un tratamiento psiquiátrico de urgencia, estas posturas podrían ser necesarias e importantes para este caso en particular. Pero qué pasaría si antes de que el terapeuta busque soluciones de manera individual busca indagar sobre ¿qué es lo que espera el consultante del

terapeuta en ese momento? ¿de que podrían conversar que les ayude a buscar otras posibilidades?, de tal forma que los conocimientos del terapeuta puedan ser una voz más en el diálogo, pero priorizando la narración del consultante.

De esta forma, el papel del terapeuta estaría vinculado con la búsqueda de ampliar el diálogo a múltiples voces y la suya puede ser parte de ellas. Con respecto a esto, Gergen (1996b) refiere que un recurso en la ética, vista desde el construccionismo social, es aumentar el número de voces, de tal forma que existan otras formas de ver lo que se está considerando un problema, se puedan poner énfasis a distintos significados sobre él y se amplíen la mirada a las consecuencias.

Si el discurso profesional puede ser cuestionado podemos preguntarnos ¿qué lugar tiene el conocimiento del terapeuta? En el diálogo, cada uno de los participantes incluye sus concepciones e interpretaciones de los hechos, en el cual se crean nuevos significados, el terapeuta participa con sus pre-entendimientos, los cuales puede hacer públicos como una voz más dentro de la conversación, así puede hablar de sus cuestionamientos, preocupaciones y prejuicios, sin que estos tengan la intención de guiar o dirigir. En cambio, estas contribuciones se mantienen en una postura tentativa contribuyendo a que exista un espacio para el consultante y lo novedoso (Anderson, 2005a). Es relevante mencionar que, en esta construcción de significados, no solo está en juego la transformación de los valores del consultante sino también los del terapeuta, sobre esto Anderson (1997) menciona que:

... en un proceso de influencia mutua donde el cambio es la consecuencia natural del diálogo, el terapeuta está tan sujeto a cambiar como el cliente... significa que nuestra ética profesional, nuestros valores morales más profundos y apreciados quedan expuestos, cuestionados y sujetos a cambio. (p.144)

En el mismo sentido los equipos reflexivos en donde observadores comparten lo que opinan y sienten sobre lo que se escucha en la sesión terapéutica permite al consultante y al terapeuta considerar y dialogar sobre diferentes versiones. Para que estas múltiples voces puedan ser parte del diálogo, es necesario que se sitúen en un contexto (experiencia, educación, sistema de creencias) y que no tengan el fin de ser consideradas como **verdaderas**, sino conformar una parte de las distintas posibilidades (Fernández, London y Tarragona, s/f).

Por otro lado, se pueden integrar diferentes voces, al buscar, indagar y reflexionar en las distintas relaciones, grupos y contexto social e histórico, en el que están inmersos el consultante y el terapeuta. Retomando que el “yo” se genera y transforma en las relaciones, las personas llevan consigo múltiples voces y modalidades de acción y las acciones realizadas en un momento pueden representar solo un segmento. Al alejarnos de la idea de características personales únicas, podemos recurrir a las diferentes formas de estar en el mundo que son familiares en un conjunto de relaciones, pero no en otros. Esto permite que puedan invitarse a estas diferentes perspectivas que pueden ser parte de la persona en los diferentes contextos, también se pueden llegar a invitar perspectivas adicionales de amigos, familia, ídolos o conocidos que apoyen una postura, generen dudas o que puedas sugerir opciones distintas (McNamee, 2001).

Al pensar que el comportamiento de un individuo cobra sentido en el contexto personal y social se pueden involucrar a las voces de los diferentes grupos de los que forma parte, como la familia, la profesión, el género, la clase social, entre otras. El construccionismo permite cuestionar aquello que un grupo considera verdad, si se indaga en sus raíces históricas puede apreciarse que mantiene su estatus de veracidad por su uso prolongado. Así, podemos percibir estas verdades en un contexto relativo y reexaminar el compromiso incondicional (Gergen, 2009).

Siguiendo por este camino, para el terapeuta se abre la oportunidad de cuestionarse sobre ¿qué voz se está escuchando en este momento? ¿cuáles son las voces que no se escuchan?, ¿por qué predomina tal o cual voz y no tal o cual otra?, ¿qué otras personas podrían dar su opinión sobre lo que está sucediendo?, ¿cómo podemos contribuir a que cobren vida estas potencialidades suprimidas?, ¿la voz que se está escuchando en este momento (del terapeuta o del consultante) en qué contexto cobra sentido? ¿Qué otros grupos pueden proporcionar una voz que abra posibilidades? (McNamee, 2001).

A través de la teoría revisada se concluye que la postura de experto puede ser limitante e invisibilizar otros puntos de vista. La ética vista desde una perspectiva relacional, no considera que el terapeuta sea el que haga una deliberación para solucionar un dilema ético, se busca construir nuevas posibilidades junto con el consultante, esto implica que se mantenga una reflexión sobre lo que se está creando en la relación terapéutica. De esta manera, el cuestionamiento ante una preocupación se asociaría a ¿Cómo lo está viviendo el consultante, según su historia y su contexto? ¿De lo que se está conversando limita o enriquece el diálogo? ¿Qué otras voces pueden generar otras posibilidades?

Así, la responsabilidad del terapeuta en la relación estaría comprometida con crear espacios de conversación que permitan formar nuevos significados y múltiples visiones, manteniendo una postura de no saber, poniendo en el centro al consultante, cuestionando sus entendimientos y contextualizándolos, además de mantener curiosidad sobre lo no dicho.

La ética desde esta postura se considera como una construcción social, que se genera a través del lenguaje con otros, por lo tanto, es fluida y no estática. Es así que al hablar de ética se pasa de una visión individual a una relacional, de tener conflicto entre valores al diálogo, de

centrarse en el discurso profesional, a una construcción entre el consultante y el terapeuta, de guiarse por los discursos éticos de la profesión, a cuestionar lo impuesto.

### ***2.2.3 Postura Ética Relacional y Modelos Terapéuticos en la Terapia Sistémica***

El mantener una postura ética relacional puede tener más sentido con aquellos modelos con los que comparte la misma epistemología, como: la terapia centrada en soluciones orientada en el construccionismo social, la terapia narrativa y la terapia colaborativa. Recordando que la postura ética relacional parte del pos modernismo, que cuestiona la idea de que existe una verdad absoluta, concibe que hay presupuestos que hemos establecido como verdades incuestionables y que tienen sentido en ciertas comunidades y contextos específicos, pero la “realidad” se construye en las relaciones y por lo tanto no puede haber una sola (Anderson, 1997). Por lo que, se entiende que existen ciertos principios éticos que sirven como guía, pero no se pueden tomar como una verdad absoluta pasando por alto las experiencias de las personas con las que trabajamos y la forma en las que ellos viven.

Además, esta postura ética también parte del construccionismo social, en cuanto se considera que la construcción de la realidad se crea socialmente y es a través de la comunicación con los otros que creamos el mundo en el que vivimos, lo que da paso a entender que los significados se crean en conjunto (Gergen y Gergen, 2011). Lo cual se ve reflejado en la ética relacional, al considerar que al enfrentarnos en un dilema ético podemos dialogar sobre los significados y buscar en conjunto posibilidades que aseguren el bienestar del consultante, y que hay que mantener una reflexión de lo que se está construyendo en conjunto.

En la terapia centrada en soluciones orientada en el construccionismo social, la terapia narrativa y la terapia colaborativa, se comparten ciertos principios que van de acuerdo con una

postura ética relacional, ya que se vislumbra que los consultantes son expertos en sus propias vidas, se cree que el lenguaje crea posibilidad, que no hay una verdad absoluta y por lo tanto el terapeuta no puede saber que es lo mejor para el consultante, pero, si puede compartir sus hipótesis y pre entendimientos para generar diálogo, de tal forma que asume el poder y control que tiene en los procesos terapéuticos y busca que exista relaciones más horizontales. En comparación a otros modelos de terapia, como la terapia estratégica, la terapia centrada en el problema y la terapia centrada en la solución en su primer momento, se basan en la intervención de la pauta de interacción para encaminar el cambio, a través de técnicas establecidas en cada modelo para romper la pauta, en la cual el terapeuta influye directamente en el consultante para dirigirlo a sus objetivos terapéuticos (Hernández, 2007).

Por ejemplo, en la terapia centrada en soluciones de la primera etapa, se buscaba entender los significados de las experiencias de los consultantes con la intención de saber cuál sería el mejor camino que el terapeuta tendría que tomar para generar un cambio, una forma en que esto se ve reflejado es al establecer que tipo de cooperación puede tener con el consultante y con ello como establecer los objetos de consulta (Berg y Miller, 1997). En este sentido, el terapeuta es quien posee este conocimiento experto y es quien toma las decisiones sobre lo que es mejor en el proceso terapéutico.

Uno de los autores que habla sobre los aspectos éticos de su modelo es Haley (2012) quien retoma dos dilemas éticos en la relación terapéutica: el intercambio justo y la influencia para que el cliente cambie. En cuanto al intercambio justo comenta que el cliente pide la ayuda y hay un pago por el apoyo humano que le brinda el terapeuta, ante esto la ética tendría relación con tener el conocimiento y poner en práctica las técnicas adecuadas para generar el cambio, de tal forma que la meta final de resolver un problema o desaparecer un síntoma pueda lograrse y que

el intercambio sea justo. Respecto con la influencia para que el cliente cambie refiere que mantener la información sobre el uso de técnicas fuera de la consciencia del cliente ayuda a cumplir el fin de lograr los objetivos de cambio y por el contrario el compartirlas honestamente puede no propiciar el cambio, por el que está pagando el cliente y considera que ningún modelo puede compartir todas sus ideas al paciente.

Esta forma en que se ve la ética en el modelo estratégico de Haley, puede compartir ciertas ideas con la terapia centrada en el problema y la terapia centrada en la solución del primer momento, ya que comparten la visión de terapeuta como experto en intervenir en la pauta de interacción, no obstante, no se encuentra información explícita al respecto, pero puede inferirse que tienen una comprensión distinta a la postura de la ética relacional. Sin embargo, podríamos considerar que en momento donde se presenten dilemas éticos podrían mirarse los casos con los lentes de la postura ética relacional, con la intención de que las posibilidades partan del contexto del consultante o se consideren en conjunto las consecuencias que traerán en su vida seguir con una línea de trabajo.

En el siguiente apartado se relata cómo se concibe ser ético desde una postura relacional en casos de violencia. Sería arriesgado suponer que exista una guía, lo que se menciona a continuación son ejemplos y reflexiones sobre el tema.

#### ***2.2.4 Ética Relacional y Violencia***

La violencia es definida como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Mundial de la Salud, 2002)”. La violencia familiar agrupa a todas aquellas

modalidades en las que entre agresor y víctima mantienen relaciones de convivencia y sentimentales, que ocurre de manera prolongada y pueden ser de naturaleza sexual, física, psicológica, económica y por negligencia. Se incluyen cuatro formas: ejercida contra la pareja, de padres sobre los hijos, de los hijos hacia los padres y la llamada violencia sobre los adultos mayores (Pueyo, 2012).

Garrido y García-Cubillana (2000) comentan que en el ámbito de la psicología ha tenido diferentes formas de concebirse y tratarse. Antes se centraba en los trastornos que presentaban los agresores, considerando la violencia como parte de una enfermedad, por lo que se concibe que la persona no tiene el control de su conducta. En el caso de las víctimas se enfocaba en las consecuencias del abuso, no retomando el contexto en el que se presentaba, no responsabilizando al agresor y de forma indirecta se culpabilizaba a la víctima por no tener las habilidades para salir de esta situación. Cuando aparece el enfoque sistémico describe el problema en términos de las interacciones de los miembros del sistema asociados a la presencia de la violencia, por ejemplo, visto desde el modelo estructural sería un signo de las dificultades que están presentes en la estructura familiar.

Esta mirada sistémica recibió ciertas críticas por no considerar el contexto social, político y cultural. Aportaciones pertenecientes a las feministas en terapia familiar ayudaron a reconocer el papel que tienen las desigualdades de género y a tener mayor sensibilidad a los temas de abuso de poder. En primer lugar, ellas pensaban que describir la violencia como parte de las interacciones familiares podría propiciar que se culpe a la víctima y no se responsabilice al agresor, por el supuesto de que los dos participan de igual manera para que se presente y se mantenga el abuso. Además, aludían al riesgo de aceptar comportamientos violentos, no teniendo una posición clara en contra de estos, relacionado con la postura de neutralidad del terapeuta, en

la que se buscaba no establecer una alianza con algún miembro de la familia. Finalmente, refutaron la idea de centrarse mayormente en el cambio en la estructura familiar, en lugar de priorizar detener la violencia (Macías y Laso, 2017).

Teniendo en cuenta esto se observa la violencia como el ejercicio del poder de dominio, mediante el empleo de la fuerza física, psicológica o económica. En toda relación los individuos contamos con fuerzas (experiencia, confianza en sí mismo, conocimientos, recursos económicos) que nos permiten defender y lograr objetivos, determinadas por el lugar social que se ocupe, indicando el valor asignado según sea el género, la edad, el estatus socioeconómico, el nivel de escolaridad, entre otras. De tal forma que la socialización de las personas es diferente, algunos se les ha enseñado a usar esas fuerzas para su beneficio, sin pensar en la necesidad de los demás, mientras que a otros no se propicia el reconocimiento de esas fortalezas lo que le hace imposible procurar sus intereses. Lo cual favorece relaciones donde se legitima que algunos puedan utilizar su poder sobre aquellos que socialmente han sido colocados en una posición inferior (mujeres, niños, adultos mayores, personas con nivel socioeconómico bajo, entre otros), con el fin de imponer, controlar o castigar, lo que atenta contra la integridad, desarrollo y libertad de otros (Quirós, 2002).

En este sentido la cultura en la que estamos inmersos, mantiene ciertos discursos dominantes que indican los valores y creencias que guían como debería de ser una mujer, un hombre, las parejas y las familias. En relación con esto, las personas construyen una identidad que se acomoda a estas imágenes que imponen los discursos, los cuales favorecen el ejercicio de violencia hacia los grupos que mantienen menor poder (Barbosa, 2014).

Con respecto a esto White (1989) comenta que en estos discursos dominantes se presentan creencias que propician relaciones de opresión, explotación, desigualdad. Por ejemplo,

el considerar que las mujeres son propiedad de los hombres, los cuales pueden tener el control sobre ellas y son ellos quien ocupa una posición superior por orden natural. Lo que atañe a la mujer es posible que pueda experimentar una anulación de su identidad, lo cual la lleva a tener un sentimiento dominante de pérdida de sí misma. En este contexto, la separación para ellas puede ser una cuestión compleja, ya que se enfrentan a la falta de recursos sociales y económicos, en concreto, el acceso a una vivienda, el apoyo de familiares, ingresar al ámbito laboral por falta de experiencia. Además, los estereotipos de sexo, que manifiestan que el valor como mujer sea por mantener una relación de pareja con un hombre o colocarse en una posición subordinada, hacen que la vivencia que tienen del derecho a tener su propia vida sean muy débil.

En resumen, la violencia no se puede ver desvinculada de la estructura social en la que se vive, que perpetúa relaciones de poder donde los hombres se encuentran en una posición superior, lo que permite que sean en mayor medida las mujeres, niños, personas de la tercera edad quienes se encuentran en posiciones de vulnerabilidad y sean quienes más viven violencia, donde los hombres poseen privilegios para ejercerla. Teniendo esto en consideración, se retoma cómo desde la ética relacional se piensa sobre lo que se llega a considerar como dilemas en relación con la violencia, donde de manera general se busca centrarse en los significados de los consultantes, sus vivencias y las distintas voces que pueden integrarse en el diálogo, enriqueciendo la creación en conjunto.

Trujano y Limón (2006) refiere que un discurso dominante que predominan en este momento se ha asociado a que el hombre es violento y la mujer es víctima. El autor sugiere que discursos como este inmovilizan el acceso a una amplia gama de posibilidades, por lo que propone explorar nuevos espacios para el análisis y mantener una crítica reflexiva, permitiendo indagar en los significados no vistos, escuchar nuevas voces y propuestas. Con este autor, se puede coincidir

en que desde una visión relacional no se piensa que exista identidades congeladas como víctima/violento, no obstante, no se puede dejar de lado que la estructura social en la que vivimos las mujeres han estado en una posición de vulnerabilidad, con relación al privilegio y poder que tiene el hombre en la sociedad.

Por ende, el etiquetar a alguien como violento o víctima suele venir de discursos dominantes que asumen que hay una identidad, en la cual las personas mantienen características estables y una sola forma de ser. Si consideramos que el yo es relacional, podemos cuestionarnos sobre todas las formas de estar en el mundo y de relacionarse que no impliquen estas etiquetas, lo cual nos ayuda a no cerrarnos en una sola visión. Por ejemplo, McNamee (2009) relata que en un refugio para mujeres se presentaban deserciones después de la primera entrevista, al analizar el formulario inicial pudieron percatarse que las preguntas iban orientadas a como se presentaba la violencia, resaltando su debilidad para detener el abuso, con preguntas como ¿Con qué frecuencia fueron abusadas? ¿Cuándo era probable que ocurriera el abuso? ¿Cuánto tiempo llevaba sucediendo? Por lo que decidieron cambiar el cuestionario enfatizando otra versión de la historia, indagando sobre la fuerza que habían reunido para ir al refugio, el momento en sus relaciones abusivas cuando habían escapado con éxito, etc.

De igual forma, McNamee (2015) ha cuestionado la premisa de que los terapeutas deben separar automáticamente las familias donde existe violencia. Si esta idea es considerada como un deber indiscutible sin conocer la situación familiar es posible que los consultantes puedan experimentar esta conducta como violenta. Con esto no se quiere decir que el terapeuta no busque que los integrantes de la familia no corran peligro, sino que se contemplan otras formas de avanzar teniendo en cuenta los recursos para que pueda reconstruir su identidad, su relación y

considerar formas diferentes de estar juntos, por ejemplo, se puede explorar en conjunto posibles caminos de acción, preguntando sobre ¿Qué significa seguridad?

Andersen (2001) considera que al encontrarse en situaciones de violencia es importante que el terapeuta esté atento y escuche la disponibilidad del paciente de abordar el tema, además de aceptar la forma en que la persona se le facilite hablar, ya que si no se pone atención en estos aspectos se corre el riesgo de que el diálogo se detenga, o si se aborda la cuestión demasiado pronto se puede contribuir en la situación de forma negativa. El autor menciona que siempre habrá alguien que quiera conversar del tema de una manera u otra.

Por su parte, Kjelberg, Edwardsson, Johansson y Öberg (1995) relatan que el dilema más difícil al que se encontraba su equipo se vinculaba con atender las preocupaciones de las autoridades sociales, que tienen la facultad de intervenir en la vida de las personas, con el propósito de hacer justicia y al mismo tiempo ser un recurso para los clientes sometidos a este control, quienes mostraban resistencia. Notaron que distinguir entre lo bueno y lo malo, el crimen y castigo y rescatar a las víctimas, no podía reflejar la realidad de los consultantes y limitaba el proceso terapéutico. Ante este dilema, diseñaron una forma particular de trabajo la cual consiste en la reunión de las autoridades sociales con la familia, el terapeuta y un miembro del equipo en una posición de reflexión, donde se pretendía que las necesidades, peticiones y consecuencias de cada uno de los integrantes fueran discutidas en un espacio seguro, que no se encontrara limitado por la incomodidad y el temor. Esta forma de trabajar se privilegia la narración y comprensión de las distintas experiencias o múltiples realidades de los involucrados, en una postura de reflexión. Generando un espacio donde cada voz tiene un lugar, en el cual puede dialogarse sobre cada uno de ellas. De esta manera, el poder y el control se distribuyen entre todos los participantes; la expresión del miedo, la ira o la angustia se dan en un entorno

seguro que posibiliten el diálogo; se puede hablar de temas difíciles sin violar la integridad de las personas involucradas, aceptando cada una de las experiencias sin buscar que una sea la correcta; además se aumenta la capacidad de todos para encarar sus dilemas.

Con respecto a la participación del equipo reflexivo en casos de violencia Andersen (1994) refiere que el equipo puede participar en las sesiones con opiniones o cuestionamientos que no se hicieron en el transcurso de la sesión referente a aquellos temas difíciles como el alcoholismo, el abuso sexual, violencia o sobre preocupaciones de los integrantes. El que la familia y el terapeuta escuche estos comentarios, facilita que sean considerados como posibles caminos que se pueden tomar en la conversación y que los aborden como no lo habían hecho con anterioridad. De esta forma se exploran estos temas cuidando la proximidad que tiene el terapeuta y el consultante.

En estos diálogos, no se espera que las familias hagan lo que quieran ni que el terapeuta no utilice los discursos éticos como parte de la conversación (McNamee, 2015). Como menciona Gergen (1996b) la ética relacional no impide que el terapeuta defienda lo que considera correcto y justo. De esta manera, no se deja de lado que la violencia es un abuso de poder vinculado a una estructura patriarcal y que en el proceso terapéutico no se culpa a la víctima, ni se deja de responsabilizar al agresor. El terapeuta, congruente con su postura, puede cuidar no seguir generando las desigualdades de poder.

## Capítulo 3. Casos Clínicos

### 3.1 Integración de los Expedientes de Trabajo Clínico

En este apartado se relatan los dos procesos terapéuticos que se analizaron. Al inicio se mencionan las características, la sede clínica donde se llevó a cabo y el modelo que se utilizó. Se continúa con una descripción de los consultantes y sus familias (cambiando los nombres con el fin de cuidar su confidencialidad), se presenta el familiograma, mostrando los datos generales como, la edad, parentesco, además del tipo de relación que hay entre los integrantes. Posteriormente, se menciona el motivo de consulta y los antecedentes familiares, para finalizar con la descripción de cada una de las sesiones.

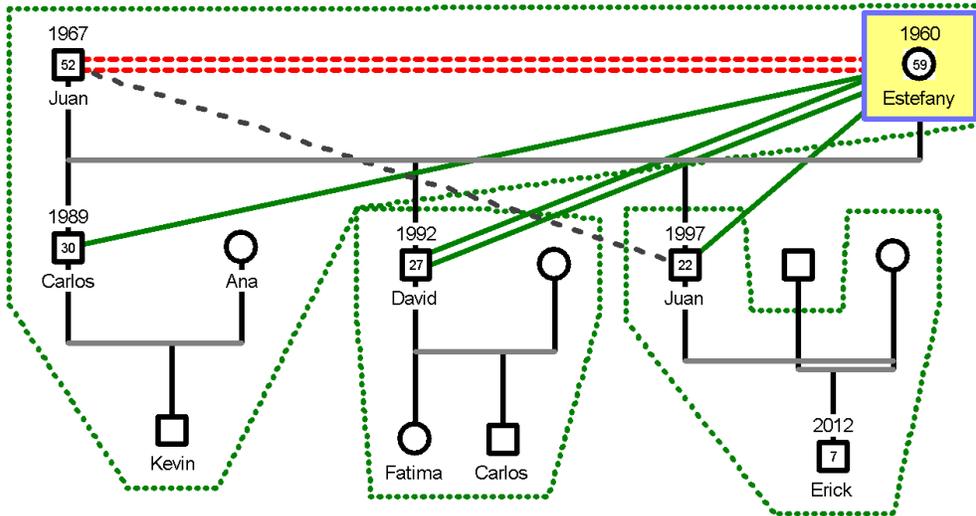
#### 3.1.1 Caso 1

El proceso se llevó a cabo en la sede clínica del ISSSTE de Tlalnepantla. Fue una intervención individual, conformada por 3 sesiones, en las cuales se utilizó el modelo centrado en soluciones de la primera etapa, trabajando en co-terapia. El cierre fue distinto en cada una de las sesiones, en la primera se utilizó equipo reflexivo, en la segunda se hizo una pausa para acordar los comentarios finales y en la tercera, se reconocieron los logros.

La consultante Estefany de 59 años, se encarga de cuidar de su casa y de su esposo, Juan, con el cual mantiene una relación conflictiva. Ambos presentan problemas de salud, a ella la operaron de una hernia, lo cual le impide hacer ejercicios físicos, además, posee dificultades en su rodilla y en lo nervios, sin embargo, no se especifica con exactitud todos los malestares físicos que presenta y se desconocen por completo los padecimientos de él.

Ellos tienen tres hijos, Carlos, David y Juan que están casados, su vínculo afectivo con todos es armónico, aunque David se preocupa más por ella y es abierto con sus sentimientos.

Cohabita con el Sr. Juan, su hijo Carlos, su nuera Marlene y su nieto Kevin.



El motivo de consulta se encontró relacionado con el conflicto que presentaba con su esposo. Refería sentimientos de odio y rencor hacia él relacionado con la infidelidad. Lo que esperaba lograr en el proceso terapéutico era dejar atrás esos sentimientos, ya no tener relaciones sexuales con él y que “*la dejara ser*”, esto último no se especifica con exactitud, no obstante, reconoce que si él no está ella canta y hace su quehacer en libertad.

La infidelidad comenzó hace 22 años, cuando ella estaba embarazada de su hijo Juan. Ellos vivieron en casa de su suegra, para Estefany no fue una experiencia agradable. Después de catorce años empezaron a rentar y vivir de manera independiente. En este periodo, su esposo termina la relación extraconyugal e inicia otra, la cual continuaba en ese momento.

## Primera sesión

Se conversó con respecto a la vivencia de la infidelidad, donde presentaba sentimientos de odio y rencor que la dañaban, considerando que el Sr. Juan era un buen esposo y padre, porque no les había faltado nada económicamente, pero había fallado como hombre. Se encontraba al límite y no sabía qué más hacer, había intentado correrlo, realizar oraciones de sanaciones y tratar de superarlo ignorándolo.

Comentaba que ya no lo amaba como antes, lo que la mantenía en la relación era no encontrar un trabajo por sus problemas de salud, perder su casa (lo que más anhelaba), sentirse egoísta si le quita el abuelo a su nieto, creer que es su obligación cuidar de el señor Juan por su enfermedad, relacionado con las creencias religiosas y familiares que le han enseñado, aunado a sentimientos de compasión. Contaba con el apoyo de sus hijos, relataba que cuando no quería salir por el enojo que podía ocasionar en su esposo, ellos le decían que saliera y se divirtiera, pero ella no se siente a gusto.

Las relaciones sexuales, las percibía como un infierno y traumantes. Si lo rechazaba él se enoja y no le proporcionaba lo que necesita económicamente, Estefany reaccionaba no cuidándolo. Para ella era preferible lidiar con el enojo de su esposo que el seguir manteniendo relaciones sexuales. Lo que intentaba era hacerle caso o fingir la risa, con el propósito que después la dejara en paz y no hacerse dañarse a sí misma, por otro lado, evitaba el contacto físico con él y pensaba en decirle que por su enfermedad no podía, pero no había tenido el valor.

Estefany manifestaba que a ella le importaba ver por sus hijos. Con respecto a su suegra y a su esposo pensaba en dejarlos de cuidar, no obstante, se mostraba contrariada ya que comentaba que *“su alma no es negra, no tiene el corazón duro y sus sentimientos son buenos”*. Se conversó sobre cómo a las mujeres se les enseña a procurar el bienestar de los demás, pero no

el propio, sintiéndose culpables si se preocupan más por sí mismas. Al no tener la responsabilidad de cuidarlo, se sentía a gusto y liberada, pensaba que sería mejor si el Sr. Juan no estuviera tanto en su casa; cuando se ausentaba ella salía a comer con una amiga, en su hogar ponía música, cantaba, bailaba, hacía su quehacer; al contrario, si él estaba en casa se quedaba sentada haciendo crucigramas.

