



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**NIÑAS Y NIÑOS COMO PACIENTES IDENTIFICADOS. UN
ABORDAJE A TRAVÉS DE LA TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALEJANDRA ARANZA MORALES HERNÁNDEZ

TUTORA:
MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISOR:
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA, FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA
MTRA. MARTHA LÓPEZ ZAMUDIO, FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. MARIA ANTONIA CARBAJAL GODÍNEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, CDMX. JUNIO 2024.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Margarita Amalia Morales Hernández

Mi brillante y amorosa mamá.

*Yo te llevo dentro, hasta la raíz
Y por más que crezca, vas a estar aquí
Aunque yo me oculte tras la montaña
Y encuentre un campo lleno de caña
No habrá manera, mi rayo de luna
Que tú te vayas*

-Natalia Lafourcade

AGRADECIMIENTOS

Guardar en nuestro corazón y en nuestra mente a ciertas personas como integrantes de nuestro equipo personal, y recrearse en sus experiencias de cómo son, permite sentir que pertenecemos a una comunidad elegida por uno/a mismo/a, no a una comunidad que fue la que nos tocó. Esto puede hacer toda la diferencia”

Jill Freedman

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Conahcyt, por darme la oportunidad de continuar mis estudios en una institución de excelencia académica y humana. Me comprometo a que esta oportunidad de aprendizaje acompañe a las personas con las que trabajo.

A la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, por confiar en mí y permitirme el privilegio de cursar esta maestría. Hay una Alejandra Aranza antes y después de este viaje.

A mi mamá que, aunque no nos tocó coincidir tanto tiempo en este mundo, me brindó lo que necesitaba, me acobijó para sentir su infinito amor y apoyo toda la vida. La terapia narrativa me ayudó a re-membrarte y hacerte parte de todos mis logros. Te amo.

A mi Tío Luis, que tomó la batuta y no me ha dejado sola en ningún momento. Por ti estoy aquí, te agradezco por nunca soltarme y todo lo que alcance va para ti. Te quiero de aquí a las estrellas.

A mi mamá 2, Adriana, por acogerme cuando más lo necesitaba. Me cambiaste la vida y tu participación en ella me permitió esforzarme en lograr mis sueños, siempre te estaré infinitamente agradecida.

A Alejandro, que ha sido mi compañero, desde el proceso para entrar a nuestros posgrados, al día de hoy, que ya vemos esa meta alcanzada. Gracias por sostenerme, por traerme calma, por recordarme que sí puedo y por tu tan amorosa compañía. *Pues la vida son montañas que yo quiero atravesar juntos.* Te amo, picioso.

A mis profesoras y mentoras en la maestría, que me invitaron a enamorarme de las prácticas terapéuticas en cada uno de sus estilos. A Noemí por su calidez y congruencia al tratarnos y al enseñarnos, porque ella nos dijo que nos cuidaría para que pudiéramos cuidar a nuestros consultantes. A Martha por su compromiso y entrega para mi aprendizaje, y por la ternura compartida. A Miriam por su facilidad de enseñar, por el acompañamiento y la inspiración. A Tony por su dedicación y confianza en mí. A Gerardo por compartir la irreverencia y curiosidad. A Nora por darnos espacio de sentir y de escuchar al aprender. A mi tutora externa, Susana, por la confianza.

A Isita por integrarse a mi vida en este camino. Eres una de las casualidades que más agradezco que la maestría trajera a mí, gracias por tu linda compañía y soporte estos años. Te quiero. También a Isa mamá, porque ambas me procuraban para que pudiera procurar esta tesis.

A mis amigas de la maestría, que me acompañan en cada pensamiento profundo, porque hemos aprendido a llevar nuestra profesión de manera colectiva. Pau, Eri, Eli y Liz, gracias por ser mi tribu, por apoyarme y enseñarme a ver cosas tan distintas y lindas en la vida.

A mis amistades en la vida. Dianita, Mony, Fer, Erick, Sol, ustedes me han visto en distintos momentos y me han conocido en distintas versiones de mí, gracias por crecer juntos y acompañarnos en la vida. También a mis amigos que se han ido agregando en el camino, les llevo en mi corazón siempre.

A todas las personas que han ayudado en mi vida, los papás de mis amigos y amigas que me invitaban a comer, que me llevaban y recogían procurando mi seguridad, que me llegaron a dar consejos y me reflejaron una imagen de mí misma que me ayuda a enfrentar los momentos de dudas. Gracias por los cuidados colectivos.

A la familia "H" por darme la oportunidad de trabajar con ustedes y aprender en conjunto. De igual manera, a todas las personas que me han brindado su confianza dentro y fuera de la formación para llevar su proceso conmigo. Me devuelven la esperanza en la vida, gracias por inspirarme con sus historias, resistencias y anhelos.

Por último, pero no menos importante, a Harley. Me has enseñado a amar de una forma que no imaginé posible, me haces agradecer todos los días y desear que el tiempo pase despacito por lo mucho que se disfruta la vida a tu lado. Gracias por volverme una mejor humana, por tu amor, por tenerme paciencia con los horarios de la maestría y por esperar a que terminara de leer para dormir conmigo. Te amo, pequeñita.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	2
CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	3
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas	7
1.2 Descripción de la sede donde se realizó la experiencia clínica.....	15
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos	17
2.1.1 Modelo Estructural	19
2.1.2 Terapia breve del MRI.....	27
2.2 Análisis y discusión del tema que sustenta el caso presentado.....	38
Los niños y las niñas presentados como pacientes identificados.....	38
CAPÍTULO III CASO CLÍNICO	49
3.1. Descripción del caso	49
3.2 Análisis y la discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con el caso elegido	51
Primera etapa del proceso	51
Segunda etapa del proceso	61
Tercera etapa del proceso	69
3.2 Conclusiones y reflexiones del caso.....	74
CAPÍTULO IV CONSIDERACIONES FINALES	80
4.1 Análisis de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, de investigación ética y compromiso social	80
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia e implicación en la persona del terapeuta....	85
REFERENCIAS	90

RESUMEN

La presente tesis busca exponer el trabajo realizado en un caso clínico con una familia usando los conocimientos adquiridos en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Incluye un análisis del campo psicosocial y del contexto que se trabajó en la formación, así como los principales problemas que enfrentan las familias que se atienden. Más adelante, se exponen los principios teóricos y metodológicos de los modelos Estructural y de Terapia Breve del *Mental Research Institute*, así como el tema de niños/as presentados/as como pacientes identificados/as. Se parte de dichos marcos de referencia para el análisis del caso clínico que compone la tesis.

Al finalizar, se resume las experiencias profesionales adquiridas al final de la formación, así como las implicaciones a nivel personal y profesional de la persona del terapeuta, cerrando con las reflexiones surgidas a partir de la experiencia.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Terapia Familiar es un enfoque de trabajo clínico que se ha mantenido en desarrollo teórico desde finales de los años 30 del siglo pasado (Eguiluz, 2004), y ha desembocado en un abanico de modelos y posturas terapéuticas con diversas premisas, conectadas de alguna manera por la epistemología sistémica y su evolución. Tal diversidad de modelos ha ofrecido ampliar la mirada y las alternativas para generar espacios de terapia en los que se puedan abordar temas complejos con la prioridad de procurar el bienestar de las familias y comunidad.

Las familias en la actualidad viven diversas situaciones y problemas que afectan su funcionamiento, por lo que se requieren modelos de intervención eficaces, profesionales y éticos para tener un impacto en la calidad de vida de las personas. La Terapia Familiar Sistémica ha buscado un abordaje que integre los diversos grupos en los que las personas se desarrollan (Bertrando y Toffanetti, 2004), por lo que trabajar desde los fundamentos sistémicos puede permitir una visión de cómo interactúan los elementos del sistema entre sí, teniendo la posibilidad de intervenir en la dinámica familiar con efectos que tengan un alcance en cada uno/a de sus integrantes.

El concepto de *paciente identificado*, estudiado principalmente por Minuchin (2014), puede ser una herramienta conceptual que facilite a los/as terapeutas familiares migrar de una mirada lineal y centrada en el individuo, a una mirada circular que permita ver las interacciones del sistema familiar. Hacerlo así, tendrá un impacto en la forma de trabajo con las familias, ya que propiciará un mayor involucramiento y agencia en la resolución de los conflictos.

Los modelos de Terapia Estructural y de Terapia Breve del MRI tienen premisas que promueven el cambio desde la estructura familiar y la pauta problemática que presenten las personas que consultan. Dichos modelos, pueden ser una alternativa de trabajo en Centros Comunitarios o espacios que ofrezcan psicoterapia con un número determinado de sesiones, ya que permiten un abordaje óptimo y eficaz para los motivos de consulta que las personas presenten.

Reportar casos clínicos con dichos marcos de referencia, puede ser una aportación al trabajo de terapeutas que tengan casos con niños/as como pacientes identificados/as y que busquen mantener una mirada sistémica de lo que aqueja a las familias.

CAPÍTULO I: ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Este apartado tiene la intención de exponer de manera general el panorama de las familias mexicanas, ya que para profundizar en un análisis desde el enfoque sistémico se vuelve relevante tener una noción del contexto más amplio y reconocer las necesidades sociales, culturales y políticas de quienes llegan a solicitar un servicio de terapia psicológica. Para poder desarrollar un análisis del contexto de las familias en México, es necesario definir el término de familia y encontrar los elementos que identifican a la misma para ofrecer la posibilidad de ilustrar algunos elementos del campo psicosocial en el que nos encontramos.

A las familias se les ha considerado como un elemento natural y uno de los pilares fundamentales de la sociedad. Se le reconoce como la institución más antigua y resistente de todos los grupos humanos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2014).

Para Minuchin y Fishman (1984) la familia es un grupo en el cual las y los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos es principalmente influido por el hecho de sentirse perteneciente a una familia y el segundo por pertenecer a distintos subsistemas intrafamiliares (parental, fraternal, o conyugal) y al mismo tiempo por su participación en grupos extrafamiliares.

Se espera que la familia cumpla funciones de crianza, educación y cuidado, así como la satisfacción de necesidades básicas como alimento, vivienda, afecto, soporte emocional, económico y de protección, aunque no siempre es así. Igualmente se entiende como un elemento creador y receptor de cultura, de transmisión de valores, tradiciones y habilidades sociales (Bermúdez y Birk, 2010).

La dinámica que tiene lugar en las familias es influenciada por el contexto social en la que se encuentra inmersa: la cultura, política, religión, ideologías sobre el género, clase, raza, medio ambiente, cambios económicos, sociales, ideológicos, psicológicos, biológicos, culturales, jurídicos y demográficos, así como los procesos de industrialización, globalización y cambios tecnológicos que tienen lugar en las sociedades (Fernández, 2013). Esto puede dar lugar a diversas modalidades de relaciones entre las y los miembros que conforman una familia.

Teniendo en cuenta estas definiciones de familia, elementos que la conforman y sus funciones, es necesario tener presente que el contexto en el que las familias se desarrollan se ha modificado a lo largo del tiempo. Ha existido una gran variedad de maneras en que estas funciones y objetivos se han cumplido, sin embargo, no todas las estructuras familiares han sido reconocidas como tal, ni gozado de los mismos derechos y reconocimientos, algunos casos, incluso, han llegado a ser excluidos del concepto de familia.

Como mencionan Melgar y Lerner (2010) la diversidad como característica de las familias, que se puede notar en los reportes estadísticos de censos poblacionales y estudios sociodemográficos, no suele ser bien vista por los sectores conservadores. También plantean que los cambios presentados a nivel social, económico, político y cultural, unidos a esa diversidad, han afectado las necesidades, las expectativas, en los roles de género, las relaciones de poder y autoridad entre generaciones y las estructuras familiares. Por ello, las familias se enfrentan a varias dificultades al momento de cumplir con sus responsabilidades y puede resultar más complejo realizar sus funciones.

En las últimas décadas, las familias mexicanas han experimentado cambios en la composición y evolución de la estructura familiar debido a transformaciones importantes en las condiciones sociodemográficas, como lo son el comportamiento de la fecundidad, mortalidad, migración, mayor inserción de las mujeres en el mercado laboral, variaciones en las tendencias de nupcialidad y disolución conyugal (INEGI, 2016).

A continuación, se hablarán de algunas características poblacionales que auxiliarán a describir el contexto de las familias mexicanas, resaltando aspectos previamente mencionados con respecto a la composición y dinámica familiar.

Ya desde 1994, Wainerman y Geldstein señalaban la prevalencia no exclusiva del paradigma nuclear de la familia integrada por la pareja conyugal y sus hijas e hijos, ya que este modelo coexistía cada vez con mayor frecuencia con modelos alternativos de hogares de personas solas, de parejas sin hijos/as y con un/a único/a progenitor/a, puntualizando la necesidad de estudiar a las familias no desde la composición clásica y usualmente normativa, sino aceptando las estructuras alternativas que amplían la variedad de funcionamiento. Este cambio se puede notar en México al observar que el número de familias nucleares biparentales con hijos e hijas, que corresponde al modelo más tradicional de familia, ha disminuido en los últimos años. En México, estas familias representaban el

53.8% en el año 2000, mientras que para 2013 este porcentaje bajó a 43.6% (Arriagada, 2016).

Según la Encuesta Nacional de los Hogares por el INEGI (2017), la composición de familia nuclear en México sigue predominando con 71.7%, mientras que el hogar ampliado ocupa el 25.8% y el hogar compuesto 2.5%. Igualmente, al hablar del tipo de hogar parental, se encuentra que el 53.8% vive en un hogar biparental, mientras que en hogares monoparentales el 18% y otros el 28.1%. También anuncian que, en los hogares de México, el 88.9% son conformados por individuos que tienen un parentesco entre sí, mientras que el 10.8% no son familiares, esto quiere decir que son personas que viven solas o viven con personas con las que no están emparentados.

Del total de hogares mexicanos, el 21.2 son encabezados por un hombre y 6.9 millones por una mujer. Esto quiere decir que de cada cuatro hogares que hay en el país, uno está a cargo de una mujer. En el 2000 el número de familias en las que la mujer estaba a cargo era de 4,597,235 y a la última encuesta intercensal aumentó a 9,266,211 (INEGI, 2015).

El 44% de los hogares con jefatura femenina son nucleares comparado con el 70% encabezados por un hombre. La composición familiar más frecuente en los hogares mexicanos con jefatura femenina es aquella en la que la mujer no tiene pareja, pero sí tiene hijos (79.3%), mientras que en el 80% de los hogares encabezados por hombres hay una pareja presente e hijos/as (INEGI, 2014). Esta estadística podría resaltar una desigualdad potencial en el desarrollo de las personas basada en el género. En hogares donde los padres son considerados jefes de familia, es probable que las responsabilidades de cuidado del hogar y la crianza recaigan en las mujeres, lo que podría traducirse en mayores oportunidades de desarrollo para los hombres en aspectos externos a la familia.

Las mujeres han aumentado su participación en la vida laboral, dejando a un lado la imposición de dedicarse únicamente a las tareas del hogar a partir de acceder a todos los niveles de educación y al trabajo remunerado. Tomando esto en cuenta, las mujeres enfrentan una doble problemática que las obliga a cumplir la llamada doble jornada, que implica generar aportes económicos al hogar y desempeñar, al mismo tiempo, labores domésticas y de cuidado a los miembros de la familia sin una repartición equitativa de las tareas con sus parejas (García y Oliveria, 2006).

En los últimos años en México, la relación entre matrimonio y divorcios se ha quintuplicado, pasando de 4.4 en 1980 a un 22.2 en las estadísticas de 2015 (INEGI, 2015). Las entidades con mayor número de divorcios son Coahuila, Chihuahua, Baja California Sur y la Ciudad de México; mientras que las de menor índice son Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo y Tlaxcala. Los divorcios y/o separaciones modifican el funcionamiento de la familia, ya que obligan a reorganizar los roles de los miembros, lo que puede ser problemático al intentar ajustarse simultáneamente a la dinámica del contexto social en el que se desenvuelven.

Según el INEGI (2017) el porcentaje de familias reconstruidas es de 2.5%, estas familias son compuestas por dos adultos/as separados/as, divorciados/as o viudos/as, en la cual tienen cabida los hijos e hijas, formando así un nuevo hogar a partir de una pérdida, pero dando la oportunidad de formar nuevas relaciones. Esta composición familiar es atribuida al aumento de divorcios y separaciones de las parejas.

Las parejas en la actualidad muestran mayor simetría, autonomía en la economía de los integrantes, repartición de obligaciones y una mayor expectativa de compartir las labores de cuidado y domésticas, (Biscotti, 2006) lo que puede ser un progreso en términos de igualdad de género en la distribución de tareas del hogar y abrir camino a nuevas formas de interacción de las parejas. En un estudio realizado por Martínez Salgado y Rojas (2016) se exponen los factores que promueven la participación de los hombres mexicanos en labores domésticas, como lo son sus niveles de estudio y la formalidad de sus empleos y urbanización. Sin embargo, el factor más significativo para su aumento en la participación de estas tareas fue que sus parejas mujeres estuvieran igualmente involucradas en sus empleos remunerados.

Abordando el tema de la natalidad, hay un evidente decrecimiento en el nacimiento de niños y niñas. En México en 1965 había en promedio 5 hijos/as por pareja, mientras que en 2014 disminuyó a 2.2 (INEGI, 2015). Esto pone en duda que el objetivo de la pareja sea la procreación y crianza de las y los hijos, ya que hay un número considerable que parejas que no ejercen la paternidad. Puede deberse a los cambios en la cultura y la sociedad, así como en la ampliación de educación sexual y mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Con lo descrito hasta ahora, se puede llegar a la idea de que las familias desempeñan funciones, tanto para quienes les integran, como para la sociedad en la que se desenvuelven.

No se puede declarar que el contexto social más amplio atraviesa a las familias sin también considerar que las familias activamente transforman su contexto. Sin embargo, al estudiar las familias y sus dinámicas, es imprescindible contemplar las transiciones históricas que ha experimentado. Incorporar esa perspectiva, permite realizar análisis más complejos y profundos de los problemas o situaciones que podrían llevar a una familia a necesitar apoyo para su adaptación y evolución.

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Como se expuso en el apartado anterior, debido a los cambios sociales, económicos, políticos y culturales, las familias se han diversificado en cuanto a estructura y arreglos, por lo que no es posible pensar una única definición válida de familia (Ordaz, Monroy y López, 2010). Dicha idea se presta para complejizar sobre diversidad y la cantidad de factores que influyen en el funcionamiento familiar, sin embargo, hacer una descripción exhaustiva de todas las problemáticas presentadas en la población atendida rebasa los propósitos del presente trabajo. Para poder dar visibilidad a algunas de dichas problemáticas, se mencionarán las principales que se presenciaron en los procesos terapéuticos durante la Residencia en Terapia Familiar en los semestres del 2019-1 al 2020-2.

VIOLENCIA

La violencia en contra de las mujeres es uno de los principales y mayores problemas que presenta la sociedad en México, este fenómeno social impacta de muchas maneras a cada uno de los miembros de una familia, teniendo repercusiones en la salud física, emocional y psicológica. En 2016 se llevó a cabo una encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares con el objetivo de recolectar información sobre la violencia contra la mujer. Se encontró que un 66% de las mujeres encuestadas (de 15 años o más) ha vivido algún tipo de violencia, ya sea física, sexual, psicológica, económica, patrimonial y/o laboral por parte del actual esposo o pareja o de alguna persona diferente a los antes mencionados en algún momento de su vida (ENDIREH, 2016). De igual forma se reportó con un 27.3% la tasa de prevalencia de violencia reciente de pareja entre mujeres casadas o unidas (Mejía-Mendoza, et. al., 2015).

Respecto a infancias y adolescentes, en 2020 se registraron un total de 27,526 personas de entre 0 y 17 años atendidas en hospitales mexicanos por ser víctimas de violencia. De enero a abril del 2022, se atendieron en hospitales de México 2,736 personas de 0 a 17

años por violencia familiar, el 87.5% de estos casos corresponden a mujeres. En ese mismo periodo, 1,335 personas de 0 a 17 años fueron atendidas en hospitales en México por violencia física, 639 correspondían a mujeres y 695 a hombres (Secretaría de Salud de México, 2022). Estas cifras reflejan la vulnerabilidad en la que se encuentra este sector poblacional ante los distintos grados de violencia.

Otro desafío que enfrentan las infancias es el acoso escolar, una situación en la que hay una intención deliberada de causar dolor de manera repetida, con la finalidad de establecer una posición de poder por parte del agresor. Las niñas y niños más vulnerables se enfrentan a un mayor riesgo de ser víctimas de acoso; normalmente se trata de niñas y niños de comunidades marginadas o de familias pobres, con identidad y expresión de género distintas a las hegemónicas, con diversidad funcional, migrantes o refugiados (Armero, Bernardino y Bonet, 2011).

POBREZA

La condición de pobreza es un limitante importante al hablar del desarrollo físico y emocional de las personas individualmente y de las familias, dificultando su acceso a la salud, educación de calidad, así como al ejercicio de sus derechos humanos. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social, CONEVAL (2022) el 36.3% de la población mexicana vive en situación de pobreza, esto es un total de 46.8 millones de personas, lo que representa 36 de cada 100 personas en México; mientras que un 7.1% vivía en pobreza extrema, equivalente a 9.1 millones de personas.

Acorde a la misma entidad, CONEVAL (2022), reporta que el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud es de 39.1%, representando a 50.4 millones de personas. Así mismo, el porcentaje de personas que presenta carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad es de 18.2%, lo que implica a 23.4 millones de personas. Tal información ofrece un panorama sobre las barreras para ejercer los derechos sociales y la adquisición de una variedad de bienes para la satisfacción de las necesidades esenciales de la población, promoviendo su estado de vulnerabilidad.

DISCAPACIDAD

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) encontró que en el país existen alrededor de 120 millones de personas, de las cuales 7.2 millones (6%) presentan alguna discapacidad y de estas, la mayoría son mujeres (53.5%). El 83.3% cuenta con servicios de salud, el 39% tiene un empleo y el 23.1% mayor a 15 años no tienen ningún grado de escolaridad. Esto puede reflejar el apoyo que esta población pueden requerir por parte de sus familiares.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Por otro lado, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), de la población total el 10.3% refiere haber consumido drogas alguna vez en la vida, la edad media de inicio de consumo es de 17.8 años y de las personas que presentan posible dependencia a drogas, solo el 20.3% ha asistido a tratamientos. En población adolescente la prevalencia de consumo de drogas ilegales aumentó de 2.9% en 2011 a 6.2% en 2016, siendo la marihuana la sustancia con mayor aumento de consumo. Dicha información permite iluminar las afectaciones que pueden surgir ligadas a la ingesta y dependencia de sustancias, que podrían poner en mayor vulnerabilidad a las personas usuarias.

Hasta este punto, se destacan las problemáticas más relevantes que atraviesan la vida de las personas atendidas, que, a su vez, subrayan la importancia de espacios de atención con sensibilidad a los contextos más amplios. A continuación, el enfoque se dirigirá a entender cómo estas realidades afectan a la población infantil y de adolescentes, describiendo brevemente las condiciones que viven las niñas y los niños en nuestro país y centrándose en las problemáticas que afectan directamente a su salud y bienestar.

CONDICIONES DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL BIENESTAR INTEGRAL DE LAS INFANCIAS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO

Acorde a la UNICEF México (2019), en el país viven casi 40 millones de niños, niñas y adolescentes, representando el 35% de la población mexicana; de ellas y ellos, 12.7 millones tienen entre cero y cinco años, 13 millones tienen entre seis y once años y 12.8 millones son adolescentes de entre 12 y 17 años. Considerando lo hasta ahora expuesto,

vale la pena explorar los principales factores de riesgo para las infancias y adolescencias, y con ello, lograr una mayor comprensión de cómo juegan los elementos sociales y estructurales en el desarrollo de problemas más complejos.

Según el diccionario de Pedagogía y Psicología de Canada (2000), se entiende por factores de riesgo a un conjunto de variables que se relacionan con la probabilidad de aparición de un fenómeno o conductas que afecten negativamente a una persona, un grupo o una comunidad. Tomarlos en cuenta para entender los contextos en los que se dan las problemáticas principales que presentan las infancias y las adolescencias, cobra relevancia para abordar de manera más efectiva la interacción entre diferentes aspectos del entorno, como la familia, la escuela, la comunidad y los servicios sociales, lo que facilita un análisis integral de los desafíos que enfrenta esta población.

Acorde a lo expuesto por UNICEF México (2019), los factores de riesgo para el sector poblacional de infancias están relacionados con la pobreza, violencia, falta de afiliación al seguro social, déficit en la alimentación y nutrición, limitación al acceso a la educación preescolar y básica y trabajo infantil. Para las y los adolescentes, los factores de riesgo incluyen ingresos familiares tan bajos que comprometen su alimentación, aumentan la probabilidad de deserción escolar, explotación laboral y sexual, adicciones, violencia, migración, discriminación, y embarazos no deseados. La mayoría de estos factores se relacionan con la deficiencia de apoyo social a las familias mexicanas, lo que implica una dificultad para que los padres y madres puedan ejercer la función de protección y crianza previamente mencionada.

