



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

**CONTEXTOS QUE CUESTIONAN LA
MASCULINIDAD TRADICIONAL Y SU
IMPACTO EN LAS RELACIONES
FAMILIARES
DOS CASOS CLÍNICOS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
LUCÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DEL REPORTE:
COMITÉ TUTORIAL

MTRA. NORA CLAUDIA RENTERÍA COBOS
MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
DRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

CONTEXTOS QUE CUESTIONAN LA MASCULINIDAD TRADICIONAL Y SU IMPACTO EN LAS RELACIONES FAMILIARES DOS CASOS CLÍNICOS

REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL QUE PARA OBTENER
EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
LUCÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: **MTRA. NORA CLAUDIA RENTERÍA COBOS**
COMITÉ TUTORAL: **MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ**
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
DRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

MÉXICO CD.MX.

2018

Para mi familia:

César, por tu presencia y
apoyo constantes, sin ti no
hubiera sido posible
#tai

Lluvia, por ser mi fiel
compañera

X, por llegar al final de la
aventura a llenarme de ilusión.

Agradecimientos

A mi mamá por siempre impulsarme y apoyarme en todos mis proyectos.
A mi papá por siempre estar atento, dispuesto y por tu congruencia en la vida.
A Vale mi cómplice y aliada.
A Aura mi otra aliada que me impulsa desde el otro lado del charco.
¡Gracias por siempre ser familia!

A Laia, chiquita que llegó a ponernos en movimiento.
A Juan por ser el compañero de mi cómplice y por tu constante apoyo.

A Oscar, por tus historias compartidas. Gracias paje.

A Lilian, por cuidar tanto al señor y por estar presente.

A Emi, Gaby y Frida, por ser únicos y creativos.

A Nora Rentería por confiar y creer en mí desde el primer momento, por tu gran generosidad y por las muchas conversaciones que me permitieron cuestionar e irme convirtiendo en terapeuta.

A Gerardo Reséndiz por mostrarme una nueva forma de hacer terapia, por todo lo que me enseñaste, por las reflexiones y por hacerme crecer y enfrentarme a ser terapeuta.

A todos mis maestros y maestras por todo lo que me enseñaron durante dos años, por mostrarse y abrirse, por llevarme a cuestionar y a reflexionar. Me llevo algo de cada quien.

A Silvia Vite, por siempre estar atenta del grupo y por el trabajo que haces en la coordinación de la residencia.

A Jaime Winkler por los talleres que nos diste, los cuales me permitieron conocerme más y descubrir nuevas cosas sobre mí misma.

A mi comité tutorial, Dra. Paulina Arenas Landgrave, Dra. Rosario Muñoz Cebada y Dra. Luz María Rocha Jiménez.

Al Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", por tan cálido recibimiento y por el gran trabajo que realizan. En especial a Rosario Muñoz por tus enseñanzas, por mostrarme la importancia de la escucha y por creer en mí.

Al INR, por abrirme las puertas y permitirme ser parte de una institución de salud tan importante en México.

A mis compañeras y compañero de la maestría, de cada quien aprendí algo y siempre serán mi equipo terapéutico. En especial a mis dos fantásticas y fantástico por las risas, las confidencias, las horas y horas juntos, gracias por ir en este camino conmigo.

A Mari Pascual por estar atenta de nosotras y a Sergio Hernández por las correcciones de estilo.

A todas las personas con las que trabajé en terapia, por su confianza y por el trabajo que hicimos. Sin ustedes la formación no sería posible. Gracias por acompañarme en mi propio proceso.

A todas mis amigas y amigos, por quedarse aunque me desaparecí dos años.

A la UNAM por abrirme las puertas de nuevo, por la educación de calidad que brinda y por ser una gran institución. ¡Goya!

Al Conacyt por darme la oportunidad de dedicarme al estudio.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción y justificación	3
Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial	
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas	6
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica	19
1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	19
1.2.2 Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"	21
1.2.3 Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"	23
1.3 Cuadro de familias atendidas	26
Capítulo 2. Marco teórico	
2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos	34
2.1.1 Modelo estructural	34
2.1.2 Modelo de Milán	48
2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos	60
2.2.1 Género y masculinidad	60
2.2.2 Género y socialización de género	61
2.2.3 Masculinidad	65
2.2.4 Masculinidad tradicional hegemónica	69
2.2.5 Conclusiones	74
Capítulo 3. Casos clínicos	
3.1 Caso 1. "La familia G"	76
3.1.1 Integración del expediente clínico	76
3.1.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	88
3.1.2.1 Masculinidad	97
3.1.3 Análisis del sistema terapéutico total	99
3.1.4 Conclusiones	101
3.2 Caso 2. "La familia E"	104

3.2.1 Integración del expediente clínico	104
3.2.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	116
3.2.2.1 Análisis del sistema familiar	116
3.2.2.2 Análisis del caso basado en los sistemas de significado	121
3.2.2.3 Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas	126
3.2.2.4 Masculinidad	131
3.2.3 Análisis del sistema terapéutico total	133
3.2.4 Conclusiones	140
3.3 Los contextos que cuestionan la masculinidad en los casos presentados y una propuesta de trabajo	142

Capítulo 4. Consideraciones finales

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social	146
4.2 Reflexiones y análisis de la experiencia	149
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional	153
Referencias	158

Resumen

La terapia familiar se ha ido transformando con el pasar del tiempo. Sin embargo, desde sus orígenes ha puesto atención al contexto en que las familias se encuentran y cómo influye éste en el proceso terapéutico. En el presente reporte se hace un recorrido por el trabajo y la experiencia obtenida en la maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar. Haciendo énfasis al análisis de dos casos en los cuales el contexto fue muy relevante.

En los casos presentados se analiza el tema de la masculinidad de los varones al interior de las familias y como ésta pudo ser cuestionada por el contexto en el que se encontraban inmersos, así como la forma en la que dicha situación impactó sus relaciones familiares. La masculinidad se aborda desde una mirada de género que busca comprender qué ocurre con los varones dentro de una sociedad patriarcal. El trabajo realizado con las familias se llevó a cabo con los Modelos Estructural y Sistémico Relacional de Milán; y aunque el objetivo terapéutico inicial en ambos casos no era la masculinidad, en el análisis posterior el tema cobró relevancia. Se hace una descripción detallada de todo el proceso terapéutico realizado con las familias, considerando la postura de la terapeuta y la relación construida entre ella y las familias.

Palabras clave: terapia familiar, masculinidad, contexto, género, Modelo estructural, Sistémico relacional de Milán.

Abstract

Family therapy has been transformed over time. Nevertheless since its inception it has been focused in the context of families and how it may affect their relations. In this report the work and experiences obtained during the Psychology Master Program with specialty area in Family Therapy are presented with emphasis in two clinic cases where context was relevant.

Men's masculinity and the ways it could be questioned by the contexts are analyzed in the clinic cases presented. Also is examined the impact of that situation in their family relationships.

In general terms, masculinity is addressed by a gender perspective clearly focused on the comprehension of what happens with men in a patriarchal society. The clinic work with the families was done with the Structural Family Therapy Model as well as the Relational Systemic Therapy from Milan. The initial main objective of the therapy was not masculinity itself but it turned out in the subsequent analysis that it is a substantial topic.

Finally, a full description of the family therapeutic process is made, considering the therapist's posture and the relationship between her and the families.

Keywords: family therapy, masculinity, context, gender, Structural Family Therapy Model, Relational Systemic Therapy from Milán

Introducción y justificación

González (1999) define a la familia como un grupo doméstico con una organización social fundamental y con un papel protagónico en la reproducción cotidiana y generacional de los individuos. Parson (1980, citado en Echarri, 2009) considera que las familias tienen dos funciones básicas: la socialización primaria de los hijos y la estabilización de la personalidad de los miembros adultos. A su vez Rabell (2009) considera que las familias transmiten haberes, saberes y patrimonio y que el mundo familiar es un ámbito de afectividad, solidaridad y también es un espacio donde se gestan y reproducen asimetrías sociales. En otro sentido, Pérez (2011) considera que la familia existe a partir de la representación que hacen sus miembros de ella y que se va gestando a partir de historias, mitos, problemas, secretos, valores, etc. Desde otra mirada Ordaz, Monroy y López (2010) plantean que las familias son espacios de reproducción de los discursos dominantes y de inequidades de género, etarias y sociales, pero que a la par también pueden ser espacios favorables para la construcción y ejercicio de ciudadanía plena. Es decir, la familia es un espacio único de producción y reproducción del discurso dominante y hegemónico, que se ha basado en la idea positivista de una sola familia con ciertos roles establecidos, como una certeza que debe ser perseguida. Dos de los discursos dominantes que han mantenido y promovido la idea de familia nuclear a través del tiempo son: el sistema económico basado en un Estado de Bienestar y la construcción social del género. Este último fue el que tomé como base para el presente trabajo.

La construcción social del género es un constructo que atraviesa de forma

transversal a todas las familias e individuos, ya que se nos enseña a ser y actuar de cierta forma, dependiendo de nuestro sexo biológico. La familia es uno de los espacios idóneos para la socialización de dichas conductas esperadas para cada género y el tipo de masculinidad y feminidad de los miembros de la familia marcan muchas pautas de comportamiento entre ellos.

Al reflexionar sobre mi experiencia a lo largo de la maestría me di cuenta que tendía a excluir a los hombres en los procesos terapéuticos y que no podía comprender su posición como hombres dentro de sus familias, por lo que me pareció relevante analizar la masculinidad desde una perspectiva de género y como ésta puede influir en el resto de la familia. A partir de dos casos clínicos, en el presente trabajo busco entender lo que les ocurre a los varones con los discursos dominantes sobre la masculinidad tradicional hegemónica, así como la forma en la que su rol masculino o su "ser hombre" puede ser cuestionado por el contexto o situaciones ajenas a ellos y el impacto que esto tiene en su identidad o valía masculina. Como terapeuta familiar me parece indispensable incluir esta mirada en mi trabajo, no sólo para dejar de excluirlos sino para poder comprenderlos, ser más empática con ellos y quizá también para acompañarlos en la búsqueda de nuevas formas de ser hombres.

En el primer capítulo describo los principales problemas con los que las familias con las que trabajé se enfrentan, incluyendo aquellos relacionados con la masculinidad. También se incluye un cuadro de todos los casos en los que estuve presente de alguna forma a lo largo de los dos años de maestría y una breve descripción de los centros en los que llevé a cabo mis prácticas.

El capítulo dos es teórico, presento los dos modelos con los que abordé los casos tratados, que fueron el Modelo Estructural y el Sistémico Relacional de Milán, y una breve introducción al complejo y amplio tema de la masculinidad.

En el capítulo tres hice un análisis de dos casos, en los cuales considero que el tipo de masculinidad de los padres de familia y el no poder cumplir cabalmente lo esperado para su rol como hombres, tuvo un papel significativo en sus relaciones con el resto de la familia y en algunos de los problemas presentados por la misma.

Por último, en el capítulo cuatro planteo una reflexión sobre mi experiencia en la maestría, incluyendo aquellas habilidades que fui adquiriendo, un análisis sobre todo el camino recorrido y una reflexión sobre las implicaciones que tuvo la formación en mi persona como terapeuta.

Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

La sociedad mexicana ha experimentado transformaciones demográficas, económicas, políticas, sociales y culturales que han provocado cambios en las familias mexicanas, en cuanto a su estructura y dinámica, por ejemplo, reduciendo el tamaño de los hogares, el retraso o baja de la nupcialidad, el incremento de las uniones consensuales, de las rupturas conyugales, y de los hogares monoparentales, unipersonales y reconstituidos (Conapo, 2009). El impacto de estos cambios, así como otros problemas familiares, los pude observar a lo largo de los dos años de duración de la maestría en los sesenta y ocho casos de los cuales fui parte. Los principales problemas de las familias que atendimos estaban asociados con reacomodos familiares, adicciones, aspectos de salud mental, violencia en la pareja, separación, pobreza enfermedad y discapacidad. Atravesados de manera transversal por cuestiones de género.

En cuanto a los problemas cuyo origen era el reacomodo en la estructura o dinámica familiar considero que se pueden vincular con los cambios que las familias tienen a lo largo del ciclo vital de la misma, pero que no logran transitar sin conflicto. Estos problemas también pueden estar asociados con el ideal de familia que aún existe en nuestra sociedad, que implica una familia nuclear de pareja con hijos, lo cual puede generar que aquellas familias que no entran en dicha normativa se sientan fuera de regla. Sin embargo, aquí cabe aclarar que la diversidad es muy amplia y que como terapeutas familiares debemos considerar los distintos tipos de familia que existen. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llevó a cabo la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (Endifam) con el objetivo de conocer la diversidad

familiar existente en nuestro país. Para el desarrollo de ésta se utilizaron los conceptos de la investigación sociodemográfica que clasifica a los hogares en familiares y no familiares. Los hogares unipersonales y los de corresidentes, que son aquellos donde no hay un vínculo familiar entre los miembros, se encuentran dentro de los hogares no familiares. Los hogares familiares incluyen a los nucleares y extensos, los primeros pueden estar conformados por una pareja con o sin hijos (biparentales) o por el jefe de hogar que vive sólo con sus hijos (monoparentales); en los segundos, además del núcleo central hay otros parientes que pueden ser ascendientes, descendientes o colaterales y también se da la corresidencia del núcleo central con personas que no son parientes (Echarri, 2009). Para el 2011 se llevó a cabo de nuevo la Endifam y hubo algunos cambios en la clasificación de la familia. En la tabla 1 se muestra la clasificación.

Tabla 1. Tipos de hogares

Familiares	Nucleares	Estrictos	2 Cónyuges			
		Conyugales	2 Cónyuges	Hijos		
		Monoparentales	Padre o Madre	Hijos		
	Extenso		2 Cónyuges		Parientes	
			2 Cónyuges	Hijos	Parientes	
			Padre o Madre	Hijos	Parientes	
	Compuestos		2 Cónyuges		Parientes	No parientes
			2 Cónyuges	Hijos	Parientes	No parientes
			Padre o Madre	Hijos	Parientes	No parientes
No Familiares	Unipersonal		Una sola persona			
	Corresidentes		Varias personas sin lazos consanguíneos			

Fuente: Reporte de resultados Endifam 2011

En el reporte de resultados de la Endifam (2011) se informa que los hogares nucleares siguen siendo los más frecuentes, en una proporción de casi dos de cada tres de los hogares, lo que significó una disminución de 5 puntos porcentuales en comparación con la encuesta del 2005. Por el contrario, las familias extensas tuvieron un aumento de casi ocho puntos porcentuales y representan la tercera parte de los hogares mexicanos. Los hogares compuestos tuvieron un ligero aumento, los hogares unipersonales bajaron en 3.6 puntos porcentuales, lo que significa que hay menos gente viviendo sola y los corresidentes no tuvieron modificaciones y siguen siendo la minoría.

Hablar de diversidad familiar es complejo y amplio, ya que no existe una única clasificación. Sin embargo, considero que hay que tener presente la existencia de los diversos tipos de familia, ya que observé que muchos de los problemas presentados son derivados de que las familias se sienten "disfuncionales" porque no encajan en la norma.

Las familias, además de las crisis del paso por las etapas del ciclo vital de la familia --que pueden llegar a convertirse en problemas-- y los reajustes por los diversos tipos de familias, pueden atravesar por otro tipo de situaciones. A continuación presento algunas de las principales problemáticas de los casos atendidos y su incidencia en las familias mexicanas.

Adicciones

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, ENCODAT (ENCODAT, 2016) en México el 10.3% de la población de 12 a 65 años ha consumido cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, el 2.9% consumió en el último

año y el 1.5% en el último mes. En cuanto a una posible dependencia al consumo de drogas en el último año un .06% (546 mil) de la población se podría considerar como dependiente. En comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 hubo un incremento significativo en el nivel de consumo. La edad promedio de inicio de consumo es de 17.7 años en varones y de 18.2 en mujeres.

En el caso de la población adolescente, de 12 a 17 años, 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, siendo la marihuana la más consumida con 5.3%, seguida de los inhalables con un 1.3% y la cocaína con 1.1%. En la población adulta, de los 18 a los 65 años, el 15% ha consumido alguna vez en la vida, siendo la marihuana y la cocaína la de mayor consumo (12.8% y 5.2%, respectivamente).

Los Estados que reportan mayor consumo de drogas son Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5%).

Salud mental

La salud mental puede ser definida como un estado de bienestar en el que las personas llevan a cabo sus capacidades, superan el estrés normal de la vida, trabajan de forma productiva y aportan en su comunidad (Secretaría de Salud, 2014). La Secretaría de Salud a través de diversos programas ha buscado mejorar el acceso a la salud mental para la población mexicana, lo cual es indispensable ya que los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles y aumentan el riesgo de sufrir lesiones.

Según estadísticas, entre un 76% y 85% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento en los países de ingreso bajo y medio, comparado con países de ingresos elevados que es del 35% al 50% de personas que no reciben

tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el gasto mundial anual en salud mental es inferior a \$2 USD por persona, e inferior a \$0.25USD en países de bajos recursos (Secretaría de Salud, 2014). Esta situación deja en nuestro país a muchas personas sin atención de la salud mental.

En México, un estudio llevado a cabo en el 2003 (Medina-Mora, et. al., 2003) encontró que uno de cada cinco mexicanos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Que los trastornos con mayor prevalencia y cronicidad son los de ansiedad, y los más comunes: la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social. En el caso de las mujeres los trastornos que presentan con mayor frecuencia son las fobias específicas y sociales en primer lugar, seguidas de episodios de depresión mayor. En los varones los principales trastornos fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso del alcohol sin dependencia. Se identificó que la región centro-oeste del país, que incluye a los Estados de Aguascalientes, Jalisco (excluyendo Guadalajara), Colima, Guanajuato y Michoacán, es la que tiene la mayor prevalencia (36.7%) de trastornos presentados en algún momento de la vida, esto se puede explicar por el alto consumo de sustancias en la zona. Por otro lado, la región conformada por las tres áreas metropolitanas más importantes del país: CDMX, Guadalajara y Monterrey tienen la prevalencia más alta en trastornos de ansiedad; y la región norte, es decir Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo Monterrey), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas, los trastornos por uso de sustancia son los más comunes. Bajo este panorama es interesante saber que sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental ha recibido atención.

La atención en salud mental debería de ser prioritaria. Se estima que

aproximadamente el 9% de la población mexicana padece depresión, una de cuyas consecuencias es el suicidio, que es la cuarta causa de muerte en los hombres y la tercera en mujeres, con una mayor prevalencia en los varones. También se ha observado que existe un exceso de mortalidad en las personas con trastornos graves y que cada que vez fallecen en edades más tempranas (Cámara de Diputados, 2017).

Divorcio o separación

En México según el INEGI (2015) ha habido un aumento en el número de divorcios, pasando de un 4% en 1980 a un 19% en 2013. Los principales motivos de divorcio son: separación por mutuo acuerdo; separación del hogar conyugal; separación voluntaria unilateral; abandono del hogar por más de 3 a 6 meses, sin causa justificada; sevicia, amenazas o injurias o violencia intrafamiliar; negativa a contribuir voluntariamente o por sentencia del juez al sostenimiento del hogar; y adulterio o infidelidad sexual. Son las mujeres quienes solicitan más el divorcio que los varones y con un rango de edad promedio en las mujeres de entre 35 y 40 años y entre los hombres de entre 37 y 42 años.