### *Equipo Reflexivo*

Supervisora 1: Mencionó que ella también tenía muchos años de casada y aunque no había vivido la infidelidad y la traición, la había hecho pensar en cómo se enseñaba a las mujeres a relacionarse con los hombres, su papel en el matrimonio, cuestionando si puede asociarse con relaciones infelices y si ella tiene opiniones que se opongan a estas ideas. Además, de que la hizo pensar en las creencias asociadas a lo que las mujeres tienen que aguantar para tener un hogar feliz.

Terapeuta 1: Se comenta la creencia de ver el divorcio como prohibido, a pesar de que no sea un matrimonio satisfactorio no se pueda dar paso a la separación, ya que pueden presentarse críticas, ser excluida, dando prioridad a la unión conyugal en lugar del bienestar personal y dejando pasar distintas oportunidades

Los siguientes comentarios no se grabaron, pero se relatan las ideas principales recordadas por los miembros del equipo terapéutico.

Terapeuta 2: Mencionó la postura de una relación de pareja donde exista el cuidado mutuo

Terapeuta 3: Retomó que la educación es distinta dependiendo del género, propiciando que ellos tengan mayor libertad.

Supervisora 2: Comentó su convicción personal de un Dios amoroso que espera el bienestar personal en contraposición de un ser castigador.

Al final del equipo terapéutico, una de las supervisoras se dirigió directamente a Estefany, nombró la situación que ella estaba viviendo como infidelidad y violencia, remarcando que era poco probable que se presentara un cambio en su esposo, buscando que pudiera ella tomar otras decisiones relacionadas a alejarse de la relación. Por lo cual la Sra. Estefany refirió que se encontraba conflictuada por el dilema de estar con él o no.

### **Segunda sesión**

Estefany relató que en la primera sesión se pudo desahogar, se sintió escuchada y recibió una opinión. Se encontraba indecisa de seguir asistiendo porque la infidelidad continuaba, no obstante, pensó que podría ser de utilidad para liberarse de *“eso que tiene y que no sabe que es”*. Ha vivido la infidelidad como un infierno, reconoce que le enoja el cinismo y que subestime su inteligencia, quisiera poder quitarse esas ideas de la cabeza y dejar a un lado el enojo y rencor. Se conversó sobre lo que sucedería si siguen las cosas igual, refirió que sus problemas de salud empeorarían.

Realizó acciones para no tener relaciones sexuales con su esposo, una de ellas fue pedirle que no se acercara más, también le dijo *“déjame en paz que me siento mal por el alcohol y déjame en paz”*. Una de las herramientas que le servían era alejarse cuando él la empieza a tocar. Estefany lo nombró como un logro, con lo cual a veces se sentía a gusto porque evita lo que la lastima.

*Cierre de la sesión*

Se comentaron tres ideas principales. Una de ellas está asociada a reconocer que no es fácil salir de una relación de pareja en la cual se pueda estar viviendo dolor y se comparte que las terapeutas también han experimentado circunstancias donde se les dificultó poner límites o alejarse. En segundo lugar, se felicitó por la fortaleza que había demostrado al no aceptar relaciones sexuales que no deseaba, buscando su bienestar, recalcando que los integrantes del equipo piensan que lograra lo que se propone. En última instancia, se sugiere que el proceso terapéutico se oriente a que ella pueda vivir independiente de su esposo, pidiendo de tarea que cada día realice algo para sí misma.

La Sra. Estefany comparte un mensaje que recibió que menciona lo siguiente: *“te quiero ver derechita con la cabeza bien alta, porque eres reina y si te agachas se te cae la corona”*. Comenta que en este momento quiere levantarse.

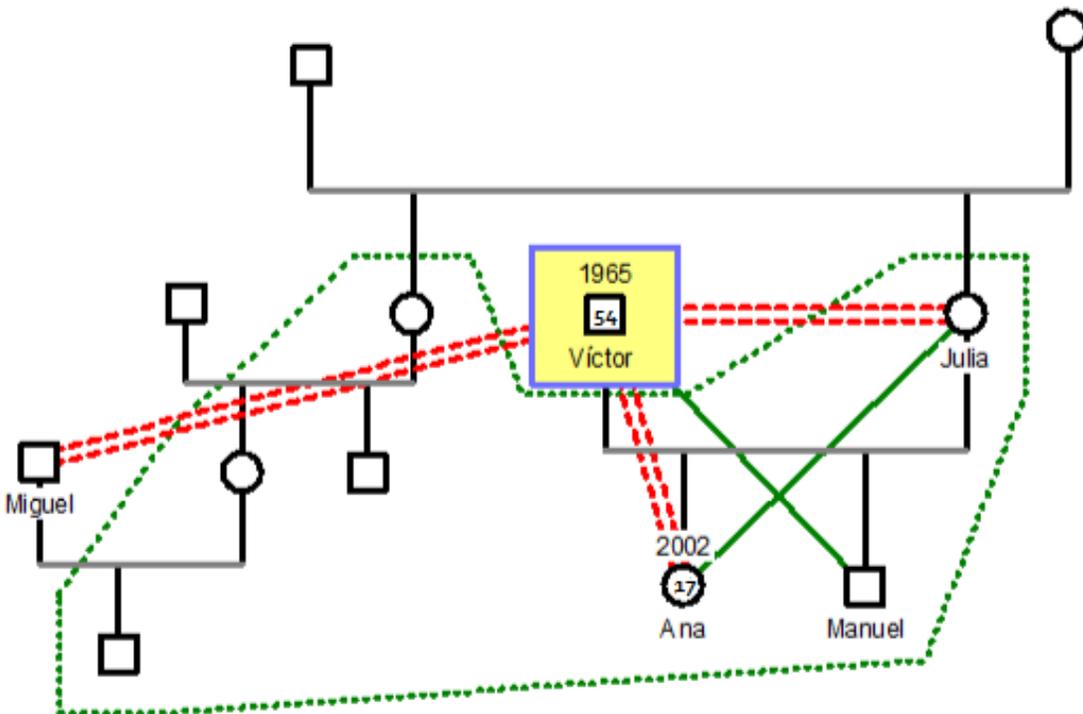
### **Tercera sesión**

Esta fue la última sesión por la imposibilidad de la Sra. Estefany para seguir asistiendo. Se conversó acerca de los cambios que obtuvo que fueron los siguientes: valorarse, respetarse, no permitir que pasen sobre ella, empezar a decir “no” si no desea tener relaciones sexuales, quererse más con respecto a aceptar su cuerpo, busca defenderse si le molesta algo. Además, ya no había sentido rabia contra el Sr. Juan, por el contrario, había experimentado un poco de ternura, su cambio ha propiciado que el comience a modificar sus acciones, no obstante, piensa que no cederá fácilmente. Se propuso dejar de cuidar a su suegra y pudo expresárselo a su esposo, lo cual vivenció como salir del huevo, lo que realizó para lograrlo fue pensar en que no tenía la necesidad de soportar malos tratos, poseía el derecho de sentirse libre en su propia casa, realizándolo por su salud, con esto se sentía contenta y liberada. El equipo la felicitó por sus logros y le indica que si lo requiere puede solicitar nuevamente el servicio.

### 3.1.2 Caso 2

En este caso, la sede clínica fue el CCH Azcapotzalco. El proceso duró 7 sesiones, asistían padre e hija, de manera individual y en conjunto. Se utilizó la terapia colaborativa y equipo reflexivo

El Sr. Esteban de 54 años, trabajaba en el transporte público, casado con la Sra. Julia, no obstante, no vivían juntos desde hace 5 años, pero la seguía nombrando como su esposa. Tiene dos hijos, Ana de 17 años, estudiante del CCH y Manuel, lo visitaban los fines de semana. Durante el proceso terapéutico, estaban considerando regresar a vivir con él. La relación entre él, su hija y su esposa, era conflictiva ya que consideraba que ellas le ocultan información. Con su hijo tenía un vínculo cercano.



El Señor Víctor fue quien solicitó el servicio con el interés de mejorar la relación que tenía con su hija, ya que consideraba que chocaban mucho con ella, relacionado con que Ana le mentía, era insolente con él y no seguía sus órdenes.

Mencionó que vivió una infancia difícil, en situación de pobreza. Refirió que su madre presentaba problemas de alcoholismo, ejercía violencia contra él y murió cuando él tenía 14 años, a su padre no lo conoció. Él llegó a encargarse del cuidado de sus dos hermanos. Anteriormente, trabajó en el ejército, su ocupación exigía estar presente y ejercer violencia, considerando que fue una experiencia desagradable, por la responsabilidad de tomar decisiones difíciles y las consecuencias de sus actos que tiene que asumir. Por otro lado, Ana comentó que la decisión de no vivir con el Sr. Víctor, se basó en los problemas con el alcohol que él presentaba.

### **Primera sesión**

Se conversó principalmente sobre la relación con sus hijos y su esposa. Comentó que odiaba las mentiras, que era una persona que le gustaba ayudar y defender a su familia y a otros. Consideraba que al reaccionar enojado no tomaba en cuenta las consecuencias, había sentido miedo de su comportamiento, en ocasiones lo nombraba como “*la fiera*”. Evitaba comportarse así con Ana y Manuel, no obstante, les había llegado a gritar, a dar nalgadas o a aventar, pero esto lo dañaba y ya no quería seguir haciéndolo. El fugarse en el alcohol y la soledad era la forma que había encontrado para hacerle frente al enojo.

Con Ana “*chocaba*” mucho, la considera mentirosa e insolente, lo cual asociaba a que la Señora Julia la encubría, apoyando a su hija en lugar de a él y que había aprendido estos comportamientos al convivir con la familia de su mamá. Refería que no lo deben de provocar si no quieren que se molestara. Le gustaría que su hija fuera considerada y respetuosa con él. Al

hablar de su relación se mostraba enojado, alzaba la voz y comenzó a llorar, sentía impotencia por ceder para conseguir el bienestar de su familia, aunque él no estuviera bien. Desde la separación él extrañaba a sus hijos y se había sentido solo.

Relató que un familiar de su esposa llamado Miguel, agredió a Ana al robarle su ropa interior, al enterarse lo agredió físicamente, en ese momento se encontraba preocupado por el daño que le pudiera hacer a su hija y sobre la forma en que reaccionaría si lo encontraba.

### *Cierre de la sesión*

Se hizo una pausa para escuchar los comentarios del equipo y construir en conjunto el mensaje que se le dio al consultante. En el cual se retomaron tres aspectos. El primero, se encontró asociado con la libertad que deseaba percibir la terapeuta para decirle lo que piensa, sin que se enojara o gritara al estar en desacuerdo, ya que es posible que influyera en que el espacio no fuera provechoso. El segundo punto estaba relacionado con las experiencias fuertes que había vivido que formaron su carácter imponente. En tercer lugar, se cuestionó sobre cómo se podría sentir su hija con un papá con esas características, poniendo como ejemplo familias similares donde los hijos pueden sentirse chiquitos sin la posibilidad de opinar o por el contrario mostrarse retadoras. Además, se propuso invitar a su hija a la sesión.

### **Segunda sesión**

Mencionó que la sesión anterior le permitió desahogarse. Percibió un acercamiento con su familia, sus hijos hicieron los deberes del hogar y él no dijo nada al ver la casa sucia. Con su esposa buscó estar de acuerdo y no gritar, asumiendo que ella no cambiara y le correspondía a él hacer una diferencia. Comentó que le ocultaron que Ana reprobó materias, por miedo a su enojo,

no obstante, se molestó más porque tiene el derecho y la obligación de mantenerse al pendiente. Le importaba conocer dónde y con quién está su hija para asegurar su seguridad.

Habló sobre la violencia, relatando que no le daba miedo hacerle daño a su familia porque los amaba y protegía demasiado, antes de hacerlo prefería aislarse. Consideró que ser “*imponente*”, significaba que puede imponer temor o seguridad además de ser líder, dirigir, manda, busca argumentos para defenderse y ser peligroso, creía que no era bueno en su seno familiar y tendría que aprender a manejar su agresividad. Las soluciones que había encontrado para no ser violento, era fugarse en el alcohol o la soledad y proceder de manera legal.

Ante las características de su infancia, esperaba tener una relación distinta con Ana y Manuel, mostrando cariño, dialogando con ellos, aunque no veía que fuera recíproco. Había procurado mantener una guía que se desvaneció por su esposa. Relacionado a su pasado, él tuvo que aprender a forjar su orgullo, a defenderse y a salir adelante por sí mismo. Lo que le había permitido realizarlo es la necesidad de vivir, había intentado suicidarse, pero en ese momento tenía miedo de dejar a sus hijos solos en la “*porquería de mundo donde vivimos*”.

#### *Equipo reflexivo*

*Terapeuta 1:* Reconoció las injusticias que existen en el país y que él había vivido. Habló de su sentido de responsabilidad familiar desde su infancia, que se veía reflejado en sus hijos, al tratar de que ellos no vivieran esas injusticias. Se cuestionó si la manera en que cuidaba a su hija, era un mensaje que le indicara que no confiaba en sus habilidades o que no le permitiera hacer uso de las herramientas que le había proporcionado

*Terapeuta 2:* Retomó los cambios observados y la creación de una nueva relación. No obstante, se cuestionó sobre la violencia, que en el pasado le sirvió para defenderse, en ese

momento era un impedimento para esa relación nueva que se está gestando, ya que, al comportarse de forma impositiva, sus hijos podrían sentirse inhibidos y evitaran acercarse.

*Terapeuta 3:* Mencionó que era un hombre que fue “*haciéndose solo*” porque no había personas que le enseñaran o lo defendiera, y adquirió sus recursos por él mismo. Retomó la idea de que aprendió a ser agresivo, por lo tanto, podía desaprenderlo y pareciera que al querer controlar su agresividad también deseaba aprender cosas nuevas. Se indagó sobre los indicios que percibiría cuando se empezará a reflejar su aprendizaje.

Supervisor: Resaltó la idea de que Víctor conocía un México que muchos ignoramos. Se cuestionó sobre “*¿Cómo una persona que no recibió de niño ese cariño y amor puede saber en el presente que eso es importante?*” si algo de él u otra persona le transmitió esta idea de que es importante ayudar a los demás. Se retomó el comentario de su amigo sobre dictador o líder y se indagó sobre cómo podía ser un buen líder para sus hijos y no un dictador. Por último, se preguntó si la relación que tenía con su esposa le facilitaba mejorar cómo papá o cómo lo haría si ella no lo apoyaba o lo entendía.

Víctor comenta que esperaba aprender a ser un padre, darles herramientas, donde ellos se puedan defender, sin sobreprotegerlo. Por último, se pregunta si “*la fiera*” estorba en su relación con sus hijos, responde que ya le ha bajado y puede esposarla él mismo.

### **Tercera sesión**

En esta sesión asistieron Ana y Víctor, lo cual decidieron en conjunto, con la intención de mejorar su comunicación y él agregó que esperaba poder guiarla. Él consideraba que escuchaba, aunque, sí veía que se justificaban, no lo toleraba, la terapeuta lo asoció a ser intolerante o cerrarse a otras opiniones, pero él no concordó porque consideraba que antes de atacar se

informaba. Relató que ella se había rebelado y en una ocasión casi se agredían físicamente, en ese momento, él le dijo *“aguas que yo no deseo esto”*. Para recuperar la confianza ella tendría que ser transparente y decir las cosas como son, por más doloroso que sea. Ante la solicitud de su hija de que haga un cambio, reconoce que tiene actitudes nefastas.

La expectativa de Ana en ese momento era que la sesión saliera bien porque su papá se molestaba muy rápido. Le importaba mejorar la comunicación, relacionado con no sentirse inhibida, tener confianza y no chocar. Pensaba que cuando él se enojaba dejaba de escuchar, le impedía hablar y la ignoraba. Evitaba contarle aspectos de su vida o decirle su opinión ya que temía que llegara a su nivel máximo de enojo, lo mínimo lo viera mal y exagerara las cosas, por ejemplo, de algo pequeño (no lavar los trastes) lo hacía grande (asociándolo los problemas en la escuela o las mentiras). Creía que Víctor la tiene en un estatus de perfección (espera que actúe perfectamente y como solicita) y que no la conocía, ya que él consideraba que era posible que se “destrampara”, no obstante, si ella pudiera expresarse libremente se daría cuenta que no es rebelde y no quiere encajar. Para recuperar la confianza necesitaba que la escuchara, fuera más comprensivo, paciente y que no exagere al enojarse.

Ambos comentaron que han percibido cambios. Ana había observado a su papá tranquilo, paciente, no se enojaba por todo y si se llega a molestar no lo demostraba, le dijo *“estas mal, no te voy a dar la razón, pero tampoco voy a pelear”*. Para ella él cambió se dio ya que él percibió que tenerla en un nivel de perfección no era correcto, se dio cuenta que no es sana su relación y se tomó en serio que vivieran bien. Con estas diferencias, ella se había sentido segura y motivada, consideraba que como familia no tienen una vida fácil y lo que puede mantenerlos de pie es que se amen. Víctor mencionó que había modificado la imposición, proporcionándole a su hija lo que deseaba. Este comportamiento distinto se vincula con conversar con la Sra. Julia

acerca del encubrimiento y la confianza. Durante la sesión él se mostró atento y no interrumpió, esto lo logró porque ella no le había expresado lo que pensaba y ella pudo expresarse ya que él “*le ha bajado mucho*”, le permite hablar y no la contradice.

### *Equipo reflexivo*

*Terapeuta 1:* Observó que Ana era una persona reflexiva, coherente y que cuida de sí misma, ante esto se preguntó sobre ¿qué es lo que habían hecho sus padres para lograrlo? Por otro lado, reconoció que la sesión anterior ella había cuidado sus palabras por temor a que Víctor se pudiera molestar, y se pregunta si Ana pudiera compartir la misma sensación.

*Terapeuta 2:* Le daba la impresión de que Víctor estaba preocupado y en esos momentos aumentaba el tono de su voz y podría parecer imponente. También pensaba que el pasado les estaba impidiendo ver lo que estaban haciendo en el presente y se preguntaba sobre ¿qué era lo realmente importante que si lo compartieran los ayudaría a unirse?

*Terapeuta 3:* Notó que los dos se permitían hablar de sus sentimientos, que para ella significaba un gran cambio. Pensaba que sus peticiones de transparencia y comprensión eran muy genuinas, considerando que era un proceso donde ambos tenían que irse conociendo y lidiar con los errores que fueran cometiendo sin que nublara lo que habían logrado.

*Terapeuta 4:* Le llamó la atención que al indagar sobre los cambios Víctor los asociaba a las otras personas y se preguntó sobre ¿Por qué todos estaban observando estos nuevos cambios en Víctor menos él? ¿Por qué no pudo poner en palabras sus cambios? ¿Por qué no pudo describir este nuevo Víctor que está emergiendo?

Como respuesta al equipo, Víctor refirió que no habla sobre los cambios realizados ya que prefiere actuar, se indaga si esta idea puede estar estorbando en este momento.

## Cuarta sesión

En la cuarta sesión asistieron Ana y Víctor. En esa semana ella observó paciencia en su papá, sintiéndose libre en lugar de preocupada por la desconfianza, lo cual había traído cercanía a la relación, se dio cuenta que logró ser comprensivo, escuchar, dar buenos consejos y ser abierto. Víctor comentó que se había mostrado paciente, entendía y no hostigaba, reconoció que su hija no realizaría cambios de la noche a la mañana, como él actuaba cuando se comprometía, pero notó que no buscaba chantajearlo, intentó demostrar que comprendía que él era su padre, quería disciplinarse y vio acciones de respeto hacia él. Aunque, siguió siendo desordenada y no obedecía al 100%. Por otra parte, su mamá seguía interviniendo y lo descomponía todo, relacionado a que le guardaban secretos, ante esto, él había intentado no meterse. Se conversó sobre una discusión que tuvieron acerca de que Ana realizara lo que Víctor le solicitaba y llegaron al acuerdo de dejar notas como solución a la falta de comunicación.

Por otra parte, Víctor retomó el tema de la agresión de Miguel hacía Ana, pidió que su hija hablara del tema en sesión, comentando que es difícil que sea sincera con él, porque vio la reacción violenta que él tuvo al encontrárselo. Le preocupaba la seguridad de su hija, además tenía miedo de cómo iba a reaccionar él si encontraba a Miguel en la calle. En ese momento Ana se mostró angustiada, bajó la mirada, contestaba con un tono de voz bajo o solo asintiendo con la cabeza. Ante esto, la terapeuta le preguntó si es un tema que le interesaba abordar y si preferiría que su papá se saliera del espacio, a lo cual respondió que sí.

Ana mencionó que sentía miedo y tristeza. Es un asunto que no le gustaba recordar. A su mamá, su primo y a ella les preocupaba que Víctor hiciera algo perjudicial y tuviera consecuencias negativas. También, temían que la familia de Miguel le hiciera daño a su hermano o a su papá. Comentó que es un tema que le gustaría abordar en sesión, pero sin que su papá

escuchara, ya que no le habían contado toda la verdad y le asustaba su reacción. Lo que le hubiera pedido a su papá era que no se dejara llevar por sus impulsos, que se controlara, que pensara en el impacto que tenían sus acciones en su familia y pudieran encontrar una solución al problema. Se indagó si en este momento está en una situación de riesgo y contesta que no. Por último, expresó que no se encontraba preparada para decirle lo que pensaba a su papá.

### *Equipo reflexivo*

Supervisor: Comentó que le quedó claro que ellos deseaban mejorar su relación. Se cuestionó sobre si la negociación con una hija adolescente podría ser de mayor utilidad que el buscar que acate las indicaciones siempre. Por otro lado, se preguntó si el modo en que se retomó la agresión de Miguel fue inesperado e invasivo para Ana, si era posible que fuera contraproducente intentar hacer algo por ella cuando sus preocupaciones no eran las mismas. Aunado, a que pareciera que no estaban listos en ese momento para abordar el asunto desde un lugar de calma y sin miedo a represalias, preguntándose qué necesitarían para poder conversar y ser un equipo. Mencionó que una forma de buscar su bienestar era quitando a la gente indeseable, pero, qué otra manera de protegerla podría haber donde ella se sintiera segura y con confianza.

Terapeuta 1: Mencionó que los cambios que habían realizado podrían ser indicadores de distintas posibilidades futuras, que pusieran entre dicho que la relación tiene que basarse en la desconfianza. Enfatizó que en una parte de la sesión notó a Ana distinta, con el tono de voz bajo, dando la impresión de sentirse intimidada o vulnerable. Relato una historia personal donde su padre puso su vida en riesgo por querer vengarse, lo cual para ella había traído mucha preocupación y se preguntó sobre qué otras formas de protegerla podrían poner en marcha de tal

forma que no expusiera lo que Ana valoraba, como su papá, que la hiciera sentir tranquila y que a Víctor lo hiciera sentir cercano.

Terapeuta 2: Compartió su preocupación por la situación, relacionado con lo que llegaría a realizar Víctor para vengarse y se preguntó sobre qué tenía más peso en este momento si la seguridad de su hija o la venganza. Resaltó que como hijos nos inquietamos por nuestros padres, más si son ellos los que nos protegen.

Terapeuta 3: Retomó dos ideas. En una de ellas reconoció el cambio que habían realizado, la libertad que ella había sentido y la construcción de soluciones en la relación. Por otro lado, se preguntaba si ella podría estar preocupada por el bienestar de su papá y si él puede notar esta preocupación.

Terapeuta 4: Resaltó los cambios que se habían presentado entre ellos, como que los conflictos fueran mínimos, que ambos buscarán solucionar sus dificultades, que Ana viera a su papá tolerante, pudiera sentirse con libertad y se acercara a pedirle permiso, además de que Víctor no se enojara cuando vio que su esposa y su hija estaban platicando. Además, se indaga respecto a las cualidades que le permitieron realizar los cambios y cómo podrían evitar problemas futuros.

En respuesta al equipo, Víctor contestó que en su relación no existía confianza, desearía tener la información y actuar con base en ella. Esperaría llevar una línea, sin arrebatos o amenazas, donde perciba que él la protege y después se defiende por sí misma. Pensaba que por sus hijos sería capaz de perder su propia vida. Lo más importante para él fue considerar que tiene que educarse junto con su hija para que pudieran confiar, como la hace con su mamá, para esto lo que él necesitaba era educar su violencia, la cual empezaba a controlar.

## Quinta sesión

Asistió solo Ana, al inicio comentó que después de la primera sesión Víctor le reclamó, por lo cual en la sesión siguiente evitó hablar sobre lo que le disgustaba de su papá. Observaba la tolerancia de su papá en situaciones cotidianas, pero no sabía cómo iba a actuar cuando se presentará un problema fuerte. Con respecto a la agresión de Miguel, sentía coraje y tristeza relacionado con la culpa que le adjudicó su papá y la falta de apoyo, todavía tenía efectos en su familia porque vivía cerca de ellos.

Para lograr dejar atrás este asunto, consideraba que su papá necesitaba vengarse y ella requeriría que él controlara su ira e impotencia, lo que facilitaría que le contara lo sucedido. La solución que habían encontrado era irse a vivir con Víctor, no obstante, le preocupaba que recayera en el problema del alcohol, aunque se había percatado que él podía controlarlo. Le inquietaba su mamá y su hermano, considerando que a ellos les afectaba mucho cuando él recaía, en esas ocasiones la Sra. Julia perdía la motivación en sus actividades diarias y su hermano se mostraba temeroso y enojado. Otro temor que tenía, era que su hermano llegara a mostrar impotencia o alcoholismo igual que su papá, no obstante, cuando se había comportado grosero o menospreciaba a su mamá, ella lo hacía reflexionar sobre los efectos de su conducta.

Ana había sobrellevado las circunstancias, evitando concentrarse en el impacto que tenía en su vida, en cambio, su interés era salir adelante con su familia, creyendo que era su responsabilidad mantener estabilizada la situación, considerándose más consciente. Buscaba protegerlos, a su mamá y a su hermano los motivaba para que pensarán de una manera positiva y a su papá le ocultaba las cosas con la intención de que no reaccionara mal.

Se conversó sobre las peticiones que le hubiera hecho a su familia. A su papá le hubiera pedido que estuviera bien, refiriéndose a que trabajara, fuera alegre y bromista, controlara el

alcohol, la impotencia y la bipolaridad, no tuviera frustraciones relacionadas con la creencia de que lo abandonaron y que no lo apoyaban, además quisiera que él viera que ella siempre estaría para él. A su mamá le hubiera pedido que fuera más fuerte, no se dejara caer tan fácil, no demostrara debilidad y que no creyera las cosas dolorosas que le decían los demás. Pensaba que si esto sucedía se preocuparía menos, se centraría en ella, aunque su propósito de sacar a su familia adelante no cambiaría.

### *Equipo reflexivo*

Terapeuta 1: Mencionó que el cambio que le pedía a su padre puede ser más lento de lo que ella esperaba, pero que ante la decisión de regresar a vivir con él “*¿qué habilidades tiene Ana y la relación con su mamá que les han permitido y les pueden permitir seguir siendo una familia unida y seguir adelante a pesar de situaciones que se salgan de control como el carácter de papá o injusticias que viven?*”

Terapeuta 2: Refirió que ella se hacía responsable de su familia, lo cual le había servido para que salieran adelante, pero se indagó sobre dos aspectos ¿Cómo le ha podido afectar como persona?, y ¿Cómo se podría equilibrar el ayudar a su familia y pensar en su bienestar?

Terapeuta 3: Le quedó la sensación de que Ana tenía sentimientos muy puros hacia su familia, en especial hacia su papá, aunque él tuviera ideas que contradijeran esos sentimientos, por lo cual se preguntó sobre ¿si pudiera ella expresarlo de forma escrita?, y al realizarlo ¿iluminaria algo en la vida de su papá?