El CONEVAL (2020) reportó que el 52.6% de la población de 0 a 17 años vivía en situación de pobreza. La pobreza infantil, con sus características particulares, presenta una urgencia significativa debido a la alta probabilidad de que se vuelva permanente y sus consecuencias irreversibles. Esto compromete el desarrollo físico y cognitivo de los niños, aumentando el riesgo de abandono escolar, mortalidad por enfermedades prevenibles o curables, y deficiencias en la alimentación (UNICEF México, 2019).

Por otro lado, las estadísticas demuestran que 6 de cada 10 niños y niñas de entre 1 y 14 años ha experimentado un método violento de disciplina. Además de que, en los últimos 7 años, alrededor de 3.4 niños, niñas y adolescentes son asesinados diariamente en el país (UNICEF México, 2019). Cualquier expresión de maltrato hacia niños y niñas afecta

significativamente su desarrollo integral, su rendimiento y funcionamiento en todas las actividades que desempeñan.

En una entrevista realizada para Gaceta UNAM (2021), la académica Gabriela Ruiz Serrano hizo mención de que, si bien el sector poblacional en pobreza no es el único que ejerce violencias contra las infancias, la pobreza es un factor detonante para el ejercicio de las violencias. Ella sugiere revisar las prácticas de crianza en los sistemas familiares y desechar la idea de que el golpe es necesario para disciplinar, que a través de la violencia se aprende, sin dejar de considerar que esos sistemas familiares también son receptores de violencias estructurales.

Figuroa-Duarte y Campbell-Araujo (2014) concluyen que es indispensable considerar las condiciones de pobreza, marginación y exclusión en las que viven las familias, y cómo estas afectan profundamente la vida de las personas. Estas circunstancias influyen en las relaciones entre padres/madres e hijos/as, los estilos de crianza y las oportunidades y ambientes de aprendizaje de los niños y niñas desde antes de asistir a la escuela. En lugar de ver los problemas de las infancias como exclusivamente "orgánicos", es indispensable cambiar la perspectiva.

Por su parte, García-Bullé (2022) hace referencia a las dinámicas relacionales entre infancias y adultos, en las que enuncia al adultocentrismo como concepto sociológico, que se refiere a la supremacía social de los adultos por encima de infantes y adolescentes. El discurso adultocentrista coloca a las personas adultas como grupo de referencia en cuanto a quién pertenece el poder y el privilegio, quién debe ser escuchado primero o con más atención y quién determina los términos de convivencia y educación. Una mirada relacional de este tipo podría considerarse como factor de riesgo en términos de la poca importancia que se le da al mundo de las infancias, restando agencia a las niñas y niños en las dinámicas de sus entornos y promoviendo una relación de autoritarismo entre adultos/as e infancias.

Los factores de riesgo mencionados previamente pueden desencadenar una serie de problemas complejos para las familias, infancias y adolescencias. Sin embargo, debido a la finalidad de este trabajo, se abordarán algunas de las problemáticas que pueden presentar las familias con niños y niñas en espacios psicoterapéuticos, así como los desafíos para su oportuna atención.

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE PRESENTAN LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

Las experiencias sociales macrosistémicas pueden sobrecargar las relaciones familiares y dificultar la labor socializadora de la familia, lo que promueve una transmisión transgeneracional de traumas y conflictos no resueltos en generaciones anteriores. Esto perpetúa experiencias negativas y limita la capacidad de generar nuevos resultados que fortalezcan la salud mental y un desarrollo saludable (Lund et al., 2018). La normalización de métodos violentos de “disciplina” como gritos, golpes, y humillaciones puede llevar a su aplicación indiscriminada sin cuestionamientos, lo que además de tener afectaciones a quien los recibe, tiende a replicarse generacionalmente (Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 2023).

Las desigualdades sociales y estructurales que influyen en la salud mental de niños, niñas y adolescentes pueden dar lugar a diversas alteraciones, como cambios del comportamiento, fluctuaciones del estado del ánimo, sentimientos de minusvalía, estrés, desmotivación, predisposición a la violencia, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas, entre otros problemas (Díaz et al., 2016).

Betancourt Ocampo y Andrade Palos (2011), en un estudio que aborda la influencia parental en las problemáticas emocionales en niños/as y adolescentes, hallaron la presencia de depresión, problemas somáticos y autolesiones en la población que estudiaron. Los predictores clave de problemas emocionales que encontraron incluyen el control psicológico parental, caracterizado por intrusividad, críticas excesivas y chantaje emocional, que son asociados con mayores niveles de depresión en la población juvenil. En el ámbito de los problemas conductuales, tanto el control psicológico negativo como la baja supervisión parental se correlacionan con el aumento de conductas problemáticas, mientras que una buena comunicación entre madres e hijos/as y una supervisión efectiva se vinculan a una reducción de estos problemas. Dichos hallazgos, permiten relacionar los entornos familiares y los problemas que puedan llegar a expresar las infancias y adolescentes.

Considerando la salud mental en la población infantil, la Secretaría de Salud reportó en 2002 alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufrieron algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requirió de una atención especializada e integral. En datos

más recientes, la Secretaría de Salud (2015) expone que en el caso de niños/as y adolescentes, según los reportes epidemiológicos en el mundo, la prevalencia de enfermedades mentales es 20%, dicho porcentaje deja ver un aumento. Entre el 4 y 6% de ese porcentaje requiere intervención clínica, pero pocas de estas personas tienen el acceso y aunque la falta de servicios especializados es un fenómeno mundial, en Latinoamérica se muestra una brecha del 26% en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes; en el caso de nuestro país, el trabajo con este sector no alcanzó a cubrir las necesidades de atención.

De los padecimientos encontrados de manera más común en niñas y niños mexicanos se encuentran: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con prevalencia de 14.7% a 21.4%, ansiedad de 15.4% a 21.4 %, nerviosismo de 16%, anormalidades conductuales y emocionales de 16%, de igual manera se expone que las variaciones de la prevalencia tienen una relación con la marginación de los menores (Gaytan, et. al, 2015).

Según Palacios-Cruz, et. al. (2011), algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres y madres de personas con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos/as necesitaban atención médica y de ellos/as, solamente el 13% acudió a los servicios de salud mental; también mencionan que la participación familiar más activa al momento de buscar atención para sus hijos/as es por parte de las madres, viendo escasez de participación de los padres. De igual forma un factor que influía en la búsqueda de atención profesional para los/as hijos/as es el grado de escolaridad de los padres y madres, siendo que, a mayor escolaridad, mayor posibilidad de buscar dicha atención.

Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019) realizaron un estudio longitudinal de 15 años en el que contrastan sus datos con algunos obtenidos en 1995 respecto a la salud mental infantil en la Ciudad de México, ellos encontraron que los problemas de conducta, TDAH, depresión y ansiedad en niños/as han aumentado; también que en adolescentes el 68% estuvo expuesto a adversidades en la infancia relacionadas con la situación económica familiar. Advirtieron que la acumulación de situaciones adversas favorecía el deterioro de la salud mental, entre estas se encuentran el abuso, violencia, descuido por parte de los cuidadores, divorcios y carencia económica.

Por otro lado, Oliveira et al. (2022) discutieron sobre la percepción de los profesionales sobre los determinantes sociales de la salud mental infantil, encontraron a menudo se

sienten llamados/as, en el mejor de los casos, a “apagar incendios” cuando surgen problemas más urgentes, como la agravación de síntomas psicóticos, intentos de suicidio o embarazos no deseados, perturbando el frágil equilibrio en la vida de las personas. Incluso cuando se perciben buenos pronósticos o resultados efectivos, la implementación plena de la atención integral en salud se ve radicalmente limitada por las ineludibles condiciones sociales. Esto perpetúa una sensación de impotencia en los servicios de salud, que se ven reducidos a realizar un “control de daños” específico en lugar de abordar de manera integral y efectiva las necesidades de la población.

Con una revisión de los datos mencionados respecto a la infancia, se hace notable que la salud mental de las y los niños no sólo implica factores intrapsíquicos, sino que también se puede entender y reflexionar desde una perspectiva bio-psico-social y cultural. Una invitación a emprender desde esa perspectiva puede ser comprender los procesos de las familias con infancias e intervenir tomando en cuenta el contexto más amplio en el que estos sistemas se desarrollan.

Reflexionando sobre la situación económica del país y el impacto que esto tiene en las familias y su desarrollo, vale la pena considerar opciones de atención que tomen en cuenta las necesidades de la población, que sean accesibles en términos geográficos y económicos y que cuenten con personal profesional capacitado para el trabajo con dichas problemáticas.

Considerando lo mencionado hasta el momento, es evidente que hay una amplia variedad de problemas que los individuos y familias atraviesan, por lo que resulta fundamental que los terapeutas familiares conozcamos el contexto de las personas que nos consultan con el fin de tener una noción de los elementos que rodean y atraviesan a quienes llegan a solicitar atención. Teniendo esto en cuenta se puede abrir la posibilidad a espacios de cambio y resignificación que puedan ser utilizados como recursos que les permitan a las personas y a las familias no sentirse atrapadas en una situación o un proceso, sino que en colaboración se construyan escenarios de vida distintos que incidan en un funcionamiento familiar que pueda responder mejor a las adversidades y que les acerquen al bienestar.

1.2 Descripción de la sede donde se realizó la experiencia clínica

Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro

Este centro comenzó sus actividades en 1981 y actualmente es coordinado por la Dra. Edith Romero Godínez, se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo, manzana 21, lote 24 en la Colonia Ruiz Cortínez de la alcaldía Coyoacán. El horario de atención es de lunes a viernes de las 8:00 a las 20:00 hrs y los sábados de 10:00 a las 14:00 hrs.

Dicho centro comunitario está equipado con dos cámaras de Gesell y con equipo de audio, una recepción con sala de espera, una biblioteca, dos aulas para cursos, una sala de cómputo y cubículos para el profesorado.

Con el objetivo de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en los estudiantes de la Facultad de Psicología en sus diversos niveles de formación, este centro ofrece un servicio preventivo y de intervención a la comunidad en sus diversos grupos de edad, principalmente a través de los programas de Adicciones, Promoción de la salud, Psicología de la Educación, Terapia Familiar con enfoque al género y la violencia.

El procedimiento de atención comienza mediante la solicitud de atención que realizan las personas vía telefónica o de manera presencial en el centro comunitario, una vez recabados los datos de identificación y el motivo de consulta de quien solicita el servicio regularmente por el personal administrativo, se hace derivación a los distintos programas con los que cuenta el centro, llevándose a cabo el contacto de forma directa por los estudiantes en formación.

El Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro, forma parte de las sedes en las que el alumnado de la maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología puede llevar a cabo su práctica. Entre sus ventajas, se encuentra la de realizar el trabajo en una cámara de Gesell, permitiendo la supervisión en tiempo real y la modalidad de trabajo con equipo terapéutico. La forma de abordar los casos promueve una participación constante del equipo terapéutico, así como el aprendizaje desde la práctica y la observación. La supervisora a cargo por parte de la Facultad de Psicología es la Mtra. Martha López Zamudio. Su función principal es instruir sobre la construcción de los casos, proporcionar herramientas para intervenir en tiempo real y fomentar el análisis entre los fundamentos epistemológicos de los abordajes sistémicos y posmodernos, así como los

distintos modelos terapéuticos derivados de ellos. El objetivo es facilitar un trabajo terapéutico congruente con la teoría y efectivo para las personas que consultan.

Algo a destacar de la formación de maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología y sus diversas sedes, es la cantidad de horas de práctica que favorecen al objetivo profesionalizante de su programa. A partir los distintos roles que participan, como lo son de terapeuta, co-terapeuta o equipo terapéutico, se desarrollan habilidades de manejo de los casos desde la mirada sistémica-posmoderna para poder encontrar caminos que las personas en individual, pareja o familia puedan recorrer para abordar sus motivos de consulta.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

Se considera que la familia es más que la suma de sus partes, siendo una unidad básica de desarrollo emocional que se mueve a través del tiempo, cada familia es distinta del resto, aunque a su vez comparte propiedades con cualquier otro sistema (Haley, 1983).

La Terapia Familiar tiene sus orígenes en Estados Unidos, en 1937 Nathan Ackerman publicó un artículo titulado “La familia como unidad social y emocional” que es considerado como uno de los primeros aportes para la comprensión de los problemas humanos ligados al entorno familiar (Eguiluz, 2004).

En 1942 se desarrolló la primera Conferencia Macy por la fundación Josiah Macy, bajo la iniciativa del Neurólogo Warren McCulloch. Estas conferencias se daban con regularidad entre los años 1942 y 1953 y se reunía a un grupo interdisciplinar de investigadores de los campos de las matemáticas, la lógica, la antropología, economía y psicología con el objetivo de construir los cimientos de una ciencia general del funcionamiento de la mente humana, este sería el origen del movimiento cibernético. Algunos de los personajes que participaron en las conferencias fueron Margaret Mead, Gregory Bateson, Lawrence Frank, Norbert Weiner y John Von Neuman (Thomas, 2008).

Norbert Weiner hizo la propuesta de la comunicación en distintos niveles de tipo lógico y Bateson retomó esas ideas para aplicarlas a las ciencias sociales. A partir de ello, surgió su postulado de que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación y que todo suceso es un mensaje y lo que cuenta es qué tipo de transmisión de información se está llevando a cabo, esto indica que en toda la comunicación existen al menos dos niveles de mensajes: de contenido y de significado (Thomas, 2008). Este supuesto ha abierto posibilidades para comprender los sucesos que ocurren en una familia de manera conjunta, se podría entender como el hilo conector en el que los mensajes que se comparten de alguna manera definen la relación y pueden marcar una dinámica específica entre las y los integrantes de la familia.

Theodore Lidz fue uno de los fundadores de la Terapia Familiar entre 1940 y 1949, él se enfocó en el trabajo con familias con pacientes esquizofrénicos y fue el pionero en la exploración del rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia, también de las

relaciones “disfuncionales” entre padres e hijos/as. Años más adelante, en 1952, Bateson empezó un proyecto con John Weakland, Jay Haley y William Fry y después Don Jackson en el observaron las interacciones existentes en las familias con un/a integrante esquizofrénico y desarrollaron dos principios básicos para la Terapia Familiar: la familia vista como un sistema homeostático y la teoría del doble vínculo. Esta teoría permitió incorporar las ideas de Bertalanffy de la Teoría General de los Sistemas a la interpretación del funcionamiento humano (Mackinnon, 1983).

En la década de los sesenta se dio un gran desarrollo para la Terapia Familiar desde la teoría sistémica, en 1962 fue fundada la revista “Family Process” por Jackson y Ackerman, más adelante se creó el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, del cual se expondrá más en este mismo capítulo. En esa misma época, Salvador Minuchin, impulsado por Ackerman, incursionó en un proyecto de investigación con familias de clase social baja que permitió el planteamiento de un estilo de dar terapia conocido como la terapia estructural, mismo que se expondrá más adelante. Por otro lado, las aportaciones europeas a la línea sistémica que tuvieron mayor presencia fueron las italianas, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata como representantes del grupo de Milán que abrieron un centro de investigación en Terapia Familiar, mientras que en Roma Andolfi y Cancrini también brindaron aportes a dicho campo (Tapia, 2008).

Así se configuró lo que hoy conocemos como la Terapia Familiar Sistémica como otra modalidad de intervención que considera a la familia como unidad básica de tratamiento y busca respuestas clínicas a las problemáticas que presentan las personas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La historia de la terapia familiar en México comienza en la segunda mitad de los años sesenta y presenta un mayor desarrollo en la época de 1980 a 1990, generando un cambio de paradigma con respecto a los modelos que en su momento predominaban en el ejercicio de la psicoterapia, como el psicoanalítico, principalmente, y el de modificación de conducta (Eguiluz, 2004).

Distintas instituciones fueron fundadas para practicar y enseñar el modelo de terapia familiar mientras que otras incorporaron este enfoque a sus programas de especialización, algunas de ellas son el Instituto Mexicano de la Familia A.C., el Instituto Mexicano de la Pareja, la Universidad de las Américas, el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, el Instituto Personas, el Instituto Cencalli, la Universidad Autónoma de México,

entre otras. La Asociación Mexicana de Terapia Familiar surgió en 1980 para regular los programas de enseñanza del modelo sistémico, agrupar a los especialistas en orientación familiar y difundir el modelo sistémico (Eguiluz, 2004).

Se podría decir que lo que integra el cuerpo de la Terapia Familiar es la conjunción de varios modelos o abordajes terapéuticos con una base epistemológica en común. Como fue mencionado, se expondrán en seguida los modelos de Terapia Estructural de Minuchin y de Terapia Breve enfocada en el problema del MRI, ya que estos son los que sustentan el trabajo clínico de los casos reportados en el capítulo tres.

2.1.1 Modelo Estructural

Antecedentes

La terapia familiar estructural es un modelo de terapia sistémica desarrollada por Salvador Minuchin, un médico de origen argentino, en los años sesenta, a partir de su interés y trabajo con familias marginadas. Es un modelo que se ha utilizado en varios lugares del mundo y que como expone Wayne (1988) muchas de las intervenciones propuestas por Minuchin se han convertido en parte del repertorio de una gran cantidad de terapeutas familiares.

El trabajo de Minuchin fue altamente influenciado en sus inicios por motivos sociales, su interés por trabajar con poblaciones marginadas no era exclusivamente para hacer aportaciones en cuestión de investigación en psicología, sino también como un acto político. Él manifestaba que las modalidades de terapia tradicionales no mostraban mucha capacidad de ayuda a este sector, por lo que propone nuevas maneras de hacer intervenciones terapéuticas que tuvieran un mayor impacto (Hoffman, 1987).

Premisas del Modelo Estructural

El modelo parte de una postura optimista respecto al cambio, postulando que, si se modifica la estructura de la familia, éste se posibilita. Se plantea a la familia en continuo movimiento al tomar en cuenta sus procesos de desarrollo, a nivel de pautas transaccionales, así como las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares. La terapia estructural se enfoca en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas, aplica técnicas que modifican el contexto

inmediato de las familias y crea una modificación de su experiencia subjetiva (Destanik, 2004). En la figura 1 se exponen rubros a tomar en cuenta al utilizar el modelo estructural, mientras que en la figura 2 se presentan los conceptos de diagnóstico estructural, proceso terapéutico, técnicas y objetivos, ambas figuras buscan sintetizar algunas de las premisas de la propuesta de Minuchin (1974).

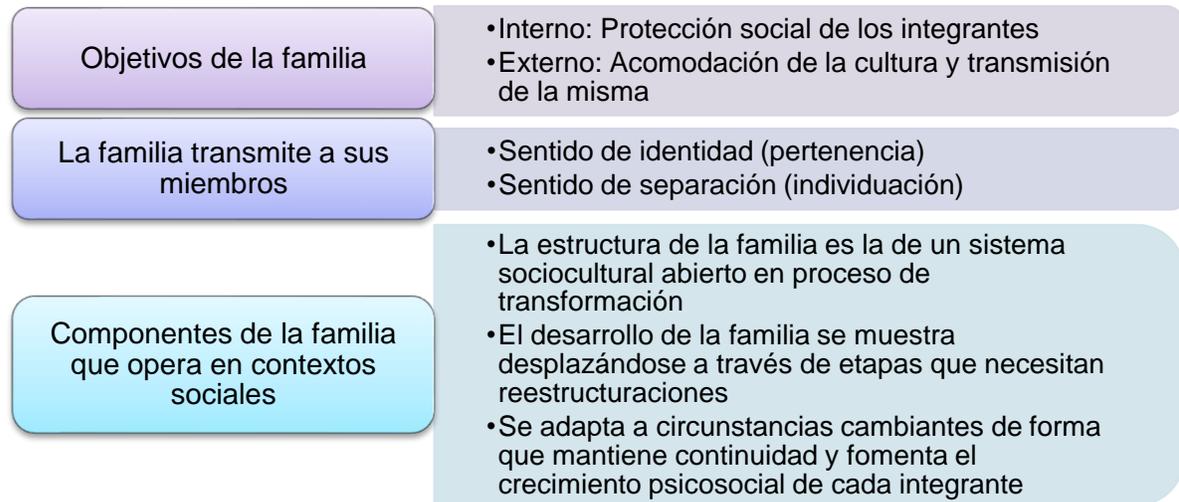


Figura 1. Criterios por considerar al usar el modelo estructural

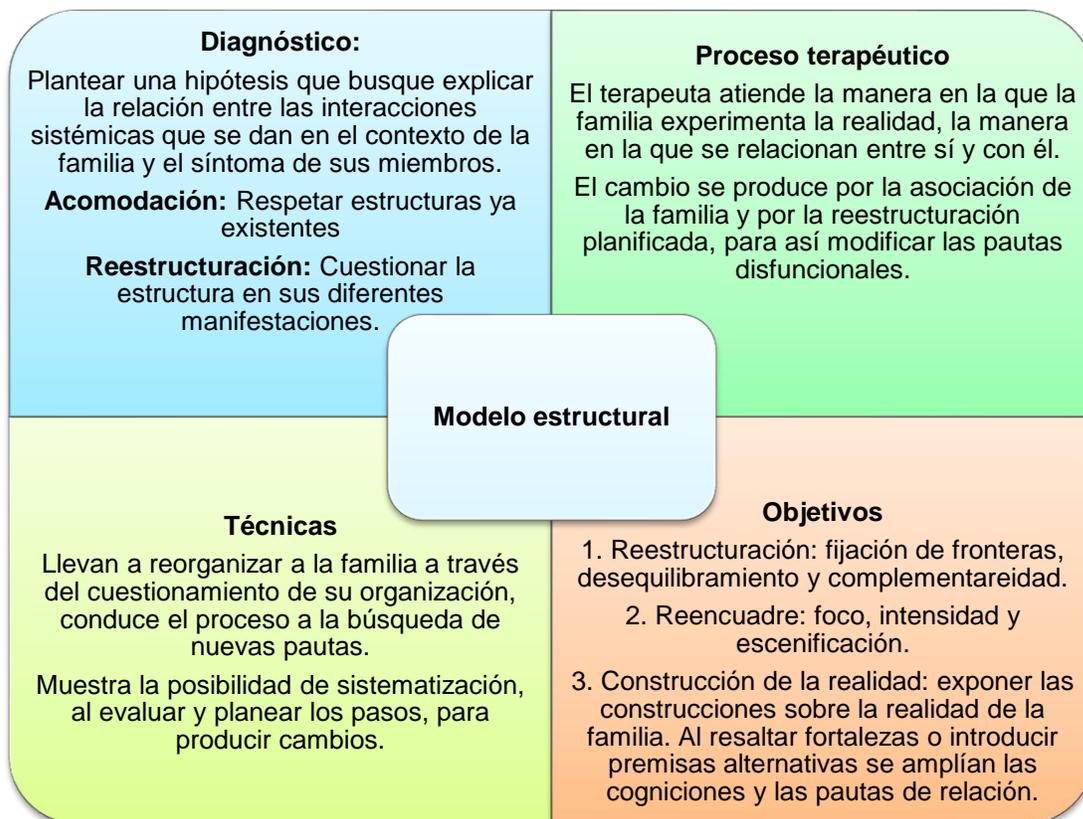


Figura 2. Diagnóstico, proceso, técnicas y objetivos de la terapia estructural

Conceptos principales

En este apartado se pretende explicar a detalle los elementos principales que se deben tomar en cuenta al momento de evaluar la estructura familiar según Minuchin (1974) y Minuchin y Fishman (1981).

- **Estructura familiar:** Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera en la que interactúan los integrantes de la familia.
- **Subsistemas:** Medio para desempeñar funciones. Da distintos niveles de poder y habilidades diferenciales. Existen el conyugal, parental y fraterno.
- **Límites o fronteras:** Reglas que definen quiénes participan y de qué forma, protegen la diferenciación del sistema y pueden ser cerrados, claros o difusos, aunque idealmente deben ser claros para un mayor funcionamiento. Pueden tener las siguientes distinciones:

- *Fronteras externas de la familia:* Grado de interrelación permitida entre la familia nuclear como un todo y con otros sistemas.
- *Fronteras entre subsistemas:* Son las que se establecen entre padres/madres e hijos/as, entre padres/madres y abuelos/as, etc.
- *Fronteras individuales:* Las fronteras en relación con el espacio físico y emocional que quieran guardar los miembros de una familia entre sí.
- **Jerarquías:** Posiciones que ocupan los miembros de la familia en relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema. Marca subordinación y supraordinación.
- **Roles:** Expectativas y normas que los miembros de la familia tienen con respecto a la posición que cada integrante individual debería guardar dentro de ella.
- **Alianzas:** Dicta afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
- **Coaliciones:** Una alianza se coloca en oposición a otro miembro del sistema.
- **Triángulos:** Funciona para equilibrar la relación de miembros de la familia que pueden tener relaciones conflictivas.
- **Comunicación:** No existe la posibilidad de no transmitir un mensaje. La comunicación interpersonal contiene un mensaje sobre la relación existente entre quienes integran la familia. Se puede definir una relación de simetría o complementariedad. En la familia funcional los mensajes se enuncian con claridad.
- **Reglas familiares:** El sistema se rige por reglas, los miembros se comportan de una manera reiterada y organizada. Las reglas de la familia suelen funcionar de manera implícita.
- **Flexibilidad:** La capacidad de crear un equilibrio entre estabilidad y cambio, es un recurso necesario para garantizar la posibilidad de contemplar y llevar a cabo el cambio en un sistema; facilita el desarrollo en situaciones de crecimiento en las etapas del ciclo vital de la familia.