Violencia

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, el 43% de las mujeres reportan haber vivido algún tipo de violencia a lo largo de su relación actual o última; la violencia emocional es la más común, seguida de la económica o patrimonial, después la física y al final la sexual. La violencia en la pareja según la ENDIREH (2016) tienen mayor prevalencia en el Estado de México, la CDMX, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca. Sin embargo, considero que estas cifras

únicamente reflejan la violencia que es visible y que se acepta como tal, ya que existe un gran número de violencias que no son reportadas e incluso que no son identificadas pero que tienen consecuencias similares y producen un gran malestar en las mujeres.

En cuanto a violencia familiar, según la ENDIREH (2016) el 10.3% de las mujeres mayores de 15 años vivieron algún tipo de violencia por parte de algún familiar, sin considerar al esposo o pareja. Los principales agresores han sido: hermano(a), padre o madre.

Por otro lado, según el INEGI en el 2011 hubo 21,000 denuncias de maltrato infantil; fue el Estado de Coahuila en donde hubo más, seguido de Nuevo León. Es significativo que en la Ciudad de México sólo se registraron 110 denuncias. Es relevante que el porcentaje de niñas que viven maltrato es significativamente superior al de los niños, lo cual se puede relacionar con la inequidad de género y el trato diferenciado que se da a mujeres y hombres en la sociedad patriarcal en la que vivimos, lo que trae como consecuencia la violencia de género que viven las mujeres en su vida adulta.

Pobreza

La pobreza es un problema grave en nuestro país, según cifras del CONEVAL (2015) en el 2014 un 37% de la población se encontraba en estado de pobreza moderada y un 9.5% en extrema. De dichos porcentajes el área rural es la que presenta mayor incidencia de pobreza, teniendo un 40% de pobreza moderada y un 20% de extrema.

Al 26% de la población se le considera como vulnerable por carencias sociales, que son el acceso a la educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y

alimentación (CONEVAL, 2015); es decir, no tienen acceso a alguno de estos derechos, aunque sus ingresos sean superiores a la línea de bienestar (Urbano \$2,542 pesos y rural \$1614). Únicamente al 20% de la población no se le considera como pobre y/o vulnerable.

Al respecto de las carencias sociales o derechos, el 58% de la población tiene carencia por acceso a seguridad social, el 23.4% tiene carencia por acceso a la alimentación y el 12.3% no tiene acceso a la vivienda. Sobre el ingreso, el 53.2% tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 20.6% tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo que es de \$1,242 pesos para el área urbana y \$868 para el rural.

Chiapas es el estado con mayor porcentaje de pobreza, con un 76.2% y Nuevo León es el estado con menor porcentaje de pobreza (20.4%). En cuanto a pobreza extrema, Chiapas también tiene el mayor porcentaje (31.8%) y el estado con menor índice también es Nuevo León con 1.7%.

Enfermedad y discapacidad

En México según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, existe una prevalencia de la discapacidad del 6%, es decir que 7.1 millones de los habitantes del país tienen mucha dificultad o no pueden realizar alguna de las siguientes actividades: "caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); mover o usar sus brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; y problemas emocionales o mentales" (INEGI, 2016:22). De los cuales el 47.3% son personas de mas de 60 años y el 34.8% tienen entre 30 y 59 años. Con una

mayoría de mujeres, ya que 3.8 millones de mujeres se encuentran en situación de discapacidad, comparado con 3.3 millones de hombres.

Según datos del INEGI la discapacidad para caminar, subir o bajar usando las piernas fue la más reportada con un 64.1%, seguida de la dificultad severa o grave para ver (aunque se use lentes) con un 58.4%, por otro lado un 38.8% reportó tener dificultades para aprender, recordar o concentrarse, un 33.5% para escuchar aunque se use aparato auditivo y un 33% para mover o usar sus brazos o manos. La dificultad para hablar o comunicarse fue la menos reportada con un 18%, precedida por las derivadas por problemas emocionales o mentales con un 19.6% y por la dificultad para bañarse, vestirse o comer con un 23.7%.

Los principales detonantes de la discapacidad son enfermedades (41.3%), edad avanzada (33.1%), problemas originados durante el nacimiento (10.7%), accidentes (8.8%) y violencia (0.6%). Las mujeres presentan porcentajes más altos de discapacidad provocada por enfermedad y edad avanzada, con un porcentaje de 43.5% y 35.6% respectivamente; mientras que en los varones la mayoría son causados por problemas durante el nacimiento (13.2%) y accidentes (11.9%).

En estudios llevados a cabo sobre las principales causas de muerte prematura y discapacidad (Lozano, et, al., 2013), se ha encontrado que en México la esperanza de vida saludable, es decir sin discapacidad, es de 67.1 años para las mujeres y 63.6 años para los varones, esto comparado con el promedio de vida de las personas mexicanas, implica que las mujeres pueden llegar a vivir los últimos 11.3 años de su vida con alguna discapacidad y los varones 10 años aproximadamente. Las principales causas de pérdidas de salud en las mujeres son: diabetes mellitus, enfermedad renal crónica,

cardiopatía isquémica, depresión mayor y trastornos musculoesqueléticos; y en los varones son la violencia interpersonal, la cirrosis, los accidentes de tráfico, la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus, y la enfermedad renal crónica.

Se ha encontrado que los principales factores de riesgo en los varones, que pueden ser determinantes en la aparición de problemas de salud, son el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, los niveles elevados de glucosa en sangre, la presión arterial alta y el consumo de tabaco y para el caso de las mujeres son el sobrepeso y la obesidad, la glucosa elevada, la hipertensión arterial, la baja actividad física y el consumo de alcohol y tabaco (Lozano, et, al., 2013).

Las problemáticas presentadas pueden generar diversos conflictos dentro de las familias, que deben ser tomadas en cuenta al momento de un proceso terapéutico. Todas pueden verse desde una mirada de género, ya que tanto el divorcio, la violencia, las adicciones, la salud mental, la pobreza, la enfermedad y la discapacidad tienen un aspecto diferencial según cada género.

Específicamente sobre la masculinidad se han identificado ciertos problemas sociales y de salud vinculadas a ésta. Para Bonino (2001, citado en Rocha, 2016) aspectos vinculados con el estilo de vida de los varones y la pretensión de cumplir con el ideal de masculinidad tradicional hegemónica (en el capítulo 2 describo bien este término) son factores de riesgo para su salud. Para el autor algunas de las situaciones que ponen en riesgo a los varones son la búsqueda por tener el control de ellos y de los demás y la competitividad; acciones que llevan a cabo dirigidas al éxito para evitar el fracaso, las restricciones afectivas y una ansiedad constante.

Diversos estudios sobre masculinidad y salud han hecho evidente que los

varones tienen riesgos diferenciales de enfermar o morir por el simple hecho de pertenecer al género masculino, ya que en la construcción de su identidad se instaura una forma de relacionarse con el entorno que incluye conductas de riesgo que atentan contra su salud (Juárez y Herrera, 2016). Para de Keijzer (2016) el género es un eje que explica muchos de los factores que intervienen en la salud de varones y mujeres, provocando trayectorias diferenciadas en cuanto a problemas de salud y su forma de atención. En la siguiente tabla se muestran las principales causas de muerte por género.

Tabla 2. Principales causas de muerte por sexo en 2010

Varones	Mujeres
1. Enfermedades del corazón	1. Enfermedades del corazón
2. Diabetes mellitus	2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos: próstata, tráquea, bronquios y pulmón	3. Tumores malignos: mama y cuello del útero. Hígado y vías biliares intrahepáticas
4. Accidentes: de tráfico de vehículos de motor	4. Enfermedades cerebrovasculares
5. Enfermedad del hígado: enfermedad alcohólica del hígado	5. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
6. Agresiones	6. Accidentes: de tráfico de vehículos de motor
7. Enfermedades cerebrovasculares	7. Enfermedades del hígado: enfermedad alcohólica del hígado
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	8. Influenza y neumonía
9. Influenza y neumonía	9. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
10. Ciertas afectaciones originadas en el período perinatal	10. Insuficiencia renal
11. Insuficiencia renal	11. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	13. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma

14. Lesiones autoinfligidas intencionalmente	14. Anemias
15. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	15. Agresiones
16. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	16. Septicemia
17. Síndrome de dependencia del alcohol	17. Enfermedades infecciosas intestinales
18. Septicemia	18. Úlcera gástrica y duodenal
19. Anemias	19. Poliartropatías inflamatorias
20. Enfermedades infecciosas intestinales	20. Embarazo, parto y puerperio

Fuente: de Keijzer (2016)

En la tabla anterior las causas de muerte marcadas en negritas son las que se pueden asociar con aspectos de género. Aunque las enfermedades de corazón y diabetes ocupan los primeros lugares en ambos géneros se sabe que existen factores predisponentes para su desarrollo que cambian según el género, así como su percepción, vivencia y cuidado. Es importante aclarar que la mortalidad total de los varones (332, 027) es mayor que la de las mujeres (259, 669) a pesar de que ellas cargan con el riesgo de los problemas asociados a la reproducción; lo cual nos puede llevar a pensar que los varones están en mayor riesgo de enfermar y morir (de Keijzer, 2016).

También es interesante recalcar que los varones se mueren más por accidentes y agresiones que las mujeres, así como por la dependencia al alcohol, el VIH y el suicidio, que no aparecen en las causas principales de muerte de las mujeres. Estas causas de muerte están íntimamente ligadas con el ideal de masculinidad tradicional hegemónica, en el que los varones se ponen en riesgo para lograr cubrir con lo esperado; por ejemplo, compitiendo entre ellos ya sea al volante o en peleas. La ingesta del alcohol también se ha vinculado con el rol masculino, la idea de que los varones deben ser muy sexuales y estar con muchas mujeres los lleva a tener

conductas de riesgo y la incapacidad de expresar emociones puede provocarles una depresión que desencadene en suicidio.

En el caso de los jóvenes de entre 15 y 19 años, las cinco principales causas de mortalidad, en hombres, son: agresiones (homicidios), accidentes de vehículos motor, suicidios, peatón lesionado y ahogamiento y sumersión. Para la mujeres jóvenes son: accidentes con vehículo de motor, agresiones (homicidios), suicidios, leucemia y nefritis y nefrosis. Es importante destacar que las tasas de mortalidad de los varones jóvenes son de tres a cinco veces más altas que las de las mujeres, por lo que hay una sobremortalidad de varones jóvenes, sumado a que sus cinco principales causas de muerte son violentas: en primer lugar el homicidio, seguido de tres tipos de accidentes y del suicidio, esto nos lleva a considerar que es alarmante la vulnerabilidad de los varones y que en buena medida están muriendo por su condición de género, ya que dichas causas de muerte se pueden vincular con la búsqueda constante de encajar en el prototipo de masculinidad tradicional hegemónica (de Keijzer, 2016).

Puedo concluir que los problemas por los que atraviesan las familias son diversos, que muchos de ellos se pueden interconectar y/o influir, por lo que como terapeutas es importante que estemos al tanto de la situación social, cultural, económica e ideológica, que va cambiando y provocando diversas situaciones en las familias. En cuanto a la masculinidad considero que es muy importante que en nuestra mirada no dejemos de observar lo que les pasa a los varones, que podamos entender que muchos de sus conflictos pueden estar atravesados por no poder cumplir con el prototipo y no encontrar nuevas, u otras formas, de ser y expresar su masculinidad.

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

Durante la residencia en Terapia Familiar realicé prácticas en tres lugares: en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" y en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra". Cada uno de estos centros tiene características particulares, distintos tipos de población y funcionan de forma diferente. A continuación presento una breve descripción de cada uno de ellos.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

En el año de 1981 el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" se creó con la misión de brindar al alumnado de la Facultad de Psicología un espacio para desarrollar, actualizar y consolidar sus habilidades profesionales; ofreciendo a la comunidad asistencia psicológica de evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales.

Los objetivos generales del centro son: que los estudiantes de nivel superior y posgrado tengan una formación clínica aplicada, en un espacio de enseñanza práctica y supervisión directa; es también una sede para el desarrollo de proyectos y programas de investigación. Se ofrecen servicios psicológicos, con diferentes aproximaciones teóricas, a la comunidad universitaria y al sector social, dando atención a niños, adolescentes y adultos, de forma individual, grupal, de pareja o familiar.

El centro se ubica en el sótano del edificio "D" de la Facultad de Psicología, cuenta con diez cubículos para terapia individual y preconsulta, cuatro cámaras de

Gesell (equipadas con equipo de audio y videograbación) y tres cubículos de retroalimentación biológica. Los servicios que se ofrecen son:

- Pre consulta
- Evaluación
- Referencia/canalización
- Tratamiento: individual, de pareja, familiar o grupal
- Prevención primaria a través de talleres con diversas temáticas

Para recibir atención psicológica las personas interesadas deben llenar una solicitud de servicio, con la cual se les asigna una cita para una entrevista o preconsulta. Después de dicha entrevista --y a partir de la información obtenida en la misma-- se les canaliza a alguno de los diferentes tipos de tratamiento y/o programas que existen en el Centro de Servicios. Tanto las entrevistas como los procesos terapéuticos son dirigidos por alumnos, quienes a su vez son supervisados por especialistas. El Centro cuenta con una plantilla de supervisores calificados en diversas áreas y temáticas; y actualmente es coordinado por la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

Los principales motivos de consulta atendidos son ansiedad, depresión, problemas de pareja, trastornos de la alimentación, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, dolor crónico y violencia. También se da atención psicológica enfocada en síntomas derivados de problemas de salud como diabetes, colon irritable, epilepsia, gastritis y cáncer.

La atención de gran calidad que se ofrece en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" es de nivel secundario y terciario. La formación clínica en el centro permite al alumnado tener la experiencia práctica y clínica necesaria para su

desarrollo profesional. Es importante resaltar que el Centro se encuentra en un constante monitoreo ya que debe acatar las normas de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 para mantener y garantizar la certificación de sus procesos (UNAM, 2015)

En lo personal, considero que mi experiencia en el centro fue muy valiosa para mi formación como terapeuta familiar ya que me permitió ser parte, como terapeuta o como equipo terapéutico, de procesos de terapia con diversas problemáticas y nivel de complejidad que quizás no podría tener en el ámbito privado o en otros espacios. Tener la oportunidad de participar como equipo terapéutico es una experiencia única, ya que me permitió escuchar distintas opiniones y conocer miradas diversas de los procesos terapéuticos.

1.2.2. Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"

Por iniciativa del "Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur" y en coordinación con la Facultad de Psicología de la UNAM, en el 2004 surgió el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", con el propósito de frenar el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, de violencia intrafamiliar y adicciones de la población del sur de Tlalpan y de tener otro espacio de formación donde el alumnado de la Facultad de Psicología pudiera desarrollar actividades de prevención, evaluación, intervención e investigación.

El Centro se ubica en la calle de Volcán Cofre de Perote 16, en la colonia Volcanes de la delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México. Se atiende a personas provenientes de las colonias aledañas y de comunidades cercanas como el Ajusco y Topilejo. En la zona hay pocas áreas verdes, escasos en los servicios públicos, la mayoría de las viviendas están construidas con materiales de baja y

mediana calidad y es frecuente que haya hacinamiento debido a que familias extensas habitan en la misma construcción. La población de la zona es, en su mayoría, de nivel económico medio y bajo, con un alto nivel de desempleo y subempleo.

Los principales objetivos del centro son: ofrecer servicios de evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o referencia institucional; participar en la formación de estudiantes mediante la supervisión clínica; llevar a cabo actividades académicas que fomenten la salud psicológica y el desarrollo integral comunitario; y hacer investigación enfocada en la detección de necesidades emocionales y psicosociales (Paz, 2016).

El centro ofrece atención a niños, adolescentes y adultos en las modalidades de terapia individual, grupal, de pareja y familiar; así como talleres, conferencias y acciones comunitarias enfocadas a la prevención. Actualmente el centro es coordinado por la maestra María Asunción Valenzuela Cota y está integrado por supervisoras especializadas en distintas áreas y alumnos de la Maestría en Psicología, del Programa Único de Especialidades en Psicología (PUEP) y de servicio social de la Facultad de Psicología.

Los principales motivos de consulta que se atienden en el centro son: enuresis, impulsividad, agresividad, depresión, ansiedad, problemas de conducta, violencia, adicciones, problemas de pareja y problemas de comunicación.

Las personas interesadas en recibir atención deben acudir al centro a una entrevista inicial, la cual es realizada por estudiantes del PUEP o de servicio social. Posteriormente, se lleva a cabo una supervisión, dirigida por alguna de las supervisoras del centro, en la cual se presentan los casos y a partir de diversas opiniones se decide qué tipo de atención se le puede ofrecer a la persona y si es posible dársela en el centro o si requiere ser canalizada a otra instancia. Una vez tomada dicha decisión se

consulta con la persona y, en caso de aceptar, se inicia un proceso terapéutico, guiado por estudiantes de maestría o del PUEP.

Hacer mi residencia en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" y haber sido supervisada por la maestra Rosario Muñoz me permitió ampliar mi visión de la terapia familiar, incorporando la mirada psicodinámica a los procesos. Considero que la experiencia me permitió crecer como terapeuta, ya que tuve la oportunidad de tener varios casos a mi cargo. El ambiente en el centro es muy amigable, lo cual facilitó que me sintiera muy cómoda trabajando ahí.

1.2.3 Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"

En 1951 la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Dirección General de Rehabilitación, la cual estaba conformada por diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades; veinte años después dichos centros se convirtieron en tres Institutos Nacionales: de Medicina de Rehabilitación, de la Comunicación Humana y de Ortopedia. Para 1997 estos tres Institutos se fusionaron y se creó el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), el cual, en el 2005 y mediante una modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se convirtió en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR); teniendo como objetivo la integración real de los tres Institutos.

Mantener la calidad en la investigación, enseñanza, atención médica y administración, ha permitido al INR obtener la Certificación del Consejo de Salubridad General de la ISO 9001. Es líder en la atención médica de alta especialidad y en la formación de recursos humanos en las áreas de ortopedia, medicina de rehabilitación, audiología y otorrinolaringología. A través de la realización de investigación científica, la

formación de recursos humanos y una atención médica especializada, la misión del Instituto es la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad.

El INR se encuentra en la Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan; al sur de la Ciudad de México, localizado cerca de la zona de hospitales de Tlalpan. Cuenta con las especialidades médicas de audiología, foniatría y patología del lenguaje; ortopedia; medicina de rehabilitación; medicina del deporte; oftalmología; otorrinolaringología; anestesiología; un área de servicios de diagnóstico y tratamiento; y dentro del Instituto se encuentra el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ).

Además del área de atención médica, el INR cuenta con una dirección de investigación, la cual se divide en dos subdirecciones: de investigación biomédica y de investigación tecnológica; y con una dirección de enseñanza, que imparte las licenciaturas de terapia de comunicación humana; terapia ocupacional y terapia física; y de rehabilitación; es sede de la maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud impartida por la UNAM, y de la maestría y doctorado en ciencias de la salud del IPN.

Específicamente, el área de Terapia Familiar depende del servicio de rehabilitación integral, por lo que las personas que llegan al área son derivadas por psicólogos que, después de hacer una valoración, consideran que es importante que el paciente tenga atención en el área familiar o de pareja. Los principales motivos de consulta en terapia familiar están relacionados con el impacto de la discapacidad en los diferentes integrantes de la familia y con diversos problemas no vinculados a la discapacidad pero que repercuten en la rehabilitación del paciente.