Terapeuta 4: Se quedó pensando en ¿cuál sería ese pequeño paso que se tendría que dar en la relación con su papá para que se sintiera más tranquila?

Supervisor: Percibió que ella amaba y se preocupaba por su familia buscando que tuvieran la mejor vida posible, lo que se reflejaba al hacer reflexionar a su hermano sobre lo que significaba ser violento. Otro aspecto que le llamó la atención fue lo que dijo respecto a su papá acerca de que siempre estará para él, que era importante para ella y que podría contarle más cosas si supiera que no reaccionaría de forma violenta, no obstante, se preguntaba cuatro cosas: si su papá lo tenía claro, si él percibirá que ella apoya más a su mamá, si le gustaría compartirlo y qué pasaría si lo hiciera. Por otra parte, se indagó sobre si el ser vengativo, bipolar, violento y el tema del alcohol, sería algo que solo le correspondía a su papá resolver y si ya había empezado a notar sus cambios. Por último, se cuestionó sobre ¿qué de lo conversado en esa sesión quisiera compartirle a su papá? y ¿qué necesitaría ella para que las sesiones con su papá fuera un espacio seguro y pudiera expresarse libremente?

Como respuesta al equipo, ella contestó que para sentir que podía expresarse libremente ella necesitaba que su papá no se molestara, que después de la terapia no se tocara el tema, además, si se quiere abordar un tema que pudiera ser incómodo el que esté más involucrado sea quien lo abra. Por otra parte, ella se sentía más cómoda si él asistía solo porque hay temas que no estaba listo para tocar, relacionados con qué sucedería cuando regresen a vivir con él. Ella quería estar segura que él iba a poder progresar, viendo que se comprometía, controlaba su frustración y enojo, además de que buscara otras formas de sobrellevar sus emociones en lugar de tomar.

### **Sexta sesión**

Víctor relató que se desvanecieron los cambios porque Ana fue a una fiesta sin confirmar su asistencia, su mamá estaba enterada y no le comento, lo cual lo tomo como mentira. En un inicio se trató de calmar, pero al conocer la zona se preocupó por su seguridad y comenzó a enojarse y hablarle a su hija por teléfono de forma violenta. Asocia las mentiras, la falta de

respeto y que reprobara materias, con el distanciamiento de su paternidad y la falta de apoyo de su esposa, que no le permite seguir una “línea de dominio”. Consideraba que no tenía razones para evitar contarle las cosas o evadir, comentando que su hija le había dicho que estaba fuera de órbita lo que él asociaba con viejo y decrepito. La terapeuta relacionó su dificultad para escucharlo cuando está enojado, indagando si es algo que le pasara a su familia, no obstante, él creía que podía escuchar si eran sinceros. Víctor comentó que su historia de vida había propiciado que no creyera en las personas, pero no toleraba que sus seres queridos lo engañaran.

Sentía que no recibía agradecimiento ni respeto por parte de sus hijos, quienes abusaban porque sabían que los quería. Él había buscado hacer cambios, pero tenía la impresión que no habían sido de utilidad porque a su familia no le importaba. Su solución había sido evitarlos, para no agredirlos o sentirse relegado, además estaba considerando alejarse definitivamente para evitar que siguieran los conflictos con su esposa, que había lastimado sus sentimientos. Cuando se siente frustrado y con coraje, pensaba en esa solución ya que prefería autodestruirse o romper la relación que usar la brutalidad con su familia, lo que lo detenía era el amor que le tenía a su familia.

Habló del miedo que tenía de sí mismo, que había luchado por ser diferente, buscando reprimir quien era, en relación a la violencia, no obstante, no temía miedo de ser violento con su familia, porque los amaba y eran su ilusión ya que él no tuvo una familia. El supervisor preguntó cómo podía llevar una relación con sus hijos sabiendo que puede atemorizar a cualquiera y con sus hijos no tenía esa opción porque eran su ilusión y no los quería lastimar. Víctor respondió que tendría que fingir y disfrutar la buena armonía que existe, buscando que sus hijos pudieran vivir una vida sana y sin drogas. Al final de su sesión comentó que cuando su familia se fue de

su casa sintió que lo dejaron fuera de su núcleo familiar, solo y en espera de que sus hijos fueran a verlo, en la actualidad lo hace sentir frustrado y con coraje

### *Equipo reflexivo*

Terapeuta 1: Mencionó que escucho mucha frustración derivada de un dolor interno, lo que le hizo recordar el dolor que percibió en su padre al inicio de la separación, pero que al pasar el tiempo encontraron forma de sentirse cerca. Por lo cual, se indagó sobre las cosas pequeñas que Víctor podría encontrar juntos con su familia que lo llegaran a unir, aunque no fuera como él quisiera, considerando la posibilidad que su familia no abarcara todo lo que él no tuvo.

Terapeuta 2: Refirió que en ocasiones ella prefería alejarse de su padre cuando se sentía lastimada, buscando protegerse, lo cual le hizo preguntarse si el alejamiento de su familia fue para buscar su bienestar y si tendría que hacer un cambio en él para que sus hijos se pudiera acercar sin sentirse lastimados. Comentó que esa sesión la sintió con mucha violencia y muy tensa, lo que le hacía pensar que la violencia no solo se daba por medio de golpes y que sus hijos también se podrían sentir agredidos. Además, se preguntaba si el enojo no le dejaba ver a su familia como realmente era.

Terapeuta 3: Compartió que la sesión también la sintió violenta, donde ella se sintió inhibida, teniendo la impresión de que el enojo se podría salir de control, que para ella era complicado tratar de entender genuinamente y al mismo tiempo tener miedo, preguntándose si su familia compartiría su experiencia. Reconoció que era válido sentir enojo, pero la forma en que expresó este sentimiento la hizo sentir inhibida. Por otra parte, se cuestionó sobre ¿cómo seguiría la relación con sus hijos?, si el fingir ¿sería funcional? y si decidía irse ¿de qué forma saldría de la jugada?, considerando un error tener la intención de mantener a Víctor con su familia, cuando su decisión era por amor y para protegerlos.

Terapeuta 4: Percibió que detrás del enojo había tristeza, necesidad de ser escuchado, validado y de ser visto, lo cual relacionó con la forma en que se enseñan a los hombres a expresar sus emociones, considerando que no era la forma apropiada de comunicarse, ya que el otro puede sentirse agredido y no escuchado, por lo cual se indaga sobre otras maneras en que Víctor pudiera expresar sus sentimientos que no fuera a través del enojo.

En esta ocasión la terapeuta de Víctor participó en el equipo reflexivo y su contribución fue la siguiente:

Percibía que en Víctor había sentimientos de frustración, enojo y tristeza. Que era una persona que había vivía situaciones difíciles, convivido con la violencia que todos decidimos ignorar y que su experiencia de vida lo había llevado a construir una forma de ser, que en ocasiones llama *“la fiera”*, percibiendo que se encuentra en lucha con ella, comentando que *“a él se le llenaban los ojos de lágrimas cuando decía a veces hago cosas que lastiman a la gente y que también me lastiman a mí”*, lo que ella nombraba como violencia. Le preocupa dos cosas, una de ellas es que no lo pudiera escuchar y ayudar, ya que en ocasiones ella se sentía inhibida, lo que le impedía escucharlo. Su segunda preocupación estaba relacionada con su hija, por el hecho de que él mencionaba que por amor no la lastimaría, pero que había distintas maneras de dañar, que incluso ella se sentía intimidada y se cuestionaba si su hija se sentía de la misma manera.

Víctor respondió al equipo que sí se expresó así fue porque fue permitido desde el inicio del proceso. También comentó que cuando ya tienes la violencia de frente no hay modos. Además de que él sentía que su terapeuta si lo había llegado a entender.

## Séptima sesión

Víctor percibió que las mentiras y los choques en la relación continuaban, pero él realizó acciones distintas. Una de ellas fue fingir por medio de alejarse, al hacerlo se había sentido bien y creía que su familia estaba tranquila. Había considerado en darle la razón a las personas, aunque no la tengan, escuchando, dejando ser y opinando solo si se lo pedían. Tuvo una conversación significativa sobre dejar que los hijos cometan sus propios errores, decidan cómo vivir y experimenten sus consecuencias, percibió que se comportaba sobreprotector y exigente, por lo cual, se dispuso a no decirles lo que tenían que hacer y solo comentarles las consecuencias de no realizar sus obligaciones. Un hecho significativo fue que su hija le hizo una ensalada, para él significó que su hija veía por él, que ella quería que se llevaran bien y que merecía lo que hacían por él. Pensó que no podía dejarlos, que tenía que estar al lado de ellos, no pretendía que sus hijos vivieran sin un padre, porque no quieren que tuvieran la misma experiencia que él tuvo.

Al hablar sobre sus reacciones cuando se encontraba enojado, mencionó que él era así, pero buscaba cambiar y ya no quería ser un dictador. Víctor relató que presenció una situación donde una pareja estaba discutiendo e intervino para que el señor no golpeará a su esposa, no obstante, no lo realizó por medio de agresiones físicas y el hijo de la pareja le agradeció. Consideraba que para defender a otras personas si se metería y daría su opinión. Creía que había tenido una vida frustrante, pero intelectual que le había permitido crear sus propios lineamientos, buscando documentarse antes de actuar, siendo consciente, congruente y directo en sus decisiones. Se había percatado que al estar lastimado emocionalmente tenía la tendencia de autodestruirse, aislarse como lo hizo anteriormente y si seguía así no podría ver por sus hijos. En el proceso terapéutico aprendió que algo estaba mal en él emocionalmente (relacionado con la violencia), lo cual quería dejar atrás y empezar una nueva búsqueda. Relata que en el espacio

había logrado desahogarse, se había sentido escuchado, no había sido juzgado en la conversación sino hasta al final, donde había escuchado otros puntos de vista que formarían parte de él.

### *Equipo reflexivo*

Terapeuta 1: Mencionó que desde que lo conoció le dio la impresión que amaba a su familia, creía que el dejar que cometieran sus propios errores y tuvieran sus consecuencias era un acto de amor. Se preguntaba si el recordar los momentos en los que su hija le cocinó podrían ser ayuda para levantarse cuando ella se tropiece.

Terapeuta 2: Se cuestionó sobre qué cosas le había arrebatado la violencia y cómo podría recuperarlas. Creía que a los hombres se les daba más permiso de demostrar su enojo, pero si no estuviera tan presente esta emoción qué manifestaría. Compartió una frase que había oído, que decía que si quieres ser escuchado primero tienes que escuchar y pensaba que Víctor había comenzado a hacerlo.

Terapeuta 3: Se vislumbró lo difícil y doloroso que fue para él trabajar en el ejército, no obstante, comenzaba a ponerle límites a su propia violencia, controlándola y haciéndose responsable de las decisiones de esta violencia. Percibió que comenzaba a relacionarse con sus hijos de una forma nueva, tomando como un acto de amor desprenderse de responsabilidades que los adolescentes tienen que aprender, se cuestionaba sobre cómo podrían relacionarse en esta nueva etapa.

Terapeuta 4: Comentó que le llamó la atención la anécdota que relato, donde a pesar de que tenía ganas de golpear al señor que estaba agrediendo a su esposa, no lo hizo, lo que le daba la impresión que la bestia se comenzaba a hacer más pequeña, lo cual había logrado diciéndose así mismo “detente”, documentándose y asistiendo a terapia.

Supervisor: Comentó que el observarlo tranquilo le facilitaba escucharlo, preguntándose qué le pasaba a la gente cuando aparecen estas dos caras diferentes de Víctor, además, se cuestionó si en su vida cotidiana comunicaba algo que no quería, ya que pensaba que los integrantes del equipo lo veían como loco, violento, irracional e impulsivo y él no se consideraba así. Se quedó con distintas imágenes como, cuando el niño lo abrazó, cuando la hija le hizo una ensalada, también cuando alguien le dijo que se quería meter al ejército y él le respondió “*espérate y piénsalo*”, lo que le daba la impresión de un Víctor que se estaba abriendo a un camino distinto al que pareciera que el destino había labrado para él.

Al final de la participación del equipo, Víctor mencionó lo difícil que era estar en el ejército, las consecuencias que había tenido en su vida y que era algo que deseaba para alguien más. Consideraba que había comenzado a controlar su violencia, pero le había tocado situaciones donde él tenía que defender a otros, que su esposa tenía miedo de lo que le podría pasar. La terapeuta mencionó que le preocupaba, que él no tuviera un lugar para poder expresar lo que sentía, ya que por el periodo de vacaciones las sesiones se suspenderían, Víctor comentó que encontró un libro que le estaba ayudando y si el proceso terminaba no tenía ningún inconveniente. El consultante no asistió a la última sesión programada.

### **3.2 Análisis y Discusión Teórico- Metodológico de la Investigación Clínica**

La supervisión en el proceso de formación, me hizo presenciar diferentes dilemas éticos, que junto con todo el equipo se llega a una forma de enfrentarlos, en esta práctica me surgieron dudas y reflexiones sobre la responsabilidad y postura ética de nosotros como terapeutas en casos de violencia donde se presentan ciertos dilemas (resaltar como responsable al agresor, nombrar la violencia, buscar la seguridad de los miembros de la familia) y las implicaciones en los procesos y los consultantes. Lo cual me hizo pensar que las decisiones o acciones que realizamos los

terapeutas pueden partir de una postura de experto donde se corre el peligro de no contextualizar las elecciones, tomando en cuenta que la persona tiene una historia única ¿puede ser que estos principios o verdades que nos guían como psicólogos lleguen a limitar nuestro panorama y nos impidan ver más allá de lo que consideramos correcto?, ¿puede que el consultante se sienta poco comprendido por nosotros los terapeutas percibiendo que en ese espacio no se pueden lograr los objetivos que desea?, ¿puede ser que el consultante deje de asistir al proceso terapéutico y con ello se pierda esta oportunidad de colaborar en conjunto para abrir otras formas diferentes de interacción familiar?

No obstante, el contexto de supervisión, donde estamos presentes terapeutas en formación, trabajando bajo ciertos modelos teóricos, guiados por supervisores, en una institución con ciertas condiciones de trabajo, se llegan a tomar decisiones desde una mirada particular, encaminadas en el aprendizaje de nosotros como alumnos y al bienestar de los consultantes, dejando otras posibilidades en los márgenes de acción. Así, en el presente análisis tengo el objetivo de reflexionar sobre la postura ética del equipo terapéutico y las posibles alternativas desde una postura de la ética relacional. Aunque la postura ética relacional tenga más sentido epistemológico con la terapia colaborativa que se utilizó en el segundo caso, más que en la terapia centrada en soluciones en su primer momento, que se implementó en el primer caso, pretendo que esta reflexión pueda ser de utilidad para vislumbrar los posibles efectos de las decisiones y acciones terapéuticas tomadas en ese momento, en las condiciones particulares, aunado a poder contemplar cómo se vería reflejada una postura ética relacional, independientemente del modelo terapéutico empleado.

Analizaré los dos casos descritos anteriormente, en cuanto al manejo de los aspectos éticos, utilizando una perspectiva relacional, retomando principalmente a Gergen (1996b, 2009)

y McNamee (2001, 2009, 2015), en la cual busca construir nuevas posibilidades junto con el consultante, esto implica que se mantenga una reflexión sobre los siguientes aspectos:

- Construcción en conjunto. La conversación surge de la relación entre terapeuta y consultante. El terapeuta aclara los temas de interés o preocupación, relevantes para crear espacios seguros donde el diálogo se genere, colocando en el centro al consultante y estableciendo junto con él de que se conversará y cómo será la interacción. Es responsabilidad del terapeuta reflexionar sobre lo que están construyendo en conjunto.
- Integrar y cuestionar los pre entendimientos de los terapeutas. Se establece la manera en que las ideas, preocupaciones, conocimientos previos y posturas forman parte de la conversación, como una voz más dentro del diálogo, las cuales pueden tener sentido o cuestionarse, siendo de utilidad para abrir caminos distintos.
- Búsqueda de distintas voces. Se busca ampliar las posibilidades. Retomando que la identidad se construye en relación se indaga sobre diversas formas de estar y relacionarse en distintos contextos.

Es decir, considero la ética relacional como la determinación en conjunto de lo que podría considerarse correcto para la vida del consultante o el proceso, en la que la construcción de los significados es compartida y se establece en la relación. En esta postura se reflexiona sobre lo que se está construyendo en la relación terapéutica, creando espacios en los que se puedan explorar múltiples visiones, integrar y cuestionar pre entendimientos, donde en el centro se encuentren las experiencias de los consultantes, los efectos que tiene lo que se conversa sus vidas y se tome en cuenta el contexto histórico, social y cultural tanto del consultante como del terapeuta. Así, la ética desde esta perspectiva se da en la relación y el diálogo, por ende, no es

algo que se puede establecer de antemano, sino que se crea durante la conversación junto con el consultante.

Para hacer el análisis de cada uno de los casos realicé lo siguiente. Seleccioné una parte del proceso de la sesión para ser examinados, en los que se mantuvo una postura ética o podría reflexionarse al respecto. Posteriormente, describo que es lo que hicimos como terapeutas o equipo para abordar los aspectos éticos, cómo se relaciona con la ética relacional; o qué temas, preocupaciones o formas de estar en la interacción con el consultante pudieron abordarse de manera distinta o retomarse en la conversación, que estuviera asociado a este tipo de ética.

Durante el análisis se realizan observaciones y se muestra la transcripción correspondiente, donde “S” significa supervisora, “I” integrante del equipo, “T” terapeuta (en el caso de co-terapia se distingue entre terapeuta 1 y 2) “E” Estefany, “V” Víctor y “A” Ana.

### ***3.2.1 Análisis del Caso 1***

Retomo el proceso de Estefany para realizar este análisis, una mujer que en su matrimonio ha vivido por 22 años infidelidad, en los cuales ella ha sentido odio y rencor por el cinismo de su esposo; así su matrimonio lo experimenta como un infierno, donde ella no desea mantener relaciones sexuales con él. También, si ella no cuidaba de él, no le proporcionaba lo que necesitaba económicamente. Lo cual yo nombro como violencia sexual y económica.

El modelo teórico que utilizamos fue la Terapia Centrada en Soluciones, de la primera etapa, esto es importante comentarlo porque desde este modelo se tiene la intención de intervenir en la pauta del problema, en este sentido el terapeuta dirige la conversación hacia las excepciones del problema, de tal manera que los significados de los consultantes son tomados en

cuenta para conocer su postura sobre el mundo y generar estrategias, pero no para explorar el relato y construir en conjunto distintos significados.

### ***El planteamiento del motivo de consulta y la implicación que se tienen en un contexto violento***

La consultante plantea como motivo de consulta dejar el rencor y el odio relacionado con la relación extra conyugal que mantiene su esposo.

***T1: ¿Que tendrías que estar haciendo para decir “ya no tengo que venir a terapia, ya conseguí lo que quería”?***

***E: Sacar mi odio y rencor***

***T1: ¿Cómo sería esa Estefany sin ese odio y sin ese rencor?***

***E: Yo sería muy feliz. Ese odio no me deja. Yo le he pedido a Dios, y hago una oración de sanación y le he pedido tanto a Dios. Fíjate que, sí ha cambiado un poco, me ha quitado un poco el rencor y el coraje. Cuando fue mi cumpleaños y me hicieron una fiesta, yo tomé y él también. Esa vez estuvimos muy bien como si fuera mi luna de miel, yo me sentía feliz. Una sobrina me dijo – tía que te estas mortificando, porque vives de esa manera, si tú te diste cuenta que si lo amas pues olvídate de lo demás y tu haz como si nada, quédate con mi tío y trátalo como antes-, traté, pero no, porque, yo dije si él ve que yo cambio él deja a esa persona, pero ya vi que no la deja. Eso es lo que a mí me impide más que yo sé que todavía no la ha dejado.***

Al estar trabajando con la Terapia centrada en soluciones, buscamos especificar en acciones lo que significaría sacar el odio y rencor, Estefany menciona que necesitaría que su esposo no la tocara, lo cual implicaría que no tuvieran contacto físico.

***¿Suponiendo que él no dejará a esta persona cómo sería esta Estefany feliz? ¿Qué estaría haciendo?***

***E: Como yo te digo yo sería feliz, que no me toque. Que me deje ser. Por ejemplo, a mí me gusta poner mi música cuando hago mi quehacer y me pongo a cantar. Y me encanta hacer mi quehacer. Y cuando él está, no quiero hacer quehacer, solo quiero estar sentada y me pongo hacer crucigrama y ya. Pero no estoy como cuando estoy sola, que pongo mi música, estoy muy contenta canto, bailo, subo, bajo***

***T1: No sé si estoy entendiendo bien, pero tu objetivo es que él ya no te toque y con eso ya tú serías feliz. Eso es lo que tú quisieras conseguir.***

***(Estefany asiente)***

***T2: A mí me genera una duda ¿Entonces cuando ya no tengas rencor seguirías con esta relación de pareja?, pero ¿Sin qué él te tocará?***

***E: Aja sin que él me toque***

***T1: El que ya no te tocara ¿Implicaría tener relaciones sexuales o sí?***

***E: No es lo que menos quiero***

*T1: Entonces cero contactos físico*

*E: A veces estoy en la cocina, va y como sabe que si me hace así (tocarle la oreja) se me enchina el cuero, va y me hace así. Y yo, así como que- este hijo de tal por cuál-. Pero yo digo - yo estoy mal porque yo sola me estoy haciendo daño. Y ya me da risa y así, pero finjo la risa*

Consideró importante analizar este momento del proceso por las implicaciones que podría tener en la vida de la consultante, en varios sentidos:

1) Se puede dejar de lado que se encuentra en una situación donde se ha traspasado los acuerdos que ella esperaba que existieran en su matrimonio (se puede ver reflejado cuando ella habla del cinismo que tiene su esposo y que no deja a la otra persona), donde existe un control sexual y económico por parte de su esposo.

2) Se podría invisibilizar la violencia y sus efectos en la vida de la consultante. Además, al pensar que ella es la que se tiene que quitar el odio y el rencor, se puede correr el riesgo de dejar de responsabilizar al esposo de los actos de control y poder que ejerce; y se siga repitiendo el discurso donde se responsabiliza a las víctimas de los efectos de la violencia.

3) Se puede dejar de ver si el odio y rencor son una forma de responder a la violencia.

4) Además de no tomar en cuenta si existe algún riesgo de que se llegue a cumplir este motivo de consulta, al pensar que, si ella se resiste a tener relaciones sexuales con su esposo que consecuencias tendría, ¿ella tiene la posibilidad de decir que “no” sin que exista la posibilidad de que la violencia aumente?

Desde una mirada de la ética relacional, podríamos conversar sobre el odio y rencor, para entender el significado que ha tenido en su vida y cómo se ha construido. Retomando el contexto en el que se ha construido ¿qué ha vivido en su matrimonio para que estuviera este odio y rencor?, ¿Cómo nombraría esto que ha vivido en su matrimonio?, y ver los efectos que ha tenido en su vida estas situaciones a las que ha estado expuesta ¿Cómo le han afectado?

Considero importante ver lo que ella necesita para estar segura u obtener bienestar, durante las sesiones ella menciona, que necesita no tener relaciones sexuales con él y que la dejara ser. Podríamos cuestionar ¿Qué riesgos puede tener al cumplir el objetivo de no mantener relaciones sexuales con él?, ¿En qué situaciones de desventaja o peligro se puede encontrar al cumplir este objetivo?, ¿Qué efecto ha tenido en su vida las consecuencias de la violencia? ¿Cómo sería para ella estar segura? ¿Quién la podría acompañar a buscar su seguridad? Por otro lado, en cuanto a “que la deje ser ella”, ¿Qué significaba ser ella misma? ¿Cómo fue que fue dejando de ser ella misma? ¿Qué fue sucediendo en la relación que le arrebató el “ser ella”?

***La forma en que se nombra la violencia, el objetivo con que se realiza, y el efecto de hacerlo de esas formas.***

Nombramos la violencia en dos momentos del proceso terapéutico. La primera vez, fue al final de la sesión, después del equipo reflexivo, una de las supervisoras se dirigió directamente a Estefany, desafortunadamente esta parte de la sesión no se grabó, por lo cual lo que se relata a continuación se obtiene por los comentarios de algunos miembros del equipo.

*Lo que tú estás viviendo es infidelidad y violencia, existe una escasa probabilidad de que se presentara un comportamiento distinto en el Sr. Juan, así que puedes salirte de esa relación o continuar en esa situación. Lo que ella contestó fue que estaba conflictuada por el dilema de estar con él o no.*

Al final de la sesión la supervisora comentó que lo realizó porque durante la sesión las terapeutas no nombramos la violencia y que consideraba importante que pudiera optar por otras alternativas y generar cambios. Al inicio de la siguiente sesión la consultante mencionó lo siguiente.

*“... y que la verdad me siento bien porque platicué, porque me desahogue, me escucharon y me dieron su opinión. Pero le digo a mi hermana –es que no le veo caso que siga yendo porque sigo viviendo la misma vida. Porque mi esposo se fue el miércoles de la semana pasada se fue cinco días y es un infierno para mí, no es porque... yo quisiera que me entendieran que no es porque me duele que él tenga otra persona, eso no me duele, ya no me importa, sino que me duele que subestime mi inteligencia... Entonces estos días que él se fue, ese es mi coraje, esa es mi rabia, que con que descaro*

*va y viene, como la tranquila mañana, va y viene y como si nada el señor. Y entonces digo, voy a seguir en la misma vida y la misma situación... fue el motivo por el cual regresé porque mi hermana me ayudó a reflexionar sobre este aspecto, y digo a la mejor y si viniendo con ustedes puede llegar el momento que ya me libere de ese no sé que tengo. Porque no sé si sea miedo, de que no reaccione con él como yo quisiera reaccionar, como decirle las cosas y decirle todo”*

Consideré importante retomararlo porque al nombrar de esta forma la violencia puede no quedar tan claro los pre entendimientos de la supervisora que la hacen llegar a la conclusión de que Estefany tendría que salirse de la relación porque su esposo no cambiará. De forma personal creo que es importante nombrar la violencia, para poder identificar que hay situaciones de poder y control que colocan a las personas en desventajas y les afecta en cómo se relacionan con ellas mismas y con los otros. Por lo cual, al hacerlo de esta forma se corre el riesgo, por la posición de poder de los terapeutas, de que se tome como una imposición o que pueda sentir que no está haciendo lo correcto al quedarse en la relación. Cuando la consultante menciona la duda que tiene al seguir asistiendo a terapia porque su vida va a seguir siendo igual, me hizo cuestionarme ¿cuánto esta duda se relaciona con la forma en que se nombró la violencia?

Desde una postura de la ética relacional, podría cuestionarse la idea de que tiene que nombrarse la violencia en todos los casos, y se pondría más énfasis en reflexionar sobre la intención y la utilidad de hacerlo. Si se decide hacer público, podría ser una posibilidad que se integrará este pre entendimiento en la conversación terapéutica, indagando sobre la relación, las implicaciones en su vida, a qué situaciones ha estado expuesta, qué han significado para ella, explicar por qué se consideraba violencia, por qué para el terapeuta sería importante que se nombrara como violencia y nombrar la infidelidad, pero darle a Estefany un espacio importante para saber qué es lo que la consultante piensa, cree y siente sobre aquello que se está “poniendo sobre la mesa” de tal forma que ella pueda ir explorando las posibilidades que puede tener para responder a la violencia y la infidelidad. Para mí sería importante recalcar que salir de relaciones

de pareja donde existe violencia es un proceso y no es fácil, por los efectos de la misma violencia, además de que terminar la relación por la infidelidad, puede ser un proceso complicado por el poder económico que su esposo tiene sobre ella, lo cual la podría poner en una posición de vulnerabilidad.