Tipos de familias

Minuchin y Fishman (1981) clasifican a las familias por configuraciones más comunes en la práctica, de la siguiente manera: *pas de deux*, de tres generaciones, de soporte, de acordeón, de familia cambiante y de familia huésped.

- 🚩 *Familias de pas de deux;* La familia se compone únicamente de dos personas.

- ✚ *Familias de tres generaciones*: Familia con varias generaciones que viven en íntima relación. No necesitan vivir en conjunto para influir entre sí.
- ✚ *Familias con soporte*: Familias grandes con posibles hijos/as parentales.
- ✚ *Familias acordeón*: Cuando alguna figura parental se mantiene alejada por lapsos prolongados. Se da en familias de militares o con trabajos que requieran viajar seguido.
- ✚ *Familias cambiantes*: Cambian constantemente de domicilio o de quienes componen la familia.
- ✚ *Familias huéspedes*: Integran temporalmente a otra persona (comúnmente una infancia).
- ✚ *Familias con padrastro o madrastra*: Familias mixtas. Una figura parental adoptiva se agrega a la unidad familiar.
- ✚ *Familias con un fantasma*: Muerte o desertión de alguien integrante de la familia.
- ✚ *Familias descontroladas*: Alguien integrante de la familia tiene síntomas en el área de control.
- ✚ *Familias psicósomáticas*: Estructura que incluye excesivos cuidados tiernos y aparenta funcionar adecuadamente cuando hay un integrante con una enfermedad.

Técnicas

Las técnicas son los métodos empleados en la terapia para lograr el cambio; la estrategia utilizada por la figura del terapeuta para incidir en la dinámica familiar de quienes le consultan marca la dirección a recorrer en el proceso para lograr formas de funcionamiento y estructuras diferentes. La meta planteada por las/los terapeutas es fundamental para lograr evaluar la eficacia de una técnica. En la Tabla 1 se presentan diversas técnicas utilizadas en el modelo estructural (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981) divididas en las categorías de técnicas de acomodamiento, reencuadramiento, reestructuración y modificación de la realidad.

Tabla 1.

Técnicas del modelo estructural y sus características

Categoría	Técnica	Características
<i>Acomodamiento</i>	Mantenimiento	Apoyo a la estructura familiar y al mantenimiento pautas transaccionales de los subsistemas familiares, así como apoyo a desarrollo de recursos.
	Rastreo	Seguir el contenido de la comunicación y de la conducta, alentando para que continúen, su participación es para comprender.
	Mimetismo	El/La terapeuta adopta el ritmo y estilo de la familia y a partir de eso busca asemejarse en rasgos y plantear experiencias en común con ellos.
	Unión	Asociarse con los distintos subsistemas en distintos momentos para que, por medio de la alianza con ellos/as, se genere un impacto en la familia.
<i>Reencuadramiento</i>	Escenificación	El/La terapeuta asiste a quienes integran a la familia a que interactúen en su presencia, mostrando las secuencias de interacción que hacen evidente la estructura disfuncional del sistema.
	Enfoque	Se piensa en la información de la familia y tras seleccionar los elementos que permiten el cambio, se organizan los datos de las interacciones familiares en torno a un tema que les da un nuevo sentido.
	Intensidad	Refuerza el influjo del mensaje terapéutico a partir de la frecuencia. Conociendo las modalidades de la interacción disfuncional, el/la terapeuta considerará la intensidad con la que tendrá que dar su mensaje para impactar en los subsistemas de la familia.
<i>Reestructuración</i>	Captar las pautas transaccionales de la familia	Tener una descripción verdadera de las pautas más allá de la autodescripción verbal de la familia, usando la dramatización de las pautas transaccionales, recreación de los canales de comunicación y manipulación del espacio.
	Señalamiento de límites	Se busca crear el intercambio flexible entre autonomía e interdependencia por lo que el objetivo es lograr un grado correcto de permeabilidad de límites, dentro y fuera del sistema.

Categoría	Técnica	Características
	Intensificación del estrés	Pretende promover la capacidad de la familia para reestructurarse cuando las circunstancias cambian, puede usar bloqueo de pautas transaccionales, acentuación de diferencias, desarrollo del conflicto implícito y unión en alianza o coalición.
	Asignación de tareas	Se usan para señalar y actualizar un área de exploración que en las interacciones familiares no se hubiera desarrollado naturalmente, señalan nuevas posibilidades de reestructuración y ponen a prueba la flexibilidad de la familia.
	Utilización de los síntomas	Se asume que los síntomas son una expresión del problema contextual, se interviene en él usándolo como enfoque, exagerándolo, desacentuándolo, adoptando uno nuevo, reetiquetarlo o modificando el efecto del mismo.
	Manipulación del humor	El/La terapeuta puede recurrir a una imitación exagerada del estilo familiar para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia.
	Apoyo, educación y guía	El/La terapeuta debe comprender la importancia de las funciones de alimentación, curación y apoyo que tienen las familias y debe saber cómo estimularlas. Puede llegar a enseñar a la familia como apoyarse mutuamente o como los padres y madres pueden responder de forma diferencial a sus hijos/as.
	Fijación de fronteras	Regula la permeabilidad que separa a los subsistemas entre sí mediante la distancia psicológica y la duración de la interacción.
	Desequilibrio	Modifica la jerarquía que tiene una persona en un subsistema, el/la terapeuta puede usar su influencia.
	Complementariedad	Cuestiona la idea que tiene la familia del mundo mediante tres aspectos, cuestionando el problema, el control lineal o el modo de recortar los sucesos.
<i>Cuestionamiento de la realidad</i>	Constructos cognitivos	Se cuestiona el esquema explicativo preferencial de la familia y se modifica para brindar nuevas modalidades de interacción.
	Insistencia en lados fuera	Utilizar la cultura y elementos de cada familia para actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.

Categoría	Técnica	Características
	Símbolos universales	El/La terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o acuerdo que rebase el ámbito de la familia, usando frases como “todo mundo conoce”.
	Verdades familiares	Utiliza la concepción del mundo de la familia para extender su modalidad de funcionamiento, el/la terapeuta se vale de la fuerza propia de la unidad para tomar una dirección diferente, se pueden usar las metáforas.
	Consejo especializado	El/La terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría, usa frases como “he visto otros casos que también...”

Conclusiones

Según Carter y McGoldrick (1999), es fundamental tomar en cuenta el momento del ciclo vital en que las familias asisten a terapia para tener una visión amplia, por lo tanto, el/la terapeuta debe contar con el conocimiento necesario para ser guía sin buscar adaptar a sus consultantes a un estereotipo establecido o aceptado. También deberá tener cuidado de no perderse en la danza de las familias, ya que ello hará que el terapeuta pueda perder su capacidad de salir de las pautas que los consultantes manejan y así quedar estancado.

El modelo estructural tiene como principal objetivo el cambio, tomando en cuenta que, si la estructura familiar se modifica, se posibilitará nuevas maneras de interacción entre sus miembros (Desatnik, 2004). Minuchin (1974) menciona que el cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y su reestructuración de una manera planificada para poder modificar las pautas transaccionales disfuncionales. Tomando en cuenta esto, se puede entender que es un modelo flexible que permite a cada familia encontrar una mayor funcionalidad utilizando sus propios recursos. También se toma en cuenta que el/la terapeuta se añade al nuevo sistema, el sistema terapéutico.

La figura del terapeuta es libre de utilizar las técnicas como crea conveniente, si no olvida que “la técnica no es la meta, la meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica” (Minuchin y Fishman, 1981, p. 281), ya que, al ser parte del sistema terapéutico, adquiere una perspectiva presencial de como la familia vive el síntoma y las pautas que lo rigen, así como las realidades que la familia elige. Conociendo la familia y tras su inclusión este sistema, el/la terapeuta debe calcular lo que se necesita para un cambio y cómo ese cambio

podrá tener efectos en todos los elementos del mismo, para así disponer de las técnicas que crea necesarias.

Adicionalmente, este modelo contempla que la familia es un sistema que interactúa con otros, dando una visión totalitaria que incluye al contexto en el que se desenvuelven. Esto puede ampliar la mirada a conocer los aspectos culturales y de creencias en los que la familia se desarrolla para así favorecer el reconocimiento de elementos que pueden llevarlas a nuevas maneras de relacionarse entre sí y con su entorno.

2.1.2 Terapia breve del MRI

Antecedentes

La terapia breve enfocada en el problema tiene como finalidad modificar una interacción problemática, ya sea familiar o individual, a través de bloquear las soluciones intentadas para resolverla. En esta modalidad terapéutica consultante y terapeuta dirigen sus esfuerzos a lograr el objetivo definido entre ambas partes. Lo principal es solucionar los problemas que interfieren con el logro de metas y satisfacciones de las personas involucradas (Freidberg 1989).

Este modelo tiene sus orígenes en el Mental Research Institute (MRI) fundado en 1959 por Don D. Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, entre otros; este grupo estaba estrechamente relacionado con el trabajo desarrollado por Gregory Bateson, así como las aportaciones sobre la Cibernética de las Conferencias Macy, En 1962 sus intereses estaban orientados a la clínica, la investigación y la formación. (Bertando y Toffanetti, 2004).

El desarrollo de este modelo empieza con el proyecto de Gregory Bateson iniciado en 1952 y terminado en 1962. El grupo conformado por Jackson, Weakland, Fry y Haley se dedicó al estudio de los procesos de clasificación de mensajes y las formas que estos pueden dar lugar a las paradojas. Del estudio de la comunicación entre familias que integran a alguien con esquizofrenia surge la *Teoría del doble vínculo*, que permite ilustrar el drama relacional que genera la patología. Esta teoría es revelada en un artículo escrito en 1956 por Bateson, Haley, Jackson y Weakland titulado "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (Szprachman, 2003; Vargas, 2004).

Durante el tiempo que duró este proyecto, sus integrantes consultaron al psiquiatra e hipnoterapeuta Milton Erickson para evaluar aspectos de la hipnosis y la terapia, ellos se preguntaban cómo podía provocar un cambio en la persona que acudía a él y el síntoma que presentaba, lo que hizo que surgiera un interés en comprender cómo se producía el cambio. La mayor influencia que tuvo es que se mantenía en una postura directiva del terapeuta como quien guía el proceso. (Wittezaele y García, 1994).

En un primer momento, el proyecto del MRI consistió en observar la relación que existe entre la interacción familiar y el desarrollo del síntoma en quienes integran a la familia. Bateson no estaba constituido al grupo, pero estuvo algunos años como asesor. En ese punto, el trabajo del MRI se enfocó en la formación, las investigaciones sobre la comunicación y las investigaciones sobre el proceso del cambio. Después, Richard Fisch se unió al instituto y se crea el Centro de Terapia Breve que investigaba las condiciones que llevan a las personas a cambiar, se fijaron diez sesiones como máximo y se planteó que para lograr el cambio en las personas era esencial que se impidiera que siguieran haciendo lo que hacían respecto al problema, a lo que llamaron intentos de solución, ya que al final estos intentos equivocados, eran los que se convertían en el problema (Wittezaele y García, 1994).

Este modelo se fundamenta en una epistemología constructivista, que es una teoría del conocimiento activo. Sus dos principios básicos son: 1) El conocimiento no se recibe pasivamente, es construido activamente por el sujeto cognoscente; 2) La función de cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto. El constructivismo postula que a lo que se le llama "conocimiento" es el mapa de los caminos de acción y pensamiento que, en ese momento del curso de la experiencia, han resultado viables para las personas. Desde esta perspectiva, el modelo en parte se fundamenta en la cibernética de segundo orden, que incluye a quien observa en lo observado (Glaserfeld, 1996).

Nardone y Waltzlawick (1990) señalan que diferentes acciones pueden llevar a la construcción de diferentes realidades. Los problemas que buscan resolver mediante el cambio no son los relacionados con los objetos o situaciones (realidad de primer orden) sino únicamente relacionados con el significado, el sentido y el valor que se les ha llegado a atribuir a esos objetos o situaciones (realidad de segundo orden). Por lo tanto, toda la terapia consiste en hacer cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden. Pensando así, si se logra motivar a alguien

a que emprenda una acción posible, pero que no ha llevado a cabo porque en su realidad de segundo orden no tenía sentido cumplirla, entonces a través de la realización de esa acción experimentará algo que ninguna explicación o interpretación lo habría inducido a ver o experimentar.

Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos de la terapia breve del MRI se sustentan en cuatro teorías básicas: La teoría de los grupos y la de los tipos lógicos, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la comunicación humana. A continuación, se describirá en qué consiste cada una y su aportación a este modelo.

Teoría de grupos

Esta teoría matemática surgió en la primera mitad del siglo XIX, dice que un grupo posee las siguientes propiedades: 1) está compuesto por miembros, 2) que se puede combinar a sus miembros en distinto orden y el resultado de la combinación seguirá siendo el mismo, 3) contiene un miembro de identidad y 4) cada miembro tiene su recíproco u opuesto.

Esta teoría fue usada por Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) como una analogía para explicar la persistencia o invariabilidad que ocurre dentro de un sistema, ya que proporciona una base válida para pensar en la interdependencia entre persistencia y cambio (cambio tipo 1), pero lo que no puede proporcionar esta teoría de grupos es un modelo para aquellos tipos de cambio que trasciendan de un determinado sistema o trama de referencia (cambio tipo 2), es ahí donde se apela a la teoría de los tipos lógicos.

Teoría de los tipos lógicos

Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) se basaron en esta teoría lógico-matemática para explicar aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema. Esta teoría no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, sino en la relación entre miembro y clase, por lo tanto, la clase no puede ser miembro de sí misma, lo que implica un cambio de nivel a uno superior, esto es un cambio en el sistema mismo (cambio tipo 2). Con ambas teorías se asume que existen dos tipos de cambios, que es el cambio tipo 1 que tiene lugar dentro de un sistema que parece inmodificado, y el cambio tipo 2, que permite el cambio del sistema mismo.

Teoría de la comunicación humana

Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) propusieron la teoría de la comunicación humana desde el punto de vista de la conducta, se interesaron en el aspecto pragmático de la comunicación humana, concluyendo que toda conducta es comunicación. La teoría plantea cinco axiomas de la comunicación: 1) es imposible no comunicar, 2) toda comunicación tiene un elemento de contenido y uno de relación, 3) la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, 4) todos los seres humanos se comunican tanto digital (verbal) como analógicamente (no verbal), y 5) todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en igualdad o en la diferencia. Estos axiomas permiten así un abordaje pragmático de la interacción entre personas y el análisis de las distorsiones en la comunicación, interesándose en el presente y no en el pasado de las personas.

Teoría General de los Sistemas

El modelo toma de esta teoría la idea de sistema abierto como un conjunto de elementos y de relaciones entre ellos y sus atributos, también se considera que estas relaciones están determinadas principalmente por la comunicación y que las propiedades de los sistemas son: totalidad, no sumatividad, retroalimentación, equifinalidad, estabilidad y homeostasis (Bertalanffy, 1968). Teniendo en cuenta esta teoría, la interacción es entendida como procesos circulares que se aprecian en secuencias de hechos, además facilita una descripción que pueda explicar de qué forma los sistemas con interacciones estables permanecen unidos a través de procesos homeostáticos, a pesar de vivir en situaciones desestabilizantes.

Características del modelo

Formas de crear un problema

Watzlawick (1999) señala que la mayoría de los problemas humanos se refieren sólo a la realidad de segundo orden, así, toda psicoterapia que sea efectiva debe consistir en un cambio exitoso del marco de referencia de la persona, es decir, el sentido y valor que le atribuye a un aspecto particular de la realidad y que por esa atribución se da razón a su pena y sufrimiento; por tanto, este modelo consiste en un reencuadre que dé origen a una

nueva realidad. El reencuadre significa cambiar el marco conceptual y/o emocional en relación con los que se da una situación, y ponerla dentro de otro marco que encaja igual o mejor con los “hechos” de la misma situación concreta, cambiando por lo mismo todo su sentido.

Waltzlawick, Weakland y Fisch (1974) consideran que hay situaciones en las que el principio de *más de lo mismo*, hablando de intentos de resolver el problema, no produce el cambio deseado, si no que la “solución” contribuye a aumentar el problema y eventualmente se convierte en el peor de los males; la solución consistente de *más de lo mismo* se convierte así en el problema, ya que sin la “solución” no existiría tal problema.

Para Waltzlawick, Weakland y Fisch (1974) hay tres modos de crear un problema:

- Los terribles simplificadores: las personas que intentan solucionar sus problemas negando que tales existen: necesitan actuar, pero no se realiza la acción.
- Síndrome de utopía: las personas intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde la práctica es inmodificable: se hace una acción cuando no debería hacerse. Puede hacerse una de tres formas: introyectiva, demora agradable y solución definitiva, y proyectiva.
- Las paradojas: las personas cometen un error de tipo lógico haciendo un cambio tipo 1 cuando requiere un cambio tipo 2 o viceversa.

Tipos de consultantes

Para que la persona abandone sus intentos de soluciones, se deberá influir en ella tomando en cuenta su postura, que es definida como los valores y creencias que tiene y que determinan su modo de actuar, se conoce a través del lenguaje. Comprenderlos permitirá evitar comentarios que generen resistencia y facilitará la venta de las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Estos mismos autores presentan tres posturas, descritas en la figura 3, que conocerlas, permitirá al terapeuta facilitar la colaboración de los clientes.



Figura 3. Posturas de los consultantes.

Primera sesión y planificación del caso

La entrevista inicial consiste en recolectar información clara y explícita en términos de qué acciones realizan y qué dicen las personas cuando el problema se da y cuando intentan solucionarlo, es así como el foco para el/la terapeuta no está en la historia del problema, sino en lo que sucede en el presente y las molestias principales de quienes buscan la ayuda (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Igualmente observa, conoce y aprende el lenguaje del consultante, estableciendo una relación con él caracterizada por el contacto y la confianza; es así como se logra un acercamiento interpersonal que posibilita manipular y cambiar el rumbo de las estrategias, también evitando las resistencias (Nardone y Waltzlawick, 1990).

Fisch, Weakland y Segal (1982) consideran que la planificación del caso es primordial para aplicar la propia influencia y resolver los problemas con rapidez, y así efectuar un tratamiento breve y efectivo. Los elementos para la planificación se describirán de tal manera:

- ✚ Establecer el problema del cliente: Comprender de forma clara el problema que lo trajo a consulta.
- ✚ Establecer la solución intentada por el cliente: Comprensión completa de los intentos de solución usados en la actualidad, se suelen agrupar en una sola categoría.
- ✚ Decidir qué se debe evitar: Las soluciones intentadas para resolver el problema utilizadas por el cliente y las personas involucradas deben ser impedidas por el terapeuta para no colaborar en el mantenimiento del problema.

- ✚ Formular un enfoque estratégico: El/la terapeuta avanza en el caso guiado por su estrategia de tratamiento, las estrategias eficaces suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del cliente.
- ✚ Formular tácticas concretas: Las intervenciones deben estar orientadas a impedir la anterior solución, también contener acciones que se incorporarían con mayor facilidad en la rutina del cliente y conociendo qué personas desempeñan un papel en la persistencia del problema.
- ✚ Enmarcar la sugerencia en un contexto (vender la tarea): Con la estrategia se debe conseguir que el cliente la lleve a cabo, por lo que el/la terapeuta planea la manera de persuadirlo para que sea aceptada y para eso tomará en cuenta su marco de referencia y su postura. Las tareas de enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia del cliente son importante para el acortamiento del tratamiento.
- ✚ Formular objetivos y evaluar el resultado: El/la terapeuta debe relacionar los procedimientos de la terapia y el objetivo del tratamiento, pensando en que sería lo mejor para solucionar la incertidumbre y contradicción del cliente y ayudarlo a seguir viviendo de forma satisfactoria. El indicador de éxito es la declaración del cliente, aunque el/la terapeuta lo comprobará por vías propias.

Intervenciones generales

Fisch, Weakland y Segal (1982) exponen intervenciones planeadas para poder poner en práctica la estrategia del tratamiento. Las intervenciones generales tienen un ámbito amplio de aplicación, se pueden usar casi en cualquier momento del tratamiento y con una extensa gama de problemas. Igualmente, Nardone y Waltzlawick (1990) plantean estrategias orientadas a la intervención que pueden dividirse en dos grandes categorías: acciones y comunicaciones terapéuticas, y prescripción de la conducta. En la tabla 2 se exponen las intervenciones generales y las estrategias orientadas a la intervención.

Tabla 2.

Intervenciones generales

Intervención	En qué consiste
No apresurarse	Se le indica a la persona consultante no apresurarse en la solución del problema dándole argumentos de que todo cambio exige adaptación. Esto se indica cuando la solución ensayada de las personas consista en esforzarse mucho, también cuando presionen al terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa mientras ellos se mantienen pasivos.
Peligros de una mejoría	Se le pregunta a la persona consultante si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros ante la solución del problema, puede usarse para ampliar la postura de no apresurarse, para aumentar la motivación del consultante para que siga las nuevas directivas después de no haber cumplido las que se le formularon antes.
Cambio de dirección	El/la terapeuta varía de postura, de directriz o estrategia y así le ofrece a la persona consultante una explicación de esa variación. Puede usarse cuando el/la terapeuta discuta con el cliente y no se dé cuenta, o cuando sugiere algo que el consultante accede, pero más tarde se muestra como no productivo.
Cómo empeorar el problema	Es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren, puede usarse cuando la persona consultante se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha negado a probar algo nuevo.
Acciones y comunicación terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender a hablar el lenguaje del consultante. ▪ Reestructurar para cambiar la estructura sin cambiar los significados de las cosas. ▪ Evitar las formas lingüísticas negativas. ▪ Uso de la paradoja y comunicación paradójica para romper los círculos viciosos de las soluciones intentadas. ▪ Uso de la resistencia prescribiéndola. ▪ Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.
Prescripciones del comportamiento	Para cambiar hay que pasar por experiencias concretas, al seguir las directivas del terapeuta se hace algo que antes era

Intervención	En qué consiste
	incapaz de hacer y así se da la posibilidad de superar las propias dificultades. Se pueden dividir en tres tipologías: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Directas</i>: Indicaciones directas y claras para lograr el cambio. ▪ <i>Indirectas</i>: Enmascaran su verdadero objetivo, se prescribe hacer algo con el fin de que se logre otra cosa distinta. ▪ <i>Paradójicas</i>: Prescribir el comportamiento sintomático, realizar voluntariamente lo que es involuntario.

Intentos de solución y tipos de intervenciones

Las intervenciones principales que plantean Fisch, Weakland y Segal (1982) se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado a un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Ellos consideran que las personas acuden a terapia con cinco intentos de soluciones básicos y plantean intervenciones que les han sido exitosas acorde a estos mismos, estas maniobras se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3.

Intervenciones principales de acuerdo con los intentos de solución

Intento de solución	En qué consiste	Intervención
Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.	Se relacionan con el funcionamiento corporal o rendimiento físico. Su rendimiento es variable y la persona define eso como un problema, por lo que se esfuerza mucho en su eliminación.	Se le pide implícitamente a la persona que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña explícitamente a que haga otra que excluya la conducta que se quiere eliminar. Se conduce a la persona a tener el síntoma y así deja de esforzarse demasiado.
Dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Son problemas autorreferenciales y la idea de “qué pasaría si...” y la profecía autocumplida forman parte de esto. La persona se prepara para el acontecimiento temido de	Se requiere directrices y explicaciones que expongan al cliente a la tarea mientras se exige una ausencia de dominio de ella. Se le expone a la tarea temida a la

Intento de solución	En qué consiste	Intervención
	modo que pueda ser dominado con antelación.	vez que se impide que la acabe con éxito.
Llegar a un acuerdo mediante una oposición	Implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren mutua colaboración. La solución ensayada consiste en exigir a la otra parte como si fuesen superiores.	La venta de esta intervención es fundamental, debe ser en un estilo no autoritario. Se hace que la persona asuma una postura de inferioridad o debilidad. Se pide también un sabotaje benévolo para que den consecuencias reales en lugar de sermones.
Conseguir sumisión a través de la libre aceptación	Las personas quieren conseguir espontaneidad por medio de la premeditación: "me gustaría que lo hiciera, pero me gustaría más que quisiera hacerlo". No se pide abiertamente lo que se desea y la libertad debe ser definida por otra persona. Este intento de solución corresponde a situaciones interaccionales.	Lograr que la persona solicite algo directamente, aunque la solicitud se formule arbitrariamente. Se puede hacer ver que las peticiones indirectas son destructivas y a la inversa, haciéndole ver que es beneficioso algo que considera destructivo.
La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Hay alguien que sospecha que otra persona hace algo que ambos consideran equivocado. Un sujeto acusa al otro y este último suele negarlas y defenderse. Es el juego del acusador y el defensor.	Una de las partes debe abandonar el juego. Para que el acusador entienda su error, el defensor debe aceptar las acusaciones, sobre todo si se lleva a un grado obviamente absurdo. También se puede usar la interferencia, que es reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, eso hace inútiles los intercambios verbales al no saber si se refieren a los hechos en cuestión.