Mi experiencia en el INR fue muy gratificante y de mucho aprendizaje, ya que el hecho de insertarme en una institución de salud me llevó a replantearme algunos conceptos teóricos y a observar una posible forma de integrar lo normativo del área médica con mi visión menos normativa, sistémica y no diagnóstica de los procesos. En el proceso tuve que incluir los diagnósticos médicos en mis intervenciones y en mi relación con los pacientes.

1.3 Cuadro de familias atendidas

En mi formación como terapeuta familiar tuve la oportunidad de ser parte de 68 procesos terapéuticos, de los cuales fui terapeuta en ocho, co-terapeuta en catorce y equipo terapéutico en cuarenta y seis. En la siguiente tabla (tabla 3) se presenta un concentrado de todos los casos en los que participe durante los dos años de formación.

Tabla 3. Casos atendidos durante la residencia en Terapia Familiar

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"									
No. caso	Tipo	Caso	Participación	Terapeutas	Supervisor	Modelo	Motivo de Consulta	No. de sesiones	Estado
1	Familiar	Fam. J.R.	Equipo terapéutico	María de la Luz y Ricardo	Luz María Rocha	Estratégico	Disfemia	3	Alta
2	Familiar	Fam. J.G.	Equipo terapéutico	María de la Luz y Ricardo	Luz María Rocha	Estratégico	Problemas escolares	4	Alta
3	Individual	M.G.C .C.	Equipo terapéutico	Victoria y Anayanci	Luz María Rocha	Estratégico	Separación de pareja, violencia	9	Alta
4	Individual	S.E.O. H.	Equipo terapéutico	Victoria y Anayanci	Luz María Rocha	Estratégico	Develación de secreto familiar	1	Alta
5	Individual	A.C.	Co-terapeuta	Lucía y Vianey	Luz María Rocha / Nora Rentería	Estratégico / Colaborativo	Separación de pareja, hija con problemas de conducta	27	Alta
6	Familiar	Fam. P.R.	Co-terapeuta	Lucía y Ricardo	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Crisis familiares derivadas de problemas de salud	14	Alta
7	Familiar	Fam. S.	Equipo terapéutico	Vianey y Paola	Noemí Díaz	Estructural	Duelo Estructura familiar	13	Alta

8	Familiar	A.T.	Equipo terapéutico	Vianey y Paola	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Crisis Familiar, comunicación con los hijos	16	Alta
9	Individual	I.V.A.	Co-terapeuta	Lucía y Ricardo	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Abandono	6	Alta
10	Familiar	Fam. N.	Equipo terapéutico	Paola y Vianey	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Problemas familiares; comunicación madre hijo. Familia reconstruida.	1	Baja
11	Pareja / Individual	P.V.C. y M.R.R.	Equipo terapéutico	Victoria y Anayanci	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Violencia en la pareja, celos	16	Alta
12	Familiar	Fam. V.G.	Equipo terapéutico	María de la Luz y Angélica	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Problemas de ansiedad, hiperactividad infantil, padre en prisión	7	Alta
13	Familiar	Fam. I.G.A.	Equipo terapéutico	María de la Luz Lozada y Angélica	Noemí Díaz	Integración de Modelos	Reorganización familiar tras infidelidad y separación	9	Alta
14	Pareja	R.B.V y F.G.M	Equipo terapéutico	Ricardo	Carolina Díaz-Walls	Soluciones / Milán	Dificultades de comunicación	12	Baja
15	Familiar	E.G.R	Equipo terapéutico	Paola	Carolina Diaz-Walls	Estructural/ Milán	Adicción y dx de esquizofrenia dual de hijo. Crisis familiar.	36	Alta
16	Familiar	Fam. S.	Equipo terapéutico	Angélica	Carolina Díaz-Walls	Estructural	Separación de pareja, límites madre e hija.	5	Baja

17	Individual	D.D.	Equipo terapéutico	Victoria y Vianey	Miriam Zavala	Terapia Breve MRI	Problemas con control de enojo	1	Baja
18	Individual	I.G.	Equipo terapéutico	Victoria y Vianey	Miriam Zavala	Terapia Breve MRI	Separación de pareja	7	Alta
19	Pareja	F.M. y M.A.H	Co-terapeuta	Vianey, Victoria, Ricardo y Lucía	Miriam Zavala	Centrado en soluciones	Problemas en el área sexual de la pareja, infidelidad	9	Derivado
20	Pareja	I.E.F. V. y M.M.N	Equipo terapéutico	Angélica, Paola, María de la Luz y Anayanci	Miriam Zavala	Centrado en soluciones	Infidelidad en la pareja	8	En proceso
21	Pareja	J y K	Co-terapeuta	Vannesa Guzmán, Anayanci y Lucía	Vannesa Guzmán	Integración de Modelos	Violencia en la pareja	26	Alta
22	Individual	G. A.	Equipo terapéutico	Vianey	Gerardo Reséndiz	Milán	Relación con hijo, conducta problemática del hijo.	3	En proceso
23	Pareja	Fam. R. V.	Equipo terapéutico	Paola y Gerardo Reséndiz	Gerardo Reséndiz	Milán	Celos, infidelidad, falta de confianza	8	Alta
24	Familiar	S.A.R	Equipo terapéutico	María de la Luz	Gerardo Reséndiz	Milán	Problemas de hiperactividad, relación madre e hijo, organización familiar	2	Baja

25	Familiar	Fam. G.G.	Co-terapeuta	Anayanci y Lucía	Gilberto Limón / Flavio Sifuentes	Colaborativo	Problemas de salud en todos los integrantes de la familia, violencia, conductas problemáticas hija adolescente	14	Baja
26	Familiar	Fam. T.M.M	Equipo terapéutico	Victoria y Angélica	Gilberto Limón / Flavio Sifuentes	Colaborativo	Problemas de comunicación y conducta, adicción	12	Alta
27	Familiar	Fam. R.H.	Equipo terapéutico	Angélica	Nora Rentería	Colaborativo	Duelo por separación	3	En proceso
28	Individual	H.H.	Equipo terapéutico	Vianey	Nora Rentería	Narrativa	Problemas de pareja, baja autoestima	4	Alta
29	Familiar	Fam. V.V.	Equipo terapéutico	Paola	Nora Rentería	Narrativa	Falta de habilidad para poner límites a hijo	10	En proceso
30	Pareja	L.L. Y E.C.	Equipo terapéutico	María de la Luz	Nora Rentería	Narrativa	Problemas de pareja, decisión de separación	2	Baja
31	Individual	R.V.G	Equipo terapéutico	María de la Luz	Nora Rentería	Narrativa	Depresión, ansiedad	3	Baja
32	Pareja	M.A y D.	Equipo terapéutico	Ester	Nora Rentería	Sesión única	Problemas de pareja, separación	1	Alta
33	Individual	D.J.	Equipo terapéutico	Nora Rentería	Nora Rentería	Sesión única	Separación de pareja	1	Alta
34	Individual	P.R.M	Equipo terapéutico	Karla	Nora Rentería	Sesión única	Depresión, toma de decisiones	1	Alta

35	Individual I	D.S.	Equipo terapéutico	María de la Luz	Nora Rentería	Sesión única	Ansiedad y toma de decisiones	1	Alta
36	Individual I	L.H.I	Equipo terapéutico	Paola	Nora Rentería	Sesión única	Celos y problemas de pareja	1	Alta
37	Individual I	J.A.H	Equipo terapéutico	Ricardo	Nora Rentería	Sesión única	Tristeza por rompimiento de relación de pareja	1	Alta
38	Individual I	D.G.	Terapeuta	Lucía	Nora Rentería	Sesión única	Problemas en la relación madre- hija.	1	Alta
39	Individual I	L. P.	Equipo terapéutico	Anayanci	Nora Rentería	Sesión única	Relaciones familiares	1	Alta
40	Individual I	G. F.	Equipo terapéutico	Vianey	Nora Rentería	Sesión única	Saber si su hijo requiere terapia	1	Alta
41	Individual I	ANP	Equipo terapéutico	Victoria	Nora Rentería	Sesión única	Dificultad para controlar enojo	1	Alta
42	Pareja	S y E	Equipo terapéutico	Anayanci	Nora Rentería	Sesión única	Problemas de comunicación en la pareja	1	Alta
43	Individual I	Y. C. C	Equipo terapéutico	Angélica	Nora Rentería	Sesión única	Problemas de pareja y ansiedad	1	Alta
44	Individual I	A. H.	Equipo terapéutico	Paola	Nora Rentería	Sesión única	Duelo por separación de pareja	1	Alta
45	Pareja	B.R. y R.M.	Equipo terapéutico	María de la Luz a y Ricardo	Flavio Sifuentes	Integraci ón de Modelos	Infidelidad, celos y violencia	1	Baja
46	Individual I	L.Z.P.	Equipo terapéutico	María de la Luz	Flavio Sifuentes	Integraci ón de Modelos	Violencia psicológica pareja, infidelidad	1	En proceso

Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"

No. caso	Tipo	Caso	Participación	Terapeutas	Supervisor	Modelo	Motivo de Consulta	No. de sesiones	Estado
47	Familiar	Fam. L	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Reacomodo familiar	16	Alta
48	Familiar	Fam. I	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Reacomodo familiar, separación de pareja y abuso sexual	8	Alta
49	Pareja	A y J	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Problemas de pareja debido a resentimientos	7	Alta
50	Pareja	N y R	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Problemas de pareja y adicción	1	Baja
51	Familiar	N y N	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Mentiras y mala conducta	3	Baja
52	Familiar	Fam. O	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Duelo por muerte de hija	6	Alta
53	Familiar	Fam. M	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Problemas de pareja y de conducta de hijo	4	Baja
54	Pareja	T y G	Co-terapeuta	Lucía y Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Peleas constantes y falta de comunicación	13	Alta

55	Pareja	JL y S	Equipo Terapéutico	Rosario Muñoz	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Crisis de pareja por infidelidad	11	Alta
56	Pareja	A y V	Terapeuta	Lucía	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Problemas de comunicación en la pareja	16	Alta
57	Pareja	L y S	Terapeuta	Lucía	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Peleas constantes, falta de confianza y violencia	11	Alta
58	Familiar	Fam. R	Terapeuta	Lucía	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Problemas de conducta y duelo por pérdida del padre	5	Baja
59	Pareja	R y M	Terapeuta	Lucía	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Celos y falta de confianza en la pareja	4	Alta
60	Familiar	Fam. W	Equipo terapéutico	Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Reintegración familiar y problemas de conducta	4	Baja
61	Pareja	M y R	Equipo terapéutico	Victoria	Rosario Muñoz	Integración de modelos	Infidelidad y violencia	21	Alta

Instituto Nacional de Rehabilitación

No. caso	Tipo	Caso	Participación	Terapeutas	Supervisor	Modelo	Motivo de Consulta	No. de sesiones	Estado
62	Pareja	M. y J.	Terapeuta	Lucía	Gerardo Reséndiz	Milán	Hijo con SIDA, ansiedad	1	Baja
63	Familiar	Fam. F. S.	Terapeuta	Lucía	Gerardo Reséndiz	Milán	Problemas de pareja, violencia	11	Alta

64	Familiar	Fam. S. T.	Terapeuta	Lucía	Gerardo Reséndiz	Milán	Reacomodo familiar debido a diagnóstico de cáncer de la madre	5	Alta
65	Familiar	Fam. G. V.	Equipo terapéutico	Ricardo	Gerardo Reséndiz	Milán	Dificultades en la comunicación familiar	7	Alta
66	Familiar	Fam. E.H.	Equipo terapéutico	Victoria	Gerardo Reséndiz	Milán	Manejo de emociones y límites, negación de situación médica del hijo	1	Baja
67	Familiar	Fam. S.B.	Equipo terapéutico	Victoria	Gerardo Reséndiz	Milán	Dificultad en la comunicación familiar y manejo del enojo	10	Alta
68	Familiar	Familia. J.J.	Equipo terapéutico	Victoria	Gerardo Reséndiz	Milán	Manejo de límites y problemas de crianza	9	Alta

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

2.1.1 Modelo estructural.

Antecedentes

El modelo estructural fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX y su principal representante es Salvador Minuchin, Argentino de origen e inmigrante en los Estados Unidos. En 1962, Minuchin, junto con E. H. Auerswald y Charles King, comenzaron a trabajar con jóvenes delincuentes en la escuela Wiltwyck; durante el trabajo con ellos se dio cuenta que las intervenciones del modelo individual tendían a desaparecer cuando los jóvenes con los que trabajaba regresaban a sus hogares, por lo que adoptó la óptica de trabajar con las familias y comenzó a desarrollar el modelo estructural. Posteriormente fue nombrado director de la Philadelphia Child Guidance Clinic y es ahí donde el modelo tomó su forma definitiva. Minuchin, en 1972, publicó “Structural family therapy”, primer artículo sobre el modelo estructural; sin embargo, su obra culmina con la publicación en 1974 de “Familias y Terapia familiar” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Minuchin es psiquiatra, judío y se considera que por su condición de inmigrante siempre estuvo interesado en trabajar con población minoritaria y pobre. Antes de desarrollar el modelo de terapia estructural trabajó un tiempo con el modelo ecológico que incluye al campo total del problema (otros profesionales, la familia extensa, la comunidad, instituciones, etc.), posteriormente, abandonó este enfoque para concentrarse en los problemas infantiles dentro de la familia nuclear, sin embargo la

influencia de esta visión es notoria en la idea rectora de su modelo de que la familia se desarrolla en un contexto específico que la influye (Hoffman, 1987)

Además de Salvador Minuchin los principales representantes del modelo son: Jorge Colapinto, quien trabajó en prevención y atención a familias marginadas y familias de acogida (foster families); Braulio Montalvo, quien estuvo con Minuchin desde la escuela Wiltwyck; Harry Aponte, Bernice Rosman y Pat Minuchin, quienes trabajaron en atención psicosocial para poblaciones marginadas, enfocada en niños y familias (Desatnik, 2004).

El modelo estructural tiene una fuerte influencia de la teoría de los sistemas y se aleja del paradigma cibernético de la época. Para Hoffman (1987) el lenguaje que se utiliza parece derivar de la teoría de la organización y la teoría de roles, utilizando metáforas espaciales como frontera, mapas, territorios, estructura y roles.

Premisas básicas

Principios

El modelo de terapia estructural surge como respuesta al concepto de hombre como parte de su medio, estudia a las personas en su contexto (Minuchin, 1974) y sus principales axiomas son: las personas influyen en su contexto y son influidas por éste; la modificación de la estructura familiar contribuye a la generación de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos; y el terapeuta y familia crean un nuevo sistema terapéutico (Desatnik, 2004).

A partir de dichos axiomas surge el objetivo principal de este modelo, que es lograr una reorganización y modificación de la estructura relacional de la familia ya que se considera que modificándola se logra el cambio, debido a que las experiencias

subjetivas de los miembros de la familia cambian así como sus relaciones (Bertrando y Toffanetti, 2004 y Desatnik, 2004). Con este objetivo, Minuchin desarrolló una serie de conceptos y técnicas en las que considera que el terapeuta tiene un rol protagónico como agente de cambio, ya que en el proceso terapéutico éste debe asociarse con la familia en una coparticipación.

Para lograr la modificación en la estructura familiar el terapeuta debe confiar en algunas propiedades del sistema: 1) la transformación en la estructura permite al menos una posibilidad de cambio; 2) los sistemas familiares están organizados sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros y 3) las familias tienen propiedades de autoperpetuación, por lo tanto cuando se genera un cambio éste continuará (Desatnik, 2004: 55).

La familia como sistema sociocultural en transformación constante debe atravesar por una serie de etapas correspondientes al ciclo vital de la familia, cada una de estas etapas tiene una serie de tareas evolutivas y los periodos de transición de una etapa a otra implican una reestructuración en la familia que puede generar estrés. Aunque la mayoría de las familias adecuan sus pautas a los cambios, algunas responden de forma disfuncional aferrándose a las antiguas y generando síntomas (Ochoa de Alda, 1995).

Para Carter y McGoldrick (1999) las etapas del ciclo vital de la familia son: entre familias: adultos jóvenes; la unión de las familias por el matrimonio: recién casados; la familia con hijos pequeños; la familia con adolescentes; dejar a los hijos y continuar; y la familia en la vida posterior, cada una de estas etapas tiene diversas tareas y objetivos que permiten la transición de una a otra.

Un aspecto importante que debe ser considerado es que el enfoque estructural, al igual que muchos otros, no mira a la familia como normal o anormal, sino como funcional o disfuncional. Para Minuchin la familia funcional es aquella que tiene la capacidad de marcar límites claros entre sus miembros y que permite la adaptación en tanto que una familia disfuncional es aquella que interactúa a través de límites que pueden ser rígidos o difusos.

La familia es un sistema en el que todos sus miembros participan y tienen un rol dentro de la estructura familiar; se considera que una familia funcional no encuentra dificultades para modificar su estructura y sus pautas de comportamiento en los momentos de transición; sin embargo, aquellas familias disfuncionales tenderán a quedarse estancadas y es posible que desarrollen algún síntoma. Los cuales son vistos como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar y se considera que todos los miembros de la familia participan en su mantenimiento (Desatnik, 2004).

Conceptos

Las metas terapéuticas que guiaran el proceso surgen del análisis de la estructura familiar funcional, por lo que es de vital importancia conocer los componentes de la misma. Como el principal objetivo es el restablecimiento de un funcionamiento adecuado en la familia, Minuchin propone generar un cambio en el sistema familiar y para lograrlo el primer paso es identificar la estructura familiar y la forma en cómo el o los síntomas se conectan con dicha estructura. Los principales componentes de la estructura familiar se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Componentes de la estructura familiar

Parámetros	Definición	Características
Límites y fronteras	Reglas que definen quién puede participar y cómo dentro de un sistema o subsistema. Pueden ser: Difusos (exceso de interacción o intromisiones disfuncionales), rígidos (déficit de interacción o distancia física y emocional) o claros (funcionamiento adecuado).	<p>*Fronteras externas: si son difusas impiden sentimiento de identidad y pertenencia y si son rígidas limitan autonomía e independencia.</p> <p>*Fronteras entre subsistemas: si son difusas impiden las funciones específicas de cada subsistema y si son rígidas obstaculizan el apoyo y respaldo.</p> <p>*Fronteras individuales: si son difusas puede haber malestar por falta de respeto al espacio y si son cerradas impiden la comunicación abierta y clara, puede haber sentimientos de soledad.</p>
Subsistemas	Grupos dentro de la familia, con claridad en la frontera.	<p>*Marital, parental, filial, abuelos, individual</p> <p>*Cada miembro pertenece a varios subsistemas.</p>
Jerarquía	Grado de autoridad o influencia que tiene un miembro sobre la conducta de los demás miembros del sistema.	<p>*No debe existir diferencia jerárquica entre miembros del mismo subsistema.</p> <p>* Parentalización: inversión de los roles entre padres e hijos, creación de hijo parental.</p> <p>*La jerarquía debe estar en los padres o tutores.</p>
Roles	Expectativas de conducta dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto.	<p>*Están definidos por la familia y por la cultura.</p> <p>*Ejemplos: "Rol de hijo" y "sustituto de cónyuge".</p>
Comunicación	Teoría de la comunicación humana (Watzlawick). La comunicación funcional es aquella en que los mensajes son claros y hay coherencia entre conducta y mensajes.	<p>*Toda acción es comunicación y toda comunicación tiene un mensaje.</p> <p>*Contenido y relación son dimensiones inherentes a todo proceso de comunicación. La relación puede ser simétrica (hermanos) o complementaria (madre e hijo).</p>
Reglas familiares	Leyes implícitas o explícitas que prescriben y limitan las conductas. Fijan las normas en cuanto al mantenimiento de secretos y preservación de mitos familiares.	<p>*Mitos familiares: pueden ser modelos o mapas y funcionar como mecanismos protectores y de defensa. Tres tipos de mitos: de armonía, de perdón y expiación, y de rescate.</p> <p>*Secretos: temas cargados de sentimientos de temor, vergüenza y culpa. Pueden ser funcionales o no.</p>

Alianzas y coaliciones	Alianza: afinidad positiva entre dos o más miembros, suele ser neutra. Coalición: alianza cuyo objetivo es oponerse a otra parte.	*Las alianzas solo son disfuncionales si son inflexibles o rígidas. *Alianza simbiótica o sobre involucramiento, es conflictiva si se forma entre personas de dos niveles diferentes (madre-hijo) para agredir a un tercero.
Triada rígida	Relaciones conflictivas, donde una unidad de dos se estabiliza dando sentido a su actividad con referencia a un tercero.	*Tres tipos: triangulación ambos padres buscan aliarse con el hijo; rodeo, armonía ilusoria en la pareja tachando al hijo como la fuente de problemas; y coalición estable y rígida de un progenitor con el hijo.
Flexibilidad o adaptabilidad	Capacidad para lograr un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio.	*Sistemas caóticos: familias sin periodos de estabilidad y en continuo cambio. *Sistemas rígidos: constante situación estable, en la que no se permiten cambios.