El segundo momento en el que nombramos la violencia fue en la segunda sesión, siguiendo con la terapia centrada en soluciones se indaga sobre los momentos en que ha logrado que su esposo no la toque, se reconocen estos cambios se pregunta sobre los pasos que se tendrían que seguir dando y se menciona que el no aceptar algo que no se quiere es un proceso difícil por la violencia sexual.

*“T1: Y me pregunto ¿Cuál sería el siguiente paso por muy pequeño que sea para continuar con estos cambios?”*

*T2: Porque sabemos que los cambios no se dan de la noche a la mañana. Sabemos que esto que estás haciendo es un primer paso y que si seguimos con estos pequeños pasos para lograr al final lo que quieres que él ya no te toque. **Porque no sé cómo tú lo veas me suena a esta violencia sexual, que el que ella no quiera y por querer estar bien con él acceda.** Y creo que es muy valioso que en este momento digas ya no más.”*

La intensión para nombrar la violencia sexual en esta ocasión fue señalar que se habían dado pasos para hacerle frente, pero se deja de lado los riesgos que corren si ella no accedía a mantener relaciones sexuales con él. Sería importante señalar la relación de poder y saber qué es lo que ella piensa sobre nombrarlo como violencia sexual.

Considero que desde la ética relacional se hubiera buscado entender cómo ella ha vivido la experiencia, ella decía en la primera sesión: *“yo sería feliz nada más con que no me toque, no lo soporto y eso ya me está acabando y él quiere estar conmigo y yo lo rechazo, son problemas porque se enoja y a veces para que no se enoje le hago caso, pero lo hago sin ganas porque he llegado al grado de que él me toca y yo me arranco los pelos, no quiero que me toque”*.

Podríamos indagar sobre ¿Qué es lo que hace él cuando se enoja que ella tiene que hacerle caso?,

¿qué tipo de control ejerce contra ella?, ¿qué implicaciones tiene este control en lo que ella quiere para sí misma? Conociendo más la experiencia podría ser una opción nombrar la violencia para visibilizar que son estos mecanismos de control lo que pueden ser un limitante, que es una situación social donde hay desigualdades en el poder a las que estamos expuestas muchas mujeres y que ella no es la responsable de esa violencia, con la intención de que estos saberes también puedan ser cuestionados por la consultante.

### ***Cómo es tomada en cuenta su vivencia del odio y el rencor***

En distintas ocasiones comenta que tiene que dejar de lado el enojo y rencor, ignorando la situación y no pensando en el cinismo de su esposo, porque se hace daño.

*E: ... A veces estoy en la cocina, va y como sabe que si me hace así (tocarle la oreja) se me enchina el cuero, va y me hace así. Y yo, así como que- este hijo de tal por cual-. Pero yo digo yo estoy mal porque yo sola me estoy haciendo daño. Y ya me da risa y así, pero finjo la risa*

*T1: ¿Cómo sería vivir en paz para ti?*

*E: Para mi sería que él se fuera de mi casa, pero que no lo va a hacer. Una vez mi hijo me dijo si estás viendo la situación porque sufres de esa manera, **déjalo que entre y salga como si nada e ignóralo. Pero no es tan fácil, mi rabia no es que él tenga otra, mi rabia es el cinismo de él y es mi coraje mi rabia que me da contra él, su cinismo, su descaró. El que me quiera ver la cara...***

*T1: ¿Qué es aquello que tú te tienes que quitar?*

*E: Pues eso de mi mente. **Eso que pienso de cómo es tan cínico y que me quiera ver la cara de esa forma. Y me lo tengo que quitar de que se me olvide y que me lo tengo que quitar de la cabeza. Por mi misma y por mis hijos...***

El quitarse su odio y su rencor es su principal motivo de consulta, que en acciones se vería reflejado en no mantener relaciones sexuales con su esposo, como terapeutas no indagamos en el significado y en cómo se fue construyendo. Al revisar las sesiones, surge la preocupación de que ella asuma la culpa de sentirse mal por no quitarse el odio y rencor y vea como solución ignorar sus sentimientos, los cuales se pueden encontrar relacionados con la injusticia que vive.

Me hace pensar que culturalmente el odio y rencor son emociones indeseables, que especialmente las mujeres tendríamos que ignorar, no obstante, el odio y el rencor se han construido por las vivencias de nuestra consultante y podrían ser emociones que indican que algo importante para ella ha sido sobrepasado o vulnerado. Por lo tanto, me parece peligroso que en la conversación se siga construyendo que el odio y el rencor son emociones que no tendría que sentir.

Por otra parte, se podría señalar la impresión de injusticia y la atribución de la culpa. Por ejemplo, *“consideramos que has vivido una situación injusta, el enojo y el coraje, están justificados ¿no sabemos cómo lo ves tú? Pareciera que estas emociones te hablan del daño que te han hecho, y al decir -me tengo que quitar este enojo que no he podido- es probable que genere una carga más sintiendo culpabilidad por no hacer un cambio y no responsabilizar a quien lo ha provocado”*. Preguntando, si tiene sentido para ella y si sería importante retomarlo. Por otra parte, se puede abordar la idea de que el odio y rencor como emociones que están presentes porque se han traspasado ciertos límites o porque necesitan transmitir algo a la consultante, por lo cual una línea de trabajo podría ser preguntar, ¿Qué es lo que el enojo y coraje querrán decir? ¿Por qué están presentes en este momento de tu vida?

***Cómo se introduce la idea de que las mujeres priorizamos el cuidado de otros y qué implicaciones tiene***

Integramos el tema de los cuidados, ya que Estefany menciona que además de la seguridad económica y material, el verlo enfermo le impide dejar la relación. La terapeuta indaga el por qué ella tendría que encargarse de los cuidados de su esposo y no la persona con la que mantiene una relación extra conyugal a lo cual responde que son su educación religiosa y las creencias familiares.

*T1: ¿Hay algo más de la seguridad económica y material que te pudiera estar manteniendo en la relación?*

*E: Luego cuando lo veo enfermo digo pobre. **No sé si también eso me mantenga, por cuidarlo...***

*...T1: ¿Por qué si ella no lo cuida porqué tú sí?*

*E: Es lo que me dicen mis hermanas. **No sé si porque me siento obligada, por la educación que le dieron sus padres de que estas casadas por la iglesia y tienes que esto y que otro, a la mejor son creencias o enseñanzas, porque hay veces que ni yo me explico por qué estoy ahí.***

Ante esto comenzamos a indagar sobre las diferencias que hay en su vida cuando no cuida de él, ella menciona que tiene sentimientos buenos y malos, al pensar en que se está trabajando con la Terapia Centrada en soluciones buscamos ampliar la excepción al preguntar sobre los momentos en los que ella no cuida a su esposo y se siente bien.

*T1: ¿Qué sería diferente si tú no lo cuidas?*

*E: Pues nada más él se enoja y no me habla. Como hace 15 días que él se enojó por nada y nada más yo me enojo peor y a él le va peor porque no le doy su medicina, no le pongo crema*

*T1: ¿Cómo es para ti?*

*E: **A veces me siento mal y a veces me siento bien***

*T1: ¿Cómo es cuando te sientes bien?*

*E: **Me siento liberada, me siento a gusto.***

*T1: Si alguien se daría cuenta quien vería que te sientes liberada*

*E: Yo creo que David y Juan, pero no están conmigo solo los fines de semana.*

*T1: ¿Y si estuvieran que te dirían?*

*E: Pues Juan me diría, que yo me salga, me divierta.*

Buscamos cuestionar lo que sucede desde el género, retomando lo que la consultante comentó sobre la educación religiosa y creencias familiares. Mi compañera retoma el tema al mencionar como nos han enseñado a priorizar a otros, en lugar de a nosotras mismas y la culpa que puede traer consigo no hacerlo, con la intención de indagar dónde lo aprendió y cuestionar esta idea.

*T1: ... Oye este, no sé cómo lo veas tu Dulce, pero yo como mujer veo que esta situación es muy común en México. Como tú decías a la mejor es la educación que a mí me dieron y es algo que yo comparto contigo que **creo que a las mujeres se nos ha enseñado a preocuparnos por el otro a ver que necesita, pero no se nos ha enseñado a ver por***

***nosotras mismas. Y esto a veces puede causar culpa. Puede causar culpa el ver más por mí y por mi bienestar que el cuidar a los otros.***

***E: Si de hecho yo he tenido a mi suegra que tiene 85 años y ha estado en la casa, me ha dicho -es que tú a todo el mundo ves a todo mundo le das de comer, estás mal-, y a mí me da coraje que me digan por qué es mi familia, son mis hijos y yo los tengo que ver, los quiero ver.***

***E: ... Y una de mis hermanas me decía por qué la veo si me ha hecho tanto daño. Y le digo -pues es lo mismo que con mi esposo, no puedo ser indiferente no tengo el alma así tan dura tan negra de decir “a mí que me importa... no, ya que se quede”- le digo de cosas y la mando al diablo entre mí y vuelve a estar enferma y vuelvo a lo mismo. Y es lo mismo que me pasa con mi marido. Porque yo por más que quiera ser otra persona, ser diferente, ser de corazón duro, de decir “que me importa, si ya ellos me hicieron, que ya se las arreglen solos”***

***T1: ¿y dónde aprendiste esto Estefany? A la mejor el tener la obligación de cuidar a los demás a costa de tu propia felicidad.***

***E: No sé por qué con mis papas nunca vi eso, más que cuando mi abuelita estaba enferma que la íbamos a cuidar. No sé de dónde me nace ni por qué. También tenía una vecinita que murió su hijo hace tres años... Y sin embargo que la señora que no es nada mío y es con la que te digo que me voy cuando no está mi esposo. Y no sé si sean buenos mis sentimientos...***

Para mí la intención de cuestionar las creencias sociales iba de acuerdo a lo que la consultante mencionó en un momento de la sesión, no obstante, en la conversación predomina la voz de nosotras como terapeutas, en lugar de la voz de la consultante.

Por otra parte, ella comenta que el no cuidar de su esposo traía cosas buenas y malas, siguiendo la Terapia Centrada en Soluciones, nos enfocamos en los efectos positivos en su vida al dejar de cuidar, no obstante, los efectos negativos no se retoman, como el control económico que se ejerce y la implicación de cómo se vería a ella misma por no cuidar a otros. En esta situación se puede visibilizar que hay que tener cuidado con las implicaciones éticas (desde una visión relacional) de seguir un modelo, ya que al seguir ciertas técnicas se puede dejar de lado al consultante.

También, podríamos cuestionarnos ¿Por qué para ella ver por sus hijos, cuidar de su esposo y de su suegra, aunque no sea valorado, significa que no “tiene el alma negra, su corazón no es duro y es buena persona”? Me hace pensar que es donde las creencias sobre ser “buena mujer” nos colocan, ya que, si no se cumple con esta exigencia del cuidado y priorizar a otros, eres vista como mala.

Así, posibles temas de conversación, que se centraran más en colocar en un lugar central la voz de Estefany podrían ser, el significado de “sentirse libre”, de ser una “buena persona”, de no tener el “corazón duro y el alma negra”, sobre su vivencia de ser la cuidadora, además de cómo y con qué recursos podría enfrentarse a los efectos que tiene en ella el dejar de cuidar y lo malo de dejar de hacerlo, por ejemplo, el control económico. Otra de las líneas posibles, podría haber sido indagar cómo se llevaba a cabo en su familia de origen, ya que ella mencionaba que con sus papás no aprendió que era ella quien tenía que hacerse cargo de los cuidados, por lo cual se podría haber preguntado más sobre ¿Cómo era la relación de sus papás? ¿En qué era diferente? ¿Qué cosas aprendió de la relación de sus papás que le gustaría llevarse a su vida?

***Cuando se habla sobre los efectos de continuar la relación, las implicaciones que tiene en la responsabilidad que ella puede sentir al quedarse en una relación que la lastima a ella y a sus hijos***

En la segunda sesión, conversamos con ella sobre los efectos futuros si seguía en la misma situación, como el que su malestar físico se agravará y las implicaciones que tendrá esto para sus hijos.

*E: Pero desafortunadamente, él ahorita... con mis nietos pues yo siento que menos él no se va a ir, porque mis nietos son su adoración y uno de ellos el más pequeño es su adoración. Yo pensé que con ese niño él iba a cambiar, pero no.*

***T1: A mí me surge una duda. Viendo que ya han pasado 21 años, que la situación no cambia y que probablemente nunca cambie, no deje a la otra persona, él siga viviendo***

*en la casa, no se preocupe por ti. Me surge la duda de ¿Qué pasaría en el futuro si esta situación sigue?*

*E: No sé es lo que yo le dije en la mañana –yo creo que te vas a quedar viudo-, porque la verdad yo el lunes me sentía mal*

*T1: ¿Entonces algo que probablemente pase es que tu salud física empeore?*

*E: Pues pudiera ser, pero, eso es a lo que yo no quiero llegar (se entre corta su voz)*

*T2: Pues yo creo que es algo que está pasando ¿no? Como tú dices se va por cinco días y tu cuerpo lo resiente, ya llevas 21 años ¿Qué va a pasar si sigue por más tiempo? Yo creo que tu cuerpo lo seguirá resintiendo.*

*E: Es lo que yo le digo. Cuando yo viví con mi suegra, me dio eso que se me acalabró el cuerpo...el doctor me dijo que eran los nervios, como yo vivía con mi suegra en una vida tan pesada y tan dura, como yo no decía nada, no sacaba nada de lo que me hacían, llegó un momento en que mi cuerpo explotó. Yo siento que es lo mismo que me está pasando lo mismo otra vez. Él me dice que, - es que tu todo te preocupas, que ves que la nuera esto y te preocupas, tú te preocupas por todo el mundo- pero yo pienso si tú superas la realidad porque yo estoy aquí.*

*T2: Entonces, si esto sigue continuando en dos años ¿Tú como estarías?*

*E: Pues como estoy ahorita, si no es que hasta peor. Y de verdad que yo trato de decir que me importa que se largue y me vale. Y pues yo lo digo, pero pues no lo hago.*

*T2: Y al verte a ti mal, tus hijos ¿qué pasaría con ellos?*

Con estas preguntas nosotras como terapeutas teníamos la intención de que la consultante vislumbrara un futuro donde la situación siguiera de la misma manera, tomando en cuenta las consecuencias que tendría en su bienestar. La intención por sí misma no es perjudicial, pero desde la terapia colaborativa sería relevante que esa intención sea pública y una parte de la ética relacional estaría asociada con que el terapeuta esté al pendiente de las consecuencias de esta línea de trabajo, ya que al realizar la revisión se nota el riesgo que existe de adjudicarle responsabilidad por no actuar o poseer herramientas que le permitan salir de la situación. Me pongo a pensar si las preguntas están basadas en un discurso que pretende que el que ella se salga de la relación es lo correcto, perdiendo de vista que se encuentra en condiciones sociales y culturales que no facilitan los recursos para que ella pueda hacer algo distinto, además, está en una relación donde tiene menor poder. A sí mismo, las terapeutas dejamos de lado el daño y

control en cuanto a lo emocional, económico y sexual que puede estar viviendo y no reconocer y comentar los agravios que ha experimentado.

Una posibilidad, estaría vinculado con conocer su experiencia, los significados asociados y las implicaciones en su vida. Aunado a las acciones, valores o cualidades que a Estefany le han permitido sobrevivir a la adversidad.

### ***Cómo se integra el pre entendimiento sobre “la violencia es vivida por todas” y su importancia***

Al final de la segunda sesión, cuando la consultante está esperando afuera del consultorio, la supervisora nos pregunta a todas las integrantes del equipo terapéutico si habíamos estado en una relación violenta en algún momento de nuestra vida, la mayoría dijimos que sí, por eso se decidió dar el siguiente mensaje.

*T1: Entendemos que no es fácil salir de una relación de pareja donde se puede estar viviendo dolor, incluso muchas de las mujeres que estamos en el equipo hemos vivido situaciones parecidas a la tuya difíciles, y a pesar de que nosotras sabíamos que lo mejor era salir de esa relación se nos ha dificultado poner límites o salirnos de ahí... Nos gustaría trabajar con el pensamiento de que él no se va a ir de la casa, nosotros no podemos cambiar eso, pero lo que sí podemos hacer aquí es que esta situación ya no la vivas como un infierno.*

Pensando que la violencia hacia las mujeres en las relaciones de pareja es algo social, por las estructuras de poder, las creencias sobre el amor romántico, sobre lo que significa ser mujer y esposa, que nos pone a las mujeres en una posición de vulnerabilidad, lo que llega a pasar en ciertos momentos es que se llega a pensar que es algo personal y que la dificultad de salir o él estar en una relación violenta es por características individuales, como tener poca fuerza de carácter o valor. Con este mensaje, entiendo que la intención era resaltar que ella no era la única que había vivido violencia, que la violencia es normalizada en el contexto en el que vivimos, es complicado poder poner límites por pensar que la violencia es normal, quitándole la responsabilidad de no poder salir de relación. Considero que hubiera sido relevante nombrarlo como violencia y no como situaciones difíciles, además que una forma de enriquecer la

conversación podría haber sido, escuchar las voces de las integrantes del equipo en cuanto a sus vivencias sobre la violencia en sus vidas, con la intención de integrar distintas voces y que una posibilidad pueda ser ir construyendo significados distintos de su experiencia.

Durante el análisis de este caso, podemos vislumbrar los siguientes aspectos importantes que forman parte de ser ético relacionamente en este proceso en particular: 1) cómo se construye el motivo de consulta en una situación de violencia, donde hay que cuidar los riesgos en los que están expuestos nuestros consultantes y vigilar que discursos podemos seguir perpetuando al trabajar con ciertos objetivos. 2) la importancia que puede tener el nombrar la violencia cuidando la forma en que se realiza, priorizando no culpabilizar o imponer lo que el terapeuta considere correcto en lugar de construirlo junto con el consultante, donde su forma de ver el mundo tenga un lugar primordial, 3) buscar colocar en un lugar central la voz de los consultantes, sus creencias y cómo se han construido, por ejemplo, lo que significa cuidar de otros, 4) partir de la vivencia de los consultantes, tomando en cuenta el contexto social y cultural, en cuanto a las desventajas y vulnerabilidades que se viven, sin adjudicarles las responsabilidad de no poder salir de una relación donde existe violencia y 5) la importancia de integrar distintas voces que puedan visibilizar la violencia y sus efectos que se llegan a normalizar por la cultura machista de nuestra sociedad.

### ***3.2.2 Análisis del Caso 2***

En el segundo caso se utilizó la terapia colaborativa, con equipo reflexivo. El consultante Víctor de 56 años de edad, tenía el objetivo de mejorar la relación con su hija Ana. En ese momento, estaba separado de su esposa y sus dos hijos no vivían con él.

Escogí este caso por las implicaciones que tuvo en cómo se llevaría la sesión y el proceso, ante la conducta que yo nombro como violenta del consultante, quien buscaba controlar

imponiendo como debería de actuar y esperando una obediencia al 100% de su hija, a quien menciona haber gritado y golpeado en algunas ocasiones. Por otra parte, Ana refería no decirle ciertas cosas, ya que tenía miedo a su reacción, porque había presenciado como violentaba a otras personas.

### ***Cómo establecer un espacio terapéutico que permita el diálogo***

Ante el miedo, la inhibición, la imposición que puede generar la violencia en este caso se percibe que es importante que el terapeuta esté atento a lo que sucede en la conversación, para saber cómo puede intervenir de tal forma que los involucrados puedan encontrarse seguros y lo que surja de la conversación pueda crear nuevas posibilidades. En este caso, yo pude observar que se trataron dos aspectos para cuidar lo que se estaba creando en el espacio terapéutico. El primero de ellos es buscar que el espacio pueda sentirse seguro y el segundo se establece cómo manejar los efectos que tiene la violencia en los terapeutas para que pueda seguir generándose el diálogo.

#### **1.- Cómo cuidar que el espacio sea seguro para los terapeutas y la consultante**

En este apartado se escogen tres momentos de la sesión donde la terapeuta y Ana no se sentían seguras en el espacio terapéutico, se analiza qué postura toma la terapeuta y el equipo terapéutico en situaciones donde las actitudes violentas de Víctor (al imponer, castigar o descalificar) tienen el efecto de sentirse en riesgo o con miedo de compartir cierta información en sesión.

El primer momento que describiré es con respecto a lo que sucedió con la terapeuta en la primera sesión, quien durante la pausa expresó cómo se sintió y las preocupaciones que tenía al

trabajar con Víctor, mencionó lo siguiente: “*me da miedo, viene de un ambiente muy violento, me preocupa como le digo las cosas porque no creo que tenga mucha disposición de escuchar*”

El supervisor después de escuchar a la terapeuta y a los demás integrantes del equipo, se centró en saber si la terapeuta se sentía cómoda para trabajar con el consultante y propuso hacer público la necesidad de sentirse con la libertad para decirle lo que piensa sin que Víctor se enojara.

El siguiente fragmento es el mensaje final de la primera sesión.

*T.-Nosotros somos psicólogos, estamos para decir lo que pensamos, no sabemos si esa es la verdad, pero es nuestra opinión. A mí me gustaría sentirme cómoda para decir lo que pienso...*

*V.- y lo es, lo es, yo te lo dije en su momento yo no soy de los que me escondo o me espanto*

*T.- muchas veces, a lo mejor, lo que le vamos a decir puede que le parezca o puede que no...*

*V.- es una retroalimentación que yo voy a recibir y la voy a recibir como es, yo acepto lo que venga*

*T.- me gustaría sentirme con la libertad...*

*V.-y la libertad la tienes*

*T.- porque usted comentaba soy de mecha corta, entonces...*

*V.-no te voy a pegar tampoco, no te creas*

*T.-no, no, no, yo sé que no, pero si usted se enoja o grita el espacio no será muy provechoso.*

*V - no va a pasar*

*T.- bueno dicho esto...*

En este fragmento la forma en que se maneja la situación es tomando en cuenta a todos los involucrados, al indagar sobre la disposición y hacer público las necesidades de la terapeuta para poder trabajar. No se toma la decisión de forma unilateral analizando las características internas del consultante que le impedirían estar en el proceso, dejando de lado una posición de experto. Sin embargo, podría haber sido de utilidad, indagar lo que el consultante necesitaría para que el enojo no le impidiera poder escuchar y si requeriría algo de la terapeuta o del equipo.

El segundo momento que describiré en este apartado tiene relación con la percepción de Ana sobre no poder expresarse con libertad. En la quinta sesión al presentarse sin Víctor,

comenta que no ha podido decir todo lo que piensa porque la primera vez que asistió su papá le “echó en cara” lo que había dicho en sesión. La terapeuta lo maneja de la siguiente manera:

*T: Y a mí me preocupa que tú no te sientas cómoda para poder expresar lo que tú piensas o sientes aquí con tu papá presente y no sé cómo podríamos ayudar en esa situación*

*A: Pues yo creo que eso ya es de mi papá ...*

En el equipo reflexivo se comenta la preocupación, lo cual fue significativo para ella y se puede conversar después del equipo

*S: Otra cosa, es ¿qué necesita Ana para que este sea un espacio seguro para que ella pueda expresarse libremente sobre todo en presencia de su papá y que no sienta que después se lo va a cobrar o le va a reclamar? No sé si cómo decía Thais si nosotros podamos hacer algo, si tenemos que hablar con su papá primero*

*A: ... Pues con respecto a mi papá que es lo que yo necesitaría para expresar todo lo que yo les dije ahorita, yo tendría que estar segura de que mi papá lo va a tomar para bien... Que yo pueda estar segura de que después de salir de aquí, me gustaría que después de la terapia no se toque el tema... me refiero a lo que para mi papá pudiera ser incómodo...*

*T: No sé si tú tienes alguna idea de cómo se pueden abrir aquí algunos temas de manera que él se sintiera más preparado o menos incómodo.*

*A: Que si es algo que tiene que ver conmigo me dé oportunidad de yo misma expresarlo y que él no lo exprese por mí... Me gustaría que si él quiere hablar de estos temas me permita que yo los exprese o viceversa.*

La forma en que la terapeuta y el supervisor abordaron esta situación fue hacer visible la preocupación que sentían de que ella no estuviera cómoda o segura en las sesiones y explorar junto con Ana diversas posibilidades para que pudiera expresarse con libertad, partiendo de lo que necesitaba. También estuvieron muy atentos a sus palabras para entender lo que ella requiere, por ejemplo, cuando habla de *incomodidad*.

No obstante, esta preocupación de Ana la había expresado desde la primera sesión que ella estuvo presente

*T: ... ¿A ti qué te gustaría que sucediera aquí?*

*A: No tengo una idea, espero que no termine mal. Porque mi papá se enoja muy fácil*

*V: Muy que*

*A: Te enojas fácil*

*V: ¿Me enojó fácil? (preguntando al terapeuta)*

*T: Pues no sé, es la impresión que tiene Ana. Bueno, Ana ¿Cómo es que tomaron la decisión de asistir juntos?*

En ese momento no indagamos sobre lo que se necesitaba en el espacio a fin de ser un lugar seguro, más bien se siguió indagando sobre ¿Cómo habían decidido asistir juntos?, me parece que esas preguntas abrieron un espacio para conversar sobre lo que si esperaban en la sesión y el interés de ambos de comprenderse. Sin embargo, considero que la preocupación quedó desatendida y que era una oportunidad para preguntar ¿qué pensaba qué podría salir mal?, indagar sobre las implicaciones podría tener después de la sesión y establecer que necesitaban para poder conversar sin que las cosas terminaran mal.

El tercer momento se expone el momento en el que Víctor impone de forma repentina que se hable sobre la agresión que Ana recibió por parte de Miguel, a lo cual ella se muestra muy seria, con la mirada hacia el suelo y el tono de voz bajo, al ir conversando sobre este tema se va mostrando preocupada y tensa.

En un inicio la terapeuta, indago sobre porque para Víctor era necesario hablar sobre este tema, si Ana estaba de acuerdo de hablar de este asunto y bajo qué circunstancias desearía hacerlo, se decide hablar del tema, pero agendando una sesión solo con ella.

*V: Ana ellos saben lo de Miguel, adelante.*

*T: ¿Es algo que tú quieres hablar?, si no, no (preguntándole a Ana)*

*(Ella niega con la cabeza. Se pone muy seria)*

*T: (al mismo tiempo que Víctor) ¿Por qué tuviste la necesidad de comentarlo?*

*V: (al mismo tiempo que la terapeuta) Eso me gustaría que lo vieran en una sesión sola con ella.*

*T: Si Ana considera que es algo que quisiera platicar*

*(Ella señala con la cabeza que sí)*

*A: que él no venga (no es claro, ella comienza a hablar con un tono de voz bajo)*

Se considera relevante saber qué expectativas tiene Víctor acerca de la conversación que podría tener la terapeuta con Ana sobre la agresión de Miguel, para que no sea intrusivo para Ana, y se indaga con ella si tiene las mismas preocupaciones.

*S: Quizá Víctor ahorita que hablabas del tema de Miguel, quizá para mí sería importante que pudieras mencionar hoy porque para ti es importante que Ana hable de esto, porque de otra manera pudiera resultar muy sorpresivo y tal vez invasivo.*

*V:(Víctor hace una señal de sí con el dedo)*

*S: ¿Qué expectativa tienes tú y porque te preocupa este tema?*

*V: A mí por la seguridad de mi hija...*

*T: Y yo quisiera saber, si Ana, ¿tú estás preocupada también por tu seguridad?*

*A: (asiente con la cabeza)*

Se observa como la terapeuta pone atención en la disposición y comodidad que tiene Ana con lo que se está conversando, va buscando establecer qué es lo que se espera al hablar sobre este tema y de qué forma se podría hacer para que la menor pueda sentirse segura, en todo momento son aspectos que se preguntan a los consultantes, buscando formas de manejar la situación en conjunto.