Conclusiones

Se podría pensar que el modelo del MRI fue de los pioneros en incorporar un pensamiento cibernético-sistémico al mundo de la psicoterapia como se conocía al momento de su propuesta; con eso en mente el enfoque se considera hereje, ya que insinúa la posibilidad de elegir y no se encasilla en modelos o teorías rígidas para conocer la naturaleza humana (Nardone y Waltzlawick, 1990). Por ello se puede conceptualizar como un modelo flexible que da la posibilidad de obrar y, a partir de ello, emprender el cambio sin la necesidad de ser entendido. Se podría interpretar a este modelo como una propuesta de intervención respetuosa a la solicitud de los consultantes y a su propio marco de referencia y percepciones.

En la actualidad, el MRI en Palo Alto se encuentra en crisis financiera y requiere de donaciones para continuar su trabajo sobre salud mental y cambios en personas, familias e instituciones. (Mental Research Institute, s.f.). Sin embargo, existe el Brief Therapy Center del MRI enfocado en la terapia breve de resolución de problemas y está conformado por un grupo internacional de profesionales que ofrecen entrenamiento y supervisión del modelo, así como investigación; hoy en día su enfoque se encuentra más orientado al trabajo con adolescentes y problemas de estrés post-traumático. Su directora en el presente es Karine Schlanger que ha fungido como tal desde 2008, quien ha buscado que el centro se vincule con profesionales del área en Europa y América Latina y ha capacitado en Terapia Breve en más de 18 países. Algunos integrantes del centro son Carmina Gillmore, Clara Haydee Solís Ponce, Gloria Díaz, Margarita Irazusta, Pedro Vargas, entre otros (Brief Therapy Center, s.f.).

En México existe el Grupo Palo Alto, que busca el entrenamiento especializado del modelo, así como su difusión y sus representantes son Pedro Vargas y Clara Haydee Solís Ponce (Grupo Palo Alto México, s.f.). Lo anterior puede dar luz de la vigencia del modelo y su aplicación, así como de la trascendencia a través del tiempo para poder brindar a los consultantes un proceso terapéutico que les resulte efectivo para la resolución pronta de sus problemas.

Los modelos terapéuticos nos proveen de mapas que nos pueden guiar al momento de trabajar con individuos o familias desde una mirada sistémica, buscando ponerlos en función de las necesidades de quienes consultan y permitiendo el desarrollo de las habilidades y estilo terapéutico de quien haga uso de ellos.

2.2 Análisis y discusión del tema que sustenta el caso presentado

Los niños y las niñas presentados como pacientes identificados

Cuando se habla de infancia, no se puede dejar a un lado la importancia que ha cobrado como concepto a lo largo de la historia, de tal grado que las familias han modificado su acomodo de forma que las figuras parentales giran alrededor de los hijos e hijas como planetas alrededor del sol (Minuchin, 2014). Existen varias teorías que se han desarrollado para intentar explicar los problemas psicológicos de la población infantil y la participación de las familias en los mismos. Para una mayor comprensión de la propuesta sistémica en este tema, vale la pena exponer la postura de los enfoques que predominaban al momento que se desarrolló la terapia familiar sistémica ante los problemas de las infancias y sus familias, es decir, los enfoques psicodinámicos y de modificación de la conducta (Eguiluz, 2004). De igual manera, para comprender la transición de la mirada de los individuos a los sistemas, es de ayuda exponer la postura psiquiátrica ante la salud mental y las personas que rodean a los pacientes.

Desde las teorías psicoanalíticas, Sigmund Freud expuso que los trastornos psicológicos en la adultez eran consecuencia de los problemas en la niñez sin resolver, bajo el presupuesto de que los primeros años de vida de las personas son críticos para el desarrollo posterior, al enfrentar en la infancia una secuencia de conflictos de cada etapa, se desarrolla la personalidad, que difícilmente se puede modificar. Para este autor, los problemas emocionales tenían cimientos fundamentalmente en la familia, concebida como un agente determinante y hasta cierto grado perjudicial, por lo que parecía lógico asumir que la mejor manera de terminar con la influencia familiar era aislar a los parientes de los pacientes (Clemente, 1996).

Alfred Adler siguió a Freud proponiendo que tratar a los niños y niñas podría ser la manera más eficiente de prevenir la neurosis en la adultez, su forma de trabajo consistió en ofrecer estímulo y apoyo para intentar aliviar los sentimientos de inferioridad en las infancias, para así llevar un estilo de vida sano y ser considerados miembros útiles de la sociedad. En esta forma de psicología individual, se mantenía implícita la idea de que las familias tenían riesgo de limitar, más que promover, el potencial innato saludable de las infancias (Cueli, et. al. 1990).

A partir de la ruptura con los modelos psiquiátricos y psicoanalíticos como principal paradigma de comprensión de salud mental, se propusieron nuevas formas de explicar y tratar las problemáticas que aquejaban a las infancias, por ejemplo, enfoques basados en evidencia que utilizan la modificación de la conducta. Uno de los que tuvo más auge y se desarrolló a partir de esas nuevas formas de entendimiento, fue el Cognitivo Conductual, sobre todo después de los años setenta, ya que ha sido de los más estudiados en occidente y de los más utilizados en infancias (Eguiluz, 2004).

Kosovsky (2018), describe que el enfoque cognitivo conductual busca aplicar intervenciones experienciales basadas en el aquí y el ahora, cuyas tareas principales deberán ser implementadas en la acción ampliando habilidades de afrontamiento para lo que cada caso requiera. Este modelo busca incluir a las figuras parentales, escuelas y otros agentes que puedan estar en contacto con la niña o el niño, sobre todo mediante entrevistas para así recopilar información y orientar asignando tareas. De esta forma, se puede interpretar que tal enfoque contempla el contexto que rodea a quien consulta, sin embargo, mantiene una visión centrada en la persona, lo que puede sostener el señalamiento de las infancias como las personas cuyos problemas necesitan ser resueltos, promoviendo el involucramiento de las familias, pero no necesariamente pensándolas en conjunto a las dinámicas que mantienen la problemática o promueven a la solución. La mirada epistémica sigue en el individuo.

Incorporando la mirada de la Psiquiatría, se puede señalar que una de las primeras instituciones en Estados Unidos encargadas de la *higiene mental* fue la de hospitales psiquiátricos en el siglo XX, pensándolas como la mejor respuesta a los trastornos mentales y a su vez, como las pioneras en incorporar prácticas multidisciplinarias en términos de salud psicológica. Dichas prácticas, incluían asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras, y fueron uno de los primeros espacios de trabajo en incluir a la familia en la comprensión de los trastornos mentales y en los procesos terapéuticos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Después de la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos se comenzaron a abrir más clínicas de orientación infantil, principalmente las llamadas *Child Guidance Clinics*, que ofrecían evaluación y tratamiento a sus problemas y a las fuerzas familiares y sociales que contribuyen a ellos; el tratamiento se llevaba a cabo por equipos clínicos que comenzaron a centrar su atención en el ambiente familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Minuchin, 2014).

En las clínicas *Child Guidance*, se hacía un trabajo mixto entre la pedagogía y la terapia, su registro anamnésico venía de la psiquiatría, pero ampliados con una investigación centrada en la familia y el ambiente escolar, mientras que las intervenciones tenían un carácter pedagógico y de psicoeducación. De los psiquiatras se esperaba la responsabilidad sobre el tratamiento adecuado para el caso, de los psicólogos que trabajaran con cuestionarios y evaluaciones, y de los asistentes sociales que hicieran la entrevista inicial, se encargaran de la historia clínica y en consecuencia, del trabajo con los padres (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Los profesionales de la salud concluyeron que el verdadero problema no eran los síntomas de las y los niños, sino más bien las tensiones familiares, sin embargo, madres e hijos/as siguieron en tratamientos separados, la modalidad de trabajo era que un psiquiatra tratara al hijo/a y un trabajador social a la madre. La labor con la madre era secundaria al objetivo de tratar al hijo/a; visto así, se consideraba a la familia como una extensión del niño/a, en lugar de lo contrario. Con el tiempo, el foco de la atención se fue moviendo para considerar que los problemas derivan de las relaciones entre las niñas y niños, padres y otras personas significativas; esto tuvo el impacto de dejar de buscar la patología en el individuo, de dejar de pensar en padres y madres villanos e hijos/as víctimas, ahora la interacción entre estas figuras era el problema (Minuchin, 2014).

Los problemas de la infancia fueron vistos en su contexto por primera vez, los psiquiatras y psicoanalistas veían a la madre y a la o el hijo paralelamente, aunque por separado. Del padre casi no se mencionaba, dejando ver los discursos dominantes en la cultura en ese periodo. Las primeras terapias de la familia, heredaron de estos movimientos la idea de que la madre es la responsable de la salud mental de sus hijas e hijos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

David Levy (1943) propuso que la principal causa de los problemas psicológicos familiares era la sobreprotección de las madres, ya sea por ser demasiado dominantes o complacientes. Fromm-Reichman (1948) usó el término de “madres esquizofrenizantes” que marcaba la crianza de las madres como las culpables directas de cualquier patología de sus hijos o hijas. Wang y Zhou (2015) en publicaciones más recientes, expusieron que la salud mental de la madre, medida a partir de sus niveles de ansiedad y depresión, influía en la de las y los hijos/as; también sostuvieron que las conductas parentales donde el establecimiento de límites es carente y las interacciones entre madres e hijos/as son débiles se vuelven indicadores de la asociación entre la salud mental de las madres y los problemas

de sus hijos/as. Tales nociones sobre el impacto de la relación de la madre con sus hijos/as, dejan ver una interpretación causal de los problemas y a pesar de que se incorporan a otras personas que rodean a las/los pacientes, se mantiene el señalamiento en los niños y niñas, pero ahora en una diada con las madres.

Para los años ochenta, Caplan y Hall- McCorquodale (1985) realizaron un estudio sobre las nueve revistas psicológicas de mayor auge en esa época en Estados Unidos, incluyendo la *Family Process* de la escuela sistémica, y dieron a notar que dos tercios de los autores que habían publicado artículos en los tres años posteriores habían atribuido explícita o implícitamente la responsabilidad de las patologías familiares y/o de los/as hijos/as a las madres. Paralelamente, se expone la falta de responsabilidad de los padres, acompañada de una idealización de su rol en las familias.

O'Connell y Russo, (1990) desde la entonces incipiente psicología feminista plantearon críticas a la psicología y psicoterapia freudiana, desafiando ideas del desarrollo normal basado en lo masculino y la adaptación a los roles de matrimonio y maternidad como objetivo de la terapia. De hecho, dichas autoras se involucraron en la fundación de un comité en la *American Psychological Association* denominado *Women in Psychology* que abrió paso a trabajar sobre los prejuicios y estereotipos sexuales en la práctica psicoterapéutica (Winkler, 2012). La psicología, sus términos clásicos para entender las patologías y la reproducción de discursos normativos comenzaban a ser puestos en tela de juicio.

Walters, Carter, Papp y Silvrstein (1991) desde una perspectiva feminista enuncian que dado el rol central asignado a las mujeres en la preservación del matrimonio y la crianza de los e hijos/as, ellas son las que generalmente expresan los problemas emocionales de la familia. En el contexto de terapia, las autoras postulan que se suelen catalogar las preocupaciones de las madres como “excesivas o como una especie de acoso”, en lugar de considerarlas válidas, pareciendo que plantear la existencia del problema fuera lo realmente problemático. Las autoras mencionan que esa mirada suele tener el efecto de desvalorizar el rol activo y unificador que cumplen las mujeres en las familias y perpetúa el señalamiento a la contribución de las esposas y/o madres al problema, debido a que las mujeres por su socialización toleran ser culpadas o responsabilizadas de los aspectos relacionales.

Estas ideas pueden ayudar a comprender el papel que se les ha asignado a las mujeres desde la trinchera de las/los trabajadores de la salud mental, así como reflexionar sobre los efectos que puede llegar a tener esta concepción sobre las mujeres cuidadoras y su rol en las familias. Teniendo cuidado de no reproducir discursos normativos y una desigual asignación de roles marcada por la cultura patriarcal, el enfoque sistémico puede ofrecer un marco de trabajo en el que no haya señalamientos a una sola parte de la familia, sino a entender sus procesos, sus reglas, sus transformaciones y sus movimientos de adaptación o evolución.

Un cambio que propone implementar la terapia familiar y la mirada sistémica es migrar de una epistemología "lineal" y causal a una circular. La epistemología circular toma en cuenta paradigmas tanto homeostáticos como evolutivos; supone el concepto de acción recíproca, de retroalimentación y recursividad. En términos del trabajo en terapia se contempla al sistema terapéutico como un nuevo sistema, en el que la actividad de él o la terapeuta perturba a la familia y las respuestas de ésta son también una perturbación para él/la terapeuta. Se sustenta en la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética (Bebchuck, 1991).

La teoría General de los Sistemas plantea que el sistema es un todo que se comporta de forma diferente a la suma de las partes; es una totalidad ordenada y su manera de ordenarse tiene un impacto en su forma de comportarse. La Cibernética propone estudiar el control, la recursividad y la información de los sistemas mediante los cuales se autoorganizan. En estos procesos se considera la retroalimentación negativa mediante la cual un sistema se mantiene y la retroalimentación positiva que promueve el cambio y adaptación a ambientes inestables. La cibernética de primer orden es la de sistemas observados, mientras que la cibernética de segundo orden es de los sistemas observantes, en la que se considera la participación del observador (Hoffman, 1987). Estos términos permiten moverse epistemológicamente de la personalidad y su interior, o de la conducta, a mirar y entender lo que les pasa a las personas desde otra perspectiva, por lo que las intervenciones en terapia se prestan para un abordaje diferente; de igual manera, se comienza a considerar la interacción entre terapeuta, familia y contexto para el entendimiento de la dinámica y el funcionamiento de quienes consultan.

Bowlby marcó probablemente el inicio de la transición hacia un enfoque familiar entrevistando a los padres con su hijo o hija, aunque seguía poniendo al niño/a como el paciente; Nathan Ackerman siguió la idea y propuso la terapia familiar como forma primaria

de tratamiento en las clínicas de orientación infantil, señalando lo valioso que era considerar a la familia como una unidad en el tratamiento de las perturbaciones de cualquiera de sus miembros, recomendó así estudiar a la familia como medio para comprender al hijo/a. Fue de esta forma en la que se pudo comprender que los miembros de la familia no sólo contribuyen a mantener los problemas de los niños/as, sino que pueden trabajar juntos para resolverlo (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Minuchin (2014) expone que cuando las familias llevan a sus hijos/as a terapia suele existir la tentación de enfocarse en los detalles del problema del niño o niña, como si fuera responsabilidad del terapeuta resolverlos, esto suele pasar si como profesionistas se trabaja desde la idea de que el problema psicológico está dentro del individuo. Para ayudar a que el terapeuta sistémico mantenga una perspectiva interaccional, dicho autor propone que una pregunta que puede formularse es: ¿qué hacen los miembros de la familia que ayudan a mantener los síntomas en él o la paciente identificado/a?, de igual manera, debido a que muchas de las problemáticas son triangulares, vale la pena preguntarse: ¿qué tan eficiente es el trabajo conjunto de los padres en la resolución de los problemas de su hijo o hija?

Wynne (1961) se basa en la Teoría General de Sistemas para identificar patrones de interacción de familias con un hijo o hija como pacientes identificados, en los que las familias llegan a terapia con algo que él define como “seudomutualidad”, es decir, con una intención de cambio, pero con una resistencia al mismo. Él identifica algo que denominó la “cerca de caucho”, que era una barrera al parecer flexible, pero al parecer rígida contra todos los de fuera, especialmente a los terapeutas, esta barrera pretende proteger a la familia de los peligros de toda nueva información o cambio potencial. El efecto de una dinámica de este estilo es que cualquier intento de individuación por uno de los miembros de la familia haría que la misma enfocara sus temores y disgustos de una no mutualidad (o de negar una buena unión) contra la persona que lo intente, haciendo de dicha persona un chivo expiatorio.

El proceso de búsqueda de un chivo expiatorio explica un recurso ante la desviación para los sistemas sociales, puede servir para que un sistema que ya no es viable siga funcionando largo tiempo después de que debió morir, también que puede servirle al grupo seleccionar a una persona desviada para promover la solidaridad de dicho grupo y poner relieve en las normas y reglas; igual se puede mirar con una función mediadora en situaciones en las que el grupo esté en conflicto (Hoffman, 1987).

Yahav y Sharlin (2002) explican cómo se ha usado históricamente el término de chivo expiatorio para representar el cumplimiento de una función psicológica personal y/o social con el principio de purificarse de un mal personal o social. Hacen referencia a Ackerman, Vogel y Bell como algunos de los primeros autores en utilizar este término en el contexto de relaciones familiares, definiéndolo como un medio de solución de conflictos a través del cual el centro del problema es desplazado de los padres, para centrarlo en sus intentos de lidiar con los problemas de comportamiento de los/as niños/as. Goldenberg y Goldenberg (1985) definen al chivo expiatorio como un miembro de la familia que es identificado como el paciente, al que generalmente se le asigna un rol que implica estar expuesto/a a la críticas, inculpación, regaños o burlas. En ese sentido, el papel de chivo expiatorio puede ser entendido como una posible asignación de roles por parte de los padres a los hijos/as.

Freidberg (1989) por su lado, hace una crítica al término de chivo expiatorio considerándolo una concepción que refleja un pensamiento causal, al concebir a la persona así designada como un receptor pasivo de la problemática familiar o grupal, en cambio él propone pensar en términos de estereotipación de conductas, esto significa una interacción en la que todos participan y si bien el miembro estereotipado puede cambiar en un contexto como el hospitalario, no tiene la fuerza o resistencia necesaria y al ser expuesto a las interacciones domésticas habituales, vuelve a recurrir a las conductas que originaron su tratamiento. Al tomar esta mirada en cuenta, parece necesario dejar a un lado la mirada de causa y efecto donde los padres tienen la culpa del problema de sus hijos/a, en cambio se puede tomar la invitación a mirar de manera circular para dar cuenta del síntoma no depositado en un individuo, sino en un sistema de personas cuyas interacciones lo mantienen.

Minuchin (2014) al observar familias con niños o niñas como pacientes identificados/as, pone especial atención a la relación de pareja de los padres. Enuncia que uno de los factores que suele incidir en que el conflicto entre ellos sea casi inevitable, es que cada uno ve su labor de crianza desde perspectivas diferentes, a menudo se polarizan y se presionan hasta tomar posiciones extremas y menosprecian los esfuerzos del otro; las parejas que batallan con sus dificultades suelen tener más probabilidades de enfrentarse por el tema de los hijos/as. Un patrón que llega a ser usual en parejas que tienen conflictos conyugales, que puede ser abierto o no, es que hay uno/a que es mucho más cercano a los hijos/as y otro/a que está en una posición más distante y crítica. La persona que se encuentra más cercana a los/as hijos/as suele resentir la distancia de su pareja, por lo que puede comenzar

a estar más pendiente de sus hijos/as, prestándose a una dinámica en donde la/él infante quede en un triángulo y pueda comenzar algún tipo de *acting out*. La preocupación que puedan sentir los padres por el/la hijo/a llega a tener el efecto de unir a la pareja o de generar más discrepancias respecto a la crianza.

Ante este tipo de interacciones, una posible solución para que el sistema familiar mantenga el balance de su funcionamiento problemático es tener un niño/a que se convierta en portador del síntoma, a esta dinámica se le conoce como triangulación. La triangulación es descrita como una situación en la cual ambos padres, temiendo de separarse o volverse demasiado cercanos, introducen un tercer miembro a la relación para así conservar la homeostasis familiar; sin embargo, esto obstruye la resolución del conflicto entre los padres y puede ser un factor significativo en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas en el/la niño/a. En una triangulación, cada padre requiere que su hijo/a se una a él/ella contra el/la otro/a, generando una dificultad de los/las infantes para moverse sin que se interprete como un ataque a alguno/a de sus padres. (Minuchin, 1974). En este sentido, el/la integrante de la familia que carga con el síntoma es conocido/a como paciente identificado/a y se le percibe como quien preserva la unidad familiar. Minuchin, Rosman y Baker (1978) encuentran que el/la niño/a sintomático/a se siente responsable de proteger la integridad de la familia y es así como toma partido en las disputas, ofreciéndose a sí mismo/a como ayudante o mediador.

Una de las presentaciones estructurales más comunes en triángulos de padres e hijos/as según Minuchin (1981), es madre e hijo/a aglutinados y el padre desligado, por lo que para corregir la estructura problemática el/la terapeuta sistémico tendría que unirse al padre desligado para atraerlo de nuevo al círculo familiar para que tras eso la pareja se acerque y restablezca límites generacionales apropiados para la familia, resulta imprescindible reconocer los desacuerdos y conflictos de la pareja para poder trabajarlos y resolverlos. Este autor hace un recordatorio de que el mapa no es el territorio, haciendo referencia a que la metáfora estructural no debe hacer a los/as terapeutas olvidar que se trabaja con personas, con historias y que la terapia sólo funciona cuando existe colaboración.

Madanes (1982) retoma la configuración del triángulo propuesta por Minuchin desde el enfoque estructural, pero desde su mirada estratégica abandona la idea de coaliciones y ve a la persona portadora del síntoma como una ayuda benévola al cuidado de sus padres, volviendo al síntoma un indicador activo de secuencias de interacción problemáticas.

A pesar de que las nociones de triangulación dieran la impresión de colocar a los padres y madres como los responsables de la dinámica problemática, se vuelve relevante no dejar de lado la noción de la familia como sistema, ya que así se podría llegar a diluir la etiqueta de “paciente identificado” para trabajar sobre las interacciones y tensiones familiares buscando movilizar a todas las partes del sistema.

Respecto a las tensiones en las familias, puede haber varios factores que la promuevan, siendo uno de ellos los cambios que contempla el ciclo vital de la familia (Carter y McGoldrick, 1999), como que un nuevo integrante de la familia es añadido o cuando un miembro de mayor antigüedad se va, entre otros. De igual forma Minuchin, Rosman y Baker (1978) señalan que las tensiones que no se resolvieron de manera adecuada en su momento pueden aparecer en forma de disturbio emocional en cualquier miembro de la familia, pero más comúnmente con el que sea más vulnerable en el momento. En ese sentido, el integrante de la familia con un síntoma psicológico es el que carga dicho síntoma para la familia y al mismo tiempo, dicho síntoma sirve como indicador de la tensión familiar.

Otro supuesto respecto a las tensiones de la familia consiste en que cuando los padres buscan orientación clínica para uno o más de sus hijos/as, el/la que es seleccionado/a por los padres como paciente identificado/a es más vulnerable al estrés no resuelto de la familia, esta presunción se formula a partir de la observación de que el paciente identificado es siempre o casi siempre sintomático y cuando dos o más niños/as son sintomáticos, los padres por su propia decisión indican más preocupación por los síntomas (Fishbein, 1982). Este mismo autor realizó un estudio donde encontró similitudes entre algunas familias con ciertas características para señalar a un integrante como el paciente identificado, entre ellos reportó que después de que una madre y un padrastro tienen un hijo/a juntos, la vulnerabilidad del niño/a que la madre tuvo al último con su pareja anterior aumenta marcadamente.

Tomando en cuenta estas ideas, se vuelve de suma importancia que los/as terapeutas sistémicos estemos atentos/as a la posición de cada integrante de la familia, a los cambios y transiciones que han atravesado, tanto en su estructura como en su funcionamiento, para comprender los procesos que han construido las dinámicas familiares.

Tener un hijo o hija en un proceso psicoterapéutico puede ser vivido por las figuras parentales como un fracaso de su relación con su hijo o hija, incluso como un indicador de que algo no anda bien, generando así sensaciones de impotencia, inseguridad, rabia y

culpa; incluso pudiera ubicarse como responsables del problema mostrándose confundidos, desconcertados, asombrados o molestos (Arango, 2006). Los motivos por los que se considere que las/los niños necesitan terapia y el papel que los familiares lleguen a asumir en dichos motivos, puede generar un impacto en la postura hacia el problema y hacia la terapia. Desde la mirada sistémica, se puede intentar diluir estas etiquetas favoreciendo el cambio y bienestar de todos los integrantes de la familia, buscando así resaltar pautas que puedan ser implementadas a partir de sus recursos.

Minuchin (2014) expuso que una de las razones por las que la terapia familiar puede ser difícil, es que a menudo las familias parecen ser un grupo de individuos capaces de afectarse entre sí de diferentes y eficaces maneras, pero no tan fáciles de entender; la terapia estructural que él propuso ofreció un marco de referencia que brindó orden y significado a esas transacciones. Seguido de esto, autor ofrece una reflexión sobre su trabajo en la que reconoce, seguramente por la época de sus primeras obras, que no consideró las dinámicas individuales ya que rechazaba la influencia de la historia personal y cultural en la construcción de la experiencia familiar, desatendiendo su significado para favorecer el proceso de reestructuración. Él observa que en la práctica terapéutica las armonías de la vida familiar, como la lealtad, la tolerancia, la ayuda mutua y la asistencia con frecuencia pasan inadvertidas, como parte del trasfondo de la vida que se da por sentado.