Fuente: Adaptado de Velasco y Sinibaldi (2002), Minuchin (1974) y Desatnik, (2004)

Al conjunto invisible de demandas funcionales en que se organiza la forma en que interactúan los miembros de la familia se le conoce como estructura familiar. Dentro del sistema familiar existen reglas, que son la base para el desarrollo de pautas transaccionales, acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Los síntomas se pueden presentar cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar (Desatnik, 2004).

Con la información obtenida a partir del análisis de la estructura familiar, el terapeuta puede desarrollar mapas de interacción familiar que le ayudan a elaborar las hipótesis y metas terapéuticas, se utilizan todos los componentes y se les compara con mapas hipotéticos, dichos mapas se deben ir revisando y modificando durante el proceso de terapia (Velasco y Sinibaldi, 2002).

Además de la estructura familiar para desarrollar el mapa de interacción y realizar las hipótesis y metas terapéuticas, los primeros datos como el número de integrantes, de donde vienen, el motivo de consulta, también son una guía. Sin embargo la señal más inmediata es la composición de la familia. Para Minuchin y Fishman (1984) las configuraciones más comunes son:

Familia pas de deux (dos personas): está compuesta por dos personas, con un estilo de vinculación intensa, mutua dependencia y reconocimiento. Con este tipo de familia el terapeuta debe deslindar la frontera e indagar sobre fuentes extrafamiliares de apoyo para generar una red mayor. Algunos ejemplos son madre e hijo, pareja de ancianos o progenitor con hijo adulto.

Familias de tres generaciones: es una configuración muy típica, se caracteriza por la flexibilidad en la organización del apoyo y cooperación en las tareas familiares. En el trabajo con este tipo de familia es importante indagar coaliciones intergeneracionales para establecer fronteras, siempre cuidando el contexto familiar y la función del sistema.

Familias con soporte: un ejemplo de este tipo de familias son aquellas con un hijo parental, en las que el hijo adquiere responsabilidades parentales que no le corresponden, puede funcionar siempre y cuando las responsabilidades sean claras, sin embargo también existe la posibilidad de que surjan síntomas, que haya una exclusión del sistema fraternal y que el hijo se quede atrapado entre sus hermanos y sus padres. Se pueden utilizar técnicas de fijación de fronteras.

Familias acordeón: en este tipo de familia uno de los progenitores se va por temporadas y regresa de forma continua, provocando que quien se queda asuma todas las funciones de cuidado, ejecutivas y de guía. Es posible que al regreso definitivo

surjan los síntomas. Los objetivos terapéuticos son reinsertar al progenitor periférico a través de estrategias de reestructuración. Las familias migrantes son un ejemplo de este tipo.

Familias cambiantes: se refiere a aquellas familias con cambios constantes de domicilio o composición familiar. En particular, el cambio de casa puede generar pérdidas en el apoyo familiar y social dejando a la familia aislada. El terapeuta deberá definir la estructura organizativa y evaluar el nivel de competencia de la familia y sus miembros. Algunos ejemplos son familias en las que un progenitor trabaja en una empresa con constantes transferencias o familias con un progenitor soltero que cambia de pareja de forma regular.

Familias huéspedes: son familias que alojan a alguien que no es parte de la familia. En estos casos se debe evaluar si el síntoma es producto del ingreso al sistema familiar o si obedece a la organización familiar.

Técnicas y estrategias de evaluación e intervención

La clave para la reestructuración del sistema familiar es la asociación del terapeuta con la familia y el establecimiento de un sistema terapéutico. Dicho sistema tiene un proceso (Figura 1) que se encuentra en continuo movimiento y que no es lineal; por lo que no hay división entre los procesos de evaluación e intervención (Desatnik, 2004).

Figura 1. Proceso del sistema terapéutico

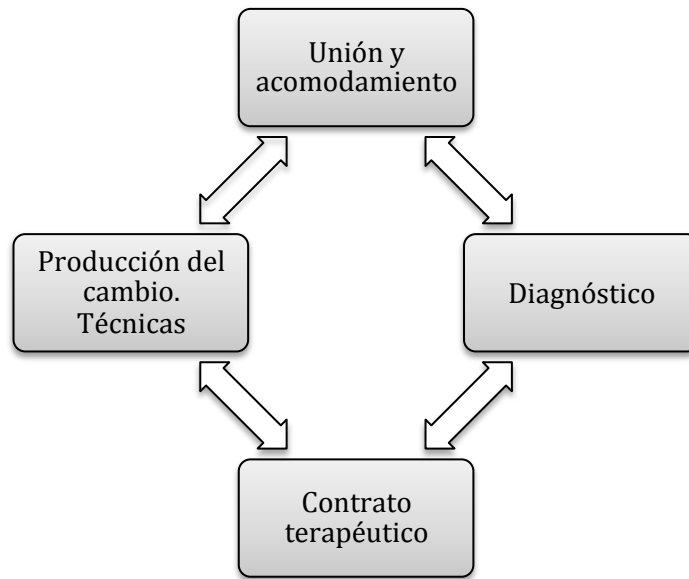


Figura 1. Elaborada a partir de Minuchin, S. (1974)

Unión y acomodamiento¹

El terapeuta observa la estructura a partir de asociarse con la familia, lo que implica dos procesos: de acomodación o unión, en el que se respeta la estructura; y de reestructuración en el que se cuestiona la estructura (Desatnik, 2004).

Los cambios en la estructura sólo son posibles si el terapeuta logra incorporarse y acomodarse al sistema terapéutico de forma sintónica, Minuchin (1974) plantea tres técnicas de acomodación: mantenimiento, rastreo y mimetismo.

¹ Con fines didácticos se presentan de forma individual cada una de las etapas del proceso del sistema terapéutico, con la aclaración de que en la práctica se encuentran en movimiento y no necesariamente de forma independiente.

Diagnóstico

Una de las ventajas de este modelo es que existe la posibilidad de sistematizar el proceso debido a que se lleva a cabo una evaluación, se plantean los pasos para generar cambios, se hacen hipótesis y se plantean objetivos terapéuticos que deben estar en continua revisión (Desatnik, 2004). Para hacer un diagnóstico el terapeuta debe evaluar las transacciones de la familia y se concentra en 6 áreas fundamentales: la estructura de la familia, la flexibilidad del sistema, resonancia del sistema familiar, contexto de vida de la familia, estadio de desarrollo de la familia y forma en que los síntomas son utilizados para el mantenimiento de la pautas preferidas de la familia; en caso de tener la información se incluye religión, nivel socioeconómico, origen étnico y el motivo de consulta (Minuchin, 1974). Una característica importante del diagnóstico es que cambia constantemente. Con esta estructura especulativa y a partir de la experiencia clínica y teórica el terapeuta podrá plantear una serie de hipótesis iniciales que abordará con la familia. Minuchin y Fishman (1984) proponen dos estructuras especulativas:

Familias descontroladas: cuando alguno de los miembros presenta síntomas en el área de control, se puede suponer que existen problemas en: la organización jerárquica, las funciones ejecutivas del subsistema parental o en la proximidad de los miembros de la familia. Los problemas de control varían según el estadio de desarrollo.

Familias psicósomáticas: son familias que parecen funcionar bien cuando alguien está enfermo, algunas de sus características son la sobreprotección, fusión o unión excesiva de sus miembros; incapacidad de resolución de conflictos, preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema. Parecen familias funcionales, son leales, protectoras y se les puede considerar como la familia ideal.

Es importante aclarar que para hacer un diagnóstico estructural el terapeuta debe analizar el campo transaccional en el que se relaciona la familia y esto es posible por la asociación con ésta. El terapeuta se plantea un cierto número de interrogantes, señala los límites, las pautas transaccionales y elabora hipótesis sobre cuáles de las pautas son operativas y cuáles no, es decir establece un mapa familiar (Minuchin, 1974).

Contrato terapéutico

Para la formación del sistema terapéutico es indispensable la creación del contrato terapéutico, en el que se debe especificar la naturaleza del problema, los objetivos de cambio, la logística de la terapia, la frecuencia de las sesiones y el tiempo de duración.

Producción del cambio. Técnicas

El enfoque estructural busca reorganizar a la familia cuestionando su organización. Dentro de dicho enfoque existen tres principales estrategias, cada una con sus respectivas técnicas (Minuchin y Fishman, 1984):

1. Estrategia de reencuadre. Cuestionamiento del síntoma: las familias que acuden a terapia con un paciente identificado, suelen inundar al terapeuta con la descripción del síntoma y las soluciones fallidas que han intentado y consideran que el problema reside en la persona que tiene el síntoma. Sin embargo, el terapeuta observa que el problema reside en ciertas pautas de interacción en la familia y que los intentos de solución son repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces. El terapeuta debe cuestionar la definición que la familia da al problema --ya sea de forma directa o indirecta, explícita o implícita, ir derecho o paradójicamente-- con el objetivo de

modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del síntoma. Las técnicas que se usan son: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad (Tabla 5).

Tabla 5. Técnicas de la estrategia de reencuadre

Técnica	Características
Escenificación	Se pide a los miembros de la familia que interactúen en presencia del terapeuta para observar y controlar alianzas y coaliciones. Tiene tres fases: interacciones espontáneas, provocar interacciones e interacciones alternativas.
Enfoque o foco	Seleccionar elementos y reorganizar los datos de las interacciones familiares en torno a un tema para dar un sentido nuevo.
Intensidad	Se refuerza el mensaje terapéutico, destacando la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra y cuánto penetra en los diferentes subsistemas familiares.

Nota: Adaptado de Desatnik, (2004) y Minuchin y Fishman, (1984)

2. Estrategia de reestructuración. Cuestionamiento de la estructura familiar: dentro de las familias cada miembro ocupa un lugar en los diferentes subsistemas que la conforman y puede existir un apego excesivo o desapego entre ellos. El objetivo de la terapia es aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de subsistemas significativos en los sectores disfuncionales. El terapeuta, como copartícipe, debe identificar sectores de posible fortaleza o disfunción, y para lograrlo va generando el mapa familiar, en el que identifica coaliciones, alianzas, conflictos y formas de solución. El terapeuta se puede desplazar entre los subsistemas, desde donde cuestiona la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones. Las técnicas usadas son: la fijación de frontera, el desequilibramiento y la enseñanza de complementariedad (tabla 6).

Tabla 6. Técnicas de la estrategia de reestructuración

Técnica	Características
Fijación de frontera	Sirven para modificar la participación de los miembros en los diferentes subsistemas y regula la permeabilidad de las fronteras. Apuntan a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro del subsistema significativo.
Desequilibramiento	Modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema. Dando posibilidad de elaborar modalidades diferentes de relación para sus miembros. La técnica se agrupa en tres categorías, es posible que el terapeuta se alíe con los miembros de la familia, que los ignore o que entre en coalición con unos en contra de otros.
Complementariedad	Cuestiona la idea de jerarquía y control lineal. Se introduce el concepto de reciprocidad y se encuadran las conductas individuales como parte del proceso. Para lograr que la familia vea otra forma de conocimiento se debe cuestionar su epistemología habitual en tres aspectos: cuestionamiento del problema, del control lineal y del modo de recortar los sucesos.

Fuente: Adaptado de Desatnik, (2004) y Minuchin y Fishman, (1984)

3. Estrategia de construcción de la realidad. Cuestionamiento de la realidad familiar: en ocasiones las familias acuden a terapia porque la realidad que ellos mismos han construido es insostenible. En la terapia familiar se considera que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y que es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción. Las técnicas utilizadas son: constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia (tabla 7).

Tabla 7. Técnicas de la estrategia de construcción de la realidad

Técnica	Características
Constructos cognitivos	El objetivo de la técnica es transmitir que existen otras alternativas, además de las que usan para relacionarse, se busca que la familia vea una realidad más flexible y pluralista y que admita una diversidad más amplia de formas de ver el mundo. Hay tres categorías: la utilización de símbolos universales, de verdades familiares y el consejo profesional.
Paradojas	Intervención que tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende.
Búsqueda de los lados fuertes	Resaltar los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros.

Fuente: Adaptado de Desatnik, (2004) y Minuchin y Fishman, (1984)

Conclusiones

El modelo estructural parece lógico y sencillo; sin embargo, es mucho más complejo de lo que aparenta. Lograr identificar la estructura familiar y las pautas transaccionales no es sencillo, así como tampoco lo es aliarse en todo momento con la familia o con algún miembro de ésta. Incluso Minuchin y Fishman (1984) advierten sobre los peligros del análisis estructural y dicen que es posible que se omita el proceso de desarrollo y su efecto sobre la estructura familiar, que se omitan algunos subsistemas familiares o que haya asociación y apoyo a un solo subsistema.

Es un método que ha demostrado ser funcional con familias marginadas y con síntomas como la anorexia. Proporciona dirección y guía en el trabajo terapéutico, ya que otorga un método gráfico para documentar las etapas de la terapia (Hoffman, 1987).

Se le considera como un modelo normativo, ya que busca que las familias se ajusten a la norma sobre cómo debe ser la estructura familiar; sin embargo la realidad es que es muy flexible y es posible adaptar la teoría a diversos contextos.

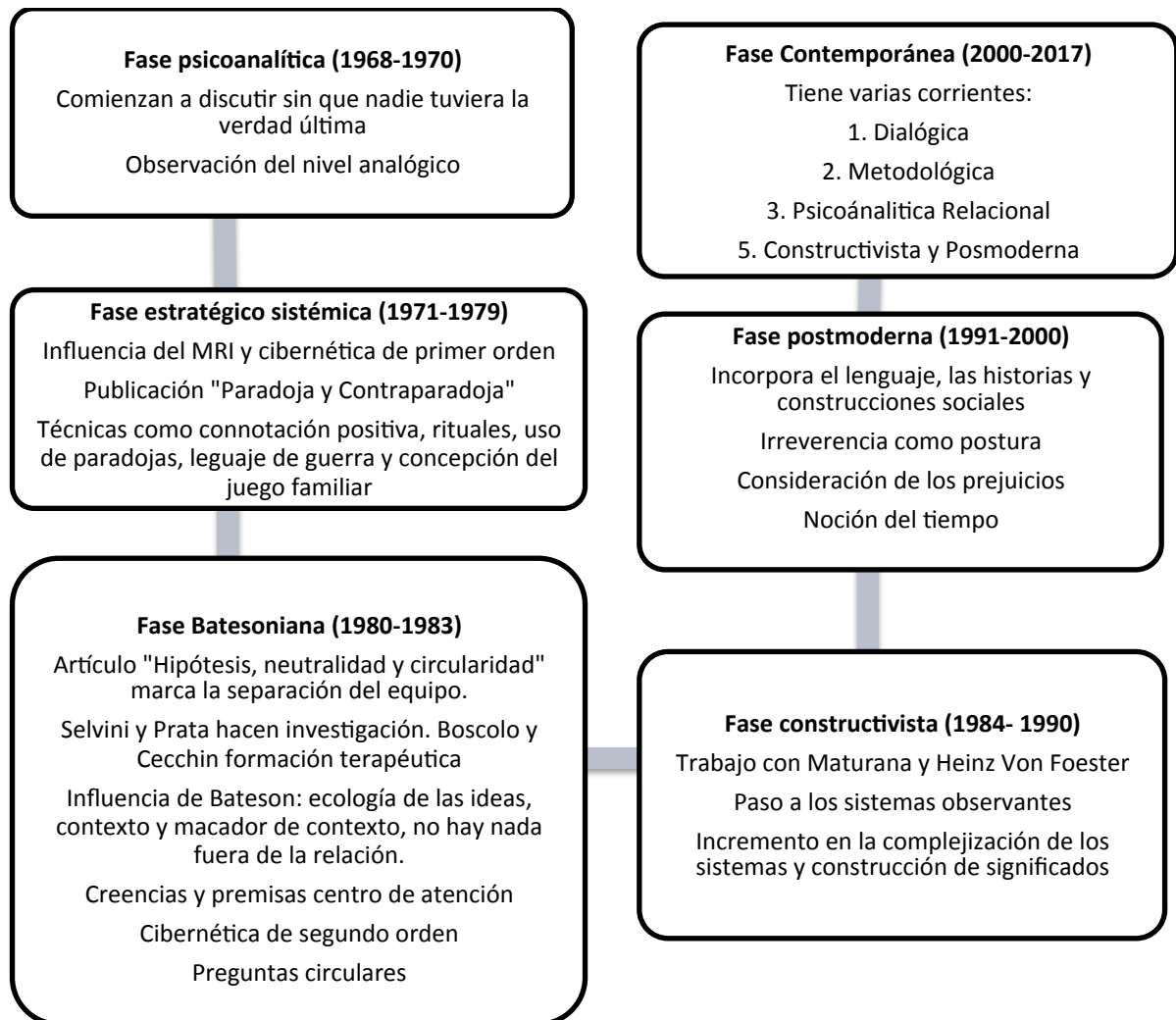
Tener en mente la estructura familiar propuesta por Minuchin es de gran utilidad para el trabajo con familias, ya que a partir de ahí se pueden generar diversas líneas de trabajo terapéutico.

2.1.2 Modelo de Milán

Antecedentes

Se puede pensar en el modelo de Milán más que como un conjunto de posibles técnicas o intervenciones como una epistemología y una postura terapéutica; es decir, como una forma de mirar el quehacer terapéutico, de mirar los procesos de las personas y sus relaciones y de mirar al terapeuta en relación con los consultantes. El modelo ha tenido varios giros a partir de que se conformó a principios de los años 70's en el centro para el estudio de la familia de Milán, integrado por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes recibieron el nombre de "Asociados de Milán". Es un modelo diacrónico que se ha ido transformando a lo largo de los años y para comprender dicha trayectoria Resendiz (2010) describe un esquema dividido en seis etapas (ver figura 2).

Figura 2. Etapas históricas del Modelo de Milán²



Fuente: Resendiz, 2010

Como se puede observar en la figura, el desarrollo del modelo de Milán ha pasado por muchas etapas y transformaciones, se considera que algunas de las ideas propuestas en los inicios continúan siendo parte de la propuesta actual, quizás con una visión diferente pero sin olvidarlas, que es un enfoque vivo y en constante cambio.