En resumen, la postura ética relacional para buscar o crear espacios seguros, tiene relación con hacer público lo que sienten, estar al pendiente de las reacciones del consultante que puede estar en situación de vulnerabilidad, preguntar sobre lo que necesitan tanto la terapeuta como la consultante para sentirse seguras, cuidar que en el espacio no predomine una voz, en este caso la de Víctor y darle voz a Ana.

## 2.-Cómo manejar los efectos que tiene la violencia en los terapeutas para que pueda seguir generándose el diálogo.

En la sesión seis, Víctor asistió sin Ana, lo observamos enojado y frustrado con su hija y esposa porque Ana no le confirmó su asistencia a una fiesta en un lugar donde consideraba peligroso. Eso lo llevó a pensar que no importaban los cambios que él estaba haciendo, ya que

seguían las mentiras, el nulo apoyo de parte de su esposa, que no le permitía tener una “línea de dominio” y la falta de respeto de su hija que pensaba que lo veía como viejo y decrepito. En la sesión él alzaba la voz, decía groserías, hablaba muy rápido, interrumpe a la terapeuta y al supervisor, se para de su silla (al hablar sobre una ocasión donde él refiere que su hija lo reto y él quería darle un golpe, pero se detuvo), además se acercaba mucho al supervisor y en algunos momentos lloro. La forma en cómo se manifestó el enojo y la frustración tuvo un impacto en nosotros, la terapeuta y los miembros del equipo.

El siguiente fragmento refleja lo que sucedió en esa sesión y como la terapeuta expresó y manejó la situación.

*T: Te voy a parar Víctor porque siento que ya no te estoy escuchando*

*V: Es que, si estoy bien encabronado con Ana, ¿a ti que te dijo?*

*T: Ahorita que te escucho me doy cuenta de que estas súper enojado, y súper frustrado.*

*V: Si frustradisimo*

*T: Pero ahorita que te escucho hablar, para mí es bien difícil escucharte. Levantas mucho la voz y hablas de muchas cosas*

*V: Porque a veces*

*T: Y yo no sé si Ana pudiera estarse sintiendo igual que yo y también sea difícil para ella comunicarse contigo*

*V: No, yo escucho a mi hija. Cuando mi hija es sincera conmigo yo la escucho. No digo nada yo, yo me dejo caer. Pero mi hija desarrolla una imagen de su padre.*

La terapeuta detiene a Víctor, le expresa que le es difícil escucharlo ante su enojo y frustración, e indaga si esto es algo que sentirá su familia cuando él está enojado. Así, la terapeuta, hace público su sentir y lo utiliza para indagar sobre si pasara en otros espacios, no obstante, no lo da por hecho, más bien lo cuestiona.

Durante el equipo reflexivo donde la terapeuta también participó manifestamos el impacto que tuvo la sesión en nosotras.

*I.- ... yo esta sesión la sentí con mucha violencia, muy tensa...*

*I: ... Yo comparto con Dulce que esta sesión la sentí violenta no sé si porque seamos mujeres, pero yo estaba en el dilema de - entiéndelo, entiende la historia que ha vivido dentro de todo un contexto de violencia, pero ya de manera personal me sentí inhibida, sentía que el enojo se podía salir de control... es muy complicado tratar de entender a alguien de una manera genuina y al mismo tiempo sentir un poco de miedo...*

*T: ... Otra cosa que me preocupa es no saber escucharlo y no poder ayudarlo, algo que me pasa cuando hablo con él es que me siento inhibida y cuando me siento así dejo de escuchar...*

De esta forma, el equipo reflexivo permite hacer visibles aspectos que durante la sesión es difícil expresar, con el objetivo de que sea escuchado por el consultante. En este caso fue de utilidad para abordar el efecto del enojo y la frustración, como no poder escuchar y entender, sentirse inhibidas y con preocupación de que el enojo se saliera de control.

Sobre el efecto en el equipo, personalmente me sentí con miedo a que se saliera de control, pero también enojada, por dos razones. Una de ellas, asociado a mi creencia que se ponía en una posición de víctima, al responsabilizarlas por dejarlo y por ocultarles cosas, cuando para mí eso era una forma en que ellas se protegían de las consecuencias del enojo, para mí la acción de ellas va de acuerdo a algo que yo valoro como el responder ante injusticias y cosas que te hacen daño. Por otro lado, sentí enojo asociado a su búsqueda de obediencia al 100%, imponiendo su punto de vista, ya que para mí el que imponga por medio de la violencia es algo que va en contra de mi postura de libertad y autonomía en la toma de decisiones, y me da la impresión que él espera la obediencia absoluta de su hija y que el enojo cuando esto no sucede le impide ver otras formas de relacionarse con ella y respetar su libertad.

No obstante, desde esta postura de la terapia colaborativa nuestro supervisor nos expresaba que es preocupante cuando percibes de mala forma al paciente, ya que puede interferir en el interés de conocer, entiendo que el que nosotros nos quedemos con una sola forma de percibir al

consultante, nos puede llevar a perder la curiosidad, aferrarnos a nuestra postura y no escuchar lo que significa y valora el consultante, lo cual puede imposibilitar el diálogo.

Considero que es importante saber que sientes, cuál es tu postura personal al respecto y poder hacerlos públicos, como lo hizo la terapeuta en esta sesión, ya que podría ser utilizado para integrar otras voces al diálogo, convirtiendo las ideas en preguntas o mencionando la postura, así trabajar junto al consultante para buscar posibilidades. Pienso en que la responsabilidad del terapeuta en estos casos es seguir al paciente con curiosidad de ¿qué es lo que él valora para que reaccione de esa manera?, ¿qué de lo que pasa no va de acuerdo consigo mismo?, el buscar entender y averiguar formas en que pueda seguir el diálogo puede permitir que se obtenga alternativas distintas.

En esta sesión el supervisor comenzó a participar activamente en la conversación junto con la terapeuta, indagando qué significaba para el consultante que su familia se fuera de su casa

*S: ¿Oye sientes que te sacaron de la jugada? (se siente a lado de la terapeuta)*

*V: Me sacaron de la jugada eso sí es cierto (comienza a llorar)*

*S: ¿Te quedaste fuera de tu familia?*

*V: Fuera del núcleo familiar, me dejaron ahí solo, en años no fueron a verme. Ahí le diste al punto de lo que quería decir. Yo vivía solo, borracho en un puto sillón, salir trabajar y conseguir que comer. Esperanzado, con la puta ilusión de que un día llegarán a la casa y me dijeran, -aquí estamos contigo-*

*S: ¿Cuáles eran tus esperanzas?*

*V: Que un día llegaran mis hijos, todo por causa de su familia que los tiene enclaustrados en la mentira, que se le olvidó quien le pagó el parto, la operación, que la sacó adelante, los pague yo.*

*S: ¿De qué son esas lágrimas?*

*V: de frustración y coraje*

*S: Qué es lo que te hace estar tan seguro, así como hay gente que tú dices a éstos si les doy en su madre y me vale, qué es lo que te hace saber que con tu familia no lo harías.*

*V: Porque los amo... (relata que no tuvo esa familia cuando era niño)*

Al conversar sobre sentirse fuera de la jugada y del núcleo familiar, que traían enojo y la frustración, se habla también de porque al no tener a sus papás como familia son tan importantes

sus hijos en su vida y cómo puede llegar a sentirse poco valorado, de cómo la violencia física era una forma de responder que había aprendido por su historia de vida, pero con sus hijos no era una opción por el amor. Así, se logró conversar sobre la forma en que él podía o quería relacionarse con su familia estando el enojo y la frustración, sin que fuera en contra de lo que a él le importaba que eran sus hijos.

Con esto se puede observar como la curiosidad puede llevarnos a entender los significados que tiene para las personas, partiendo de sus historias de vida. Así, solo quedarnos con una postura personal puede imposibilitar el entender el contexto social, económico y cultural de las personas y partir desde ahí para construir posibilidades.

En resumen, tener una postura ética relacionalmente cuando la conducta violenta de los consultantes tiene un efecto en los terapeutas, puede significar poner al centro la vivencia del consultante, más que los pre-entendimientos personales, sin dejar de lado la importancia de hacer público los pensamientos y sentimientos presentes dentro de la sesión como una forma de seguir generando el diálogo.

### ***Cómo se busca generar nuevas posibilidades alejadas de la violencia***

Es responsabilidad del terapeuta priorizar la seguridad de los consultantes, en este caso se fueron realizando varias acciones para poder hablar sobre la violencia y buscar otras posibilidades de relación. Para generar nuevas posibilidades, manteniendo una postura ética relacional, se realizaron tres acciones: 1) integrar los pre-entendimientos del equipo, 2) buscar en conjunto la forma en que él prefiere relacionarse con su familia y 3) asumir responsabilidad de su violencia.

### 1.-Integrando los pre entendimientos de los miembros del equipo.

En los equipos reflexivos que se llevaron a cabo durante el proceso, se abordaron varias temáticas relacionadas con la violencia, cada uno de los miembros del equipo partió de su propia experiencia y lo que para ellos era significativo de las sesiones, los que comentaré a continuación fueron los que me parecieron relevantes:

- El equipo, en el transcurso de las sesiones, reconoce el contexto en el que Víctor aprendió a que la violencia era una forma de defenderse, en el cual no estuvieron sus padres como guía, además de que en su trabajo de custodio y en el ejército, enfrentó la violencia que existe en nuestro país. Se menciona que el consultante ha vivido experiencias fuertes, pasando por situaciones sociales violentas. Se resaltan sus deseos de luchar contra la violencia que ejerce y se cuestiona si desea desaprender esa violencia.

*(sesión 2, equipo reflexivo) I: Escuchándolo me queda claro que fue un hombre que de alguna manera fue haciéndose solo. A qué me refiero con solo, creció en un contexto donde de pronto no había personas que le pudieran enseñar algunas cosas y lo cito, dijo “aprendí a defenderme” “a mí nadie me ayudo”, “nadie me enseñó”, eso me quedo muy grabado, sin embargo, aquí está, y creo que con los recursos que ha ido aprendiendo tal vez solo ha ido resolviendo dificultades. Me hace eco que dice que de niño no era agresivo, eso yo lo conecto con aprendizaje, por lo tanto, también se puede desaprender, también dice que quiere controlar su agresividad, pareciera que quisiera aprender nuevas cosas, me pregunto qué sería lo primero que tiene que ver en él para darse cuenta de que está desaprendiendo tan siquiera un poquito de esta agresividad.*

*(sesión 6, equipo reflexivo) T: ... cuando escucho a Víctor percibo que sufre mucho, lo siento triste, enojado y frustrado, escucho que él ha tenido que vivir muchas situaciones difíciles a lo largo de su vida, ha tenido que convivir con esa violencia que todos decidimos ignorar, yo misma me digo que si hubiera tenido que vivir todas esas situaciones no sabría qué hacer con eso, también habla de que por sus experiencias de vida él tuvo a hacerse una persona que no quiso ser pero, tuvo que hacerlo para sobrevivir, en otras sesiones él nombraba como la fiera a ese aspecto que tuvo que construir, y lo noto en lucha con esa fiera, a él se le llenaban los ojos de lágrimas cuando decía a veces hago cosas que lastiman a la gente y que también me lastiman a mí, yo tal vez nombraría a esas acciones como violencia, él habla también del miedo que tiene de sus reacciones y de no poder domar a la fiera.*

- También se retoma el tema de cómo socialmente les enseñan a los hombres a mostrar sus emociones indagando acerca de otras maneras de expresarse.

*(sesión 6, equipo reflexivo) I: ... yo vi mucho enojo y pensé en cómo somos educados los hombres en Sinaloa para expresar un te quiero, te necesito y desde mi percepción creo que en la sesión no solo había enojo, yo lo veo como un hombre muy solitario y que detrás de ese enojo hay mucha tristeza, necesidad de ser escuchado, validado de ser visto, creó que él quisiera expresar de otra manera que no se a través del enojo cómo se siente, pero no lo justifico, creo que no es la manera adecuada de comunicar las cosas porque uno se siente agredido, no escuchado. Me pregunto qué otras maneras que tiene Víctor para expresar cómo se siente que no sean a través del coraje.*

*(sesión 7, equipo reflexivo) I: ... También pensaba cuando él hablaba del enojo que era una manera en la que él se expresaba, pero que no le gustaba, y me quede pensando en cómo se les educa a los hombres en cuestión de emociones, y creo que se les da más permiso de manifestar el enojo, porque si manifiestan tristeza se les dice que están de chillones, y me pregunto si el enojo no estuviera tan presente en su vida que otras cosas estarían presentes*

- En el equipo se habla sobre el daño que puede ejercer a sus hijos y a la relación con ellos, aunque no existan agresiones físicas de por medio, aunando la intimidación que llegan a percibir las mujeres del grupo. El trabajar con el equipo reflexivo permitió que se abriera este tema.

*(sesión 2, equipo reflexivo) I: ... Sin embargo, no sé si esta imposición y violencia de la que él habla, tuvieron sentido cuando él era niño, pero ahora no sé si podría ser más una amenaza para la relación que tiene con sus hijos. Porque yo sigo teniendo duda de ¿por qué su hija y su pareja aún le siguen ocultando ciertas cosas?, creo que a veces no hace falta que tu papá te pegue para ver que tu papá está enojado, está preocupado y eso a veces te inhibe más para acercarte. Y entonces no sé qué tanto, esta violencia, el ser impositivo puede ser una amenaza para esta nueva relación que se está gestando*

*(sesión 6, equipo reflexivo) T: ... Me preocupa la relación que tiene con sus hijos, él dice que por Amor nunca los golpearía, pero creo que hay muchas maneras intencionales o no de dañar al otro, incluso yo aquí a veces me siento intimidada y no sé si por ejemplo Ana se podría sentir así*

*(sesión 6, equipo reflexivo) I: ... entiendo que él no quiere hacer esta familia como la que él tuvo con toda la violencia que sufrió, pero la violencia no solo son golpes, y sus hijos pueden sentirse agredidos pueden sufrir violencia, aunque no haya golpes y a mí me preocupa eso, cuando Víctor no acepta que su hija está empezando a tomar sus propias decisiones me da la impresión de que quiere ver una Ana como él quiere , yo veo a su hija*

*y no la veo ni manipuladora, la veo honesta preocupada por su papá y por su familia que viene aquí a hacer diferencias, veo que es una persona madura y responsable, y no sé si el enojo hacia su familia no lo deje ver a su familia como realmente es.*

De esta forma el equipo, en distintos momentos y perspectivas, nombro la violencia, partiendo de cómo se había construido la violencia en la vida de Víctor, el papel del género y visibilizado la violencia que puede ejercer sin que exista agresiones físicas, lo que da pauta a que reflexione si desea desaprender la violencia, si existen otras formas de expresar sus emociones que no sea por medio del enojo y sobre cómo puede dañar a otros, aunque no existan golpes. Esto tiene relación con tener una postura ética relacional porque es una forma de darle espacio a distintas voces para contribuir al diálogo.

## 2.- Buscar en conjunto la forma en que él prefiere relacionarse con su familia

Durante el proceso, algunas conversaciones van encaminadas a buscar formas distintas de relacionarse con sus hijos, que le permitan que ellos se encuentren seguros y donde el miedo que genera su enojo no le impida tener la relación que él quisiera tener con ellos.

Víctor llegó a comentar que llegaba a tener miedo a cómo reaccionaba cuando estaba enojado, relacionado con no considerar las consecuencias de sus actos o producir un daño a otros, refiriendo que no es algo que hubiera mostrado con sus hijos más que en algunas excepciones en las que ha agredido a su hija verbal y físicamente, considerando que son acciones que no le gustan y que lo perjudican, manifestando su interés por reaccionar de una manera distinta. Se conversa sobre el tipo de relación que quisiera tener con su familia porque con ellos no es una opción reaccionar como lo hace con otros. De tal forma que no se impone más bien se evalúa el riesgo en el que se puede encontrar su familia, preguntando por lo que significa para él y buscando juntos otras formas de relacionarse.

*S: Oye y me imagino que cuando pasan ciertas situaciones con su familia a lo mejor las ganas son parecidas (refiriéndose a golpear a otros)*

*V: A mi familia nunca la tocaría, mejor meterme un tiro...*

*S: Que es lo que te hace estar tan seguro. Así como hay gente que tú dices a estos sí les doy en su madre y me vale. Qué es lo que te hace saber que con tu familia no lo harías.*

*V: Porque los amo...*

*S: Es que a mí la sensación que me da es que siendo tú un hombre que puede atemorizar a quien sea...*

*V: (interrumpe al supervisor) ¿Por qué le tengo tanto miedo al amor de mis hijos?*

*S: ... Porque, siento que con tus hijos no tienes esas opciones, no te los puedes madrear*

*V: No, es como un reloj algo que te regala alguien importante, una ilusión, me dio unos hijos y son el principio de mi vida, porque lastimar a quien me dio lo que no me dio nadie.*

*S: Pero no los puedes lastimar son parte de tu ilusión*

*V: No los quiero lastimar y no los voy a lastimar*

*S: Y ¿cómo hacerles para mantener la relación con ellos?*

*V: Fingida, disfrutar la buena armonía que exista y por otro (sube los hombros)*

También se abordó el miedo que tiene su familia de compartirle información a Víctor buscando formas alternativas de relacionarse. Un objetivo importante era mejorar la comunicación entre él y su hija. Para Víctor las mentiras de su esposa y Ana era algo constante, que le molestaba, refería que la transparencia era valiosa para él, considerando como mentira un cambio de opinión u ocultar información, lo que regularmente ellas hacían. No obstante, al platicar con la menor ella refería que mencionarle a su papá algunas cosas era un conflicto porque él no era paciente, le preocupaba que no le creyera y que le fuera mal de todas formas y en ocasiones “la ofendía y la hacía como quería” o reaccionaba con otros de forma violenta.

Una de las primeras acciones que la terapeuta llevó a cabo fue aclarar lo que era importante para ambos, a que se estaban refiriendo y porque era significativo. En términos generales los dos compartían la intención de mejorar la comunicación, para Víctor significaba que su hija le dijera lo que pensaba con confianza, para Ana esto era importante para evitar conflictos y generar confianza.

Se habla de lo que cada uno necesita para obtener la comunicación que ellos esperan, al respecto Ana mencionó que, para sentirse menos inhibida, con confianza y libertad de expresar lo que sucede ella necesitaba que su papá fuera comprensivo, paciente y que no la juzgara. Por su parte Víctor comentó que para que su hija se ganara su confianza necesitaba ser transparente con él.

*T: ... ¿Cómo tu papá te podría ayudar a que no te sientas inhibida y con más confianza de poder abrirte?*

*A: Siendo más comprensivo y paciente, porque mi papá no es una persona muy paciente,*

*T: ¿Cuándo dices más paciente a que te refieres? ¿Qué cosas él hace que te generan esa sensación?*

*T: ... Queda claro que ya no tiene confianza en Ana, pero ella mencionaba que la confianza se puede ganar. Y me pregunto ¿qué puede hacer para ganarse esta confianza?*

*V: Primer punto que sea transparente conmigo*

*T: Y bueno yo me pregunto ¿Qué tendría que hacer tu papá diferente para que tengas esa libertad de expresar lo que sucede y que puedas expresar las cosas como son?*

*A: no juzgarme en primera instancia...*

La terapeuta comenta la pauta que observa, en donde Ana y la Sra. Julia ocultan cosas por miedo a las reacciones de él, cuando Víctor se entera se enoja más y ellas tienen motivos para continuar ocultando información, con la intención de indagar sobre cómo romper el ciclo. Víctor menciona que la forma en que él podría contribuir es escuchándola y necesitaría que sea sincera con él, en su caso Ana comenta que necesitaría que su papá no exagere las cosas

*T: Entiendo que aquí entramos en un ciclo interminable, porque ellas notan que te enojas y ante este temor ellas prefieren ocultarle las cosas, él al final se entera y se enoja más teniendo una reacción mayor y ellas más miedo tienen de tu reacción y te ocultan más...*

*V: eso es lo que yo les he tratado de confrontar, que me digan antes*

*T: ¿Cómo se les ocurre que pueden romper este ciclo?*

*V: Por mi parte yo ya lo estoy llevando a cabo, lo único que le pido que sea sincera conmigo que no oculte nada por más doloroso que sea.*

*T: Pero de qué forma tú podrías contribuir*

*V: Al escuchar bien sus cosas, yo me voy dando cuenta en sus actitudes de cómo va reaccionando conmigo*

*T: ¿A ti qué se te ocurre para evitar que esto siga creciendo?*

*A: ... entiendo que se va a enojar porque hice algo malo, lo único que pido es que no exagere...*

*T: Entonces, una sería que Ana te dijera las cosas tal cual son. Estamos de acuerdo ambos (Ana asiente). Pero otra sería que Víctor aprendiera a manejar su enojo o reaccionara de otra manera cuando las cosas no salen como él quisiera (Ambos asienten).*

Durante la conversación refieren que la comunicación ha mejorado se habla sobre lo que hicieron para lograrlo. Víctor menciona que se ha concientizado sobre ser impositivo y trata de darle lo que quiere y Ana indica que ha visto a su papá más paciente y más tranquilo, que lo ha logrado al no quererla tener un margen de perfección lo cual observa cuando su papá evita que los desacuerdos se vuelvan peleas.

*T: ¿qué es lo que ha hecho cada uno para que mejorara la comunicación?*

*T: ¿De qué manera tú has cambiado tu actitud Víctor?*

*V: al concientizar y sacar él porque soy impositivo, lo he cambiado al darle lo que ella quiere, no me lo dijeron, pero lo entendí. Yo no voy con promesas de cambio solo lo hago cuando no veo de allá para acá me voy haciendo a un lado.*

*T: Oye Ana, tú que ves que tu papá está haciendo diferente*

*A: es más tranquilo y más paciente que antes... Mi papá ha cambiado mucho, y está más tranquilo, ya no se enoja por todo, a la mejor si se enoja, pero ya no lo demuestra.*

*T: ¿Cómo crees que él le ha estado haciendo para estar más tranquilo?*

*A: Ya empezó a entender que el tratar de tenerme en el régimen de perfección no está bien*

*T: Aparte de que tú lo notas más tranquilo ¿qué cosas diferentes ves en él?*

*A: Es que antes peleábamos por todo, si algo no le agradaba te reclamaba. Y ahora ya se tranquilizó dice –ok, estás mal no te voy a dar la razón, pero tampoco vamos a pelear*

*T: Entonces si no puede llegar a un acuerdo, intenta evitar una pelea entre los dos.*

En la conversación hubo dos momentos donde se pudo conversar sobre el significado que tenía para ellos los cambios que habían presenciado en la familia. En un primer momento se indagó sobre lo que significaba para Ana que su papá buscara una relación distinta, comentaba de forma muy emotiva que para ella era agradable que su papá también se tomara en serio el poder vivir bien.

*T: ¿Qué significa para ti que tu papá quiera tener una relación diferente contigo?*

*A: Para mí es muy valioso porque antes yo pensaba que el interés de llevarnos mejor era nomas mío, y cuando me enteré de que mi papá estaba viniendo y que he visto cambios dije que bueno, me agrada ver que mi papá se está tomando en serio el que vivimos bien, y creo que ya se dio cuenta que no es sano y que no podamos vivir así siempre (Víctor se*

*limpia una lágrima) para mí es muy bonito que mi papá quiera llevarse bien conmigo (ellos comienzan a llorar)*

El otro momento donde se pudo hablar sobre lo que significaba para ellos los cambios fue cuando se conversó sobre cómo las diferencias que había hecho generaban una convivencia diferente, Víctor hablaba de la posibilidad de acercarse cariñosamente a su hija y que la quería mucho, Ana comentaba que ella también lo quería y que le gustaba que la convivencia era más sana y que se llevaran mejor, la terapeuta le pidió que se lo dijera directamente a su papá, por lo cual Ana le dijo a Víctor, que no tenían una vida fácil y que el amor los mantenía de pie, la hacía sentir segura y motivada.

*T: Y ahora que ambos están haciendo estos esfuerzos que cosas nuevas se han dado permiso de hacer, que antes no ocurría con tanta frecuencia ... ¿Ahora que las cosas han estado cambiando?*

*V: la agarro y la apapacho y me tomo una foto con ella y la adoro*

*T: ¿Y qué han descubierto diferente...?*

*V: ... la quiero mucho*

*A: Pues yo también quiero mucho a mi papá, es lógica. A mí sí me gusta más la convivencia*

*T: ¿Y cómo es esta convivencia que se ha estado generando con estos cambios?*

*A: pues es más sano (se le quiebra la voz)*

*T: Al ver que te dan ganas de llorar ¿por qué son estas ganas de llorar?*

*A: me gusta llevarme bien con mi papá*

*T: ¿Crees que se lo podría decir directamente a él?*

*Ana a su papá: - Me gusta llevarme bien contigo porque no me gusta siempre estar peleando porque no llevamos una vida muy fácil que digamos ni la mejor ni la más bonita y lo que yo creo que nos mantiene de pie es que nos llevemos bien y nos amemos como familia, y ahora que eres más paciente y que ha cambiado también la relación con mi mamá y que no peleas tanto yo me siento más segura, me siento más motivada porque sé que estamos bien. Cuando las cosas no están bien en la casa, no me siento bien, por eso me gusta que estemos así.*

Hasta aquí, se puede observar que algo que contribuyó en la conversación para buscar en conjunto nuevas posibilidades, fue establecer qué es lo que ambos querían para su relación, lo que necesitaban para lograr tener más confianza y poder romper la pauta de enojo/ocultar información, identificar los cambios que habían observado en el otro y lo que significaba para ellos.

Por otra parte, la terapeuta incluyó en la conversación si la intolerancia y el no aceptar otros puntos de vista interferían para que él escuchara,

*T: Oye Víctor también has estado haciendo cosas diferentes, por ejemplo, ahorita dice que te quedas callado para escuchar y que tal vez era algo que no hacías*

*V: Si lo sé hacer, pero no tolero, o vamos me corto cuando alguien se justifica con una situación*

*T: Esto que dices ¿no sé si seas tú hablando o es la intolerancia?*

*Es: No es la intolerancia, cuando alguien no habla con sinceridad yo mejor me corto, porque es desgastante e imposible, entrar en controversia o en dilemas que no podemos entendernos.*

*T: Aquí yo puedo diferir un poco contigo yo te escucho y me pongo a recordar situaciones donde tal vez me he sentido así, donde tengo un punto de vista y cuando alguien difiere digo -eso no es cierto y me cierro-*

*V: No me cierro porque ella sabe bien que me gustaría y ella no sabe que en mi soledad yo me pongo a leer, no ataco por atacar siempre me documento primero.*

En este caso el pre entendimiento de la terapeuta sobre que la intolerancia de Víctor le impedía escuchar no fue significativo, ya que para Víctor la verdad era de gran importancia y la alianza entre su esposa y su hija era algo que estaba asociado, más que su capacidad para escuchar o entender. Yo pienso que darle mayor importancia a este pre-entendimiento, que puede ampliar las posibilidades, pero no es significativo para el consultante, se puede estar privilegiando la voz del equipo terapéutico más que la del consultante. No obstante, la forma en que lo planteó la terapeuta en un inicio, preguntando, dio la posibilidad para que el consultante tomara una postura personal y cuando la idea fue rechazada por segunda vez por el consultante, la terapeuta cambió de tema.