En este apartado se buscó dar cuenta de los movimientos que ha tenido la mirada que se les ha dado a las infancias, a sus familias y a los problemas que lleguen a presentar; así como las ideas que respaldan el modelo sistémico y su manera de entender e intervenir en lo que pasa en las familias. Considero que la propuesta de abordaje sistémico ofrece un abanico de posibilidades, que cuida desde lo metodológico de sus intervenciones, hasta lo ético que representa el trabajo asociado a la salud mental de las infancias y de liberar a los “pacientes identificados” de la carga de esa etiqueta. Si carecemos de esta mirada, podemos correr el riesgo de perpetuar el problema de buscar el cambio de las niñas y los niños sin pretender cambiar su contexto. De igual manera se pueden romper estigmas de la maternidad que tanto se han asociado a los padecimientos de sus hijos/as, promoviendo interacciones más igualitarias y una responsabilidad conjunta sobre el cuidado de las infancias. Mirar las singularidades de cada familia y sus recursos puede aportarles una identidad familiar que abra más posibilidades.

Seguirá habiendo más teorías por desarrollar y la lectura que le daremos a los problemas de salud mental continuarán moviéndose a la par de la sociedad, pero si hoy como terapeutas logramos disponer de nuestro compromiso con el bienestar de las personas que nos consultan y de marcos de referencia fundamentados que nos permitan trabajar desde una mirada de co-responsabilidad, seguramente podremos seguir adecuando las teorías a las necesidades de las familias.

CAPÍTULO III CASO CLÍNICO

En este capítulo, busco desarrollar un caso clínico que atendí durante la Residencia en el Centro Comunitario Julián Macgregor y Sánchez Navarro, bajo la supervisión de la Mtra. Martha López Zamudio. Los modelos que fueron utilizados como guía de intervención del presente caso fueron el estructural de Minuchin y el de Terapia Breve Enfocada en Problemas del MRI, descritos en el capítulo dos. Los nombres utilizados al relatar las sesiones son pseudónimos, con la finalidad de asegurar la confidencialidad de las personas con las que trabajé.

3.1. Descripción del caso

Familia “H”

Datos generales del caso

Supervisora	Martha López Zamudio
Terapeuta	Alejandra Aranza Morales Hernández
Modalidad	Terapia familiar
Motivo de consulta	Mala conducta e insomnio del hijo
Modelos	Terapia breve de MRI y Estructural de Minuchin
Número de sesiones	7
Estado del proceso	Concluido
Periodo de atención	Febrero a Junio de 2019
Equipo terapéutico	Elizabeth Escalona Guisela Reyes Roberto Caballero

3.2 Análisis y la discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con el caso elegido

En este apartado incluyo el relato de las sesiones a la par de la justificación teórica de las intervenciones. Más adelante se encuentran las reflexiones e interpretaciones a manera de discusión.

El análisis está dividido en tres etapas diferenciadas por los objetivos y cambios que se fueron dando en cada una de ellas.

Primera etapa del proceso

Esta primera etapa fue caracterizada por la construcción del problema, intentando entender qué les llevaba a terapia y trazando lo que íbamos a trabajar. Comenzó con el encuadre, en el que se les explicó cómo se trabaja con cámara de Gesell y con equipo terapéutico, se les pidió su consentimiento para grabar las sesiones y hablamos del enfoque de terapia con el que iba a trabajar. Fue importante construir la alianza terapéutica, buscar comprender la estructura de la familia y transformar su motivo de consulta en un problema estratégicamente abordable. Además, conocer sus intentos de solución previos y su postura ante la terapia. La información que estaba escrita en el expediente clínico fue tomada en cuenta para mejorar la comprensión del caso.

Sesión 1

Asistentes: Mario y Adriana

Al iniciar preguntando sobre el motivo de consulta, busqué establecer el problema de la familia (Fisch, Weakland y Segal, 1982) para comenzar la planificación del caso. Les pregunté qué les lleva a terapia y revelaron el secreto de que Javier, ex pareja de Adriana y padre de su hija Mariana, no es el padre biológico de Axel y él lo desconoce. Adriana dice que está preocupada de que se entere que es hijo de un hombre llamado Iván, como dato importante surge que Javier falleció tres meses antes de esta sesión y que Axel tenía una buena relación con él. Intenté aclarar el motivo de consulta, ya que en el expediente anotaron que era por la mala conducta e insomnio de Axel. Debido a que la información resultaba confusa, hicimos entre todos un familiograma en el pizarrón del consultorio, intentando utilizar los mapas de relación propuestos por Minuchin y Fishman (1981) incluyendo quiénes viven juntos, relaciones anteriores y quiénes saben que Axel no es hijo de Javier. Como resultado de haber trazado el familiograma. pudimos dar más claridad a la

estructura de la familia y fui indicando que tener esta información sería importante para el trabajo a realizar con ellos.

Para mí era importante tener definido un motivo de consulta para esta sesión, por lo que les pregunté qué de lo que han mencionado creen que sería lo que les lleva a terapia. Informaron que Axel fue medicado a los cinco años sin un diagnóstico claro y aunque Adriana dejó de darle el medicamento, indican que desde esa edad tiene problemas de conducta y se le ha castigado por ello. A través de varias preguntas sobre las pautas de interacción, buscamos identificar si los castigos funcionan y supimos que no es así. Desde sus siete años tiene problemas de aprendizaje reportados por la escuela y lleva aproximadamente dos años mostrándose “rebelde”.

Años atrás vivían lejos de la ciudad y dijeron que, tanto Axel como Luis, estaban “descuidados”, el insomnio se había mantenido presente durante varios de estos años, por lo que se explora al respecto. Adriana mencionó que con la muerte de Javier se intensificó el insomnio y que Axel había dicho que se quería morir, esto le preocupaba. Vimos en esto la razón por la que decidieron acudir a terapia, formulamos a partir de ello hipótesis acerca de esta crisis para la familia y distintos caminos para construir el cambio. Para ella, la resolución es cuestión de “aplicarse” con sus hijos, para Mario las intensas peleas de la pareja son lo que afectan a Axel.

Con la información obtenida hasta el momento, desde el enfoque estructural se puede interpretar que nos encontramos frente a una familia del tipo cambiante según la clasificación de Minuchin y Fishman (1981), ya que cambian constantemente de domicilio y de composición familiar; de igual manera se puede pensar que la estructura de la familia y las jerarquías indefinidas generan algunas de las dificultades con Axel. Considerar esto, ayudó a incluir al análisis el punto en el que están respecto a los cambios que han tenido y de qué manera influye en la organización de la dinámica familiar.

Como cierre, les doy el mensaje elaborado con el equipo terapéutico: “No importan las turbulencias de esta familia, lo importante es que hoy están tratando de tomar un control de esto y eso nos habla de una fortaleza de la familia”, como una forma de reconocerles y destacar los aspectos fuertes de la interacción familiar. (Minuchin y Fishman, 1981). Sugiero que es oportuno evaluar el ciclo de sueño con un neurólogo, o al menos tener una cita programada, para la siguiente sesión. Finalmente acordamos que se trabajarán las

relaciones de la familia y el efecto que tienen en el problema de Axel como foco principal de nuestra atención, Adriana y Mario están de acuerdo con esa decisión.

La información que se tiene de los ciclos de sueño de Axel es algo que el equipo y yo decidimos que se debe conocer y atender. Con ello, corríamos el riesgo de reafirmar la situación del niño como paciente identificado, pero la idea fue que, a partir de la información médica obtenida, pudiéramos movernos a explorar qué ha hecho la familia para mantener la expresión del síntoma en Axel (Minuchin, 2014). De igual manera, si existiera algún factor neurológico, se pudiera abordar multidisciplinariamente y la familia tuviera recursos para abordar el posible diagnóstico.

Sesión 2

Asistentes: Adriana y Mario

La sesión empezó preguntando por la cita con el neurólogo y la organización alrededor de la programación de la cita, Mario intentó llevar a Axel, pero la cita quedó apalabrada para después. Al explicarle a la familia la utilidad de los estudios y cuestionarles qué pasa entre ellos para no realizarlos, se usa el consejo especializado del experto y un rastreo para comprender qué pasa en esta familia que dificulta que se ocupen en realizar los estudios (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981). De igual forma, vale la pena rescatar en este análisis el contexto sociocultural en el que se desarrolla esta familia, que ligado a lo mencionado en el capítulo uno de la presente tesis, se puede denotar que el acceso a la salud en los mexicanos tiene varias restricciones, que el factor de pobreza o clase social baja en el país es una limitante para lograr obtener un turno para la realización de estudios y de un oportuno diagnóstico.

Volvieron a decir el comentario de Axel sobre morir, pareciendo esta ser la señal de alerta que les invita a poner atención al niño, les detallo que a veces cuando alguien dice que se quiere morir puede que no sea tal cual eso y más bien puede hablar de estar pasando por un momento complicado que quiere que termine. Con ello, busco hacer un reencuadre (Watzlawick, 1999) haciendo referencia a que hay una situación que Axel ya no quiere estar involucrado y así enfocar el trabajo en qué es lo que puede estar pasando en la vida del niño que desea que tenga fin. Parece que Adriana encuentra coherencia en ese argumento y da respuesta a lo que le inquieta, pero se mantiene preocupada por las conductas de “desobediencia y rebeldía” que ve en Axel. Ella da la impresión de moverse entre una postura de preocupación y de queja cuando se trata de su hijo.

Exploro la información reportada en el expediente respecto a una caída de Axel cuando era bebé y que podría estar relacionada con sus problemas de sueño; Adriana llora y dice que se siente enojada, ya que por seguir con Mario ha “descuidado” a sus hijos y porque su familia lo rechaza; cree que por eso Axel “no se enfrenta a las cosas” y lo molestan. Le pregunto a Mario qué piensa de lo que escucha para intentar involucrarlo, dice que Adriana y él han estado cerca de terminar, pero Luis los “amarra”, también que él no la obliga a quedarse. Adriana expresa su enojo ya que cree que renunció a su hija por estar con él, que sus hijos han estado de un lugar a otro y que Axel recibe rechazo por parte de Mario y su familia.

Intento hacer una distinción diciéndoles que es importante entender cómo vive esta situación Axel para identificar en qué nivel esto es un problema, si es algo que está siendo problemático para él o más bien para ellos. También les expongo, desde una insistencia en lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1981), que por lo que nos han contado parecen estar en un lugar más estable que antes, con menos movilidad de vivienda y con más planificación sobre la vida en pareja. A pesar de este cambio en la estructura familiar, al vivir con la familia de Mario, parece que siguen manteniendo las pautas que solían tener cuando los conflictos estaban centrados en la pareja. Esta pauta, al parecer, los conduce a los mismos resultados problemáticos, incluso cuando mencionan estar más enfocados en las responsabilidades como padres y menos en los problemas de pareja.

En este punto, se comienza a abrir la conversación sobre la organización en la pareja y que parece no estar funcionando para ellos, tomando en cuenta los axiomas de comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981), llama la atención la puntuación de la pareja sobre la secuencia de los hechos cuando se dan ejemplos de eventos con Axel, ya que es muy diferente. También que durante la conversación se puede notar el contenido alrededor de la crianza y los tratos a Axel, es decir, que Adriana no aprueba la forma en la que Mario trata a Axel y, a su vez, que Mario no sabe cómo tratarlo. Su forma de afrontamiento es la de una descalificación mutua.

Teniendo presentes las dinámicas relacionales que Minuchin (1974; 2014) propone, podemos interpretar una triangulación en la que se encuentran Adriana, Mario y Axel, ya que cada uno ve su labor de crianza desde perspectivas diferentes, a menudo se polarizan y se presionan hasta tomar posiciones extremas y menosprecian los esfuerzos del otro,

parece ser que discutir sobre Axel es algo que les genera conflictos, pero que a la par los lleva a buscar hacer acuerdos e incluso les llevó a terapia a intentar encontrar soluciones.

Mario y Adriana quieren trabajar sus problemas de pareja y nos lo solicitan. Considerando las intervenciones propuestas en el enfoque estructural (Minuchin 1974; 2014) cuando hay niños y niñas en triangulación, que abordan los temas de organización de la pareja buscando que no se necesite del síntoma del niño o niña para mantener la homeostasis familiar, les planteo que mantengamos el foco en el tema de cómo ayudar a Axel a partir de plantear dinámicas distintas en su relación como padres para el bien del niño, y que eso terminará incidiendo en su organización como pareja. Fue una manera indirecta de abordar su solicitud sin perder de vista y la motivación que les llevó a terapia.

Busco activamente mantener la atención y el rumbo de la conversación a su rol (Minuchin, 1974) como padres de Axel, preguntándoles por la experiencia del niño, buscando delimitar para quién es esto un problema y así determinar alguna acción a emprender (Nardone y Watzlawick, 1990). Enfatizar que el trabajo será sobre la organización para la crianza mediante un reencuadre (Watzlawick, 1999) puede marcar un hilo conductor y permitir acomodar en términos sistémicos lo que pueda pasar en el contexto de Axel dirigiéndolo a efectos más específicos, evitando así dispersarnos a otros temas. Resultó un reto para mí como terapeuta, ya que Mario y Adriana mantuvieron una tendencia de culpabilización, permitiendo ver cómo suele ser su dinámica, se podría observar aquí lo que Wynne (1961) definió como seudomutualidad, ya que parecen mostrar una intención de cambio, pero una resistencia al mismo mediante la mantención de sus pautas comunicativas. Detectar esta dinámica en una etapa inicial del proceso se puede prestar para buscar otras intervenciones más adelante.

Hacemos un esquema en el pizarrón que expone las áreas de afectación a Axel y les propongo que se vean como un equipo, que parece que cuando ellos pelean desatienden al niño y que ahora él es el tema de la pelea, pero siguen discutiendo, con esto se busca evidenciar un poco la triangulación en la que se coloca a Axel y la pauta de las discusiones. Se les hace una validación por parte del equipo y mía sobre lo que ambos observan a Axel y que eso puede enriquecer lo que le podrían ofrecer.

De cierre se les dan dos mensajes del equipo, uno de reconocimiento por buscar terapia y sus fortalezas; otro relacionado con que atiendan al presente y vean qué cosas pueden proyectar a futuro en pro de su familia, que cuiden los mensajes que le dan a Axel para no

contradecirse el uno al otro. Se les propone que, cuando uno le dé una indicación al niño, que así se mantenga hasta que ellos puedan aclararlo en privado, buscando así incidir en la triangulación y modificar la pauta problemática. La tarea para ellos es hacer una lista de las cosas que funcionan y no con Axel.

Con los mensajes se pretende la insistencia en los lados fuertes de la familia (Minuchin y Fishman, 1981) al decirles que ahora están en un lugar en el cual pueden atender las cosas, que asistir a terapia es buscar hacerse cargo de la situación; también se busca mediante estos mensajes mantener el enfoque en el presente (Fisch, Weakland y Segal, 1982) para invitar a tomar más acciones, como cuando se les invita a que se mantengan en el presente de la familia y visualicen dinámicas a proyectar a futuro. De igual forma se usa el apoyo, educación y guía (Minuchin y Fishman, 1981) para fomentar las funciones de soporte y cuidado de la familia con directivas como no dar mensajes contradictorios a Axel para no confundirlo y que mejor ellos se pongan de acuerdo por aparte.

Sesión 3

Asistentes: Adriana y Mario

Comentan que no realizaron los estudios debido a dificultades para conseguir una cita, les pregunto por el siguiente paso para atender a Axel y hablan de instituciones a las que planean ir. Les doy la explicación que los estudios podrían ayudarnos a comprender más por lo que pasa Axel y lo que necesita, ambos están de acuerdo en que atender su salud es importante, pero están en desacuerdo con su crianza. Busqué retomar la tarea de la sesión anterior y no la recuerdan con claridad, al preguntar porque no la hicieron comentan que no se pusieron de acuerdo.

Ante la planificación del caso que proponen Fisch, Weakland y Segal (1982), les cuestiono si los intentos de solución que han aplicado ante la situación de Axel han tenido resultados, estos intentos consisten en castigos al niño y darle explicaciones de por qué debe hacer las cosas, Adriana y Mario reconocen que ya no funcionan y los castigos y explicaciones han aumentado. Con esto, hace sentido el principio que proponen Waltzlawick, Weakland y Fisch (1974) respecto a que más de lo mismo contribuye a aumentar el problema y se puede convertir en el peor de los males. También deja ver una postura ante el proceso que Fisch, Weakland y Segal (1982) podrían describir como de personas que han agotado sus soluciones, pero pueden llegar a limitar la ayuda del

terapeuta, ya que demandan que quieren saber cómo ayudar a Axel, pero toman una actitud pasiva ante el problema al no realizar lo que se les indica en las sesiones.

Cuestiono por qué a Adriana no le gusta la forma en que Mario le da instrucciones a Axel, ella menciona que lo hace en un tono enojado. Mario comenta que, cuando le da una orden a Axel, él le cuestiona su trato en comparación al de su hermano Luis. Les pido un ejemplo de un día cotidiano, buscando conocer quienes suelen estar en casa, qué suele hacer cada uno y qué días de la semana pasan cosas específicas. Aunque respondieron con algunos ejemplos, Adriana cambia de enfoque y comenta que Mario es más severo con Axel que con Luis y que ella opina que Axel requiere un trato más suave y cariñoso. Bajo la suposición de que tienen un efecto más cercano al deseado, exploro el estilo de dar instrucciones de Adriana. Ella da un ejemplo del celular donde le pide algo y el niño no lo hace por atender su teléfono, pero concluye que es difícil que Axel les haga caso a ambos. Al hacer este cuestionamiento, intenté buscar la pauta (Fisch, Weakland y Segal, 1982) y realizar la tarea que se les había asignado la sesión anterior.

En el establecimiento del problema del cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1982) pudimos concluir que lo que les aqueja a Mario y Adriana es la conducta rebelde que mencionan de Axel y su actitud ante la escuela, en la que no saben qué hacer para que obedezca. Indago en qué condiciones estudia Axel para entender más en términos de contexto y de acciones de cada uno para determinar la pauta de cómo cada uno colabora con el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1982) y así plantear su problemática como algo que no sólo es de Axel.

El equipo manda un mensaje para decirles que parece que ninguna de las estrategias que ambos aplican han funcionado, a manera de intensidad (Minuchin, 1974) para remarcar el mensaje. En seguida Mario dice que no tiene la autoridad sobre Axel a diferencia de con Luis. Les pregunto sobre algo que sí haya funcionado para explorar excepciones, Adriana dice que cuando Mario no está él es más "hacendoso", pero que aun así no es del todo como quisieran; al seguir explorando ambos hablan de que en fines de semana sus dos hijos cumplen las tareas domésticas cuando saben que después irán al parque a andar en bicicleta. Si bien, la búsqueda de excepciones corresponde más al modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, parecía buena idea para explorar los recursos familiares y evaluar las interacciones de los momentos en los que las cosas salen bien para ofrecerlas desde la asignación de tareas e irrupción en la pauta problemática.

Cuando exploraba qué cosas sí funcionaban, parecía que Mario y Adriana tendían a seguir señalado al otro y a Axel como los causantes de los problemas, para seguir explorando eché mano de la escenificación (Minuchin, 1974) que brindó información de cómo es para Adriana y Mario ponerse de acuerdo y cómo expresan las discordancias cada uno. Sabiendo esto, se usó al equipo para invitar de manera estratégica a la resistencia de los consultantes (Nardone y Waltzlawick, 1990) en un intento de llevar la situación a algo aparentemente irresoluble para que insistieran en que sí había cosas que funcionan. Por ello, se compartió el mensaje del equipo y se agregó la pregunta de si realmente habría cosas que funcionaran. Como efecto, Mario explicó que Axel si lo llega a obedecer, pero regresó al problema de cuando busca tener autoridad con Axel y Adriana no lo deja, manteniendo la discusión de lo que el otro hace mal.

Para intentar interrumpir esta interacción, busqué sostenerme en el objetivo de buscar las cosas que salen bien para identificar las acciones tanto de ellos como de Axel que puedan hablar de una pauta diferente a la problemática, manteniendo un enfoque estratégico (Fisch, Weakland y Segal, 1982) en el que los guíe para oponerse al impulso básico de culparse entre ellos y motivándolos a encontrar ejemplos de cuando las cosas salen bien, que parece ser cuando Axel y Luis hacen los quehaceres de la casa en fines de semana y como recompensa, se les lleva al parque a andar en bicicleta, se les resalta que es algo en lo que ambos pueden estar de acuerdo en pro de su familia.

Antes de terminar la sesión y para recalcar la importancia de conocer los resultados de los estudios médicos, retomo lo que se sabe de la salud de Axel y les pregunto si alguna vez pensaron que tal vez requería una crianza usando estrategias específicas para él, Mario dice que no porque si algo le interesa a Axel sí lo hace; les vuelvo a hacer la invitación a realizar los estudios especificando que nos interesa conocer qué necesita de ellos como padres. Finalmente, les doy otro mensaje del equipo de que parece que le dan mucho énfasis a quién es hijo de quién, y no se sabe que utilidad tiene eso para ellos, ya que las familias no solo son unidas por lazos sanguíneos, sino también por el cariño, el cuidado y la atención. En ese mensaje, se utiliza la técnica de verdades familiares para el cuestionamiento de la realidad de la familia (Minuchin y Fishman, 1981) al incorporar la metáfora de que se vean como un equipo y tomar una dirección diferente a la de estar defendiendo los puntos de vista individuales para así acordar una forma de crianza de Alex en la que él se vea beneficiado, e igualmente para cuestionar las premisas que tienen respecto a que su lugar como padres se determina por los lazos sanguíneos.

Reflexiones e interpretaciones sobre la primera etapa del proceso

Hasta este punto, se puede considerar que la forma de crear un problema que parece estar más presente, según lo planteado por Fisch, Weakland y Segal (1982), es aquella en la que se llega a un acuerdo mediante una oposición. En ella, Mario y Adriana se asumen en una posición de superioridad respecto a sus hijos, argumentando que tal superioridad les da autoridad para que, a través de regaños y castigos, sus hijos adquieran las habilidades y crecimiento que desean, cuando en realidad se requiere una colaboración con Axel para trabajar juntos en pro de su bienestar. Una manera de lograrlo sería indagando el papel que desempeña Axel en la tranquilidad de él mismo como de su familia. Esto podría permitir que Adriana y Mario reconozcan ese rol y redirijan su “autoridad” hacia interacciones más colaborativas.

Tener en cuenta esta situación ayuda a saber cómo vender las tareas para que su ejecución cobre sentido para ellos y, al mismo tiempo, conduzca a resultados diferentes. Una estrategia para lograrlo podría ser invitarles a que, un día de la semana, elegido por ellos mismos, realicen junto a Axel una lista de los pendientes a realizar ese día. En esta tarea, se le pediría a él que organice el orden, tiempo y la forma de ejecución, mientras los padres observen sin intervenir. Posteriormente, en la sesión siguiente a la tarea, nos cuenten los resultados para conversar a detalle sobre qué fue diferente, dando la oportunidad de experimentar una pauta distinta.

No obstante, es importante tomar en cuenta la escalada en la que se encuentra la pareja y reconocer que ese aspecto necesita ser abordado y trabajado. Se les puede hacer la invitación a buscar un espacio de terapia de pareja enfocado a atender las necesidades de la relación, reducir las escaladas en las discusiones y discutir el impacto de las diferencias de poder. Haberlo hecho en este proceso, podría haber implicado la desatención de la crianza de Axel, por lo que tomando en cuenta lo que Minuchin (1974, 2014), hacer la recomendación de trabajar temas de pareja, aunque sea por aparte, hubiera sido una manera de abordar la triangulación.

En esta primera etapa las tareas consistieron en llevar a Axel a realizar los estudios pertinentes para determinar su estado de salud y en hacer una lista de las cosas que funcionan y no funcionan con él. Sin embargo, los estudios no se completaron durante el proceso y la lista tampoco la realizaron debido a que no recordaron la tarea y, según lo que comentan, por no poderse poner de acuerdo. Esta situación nos permite dar una

interpretación de su postura ante el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1982), mostrando una perspectiva pesimista y considerando irresoluble su problema. También pone de frente una postura ante la terapia en la que parecieran ser receptores pasivos del conocimiento del terapeuta.

En este caso, una queja muy clara parece ser la dificultad para ponerse de acuerdo. Intentar hacer la lista de las cosas que funcionan o no con Axel resultó ser útil para resaltar durante la sesión esta dificultad y, al mismo tiempo, demostrar y alentar a que hay aspectos en los que logran estar de acuerdo.

Apegándonos a una línea estructural, se puede observar cómo se trazan los límites y jerarquías dentro de la familia, desde el momento en el que Adriana comienza a vivir con la familia de Mario. Esto pone en tela de juicio su nivel de jerarquía en la familia, parece colocarla en una posición de desventaja respecto a él en donde Adriana llega a verse obligada a soportar faltas de respeto hacia ella y sus hijos, así como descalificaciones e imposiciones, todo para mantener algo que representa estabilidad para ella, incluso la vivienda de sus hijos. Dicha dinámica de disparidad puede determinar los roles y marcar los límites sobre cuánto puede participar cada miembro de la pareja en la toma de decisiones.