² Cabe aclarar que a partir de la fase Batesoniana el recorrido corresponde al trabajo realizado por Boscolo y Cecchin. Algunos de los conceptos mencionados en el esquema se desarrollarán a lo largo del presente trabajo.

Bertrando y Toffanetti (2004) comentan que actualmente el modelo desarrollado por Boscolo y Cecchin "conlleva una teoría general (teoría sistémica batesioniana con contribuciones del constructivismo) y una teoría de la técnica (hipotetización, circularidad, neutralidad/curiosidad), pero que carece de una teoría clínica, es decir una teoría etiológica de las patologías" (Bertrando y Toffanetti, 2004:258).

Principales premisas

Tomaré como referencia los momentos históricos para el desarrollo de las diversas premisas propuestas por el modelo de Milán. Cabe aclarar que el énfasis estará puesto en el trabajo realizado por Boscolo y Cecchin, sin olvidar el trabajo que realizaron los "Asociados de Milán" (Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin) y se mencionará un poco sobre el trabajo realizado por Selvini y Prata después de la separación del grupo.

En la etapa en la que los cuatro estaban juntos hicieron investigación sobre las raíces relacionales de los trastornos mentales, como la esquizofrenia. En su libro "paradoja y contraparadoja" propusieron una serie de patrones rígidos y repetitivos de interacciones familiares definidos como juegos, y una forma de trabajo clínico se basaba en el uso de la connotación positiva, el uso de rituales familiares y el de prescripciones ritualizadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El grupo planteó, con una clara influencia del Mental Research Institute (MRI) y de los axiomas de la comunicación humana, que los grupos (familia, equipo de trabajo, comunidad espontánea, etc.) se sostienen por medio de ciertas reglas del juego, sobre lo que está permitido y lo que no en las relaciones que les son exclusivas. En los casos en los que hay algún miembro con alguna patología, las personas del grupo se rigen por un tipo de relación particular al tipo de patología presentada, por lo que se concluye

que dado que las conductas sintomáticas son parte de las relaciones peculiares del sistema, la única forma de influir en el sistema es cambiando las reglas del juego. Se considera que la conducta de uno de los miembros influye inevitablemente en la de los otros, y es desde este momento que se comienza a visualizar la importancia de la circularidad y la forma en la que el lenguaje atrapa a los seres humanos en la linealidad. En esta época fueron desarrollados diversos métodos para lograr el objetivo de cambiar las reglas o juegos familiares (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1975).

En 1980, los "Asociados de Milán" publicaron el artículo "Hipotetizando-circularidad-neutralidad. Tres guías para la conducción de una sesión" en donde plantean tres de los conceptos básicos de su propuesta terapéutica. Este artículo también marca la separación del grupo. Se puede identificar que en la propuesta que Boscolo y Cecchin hacen posteriormente, estas tres premisas siguen siendo centrales, con una diferencia relevante en el concepto de neutralidad.

Hipotetizar se refiere a la formulación de hipótesis que hace el terapeuta a partir de la información obtenida en la entrevista con la familia, las cuales dan una guía para obtener nueva información. El objetivo de las hipótesis no es que el terapeuta trate de encontrar la verdad o falsedad de su idea, sino que le sirvan como suposiciones para tener una guía de la cual partir, se buscan motivos para los síntomas y otras conductas disfuncionales, no causas. Las hipótesis también ayudan a dar orden y a introducir ideas nuevas que hagan una diferencia durante las sesiones terapéuticas, por lo que en el proceso de hipotetización se genera información que puede ayudar al terapeuta a introducir ideas nuevas utilizando preguntas o comentarios informativos. Las hipótesis que se utilizan deben ser sistémicas y circulares, es decir que describan a todos los involucrados y desde donde participa cada persona de la familia, y pueden ser

monádicas, diádicas, triádicas o más abarcativas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980 y Ugazio, 1985).

Circularidad es definida por Selvini, et.al. (1980) como la capacidad del terapeuta de utilizar la retroalimentación que la familia le da como respuesta a su solicitud de información acerca de las relaciones, de las diferencias y del cambio. La circularidad se basa en los fundamentos de que la información es una diferencia y la diferencia es una relación o un cambio en la relación. Por lo tanto, la idea de circularidad es que el terapeuta al buscar obtener información de la familia se vuelve parte del sistema familiar y que por lo tanto hay una co-evolución de la familia junto con el terapeuta, ya que se genera una relación entre ellos.

Por último el concepto de neutralidad, el cual ha provocado mucha controversia debido a que se considera que los seres humanos no podemos ser neutrales, plantea que el terapeuta debe aliarse en algún momento con todos los miembros de la familia, debe tener la capacidad de cambiar de alianzas durante la sesión para que exista la sensación de que el terapeuta no apoyó a nadie en particular y debe neutralizar los intentos de coalición o seducción por parte de algún miembro de la familia (Selvini, et.al., 1980). Posteriormente Cecchin propone utilizar el término de curiosidad en lugar de neutralidad, en el cual propone el abandono de la búsqueda de las explicaciones verdaderas o falsas y plantea que en su lugar el terapeuta tenga una postura curiosa frente a las múltiples posibilidades, interpretaciones, eventos, relaciones, etc. que lo lleve a mantenerse interesado en la opinión de todos los miembros de la familia, por lo que la postura no es de neutralidad sino de curiosidad por escuchar las distintas voces (Cecchin, 1987)

Estos tres conceptos pueden ser vistos de forma recursiva entre ellos, es decir la neutralidad/curiosidad abre el espacio para la construcción de múltiples hipótesis. La existencia de muchas hipótesis genera un contexto en el que se pueden observar patrones circulares y utilizar preguntas circulares, las cuales a su vez ayudan a obtener mayor información para la creación de más hipótesis lo que ayuda a la construcción de un espacio de neutralidad/curiosidad (Cecchin, 1987).

Después del artículo sobre "Hipotetización, circularidad y neutralidad" el grupo de los "Asociados de Milán" se separó. Mara Selvini Palazzoli y Guliana Prata se dedicaron a hacer investigación sobre el tipo de relaciones existentes en las familias con diagnósticos como psicosis, anorexia y toxicoddependencia, crearon el Nuevo Centro de Estudios de la Familia, en el cual, junto con otros terapeutas e investigadores, desarrollaron un modelo diacrónico que propone que existe una carencia en las familias que se transmite trigeracionalmente y que define el tipo de relaciones que los padres de la persona con el diagnóstico establecen entre ellos y con el hijo. Por el otro lado, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin se dedicaron a la formación de terapeutas y crearon el Centro Milanese di Terapia della Famiglia.³

A partir de la propuesta de los tres conceptos, que después serán agrupados en el concepto de "entrevista circular", Tomm (1987) propone que todo lo que ocurre en una entrevista terapéutica es en sí una intervención, lo que implica que todo lo que el terapeuta haga, diga o deje de decir o hacer, puede tener un impacto en el proceso terapéutico, por lo que el terapeuta debe mirar con mayor atención lo que le ocurre y lo que dice durante las sesiones. Esta forma de mirar el lugar del terapeuta lo ubica dentro del sistema terapéutico, lo cual es una ya una mirada desde la cibernética de segundo

³ A partir de este momento las premisas abordadas son las propuestas por Boscolo y Cecchin.

orden, en la cual el terapeuta no observa al sistema como un observador externo sino que lo observa siendo parte del sistema.

Boscolo y Cecchin empezaron a centrarse en el sistema observante por lo que crearon un modo de hacer terapia independiente de cada tipología y plantearon como ideas básicas que sin contexto no hay significado y que cuando observas un sistema te vuelves parte de él. Comenzaron a creer que la terapia es una creación común entre terapeutas y clientes y centraron su interés en las premisas, es decir en las ideas básicas que mantienen y organizan a la familia. Por lo que desde esta visión, lo que se busca es cambiar las premisas tanto de la familia como del terapeuta (Bertrando y Toffanetti, 2004 y Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985).

Tomar en cuenta el contexto es una postura básica del modelo de Milán, así como ir identificando los marcadores de contexto que se producen en la interacción y que son parte del sistema. Se busca que sean utilizados y modificados por el terapeuta, debido a que los significados cambian cuando cambia el marcador de contexto (Boscolo, et.al., 1985).

Con la idea de que el terapeuta es parte del sistema terapéutico y que no puede permanecer ajeno a éste comienza a ponerse atención en los sistemas observantes, es decir a lo que le ocurre al terapeuta y al equipo durante las sesiones. Un aspecto que es considerado son los prejuicios del terapeuta y la aceptación e incluso utilización de éstos, entendiendo prejuicios como las ideas, teorías, verdades aceptadas, hipótesis, presentimientos, modelos, sentimientos personales, estados de ánimo, convicciones ocultas, conocimientos y experiencias previas, que pueden llegar a tener influencia en la forma de mirar y actuar en el proceso terapéutico. Cecchin, Lane y Wendel (1997) dicen que es fundamental que un terapeuta tenga conciencia de sus propios prejuicios

para que de esa forma pueda asumir la responsabilidad de sus ideas, utilizándolas, defendiéndolas o siendo irreverente hacia ellas en la interacción terapéutica. En este proceso es importante también prestar atención a los preconceptos y opiniones de los consultantes, ya que en el proceso terapéutico existe una interacción de los prejuicios del terapeuta con los del cliente, creándose un intercambio constante en el cual ambos son influenciados por el otro.

Otro elemento a considerar de los sistemas observantes son las emociones del terapeuta y del equipo, éstas también es importante que sean aceptadas e incluso utilizadas durante el proceso. Bertrando (2016) propone que todo sistema humano es también un sistema emocional, en el que las emociones se van articulando con un sentido, atrayéndose y repeliéndose; y que las emociones están en función de la posición que se ocupe en un sistema determinado, pero a la vez dicho lugar está influenciado por las emociones. En los procesos terapéuticos la posición del terapeuta dentro del sistema es relevante, tanto consultantes como terapeuta deben entender dónde están dentro del sistema conformado por ellos. Bertrando (2016) considera que es imposible identificar la propia posición sin atender las propias emociones, ya que la forma en la que sentimos al interior de un sistema lleva al terapeuta a asumir diversas posiciones en el mismo. Esto es relevante porque el terapeuta debería de poder ayudar a sus consultantes a situarse en los sistemas significativos de su vida, utilizando su capacidad de situarse en el sistema terapéutico, pero hacer esto no es posible si el terapeuta no está atento de sus emociones y de las de los clientes.

Un aspecto fundamental de la propuesta es la forma en la que entienden el respeto, definida kantianamente como "el respeto es aquello que permite tratar al otro como similar y en general tratar al hombre siempre como fin y nunca como medio"

(Cannova, 2005: 3). Cecchin decía que el respeto va en contra del método tradicional en el que se hacen diagnósticos y que por el contrario la idea es tener respeto por la elección que hacen las personas en su circunstancia y con sus relaciones, buscando ver lo que funciona y entendiendo la elección de vida de las personas, incluso si es "hacerse el loco". Esta postura de respeto se relaciona con la postura de curiosidad propuesta por Cecchin, ya que desde ahí el terapeuta buscará entender el comportamiento de una persona en lugar de querer cambiarlo, y eso lo sitúa en un lugar de respeto por el otro, con lo cual se logra que las personas se sientan escuchadas (Cannova, 2005).

Otra premisa importante del modelo de Milán es la importancia que le dan al tiempo, entendido como una abstracción derivada de la experiencia de sucesión y cambio. El tiempo se concibe de forma distinta dependiendo de quién esté haciendo la descripción de éste, pero también dependiendo del momento, porque una misma persona puede tener concepciones del tiempo diferentes en distintos momentos de su vida. Existen tiempos individuales, sociales y culturales y cada uno tiene influencia sobre los otros en un anillo recursivo sincrónico, así como el pasado, presente y futuro están interrelacionados en un anillo reflexivo diacrónico. La patología o los conflictos surgen por la falta de coordinación entre los tiempos individuales, familiares, sociales y culturales (Reséndiz, 2014 y Boscolo y Bertrando, 1996)

La fase dialógica del modelo, además de retomar algunos de los aspectos anteriores, se concentra en el diálogo terapéutico --que para Bertrando (2011) debe ser comprensivo y busca tener alguna idea de la situación para desarrollar hipótesis junto con los consultantes--, que es un tipo de diálogo que puede influir a clientes y terapeutas, pero que no es el objetivo que busca. El autor plantea que el tipo de diálogo

que propone es confrontacional, que requiere de un proceso activo, que se puede ver como una lucha benévola entre consultantes y terapeuta, en la que para ser entendido se debe entrar al encuentro de una forma abierta y respetuosa, teniendo una propia opinión para que surja algo nuevo. Dice "no puedo entrar en el diálogo si no actúo hacia el otro -o reacciono a las acciones del otro- y solo puedo actuar al entrar a la conversación con todas mis opiniones, ideas, emociones" (Bertrando, 2011: 56); es este lugar donde la terapia ocurre.

Técnicas e intervenciones

Dado que el modelo es más un enfoque epistemológico y una propuesta dirigida a la postura del terapeuta, son pocas las técnicas planteadas.

Durante la etapa en la que los "Asociados de Milán" trabajaban juntos, las sesiones terapéuticas estaban divididas en cinco partes: 1) la pre-sesión, en la que se leía la ficha o el acta de la sesión anterior; 2) la sesión, con una duración aproximada de una hora en la que se obtenía información y se observaba el estilo interaccional de la familia; 3) la discusión de la sesión, en la que terapeutas y observadores platicaban sobre la sesión y sobre cómo concluirarla; 4) la conclusión de la sesión, en la que los terapeutas regresaban con la familia para darles algún comentario o para dejar una prescripción; y 5) el acta de la sesión, en la que el equipo, para redactar el acta, discutía sobre las reacciones observadas al cierre de la sesión. Las familias eran citadas una vez al mes y se establecían como máximo diez sesiones de terapia, a esto se le conoce como terapia breve larga (Selvini, et.al., 1975)

Algunas de las técnicas utilizadas en la época de los "Asociados de Milán" son la connotación positiva tanto del síntoma del paciente como de los comportamientos

sintomáticos de los otros miembros, la prescripción en la primera sesión, prescripción de rituales familiares, entre otros (Selvini, et.al., 1975).

A partir de la propuesta teórica de circularidad, el grupo planteó posibles formas para obtener información que derivan en tipos de preguntas circulares, en términos de comportamiento de interacción en situaciones específicas, de diferencia en comportamientos, de categorización o jerarquización de varios miembros de la familia acerca de un comportamiento específico o de una interacción específica, de cambio en la relación y de diferencias sobre circunstancias hipotéticas (Selvini, et.al., 1980). La utilidad de las preguntas circulares es que buscan conectar, explorar, introducir información y dan cuenta de un punto de vista relacional, se basan en la afirmación de Bateson, en el sentido de que información es diferencia. Los posibles efectos de las preguntas circulares son que las personas se detienen a pensar, desencadenan un tipo de pensamiento circular y permiten la opinión de los demás (Hoffman, 1987). Existen otros tipo de preguntas circulares (ver tabla 8), pero se considera que más allá de las guías de preguntas que puedan existir, lo relevante para su utilización es que el terapeuta comience a tener una mirada circular y relacional, ya que de esa forma las preguntas podrán ser estructuradas de forma natural.

Tabla 8. Preguntas circulares

Tipo de pregunta	Ejemplo
Preguntas de punto de vista	¿Qué opinas sobre la situación que comenta tu papá?
Preguntas triádicas	¿Cómo ves la relación de tus padres?
Del punto de vista del observador	Si tu abuelo viviera, ¿qué crees que opinaría?
Pregunta de relación	¿Crees que lo que le ocurre a tu papá tiene relación con su trabajo?
Preguntas de diferencia	¿Cómo explica cada uno el problema?

Preguntas de comparación o clasificación	¿Quién es el que más grita en casa y quien menos?
Circunstancias hipotéticas	Si tu mamá fuera más flexible, ¿quién lo notaría primero?
Preguntas de comparación de un evento	¿Qué va a pasar con la familia cuando regrese su hijo mayor?
Preguntas de cambio de contexto inesperado	¿Cómo sería si esta semana trataran a su hija como una adolescente y no como una niña?
Preguntas orientadas al futuro	¿Cómo imaginan que será el futuro si las cosas siguen como están?

La entrevista o sesión de terapia en el modelo de Milán es considerada como una intervención en si misma ya que lo importante no es si el terapeuta aplica determinada técnica, sino que con sus preguntas, comentarios y reflexiones se van construyendo, junto con la familia, los cambios de significado o de conductas, por lo que lo importante es la postura y visión del terapeuta.

Conclusiones

Es un modelo en el que no existe una idea normativa, no existe una tipología de patologías, ni una estructura ideal de la familia, tampoco existe un listado de posibles técnicas a utilizar, ni su único objetivo es el cambio. Por el contrario es un modelo que respeta la diversidad, que está abierto a diversas opiniones, que cree que la relación que se crea entre el terapeuta y la familia permite generar algo distinto y que describe las relaciones y los sucesos, mas no busca encontrarles una razón o un diagnóstico.

Introducirme al modelo de Milán ha sido como un bálsamo para mi, aún con lo complejo que puede ser en algunos aspectos, me ha dado tranquilidad debido a que es un enfoque que permite la expresión (siempre y cuando sea necesario) de mis emociones y prejuicios (en donde se incluyen mis ideas, posturas, pensamientos,

teorías, etc.), que no me obliga a pensar en las técnicas que debo de utilizar para lograr un cambio o una reestructura en la familia (reestructura que de acuerdo a otros modelos el terapeuta planea y realiza) sino que me permite estar al 100% en el diálogo con los consultantes.

Considero que lo más importante del modelo es la postura a la que invita, en la que el terapeuta se incluye dentro del sistema terapéutico como otro miembro que tiene cierta influencia en los demás y que es por eso que haga lo que haga siempre tendrá una repercusión en la familia, ésta es una invitación a respetar el proceso de los otros, a entender que la familia hace lo que hace porque no conoce otra forma y que quizás para ellos sea correcto, a mantener una postura circular y a entender que la visión de la familia es otra porque ven las cosas desde otro lugar.

Es una propuesta que invita al respeto, a la curiosidad, al diálogo con el otro, a la no imposición de ideas, a la creación de hipótesis en conjunto, a la responsabilidad y a la comprensión.

2.2 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos

2.2.1. Género y masculinidad

Incluir a la masculinidad en mi mirada terapéutica ha implicado un reto que me ha llevado a cuestionar muchas de mis ideas relacionadas con la perspectiva de género. Comencé a darme cuenta de que en los procesos terapéuticos solía mirar menos a los varones, que me era muy difícil comprenderlos, aliarme con ellos y que llegue a considerarlos como los "malos del cuento"; y que por el contrario me mantenía muy atenta de las mujeres, me era mucho más sencillo entenderlas y ser empática con ellas. Al observar dicha situación, algunas preguntas aparecieron en mis reflexiones, cómo

hacer para incluir a los varones sin dejar de mirar el lugar de poder y privilegios que tienen en la sociedad, cómo mirar lo que les ocurre a ellos sin olvidarme de la opresión que hemos vivido las mujeres a lo largo de la historia, cómo incluirlos en mi postura feminista e incluso si es válido incluirlos.