En los puntos revisados anteriormente se puede observar que en esta búsqueda de posibilidades la postura ética relacional del terapeuta tiene relación con no imponer la forma “correcta” en la que el consultante debe de relacionarse con sus hijos, desde un lugar de experto, más bien se da prioridad a la voz del consultante y se parte de su experiencia y significados de cada uno de ellos. Así los pre entendimientos de la terapeuta se integran al diálogo como una

posibilidad, pero no como la verdad, lo cual le permite a ellos rechazar o aceptar la idea. De esta forma, se puede buscar la manera en que él prefiere relacionarse con su familia donde ellos estén seguros, y que puedan mantener una relación donde exista confianza, partiendo de la curiosidad para generar nuevas posibilidades.

### 3.- Asumir su responsabilidad de su violencia.

Durante el proceso hubo momentos donde Víctor asume su responsabilidad de cambiar o educar su violencia. En la sesión tres se cuestiona sobre lo que él piensa acerca del cambio de actitud que le está pidiendo su hija, en donde menciona que sus actitudes son nefastas, que quisiera volver a ser como era antes de aprender a ser violento y que es su responsabilidad hacer el cambio. Es así como el escuchar lo que significa para Ana, es una apertura para que él asuma su responsabilidad.

*V: Perame, luego hay cosas que yo no digo que voy a hacer como lo de la pizza, yo doy el detalle.*

*A a V: ¿Te puedo decir algo? No está en los detalles, si me gustan, pero yo prefiero y siento que es mejor la actitud y como nos llevamos, las cosas que nos compran no son necesarias mientras nos llevemos bien y ser más comprensivo y paciente todo está bien*

*V: Y lo vas a tener, conmigo siempre lo has tenido, pero reconoce tus fallas.*

*A: Y ahí hay un punto, que mi papá exagera mucho las cosas y por lo mínimo lo ve mal.*

*T: ¿Cómo es para ti que Ana te esté pidiendo un cambio de actitud?*

*V: Porque lo voy a mejorar, ya lo he estado, nunca me gusta decirlo. Lo que pasa es mis actitudes son nefastas en este aspecto*

*T: Entonces reconoces Víctor que es algo que hay que cambiar.*

*V: Si lo reconozco*

*T: Tú la sesión pasada nos compartías que de niño no eras así, alguien del equipo decía entonces quiere decir que Víctor aprendió a ser como es hoy y que también puede aprender a ser diferente*

*V: Exacto, quiero regresar a como era yo de niño, no ese hombre que me hice,*

*T: Y reconoces que es algo que te corresponde*

*V: Sí y es mi responsabilidad llevarlo a cabo.*

Otro momento, donde se hizo responsable de la violencia fue después de la sesión cuatro, en la que de forma inesperada habló de la agresión que había sufrido su hija y donde se decidió terminar la sesión con Ana solamente, en el equipo el supervisor hizo el siguiente comentario.

*S: ... y no sé qué se necesita para que los dos se sientan con la calma y la apertura de hablar las cosas, para que Ana se sienta en la confianza de decirle las cosas a su papá sin temor a represalias y para que Víctor también se sienta en la tranquilidad y pueda decirle lo que está pensando, lo que está sintiendo y lo que le preocupa, y que puedan hacer un buen equipo...*

En la reflexión después del equipo Víctor mencionó que ese comentario fue importante y se pudo retomar para que pudiera reconocer qué le correspondía educar de sí mismo para que la confianza con su hija mejorara. De tal manera, se parte de lo que él espera y quiere para su relación con su hija para responsabilizarse de lo que le corresponde a él, que en este caso es su violencia.

*V: Pero el importante cuestionamiento fue el último, educarme con mi hija y que esa confianza la tenga, no nada más con su mamá.*

*T: Y ¿cuál es esa cosa que tú crees que tienes que educar de ti mismo?*

*V: Tengo que educar mi violencia porque a eso vengo...*

*... Perame. Es a lo que voy me ha servido estar aquí porque ya me controlé. ¿Cómo me enojo? (le pregunta a su hija, ella asiente, tiene la vista hacia abajo y se ve angustiada) le rompo el vidrio y lo saco, ¿Cierto o no? (le pregunta a su hija, ella asiente). Ahora, no quiero que ella viva eso. Por eso estoy aquí. Si han hecho algo por mí ustedes, me han frenado, porque de que soy una mierda lo soy. Me frené ahorita y quiero seguir así. Pero que mi hija sepa que necesito esa confianza, para que mi hija, mi hija sabe que sin meter las manos los desaparezco, no pienso hacerlo, la idea es no hacerlo, no realizarlo.*

Se hace responsable de someter la violencia, menciona que sus acciones son nefastas y que no quiere que su hija siga viendo la violencia que él ejerce con otros hombres. También comenta muchas veces que lloraba, que le dolía cuando lastimaba a sus hijos. No obstante, me da la impresión que reconoce que es su responsabilidad, pero con la condición de que su hija sea transparente,

Relacionado con esto en dos ocasiones, él comenta que su esposa y su hija no deben provocar su enojo. Al realizar el análisis se presenta la preocupación de que Víctor asuma la agresión como una forma de actuar correcta cuando percibe que los otros lo provocan, no asumiendo su responsabilidad y no haciéndose cargo de su propia conducta.

*(Sesión 1) V: yo le dije vamos a comer, ella se quedó platicando, le dije –¿En qué quedamos? Sí no quieres que grite o me altere no me provoquen...*

*(Sesión 3) V: ... conmigo ya se reveló y ya casi nos agarramos a golpes y le dije –aguas que yo no deseo eso.*

No me queda claro si percibe el daño que le hace a su familia, la forma en que expresa el enojo y la posición de vulnerabilidad en las que se encuentran por la violencia. Me queda la curiosidad de saber ¿De qué forma piensa que la manera en que él actúa cuando está enojado lastima a sus hijos? ¿Cómo esta forma en la que él actúa (no escuchar, los insultos, golpes o aventones) dañaba a sus hijos que son su ilusión?, y ¿Por qué sería importante para él educar su violencia, aunque su familia no cambie?

El mantener la experiencia del consultante en el centro de la conversación puede llegarse a confundir en que todo es aceptado y válido, hasta la violencia. Al revisar el caso pude observar que el que Víctor escuchara la experiencia de su hija le permitió asumir la responsabilidad de su conducta, creo que la terapeuta busco oportunidades para que Víctor mencionara su postura ante lo que su hija pedía que cambiara y de esa forma él pudo reconocer que era su responsabilidad cambiar actitudes “nefastas”. De tal forma que el partir de la experiencia de la persona no impide tener una postura ante la violencia y sería importante que no se valide una postura que justifique la violencia.

En este caso, el ser ético relacionalmente lo puedo dividir en dos aspectos principales. Uno de ellos es la responsabilidad que tiene el terapeuta para cuidar lo que se va construyendo dentro del espacio terapéutico de tal forma que sea seguro, pueda tener condiciones necesarias para facilitar el diálogo y se atiendan los efectos que tiene la conversación. El segundo aspecto es como el terapeuta puede guiar la conversación para abordar la violencia y construir nuevas posibilidades.

En cuanto a la responsabilidad que se podría tener para cuidar lo que se va construyendo en el espacio terapéutico observé los siguientes puntos en el análisis realizado: 1) una forma de manejar los efectos del miedo y la imposición, fue buscar crear espacios seguros por medio de conversar sobre esas preocupaciones, donde las inquietudes de la terapeuta son compartidas y las experiencias de los consultantes son escuchadas, para buscar que tuvieran libertad de expresión y manejar la situación en conjunto, y 2) expresar lo que se siente y piensa, en este caso fue de utilidad saber cómo impacta la violencia en el equipo durante las sesiones, como una forma de abrir el diálogo al impacto que podría tener en las personas o en su familia, no obstante, partiendo de la curiosidad para entender los significados que le da el consultante y no quedarse con una postura personal o de experto.

En relación a cómo se busca generar nuevas posibilidades de relación alejadas de la violencia, se observa lo siguiente: 1) se integran distintas voces a la conversación que generen posibilidades, 2) se busca formas preferidas de relacionarse con sus hijos, de tal forma que no se imponga desde una postura de experto lo que tendría que suceder y se averigua en conjunto sobre otras formas de comunicación partiendo de la experiencia de los consultantes e integrando pre entendimientos de la terapeuta y del equipo y 3) en las oportunidades que se presentan se logra que el consultante se responsabilice de su violencia, teniendo en cuenta que es la responsabilidad de los terapeutas es no validar una postura que justifique la violencia.

### 3.2.3 Conclusiones

*Nos sentimos cómodos con este cambio, antes estábamos atrapados en significados preconcebidos, ahora somos libres de crear nuevos significados (Kjellberg, Edwarson, Niemelä y Öberg en Andersen, 2005)*

Teniendo como base las ideas de Gergen (1996b, 2009) y McNamee (2001, 2009, 2015), se entiende la ética relacional, como la determinación en conjunto de lo que podría considerarse correcto para la vida del consultante o el proceso, en la que la construcción de los significados es compartida y se establece en la relación. En esta postura se reflexiona sobre lo que se está construyendo en la relación terapéutica, creando espacios en los que se puedan explorar múltiples visiones, integrar y cuestionar pre entendimientos, donde en el centro se encuentren las experiencias de los consultantes, los efectos que tiene lo que se conversa sus vidas y se tome en cuenta el contexto histórico, social y cultural tanto del consultante como del terapeuta.

Se toman tres elementos importantes, que son los siguientes: 1) la *construcción en conjunto*, referente a la reflexión constante del terapeuta sobre lo que se está construyendo, la postura de poner en el centro la experiencia del consultante, para generar un espacio seguro donde se genere el diálogo, 2) *integrar y cuestionar los pre entendimientos de los terapeutas*, que tiene relación con la forma en que los pre entendimientos del terapeuta tienen lugar en la conversación, de tal forma que puedan generar nuevas posibilidades y 3) *búsqueda de distintas voces*, se busca ampliar las posibilidades, retomando que la identidad se construye en relación.

El caso de Estefany me permitió poder vislumbrar ciertos aspectos que serían importantes para mantener una postura ética relacional en casos donde se vive violencia. Me hizo pensar sobre la importancia de reflexionar sobre qué estamos promoviendo, en qué riesgos se pueden encontrar los consultantes al seguir con ciertos motivos de consulta, tener presente el contexto social y

cultural y con ellos los discursos dominantes, sus efectos en la vida de los consultantes y en nuestra labor como terapeutas, por ejemplo, cuidar no responsabilizar por no poder salir de una relación donde existe violencia. Me hace tener muy presente, la importancia de poder nombrar la violencia con la intención de identificar que hay situaciones de poder y control que colocan a las personas en desventajas y les afecta en cómo se relacionan con ellas mismas y con los otros, no obstante, no es algo que se imponga, sino que puede integrarse a la conversación, y una forma de hacerlo es poner la voz de otras mujeres que han pasado por lo mismo, lo que puede resaltar que es una cuestión cultural. Además, me hizo vislumbrar la importancia de que la experiencia del consultante esté al centro del proceso terapéutico.

En cuanto a la *construcción en conjunto* se pudo vislumbrar varios aspectos que hubieran sido importantes retomar para poder tener una postura ética relacional.

1.- *Visibilizar la violencia y sus efectos en la vida de la consultante.* En este sentido sería relevante que el terapeuta tomara en cuenta el contexto de violencia económica y sexual en el que se encuentra la consultante y las consecuencias en su vida al trabajar con ciertos motivos de consulta. Sobre esto, McNamee (2015) refiere que una de las responsabilidades del terapeuta es cuestionarse sobre lo que están construyendo con el consultante.

2.- *Reflexionar sobre los discursos dominantes y la posición de vulnerabilidad en la que pueden colocar a los consultantes.* Desde el construccionismo social los discursos dominantes tienen un impacto en cómo nos relacionamos con nosotros mismos y con el mundo. Ante esto, Anderson (2001) plantea mantener una crítica constante sobre los discursos dominantes que existen fuera y dentro del consultorio. En este sentido el terapeuta debe de estar atento a los discursos sociales, sus consecuencias en la vida de los consultantes y cuidar no seguir perpetuando aquellos que los puedan poner en una situación de vulnerabilidad o que validen relaciones de poder

desiguales. Al respecto McNamee (2015) considera que el terapeuta debe de reflexionar sobre el contexto histórico social del consultante buscando no promover un sistema ético injusto.

3.- *Partir de la experiencia de los consultantes.* Sería relevante poner en el centro la voz de los consultantes, de tal forma que las posibilidades que se construyan sean de acuerdo con sus preocupaciones, necesidades, capacidades personales y significados. Anderson (1997) comenta que la voz del consultante se coloque en un lugar central, donde su historia y lo que considera valioso obtenga mayor importancia, permitiendo que existan diferentes posibilidades.

Así, las ideas del terapeuta o las intervenciones del modelo terapéutico, podrían ser cuestionadas de tal forma que no impidan que se deje de escuchar la voz del consultante. En relación con esto Sermijn y Gergen indican que la ética desde una postura construccionista propicia reflexionar sobre aquellas verdades que no se han cuestionado, examinando su utilidad en la relación actual.

Con respecto a *integrar y cuestionar los pre entendimientos de los terapeutas* se encuentran los siguientes elementos:

1.- *Reflexionar sobre los propios pre entendimientos y las posibles consecuencias de integrarlos a la conversación.* Como terapeutas, las preguntas o comentarios que hacemos, están relacionados no solo con nuestros conocimientos profesionales sino también con nuestras experiencias de vida que tienen sentido en nuestro contexto social, cultural y económico. Al momento de pensar en integrar estos conocimientos a la conversación podría ser de utilidad pensar sobre por qué creemos lo que creemos y en qué contexto tiene sentido. Como refiere Mendoza (2004), lo que consideramos correcto puede no serlo en la situación particular del consultante, por lo que sería importante analizar sus valores personales.

2.- *Postura ante la violencia.* Se puede pensar que, desde el construccionismo social, no se tiene un compromiso a ciertas creencias y todo puede ser válido, no obstante, es importante tener una postura ante la violencia e identificar lo que creemos de ella, para reflexionar sobre su utilidad en cada caso según sus singularidades. Por ejemplo, se considera que en los casos donde hay violencia hay que nombrarla, no obstante, Anderson (2001) menciona que antes de adoptar una postura ética que sea vista como una verdad universal habría que tomarla con cautela y cuestionarla, en este caso en particular podríamos pensar en la intención y utilidad de nombrar la violencia.

3.- *Cuidar no imponer.* En los procesos de terapia, los consultantes y los terapeutas no estamos en la misma posición de poder, por la naturaleza de la relación, se tiene que tener cuidado de que nuestro conocimiento “experto” no nos haga suponer que es lo mejor para el otro, procurando que nuestras ideas no sean lo central de la conversación y más bien tener en el centro al consultante. Monk y Gehart (2003) comentan que al no tener la intención de indicar un modo de vida correcta y no considerarse como expertos en la vida de la persona ofrecen sus observaciones como parte de la conversación, de tal forma que no sea una imposición. Otro aspecto que se podría retomar es poder hacer pública la intención de las intervenciones o preguntas, de tal forma que permita a los consultantes tener la información para poder elegir si las ideas del terapeuta tienen sentido en su vida y de qué forma la tendrían.

En relación con la *búsqueda de distintas voces*. En este caso se permitió observar como el integrar las voces de otras puede ayudar a poner la problemática de la violencia como algo social y no como una dificultad personal, lo cual permitió abrir posibilidades. Gergen (2009) menciona que desde el construccionismo se permite cuestionar aquello que un grupo considera verdad por

su uso prolongado, colocándolo como verdad en un contexto relativo y reexaminar el compromiso incondicional.

Por su parte, en el caso de Víctor se logró visualizar como para generar un espacio abierto al diálogo es relevante poner sobre la mesa las preocupaciones y necesidades personales, y estar pendientes de cómo se encuentran los consultantes, de tal forma que puedan sentirse seguros para expresarse sin que el miedo o la inhibición dificulten la escucha o curiosidad, pero esto no se puede realizar imponiendo una forma de actuar correcta sino construyendo en conjunto. También me ayudó a ver la importancia de estar pendiente de uno mismo, cuestionarse de donde surge lo que siente y piensa para poder hacerlo público si pueden ser de utilidad, pero siempre poniendo en el centro la voz del consultante, para que lo que nos guíe sea la curiosidad. Además, logré vislumbrar como incluir otras voces puede contribuir a continuar el diálogo. Por último, pienso que en casos de violencia se puede contribuir a buscar otras formas de relacionarse, partiendo de la experiencia de los consultantes y sus significados, lo que necesitan y quieren de sus relaciones, de tal forma que lo que puede ser “bueno” sea algo que surge en la relación.

Durante el proceso se realizaron varias acciones para lograr la **construcción en conjunto** de nuevas posibilidades de relacionarse alejado de la violencia y espacios seguros, las cuales se explican a continuación.

1.- *Cuidar que en la conversación no predomine una sola voz.* Se busca que los consultantes conversen en torno a los temas que desean sin que sean impuestos, por otro consultante o el terapeuta, esto puede llevarse a cabo estableciendo qué es importante hablar, con quien y en qué circunstancias, en todo momento son aspectos que se preguntan a los consultantes, buscando formas de manejar la situación en conjunto. En relación con esto,

Andersen (2001) menciona que en momentos donde hay tensión, se pueden buscar formas en las que se proteja la integridad de las personas, preguntado sobre ¿qué manera se tendría que hablar sobre este tema?, ¿con quién?, y ¿en qué momento?

2.- *Partir de la experiencia de los consultantes.* Para establecer nuevas formas de relacionarse o buscar que el espacio fuera seguro, se colocó al centro la experiencia de los consultantes, de tal forma que las distintas posibilidades tengan sentido en su contexto. Sobre esto, Monk y Gehart (2003) retoman que el terapeuta suspende sus propios conocimientos profesionales, lo suficiente para escuchar a los demás y basarse en lo que es importante y valioso para el consultante. Para lograr esto podría ser de utilidad estar atentos a las palabras y sus significados, para poder entender qué es lo que necesitan.

3.- *Se deja de lado una posición de experto.* No se toma la decisión de forma unilateral basándonos en conocimiento experto, como en características de personalidad de los consultantes, más bien los pre entendimientos se hacen públicos y se pone en el centro las experiencias de los consultantes, para poder acordar acciones que surjan en conjunto. Mc Namee (2015) refiere que para asegurar la seguridad de los consultantes es importante explorar con ellos posibles caminos, retomando los recursos que tienen para reconstruir su identidad, su relación y considerar formas diferentes de estar juntos, en lugar de seguir premisas que pueden ser violentas para los consultantes.

4.- *Buscar un espacio seguro con libertad de expresarse, para generar el diálogo.* El espacio terapéutico tendría que ser uno donde todos pudieran hablar sintiéndose seguros de expresarse, de saber que no tendrán una consecuencia negativa, donde se pueda preservar la integridad y dignidad de todas las personas involucradas, de tal forma que pueda generarse el diálogo. Sobre esto, Kjelberg, Edwardsson, Johansson y Öberg (1995) relatan que, ante el

conflicto de interés, por la intervención de las autoridades sociales lo que ellos buscaban era que las necesidades y preocupaciones de los involucrados fueran discutidos en un espacio seguro, que no estuviera limitado por el temor o la incomodidad, privilegiando la narración y comprensión de las múltiples experiencias.

Una forma de hacerlo es aprovechar las oportunidades que existan para saber ¿qué tendría que pasar para que se sintieran seguros?, además de hacer público y poner al centro las experiencias de los consultantes. No obstante, el terapeuta no puede prever que va a pasar fuera de sesión o controlar cómo va a actuar el consultante, pero conversando las preocupaciones se puede llegar a establecer límites, que se acuerden en conjunto, acerca de los temas que se aborda, la forma en que se expresa el enojo de tal manera que no impida la escucha y el uso que se hace de la información después de que termina la sesión. Además, se puede estar pendiente del efecto que tiene lo que se está conversando en los consultantes y en el mismo.

En lo que se refiere a **integrar y cuestionar los pre entendimientos de los terapeutas** se encontraron los siguientes elementos.

*1.- Reflexionar sobre los propios pre entendimientos.* Fernández, London y Tarragona (s/f) consideran que para que las múltiples voces sean parte del diálogo es necesario que sean situadas, en la experiencia, educación o sistema de creencias y que no tenga el fin de considerarse verdaderas. Por lo que es relevante que podamos cuestionarnos sobre lo que estamos pensando, sintiendo y los posibles cuestionamientos que podemos integrar a la conversación, teniendo en cuenta de donde surgen y en qué contexto cobran sentido estos pre entendimientos, para reflexionar si posibilitan u obstaculizan el diálogo, y cómo se pueden integrar de tal modo que sean de utilidad.

2.- *Hacer público para generar diálogo.* Anderson (2005a) refiere que el terapeuta hace públicos sus pre-entendimientos, como una voz más dentro de la conversación, de tal forma que puede integrar sus preocupaciones, cuestionamientos o conocimientos sin que tengan la intención de guiar o dirigir. En los análisis realizados, se observa que la intención de hacer públicos los pre-entendimientos de los terapeutas, es para saber si pueden ser de utilidad para el consultante, que le permita tener información nueva que le ayude a ver otras posibilidades. Pero no es algo que se impone, más bien se integra a la conversación en forma de pregunta, y solo se continúa con esa idea si es significativa para el consultante, de tal forma que se privilegie su voz.

3.- *Mantener la curiosidad.* Al tener presente que una ética relacional está asociada con no imponer y más bien construir en conjunto, sería significativo que nuestras ideas, posturas o el enojo no nos impida entender las experiencias y lo que valora nuestros consultantes. Sobre esto Lynn Hoffman citado en Anderson (1997) refiere que la terapia colaborativa cuestiona la voz dominante designada culturalmente, ya que si no se realiza se pueden tomar decisiones que no tomen en cuenta al consultante, propiciar un conflicto de valores o seguir perpetuando un sistema autoritario y jerárquico, en cambio, sí se abre el camino a dar mayor peso a la voz del consultante, desde su experiencia, pueden surgir soluciones generadas en el diálogo. En este sentido, puede ser preocupante cuando la forma en que percibimos a los consultantes nos impiden seguir con curiosidad y entender los significados que tiene para las personas, desde su contexto social, económico y social, partiendo de sus historias de vida para construir posibilidades.

4.- *Tomar una postura ante la violencia, no justificarla.* Se puede llegar a pensar que al no determinar lo que es bueno o malo el terapeuta no se compromete con una postura, como

menciona McNamee (2015) no se espera que las familias hagan lo que quieran ni que el terapeuta no utilice los discursos éticos como parte de la conversación.

En cambio, si hay un compromiso con lo que considera correcto, teniendo en cuenta que su postura se sitúa en un contexto en donde tiene sentido y no es algo que se imponga en consulta, más bien es algo que se pregunta y surge de la conversación y de la experiencia de personas significativas en su vida. Por otro lado, una responsabilidad del terapeuta podría ser no validar que justifique actitudes que dañen a otros y poder cuestionar ciertos discursos junto con los consultantes.

En cuanto a la **búsqueda de distintas voces**, se vislumbra como integrar las voces del equipo puede ayudar a ingresar información novedosa a la conversación de tal forma que el consultante elija sobre aquellos temas que pueden tener sentido en su vida o que ayuden a generar posibilidades. Una de las ventajas del equipo reflexivo que logré percibir fue que se pueden abordar temas complicados para el consultante sin que se vea perjudicada la relación con el terapeuta. Andersen (1994) comenta que el equipo puede abordar temas difíciles como la violencia o el abuso, explorando los temas sin que perjudique la proximidad entre terapeuta y consultante.

Me parece que sin un equipo podría complejizar el trabajar con casos de violencia, no obstante, considero que la terapia colaborativa tiene la ventaja de que no se impone desde la postura de experto lo cual puede ser de utilidad para que la relación con el consultante no se vea afectada, ya que se integran las ideas desde la curiosidad y el cuestionamiento, más que de la imposición de una idea. Por otro lado, al reflexionar sobre esto se me ocurre que el sugerir que otros familiares participen como equipo podría ser de utilidad cuando no hay más terapeutas o se

puede traer a la conversación la voz de familiares, amigos, personas que él admire para que contribuyan al diálogo, aunque no estén presentes.

En los dos casos, se observa que una postura ética relacional busca que el conocimiento del terapeuta tenga la función de ser una visión más dentro del proceso, donde la experiencia del consultante se considera primordial para la construcción de nuevos significados y para establecer qué es lo que puede ser de más utilidad para su vida, de tal forma que tenga sentido con la forma en que concibe el mundo y su contexto. Lo cual coincide con lo que menciona Montero (2001), sobre que en la ética relacional se coloca en el centro al Otro, de tal forma que la determinación de que algo sea bueno o malo se construye en la relación, más allá de seguir normas o reglas preestablecidas en las que no se toma en cuenta la experiencia real del Otro.

En conclusión, las responsabilidades del terapeuta en una postura ética relacional podrían ser las siguientes:

**1) Reflexionar sobre lo que se está construyendo en conjunto.**

Tomando en cuenta que mantener una postura ética relacional es construir en conjunto lo que puede ser mejor para el consultante, el terapeuta puede estar atento a lo que se está construyendo y cuestionarse si la forma en que se está llevando a cabo la conversación puede generar posibilidades o puede tener implicaciones en la vida de los consultantes o el proceso terapéutico. McNamee (2015) refiere que esta práctica ética es una forma de estar con el consultante donde tendría que reflexionar sobre lo que podemos crear en conjunto y cómo lo estamos haciendo.

**2) Partir de la experiencia de los consultantes.**

Desde esta postura las decisiones son tomadas en conjunto, pero colocando al Otro al centro, para que lo que se construya sea de utilidad en la vida de los consultantes, que tenga sentido con la forma en que experimentan el mundo y su contexto. En lugar de utilizar premisas que

establezcan lo que tendría que ser correcto que estén alejadas de la forma en que el consultante experimenta y por lo tanto releguen su voz. Acerca de esto McNamme (2015) refiere que hay que propiciar que las soluciones o posibilidades que surjan en la conversación, partan del contexto social y cultural, en lugar de seguir normas y reglas pre establecidas o determinadas mediante una deliberación que se haga fuera de la interacción.

### **3- Acercarse a relaciones horizontales**

Desde esta postura se busca que no sea el terapeuta quien determine lo que debe de pasar, sin embargo, por la naturaleza de la relación terapeuta, nosotros tenemos mayor poder, ya que podemos contar con información y herramientas que ellos están buscando obtener para lograr ciertos objetivos. Este poder no es algo que podemos desaparecer, más bien, siguiendo una postura ética relacionar podemos ser conscientes de que está presente en la relación y cuidar que no se utilice para controlar o imponer. Sobre esto Hernández (2007) refieren que la experiencia profesional le otorga poder al terapeuta sobre la persona que acude a él en busca de ayuda, reconoce que no puede renunciar a sus habilidades, información, experiencia, poder y jerarquía que tiene en la relación terapéutica, más bien, se hace responsable del uso de estos elementos en la interacción con los consultantes, utilizándolos de tal forma que sean la base para el diálogo y la conversación abierta, permitiendo que sean los saberes de los consultantes los que sean el eje del proceso terapéutico.

### **4.- Reflexionar sobre los propios pre entendimientos**

Considerar que la realidad es una construcción social, permite que el terapeuta tenga presente que sus creencias, valores, sentimientos, hipótesis y teorías tienen sentido en su contexto, ya sea profesional o personal, y así concebir sus ideas como una voz más entre muchas posibles. Por lo tanto, una responsabilidad del terapeuta es indagar sobre sus propias creencias, en qué contexto

tienen sentido, si son útiles o no para el proceso del consultante, si el tener presente esa idea es de utilidad para poder vislumbrar lo que está viviendo o por el contrario puede ser contraproducente, además si la forma en que se está percibiendo al consultante pueda imposibilitar la escucha y el interés por conocer. Al respecto Mendoza (2004) cree que los psicólogos deben de analizar sus valores personales y aquello que sustenta su modelo, ya que puede existir el riesgo de que crean que lo que para ellos es correcto también es para los consultantes y que su papel es imponerlo, por lo contrario, para la autora lo que debería de pasar es hacer valer la autonomía de los pacientes y su sistema de creencias.