Para indagar y abordar esos temas, se pudo aprovechar cuando Adriana habló de haber tenido que renunciar a su hija para mantener la relación. Ese pudo ser un punto de entrada para conocer las condiciones en las que ella se encontraba en esos momentos y relacionarlos con el tema de la pareja y sus expectativas para su familia, además de dar contexto a su queja sobre la actitud de Mario. Un momento oportuno para hablar de esto fue cuando mencionaron que Axel expresó su deseo de morir, dando posibilidad de explorar las razones por las cuáles creían que el niño estaba experimentando esos sentimientos, dirigiéndolos a entender que tal vez no quería continuar viviendo de esa manera. La preocupación de Adriana fue tomada más adelante para enfocar de qué forma la relación entre ellos debía cambiar para que Axel tuviera emociones diferentes respecto a su vida.

Resulta pertinente como terapeutas el observar lo que ha hecho la familia para afrontar estos obstáculos y conocer sus lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1981), así como los intentos de solución que han puesto en práctica (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) para tener más información sobre las interacciones y la función del síntoma en esta familia. A partir de ello me fue haciendo sentido empezar con validación y reconocimiento, aparte de

sentirse alineado a mi estilo terapéutico. Sin embargo, parece que las intervenciones intencionadas a validar y resaltar los lados fuertes no tuvieron un efecto significativo en ellos; les era muy fácil regresar al problema. En esta parte del proceso se puede asumir, dado el motivo de consulta, que ambos padres están preocupados por el bienestar de Axel, No obstante, también es importante considerar la posibilidad de que esa preocupación no sea igualmente compartida por ambas partes de la pareja.

En este punto del proceso, fue de gran ayuda contar con la modalidad de supervisión con equipo, ya que la supervisora fue muy concisa para evitar desviarnos de tema, lo cual llegaba a suceder por la complejidad del caso y la tendencia en sus interacciones. Además, el equipo tenía la capacidad de intervenir y desafiar algunas ideas, buscando cuidar la figura de la terapeuta y mantener la alianza con Adriana y Mario. Esta modalidad de trabajo brindó una guía clara y propició que el proceso se mantuviera enfocado a los objetivos, además de hacerme sentir acompañada.

Segunda etapa del proceso

A mi parecer, este cambio de etapa en el proceso estuvo marcado por la decisión de Adriana y Mario por llevar a Axel a la sesión. El equipo y yo teníamos planeados objetivos específicos cuando nos enteramos de que vendría Axel, que fue escasos minutos antes de comenzar la cuarta sesión; sin embargo, al ver a la familia interactuar, se abrió un camino de exploración distinto, en el que la imagen que nos habíamos hecho de Axel cambió drásticamente. Esta visita imprevista resultó esencial para una comprensión distinta de la situación familiar y para replantear el camino a recorrer con ellos en terapia.

Sesión 4

Asistentes: Adriana, Mario, Luis y Axel

Para esta sesión sólo estaban citados Mario y Adriana, pero ella mandó un mensaje antes de llegar diciendo que traería a Axel porque no lo podía controlar. Al entrar al consultorio, se presentan los niños y Mario enseguida comienza a decir que Axel está en una actitud depresiva y rebelde donde no quiere trabajar y los castigos no funcionan; la supervisora, que estuvo conmigo, y yo interrumpimos para preguntarle a Axel qué le dijeron para asistir ese día, buscamos hacer un señalamiento de límites como proponen Minuchin y Fishman (1981) dándole un espacio a Axel para hablar de su experiencia.

Empecé explorando cómo llegó Axel aquí y se dio una dinámica en la que Mario contradecía lo que explicaba el niño, con interrupciones y desacreditaciones, por lo que intentaba frenar esa interacción diciendo que era turno de Axel para hablar. El mencionó que lo regañaron para ir diciéndole que la psicóloga tenía que verlo para saber qué estaba mal con él y su actitud, al indagar qué lo hizo sentir regañado, dice que Mario lo amenazó con pegarle y lo jaloneó para que se apurara.

La supervisora y yo le decimos a Axel que no se usará la sesión para decirle que está haciendo mal o qué tiene que hacer, que queremos entenderlo y ayudar a sus papás a que sepan cómo hacer las cosas bien; les decimos a los padres que eso cambia la dinámica de la sesión y están de acuerdo. Le pregunto a Axel si quisiera hablar frente a ellos y dice que no, por lo que se les pide se retiren a la sala de espera. Aquí la intención fue de promover la unión con él y un desequilibramiento al colocarlo como el que va a elegir el rumbo de la sesión y excluir a la familia de esa cita (Minuchin y Fishman, 1981).

Le decimos a Axel que nos interesa su salud y que quisiéramos saber de sus dificultades para dormir, él cuenta que no puede dormir pensando en los regaños que le dan, en que quiere jugar y que a veces sus amigos le mandan mensajes que, al querer leerlos, le pegan y le castigan el teléfono. Se le pregunta por la frecuencia de los golpes y cómo son los regaños, cuenta que suceden cuando se porta mal o no acaba su tarea, dice que usan palabras fuertes con tono de voz alzado, con golpes, jalones de las patillas, pegarle con la chancla y que esto suele ser de lunes a viernes de parte de su mamá, Mario y el hermano de Mario, que lo suele cuidar.

Esto nos invitó a redirigir la sesión, de lo primero que nos pasó como terapeutas y equipo fue percibir tener enfrente a un niño muy distinto al que nos habíamos imaginado a partir de lo que Mario y Adriana hablaban de él, también nos empezamos a hacer una idea sobre el maltrato que recibe, a raíz de ello, busco con más insistencia hacer notar la voz de Axel desde la empatía. Esto se sustenta en la idea de cibernética de segundo orden (Glaserfeld, 1996) en la que yo como terapeuta y el equipo nos sentimos implicados en lo que estábamos observando y nos sentimos tocados por la historia que nos contó Axel, de igual forma ayudó a replantear el objetivo de esta sesión.

Axel comienza a contar que sus emociones cambiaron cuando llegó a la ciudad a vivir con la familia de Mario, se suele sentir enojado y triste, además de que sus primos (por parte de su padrastro) lo molestan y le hacen burlas. Al conocer que Axel se empezó a

sentir así a partir de su cambio de vivienda, podemos interpretar que la estructura cambiante de la familia ha tenido un impacto en los “síntomas” del niño. De igual forma, se vuelve evidente que las jerarquías (Minuchin, 1974) están marcadas de manera rígida y que al vivir con la familia de Mario había otros subsistemas interactuando con Axel y podrían tener un efecto en la pertenencia o rechazo que vive el niño. Con esta información, tuvo sentido lo que habíamos cuestionado previamente respecto a la importancia de quién es hijo de quién, ya que con el testimonio de Axel pudimos corroborar que, según lo descrito por Fishbein (1982) sobre quienes son más propensos a ser etiquetados como “pacientes identificados”, Axel al ser el último hijo de la relación previa de su mamá y al tener un hermano que es hijo biológico tanto de Adriana como de Mario, se encuentra en una posición más vulnerable frente a las tensiones familiares.

Al abordar la cuestión escolar, nos propusimos conocer la pauta mediante la comprensión de su contexto y las circunstancias de estudio previas, especialmente en las que mencionó que sí solía trabajar. Axel compartió su experiencia de acoso escolar debido a su color de piel, aunque él lo menciona como que “sus amigos lo molestan” y no sabe muy bien porqué, se usa el consejo especializado (Minuchin y Fishman, 1981) para explicarle en qué consiste el “bullying” y que no es un juego. Desde la cibernética de segundo orden, le contamos historias personales de bullying, tanto mías como de la supervisora, utilizando acciones y comunicación terapéutica mediante anécdotas y relatos (Fisch, Weakland y Segal, 1982). El objetivo fue ayudarlo a comprender que hay personas que tienen la intención de hacerlo sentir menos, cambiando el enfoque de lo que él hace mal hacia el comportamiento de quienes lo acosan. Él nos escucha con atención y nos dice que se siente identificado.

Axel comenta que en las noches se pregunta por qué le pegan y lo tratan mal, que a veces piensa si tal vez sería mejor ir a casa de sus abuelos o vivir en la calle, al pensarlo se pone “sentimental”. Le pregunto qué pasa cuando se pone sentimental, nos cuenta que es como ir al pasado para ver todo lo que hizo mal, se pone a pensar en sus acciones y los regaños; le pregunto qué hace después y dice que va con su familia, los abraza y les dice que lo siente mucho. La forma en la que nos lo cuenta nos brinda información de las percepciones que tiene sobre las acciones de los demás, pareciendo que a veces sí se siente culpable de la molestia de los adultos que le rodean, así como una postura de querer estar bien con ellos.

Axel revela que Mario lo acusa con su mamá, diciendo que él los está retando y amenaza con quitarle su celular. Le preguntamos su opinión sobre las acusaciones de Mario y dice que eso le enoja, menciona que a veces dice mentiras a su mamá para que lo regañe. Esta dinámica me remonta a las preguntas que propone Minuchin (2014): ¿qué hacen los miembros de la familia que ayudan a mantener los síntomas en el o la paciente identificado/a? Y, ¿qué tan eficiente es el trabajo conjunto de los padres en la resolución de los problemas de su hijo o hija? Las acusaciones de Mario parecen desviar la mirada de las tensiones familiares acumuladas, mientras que Adriana ve la conducta de su hijo como algo incontrolable, buscando involucrar más a Mario en la resolución del problema. Esta dinámica parece ser una petición a nivel pareja más que de paternidad mediante la búsqueda de mayor involucramiento. El síntoma colocado en Axel puede estar promoviendo la homeostasis familiar y obstruyendo la necesidad de resolución de conflicto (Minuchin, 1974) entre Adriana y Mario, ya que podría llevar a desintegrar esta familia y eso puede resultarle amenazante a sus integrantes. Esto puede ser interpretado como una hipótesis que aporte al diagnóstico de la estructura familiar (Destanik, 2004) al intentar conectar las interacciones que se dan en el contexto con el síntoma y a su vez, ser una guía para poder dirigir las intervenciones.

Al indagar en las cosas que deja de hacer cuando está enojado, validamos sus razones para estar enojado y lo relacionamos a su contexto. Usamos el consejo especializado (Minuchin y Fishman, 1981) hablándole cómo puede protegerse a sí mismo en la escuela y en la casa. Resumo lo que nos ha contado y lo reconocemos diciéndole que es muy inteligente y que tiene muy buena memoria, que entendemos que está atrapado en esta situación, pero que al reaccionar como lo hace, pierde oportunidades que podría tener.

Le decimos que estamos trabajando con su mamá para que pueda cuidarlo bien y que sabemos que muchas de las cosas que hace ella están equivocadas, pero que mientras su mamá aprende cómo cuidarlo, tratarlo bien y educarlo apropiadamente, es importante que él pueda cuidar de sí mismo. Le recalamos que, aunque los adultos alrededor no sepan cómo tratarlo y educarlo mejor, él puede intentar llevarse bien con su vida. Al final le compartí una estrategia para la tarea que consiste en hacer 10 minutos de tarea y 5 de celular. Le preguntamos si lo que le dijimos le hace sentido y dice que sí, demasiado. Antes de pasar con el resto del equipo, le agradecemos por dejarnos hablar con él.

Al pasar con el equipo, compartimos que observamos que las caras de Mario al escuchar a Axel eran de desagrado, a diferencia de con Luis que eran más suaves. En el equipo, compartimos nuestra indignación al escuchar lo que el niño vive y que no depende de él, también comentábamos nuestro asombro de que Axel es muy distinto a como lo imaginábamos a partir de la descripción de Adriana y Mario.

Para el cierre, primero le decimos a Axel que no se les dirá a los adultos lo que habló, sólo del bullying y se hará a manera que su mamá le pueda ayudar, él dice que está de acuerdo. Cuando Mario, Adriana y Luis regresan al consultorio buscamos introducir una reestructuración, para ello manipulamos el espacio poniendo a Axel del lado de las terapeutas y a la familia delante de nosotros. Se utiliza el enfoque para abrir con la familia los recursos observados en Axel y para acentuar que, aunque en la sesión con él se hablaron de estrategias para cuidarse a sí mismo, el ambiente es desmotivante para él y que la responsabilidad mayor de cuidado recae en los padres. Se usa la intensidad para denotar que hay que aprender a escuchar para poder entender y se dan algunas estrategias de crianza. Mario dice que él no entiende cómo hacer eso, se propone una escenificación usando para ello el momento del inicio de la sesión en el que Luis comenta que no quiere irse, haciéndole preguntas para conocer sus razones de querer quedarse y ejemplificando que al hacer preguntas y poner atención a las respuestas se puede comprender al niño y no sólo decirle que no. Estas estrategias fueron tomadas del modelo estructural (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981).

Sesión 5

Asistente: Adriana

En este punto del proceso, la elección fue de enfocarse más en Adriana para buscar mejorar la relación con Axel, por lo que por mensaje le solicité si esta ocasión la podríamos ver sólo a ella. Exploramos si ella observó diferencias después de la sesión anterior, en Axel, en Mario y en ella, nos comparte que el niño ha buscado modificar su conducta para estar más tranquilo y meterse en menos problemas, dándonos ejemplos de que platica más y se retira cuando se molesta, sin embargo, entre ella y Mario las cosas no parecieron ser distintas. A pesar de eso, parece que Mario se toma más tiempo para explicar cuando daba una orden, mientras que ella ha intentado escucharlo más y que se mete menos en las discusiones entre él y Mario. Esto nos hizo pensar en un cambio tipo uno (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) en el que las cosas cambiaron para no cambiar y que en este caso buscamos un cambio tipo dos para cambiar la trama de interacción de la familia. Si bien

tomarse el tiempo para explicar las órdenes y escucharlo parecen ser pautas positivas en el trato a Axel, podría seguir siendo parte de lo mismo, ya que se siguen manteniendo interacciones en las que ellos mantienen en un lugar de superioridad sin apuntar a la colaboración mutua con el niño. Los cambios que comparte Adriana suenan unilaterales por parte de Axel y no parecen estar teniendo implicaciones o invitar a movimientos en los otros integrantes de la familia.

En ese punto el equipo me llama a pasar con ellos, comentan dicha observación, respecto a que los cambios parecen provenir de Axel, no de su familia, por lo que se planea un equipo reflexivo. Si bien esta intervención corresponde a posturas posmodernas de la terapia, pensamos que podría ser de utilidad para introducir mensajes a Adriana de nuestras observaciones para promover el cambio tipo dos y que como mencionan Nardone y Waltzlawick (1990), se pueda promover una modificación a su realidad de segundo orden. A través de la práctica de escuchar al equipo reflexivo, Adriana podría abrirse a ideas que antes no tenían mucho sentido para ella. Si lo interpretamos desde la mirada estructural, la finalidad también fue de cuestionar la realidad de la familia en sus constructos cognitivos, para modificar el esquema explicativo preferencial y dar paso a nuevas modalidades de interacción (Minuchin y Fishman, 1981).

Como se trabaja en equipos reflexivos, le propuse a Adriana que ella y yo escucháramos con atención la conversación que tendrían los compañeros entre sí, para que, al terminar, nosotras regresemos a la sesión a hablar de lo que mencionaron. La primera persona destacó que los cambios recayeron injustamente en Axel, pero cree que tiene recursos para enfrentarlos. La segunda persona expresó sorpresa por la diferencia entre la descripción previa de Axel y la impresión que tuvo al conocerlo; como padre, cree que a veces no conocemos bien a nuestros hijos, pero podemos hacer tiempo para hacerlo. La tercera persona se sorprendió por la facilidad de Axel para hablar con adultos desconocidos y su capacidad de reflexionar. La cuarta persona percibió la preocupación de Axel por decir lo correcto y se identificó con el estrés de tener la responsabilidad de que las cosas salgan bien. Se enfatizó que Axel parece haber estado soportar la situación solo, que no debería asumir la responsabilidad de poner fin a la violencia que sufre en casa y en la escuela, ni preocuparse por resolver problemas causados por el mal manejo de los adultos, ya que eso representa una carga para él. A pesar de esto, elogiaron la buena actitud de Axel y se destacaron los recursos que Adriana tiene para acompañarlo y defenderlo.

La información compartida por el equipo parece ser novedosa y disruptiva para Adriana, ella rompe en llanto y expresa sus dudas, comenta que tenía la impresión de que protegía a Axel de Mario, que no sabe cuál es su responsabilidad. Se podría interpretar que la introducción de la información por parte del equipo irrumpió la homeostasis, de entrada, con Adriana, por lo que se podría esperar que, a partir de ello, se rompan las explicaciones previas que construían su “realidad” y para dar paso a nuevos patrones de interacción entre la familia (Nardone y Watzlawick, 1990).

Al volver a estar a solas con Adriana, intenté fungir un papel de mayor contención para acompañarla en lo difícil que fue escuchar lo que dijo el equipo. A pesar de ello, busqué no dejar de lado el tema, intentando ir despacio para que la información que estábamos introduciendo fuera cobrando sentido. Parece que la idea que más la desconcertó fue que a pesar de tener la intención de proteger a Axel de la situación con Mario, parecía no tener el efecto que ella pensaba. Le pregunto qué podría empezar a hacer para sacar a Axel de ese rol en la dinámica, en su respuesta expresó no saber y su deseo de entender qué ha hecho mal. Me quedé con la impresión de que ella requerirá un poco de tiempo para terminar de introducir esas ideas y que, tras la perturbación, necesitaba espacio para reflexionarlas y atribuirles significado.

Hablamos en términos meta-comunicativos (Wittezaele y García, 1994), con la intención de no centrarnos en el contenido y enfocarnos el proceso. Preguntamos sobre lo que escuchó y cómo se estaba sintiendo y así rescatar las ideas que más pudieron moverla y motivar el cambio. Al hablar de su sorpresa respecto a cómo veíamos la situación, intenté destacar los lados fuertes (Minuchin y Fishman, 1981) de ella y sus intenciones de querer cambiar cómo vive Axel, del cariño que parece tenerle y los recursos con los que ella puede impulsar que las cosas sean distintas.

Adriana menciona que quiere que Axel le cuente más cosas, le comparto una prescripción de comportamiento directa (Nardone y Watzlawick, 1990) en la que le doy las indicaciones de acercarse a observar y escuchar lo que Axel quiera decir, sin buscar corregirlo o dirigir la conversación. Dicha tarea estaba intencionada a cambiar la pauta de regaños y decirle que hacer, en cambio, busca promover otras formas de interacción y relación de cercanía entre Adriana y Axel, donde incluso él tenga la percepción de que su opinión y perspectiva tienen lugar. Además, podría representar un cambio mínimo (Fisch, Weakland y Segal, 1982) que no resulte tan amenazante, pero interrumpa el impulso básico. Adriana accede a implementar la tarea.

Aclaro que cuando en el equipo se usa la palabra “carga”, podemos entender que se refieren a lo que observaron en Axel cuando intenta hacer las cosas de manera correcta para evitar conflictos, así como la violencia que él enfrenta y los malos tratos que recibe. A manera de cierre, me interesa saber cómo está y le pregunto cómo se siente en ese momento. Afligida, comenta que su hija huyó debido la violencia, pero que a Axel lo intentó mantener cerca. En mi mensaje final, le digo que puede usar lo que ha trabajado en terapia desde su amor por Axel para ayudarlo a vivir una mejor vida.

Reflexiones e interpretaciones sobre la segunda etapa del proceso

La sesión en la que estuvo Axel fue sumamente significativa para mí y para el equipo, ya que nos ayudó a tener una mirada diferente de la dinámica de interacción de la familia. Eso mismo, supuso un abordaje distinto al de la primera etapa del proceso, en el cual trabajar con las habilidades de crianza de Adriana y su relación con Axel se tornó en un nuevo objetivo, buscando a manera de diada que promuevan un cambio en la familia y en la calidad de vida del niño.

Me hubiera gustado que Axel asistiera a la sesión por nuestra invitación, no por las inconformidades de su familia, podría pensar que se adelantaron un poco al plan, pero en realidad conocerlo me permitió tener una mirada distinta de lo que estaba ocurriendo en la familia, me hizo voltear a ver la violencia y replantear qué integrantes de la familia podrían ser los más abiertos a moverse de lugar. Cuando tenía a todos enfrente y notaba las desacreditaciones de Mario a Axel, me entraron ganas de frenar lo que estaba pasando y tener cuidado con mis preguntas, ya que terminando la sesión Axel podría terminar en un lugar de desventaja con Adriana y Mario.

Ver a Adriana tan sorprendida tras el equipo me invitó a querer consolarla y creo que me costó trabajo no hacerlo del todo, ya que creo que también tenía que atravesar todas las emociones que le generó escuchar lo que hemos observado de Axel. Al terminar la última sesión, me quedé unos minutos más con Adriana afuera del consultorio, en donde me dediqué a escucharla mientras recobraba la calma para regresar a su trabajo. Honestamente, tenía la esperanza que tras esta sesión su postura ante la terapia y el problema cambiaran, también daba cuenta de mi expectativa que sus acciones con Axel representaran un cambio.

Las maniobras más representativas de esta etapa del proceso fueron desequilibramientos y reestructuraciones (Minuchin y Fishman, 1981), tanto en el sistema

terapéutico como en el familiar, además de la perturbación promovida por el equipo con Adriana (Nardone y Watzlawick, 1990).

Tercera etapa del proceso

Esta etapa es la última del proceso e incluye las sesiones seis y siete. Decidí dividir el proceso entre la quinta y sexta sesión, ya que implicaba objetivos diferentes a los establecidos anteriormente. La idea fue enfocarnos en la relación de diada entre Adriana y Axel, comenzando el trabajo con ella. Consideramos que su posición jerárquica en la familia podría proporcionar una oportunidad para implementar cambios, especialmente porque ya habíamos introducido nueva información en sesiones anteriores.

Para este punto, mi impresión de Mario me hacía muy complicado verlo como parte de la solución, ya que parecía delegar toda la responsabilidad de mejoría a Axel y Adriana, además de mostrar poca disposición a hacer las cosas distinto.

A partir de lo dicho por Adriana, veía con más potencial centrar el trabajo en fortalecer la relación madre e hijo. Su preocupación e intenciones de mejorar la situación me llevaban a suponer una postura favorable hacia la protección de Axel, lo cual se convirtió en una prioridad tanto para mí como para el equipo.

A mi punto de vista, mejorar la relación entre Axel y Adriana, podría representar construir un lugar más seguro para él y, a su vez, empoderar a Adriana respecto a la maternidad que ella podía tener.

Sesión 6

Asistente: Adriana

Para esta sesión le pedí nuevamente a Adriana que viniera sola. Cuando nos vimos, ella me preguntó por qué le pedíamos que no viniera Mario, no supe bien qué decir y tras la sugerencia de mi supervisora, le pregunté por qué cree importante que él se presente. Adriana comentó que cree que la asistencia de Mario ayuda a que comprenda a Axel y sea más paciente con él. Esta perspectiva podría estar relacionada con lo que se veía previamente en el proceso, que cuando se hace notar que el niño no la está pasando bien, Adriana busca que Mario se involucre en la solución. Tal vez, esta sea una solicitud de parte de Adriana para que nosotros ayudemos a Mario a ver lo que ella ve, lo cual también refleja la dinámica de la pareja y la postura ante la terapia.

Invito a Adriana a pasar con el equipo para escuchar sus impresiones de Mario ante el proceso y que ella tenga la opción de hacerles preguntas. Al optar por esta intervención, se intentó introducir información desde una postura de cibernética de segundo orden (Glaserfeld, 1996) en la cual se compartieran las miradas de los espectadores que también estaban sido movidos por el proceso, para así lograr que ese diálogo fuera de utilidad para plantear en conjunto esta nueva etapa de la terapia. El equipo comenta sobre la actitud que han observado de Mario cuando se habla de Axel, pareciendo que no le da interés y que él demuestra desacuerdo en cosas que para ella son importantes, se habló de la diferencia de disposición entre ambos.

Comentamos que el plan que proponemos para la terapia podría ayudarle a encontrar las habilidades desde su lugar como madre para acercarse a Axel y conocerlo mejor. Idealmente, identificar qué de lo que hace es útil y qué no, buscando que la relación entre ellos cambie para que Axel se muestre con ella más parecido al niño que vimos aquella sesión. Posteriormente, que ella pueda decirle a Mario qué comportamientos son adecuados y cuáles no. Ella está de acuerdo y comenta que si él no trata bien a sus hijos no se quedará a su lado. Con esto establecido con Adriana, se pudo negociar un nuevo objetivo (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

De vuelta al consultorio conmigo, exploramos lo que cambió tras la sesión pasada. Adriana menciona que ella lo escucha más, sin embargo, da ejemplos que repiten la pauta de darle explicaciones a Axel, se lo hago notar y le pregunto por sus formas de escuchar. Busqué mantener el enfoque (Minuchin y Fishman, 1981) para no voltear la mirada a lo qué hace Axel, sino qué hace ella. Adriana comenta que intenta ponerle atención en el momento que él lo pide porque después él ya no está dispuesto a expresarse, le pregunto por su forma de hacer peticiones y encontramos que lo puede hacer tranquila, aunque también a momentos de forma impaciente.