Esto coincide con la pregunta que se hace Tena (2016) "¿Cómo reconocer sus malestares de género sin victimizarlos cuando sabemos que las exigencias de la masculinidad aun los sitúan en una condición de privilegio?" (Tena, 2016:20) y con la pregunta que plantea Amuchastegui (2006) "¿cómo trabajar sobre la opresión de género que viven los hombres sin negar ni desconocer el poder que ejercen sobre las mujeres?" (Amuchastegui, 2006: 169). Después de una revisión bibliográfica confirmé la importancia de incluirlos en mi mirada de género, en mi trabajo como terapeuta y en mi postura feminista. A continuación hago una breve introducción al concepto de género y un pequeño recorrido alrededor del tema de la masculinidad, incluyendo el surgimiento del trabajo sobre el tema, su relación con la perspectiva de género, un poco sobre masculinidad tradicional hegemónica, la reacción de algunos movimientos de hombres frente al movimiento feminista y la importancia de incluir este tema en mi agenda como terapeuta y mujer.

2.2.2 Género y socialización de género

Considero que es importante abordar la categoría de género, ya que pienso que ésta es una categoría que nos ayuda a comprender lo que ocurre con los varones y con la masculinidad. El género como categoría de análisis surge en la década de los 70s cuando comienza a cuestionarse el papel de las mujeres y de los hombres dentro de las

relaciones sociales y personales, lo que da cuenta de la desigualdad y la jerarquía desigual que existe de unos sobre otras.

Para Lamas (2000) el género surge a partir de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres y es el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales, que hacen los integrantes de un grupo humano. Venegas y Pérez (2006) plantean que a las personas, por el hecho de nacer mujer o varón, se les asigna un género, masculino o femenino, y que a cada género se le asigna un conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos y culturales que son construidos a través del tiempo y que varían en cada cultura. Varela (2005) afirma que los roles de género son los comportamientos, las normas, las obligaciones, los pensamientos, las capacidades y hasta el carácter que se exige que tengan hombres y mujeres por el hecho de su anatomía. Para Scott el género “es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 2003: 292), esto implica que el género es una fuente primaria en la que se articula el poder dentro de las relaciones.

El género puede ser mirado como una categoría en la que se articulan tres instancias básicas: 1) La asignación (rotulación, atribución) de género, que se realiza al momento del nacimiento y a partir de la apariencia anatómica; 2) la identidad de género, que ocurre entre los 2 y 3 años; antes de que las niñas y los niños tengan conocimiento de la diferencia sexual anatómica, comienzan a identificarse con las manifestaciones correspondientes a su género como sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, etc. y es casi imposible que cambie una vez asumida; y 3) el papel o rol de género, que se refiere al conjunto de normas y prescripciones que la sociedad y la cultura dictan sobre el comportamiento femenino o masculino (Lamas, 2003).

Por otro lado, Scott (2003) considera que el género, como categoría de análisis, tiene cuatro elementos interrelacionados: 1) los símbolos culturales con múltiples representaciones que pueden ser contradictorios; 2) conceptos normativos que hacen la interpretación del significado de los símbolos, por ejemplo doctrinas religiosas, educativas, científicas que afirman el significado de ser mujer o varón, femenino o masculino; 3) la inclusión de nociones políticas, referencias institucionales y organizaciones sociales y 4) la identidad subjetiva. Lo planteado por la autora se puede relacionar con lo que dice Collin (2007) sobre el sistema de identidades que representan conceptos subjetivos, relativos y situacionales de lo que se constituye lo femenino y masculino, y que a diferencia de otras identidades sociales, que pueden ser más relativas y situacionales, las vinculadas al género son restringidas por la rigidez de las normas sociales y por el sexo biológico, por lo que no son asumidas de forma voluntaria por las personas.

Los sistemas de género tienden a oponer de forma jerárquica a mujeres y hombres, a lo masculino y femenino, situando como superior a lo masculino (Conway, Bourque y Scott, 2003). Se puede sostener que hay una división básica entre los géneros que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva, en la que las mujeres son las responsables del cuidado y de lo doméstico y los varones se sitúan en el ámbito público. La dicotomía masculino-femenino, con sus diferencias culturales, establece estereotipos que delimitan la conducta en función del género (Lamas, 2003). Para Giberti (2005) en esta diferencia dicotómica entre los géneros hay una subordinación e inferiorización de las mujeres frente a los hombres, y es considerado que las características esperadas para las mujeres como ser dulce, obediente, maternal, sacrificada, entre otras, son cualidades inferiores a las asignadas a los

varones, como inteligencia, razón e independencia. En ese sentido, Varela (2005) señala que los géneros están jerarquizados y que el masculino es el dominante y el femenino el subordinado.

Al proceso por el cual las mujeres y los varones aprendemos y aprehendemos el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales esperadas socialmente de acuerdo a nuestra anatomía, se le conoce como socialización de género. Socializarse es un proceso de reconocimiento que implica la construcción subjetiva de las personas. Rocha (2016) considera que en el proceso de construcción de la identidad, que se da en el proceso de socialización, se va creando una distancia entre los deseos individuales y las exigencias sociales, lo cual puede provocar cierta confusión en las personas y su identidad masculina y femenina, ya que puede ocurrir que tanto varones como mujeres deseen actuar, pensar, relacionarse y sentir de formas que no coinciden con las exigencias sociales de su cultura.

Las instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, el Estado, los medios de comunicación e incluso la terapia participan de forma activa en el proceso de socialización de género de las personas, buscando que varones y mujeres cumplan con lo esperado socialmente, enseñando cómo deben comportarse, haciendo leyes dirigidas al cumplimiento del orden social que se ha establecido, mostrando figuras estereotipadas e imposibles de imitar de lo que es femenino y masculino y violentando a aquellos y aquellas que no encajen con los estereotipos esperados. Bonino (2002) considera que los ideales masculinos y femeninos se transmiten intergeneracionalmente y que se internalizan como ideales intrasubjetivos, convirtiéndose en creencias matrices que organizan la subjetividad de las personas y que guían la construcción de la misma.

El proceso de socialización de género está en transformación permanente, siempre está buscando nuevas formas de mantener las diferencias y desigualdades entre los sexos, pero se topa con la realidad de que no es posible que las personas cumplan con exactitud lo que la sociedad les pide. En el caso de los varones existen muchas creencias y expectativas que una gran mayoría de la población masculina no puede cumplir, por ejemplo ser los únicos proveedores, situación que debido a las condiciones económicas actuales y a la inserción de las mujeres al trabajo remunerado no es posible que se cumpla cabalmente.

Comprender que el trabajo con la masculinidad implica una mirada de género y analizar lo que ocurre con ellos dentro del sistema patriarcal en el que vivimos me parece relevante para mi trabajo como terapeuta. En el siguiente apartado abordaré específicamente el tema de la masculinidad con la idea de ir delineando por qué considero que es relevante.

2.2.3 Masculinidad

La masculinidad puede ser definida como el "aprendizaje social de las características asociadas al ser hombre" (Kimmel, 1992 y Connell, 1997; citados en Juárez y Herrera, 2016: 129). Nuñez (2016) considera que el término de masculinidad refiere "a una ficción cultural, a una convención de sentido que ha producido y produce una serie de efectos sobre los cuerpos, las subjetividades, las prácticas, las cosas y las relaciones" (Nuñez, 2016: 26) y que se produce en el seno de una sociedad en la que las concepciones de género son dominantes y provocan inequidades. Amuchastegui (2006) coincide con los autores previos al considerar que la masculinidad es un conjunto de atributos que organizan patrones conductuales y simbólicos, sin embargo plantea que

dichos atributos cambian dependiendo del contexto histórico y cultural, por lo que considera es muy difícil definir lo que es ser "hombre" o ser "masculino". La autora propone utilizar el término de "construcción social de la masculinidad" para denotar una "serie de discursos y prácticas sociales que pretenden definir al término masculino del género dentro de configuraciones históricas particulares, diferenciándolo de las propias experiencias de los hombres, que no están reducidos a someterse a tal construcción y que manifiestan innumerables formas de resistencia" (Amuchastegui, 2006: 175).

Si partimos de la idea de que la masculinidad es una construcción social que define comportamientos, discursos, prácticas e identidades, se puede concluir que ésta puede irse modificando a lo largo de la historia y a partir de ciertos acontecimientos, como por ejemplo la inserción laboral de las mujeres al trabajo remunerado que trajo como consecuencia el cuestionamiento del rol proveedor que tenían (o tienen) los varones. Además de la modificación en el área laboral han existido cambios socioculturales como las reformas en los sistemas de seguridad social, los avances educativos y la reducción de la fecundidad que han modificado los arreglos al interior de las familias y en general en las sociedades latinoamericanas, situación que ha provocado una confrontación del papel de los varones ya que se ha cuestionado su autoridad, su papel de proveedores y su hombría (Rocha, 2016). Es por esto que se dice que la masculinidad está en crisis, refiriéndose a la masculinidad tradicional hegemónica.

Debido a que la masculinidad es una construcción social que constriñe a los varones a una forma específica de actuar, pensar y sentir, cabe otra pregunta planteada por Tena (2016), quien reflexiona sobre si los estudios de género "¿podrían contemplar también las múltiples experiencias de los varones?" (Tena, 2016: 20). La autora se

responde de forma afirmativa, ya que considera a la categoría de género como un concepto relacional; plantea que el feminismo se ha enfocado en las mujeres y en las situaciones de opresión que éstas viven, pero que la masculinidad también ha sido analizada desde la perspectiva de género. En el mismo sentido, Rocha (2016) considera que es necesario reconocer los aspectos del patriarcado que afectan a mujeres y hombres, y que el cuestionamiento que se está haciendo alrededor de la masculinidad también incluye poner en la mira a las relaciones inter e intra géneros.

Como parte de los estudios de género existe una corriente que trabaja con los hombres y las masculinidades, en la que se ubica a los varones dentro del sistema sexo-género, del que se habló anteriormente, y se analizan las exigencias sociales sobre ellos, así como los efectos de las mismas en su subjetividad, identidad, prácticas y relaciones sociales.

Tomando como referente lo anterior, es posible comprender mejor porqué Amuchastegui (2006) propone la categoría de "construcción social de la masculinidad", en la que se reconoce que no hay una condición innata de lo masculino y que por el contrario, los varones son sujetos genéricos, por lo que su identidad, prácticas y relaciones son construcciones sociales resultado de una lógica de género que otorga un lugar simbólico y social específico para los varones.

El estudio de los hombres y de las masculinidades surgió aproximadamente hace 5 (cinco) décadas, en el marco de las transformaciones provocadas a partir del movimiento feminista y homosexual. Algunos grupos de mujeres comenzaron a plantear que para alcanzar la equidad género, es indispensable que los varones hagan cambios en sus relaciones, y que, por lo tanto, es necesario incluirlos en la agenda feminista y mirar lo que les ocurre con los lentes de la perspectiva de género.

En América Latina, a partir de los años 80s, los hombres y las masculinidades comenzaron a ser objeto de estudio bajo la perspectiva de género, haciendo evidente el carácter social y cultural de la condición de éstos. En un primer momento se buscó explicitar los estereotipos y las relaciones de género que se fomentaban con el "machismo" y el "marianismo". Después se comenzó a estudiar las identidades masculinas con el objetivo de comprender la forma en la que se construye la masculinidad y su relación con aspectos como la sexualidad, la reproducción, la paternidad, el trabajo y la violencia (Rocha, 2016). En el caso particular de México, Amuchastegui (2006) considera que el trabajo con hombres siempre ha sido muy cercano al feminismo y sus demandas, contrario a lo que ocurre en Norteamérica en donde hay grupos de hombres que han reaccionado de forma negativa a los avances de las mujeres.

Para Nuñez (2016), algunas de las principales problemáticas que se han abordado en los estudios sobre los hombres y las masculinidades son "el diferencial de mortalidad entre hombres y mujeres, la masculinidad (dominante) como factor de riesgo, las diferencias de poder entre los varones, los significados y prácticas de la paternidad, los significados de ser hombre en las distintas clases, grupos étnicos, generaciones y regiones del país o en distintos países, el crimen, las adicciones, los grupos de autoayuda, el deporte, el juego, etcétera" (Nuñez, 2016: 23-24). El autor considera que lo relevante es la forma en la que los procesos de significación que conforman lo masculino, la masculinidad y la hombría configuran la identidad, la subjetividad, las prácticas y las relaciones sociales y de poder de los varones.

Abordar el tema de las masculinidades desde la perspectiva de género ha permitido que la misma se fortalezca y se complemente, ya que ha permitido visibilizar

que los significados, las prácticas, los posicionamientos y las identidades de mujeres y hombres están implicados en el mismo sistema (Rocha, 2016). En el mismo sentido, Amuchastegui (2006) considera que el estudio de las masculinidades implica una mayor comprensión de la fluidez de la subjetividad de género y que debe ser vista como un proceso social y no como un conjunto de atributos asignados.

2.2.4 Masculinidad tradicional hegemónica

Como he expuesto previamente, la masculinidad puede ser entendida como una construcción social que es transmitida de generación en generación a través de diversas instituciones y de la socialización de género de la misma. A lo largo de los años ha existido un ideal de lo que es ser varón, en el cual se plantea una forma específica de comportarse, pensar, sentir y ser. Existe un modelo social de masculinidad tradicional hegemónica que sirve como referente aspiracional, el cual determina aquellos atributos, significados, comportamientos, expectativas, normas y roles esperados para los varones.

Este modelo de masculinidad tradicional hegemónica presupone que los varones son fuertes y capaces, que son menos emotivos que las mujeres, por lo que tienen menos necesidades afectivas, que suelen enfrentar con éxito los desafíos, se les mira como personas autónomas, activas, inteligentes, racionales, hipersexuales, proveedores, son quienes toman las decisiones y son dominantes, agresivos e infieles. Rocha (2016) considera que durante la infancia los varones tienen un menor cuidado y desarrollo en el área emocional, se les permite mayor libertad, reforzando su agresividad, se les enseña a reprimir sus emociones de miedo e inseguridad y se les motiva a que sean competitivos.

Para Connell (2006), uno de los pilares de la masculinidad hegemónica es el papel de proveedores económicos que tienen los varones, ya que se espera que sean ellos quienes se ocupen de llevar los recursos a la familia y casa a través del trabajo remunerado, situándolos en el espacio público; lo cual también es un referente en la constitución de la masculinidad y del ejercicio de poder. Relacionado con esto, Collin (2007) considera que uno de los principales estereotipos de la masculinidad hegemónica es que los varones son los poseedores del poder en las relaciones y que, vinculado con esto, aparecen prácticas violentas; para la autora el poder y la violencia se asocian con conductas agresivas, con situaciones de riesgo, con hipersexualidad y con la competitividad que algunos varones manifiestan. En el mismo sentido, Bonino (2002) considera que el sentirse superiores o con más autoridad/poder que las mujeres es un factor que afirma la autoestima masculina, ya que al ejercer dicha autoridad y poder el varón cumple lo que se espera en el ideal de sí y eso le permite sentirse validado en su masculinidad o en su ser hombre.

Este modelo de masculinidad es la norma y medida de la hombría en nuestra sociedad, es un esquema en el que los varones deben lograr, conquistar y merecer su lugar como hombres. Por lo que existe una gran presión sobre ellos para cumplir, por lo menos, con algunas de las características esperadas ya que lo contrario puede ser vivido con frustración, dolor y estrés, situación que puede provocar en ellos reacciones violentas. Al tratarse de un modelo tan exigente, es vivido como un anhelo imposible de alcanzar completamente, de manera que los hombres buscan vivir lo más cercano al modelo que puedan. En este sentido, Rocha (2016) dice que "la masculinidad se convierte en una norma y se incorpora a la construcción identitaria de muchos varones" (Rocha, 2016: 39).

Qué ocurre con aquellos varones que no cumplen con las expectativas de la masculinidad tradicional hegemónica, Juárez y Herrera (2016) han visto que algunos pueden llegar a convertirse en personas frustradas, con baja autoestima y perdidos socialmente. Otros pueden hacer grandes esfuerzos buscando cumplir con lo estipulado y hay otros que deciden incorporar a su masculinidad elementos diversos.

Collin (2007) propuso una matriz de rasgos prototípicos de la masculinidad (ver tabla 9), en la cual busca identificar indicadores compartidos para ubicar a una persona en la categoría masculina, así como ciertos parámetros de variabilidad que dan pie a determinar distintos tipos de masculinidad. Su propuesta tiene una visión de la masculinidad con aspectos que van desde un núcleo duro a uno suave, en el que los rasgos de los hombres cambian, dependiendo de su cercanía o lejanía con la masculinidad tradicional.

Tabla 9. Matriz de rasgos prototípicos de masculinidad

Rasgo	Núcleo duro	Intermedio	Núcleo suave
Proveedor	Principal, como forma de control	Compartido	Mantenido
Coito	Penetración	Erotismo	Caricias
Parejas	Indiscriminada	Parejas	Monogamia
Relación con hijos	Ausente	Afecto	Cuidado y atención
Trabajo doméstico	Ninguno	Sólo las que les gustan	Igualitario
Afecto	Contenido	Reflexivo	Expresivo
Violencia	Indiscriminado	Selectiva	Pacifista
Riesgo	Sistemático	Ocasional	Inexistente
Alcohol	Alcoholismo	Moderado	Limitado
Espacio público	Exclusivo	Limitado	Equitativo
Poder	Patriarcal	Autoridad	Democrático
Deporte	Fanáticos	Práctica familiar	Yoga o ejercicios

Fuente: Collin (2007)

Es importante considerar que la clasificación de Collin (2007) es sólo una propuesta que no pretende ser exhaustiva; el objetivo de incluirla en el presente trabajo es tener una visión de cómo pueden variar algunos de los rasgos de la masculinidad tradicional, considerando que es solo una posibilidad de entre muchas.

La masculinidad tradicional hegemónica ha sido cuestionada por grupos de mujeres y hombres y ha sufrido transformaciones a raíz de diversas crisis socio-económicas y sociales; un claro ejemplo es la necesidad económica que ha impulsado a las mujeres al trabajo remunerado, situándolas como proveedoras o como un apoyo para la economía familiar. Por otro lado, el feminismo y la lucha de las mujeres por la equidad también han provocado ciertos cambios y reacciones en los hombres, quienes han reaccionado distinto frente a las transformaciones de roles, hay algunos varones que han tenido mucha resistencia para aceptar dichos cambios y otros a los que les ha sido más sencillo. En este sentido, Bonino (2002) propuso tres categorías de varones de acuerdo al tipo de respuesta frente al cambio de las mujeres (ver tabla 10). El autor considera que existen algunos obstáculos internos y externos para que la mayoría de los hombres acepten y luchen por la equidad, algunos de estos son que aún predominan los estereotipos, normas y prácticas de la masculinidad hegemónica y que hay una carencia de modelos no tradicionales que sirvan de guía para los hombres.

Tabla 10. Categorías de varones frente al cambio femenino

Categoría	Características
Contrarios a los cambios de las mujeres	Mayores de 55 años y menores de 21. Discurso andocéntrico, machista y paternalista. Reacción con ira o con violencia frente a las exigencias por sus derechos de las mujeres. Antifeministas, descalificadores o desconocedores de la reivindicación femenina. Consideran que la lucha de las mujeres busca romper el orden social.
Favorables a los cambios de las mujeres	<p>Jóvenes con estudios superiores. Dentro de este grupo se pueden encontrar tres subgrupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los compañeros: cuestionan su propio rol, son defensores de la igualdad desde la vivencia, están a favor de los cambios de la mujer. No se identifican con el modelo masculino tradicional. 2. Los acompañantes pasivos: también cuestionan su rol pero delegan la iniciativa a las mujeres, lo cual puede provocar una inversión en los roles tradicionales, ya que no asumen ningún comportamiento masculino hegemónico. 3. Los utilitarios: no cuestionan su propio rol, se benefician de los cambios de las mujeres, también se les conoce como igualitarios unidireccionales ya que están a favor de que las mujeres desempeñen "funciones masculinas" pero no al revés. <p>Los últimos dos consideran que la lucha por la equidad la deben hacer las mujeres y ellos están a favor pero en un nivel ideológico más que práctico.</p>
Los ambivalentes frente al cambio de las mujeres	Varones de entre 35 y 55 años. En algunos asuntos específicos como el dinero o lo doméstico pueden identificarse más con alguna de las categorías anteriores. Aceptan el cambio de las mujeres y buscan acomodarse como pueden, sin embargo, lo pueden vivir como una pérdida de rol, lo que provoca sentimientos de desorientación, incomprensión y desconcierto. No entorpecen pero tampoco actúan con corresponsabilidad.