### **5.- Hacer público los pre entendimientos**

Se integran las ideas o preocupaciones, como parte de la conversación, de tal modo que se debata en conjunto la importancia de abordarlo, el impacto en su vida, las posibilidades que pueden surgir o cuestionar la idea. De esta forma, no se elabora desde la visión del terapeuta sobre lo que significaría seguro o bueno, en cambio, se construye a partir de la experiencia del consultante. En relación con esto Anderson (2005a) refiere que el discurso profesional puede ser cuestionado y por lo tanto el lugar que tiene el conocimiento experto del terapeuta en la conversación, es participando con sus pre entendimientos, como una voz más dentro de la conversación, sin que tengan la intención de guiar la conversación, más bien se plantean de forma tentativa.

### **6.- Postura ante la violencia.**

Se puede pensar que si el terapeuta no determina lo que considera que es correcto implica que no se compromete con una postura ante la violencia, no obstante, se sigue comprometiendo con ciertas creencias, pero visibilizando que tienen sentido para nosotros en el contexto en el que estamos. En este sentido Gergen (1996b) considera que el terapeuta se sigue comprometiendo con

ciertas posturas teniendo presente que no son verdades incuestionables, el peligro que se considere de esta forma es que se pueda congelar el significado y acallar las voces.

### **7.- Búsqueda de múltiples voces**

Al considerar que no hay un conocimiento verdadero y que la construcción en conjunto busca posibilidades para delimitar lo que podría ser útil para el consultante, se recurre a poder traer a la conversación otras voces que puedan contribuir al diálogo. Sobre esto, McNamee (2001) proponía que el terapeuta podía reflexionar sobre ¿qué otras personas podrían dar su opinión sobre lo que está sucediendo?, y ¿qué otros grupos pueden proporcionar una voz que abra posibilidades? Se considera que, en la búsqueda de múltiples voces, las que pueden ser más significativas para construir nuevas posibilidades son aquellas que van de acuerdo con lo que tiene sentido para el consultante.

De esta manera, ser ético relacionalmente es una forma de estar con el consultante, donde el terapeuta tiene la responsabilidad de mantener una reflexión constante sobre el consultante, la relación y él mismo, buscando la manera de crear posibilidades en conjunto, donde se acuerde que será lo correcto en las situaciones particulares que se presenten.

Por otra parte, se puede concluir que la terapia colaborativa comparte muchos elementos de su postura filosófica, con los puntos que identifique sobre las responsabilidades del terapeuta en una postura ética relaciona, que son las siguientes: hacer público los pre entendimientos, acercarse a relaciones horizontales y partir de la experiencia de los consultantes. Lo cual, cobra sentido porque parten de la misma epistemología, y desde ambos lugares, el lente principal es buscar construir en conjunto mediante el diálogo, poniendo énfasis en los significados. En cambio, en la Terapia centrada en soluciones, de la primera etapa, el lente principal es romper la pauta de problema, identificando excepciones y ampliándolas, por lo que mantener una postura

ética relacional, podría ser tomado como un lente extra, pero que puede ser de mucha utilidad para cuidar no promover discursos dominantes injustos o que pongan en una posición de vulnerabilidad a la consultante. Además, en esta terapia, se pone énfasis en ciertas técnicas y por el análisis realizado, el mantener una postura ética relacional podría ayudar a que la voz del consultante no se deje de lado por hacer una intervención.

### ***3.3 Análisis del sistema terapéutico total***

Este apartado tiene diferentes propósitos. Uno de ellos es exponer teóricamente la composición del sistema terapéutico total, como se ha concebido desde distintos enfoques sistémicos, enfatizando el papel de sus integrantes. Por otra parte, se describe su influencia en cada uno de los casos. Finalmente, se retoma la experiencia personal.

El sistema terapéutico total, está integrado por el supervisor, el equipo terapéutico, el terapeuta y la familia. Existen distintos subsistemas: *el sistema terapéutico* compuesto por el terapeuta y el sistema familiar; *el sistema de supervisión* en el que se incluyen el supervisor y equipo de supervisados, además del *sistema de terapeutas* conformado por el sistema de supervisión y el terapeuta. Tiene dos funciones generales; una de ellas se relaciona con la búsqueda del cambio en los consultantes y la segunda con la formación de terapeutas (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

De Shazer (1989) relata que, en un comienzo, en el Centro de Terapia Familiar Breve, los terapeutas se encontraban detrás del espejo, cuando consideraban que el terapeuta tenía dificultades indicaban por vía telefónica sugerencias u opiniones. Tiempo después, al no entender una indicación el terapeuta salió con el equipo quien le mencionó una serie de

directivas, ahí empezó la tradición de hacer una pausa en la sesión, no obstante, el equipo de supervisión se seguía percibiendo como observadores independientes del sistema terapéutico. Finalmente, un cliente pidió que se le informara sobre los comentarios del equipo, quienes llamaron con la finalidad de elogiar a la familia, propiciando que el cierre de la sesión tuviera un tinte de positivismo; en este momento, el equipo terapéutico dejó de tener una participación de observación para ser parte del proceso.

En el Modelo de Milán trabajaban las sesiones con un grupo compuesto por cuatro personas. Dos de ellos, de distinto género, participaban como terapeutas, así, se observaba la interacción de los pacientes con cada uno de los profesionales, se vislumbraba las reglas del juego familiar y se percataban las opiniones contradictorias de la familia influidas por el género. En este sentido, esta modalidad permitía evitar caer en estereotipos y tener una visión desde distintas perspectivas de la dinámica familiar. El resto de los integrantes, tenían el rol observadores y apoyo, hacían visibles las creencias y emociones del terapeuta, permitiendo que percibiera su lugar de poder en las sesiones, la presencia de sus premisas personales y la relación con su paciente (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991).

En el caso de la terapia estratégica, Haley (2012) refiere que la supervisión tiene dos objetivos principales: favorecer la adquisición de competencias y habilidades en el terapeuta y propiciar el bienestar de los clientes cuidándolos de la falta de experiencia. Así, la unidad en la que se centra el supervisor es la relación entre el supervisado y el cliente, interviniendo ante las interacciones que resulten repetitivas y no se encuentra orientada hacia el cambio.

En el trabajo terapéutico con equipo se crea un espacio de reflexión teórica y práctica, en un ambiente de coparticipación y acompañamiento. El supervisor facilita que se generen distintas visiones que enriquezcan y sean de utilidad para el cambio, otras funciones que lleva a cabo son

las siguientes: 1) está atento a las reacciones que tiene la familia ante las intervenciones, 2) propicia que se cree espacios de respeto y apoyo que faciliten el aprendizaje, 3) favorece que los integrantes del equipo que se encuentran detrás del espejo, reflexionen sobre lo que sucede entre el terapeuta y los pacientes, realicen hipótesis y propongan intervenciones y 4) intervenir con el fin de guiar el proceso, sugerir una alternativa distinta, o ampliar la visión del terapeuta (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002). También, trabajando de esta manera se retoma que cada uno de los miembros del equipo poseen expectativas e intereses diversos lo que implica que se construya un sistema complejo de co-construcción, donde se revelan los distintos marcos teóricos, vivencias, prejuicios y valores de los terapeutas. (Hernández, 2007).

Se generan dinámicas de cooperación donde no se impone un punto de vista, se facilita que se desarrollen las competencias profesionales según las personas y el estilo del terapeuta y se propician ampliar las posibilidades, procurando que no se establezcan relaciones de poder. Ahora bien, no se puede dejar de lado que el supervisor posee mayor conocimiento y es responsable de lo que suceda en los procesos terapéuticos, por lo cual se propone visibilizar la relación de poder (Danoso, 2007). Al respecto, Desatnik, Franklin y Rubli (2002) refieren que el equipo reflexivo es una alternativa para que todas las voces tengan un lugar, aunque puedan ser contradictorias, logrando no imponer solo la visión del supervisor y que sea la familia la que elija que es significativo.

Ahora bien, se retoman los aspectos prácticos de esta forma de trabajo, especificando las implicaciones del sistema terapéutico total en cada uno de los casos seleccionados.

En el caso uno, el trabajo en co-terapia, permitió que se obtuviera puntuaciones distintas, se buscara en conjunto un camino que fuera de acuerdo con la consultante que facilitara el cambio. Por otra parte, las terapeutas llegaron a presentar sentimientos de tristeza, enojo y

frustración por la situación que vivía la clienta, aunado a la dificultad de retirarse de esas circunstancias. Ante esto, el equipo tuvo una participación significativa, al entender y escuchar a las terapeutas, ayudando a visibilizar el lugar de privilegio en el que ellas se encontraban y el lugar de vulnerabilidad de la consultante. También, la supervisora, propuso una intervención que visibilizará un relato de sobrevivencia respecto al infierno de la consultante, enfatizando las acciones, valores, características que le permitían hacer frente y buscar su bienestar.

En el caso dos, el supervisor sugería que las intervenciones fueran mínimas con el fin de no quitarle autoridad a la terapeuta, además, en todo momento, estuvo pendiente de los sentimientos y opiniones de todos los miembros del equipo, centrando su interés en la experiencia de la terapeuta. Se dialogaba sobre los riesgos que se corrían, las preocupaciones, las emociones y creencias identificando la manera de integrar las ideas como una voz más dentro del proceso terapéutico y buscando en conjunto con el consultante, opciones o caminos diversos, para propiciar su bienestar y el de su familia. Por otra parte, las reflexiones del equipo, propiciaron que el consultante tuviera distintas miradas de la situación y eligiera las significativas.

En el análisis realizado se pudo vislumbrar que el equipo podría mantener una postura ética al hacer públicas sus reflexiones, sabiendo que su punto de vista es solo una forma de ver la situación entre muchas otras, teniendo en cuenta de donde surgen sus pre entendimientos y poner en el centro las voces de los consultantes. Se observa que su participación de los distintos miembros del equipo ayuda a ampliar las voces que ayuden a construir posibilidades en conjunto. Además, considero que la mirada del equipo puede ser de utilidad para identificar si se están reproduciendo discursos dominantes que pongan en una posición de vulnerabilidad a los y las consultantes.

En último término, la experiencia trabajando con un equipo terapéutico, se aprecia como facilitador en el aprendizaje, no sólo en relación con los aspectos teóricos o prácticos, sino en las implicaciones que tiene la persona del terapeuta y su estilo de trabajo. Se promueven los siguientes aspectos: 1) el bienestar del paciente, 2) ampliar la visión de la situación, 3) fortalecer los recursos y mejorar en las deficiencias, con ayuda de la retroalimentación, 4) reflexionar acerca de los dilemas éticos, visualizando el lugar de donde surgen las intervenciones, reconociendo el poder que se puede ejercer sobre el otro, 5) Se observan distintos estilos terapéuticos y 6) se visualizar los conceptos teóricos al verlos aterrizarlos en la práctica.

## Capítulo 4: Consideraciones Finales

### 4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas

La Residencia de Terapia Familiar tiene el objetivo de formar terapeutas con enfoque sistémico. Acompañando a cada estudiante para facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades, conceptuales, clínicas, de investigación, difusión y prevención, con lo que puedan intervenir en las problemáticas sociales de México, formando una visión compleja e integrativa, es decir de la interacción entre el individuo y los otros sistemas (familia, pareja, sociedad) (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2013). En este capítulo se reflexiona sobre las competencias y habilidades adquiridas y el impacto que ha tenido la formación a nivel profesional y personal.

#### 4.1.1 Competencias teórico conceptuales y clínicas

De acuerdo al programa de la residencia se espera que al egresar el alumno tenga conocimientos sobre los distintos enfoques, conozca sus especificidades y pueda aplicarlos en las distintas problemáticas (UNAM, 2013). Por lo cual, se describe de forma breve alguno de los conocimientos teóricos adquiridos.

Con respecto a la epistemología, en el transcurso de los dos años, con ayuda de las materias y la supervisión, fui obteniendo mayor conocimiento y una visión más compleja. En general, puedo percibir las problemáticas clínicas, en relación al contexto y las interacciones en las que está inmersa. Esta forma de entender proviene de la cibernética, la cual se considera como la ciencia de la pauta y de la organización. Por medio de distinciones conocemos la realidad, somos los que observamos los que hacemos las distinciones para construir nuestra realidad, en un mundo donde no las hay (Kenney 1983). Al referirse a las pautas y la

organización se pone hincapié en la circularidad donde A influye en B y las respuestas de B determinan la reacción subsiguiente de A. Se enfatiza la información que se da en las interacciones, en lugar de centrarse en el interior del individuo (Ciberio y Watzlawick, 1998).

Los sistemas se organizan en pautas de interacción que se establecen con cierta estabilidad, la cual está regulada por procesos de retroalimentación. Este término se refiere a la corrección que hace el sistema para regularse cuando detecta una diferencia. Puede manifestarse de forma negativa, manteniendo la estabilidad del sistema, o positiva, donde el sistema pasa a un estado distinto (Ciberio y Watzlawick, 1998). Se menciona que la estabilidad y el cambio no son opuestos, son un continuo de un mismo proceso. La estabilidad se logra a través del cambio, así como el cambio permite estabilidad, ha esto se le ha denominado homeostasis, sin embargo, se llega a caer en el error de pensar que los sistemas se mantienen en un estado estacionario. Por lo tanto, se retoma el concepto de hemodinámico, el cual implica que los sistemas están en constante movimiento tendientes a un equilibrio (Kenney 1983).

Se considera que las descripciones que se realizan hablan tanto del observador como de lo observado. En este sentido, las distinciones que hace el terapeuta, indican la forma en como él construye el conocimiento. Así, se toma en cuenta que el lugar desde el cual el terapeuta puntúa las interacciones familiares se establecen según las distinciones que él realiza (Ciberio y Watzlawick, 1998). Con respecto al proceso terapéutico, el terapeuta se integra a la familia, conoce y se inserta al modo en que la familia concibe el mundo, forma parte del sistema como un participante respetuoso en el proceso de transformación, en el que va proporcionando distinciones que puedan generar diferencias que concuerden con la familia (Sluski, 1987).

Durante mi tiempo en la residencia, tuve la oportunidad de conocer y trabajar bajo los distintos modelos terapéuticos (estructural, estratégico, centrado en el problema y centrado en la

solución) que parten de esta epistemología. Con lo que he desarrollado la habilidad de observar a la familia desde distintos ángulos, ya que cada modelo ofrece una puntuación distinta que el terapeuta puede retomar para mirar el problema y el cambio.

Por otro lado, la maestría me permitió adentrarme al construccionismo social, del cual, ya conocía algunos postulados y la crítica que se realizaba hacia la visión moderna. No obstante, fue en la maestría donde entendí la manera particular en la que las terapias colaborativa y narrativa veían a los consultantes y el cambio, y como no es posible comprenderlas totalmente sin tener claridad sobre su epistemología.

El construccionismo social refiere que la realidad se construye por medio del lenguaje. Dicho de otra forma, las construcciones del mundo se establecen social y culturalmente, es por medio del lenguaje que se llegan a consensos sobre los significados (Payne, 2002). Con respecto a la terapia se piensa que es una co-construcción de nuevas formas de ver el mundo, poniendo hincapié en el discurso de la persona. El terapeuta no se ve como el poseedor de un conocimiento objetivo que puede determinar las maneras correctas de vivir, más bien se participa en colaboración con el consultante, insertándose en la forma en que entiende el mundo, manteniendo una postura de curiosidad o de “no saber”. Ya que no posee un mapa completo de las experiencias, sentimientos, valores, expectativas del otro, en donde lo entienda completamente, por lo que necesita que le informe. En este sentido no se quiere decir que el terapeuta solo escuche o pregunte, sino que tiene la habilidad de saber cómo co-crear historias satisfactorias, en una conversación en la cual el terapeuta y cliente participen activamente (Gergen y Warhus, 2003).

Por otra parte, en esta formación obtuve conocimientos sobre temas diversos. El más significativo ha sido la perspectiva de género, que me ha facilitado reflexiones a nivel personal,

acerca de las desigualdades de poder y cómo estas se ven reflejadas también en los pacientes y familias atendidas. El cambio se ha manifestado principalmente en estar atenta a conductas dañinas que procuro no reproducir pues estas promueven el vulnerar a otros. Aunado a esto, ahora poseo conocimientos sobre distintas composiciones familiares y sus particularidades, además de intervención comunitaria.

#### ***4.1.2 Competencias Clínicas***

Sobre las competencias y habilidades clínicas que el egresado debe tener se indica que el terapeuta poseerá las capacidades de observación, evaluación e intervención. Sabrá definir motivos de consulta, objetivos, necesidades y fuerzas del sistema familiar; podrá formular hipótesis; seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados, evaluar los resultados y elaborar reportes de tratamiento (UNAM, 2013). Con respecto a esto, desde el primer semestre se facilita que los estudiantes se acerquen como observadores a las sesiones de terapeutas con más experiencia y en segundo se participa como terapeuta y equipo. Además, en el transcurso del tiempo, el participar de distintas maneras va encaminadas hacia lograr los objetivos terapéuticos, ofrecer un servicio de calidad y formar al terapeuta. Las habilidades y capacidades que yo adquirí fueron las siguientes:

- Observación. Esta habilidad me ha permitido estar atenta a las distintas interacciones: que es lo que pasa en la familia cuando el terapeuta hace una intervención, como es la dinámica de sus miembros y cómo se adaptan las características de cada terapeuta a los pacientes.
- Realizar un primer contacto por medio de la llamada telefónica. En este sentido, como terapeuta tienes que poseer la habilidad de comenzar a generar una relación de confianza con el paciente y recabar los datos que permitan la creación de hipótesis.

- Realizar hipótesis. Utilizando las premisas de los distintos modelos poder generar hipótesis sobre cómo el motivo de consulta está relacionado con las interacciones familiares, las creencias, mitos, estructura, con los sistemas externos (familia de origen o las instituciones). Vislumbrando a la familia en su contexto y analizando las pautas de interacciones en las que el problema se mantiene.
- Establecer una relación terapéutica que favorezca el cambio. En el transcurso de las sesiones poder crear junto con el otro el objetivo de consulta y conocer su marco de referencia. En lo personal me ha servido interesarme en el consultante más allá del problema que presenta, acompañando en el proceso, sin llegar a ser intrusivo.
- Realizar intervenciones que vayan de acuerdo con la problemática y la familia. Teniendo la capacidad de utilizar técnicas que provengan del modelo particular de donde se está mirando, pero poder ver a la familia en un sistema más amplio retomando el contexto y todos los sistemas en interacción.
- Conocer y saber utilizar distintas intervenciones. Por medio de la práctica y la retroalimentación de los profesores y mis compañeros, aprendí que hacer y qué no cuando intervengo con alguna pregunta. Algunos de ellos son los siguientes: solo intervenir en aquellas cosas que son importantes para la persona, como dice la terapia centrada en soluciones, si no está roto no lo compongas; favorecer nuevas pautas de interacción en la sesiones según las peticiones de los pacientes puede generar una diferencia que haga una diferencia; buscar, ampliar y anclar excepciones; ir de acuerdo al ritmo de las personas; adecuar las intervenciones a las características de personales y del ciclo vital donde se encuentra la persona; además de poder validar las emociones de los

consultantes y ver los recursos sin caer en resaltar aspectos positivos sin conocer si es importante para el consultante.

- Reflexionar sobre mi papel en el sistema familiar. Considerando la cibernética de segundo orden, la maestría propicia que los terapeutas se tomen en cuenta como parte del sistema. Así, me ha permitido poder tener la habilidad de prestar atención y reflexionar sobre lo que sucede con la familia cuando yo intervengo, si lo que estoy haciendo va de acuerdo con lo que quieren, además de analizar el impacto que tiene en mí lo que pasa con los consultantes.
- Elaborar y plantear a los consultantes tareas que vayan de acuerdo con su marco de referencia, el objetivo terapéutico y a lo que se ha conversado en sesiones.
- Del modelo colaborativo, pude aprender la importancia de escuchar los relatos de los pacientes más que pensar en aspectos teóricos; como puedo propiciar que mi consultante participe en conversación, además de poder integrar las distintas voces para ampliar la visión.
- Hacer evaluación y finalizar el proceso terapéutico.
- Realizar reportes, planes de intervención y realizar expedientes clínicos.

#### ***4.1.3 Competencias de Investigación***

Con respecto, a las habilidades de investigación el egresado debe saber diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa, además de aplicar e implementar proyectos sobre problemas sociales (UNAM, 2013). En la maestría realicé dos investigaciones, en las cuales desarrollé distintas habilidades.

En la investigación cualitativa aprendí a recabar información para generar hipótesis, plantear un problema de investigación, justificando la decisión de la elección del tema por su

relevancia social, aplicar instrumentos según las características de la población, a realizar los análisis estadísticos utilizando el programa SPSS y examinar los resultados obtenidos. La investigación la realicé junto con mi compañera Beatriz Anabel Marrufo Vega y tiene como título *Vejez, roles de género y funcionamiento familiar*. Se muestra el resumen a continuación.

Se realizó la investigación con el objetivo de evaluar la relación que existe entre los roles de género, los rasgos de feminidad y masculinidad con el funcionamiento familiar en hombres y mujeres. En una muestra de 120 adultos mayores, 56 mujeres y 44 hombres, de 60 a 90 años, que cohabitaron con algún familiar. Los instrumentos aplicados fueron: Instrumento Multifactorial de Identidad de género y Escala de Funcionamiento Familiar. Los resultados obtenidos indican que en las mujeres el ambiente familiar positivo se correlaciona positivamente con rasgos de expresividad positiva, obediencia afiliativa expresiva, y roles de género expresivo y educativos; en cuanto que conflicto correlaciona negativamente con rol de género instrumental asertivo y expresivo- educativo. En los hombres el ambiente familiar positivo se relaciona con rasgos de obediencia afiliativa instrumental y roles de género instrumental asertivo; mientras que conflicto, hostilidad y coalición está vinculado a rasgos expresivos egocéntricos, rasgos de instrumentalidad negativa. Se concluye que las mujeres tienen mayor poder en la toma de decisiones y los hombres se involucran en el cuidado, el fomento de la unidad y el respeto en la familia, implicando mayor flexibilidad en los roles que juegan y manifestando rasgos andróginos (tanto masculinos como femeninos), lo que conlleva a una revaloración de su identidad, involucrando cambios en la composición, estructura y funcionamiento familiar.

En la investigación cualitativa conocí los distintos fundamentos teóricos, formas de recabar datos y distintos análisis. A nivel práctico aprendí a analizar, categorizar y formar conceptos del relato de una persona y realizar reportes de la investigación priorizando las

singularidades del caso en lugar de teorías preestablecidas. Esto se ve reflejado en el trabajo realizado junto con, Thais Alexandra Ávila, Rebeca Carranza Olvera, Josue Martínez Rodríguez y Christian Arí Cruz Vázquez, llamada *Reconocimiento de la identidad de un adolescente en situaciones de cambio*, que se menciona de forma resumida a continuación.

Tuvo como propósito, formular una comprensión de la experiencia de un adolescente de 18 años, que vivenció la redefinición de sí mismo ante una serie de situaciones de cambio que se presentaron después de la muerte de sus padres, en dónde la inserción a la vida adulta fue de manera rápida. Considerando este objetivo, concordamos que la metodología que más se adaptó fue la cualitativa, y se realizó un análisis de categorías con principios de teoría fundamentada, con lo se generó una posible teoría sobre el fenómeno estudiado en la que se especifican categorías y relaciones entre ellas.

Dado que los datos obtenidos se dieron propiamente en un contexto clínico, el instrumento que empleó el terapeuta para recabar información durante las sesiones terapéuticas se asemeja bastante a lo que hace un investigador cualitativo al emplear la entrevista a profundidad, ya que este tipo de instrumento procura profundizar de manera comprensiva e interpretativa los procesos estudiados. Así mismo la entrevista va más allá de recoger información, teniendo el alcance de reconstruir significados que distintos actores sociales le otorgan a sus acciones. De esta manera, consideramos que la información que se recabó durante las sesiones terapéuticas fue de utilidad para comprender y dar cuenta de la experiencia respecto a los cambios en la identidad del adolescente que participó. También, los datos reflejaron diversas situaciones en las que el adolescente se vio implicado y que de cierta manera trastocaron su sentido de identidad (como la muerte de sus padres y la inserción a la vida adulta), pero también reflejan diversos recursos que la persona empleó para recuperar su sentido de identidad.

En el caso de nuestro entrevistado pudimos dar cuenta que después de las situaciones de cambio, existían elementos que aparentemente eran contradictorios a su narrativa que aludía a su identidad, lo cual se asociaba con sentimientos de preocupación y de culpa. En este proceso de entrevista también se ejemplifica cómo la persona se esforzó por reconciliar estos cambios e integrarlos a su identidad. Fue de suma importancia la aprobación y desaprobación de otros respecto a lo que él hacía, por ejemplo, el papel que jugó la religión y los mandatos católicos en la evaluación e integración de comportamientos y actitudes.

En este proceso de consolidar su identidad el adolescente encontró por sí mismo ciertas estrategias que le permitieron sentirse de nuevo él mismo, al igual se puede recalcar el esfuerzo que hizo por hacer las actividades que le gustaban. Así mismo, la persona tomó el desahogo como estrategia para poder expresar lo que sentía con respecto a estas situaciones de cambio. Identificando la escritura y el llanto en solitario como una forma de expresión de emociones cuando es complicado realizarlo con alguna persona, en este sentido, sería de interés ver de qué otras formas un adolescente puede encontrar un desahogo cuando le es difícil por sus premisas personales pedir ayuda a otros. Finalmente, lo que se obtiene de este proceso es la redefinición de la identidad del participante, en la cual pudo superar los retos que se le presentaron, realizando actividades que hacía anteriormente, pero dándoles más valor, por medio de disfrutarlas, encontrando la manera de realizar las cosas que le gustan sin hacerse un daño físico, buscando autorregular su comportamiento por sí mismo, lo cual puede indicar que puede llegar a solucionar ciertos problemas solo.

#### ***4.1.4 Competencias de Difusión.***

Con respecto a la difusión, participe en como ponente en el VII Congreso Latinoamericano para la formación y la enseñanza de la psicología (ALFEPSI), que se organizó

en Río de Janeiro, Brasil, en el Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro, llevado a cabo del 5 al 8 de septiembre del 2018. Donde presenté la investigación “Vejez, roles de género y funcionamiento familiar”. Además, escuché distintas ponencias cuyas investigaciones iban enfocadas al estudio de problemáticas de los países Latinoamericanos, en las cuales se veía reflejado una sensibilidad a sus singularidades en esta realidad social, en lugar de implementar teorías desarrolladas en otros contextos culturales y sociales.

Por otra parte, asistí al Taller de “Encuentro y desencuentros en la vida familiar y social: eventos, presencias, verdades”, impartido por el Dr. Marcelo Pakman, en la Universidad de Guanajuato Campus León, los días 30 de noviembre y el 1 de diciembre. El Doctor es un terapeuta familiar cuya práctica clínica se encuentra relacionada con filosofía y epistemología. En el taller se presentó la reflexión y supervisión de casos clínicos, donde se indagó la participación del terapeuta en el sistema familiar.