Al explorar sus maneras de escuchar y su efecto en la interacción, Adriana menciona que ahora hablan más e incluso que Axel le contó sobre la niña que le gusta, con esto le hago una distinción de que él no siempre está enojado, como ella llegó a mencionar previamente. Este ejemplo se prestó para conversar acerca de esta pauta diferente, teniendo presente el mantenimiento como técnica de acomodación (Minuchin, 1974). Durante la conversación, se enfatizó que estas nuevas maneras de interacción son posibles en este subsistema familiar y se le afirmó a Adriana que ella genera confianza en su hijo, lo que puede ayudar a fomentar un cambio positivo en su dinámica familiar.

Al abordar las cosas distintas que está intentando hacer para cuidar y proteger a Axel, se puede observar que su función de apoyarlo se basa principalmente en llevarlo al parque a que él ande en la bicicleta y que sus momentos de mayor interacción involucran los deberes escolares. Como tal, podríamos pensar que el intento de solución, que es acercarse a él mediante los temas de la escuela y las tareas, se puede volver el problema mismo (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Parece que no hay tantos momentos de diversión o tranquilidad entre ellos y sus interacciones se basan en Adriana dando indicaciones de qué debería hacer Axel, y él sintiendo que no puede hacer bien las cosas que le pide, o no queriendo hacerlas.

El equipo comparte esta observación en su mensaje, notando que la relación no puede aguantar sostenerse de órdenes y tareas, así que se usan las verdades familiares (Minuchin y Fishman, 1981) para hacer ver que para que Axel haya podido contarle de la niña que le gusta, deben ya existir recursos en su relación. Uso la metáfora de que eso que promovió la confianza de Axel puede ser uno de los ladrillos para construir un puente entre ellos que también requiere momentos de convivencia de juegos y risas. Se usó también la comunicación terapéutica (Nardone y Watzlawick, 1990) al dar un mensaje introduciendo el humor, diciendo que este es un buen momento para entablar una relación con él ahora que es niño y no cuando sea un adolescente que esté todo de malas y encerrado.

Con la propuesta de Minuchin y Fishman (1981), fomentamos el apoyo, educación y guía, promoviendo la colaboración, expandiendo las funciones de apoyo más allá del área escolar y dando ejemplos de respuestas diferentes a situaciones con Axel.

Sesión 7

Asistente: Adriana

Por motivos de temporada vacacional del Centro MacGregor, después de esta sesión tendríamos que proponer una pausa a la terapia. Invité a Adriana de continuar el proceso tras la época vacacional, ella aceptó.

En esta sesión, tengo la intención de evaluar los resultados obtenidos hasta ese momento, en línea con los objetivos establecidos. Utilizamos una escala numérica del uno al diez para evaluar seis aspectos previamente seleccionados por mí, la supervisora y el equipo, para así determinar una puntuación del antes y hasta ese punto del proceso. Con Adriana, nos detendríamos en cada aspecto para comentar qué significa cada número que elige, así

como resaltar qué acciones realizó para cambiar o mantener esa puntuación. Esta intervención es propia del modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones (Cade y O'Hanlon, 1993; Shazer, 1994), sin embargo, desde un enfoque estratégico podría ser útil para evaluar el proceso y comprender qué se hizo diferente.

El primer aspecto para evaluar fue qué tanto escucha Adriana a Axel, ella dice que antes 5 porque no sentía necesario considerar sus problemas personales y ahora 8 porque ella sabe que tiene derecho a expresar lo que siente y piensa. Le pregunto qué necesitó para pasar de 5 a 8 y dijo que las sesiones porque le ayudaron a entender que no por ser la madre de Axel tenía derecho a ejercer lo que quisiera sin darle la oportunidad de expresarse.

El segundo aspecto fue qué tanto conoce a Axel, dice que antes 6 y actualmente 9, que antes creía ciegamente en él y en el 9 se da cuenta cómo es realmente como cuando miente para evitar regaños. Se le pregunta cómo pasó del 6 al 9, ella dice que investigando qué pasa en la escuela. Le menciono conocer bien a alguien no necesariamente significa conocer sus mañas y se le pregunta si hay algo más en ese 9 que hable de que lo conoce más, ella dice que cuando están a solas le cuenta más cosas que a Mario. Le reconozco que cuando ve que algo le pasa a Axel, se acerca a él a solas y le pregunto si lo hacía antes, ella responde que sí pero ahora es diferente porque busca no quedarse con dudas.

El siguiente rubro es qué tanto entiende los motivos de Axel de comportarse como lo ha hecho, tanto en la escuela como en casa. Menciona que previamente sería 5 y ahora 8, que antes le prestaba menos atención y asumía que podía hacer más cosas solo, pero ahora se sienta más tiempo con él a hacer tarea juntos y resolver dudas.

Otro aspecto es qué tanto realiza actividades con él diferentes a la escuela, antes era 1 porque no convivía tanto con él, en el presente se ha movido a un 8 porque lo escucha y van a andar en bicicleta en fines de semana, también que cuando tiene partidos de fútbol en su escuela, ella lo va a ver y le echa porras.

El siguiente rubro es qué tanto ella es filtro entre la relación de Mario y Axel, Adriana dice que siempre está entre los dos, que antes era un 6 porque ella no decía nada cuando Mario lo regañaba, aunque no estuviera de acuerdo, pero ahora es un 10 porque toma una actitud de "que nadie me los toque". Le pregunto cómo pasó del 6 al 10 y dice que empezó a sentir más amor por sus dos hijos, que antes sentía miedo de que Mario se fuera de su lado, pero

ahora se quedaría con lo más importante en su vida. Este punto hubiera sido interesante de seguir explorando, por un lado, ejemplifica el rol que estaba teniendo Mario en la crianza de Axel y en la relación con Adriana, por otro, valdría la pena hablar de qué ha implicado para ellos tomar esa nueva postura, ya que directamente podría incidir en la dinámica de pareja.

El último punto es qué tan contento ve a Axel, responde que antes 3 y ahora 7 porque falta que ella haga cosas para que sea feliz del todo. En el 3 había dejado de ver a Javier, no le gustaba su vida y no era escuchado ni importaba su opinión. En el 7 Adriana dice que él puede opinar más y siente menos presión de guardarlo, hacen cosas que le gustan y conviven más en familia; al preguntarle cómo se da cuenta que eso lo pone contento, responde que no está de malas, no refunfuña, se le pregunta qué cosas sí hace y dice que platica más y da su opinión.

En el último mensaje compartido por el equipo se reconocen esos cambios y se busca hacer notar que parece que lo que más ha funcionado para alcanzarlos es estar más cerca y encontrar espacios de convivencia. Nos valemos de las verdades familiares (Minuchin y Fishman, 1981), es decir, las premisas de la relación que Adriana ha mencionado que han favorecido el cambio, para extender la modalidad de funcionamiento y mantener esta dinámica que parece hacerles bien usando sus fortalezas.

Se habla brevemente de la culpa que menciona por dejar a sus hijos a un lado y se le pregunta qué ha pasado con ella, comenta que ha disminuido por todas las cosas que ha hecho. Finalmente, se le invita a seguir construyendo ese puente entre ambos y se hace un agradecimiento mutuo por el proceso que llevamos.

Esta fue la última sesión que tuvimos, debido a que Adriana por los tiempos con su trabajo ya no podía asistir. Se tenía el plan de tener una sesión entre ella y Axel para hablar juntos de estos cambios y corroborar en conjunto qué ladrillos se necesitan para una mejor relación entre ellos, pero confiamos en que el cambio es inevitable (Milton Erickson en Wittezaele y García, 1994) y que seguirán ocurriendo cosas en esta familia que permitirán otras maneras de relación entre ellos.

3.2 Conclusiones y reflexiones del caso

Quisiera comenzar este apartado del análisis partiendo de mi experiencia con la modalidad de supervisión con equipo terapéutico presente en cámara de Gesell. Acompañar a la familia se vivió como una experiencia grupal y lo sentí como un respaldado a mi trabajo por parte de las observaciones del equipo. Trabajar con la familia “H” fue una de mis primeras experiencias de trabajo terapéutico en la residencia, yo cursaba segundo semestre en ese momento y tenía conocimiento del modelo estructural y estaba aprendiendo del de MRI. Las aportaciones del equipo de trabajo, con sus observaciones del caso y de mi práctica, sumado con las pautas claras que me fue dando la supervisora, me resultó de mucha ayuda para abordar las sesiones y llevar a cabo las intervenciones. La supervisión en la primera parte del proceso tuvo un estilo mucho más guiado del que tuve más adelante, considero que eso me ayudó a desenvolverme conforme pasaban las sesiones y también a entrelazar mi estilo terapéutico con la teoría que buscaba poner en práctica. Fue de gran utilidad el tiempo que utilizábamos antes y después de las sesiones, ya que en conjunto buscamos analizar en términos de proceso lo que iba sucediendo y a planear posibles rutas de trabajo con la familia. Aprecié mucho el acompañamiento del equipo y la supervisora en los momentos difíciles del proceso, en la frustración de no podernos mantener en el objetivo, en el dolor al escuchar a Axel y al contener a Adriana. Creo que no podré estar más agradecida por su acompañamiento y de aprender juntos.

Por la manera en la que recibí el expediente de la familia “H”, parece que ya había un trabajo previo con ellos en el Centro Comunitario, al parecer de la residencia en Psicoterapia Infantil; había información confusa y no me quedó muy claro el trabajo que se había realizado con ellos. No exploré esa parte con ellos, ya que tenía la intención de mantenerme en el presente y conocer en ese momento qué les llevaba a terapia, quizá hoy incorporaría al proceso lo que trabajaron antes y de alguna manera buscaría integrarlo al establecimiento de soluciones intentadas (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

La forma en la que Adriana y Mario se habían referido a los problemas con Axel me dio la impresión de que su “síntoma” tenía una doble función. Por un lado, parecía tener una función unificadora al hacer que Adriana y Mario colaboraran para ayudar a Axel, retomando la interpretación de Hoffman (1987) sobre la búsqueda por parte de las familias de un chivo expiatorio, los problemas escolares y de conducta con Axel parecían mediar los conflictos de Adriana y Mario y hacerlos trabajar en equipo. Por otro lado, identificar a Axel como el

“paciente” que necesita ser cambiado, cumple la función de colocar la sintomatología familiar en uno de sus miembros y termina por encasillarlo en una dinámica en la que, como lo expusieron Goldenberg y Goldenberg (1985), lo vuelve susceptible a críticas, inculpación y regaños.

Como lo propone Minuchin (2014), prestamos atención a la dinámica de la pareja, en la que con Mario y Adriana se pudo notar que su mirada respecto a la labor de crianza era diferente entre ellos, menospreciando la labor del otro y colocando a Axel en una posición triangulada ante los conflictos parentales. Sin embargo, cabe recalcar que Adriana estaba en un papel de desventaja respecto a Mario a partir de factores como vivir en su casa, tener que convivir en el espacio de su familia, de tener la doble jornada de su trabajo y el cuidado del hogar. De igual forma, parecía que Axel vivía rechazo por la familia de Mario debido a lo que nos contó en la sesión sobre el trato del hermano de Mario y sus hijos. El tema de la violencia no surgió en el trabajo con la pareja cuando hablaban de su relación, aunque varios comentarios y actitudes me hacen llegar a la suposición de que Mario ejercía violencia en la violencia.

Podría pensar que en un inicio partimos de una hipótesis de que Mario y Adriana estaban interesados por igual en el bienestar de Axel, sin embargo, hubo dos principales momentos que invitan a descartarla. Uno fue en la primera etapa del proceso cuando parecían darle mucha importancia quién es hijo de quién, el otro fue cuando conocimos a Axel en la sesión familiar. En ese momento se descartó por completo esa idea de interés mutuo, ya que el rechazo por parte de Mario hacia Axel era muy notorio y contrastante con el trato que mostró a Luis. Se puede construir la idea de que el rechazo de Mario a Axel puede ser debido a no ser su hijo sanguíneo, además de que muestra usar ese argumento para reclamar a Adriana en la relación pareja, usando expresiones como que ella no lo deja ejercer autoridad con Axel porque ella lo sobreprotege.

En este caso me resultó notorio lo que enuncia Fishbein, (1982) sobre los hijos de relaciones anteriores teniendo un lugar de mayor vulnerabilidad. Se mostraba en la relación entre Axel y Mario, que estaba marcada por un fuerte rechazo. Mostraron una dinámica en la que Mario exigía un lugar de autoridad mientras saboteara la relación de Axel y Adriana, tal dinámica se prestaba a incidir de nuevo en el tema de pareja cuando Mario utiliza a Axel para desacreditar a Adriana y su rol de madre-esposa.

De cierta forma, yo me sentía en una transición constante de querer usar el efecto unificador del rol de Axel en la familia para poder focalizar la dinámica de la organización de la pareja respecto a la crianza, pero también de ser muy puntual a no sólo hablar de lo que él hacía, creo que esa fue mi manera de no caer en la demanda de “arreglar” a Axel y mantenerme con una mirada circular. Intenté propiciar que se hablara de cómo Axel estaba viviendo las situaciones, que se tomara en cuenta su experiencia y se comprendieran sus motivos, lo busqué manejar de esa manera porque tenía la expectativa de que eso lo podría mover de lugar e invitaría a Mario y Adriana a mirar diferente la situación. Se notaba que les costaba trabajo y era muy sencillo regresar a hablar de lo que estaba mal y a las acusaciones, lo cual se puede prestar a suponer lo amenazante que resultaría para el sistema cambiar.

Me hubiera gustado que Axel llegara por nuestra invitación, más que por una urgencia de su familia para controlarlo, sin embargo, en nuestra agenda como terapeutas era importante trabajar con la dinámica que se daba desde la pareja. Yo me sentía de acuerdo y me hacía sentido, pero al conocer a Axel en persona y escuchar su versión de lo que vivía, hizo que todos sintiéramos la necesidad de movernos de lugar. A mí me hizo sentir en un lugar mucho más protector y desde esa sesión yo notaba que, si el niño hablaba de cosas que no le parecieran a Mario, iba a estar en riesgo cuando regresara a su casa. Pienso en la responsabilidad que tenemos como terapeutas cuando trabajamos con más de una persona y hay dinámicas de disparidad, en la importancia que cobra que el manejo de la sesión no coloque a nadie en una posición vulnerable ante los demás y les arriesgue fuera de la sesión. Creo que considerar esas nociones se vuelve resultado de una cibernética de segundo orden, ya que implica responsabilizarse también de las intervenciones que se realizan, e igual como resultado de la ética de trabajo con la que trabajemos con quienes nos consultan.

A partir de la sesión con Axel, Luis, Adriana y Mario, me fue mucho más sencillo tomar una postura más directiva respecto a lo que Adriana y Mario estaban haciendo. Cabe mencionar el papel del equipo terapéutico para lograrlo, ya que sus aportaciones podían ser expuestas de manera más directa, permitiendo cuidar mi alianza con la familia. Me resultaba más sencillo poder cuestionar a Adriana y Mario teniendo el respaldo de que podría estar de acuerdo con el equipo, pero igual cuestionarlo con ellos, también ayudó a contener a Adriana cuando la información estaba siendo muy novedosa.

Cuando estuvimos en la parte del proceso en la que ella rompió con la idea de que estaba cuidando a Axel, fue claro para mí desde una mirada constructivista (Glaserfeld, 1996), que hubo una perturbación para ella que podría permitir la entrada de nueva información e iba a facilitar no regresar en automático a pautas anteriores. Considero que lo mencionado por el equipo tuvo un efecto poderoso en la forma en la que Adriana miraba la situación, pero que requirió mantener ese impacto las sesiones posteriores, ya que parecía tener una intención más protectora hacia Axel, pero con conductas que llevaban a más de lo mismo, por lo que resulto importante ir delineando con ella cuando las acciones correspondían al cuidado y comprensión que ella intentaba mostrar.

El trabajo final con Adriana me dejó con la esperanza de que quizá tendría más en mente el fortalecimiento de su relación con Axel, creo que también le logré transmitir que pensaba que era capaz de hacerlo y que estaban en un buen momento para construir una relación más cercana.

Al final del proceso, al intentar contactar a Adriana para tener una sesión con ella y con Axel, recibí un mensaje de agradecimiento de su parte. En su mensaje, expresó que la ayudamos mucho, que ve a su hijo ser un niño más feliz y que se sentía más determinada a priorizar su relación con él y con Luis sobre su relación con Mario.

A manera de reflexión, considero que para conocer los movimientos estructurales de la familia hubiera sido muy interesante conocer la historia de las otras hijas de la pareja, las diferencias de trato entre Axel y Luis por parte de los adultos que les rodean, y el desarrollo de la relación de pareja de Mario y Adriana. Hablar de dichas historias, pudo haber tenido el efecto de descentralizar a Axel del problema permitiendo abordar de frente la dinámica familiar, siguiendo la propuesta de Freidberg (1989) sobre colocar el síntoma en la familia.

Quizá una sesión con Mario a solas pudo haber sido de utilidad en otro momento, conocer sus intereses sobre Axel y su familia para contrastar sus deseos hacia la convivencia familiar con lo que en realidad estaba promoviendo. También hubiera sido útil conocer su genograma y las premisas que tenía sobre paternidad. Sin embargo, creo que ser una terapeuta joven y practicante me hubiera puesto en una posición que Mario podría descalificar, por lo que la planificación del caso y mantener mi postura como terapeuta experta hubieran sido un reto adicional.

Parece que realmente la familia estaba en un lugar de mayor estabilidad que en otros momentos respecto a la situación de vivienda, de trabajo y con un acuerdo por mantener la pareja, pero también pudo ser de utilidad conocer el rol de los papás de Adriana, ya que Mariana acudió con ellos para huir de lo que pasaba entre su mamá y Mario. También de cómo intervenía la familia de Mario en la dinámica entre Adriana y sus hijos.

Me parece que Adriana se encontraba en una dinámica de violencia en la pareja que me hubiera gustado que tuviera el espacio de trabajar, quizá hoy nombraría la dinámica de violencia, aunque considero que con ella se pudo abrir el espacio para nombrar todo lo que no estaba funcionando y transparentar que no notábamos que Mario quisiera aportar al bien de Axel en ese momento. Considero que Adriana se pudo haber beneficiado de un proceso individual para identificar la violencia de pareja y tener herramientas para atravesar las dificultades que esa situación le ocasionaba a nivel personal y familiar.

Al leer este caso hoy en día, prestaría más atención a no descalificar su rol en la familia, como cuando hablamos con Axel y le dijimos que su mamá estaba aprendiendo a cuidarlo mejor, me hubiera gustado agregar que vemos su disposición y que confiamos en que sus acciones serán acorde a la misma. Pude llegar a ser disruptiva en la manera que se percibía como madre, pero a la par, creo que fui enfática en señalar que también había otras maneras en las que podía relacionarse con su hijo, que estaban a tiempo de construir una mejor relación y que sí veíamos cosas que nos hicieran pensar que es posible.

También me hubiera gustado seguirle dando voz a Axel, aunque no pudiera asistir a las sesiones, escribiéndole cartas e invitándolo a respondernos, o asignando actividades a él y Adriana en la que ambos escribieran su experiencia con la tarea.

Creo que un reto para esta modalidad de trabajo es lo limitado que puede ser el tiempo, por lo que creo que trabaje desde modelos más directivos y con un claro énfasis en el cambio, pueden ser una gran herramienta. Si bien la Terapia Familiar continuó con su desarrollo teórico tras las propuestas de terapia estructural y de MRI, es importante reconocer la utilidad y vigencia que pueden tener para los casos que se presentan hoy en día. Los modelos que fueron los primeros en armar el cuerpo de la Terapia Familiar nos invitan a mantener la mirada en la familia como un sistema, con sus propias reglas y dinámicas, así como a ver las pautas de interacción y promover el cambio a partir de la experiencia; ya que esa mirada puede beneficiar a quienes llegan con nosotros y a mantener nuestros objetivos de trabajo.

En mis palabras y entendimiento, el objetivo de la terapia estructural es la reestructuración de la organización familiar y el de la terapia breve es romper con los intentos de solución que promueven el problema; podría pensar que a partir de lo que compartió Adriana al final de las sesiones y en análisis de post-sesiones, logramos incidir tanto en su estructura como en sus pautas problemáticas.

También me parece que hacer uso de una cibernética de segundo orden nos tuvo más implicados en cómo nos movía lo que pasaba en las sesiones, en saber que estábamos haciendo cortes en la realidad para trabajar en ellos y también para poder incorporar mis sentires al momento de hablar con los consultantes.

Elegí dejar de lado en este análisis algunos detalles e intervenciones que no se describen por mantener la congruencia teórica y por ser utilizados con menos frecuencia durante el proceso, pero que a fin de cuentas integran los resultados que tuvimos tras las sesiones. En este caso existieron intervenciones inspiradas en otros modelos, se mencionan los equipos reflexivos, pero hubo ideas desde lo estratégico de Haley y Madaness, de Milán y de terapia breve enfocada en soluciones que aportaron a mi trabajo con la familia. Considero que cuando estamos frente a las familias, usamos las herramientas de las que disponemos al momento, hay una gran parte de lo que se construye en el sistema terapéutico que te invita a tomar más unos caminos que otros, pero esa flexibilidad es la que considero nos permite mantener el enfoque de trabajo teórico, pero a su vez responder e intervenir desde lo que consideramos útil con cada caso en particular.

Desde distintas estrategias como insistencia en lados fuertes, enfoque, mantenimiento, cuestionamiento de verdades familiares, uso del espacio y consejo especializado, así como reencuadres, uso de recursos comunicativos e identificación paso a paso de la pauta para meter variaciones, sí se logran ver movimientos en esta familia, creo que se dejó un gran cuestionamiento de la mirada que tenía la familia Axel como el problema y buscamos dejar en Adriana caminos para lograr una relación de más cercanía con su hijo.

Me hubiera gustado continuar mi trabajo con ellos, creo que es sencillo quedarse con la idea de que siempre se puede hacer más, sin embargo, me atrevería más a confiar en las fortalezas de la familia y a que las siete sesiones que pudimos compartir con ellos hayan marcado una *diferencia que hace la diferencia*.

CAPÍTULO IV CONSIDERACIONES FINALES

Este capítulo me permitiré escribirlo en primera persona, ya que busco refleje mi experiencia en la travesía por la maestría. Aquí, hago un recorrido por las competencias adquiridas, incluyendo las teóricas conceptuales, clínicas, de investigación, de difusión y ética profesional. También comparto las reflexiones de mi trayectoria en la formación, de mi evolución profesional y personal a lo largo de la maestría.

4.1 Análisis de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, de investigación ética y compromiso social

Teórico conceptuales

El programa de residencia en Terapia familiar fomenta el aprendizaje y comprensión de las bases epistemológicas de la Terapia Familiar sistémica y posmoderna desde sus diversas propuestas terapéuticas. El programa de los cuatro semestres coincide con la historia y desarrollo de la Terapia Familiar, por lo que empezamos adentrándonos en las bases de la Teoría General de Sistemas, Cibernética, la propuesta de Bateson y el nacimiento de la Terapia Familiar en las Conferencias Macy. Más adelante fuimos haciendo una transición a las propuestas Constructivistas y del Construccinismo Social.

Los que estudiamos la maestría, hemos transitado una evolución teórica fascinante, que se inicia con una epistemología moderna y una cibernética de primer orden, que nos invitó a comprender las dinámicas en términos de retroalimentación y también entender qué promueve el cambio. Progresamos hacia una cibernética de segundo orden, que puede ser vinculada con el constructivismo, y nos permite dar cuenta que lo que vemos tiene más que ver con nosotros que con la realidad. Terminamos el recorrido con una epistemología posmoderna y posestructuralista, que permite abordaje desde el construccionismo social en el que se asume somos conocedores en conjunto. Este camino de paradigmas enriqueció nuestra perspectiva de la psicología clínica, preparándonos para abordar su complejidad con mayor matiz y contexto.

Los modelos terapéuticos que tuve la oportunidad de conocer fueron la Terapia Estructural, la Terapia Estratégica de Haley y Madanes, Terapia Breve del MRI o Centrada en el Problema, Terapia Breve Centrada en Soluciones, el Modelo de Milán, Terapia Narrativa, la Terapia Colaborativa de Anderson y Goolishian, la propuesta Dialógica de Bertrando, Sesión Única y Equipos Reflexivos.

Suena retadora la posibilidad de resumir en un grupo de modelos el desarrollo que la Terapia Familiar ha tenido en poco más de medio siglo, pero más retadora me parece la idea de generar un plan de estudios de dos años que pretenda comprender un poco de todos. Sin embargo, la residencia pone empeño en instruir bases sólidas para que el conocimiento vaya teniendo sentido, es entonces que el proceso de aprendizaje se vuelve una experiencia de relacionar la información para acomodarla y darle significado.

La transición del enfoque epistemológico desde una Licenciatura en Psicología, con paradigmas centrados en la individualidad y procesos mentales, hacia perspectivas de pensamiento sistémico y posmoderno implica un proceso complejo que requiere adaptabilidad. Este cambio no solo involucra la asimilación de nuevos referentes teóricos, sino también la reconfiguración de las propias concepciones de la realidad, el conocimiento y la práctica profesional.