Fuente: Bonino (2002)

Los varones de los tres grupos son conscientes de las demandas de las mujeres y llevan a cabo ciertas estrategias para enfrentar dichas solicitudes, por ejemplo la

violencia puede ser utilizada por los grupos uno y tres como una reacción de control masculino frente a los cambios de las mujeres. También puede ocurrir que aunque los varones quieran cambiar les dé pereza o se resistan a tomar la iniciativa, ya que puede ser interpretado como una pérdida de privilegios y comodidades. Otro factor interesante es que los varones pueden saber cómo no deben comportarse pero no saben cómo hacerlo distinto, ya que no existen modelos diferentes (Bonino, 2002).

2.2.5 Conclusiones

Las exigencias a los varones son grandes, por un lado, han tenido la presión de acatar con un rol que les demanda cumplir con ciertos rasgos de masculinidad hegemónica, autoritaria y dominante, así como sentir la presión de que aquellos que no lo logran no son suficientemente hombres y, actualmente, también tienen la presión de actuar de forma distinta, de incluir nuevos rasgos en su masculinidad, pero esto implica perder privilegios, identidad, autoestima y tampoco tienen modelos de una masculinidad diferente que seguir.

Bonino (2002) considera que es relevante poner atención a la experiencia de los varones, para poder comprender su resistencia al cambio, en particular atender su subjetividad, sus deseos, temores y motivaciones. Considera que el cambio implica integrar nuevos valores haciendo un duelo por los anteriores, lo cual puede implicar un fuerte trabajo intrasubjetivo para los varones, ya que puede existir una nostalgia por el machismo perdido.

No se puede perder de vista que los varones han tenido un lugar de privilegio en las relaciones de género y que las mujeres han sido más afectadas por la ideología patriarcal que rige a nuestra sociedad, sin embargo, considero que es sumamente

relevante observar lo que está ocurriendo con ellos, la forma en la que los discursos hegemónicos los afectan, las implicaciones subjetivas y relacionales que tienen los cambios que han ocurrido. Debemos considerar que el hecho de que ninguno pueda cumplir con el estereotipo de masculinidad al pie de la letra, trae como consecuencias muchas de sus acciones, como la violencia (lo cual tampoco la justifica). Es indispensable, como dice Amuchastegui (2006), hacer un análisis de la construcción de significados de los varones frente a su masculinidad y frente los cambios que se les están exigiendo.

Si bien no podemos hablar de una sola masculinidad, sino de masculinidades, existen ciertos rasgos o estereotipos que aún a la fecha guían el comportamiento de la mayoría de los varones, aunque cada uno vaya encontrando distintas formas de ser hombre.

Capítulo 3. Casos clínicos

3.1. Caso 1. "La familia G"

3.1.1 Integración del expediente clínico

Sede: Centro de servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

Supervisión: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Terapeutas: Lucía Pérez Rodríguez y Ricardo Carranza Dueñas

Equipo terapéutico: Ana Victoria Hernández Pascual, Anayanci Álvarez Sevilla, Vianey Gutiérrez Arenas, Angélica Reyes Jiménez, María de la Luz Lozada Guzmán y Paola Nares Torres.

Modelo terapéutico: Estratégico

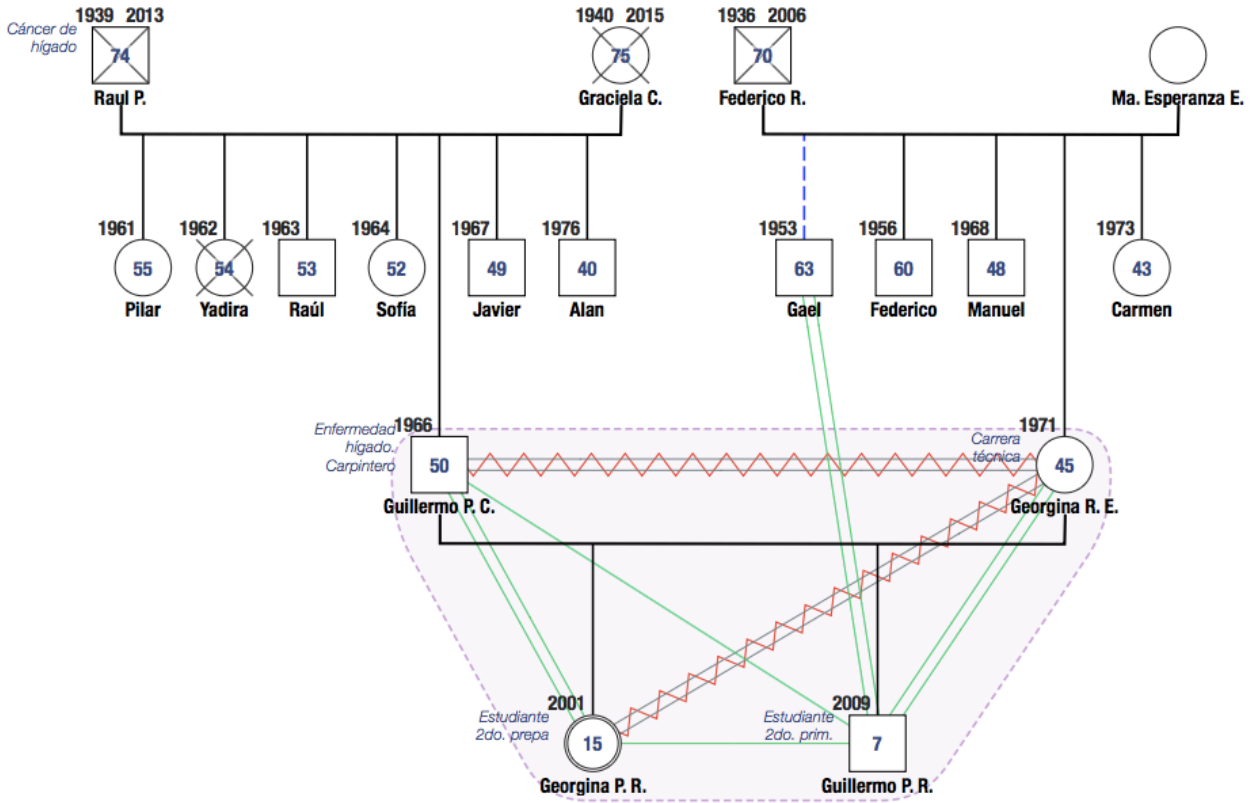
Número de sesiones: 14

Nombre de la familia: Familia "G"

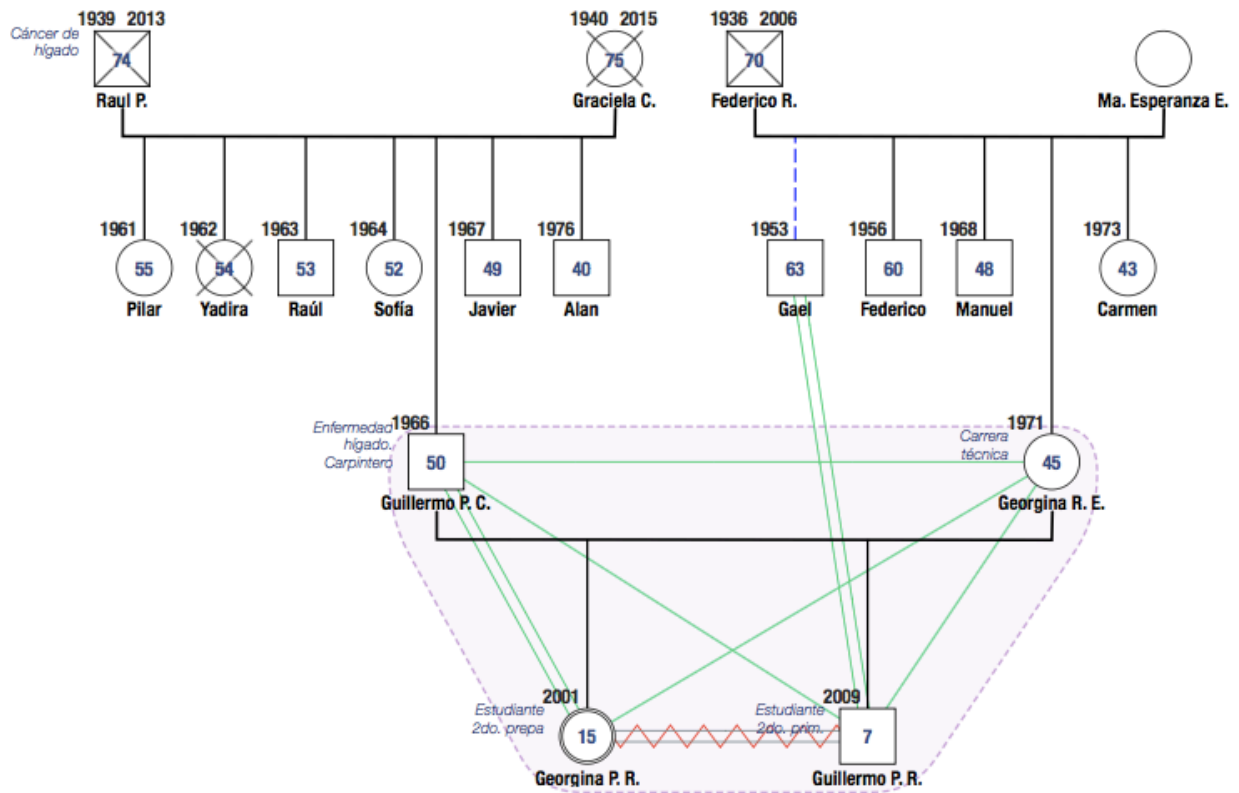
Motivo de consulta

Bajo rendimiento académico de Georgina (hija) y de Guillermo (hijo) a raíz de una enfermedad incapacitante y grave de Guillermo (padre). Georgina (hija) refiere querer dejar la escuela para poder trabajar y apoyar con la situación económica que reportan como difícil. Georgina (mamá) manifiesta sentirse sobrecargada y con mucho estrés. Problemas de pareja.

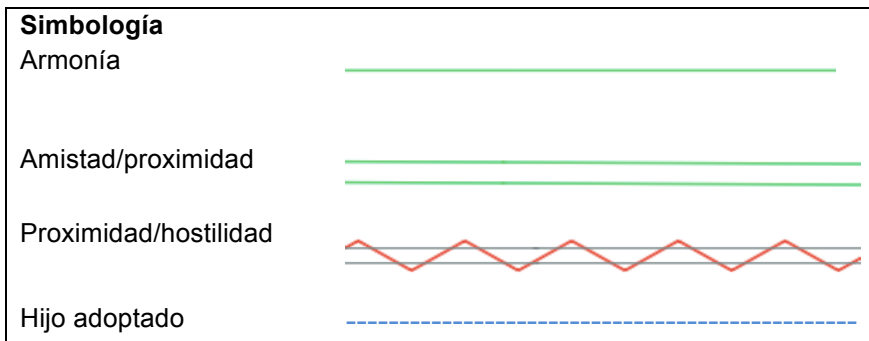
Familiograma



Al iniciar el proceso terapéutico



Al concluir el proceso terapéutico



Resumen de la evolución

El proceso terapéutico con la familia G inició el 10 de febrero de 2016 y tuvo una duración de 14 sesiones. Es posible dividir el proceso en 4 etapas o momentos, al principio el trabajo fue con madre e hijos (4 sesiones) debido a que el padre se encontraba grave de salud, después de algunas sesiones comenzamos a trabajar de forma individual con Georgina (hija) intercalando sesiones individuales (6 sesiones) y familiares, posteriormente Guillermo (padre) se incorporó al proceso por lo que se trabajó con toda la familia (2 sesiones) y otro momento relevante fue el trabajo que hicimos únicamente con la pareja (2 sesiones).

Al iniciar el proceso la familia llegó muy angustiada, Georgina (mamá) dijo que el motivo por el cual acudían a terapia era la situación de salud de su esposo, quien tuvo una serie complicaciones de tipo gastro-intestinales que terminaron en una sepsis y una serie de hospitalizaciones, cirugías y cuidados especiales. Comentó que esta situación provocó que ella se concentrara en el cuidado de su esposo y en la situación económica, ya que debido a la enfermedad ella se convirtió en la proveedora, descuidando a sus hijos, quienes comenzaron a tener problemas en la escuela. Guillermo (hijo) se mostró distante y dijo que él no tenía ningún problema en la escuela y que se sentía triste por la situación de su papá. Georgina (hija) dijo estar preocupada por su mamá, ya que la ve muy estresada. En las primeras sesiones observamos que la madre tenía un tic en el ojo el cual aumentaba cuando comenzaba a narrar alguna situación estresante.

A la segunda sesión la familia llegó muy preocupada debido a que Guillermo (padre) tuvo una recaída y lo llevaron de nuevo al hospital, contaron que entre madre e hija le hicieron una serie de curaciones en la herida del abdomen y que Georgina

(madre) consiguió una "máquina que drena" para ayudar en la curación. En esta sesión Georgina (hija) dijo que una buena forma de ayudar a su mamá económicamente era mejorando su rendimiento académico para conseguir una beca del 100%, madre e hija estuvieron de acuerdo en que esa era una buena solución. Hablamos sobre la necesidad de Georgina (hija) de no ser una carga económica para su familia, lo que la ha llevado a querer trabajar y a ocultar información sobre solicitudes monetarias de la escuela. La familia comentó que duermen juntos aunque cada quien tenga su cama y que les gustaría tener una cama muy grande para todos.

En la siguiente sesión la familia estaba más tranquila, Guillermo (padre) mejoró, aunque sigue necesitando las curaciones, Georgina (madre) refirió que nota a su esposo mal y que ha dicho que él arruinó su vida y la de los demás, que es un mantenido y que le cayó una maldición. Hablamos sobre las actividades que disfrutaban en familia a pesar de la enfermedad y mencionaron que les gusta ver películas, que Guillermo (padre) haga palomitas y comer amontonados en una mesa chica (aunque tengan una más grande). A partir de esta sesión comenzamos a trabajar de forma intercalada con Georgina (hija) de forma individual y con la familia.

En la siguiente sesión y última que tuvimos con Georgina e hijos hablamos sobre la situación médica de Guillermo, específicamente de la última crisis, Guillermo (hijo) dijo que no recordaba bien el día de la crisis pero que siente miedo cuando su papá se enferma, Georgina (hija) refirió sentirse preocupada y Georgina (madre) también comentó estar preocupada por la situación económica y médica. Georgina (madre) comenzó a tomar Lyrica y un antidepresivo por el tic de su ojo. Narraron que el maestro de Guillermo (hijo) les dijo que el "niño pide a gritos a su mamá", al preguntarle a él sobre esto respondió que quisiera que su "mamá fuera su miss para que le ayude en

todo", a lo que Georgina (madre) respondió que tiene muchas obligaciones, preocupaciones y situaciones por atender que le dificultan estar con su hijo más tiempo. Hablamos de la posibilidad de que Guillermo (padre) acudiera a terapia y todos estuvieron de acuerdo, Georgina (hija) dijo que su papá tiene muy baja autoestima y Georgina (madre) solicitó "sáquenle todo de adentro".

Durante las 6 sesiones que tuvimos de forma individual con Georgina (hija) trabajamos con sus emociones sobre la situación de su familia, con su autoestima, con situaciones escolares y con la relación con su hermano.

En la primera sesión que tuvimos con ella mencionó que siente que la comunicación en su familia se perdió a partir de la enfermedad de su papá, dijo que antes eran más unidos, que se ayudaban entre todos y que su mamá no era tan regañona. Ella piensa que tuvo que madurar muy rápido, que antes era más cariñosa y que ahora es contestona y dice cosas que lastiman a los demás. Hablamos del reconocimiento a todo lo que ha hecho durante el periodo de enfermedad de su papá, que inició hace tres años, Georgina (hija) dijo que siente que no le han reconocido todo lo que ha hecho y se planteó la hipótesis de que ella tampoco está reconociendo lo que continúa haciendo, por ejemplo ayudar en las curaciones. Se exploró la idea de que detrás del enojo puede haber tristeza.

En la siguiente sesión, Georgina mencionó que se siente fea y gorda, por lo que considera que tiene baja autoestima ya que no le gusta arreglarse. Dijo que en su casa se siente triste y sola porque hay peleas y regaños, ya que sus padres se pelean por lo menos dos veces a la semana y que su mamá los regaña a los tres, aunque considera que a ella la regaña más que a los demás. Dijo que cuando su mamá se enoja su papá suele quedarse callado. Ella cree que esta situación podría mejorar si su papá

comenzara a trabajar de nuevo, ya que eso le quitaría presión a su mamá. Dijo que disfruta salir con sus amigas, comer con su familia, ver películas con ellos y tener visitas en casa. También dijo que le gustaría que la relación con su mamá fuera mejor, ya que en este momento no es posible hablar con ella debido a que se enoja con facilidad. Al finalizar la sesión se hizo foco en los lados fuertes de Georgina diciéndole que a pesar de todo lo ocurrido ella ha salido adelante y que le va bien en la escuela, dijo que no lo había visto de esa forma. También se le dijo que es una persona muy noble porque está dispuesta a cuidar a los demás y ayudar, ella reaccionó con una sonrisa y dijo que escuchar eso le causaba alegría.

Para la siguiente ocasión que estuvimos con Georgina (hija) nos dijo que su rendimiento escolar había mejorado. Mencionó que sigue contemplando la idea de dejar la escuela para poder trabajar y ayudar a su familia, ya que considera que ésta cree que ella no hace suficiente por apoyar, frente a lo cual se hizo un comparativo de las actividades que realiza Georgina en comparación con otros adolescentes. En esta sesión se definió que el trabajo giraría en torno a la autoestima de Georgina, específicamente a sentirse "segura de mí".

Posteriormente, Georgina narró una situación en la que sus padres se encerraron a "arreglar" sus cosas y ella, al sentir mucha curiosidad, se metió a la recámara a escuchar lo que ocurría, a partir de esto le preguntamos si ella se sentía como intermediaria en la relación de sus padres a lo que respondió que no. Realizamos un ejercicio en el que le pedimos a Georgina que imaginara que una tercera persona estuviera observando a su familia para ver el clima familiar y las relaciones entre ellos, dijo que la persona vería que su papá la quiere más a ella, que ella y su hermano pelean mucho, que con su mamá se tiene que "aguantar" cuando algo le molesta y que

con su papá se lleva como con un hermano con el que puede bromear. Considera que en su familia las relaciones son buenas y que hay cariño. Refirió que el observador a ella la vería como una persona "insegura". Por lo que retomamos el tema de la autoestima e inseguridad, Georgina cree que su mayor problema es en el contexto escolar.

Para trabajar con la autoestima de Georgina hicimos un ejercicio para identificar áreas en las que se siente segura y hábil y aquellas en las que siente dificultad o inseguridad, en la siguiente tabla se muestran las áreas que identificó.