Con respecto a los productos tecnológicos se realizaron manuales, videos y páginas web, referentes a los distintos modelos teóricos revisados, los cuales se mencionan a continuación: 1) Manual y video del Modelo Estructural, 2) Manual de Técnicas de la Terapia breve centrada en problemas, 3) Página Web del Modelo Estratégico y 4) Página Web del Modelo de Milán.

#### ***4.1.5 Competencias de Prevención.***

El programa de la maestría especifica que el alumno al egresar podrá elaborar programas de salud comunitaria y tendrá la habilidad de aplicarlos (UNAM, 2013). En este sentido, elaboré dos planes de intervención para distintas problemáticas y participé en pláticas en el ISSSTE de Tlalnepantla y en el CCH Azcapotzalco, que se mencionan a continuación.

- Taller sobre Prevención del abuso sexual. Realizado junto con mis compañeros Ávila González Thais Alexandra, Sierra Gallardo Pedro Joel y Zamudio Licona Arturo Yukio, con el objetivo de que los cuidadores de los niños se sensibilizaran sobre el tema, obtuvieran herramientas necesarias para prevenir el abuso sexual y visibilizarán actitudes con las que contaban que pueden proteger a los menores. En la planeación se utilizó la Terapia Breve Centrada en Soluciones, se proponía que los participantes conocieran de manera general la problemática y los mitos que existen, poniendo hincapié en identificar y ampliar conductas que ya llevaban a cabo para proteger a sus hijos. Además, se pretendía construir en conjunto distintas alternativas para informar a los menores sobre sexualidad y brindarles estrategias de cuidado personal.
- Construyendo relaciones de pareja libres de violencia en FES Iztacala. Una propuesta de intervención comunitaria desde la narrativa. Elaborado con Rebeca Carranza Olvera y Thais Alexandra Ávila González. Se realizó esta intervención desde la Terapia Narrativa, con el objetivo de que los alumnos, profesores y autoridades visibilizarán los efectos que la violencia en el noviazgo ha tenido en su vida, indagando sobre otras maneras de estar en pareja, además de concientizarlos sobre la intervención que pueden tener ellos para perpetuar la problemática o fungir como facilitadores de relaciones libres de violencia. En el plan de intervención se consideró: 1) Externalizar la violencia en el noviazgo, identificando aquellas verdades dominantes que facilitan su presencia, 2) Reconocer hechos extraordinarios en las relaciones erótico-afectivas de los estudiantes donde la violencia no se encuentre presente, replanteando la relación consigo mismo y con los demás, con respecto a estos logros aislados y 3) Realizar un manifiesto donde se plasmen medidas de protección hacia la violencia en la pareja.

- Participar como ponente en el ciclo de conferencias y talleres “Herramientas para prevenir y enfrentar la violencia: como crear relaciones positivas”. Realizado en el CCH Azcapotzalco, con el fin de sensibilizar a las familias acerca de la normalización y los daños de la violencia, además de las creencias culturales que se encuentran asociadas a este fenómeno.
- Conferencia sobre Resiliencia. En el ISSSTE de Tlalnepantla, dirigido a trabajadores de la institución, con el propósito de reflexionar acerca de los posibles recursos que se pueden generar en el ambiente laboral y sus relaciones para solucionar las dificultades que presentan como el estrés laboral o el deterioro de la calidad de vida.
- Conferencias acerca de Inteligencia emocional. Llevado a cabo en el ISSSTE de Tlalnepantla, con la intención de brindar herramientas a los usuarios de la tercera edad, para poder manejar sus emociones, de tal forma que fuera de ayuda para afrontar sus dificultades.
- Conferencias sobre Vejez productiva. Dirigido hacia los usuarios del ISSSTE de Tlalnepantla, el cual tenía el propósito de hablar respecto a las oportunidades y recursos que se presentaban en este periodo de vida.

#### ***4. 1.6 Aspectos Éticos en el Trabajo con Familias***

En el programa de la residencia se hace hincapié en los aspectos éticos que los egresados integrarán a su práctica. Se indica que desarrollarán valores y actitudes que correspondan a un compromiso personal y social; mostrando a los usuarios respeto, sensibilidad y confidencialidad; siendo tolerantes hacia los otros enfoques, colegas o instituciones. Realizando valoraciones honestas de su trabajo terapéutico, revisando si se apegan a las normas éticas y buscando capacitación constante (UNAM, 2013).

En relación con la ética en psicología clínica Haley (2012) refiere que:

“el conflicto ético se presenta porque el terapeuta o experto es un individuo humanitario que ayuda a quienes necesitan de él, pero al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda ... Es inevitable esta cuestión pues no es ético recibir dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado ... así el aspecto ético queda ligado a cuestiones de técnica terapéutica” (p. 205).

Con respecto a esto, se enfatiza que es relevante que el terapeuta tenga el conocimiento y las habilidades para poder participar en el cambio de los consultantes. Poniendo hincapié en su capacidad de reflexión sobre sí mismo y sus capacidades, con el propósito de que se procure el bienestar del otro. Recordando que llegan a solicitar ayuda con una problemática que causa sufrimiento esperando que un experto sea quien le ayude, así el terapeuta tiene la responsabilidad de propiciar la solución y el cambio.

En el transcurso de la maestría se propicia la adquisición de conocimientos para estar capacitado, además, existe una reflexión constante sobre otros aspectos relevantes. Se toma en cuenta la cibernética de segundo orden, lo cual implica que el terapeuta se reconozca como parte del sistema, considerando que su conducta se encuentra dentro del proceso y no solo como un simple observador objetivo o como un agente aislado, en cambio, se piensa que la conducta del observador está influida por quien lo consulta. Es así como el terapeuta ve la organización y las pautas de la familia, pero al mismo tiempo analiza su propio comportamiento dentro del contexto terapéutico. De esta forma, se facilita tener presente los actos que tiene el terapeuta y sus efectos en los pacientes (Ciberio y Watzlawick, 1998).

Al reconocer que el terapeuta es parte del sistema terapéutico se piensa que sus experiencias, creencias y actitudes también lo están. Por lo tanto, al tener presente que el ser objetivos está alejado de la realidad terapéutica, nos queda reconocer la objetividad entre paréntesis de Maturana, recordando que él no niega que exista una realidad, sino que no se puede

afirmar que los objetos existen independientemente de quien observa (Segal, 1986). Esto nos lleva a analizar desde donde estamos puntuando lo que está sucediendo en terapia, promoviendo que nuestra forma de ver sea de utilidad para los pacientes y no implique un riesgo.

Se retoma que, en la relación terapéutica, existe un desequilibrio de poder, en el cual el terapeuta influye en el consultante. No obstante, considero que caeríamos en un error si pensáramos que en esta influencia el otro no posee recurso o herramientas para elegir y reflexionar lo que más le convenga, con respecto a esto una profesora mencionaba “los pacientes no se llevarán lo que no sea benéfico para ellos”. Sin embargo, no es posible dejar de lado que el terapeuta es parte del sistema y su historia influye en las puntuaciones que realiza. Por lo tanto, pienso que el confiar en los recursos de los pacientes debe ir unido con la reflexión sobre mi persona como terapeuta, el retomar un proceso personal y mantenerse en supervisión, ya que pienso que son aspectos relevantes para mantener relaciones éticas. Como menciona Hernández (2007):

“En especial los casos que revisten dificultad desencadenan en el terapeuta reacciones desagradables como frustración, ira, temor, aburrimiento, confusión, sensaciones de impotencia y de incapacidad. Es necesario recogerlas como recursos, pues no solo informan de los efectos que los consultantes generan en su entorno, sino que se conectan con la historia y el estilo personal del terapeuta, de modo que poner esos sentimientos bajo el microscopio de la supervisión conduce a que el estudiante amplíe la mirada sobre sí mismo y se apropie de sus vivencias dentro de una nueva versión de su propia vida. Así este proceso llega a volverse isomórfico con el de los consultantes” (p.234).

Así, el ser ético estaría relacionado con conocer y retomar como guía lo que el Código ético del psicólogo menciona acerca de los principios: respeto a los derechos humanos y a la

dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad de las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). No obstante, para mí sería relevante partir del caso en particular, las vivencias de la persona y realizar un análisis sobre los valores que están en juego. Por lo tanto, pienso que se deben de conocer las particularidades y singularidades de la experiencia del individuo, en relación con la vivencia del terapeuta, siempre poniendo en el centro al consultante.

Maturana (2019) al hablar sobre cómo se pone énfasis en la infancia (al pensar que los niños son primero) y la forma en que esto se lleva a la práctica refiere que:

“se les abre el espacio, se les conversa, se les escucha, se le contesta las preguntas, se les invita a la reflexión, uno es honesto, cumple la palabra...yo adulto también tengo que tener ese compromiso fundamental que espero del niño, no tengo que explicarle la honestidad, tengo que ser honesto, no tengo que explicarle el respeto tengo que respetar, tengo que estar dispuesto a reflexionar, tengo que estar dispuesto a cambiar de opinión... el niño va a aprender un modo de vivir, no un discurso sobre el vivir”

De igual manera, para mí, hablar de relaciones éticas en terapia iría más allá de saber sobre lo que sería ser ético o no. En otras palabras, la ética deja de ser solo un discurso para ser una práctica, una forma de estar en la relación. Esto estaría relacionado con la ética vista desde el construccionismo social, al saber que la realidad es construida y que el yo se forma en la relación, se piensa en una responsabilidad relacional, tal como se observa en la explicación de Anderson (1997) sobre las críticas del yo relacional.

“... suelen quejarse de que en esta perspectiva el individuo se pierde: la persona pierde sus derechos individuales, se convierte en un títere de una sociedad que amenaza arrebatarle sus derechos humanos, y dejar de ser personalmente responsable. Yo creo que ocurre todo lo

contrario. El individuo y la responsabilidad individual ocupan una posición de primordial importancia. La diferencia está en cómo se conciben el individuo y la responsabilidad. Porque estamos absortos en los otros, porque no somos solidarios, porque somos seres relacionales, nos vemos obligados a ser más responsables no menos... pero la responsabilidad se hace compartida” (p.288).

Así, nos abre a la posibilidad de asumir nuestra responsabilidad, nuestro compromiso en cada relación. Pensar acerca de qué tipo de relación quiero construir junto con el otro, que es lo que podemos crear juntos. Al respecto McNamme (2015), refiere que, si queremos vivir en un mejor lugar, podemos hacer algo al respecto porque son nuestras actividades en conjunto las que crean el mundo en el que vivimos. De tal manera, en esta forma de ser ético se propicia estar dispuesto a escuchar distintas voces y estar abierto a distintos caminos.

En este sentido, la maestría me enseñó a valorar las multiplicidades de voces, aceptar que no hay algo que sea correcto, más bien, que son distintas realidades que no son buenas o malas sino más o menos útiles. De tal manera, considero que el ser ético en la relación es aceptar las diferencias, poseer la capacidad de reflexionar y cuestionar sobre nuestras creencias y lo que damos por hecho, abriendo el camino a distintas perspectivas. Mantener una postura clara sobre a lo que creo correcto o me comprometo, pero reflexionando sobre el lugar donde me encuentro, desde que perspectiva estoy observando las cosas y como mi contexto interviene en esta forma de mirar. Poniendo como prioridad, estar atenta a las desigualdades sociales y a no reproducirlas.

#### **4.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia**

En los dos años de la maestría, las distintas materias, la supervisión clínica, la motivación para participar en congresos, hacer investigación y programas de intervención, además de la co-

construcción con maestros y compañeros, me ha permitido crecer personal y profesionalmente, donde he adquirido competencias y habilidades.

En relación a estas competencias teóricas- conceptuales, yo ingresé teniendo ciertos conocimientos referentes a la epistemología y algunos enfoques, no obstante, en la maestría logré esclarecer, profundizar y ampliar lo que ya conocía. En un ambiente de compañerismo donde se permitía el crecimiento en conjunto, por medio de la conversación sobre los distintos saberes y aclaración de dudas, donde cada uno aportó algo a mi aprendizaje.

En comparación a mi ingreso ahora poseo más competencias clínicas. Tengo distintas herramientas que puedo utilizar, no solo como técnicas que se aplican en una situación dada, sino con base en un análisis de las interacciones familiares y con una visión sistémica, que se fue desarrollando en el transcurso de la práctica y la observación. El que cada uno de mis compañeros de equipo tuviera casos y mi participación en el equipo, me ha ayudado a ampliar mi conocimiento sobre cómo poner en práctica la teoría, en distintas problemáticas, con personas en diferentes ciclos vitales y de diversos contextos, permitiéndome observar varios estilos terapéuticos. Asimismo, mantener una mirada referente a las implicaciones éticas en los procesos terapéuticos.

Además, me ha permitido tener habilidades en la investigación, en la planeación de programas de intervención, en la divulgación de saberes y en la aplicación de talleres. Logrando integrar mi formación clínica, con la investigación y la prevención.

Por otro lado, de este proceso yo esperaba poder tener mayor certidumbre en lo que yo hacía y cómo, lo cual lo he obtenido al adquirir más herramientas. No obstante, más allá de eso he podido percatarme de la grandeza de la incertidumbre, de no esperar que las cosas ya estén dadas, como el uso de técnicas y el modo de emplearlas, sino el estar atento a las singularidades

y crear junto con el otro, una forma de estar y de caminar hacia el cambio. Como menciona Anderson (1997) acerca de valorar lo enriquecedor que puede ser no saber de antemano lo que tendría que suceder, a consecuencia de la libertad que trae la incertidumbre. Aunado a esto, puedo apreciar que he integrado un interés por cuestionarme y reflexionar sobre mis creencias y lo que es esperado socialmente, con la curiosidad de entender y observar otras formas de estar en el mundo. Por último, podría agregar, que en este punto y con todo lo aprendido, espero seguir ampliando mi conocimiento.

#### **4.3. Implicaciones en la Persona del Terapeuta y el Campo Profesional**

Si retomamos que el terapeuta no es un agente aislado en el proceso terapéutico, implica que el acercamiento íntimo en el mundo del paciente impacta sobre la vida y el quehacer del terapeuta. De esta forma, la vida de los pacientes enriquece la propia vida de los terapeutas, incorporando nuevas narrativas de sí mismo y de los consultantes (Szmulewicz, 2013). Así, el crecimiento personal, no solo he integrado la voz de mis compañeros, sino también de los consultantes. En la interacción con ellos, en las emociones que presenté y las reflexiones que hice pude percatarme de mis creencias y cómo me relacionaba con los otros, concibiendo otras formas de relacionarme. Con respecto a esto Anderson (1997) menciona que los valores y creencias del terapeuta también son susceptibles de cambio, en el proceso de terapia, porque el diálogo transforma tanto al consultante como al terapeuta.

Ahora bien, al tomar en cuenta que los terapeutas son partes del sistema, también percibe distintas circunstancias de desigualdad, de sufrimiento y daño al que están expuestos los consultantes. Con respecto a esto Muñoz (2016) menciona que el fuerte involucramiento laboral en situaciones emocionalmente demandantes produce un estado de agotamiento emocional, físico y mental, por lo cual indica que el terapeuta tiene que poseer un buen nivel de autocuidado

y responsabilizarse de su salud física y mental, con la intención de encontrarse en las condiciones necesarias para brindar su servicio y procurar su bienestar personal. Rodríguez y Arias (2013) refiere que para que se dé un autocuidado el terapeuta debe mantener un autoconocimiento. En su investigación los terapeutas que participaron indican que el tomarse tiempos entre sesiones, comentar los casos con su equipo de trabajo, hacer ejercicio y tener tiempo y conversaciones fuera de los temas laborales pueden ser de utilidad.

En las supervisiones, se cuidaba al terapeuta y se realizaban cuestionamientos sobre sus emociones, creencias, expectativas del proceso terapéutico. Lo cual permitía una reflexión, referente al impacto del caso en la persona del terapeuta. En este sentido, estos cuestionamientos, promueven que el terapeuta se observe y pueda tomar medidas para cuidarse. A nivel personal, considero que estas reflexiones son importantes en mi práctica, además integraría el mantenerme en supervisión y realizar otras actividades.

Por último, me gustaría retomar lo que hasta el momento he considerado como mi forma preferida de ser terapeuta. Personalmente confío en las personas que consultan, prefiero ver sus recursos y no buscar patologías. Me relaciono con ellos prestando atención, interesando me en sus historias, en lo que para ellos es significativo, buscando entender sus singularidades. Considero que me muestro curiosa hacia los relatos de mis consultantes y esto permite que vean mi interés en ellos y en el cambio.

## Referencias

- Andersen, T (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2001). Ethics Before ontology: a few words. *Journal of systemic therapies*, 20 (4), pp.11-13.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos ¡puedes tomar mis ojos pero no puedes quitármelos!. En: Friedman, S. (Ed). *Terapia familiar con equipo reflexivo. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (s/f). *Coaching colaborativo. Conectando, Colaborando, y Creando "Con"*  
Recuperado de <http://www.harleneanderson.org/docs/ISI-2014-Handouts/Espanol/Anderson,%20H.%20Coaching%20Colaborativo.pdf>
- Anderson, H. (2015). *Postmodern social construction therapies*. En: Weeks, G., Sexton, T. L. y Robbins, M. (Eds.) *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner- Routledge  
Recuperado de <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*, 9 (1), 3-7.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). Ética e incertidumbre: pensamientos breves e incompletos. En Chaveste, R y Papusa, M (comp) *Harlene, conversaciones interrumpidas*. Ohaio, EUA: Taos Institute Publications.

- Anderson, H. (2005a). Un enfoque posmoderno para la terapia. La música polifónica y la terapia desde dentro. Limón, G. (Ed). *Terapias posmodernas: aproximaciones construccionistas*. México: Pax.
- Anderson, H. (2005b). Myths about “not-knowing”. *Family Process*, 44:497–504.
- Anderson, H. (2009). Collaborative practice: Relationships and conversations that make a difference. En: J. Bray & M. Stanton (Eds.). *The Wiley handbook of family psychology*, pp.300-313.
- Anderson, H. (2012a). Prácticas colaborativas: una manera de estar 'con'. En Chaveste, R y Papusa, M (comp) Harlene, conversaciones interrumpidas. Ohaio, EUA: Taos Institute Publications.
- Anderson, H. (2012b). Relaciones de Colaboración y Conversaciones Dialógicas: Ideas para una Práctica Sensible a lo Relacional. En Chaveste, R y Papusa, M (comp) Harlene, conversaciones interrumpidas. Ohaio, EUA: Taos Institute Publications.
- Anderson, H. (2014). Collaborative-dialogue based research as everyday practice: questioning our myths. En: Simon, G. & Chard, A.(Eds). *Systemic inquiry: innovations in reflexive practice research*. Farnhill: EIC Press.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. & Gergen, K (Eds) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York, E.U.A: Routledge.

- Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 16(2), 43-55.
- Barkley, M. (2017). *Formación de la alianza terapéutica con un preadolescente con síntomas de agresión y ansiedad* (tesis de posgrado) Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Berg, I.K., y Miller, S.D. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientación y sugerencias para la terapia breve de familias*. Barcelona, España: Gedisa.
- Beyebach; M (2013). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En Moreno, A. (Ed.) *Modelos de terapia familiar*. Madrid, España: Universidad Pontifica de Comillas.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, R. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL. 2021). *Estimaciones de pobreza multidimensional 2018 y 2020*. Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO\\_009\\_MEDICION\\_POBREZA\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_009_MEDICION_POBREZA_2020.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL. 2018). *Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza*. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018&print=true](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5542421&fecha=30/10/2018&print=true)

Consejo Nacional de Población (2021). *Día Internacional de las Personas de Edad*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170?idiom=es>

Danoso, A. (2007). La supervisión en terapia familiar sistémica: mirar y ver y verse y volver a mirar. *Revista Trabajo Social*. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/view/20669/17361>

Delfín, C., Saldaña, C., Cano, R y Peña, J. E (2021). Caracterización de los roles familiares y su impacto en las familias de México. *Revista de ciencias sociales*, 27(3), 128-138. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/280/28068276012/html/>

Desatnik O., Franklin, A., Rubli, D. (2002). Supervisión y entrenamiento en supervisión. *Psicología Iberoamericana*. Nueva Época.

De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia familiar breve. Un enfoque eco sistémico*. España: Paidós.

De Shazer, S (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona, España: Gedisa.

Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (s/f). *Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión*. Grupo Campos Elíseos. Recuperado de <https://docplayer.es/17074503-Las-conversaciones-reflexivas-en-el-trabajo-clinico-el-entrenamiento-y-la-supervision.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2019). *Panorama Estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

- Garrido, M. y García-Cubillana, P. (2000). Aportaciones de los Modelos Sistémicos para la comprensión de la Violencia Familiar. En C. Pérez-Testor y E. Alomar (Comps.), *Violencia y familia*. Barcelona.
- García, C., Cerón, A. (2005). Entre la ética y la deontología profesionales. Reflexión sobre el campo periodístico. *Reencuentro*, 43, p. 0.
- Gayet, C. (2022). Nuevo escenario de baja fecundidad en México a partir de información censal. *Realidad, datos y espacio revista internacional de estadística y geografía*, 12 (3), 124-139.
- Gergen, K. J. (1996a). La construcción social: emergencia y potencial. En: Pakman, M. (Comp). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.
- Gergen, K (1996b). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Madrid, España: Paidós.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid, España: Paidós.
- Gergen, K. & Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria*, 3, 13-45.
- Gergen, K. (2009). *El ser relacional. Más allá del yo y la comunidad*. New York, EUA: Descleé Brouwer.
- Gutiérrez, R., Díaz, K. J., Román, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23 (3).

Haley, J. (2012). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires, Argentina: Amarrortu.

Hernández, A (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Univ. Psychol.* Bogotá, 6 (2), 285-293.

Hernández, Á. (2007). *Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio*. Colombia: Diversitas Perspectivas en Psicología. Recuperado en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v3n2/v3n2a05.pdf>

Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, 5, 1- 8. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/n5-ibarra/128-pdf-es>

Información científica y tecnológica para el congreso de la unión. INCyTU (2018). *Salud mental en México*, (007). Recuperado de [https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-007.pdf](https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2021a). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2021/doc/envipe2021\\_cdmx.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2021/doc/envipe2021_cdmx.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2021b). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2021c). *Salud Mental. Información general sobre suicidios registrados*. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/temas/salud/#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/salud/#Informacion_general)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2017a). *Característica de la nupcialidad en México 2014*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2017b). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana (5 de marzo). Datos Nacionales*. Recuperado de

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2022). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero*. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_14feb.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_14feb.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2023). *Principales resultados. Censo de Población y Viviendo 2020*. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825198152.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825198152.pdf)

Instituto para la Economía y la Paz. IEP (2023). *Índice de Paz México 2023: identificación y medición de los factores que impulsan la paz*. Recuperado de

<https://static1.squarespace.com/static/5eaa390ddf0dcb548e9dd5da/t/647041b385d0307a47a4573a/1685078486067/ESP-MPI-2023-web.pdf>

Jiménez, A., Abarca, G y Montenegro, C. (2019). No hay salud mental sin justicia social": desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. *Revista de Psiquiatría*

*Clínica*, 57, 7-20. Recuperado de:

[https://www.academia.edu/58848237/\\_No\\_hay\\_salud\\_mental\\_sin\\_justicia\\_social\\_desigualdades\\_determinantes\\_sociales\\_y\\_salud\\_mental\\_en\\_Chile](https://www.academia.edu/58848237/_No_hay_salud_mental_sin_justicia_social_desigualdades_determinantes_sociales_y_salud_mental_en_Chile)

Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Kjelberg, E., Edwardsson, M., Johansson, B y Öberg, T. (2005). Uso del proceso de reflexión con familias atascadas en la violencia y el abuso de menores. En: Friedman, S. (Ed). *Terapia familiar con equipo reflexivo. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires, Argentina: Amorroutu.

Lock, A. & Strong, T. (2010). *Social constructionism: sources and stirrings in theory and social practice*. Nueva York: Cambridge University press.

Macías, E., L. y Laso, O., E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar crítica sensible al género. *Revista de Psicoterapia*, 28 (106), 129-148.

Maturana, H. (2019). *Entrevista con Humberto Maturana sobre el sentido de lo humano*. CNN Chile. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=wDmxwPCOPUI>

McNamee, S. (2001). Recursos relacionales: la reconstrucción de la terapia y otras prácticas profesionales en el mundo posmoderno. *Sistemas Familiares*, 17 (2) 2001, 113-129.

McNamee, S. (2009). Postmodern Psychotherapeutic Ethics: Relational Responsibility in Practice. *Human Systems*, 20(1), 57-71.

McNamee, S. (2015). Ethics as Discursive Potential. *Australian & New Zealand Journal of family therapy*, 36, 419-433.

- Mendieta, A. (2019). Violencia y delincuencia en México: el uso político del miedo. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 17, 182-206.
- Mendoza, R. (2005). *Ética y Psicología Clínica*. Perspectivas Psicológicas. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1992-46902005000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902005000100004)
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Monk, G., & Gehart, D. R. (2003). Conversational partner or socio-political activist: Distinguishing the position of the therapist in collaborative and narrative therapies. *Family Process*, 42:19-30.
- Montero, M. (2001). Ética y Política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital*, (0), 1-10.
- Muñoz, E. (2016). *Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en psicólogos clínicos y sanitarios*. España, Madrid: Universidad Pontificia Comillas (trabajos fin de master). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11531/13036>
- O'Hanlon W.H. & Weiner-Davis, M. (1990). *En Busca De Soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon W.H. & Cade B. (1996). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una Propuesta de Política Pública para Familias en el Distrito Federal*. México.
- Ortuño, E. (2022). Transformaciones de la familia mexicana y su incidencia en la convivencia y la gestión de los conflictos. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 24, 35-57.

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS.
- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, A. E., Sánchez, R. (2018). Normas y Creencias de la Permanencia Relacional: Diseño y Validación de una Medida. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, vol. 4, núm. 1, pp. 31-42, 2018
- Pueyo, A. A. (2012). Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar. *Anuario de psicología*, 42 (2), 199-211.
- Quirós, E. (2002). *El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia*. Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, Costa Rica.
- Rivero, P. (2015). *Ética. Un curso universitario*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rodríguez, A., García, B (2020). Un modelo espacial de desigualdad de género sobre trabajo no remunerado en México. *Realidad, datos y espacio revista internacional de estadística y geografía*, 11 (1), 68-85. Recuperado de: [https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/RDE30\\_05.pdf](https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/RDE30_05.pdf)
- Rodríguez, M. y Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 2 (1), 216-234.

- Rotondo, M. (2017). Introducción a la bioética. *Rev Urug Cardiol*, 32, 240-248. Recuperado de:  
<http://dx.doi.org/10.29277/RUC/32.3.4>
- Segal, L. (1986). *Soñar la realidad*. España: Paidós.
- Selekman, M. (2005). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Sermijn, J. y Gergen, K. (2017). Abre las Alas de Tu Potencial Terapéutico: un Proceso de Reflexión con Ken Gergen. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 8(1), 57- 68.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, (3) 65-70.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código Ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Solís, P. (2013). Las nuevas uniones libres en México: Más tempranas e inestables, pero tan fecundas como los matrimonios. *Coyuntura demográfica*, 3, 31-36.
- Szmulewicz, T (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo el proceso terapéutico. *Rev. Chilena Neuro Psiquiatría*, 51 (1), 61-69
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Trujano, R., P. y Limón A., G. (2006). Sobre la violencia de género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En Limón, G. (Ed). *Terapias posmodernas: aproximaciones construccionistas*. México: Pax.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología: Residencia en terapia familiar.*

Walti, C. C. (2015). *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas Nacionales ¡Que familia! La familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de la familia.* México: UNAM.

White, M. (1989) *Guías para una terapia familiar sistémica.* Barcelona España: Gedisa.