Definitivamente esto no se logra de un semestre a otro, pero el recorrido a lo largo de los años ayuda a darle sentido y valor a la información. La experiencia de aprendizaje no termina al concluir con la Residencia, sino que continúa invitando a la curiosidad y a seguir dándole significado a los conocimientos. Estos, a su vez, se integran en la práctica, permitiéndonos ofrecer un servicio congruente con las premisas que sustentan la Terapia Familiar.

Clínica

La residencia en Terapia Familiar es caracterizada por sus horas destinadas a las prácticas, que van aumentando conforme avanza el programa. Las sesiones que ofrecemos son supervisadas, ya sea en vivo en cámara de Gesell, o en relato. Además, las prácticas también incluyen pre y post sesiones grupales, que permiten un análisis profundo de los casos que atendemos, dando cabida a entrelazar la teoría con lo que observamos. Tuve la oportunidad en desempeñarme en los roles de terapeuta, co.-terapeuta y equipo reflexivo, lo que me permitió desarrollarme teniendo diferentes perspectivas y aprendiendo de la mirada de mis compañeras y supervisores.

En 2020, mi último semestre de la maestría se vio afectado por el paro de las actividades académicas debido al legítimo reclamo para detener la violencia de género en la Facultad, sumado a la pandemia de COVID-19. Este periodo, caracterizado por la carga práctica, se llevó a cabo principalmente en modalidad en línea. La adaptación a plataformas digitales y

la ejecución de la atención a distancia fueron desafiantes, enfrentando problemas de conexión y limitaciones en la lectura del lenguaje corporal. Sin embargo, surgieron beneficios, como la posibilidad de recibir preguntas o comentarios en tiempo real por parte de las y los supervisores, no tener que desplazarse para recibir la atención y la facilidad para grabar las sesiones. A pesar de los obstáculos, esta experiencia resaltó tanto desafíos como ventajas, subrayando la flexibilidad y nuevas dinámicas que la educación en línea puede ofrecer.

Entender fenómenos como violencia de género, desigualdades y la diversidad de contextos fue algo que marcó las prácticas clínicas en la maestría de una forma muy directa, ya que nos posiciona como terapeutas y nos invita a reconocer nuestros alcances. Como lo sostienen los feminismos, *lo personal es político*, considero que la terapia también lo es, asumir posturas ante tales fenómenos se vuelve inevitable. Desde mi perspectiva, la mayoría de los modelos teóricos de la Terapia Familiar pueden ser compatibles o adaptables para integrar una mirada más interseccional y de justicia social en el trabajo clínico. Afortunadamente, tuve la valiosa experiencia de trabajar con supervisores y supervisoras que, a través de su ejemplo, nos invitaron a comprender la complejidad de los sistemas que influyen en las y los consultantes. Este aprendizaje me ha comprometido a llevar estos saberes a mi práctica clínica, guiando mi trabajo con las personas que confían en llevar su proceso terapéutico conmigo y reforzando mi convicción de la necesidad de una terapia inclusiva, reconocedora de la diversidad y comprometida con la justicia social.

Considero que las prácticas clínicas nos brindaron la oportunidad de experimentar en carne propia el cambio de posicionamiento que conlleva el recorrido teórico del programa. En un inicio, me recuerdo más implicada en contrastar lo que veía en los casos con lo que las explicaciones teóricas, prestaba detenida atención al planteamiento de objetivos, a hacer preguntas orientadas al cambio, a dejar tareas que aportaran al proceso y a comprender cómo el contexto afectaba a las personas que tenía enfrente. Con el tiempo, me fui dando la oportunidad de ser más curiosa, de reconocer y asumir mis propios prejuicios, adoptar una postura de “no saber”, concebir las vidas de mis consultantes como historias y ser consciente de la multiplicidad de voces presentes en el diálogo. No creo que haya representado para mí una elección entre lo moderno y posmoderno, lo pienso más bien como una evolución de habilidades y saberes que me han otorgado una riqueza de perspectivas. Me siento agradecida por la integración de ambas corrientes, equipándome

con valiosas herramientas para acompañar con empatía y comprensión a las personas con las que tengo el privilegio de trabajar.

Investigación y difusión

A lo largo del programa, se nos impartieron seminarios destinados al desarrollo de las habilidades de difusión e investigación. Como finalidad de dichos seminarios, realicé dos proyectos de corte cuantitativo y uno de corte cualitativo, que me permitieron poner en práctica los conocimientos de metodología, de interpretación y discusión de resultados.

Uno de los proyectos de corte cuantitativo se titula “Resiliencia y regulación emocional en padres cuidadores de personas con discapacidad”. El segundo fue un instrumento de medición titulado “Inventario de disciplina positiva para padres”, que fue realizado de manera grupal con mis compañeras Paulina Medina Mora Maurer, Alejandra Juárez Escamilla y Guisela Alejandra Reyes Medina. Para su ejecución, hice un marco teórico y de antecedentes, realicé un diseño de dimensiones y reactivos, utilicé diversos métodos para corroborar validez y confiabilidad de las pruebas y contrasté los resultados de la teoría y lo reportado en las muestras para generar análisis y discusiones.

Para investigación cualitativa, realicé una investigación en grupo con mis compañeras Alejandra Juárez Escamilla y Guisela Alejandra Reyes Medina bajo el título de “Estudio de caso de una madre soltera que tiene una hija con discapacidad visual”. Su paradigma central es constructivista y su estrategia de investigación es estudio de caso intrínseco.

Como parte del desarrollo de habilidades de difusión del conocimiento, presenté en el XIII Congreso de Posgrado en Psicología de la UNAM un cartel titulado “Co-Construcción de los rituales familiares”, en el que presenté una parte del proceso de un caso que atendía en práctica supervisada. Tuve la posibilidad de exponer la utilidad que tienen los rituales familiares en casos en los que se ha perdido un familiar.

Además, promoví y participé como moderadora en un conversatorio llamado “Ética desde la mirada posmoderna: repensando las prácticas terapéuticas”, junto a mi compañera y amiga Paulina Medina Mora Maurer. Este conversatorio se llevó a cabo de manera virtual, dirigido a psicólogos, psicólogas y terapeutas familiares, su responsable fue la Dra. Noemí Díaz Marroquín. Contamos con la participación en la mesa de diálogo de la Mtra. Miriam Zavala Díaz, la Mtra. Nora Rentería Cobos y el Dr. Gerardo Reséndiz Juárez.

Como resultado de este apartado, podría pensar que las competencias que adquirí en la formación son amplias y cumplen con el objetivo de que sea profesionalizante, ya que favorece que pueda atender y hacer frente a diversas situaciones relacionadas con el bienestar y desarrollo de las personas con las que llegue a trabajar.

Ética y compromiso social

En la formación, se promueve constantemente una reflexión sobre la ética de nuestro trabajo y en dirigirnos hacia una labor con compromiso social. Tuve la oportunidad de participar en espacios de diálogo y reflexión con profesoras y profesores que enseñan, desde el ejemplo, la importancia que tiene manejarse con profesionalidad, compromiso y responsabilidad con las personas que trabajamos.

Como psicólogas, nos regimos por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), que plantea principios que guían la labor de quienes ejercemos prácticas en Psicología. Entre dichos principios, se encuentran el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad en las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

A su vez, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF, 1999), difundió un Código Ético específico para terapeutas familiares, que incluye apartados de:

- Responsabilidad con los pacientes
- Confidencialidad
- Capacidad e integridad profesional
- Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados
- Responsabilidad con los participantes de investigaciones
- Responsabilidad a la profesión
- Arreglos financieros
- Publicidad

Tener guías claras, como los Códigos Éticos, son de suma importancia para orientar y encuadrar nuestro trabajo y así ofrecer un servicio que procure siempre el bienestar e integridad de las personas que consultan.

En mi experiencia, mi formación me llevó a explorar de manera consciente mi posición en el mundo, cuestionándome los ejes que me atraviesan, como género, clase, orientación sexual, entre otros, así como reflexionando sobre mis propios prejuicios respecto a las diversas situaciones que las personas enfrentan y que pueden llevarlas a buscar terapia. Estos cuestionamientos han impulsado que desarrollemos una mayor conciencia de nuestro posicionamiento en el proceso terapéutico y frente a los problemas planteados, ya que, a final de cuentas, trabajamos con nuestra persona y nuestras ideas se entrelazan con lo que ofrecemos. Desde mi perspectiva, cuando damos terapia, no podemos pasar por alto el impacto de nuestra postura, ya que así podemos ofrecer un espacio sensible a las necesidades de las poblaciones que busquen nuestro trabajo.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia e implicación en la persona del terapeuta

La maestría fue una etapa de mi vida que solía comparar con estar en un capullo para después ser mariposa, así de radical se sentía para mí la experiencia de cambiar tanto en tan poco tiempo. A su vez, vivirlo así me permitió disfrutar de la comodidad de crecer en un ambiente que me resultaba sumamente nutritivo y que representara mi principal prioridad y preocupación, también emocionada por “volar” al mundo al final, a ser y compartir todo este nuevo ser que me considero hoy.

Ser aceptada en el programa fue, a su vez, emocionante e intimidante, sentí un compromiso enorme con “dar el ancho”. Así viví el inicio, en primer semestre recuerdo lo complejo que fue volver a estudiar, a pesar del poco tiempo que había pasado desde que terminé la licenciatura. Fue una adaptación para dedicar tanto tiempo a horas de lectura, a presentaciones y al desarrollo de investigaciones, definitivamente no lo hubiera logrado sin todas las personas (y una perrita muy mimada) que me acompañaron en ese momento. Aunque, al revivir ese momento, lo que principalmente recuerdo es la emoción y sed de aprendizaje tan grande que me llenaba durante las clases.

Terminar de leer un capítulo de Minuchin, subrayar lo más sorprendente de los textos de Epistemología, preparar las exposiciones para el seminario de entrevista y hacer ensayos para la clase de teorías y modelos, fue lo que empezó a ocupar mi tiempo y espacio mental, constantemente sentía admiración por las ideas de los/as autores/as y de mis profesoras. Fue un abrir de ojos enorme para mí, representó una manera diferente de mirar al mundo, las relaciones y de entender las experiencias de las personas.

En segundo semestre me fue más conocido el territorio de la maestría, sus expectativas y su ritmo, por lo que me sentía más preparada para todo lo que ese nuevo periodo trajera para mí. Comenzar las prácticas en vivo me recordó mucho cuando estudiaba danza y aprendí a dar estas vueltas llamadas “pirouettes”, ya que, para dar un giro de este tipo, debes estar atenta a la posición de tus músculos, saber cómo colocarte para tener el impulso adecuado, tener la fortaleza para mantenerte y a la vez, tener la soltura para que tu cuerpo se deje llevar por la inercia del giro. Dar sesiones en vivo implicó ser observada y evaluada, tener la teoría de guía, escuchar tu diálogo interno, seguir indicaciones de las supervisoras, escuchar a las personas, saber qué preguntar y por qué lo preguntas, estar en contacto con el sentir de las personas que tienes enfrente y con el tuyo, y construir hipótesis. Todo esto, mientras intentas estar presente e implicada en lo que pasa, y usas un poco de lo que te dicta tu instinto y tu corazón.

Ese mismo semestre comencé prácticas en el Centro Comunitario MacGregor, justamente con el caso que presento en esta tesis. Trabajar en espacios así, me hizo voltear a mirar la complejidad de todo lo que rodea a una familia, de cómo pueden ser atravesadas por distintos ejes que influyen en su funcionamiento nuclear. Constantemente sentía que el trabajo que pudiéramos hacer en consultorio se quedaba corto con todo lo que la gente llega a enfrentar, pero fui haciéndome a la idea de que trabajar con ellos/as era apostarle a sus fortalezas y recursos, era mantener una esperanza de que podíamos ofrecer espacios de reflexión y cambio que les permitiera tomar decisiones y establecer vínculos diferentes, que reflejen lo que quieren para sus vidas.

Trabajar en co-terapia y equipo fue muy enriquecedor, conocí el valor de aprender en colectivo, ya que cada una de las personas que participaba tenía algo que aportar. Claro que no siempre fue sencillo integrar todas las miradas, supongo que eso tiene que ver con las diferencias que se van ocasionando en los grupos de maestría, pero a final de cuentas, todos/as los/as presentes compartimos la experiencia de trabajar con personas, de buscar ofrecerles lo mejor que podíamos y de aprovechar lo que los modelos nos han otorgado para acompañar a nuestros consultantes.

Tercer semestre llegó con un vuelco epistemológico muy interesante, ya que comenzamos a integrar modelos posmodernos a nuestros seminarios y prácticas, lo que implicó que a veces teníamos que “cambiar de lentes” de una clase a otra. Creo que experimentarlo así enriqueció mucho de mi estilo terapéutico, ya que desde el inicio yo me sentía más identificada con las miradas de la posmodernidad, pero los saberes que me han

ofrecido los modelos modernos me han dado mucha estructura, me han invitado a pensar en términos de proceso y de mirar las pautas en las interacciones. Esa transición tuvo sus desafíos, pero fue el semestre que teóricamente más disfruté, las lecturas de Milán, de terapia Narrativa y de Teorías y Modelos me llegaban a conmover, a esperanzar, a darme la oportunidad de navegar la incertidumbre y de explorar mis prejuicios y posturas ante lo que pienso del mundo.

Algo que atesoro mucho de la formación en la maestría es la perspectiva de género, que hoy en día la pensaría como una perspectiva interseccional. La mayoría de los/as autores/as que leí, solían ser de otras nacionalidades y contextos, por lo que las clases y supervisiones me ofrecieron una interpretación y adaptación a las necesidades y problemáticas que suelen atravesar las personas en México. Esta etapa en mi vida fue la que comencé mis acercamientos a los cuestionamientos de género, llegábamos a ver muchos casos que incluían la problemática de violencia a las mujeres, aunque no fuera el motivo de consulta. Era doloroso ver lo que injustamente ellas vivían en sus relaciones, pero recuerdo los aprendizajes de mis maestras cuando nos invitaban a ver a las mujeres como sobrevivientes en lugar de víctimas, también a buscar que la terapia fuera un espacio de agencia personal para ellas.

Trabajar con hombres que ejercían violencia también fue un reto muy importante, ya que era difícil (y sigue siendo) llevar un proceso con alguien que tiene conductas tan perjudiciales y con las que estás en contra, pero uno de los aprendizajes que más me quedo es separar a la persona del problema, sin que eso implique separarla de su responsabilidad. La neutralidad fue un concepto que fue cambiando a lo largo de mi travesía de la maestría, porque pasó de ser una postura de mantener la misma "objetividad" con todas las personas del sistema a propiciar espacios de diálogo y cambio a todos/as, pero implicando también mi postura política y posicionamiento ante las situaciones que presenten. Tercer semestre me abrió la posibilidad de cuestionar muchas ideas clásicas de este tipo, para abandonarlas o adaptarlas a visiones que fueran útiles y me hicieran sentido.

Cuarto semestre se complicó por el paro de actividades previamente mencionado y por el confinamiento que derivó de la pandemia de COVID-19. La mayoría de las clases y supervisiones tuvieron que ser adaptadas y no tuve tanta posibilidad de práctica como iba a tener en condiciones regulares. Sin embargo, la mayoría de mis profesoras y profesores hicieron un gran esfuerzo por continuar con el programa y ser flexibles con nosotros/as debido a la crisis que pudo representar para cada uno/a esta situación de emergencia. Debo

confesar que no me representó una dificultad la adaptación a la virtualidad, sumado a que podía disponer de más tiempo para leer y estudiar del que contaba cuando me trasladaba a la facultad, realmente me siento agradecida de que hayan existido herramientas que me permitieran continuar con mis estudios y que ofrecieran alternativas seguras para seguir trabajando en equipo.

Fue un semestre del que no tengo claridad respecto a cuando empezó y cuando terminó, pero me permitió desarrollar y practicar mucho de lo que había aprendido hasta ese momento, me sentía más libre y segura de trabajar con mi estilo terapéutico. Considero que, accidentalmente, me dio la posibilidad de transitar de la maestría al mundo real. No supe en qué momento salí del capullo, pero de pronto estaba volando, dando sesiones por parte de la maestría y de práctica privada sintiendo que estaba honrando todo lo que mi formación me brindó.

En mi opinión, la maestría en Terapia Familiar te reta a pensar de manera circular y “viva”, refiriéndome a que es un proceso continuo y en conjunto con las demás personas que te acompañan y aprenden contigo. Lo que se construye en cada clase me parece complicado de replicar en otra, por todos los elementos que le componen y le dan particularidad a lo que se aprende. Agradezco infinitamente a todas las personas que confiaron en mí y me dieron la oportunidad de acompañarlas, porque ellas son pilares importantes en la terapeuta que soy hoy en día.

No sé si realmente “di el ancho” de lo que se espera de una terapeuta egresada de la maestría, quizá los criterios para afirmarlo en ese entonces son diferentes para mí ahora, lo que sí sé es que no pude haber elegido (o ser elegida) por un mejor lugar. Me brindó un espacio para desarrollar mi compromiso con las personas que acuden a terapia, procurando siempre su cuidado y ofrecerles lo mejor que me sea posible. A partir de la maestría incorporé principios invaluable a mi práctica, como realizar un trabajo que colabore con la justicia social y cuestione las estructuras de poder, buscando siempre devolver la agencia personal a quienes llegan terapia. Aprendí a darle lugar a mi “persona del terapeuta”, concepto que fue nuevo para mí, a escucharme y darme la oportunidad de estar con las otras personas desde lo que soy y lo que pienso, sabiendo que mi “instinto” está nutrido de múltiples voces, de autores/as, maestras/os y colegas. Claro, siempre dando espacio a la reflexión y al cuestionamiento de las hipótesis que construyo, asumiéndolas como más y no como la realidad. También me permito asumir la postura de “no saber”, para construirme

cada día mejor, reconociendo mis limitaciones y comprometida con seguir mi formación para seguir ofreciendo un trabajo nutrido de los saberes de más comunidades.

Definitivamente hay una Aranza antes y una después de haber cursado la maestría. Hoy puedo decir que estoy enamorada de mi profesión, es emocionante que siempre que conversas en terapia con alguien aprendes algo nuevo, constantemente tienes la posibilidad de maravillarte de lo que las personas son capaces de hacer a pesar de las adversidades. Es muy fácil desgastarse y abrumarse con los problemas que la gente enfrenta, pero regresar la mirada a las resistencias de mis consultantes es la herramienta más linda que he encontrado para acompañarles en el desarrollo de su vida preferida. Me llena de orgullo pensarme como parte de la comunidad de terapeutas que estamos profundamente comprometidos con hacer de la terapia un espacio seguro, un espacio donde las personas se atrevan a imaginar cosas distintas para su vida y se sientan capaces de ir las poniendo en práctica. He aprendido a mirar la terapia con mayor humildad, pensando que es un espacio más, de los muchos que existen, para construir diálogos que puedan transformar mundos; pero formar parte de algunos de ellos, con profesionalidad y estando “con” los/as otros/as, es lo más trascendente que se me ocurre puedo hacer como persona.

REFERENCIAS

- Arriagada, I. (2016) ¿Qué ha cambiado y qué permanece en las familias latinoamericanas? *Coyuntura demográfica*. 10. 31-39.
- Arango, A. C. G. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 103-113.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*, A.C. México: AMTF.
- Bebchuk, J. (1991). Circularidad: concepto teórico e instrumento clínico. *Sistemas Familiares*, 7 (3).
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona, España: Paidós.
- Bertalanffy, L. v. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Betancourt Ocampo, D., & Andrade Palos, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41. Recuperado el 24 de mayo de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012154692011000100003&lng=en&tIng=es
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja. Una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen Argentina.
- Brief Therapy Center. Recuperado de <https://brieftherapycenter.org> el 14 de mayo de 2019.
- Caraveo-Anduaga, J. J., y Martínez-Vélez, N. A. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud pública de Mexico*, 61(4), 514-523.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Caplan, P. J., y Hall-McCorquodale, I. (1985). Mother-blaming in major clinical journals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(3), 345–353.

- Carter, E. y McGoldrick, M. (1999). The family life cycle and family therapy: An overview. En E. Carter y M. McGoldrick (Eds.). *The family lifecycle: A framework for family therapy*. Nueva York: Gardner Press, Inc.
- Clemente, A. (1996). *Psicología del desarrollo adulto*. Narcea: Madrid.
- CONEVAL (2019). Pobreza en México. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>
- Cueli, J. Reidl, L. Mart, C. Lartigue, T. y Michaca, P. (1990). *Teorías de la personalidad*. Trillas: México.
- de Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax-México.
- Díaz, M. D. C., Nino, P. A. C., Ramírez, N. L. F., & Gómez, J. J. F. (2016). Salud mental infantil: Una mirada desde la salud mental comunitaria. *Carta Comunitaria*, 24(140), 33–50. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n140.5>
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar en México. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 225-258). México: Pax-México.
- Fernández, L.E. (2013). La familia: retos de hoy. Segundo Coloquio “Las Familias Mexicanas en la Actualidad”, Distrito Federal, México. Recuperado de: <http://www.cencalli.edu.mx/investigaciones/>
- Figueroa-Duarte, A. S., & Campbell-Araujo, Ó. A. (2014). Determinantes sociales de la salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil. El caso del TDAH. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2), 66-76.
- Fishbein, H. (1982). The identified patient and stage of family development. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8(1), 57-61.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2 (1), 30-39.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.
- Glaserfeld, E.v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En Packman, M. (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, vol. 1(pp. 23-49). Barcelona: Gedisa.

- Goldenberg, H., y Goldenberg, I. (1985). *Family therapy: An overview*. Cengage learning.
- Grupo Palo Alto Mexico. Recuperado de <https://sites.google.com/site/grupopaloaltomexico/home> el 14 de mayo de 2019.
- Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones Psi*, 12(27), 1-26.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1991). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014*. Base de datos: México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México, principales resultados*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2015). *Encuesta Nacional de los Hogares*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2015/doc/enh2015_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2016). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana (1 de marzo)*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares*, Recuperado de: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Barón, E. C., Breuer, É., Chandra, P., ... Saxena, S. (2018). Determinantes sociales de los trastornos mentales y los objetivos de desarrollo sostenible: una revisión sistemática de revisiones. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Mackinnon, L. (1983). Contrastando las Terapias Estratégicas y la Terapia de Milán. *Family Process*, 425-438.
- Martínez Salgado, Mario, y Rojas, Olga Lorena. (2016). Una nueva mirada a la participación masculina en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 635-662. Recuperado en 07 de mayo de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300635&lng=es&tlng=es.
- Mejía-Mendoza, M., Laureano-Eugenio, J., Gil-Hernández, E., Ortiz-Villalobos, R., Blackaller-Ayala, J., y Benitez-Morales, R. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 242-252. doi:<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.291>
- Melgar, L. y Lerner, S. (2010) *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM y El Colegio de México, A.C.
- Mental Research Institute. Recuperado de <https://mri.org/> el 14 de mayo de 2019.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Nichols, M., y Lee, W. (2014). Evaluación de familias y parejas: del síntoma al sistema. Ediciones Culturales Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona :Herder.
- O'Connel, A. y Russo, N. (1990). *Women in Psychology: A Bio-bibliographic Sourcebook*. Nueva York, NY: Greenwood Press
- Oliveira, W. A., Gea, B., Marcon, G. H., Oliveira, J. L. de., Dalpino, L. R. de S. C., Freire, T. N., y Dos Santos, M. A. (2022). Percepción de los profesionales de los determinantes sociales de la salud mental infantil. *Quaderns de Psicologia*, 24(1).

Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010) Hacia una propuesta de política pública para las familias en el Distrito Federal. México: INCIDE Social.

Organización de las Naciones Unidas, (2014). Familia-Organización de las Naciones Unidas.

Palacios-Cruz, L., Peña, F. D. L., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., y Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 34(2), 149-155.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud de México, (2001). *Programa de acción en Salud Mental*. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf

Secretaría de Salud de México, (2015). *Programa de acción específico. Salud Mental*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas

Szprachman, R. (2003). *Terapia breve: Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tapia, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.

Thomas, M. d. (2008) El origen del movimiento cibernético: las conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de historia de la psicología*, 261-268.

UNICEF (2019). La infancia. Los primeros años, La edad escolar y la Adolescencia. Recuperado en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6901.html

Vargas, P. (2004) Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz (Ed.) *La Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 1-27). México: Pax

Wainerman, C. y Geldstein, R. (1994) *Viviendo en Familia: Ayer y Hoy*. Buenos Aires: Losada.

Walters, M. Carter, B. Papp, P. Siverstein, O. (1991) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós: Buenos Aires.

- Wang, Q., y Zhou, T. (2015). The Impact of Family Functioning and Mental Health Condition on the Child's Behavioral Problems. *Social Behavior And Personality: An International Journal*, 43(7), 1135-1145.
- Watzlawick, P. (1999). La técnica psicoterapéutica del reencuadre. En G. Nardone y P. Watzlawick. *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Winkler, M. I. (2012). Historias de Mujeres: Presencias y Ausencias en la SIP. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(1), 67-78.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Wynne, L. C. (1961). The study of Intrafamilial Splits and Alignments in exploratory family therapy. En N. Ackerman (Ed.), *Exploring the Base for Family Therapy* (pp. 95-115). Nueva York, NY: Family Service Association of America.