Tabla 11. Áreas identificadas por Georgina

Habilidad / Seguridad	Dificultad / Inseguridad
Dibujo	Física y Matemáticas
Discutir con palabras	Deportes
Llorar y reír (expresar sentimientos)	Controlar sus "nervios"
Escuchar música	Obedecer a sus papás
Madurez	No poder enojarse en algunas situaciones que considera motivo de su enojo.
Hacer reír a las personas	
Ser honesta/directa	

Al finalizar el ejercicio Georgina observó que había más cosas en el apartado de habilidades y seguridad, lo que la hizo sentir feliz y sorprendida, ya que pensaba que ocurría lo contrario. Refirió que después de las sesiones de terapia se ha sentido "menos basura". Hicimos mucho foco en la situación atípica que vive y lo mucho que ella hace para ayudar a su familia.

En la última sesión que tuvimos con Georgina en la modalidad individual, refirió que estaba interesada en un chico de su escuela, dijo que estaba comenzando a ir a fiestas con sus amigas y que eso le gustaba mucho. Comentó que su hermano está

teniendo mala conducta y que eso la enoja porque sus papás ahora se llevan mejor, pero que Guillermo (hijo) se porte mal provoca que ellos discutan, por este motivo nos solicitó que tuviéramos sesiones individuales con su hermano. Al finalizar la sesión hizo un recuento de los cambios que ha notado desde que comenzaron las sesiones individuales, dijo sentirse más segura y que descubrió que hay más cosas para las que es buena.

A la séptima sesión del proceso se presentó toda la familia, Guillermo (padre) dijo sentirse muy contento de estar en la terapia, también mencionó que le duele ver a sus hijos tristes y aislados, que considera que su esposa hizo mucho por él y que "el único consuelo es que estamos juntos". La familia mencionó que Guillermo se lleva bien con sus hijos y que "la ogro" de la familia es Georgina (mamá) porque los regaña a los tres. Durante la sesión identificamos que existía cierto conflicto en la pareja, ya que él mencionó que le molesta mucho que su esposa no se siente a comer con ellos por estar platicando con su mamá, debido a esta situación decidimos pedirle a los hijos que salieran del espacio terapéutico.

Ya con la pareja, Georgina dijo que siente que su esposo no es amable con su mamá y que piensa que no valora el apoyo que su familia les ha dado. Guillermo mencionó que él tiene una buena relación con la familia de su esposa pero que no le gusta que Georgina se enoja cuando él va a visitar a la suya, narró que hace unas semanas fue a visitar a su familia y que Georgina se molestó dejándole de hablar. Al explorar sobre este enojo de Georgina, ella aclaró que no le dejó de hablar, y continuó hablando sobre su molestia, que se debe a que Guillermo va con su familia y come carne de cerdo, lo cual no es bueno para su salud; él dijo que no es verdad que coma y que a lo mucho se come un taco porque su familia le insiste mucho. Ella dijo que le

molesta que después de estar tan enfermo y de cuidarlo tanto, él no se cuida lo suficiente, a lo que Guillermo respondió diciendo que sí se cuida y que él ya se siente bien, incluso dijo "me siento como de 15 años". Hicimos un ejercicio en el que les pedimos que se sentaran de frente y que se dijeran lo que les molesta sobre dicha situación, a ambos les fue muy complicado hacerlo, Guillermo dijo "para que le digo si igual no me cree". Finalmente él pudo decir que sabe cuidarse y que no come carne de cerdo y ella le dijo que no le gusta que no se cuide.

Al terminar el ejercicio les dijimos que los dos la han pasado muy mal y que cada uno ha tenido que luchar de distintas formas. Guillermo dijo que es la primera vez que se siente comprendido y que alguien valida que él también sufrió mucho y que sabe que su esposa ha hecho muchos sacrificios por él, mencionó que en un momento de crisis le dijo que lo dejara sólo, que se fuera a hacer su vida, pero que no se fue y siguió junto a él. Después de esta sesión tuvimos dos sesiones sólo con la pareja.

La pareja refirió estar preocupada por el tic del ojo de Georgina, ya que ha ido en aumento, la han visto varios médicos y están esperando a que la atiendan en el Instituto Nacional de Nutrición. Comentaron que sus hijos están muy rebeldes, que Guillermo no obedece y que Georgina no quiere ayudar en casa. En cuanto a su relación de pareja dijeron estar mejor ya que están pudiendo hablar, bromear y disfrutar estar juntos. Contaron que se mandan mensajes a través de su hija, pero se dieron cuenta de que algunos de los mensajes no llegan de forma correcta y eso provoca que ellos discutan. Llevan 18 años casados y antes fueron novios por catorce años.

Guillermo dijo que él piensa que otro hombre hubiera dejado a su esposa saliendo del hospital, pero que él se quedó y apoyó por todo lo que ella hizo por él, dijo "doy mi brazo a torcer por lo que ella hizo, estoy en deuda" y como consecuencia de

esto Guillermo se ha sentido en la obligación de ayudar en las labores del hogar y de no irse. En ese sentido, Georgina dijo "luché por él como un hijo" y mencionó que ella considera que es la forma más amorosa de cuidar a alguien, ya que implica sacrificio y mucho amor. Considera que durante la enfermedad de su marido lo único que le importaba era él y su salud.

Georgina comentó que ella siente que durante el tiempo que han venido a terapia ha ido creando una pintura en la pared y que solo le falta un pequeño espacio para completarla, el cual se puede llenar si logran organizarse dentro de la familia y cada quien realiza las actividades que les corresponden.

En la siguiente sesión que tuvimos con la pareja refirieron que su relación había mejorado y que estaban pudiendo comunicarse y acercarse más íntimamente. También dijeron que el *tic* de Georgina ha disminuido mucho y que se dan cuenta que aumenta cuando ella está enojada o estresada. Les pedimos que mencionaran qué les gusta de la otra persona, Georgina dijo que considera que su marido es excelente en su trabajo y que hace cosas muy hermosas y Guillermo dijo que le gusta que ella siempre lo ha impulsado y le ha tenido mucha confianza, dijo que considera que están en un buen momento como pareja.

Georgina dijo que sentía que su pintura ya se había completado, ya que están pudiendo tener orden, ella considera que si están los cuatro juntos todo está bien, ya que se acompañan y ayudan. En este momento, Guillermo aclaró que él considera que cada quien tiene su espacio y realiza sus actividades:

- Georgina (hija): tiene sus actividades de la escuela, en ocasiones sale con sus amigas y se encierra en su recámara

- Guillermo (hijo): se va con su tío Gael mucho tiempo, incluso hay ocasiones que sólo llega a la casa a saludar y se va de nuevo.
- Guillermo: trabaja en la carpintería.
- Georgina: sale a cobrar o vender sus productos.

Al final de esa sesión reflexionaron sobre la idea de tener un espacio para ellos como pareja, incluso Guillermo bromeó diciendo que podían ir a un hotel.

Después de las sesiones de pareja tuvimos la última sesión del proceso con toda la familia (a esta sesión yo no asistí debido a que estaba en un congreso fuera de México). Al inicio de la sesión, Georgina comentó que están teniendo conflictos con Guillermo (hijo) a la hora de hacer la tarea, después de una serie de preguntas la familia concluyó que Georgina (hija) es quien más ayuda a Guillermo (hijo) a hacer la tarea, que la mamá es la que más se enoja en el momento de realizar las labores escolares, que Guillermo (padre) casi no le ayuda, que Guillermo (hijo) pasa mucho tiempo con su tío y que esta situación inició a partir de los problemas de salud de Guillermo.

Propusimos la idea de que Guillermo (hijo) les permitió a todos, antes que él, expresar las consecuencias de la crisis, y él se dejó a sí mismo al final, siendo esta situación de dificultad con las tareas su manera de expresar las consecuencias de la crisis familiar. La familia parece estar de acuerdo (y sorprendida), por lo que invitamos a cada uno a dar un mensaje a Guillermo (hijo) sobre este respecto: Georgina (mamá): “Eres muy fuerte, sabes hacer muy bien las cosas”; Guillermo (papá): “Eres muy fuerte y humano” y Georgina (hija): “Eres muy fuerte”, al finalizar Guillermo (hijo) les agradeció las palabras a todos.

Guillermo (padre) aprovechó el momento para comentar que durante la enfermedad él creyó que su familia lo iba a dejar y que les agradece que no lo hicieran, lo invitamos a que agradeciera a cada miembro de su familia y así lo hizo.

En relación al conflicto actual con Guillermo (hijo), les propusimos la idea de que la familia necesita tener un problema para seguir funcionando, primero fue el problema de salud de Guillermo, después la idea de Georgina de dejar la escuela para trabajar, después los problemas de pareja y ahora la situación de Guillermo con respecto a las tareas escolares. La familia se mostró sorprendida pero aceptaron la idea, les dijimos que ahora es momento de colaborar con su hijo para que viva su etapa de una manera satisfactoria, puesto que él les cedió el lugar para que los demás lo hicieran primero.

Al final de la sesión se planteó la idea de dar por terminado el proceso terapéutico a lo cual Guillermo (padre) respondió estar de acuerdo, ya que considera que la situación de su hijo es algo normal, pero Georgina (madre) dijo que ella quisiera continuar asistiendo, ya que le ayuda mucho lo que le decimos. Les pedimos que lo platicaran entre ellos, llegarán a una decisión y nos avisarán al respecto.

La familia no nos avisó su decisión y dejaron de asistir. Consideramos que lograron sus objetivos y metas terapéuticas.

3.1.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Definición del problema

Minuchin (1974) propone que para hacer un diagnóstico se deben evaluar las transacciones de la familia en 6 áreas fundamentales:

1. La estructura familiar: En la familia pudimos identificar límites difusos entre los subsistemas parental, conyugal, filial e individualmente. En cuanto a los subsistemas observamos que Georgina (hija) es la mensajera entre sus padres y que se mantiene al tanto de lo que ocurre entre ellos, llegando a interferir en su relación, lo cual da cuenta de que el subsistema conyugal no tiene límites claros con ella. Por otro lado, los hijos miran a Guillermo (padre) como "un hermano" y él se comporta como tal, por ejemplo aceptando los regaños de su esposa, dicen que Georgina (mamá) los regaña a los tres y que Guillermo (padre) no hace nada más que escuchar el regaño.

Por otro lado, Georgina (mamá) durante todas las sesiones tendía a hablar por sus hijos e incluso por su esposo, así como también incitaba a los demás a pensar como ella o a compartir ciertas cosas diciendo "dile lo que me dijiste", lo que da cuenta de los límites difusos individuales.

Sin embargo, también es posible que en algunas áreas los límites individuales fueran rígidos, ya que no se permitía una comunicación abierta y clara entre los miembros de la familia ni la expresión de emociones. Incluso consideramos que el hecho de que Georgina (hija) solicitara un espacio individual para expresar sus opiniones y sentimientos sobre su familia es una señal de los límites rígidos individuales, ya que siente que no puede hacerlo en casa.

Es interesante observar cómo se fueron moviendo los límites a lo largo del proceso terapéutico, incluso Guillermo (padre) en la última sesión aclaró que ahora cada quien tiene su espacio y sus actividades como padres y/o como hijos.

En cuanto a la jerarquía en la familia pudimos notar que Georgina (hija) estaba parentalizada y formaba parte de todos los subsistemas. A partir de la enfermedad de Guillermo, Georgina (hija) comenzó a ser responsable de su hermano, cuidándolo y

ayudándole con la tarea escolar, situación que continuó después de que su papá saliera del hospital, es decir una situación que fue necesaria por el momento de crisis se perpetuó aunque ya no le correspondiera. Incluso la misma Georgina (hija) llegó a decir que ella era como la mamá de su hermano, ya que lo regañaba, estaba atenta de lo que le ocurría y le ayudaba con la tarea. Al mismo tiempo Georgina (hija) estaba inmiscuida en el subsistema conyugal, funcionando como mensajera entre sus padres e, incluso, siendo parte de las discusiones de la pareja. Georgina (hija) adquirió con el tiempo una serie de responsabilidades en casa que no corresponden con su edad pero que ella ha asumido como propias, por ejemplo el querer trabajar para ayudar económicamente. Pudimos observar que Georgina (hija), al obtener información de otros subsistemas, se ubicaba en un lugar privilegiado en el sistema familiar, pues era la única que participaba en los subsistemas parental, filial y conyugal, situación que al mismo tiempo la mantuvo con mucha sobrecarga emocional.

También había un desajuste en la jerarquía dentro de la pareja conyugal, ya que Georgina (madre) parecía tener mayor jerarquía que su marido. Guillermo (padre) mencionó sentirse en deuda con su esposa debido a todo lo que ella hizo por él, situación que lo llevó a ayudar en las labores del hogar y a no irse. Georgina (madre) le decía a su esposo lo que tenía que hacer, lo que podía o no podía comer, incluso en alguna sesión dijo que lo había cuidado como "a un hijo". Este desajuste tuvo como consecuencia problemas en la pareja, ya que Guillermo al sentirse en deuda parecía permitir que su esposa le dijera qué hacer y qué no, y Georgina (madre) al sentir que él le tenía que estar agradecido se sentía con el derecho de mandarlo.

2. Flexibilidad del sistema: La familia tuvo que hacer un cambio significativo en sus pautas debido a la situación de crisis que vivió por la enfermedad de Guillermo (padre), por lo que en ese momento fue un sistema flexible, que pudo moverse de acuerdo a las necesidades específicas de la situación, creando las alianzas necesarias para lograrlo.

Sin embargo, una vez que pasó la crisis, la cual ocurrió tres años antes del inicio de la terapia, la familia se rigidizó, manteniendo las pautas que desarrollaron al momento de la enfermedad, manteniendo los límites difusos, la parentalización de Georgina, el desajuste en las jerarquías y los roles que cada uno tomó, por lo que podemos decir que al momento de iniciar el proceso terapéutico la familia no había podido hacer la reestructura necesaria para seguir funcionando con las nuevas condiciones una vez superada la crisis fuerte de salud.

3. Resonancia del sistema familiar: La familia se mostraba muy atenta a las acciones y necesidades individuales y tendían al amalgamamiento, por lo que no les era posible activar mecanismo de estabilidad familiar, y todo lo que ocurría con los miembros de la familia era interpretado como grave. Por ejemplo si Georgina (hija) buscaba diferenciarse encerrándose en su recámara, la familia interpretaba esta conducta como una situación que podía ser señal de que algo grave le estaba ocurriendo. Durante el proceso terapéutico mencionaron que les gustaba comer amontonados en una mesa chica para poder estar muy juntos y que les gustaría poder dormir todos en la misma cama, estas pueden ser señales de que la familia estaba amalgamada y que no les era posible mirar la individualidad. Al final del proceso terapéutico, Guillermo (padre) aclaró que ya cada quien estaba llevando a cabo sus actividades de forma individual, lo que da muestra de que pudieron separarse y cada quien comenzó a tomar su rol.

En una situación tan grave como la que vivió la familia es comprensible que se hayan amalgamado, sin embargo no les fue posible separarse una vez que la crisis pasó.

4. Contexto de vida: Contaron con el apoyo de la familia extensa del lado de Georgina (madre) durante la crisis de salud, ya que ellos les ayudaron con el cuidado de Georgina (hija) y Guillermo (hijo). Sin embargo una vez que la crisis pasó, la familia continuó inmiscuida en el cuidado de los hijos y en la cotidianidad de la familia, por ejemplo la madre de Georgina iba a platicar con ella todos los días a la hora de la comida, situación que molestaba mucho a Guillermo (padre). En la pareja había acusaciones mutuas de las intromisiones de las familias extensas lo que ocasionó mucho conflicto entre ellos.

Guillermo (hijo) siempre fue muy cercano a su tío Gael, e incluso muchas tardes se iba a jugar con él durante muchas horas, consideramos que es una figura importante y de mucha ayuda para Guillermo (hijo) y quizás fungió como figura paterna durante la crisis.

5. Estadio del desarrollo: De acuerdo a la clasificación de Carter y McGoldrick (1999) la familia se encuentra en dos etapas diferentes del ciclo de vida familiar. Están en la etapa de "familia con hijos pequeños" en la que uno de los procesos básicos es aceptar a los nuevos miembros dentro del sistema familiar y algunos de los cambios que ocurren son el reajuste del sistema marital, la puesta en marcha de los roles parentales y el reordenamiento con la familia extensa. Pero al mismo tiempo están en la etapa de "la familia con adolescentes", en la que el principio básico es aumentar la flexibilidad en

los límites para incluir la independencia de los hijos; los principales cambios son: la modificación en la relación entre padres e hijos para permitir que el hijo entre y salga del sistema, la atención en la edad media de la pareja y su vida profesional, y la preocupación por las generaciones mayores.

Podemos suponer que el hecho de estar en dos momentos diferentes también contribuyó a que la familia no pudiera cambiar sus pautas transaccionales sin conflicto, por un lado estaban en el cuidado de un niño chico, retomando el rol de padres que ya habían formado con Georgina (hija) y por el otro, estaban en la búsqueda de independencia de su hija adolescente, quien al mismo tiempo estaba tomando un rol que no le correspondía. A esta situación se sumó la enfermedad que provocó otros cambios y la rigidización de los roles.

6. Forma en que los síntomas son utilizados: Pareciera que en esta familia la presencia de “problemas” es esencial, tanto para validar una percepción de buen funcionamiento, como para dejar en segundo plano algunos aspectos en los que les cuesta trabajo la negociación y el trato directo; por ejemplo, problemas de pareja, sobreprotección de Gabriela hacia su esposo e hijos, alianzas mamá-hijo frente a papá-hija y diferencias sobre estilos de crianza de los hijos. Da la impresión de que siempre debe haber alguien con un síntoma, en un principio fue Guillermo (padre), después Georgina (hija), después la pareja y Georgina (madre) y al final Guillermo (hijo).

El hecho de que siempre haya alguien con un "problema" mantiene los límites difusos, el amalgamamiento, el desajuste en las jerarquías y la intromisión de las familias extensas porque pareciera que todo eso sigue siendo necesario para salir adelante, para "salir del hoyo" como decían ellos.

Meta terapéutica

A partir del diagnóstico anterior las metas terapéuticas que se plantearon fueron:

- Cambiar los límites difusos y rígidos a claros.
- Que Georgina (hija) deje de estar parentalizada y deje de pertenecer a todos los subsistemas, tomando su rol como hija adolescente.
- Ajuste en las jerarquías, es decir que Guillermo (padre) tome su jerarquía en los subsistemas conyugal y parental y que Georgina (madre) deje de ser la única con mayor jerarquía en la familia.
- Separación de los miembros de la familia, permitiendo las individualidades.
- Cambiar los límites externos para que no haya intromisiones de las familias extensas.
- Que todos los miembros de la familia tomen sus roles nuevamente.

Hipótesis

1) Familia amalgamada, con límites difusos entre sus miembros y hacia el exterior. En la que los límites difusos se hacen evidentes en actividades instrumentales y cotidianas; sin embargo, coexisten también límites rígidos que se manifiestan al momento de que algunos de sus miembros no pueden expresar opiniones y/o sentimientos entre ellos.

2) Existen fronteras difusas entre Georgina (hija) con el subsistema conyugal, lo que tiene como consecuencia que la comunicación entre la pareja no sea clara.

3) Georgina (hija) se encuentra en un rol de hija parental y tiene un lugar privilegiado en la familia, ya que es parte de todos los subsistemas, es decir del subsistema conyugal, parental y filial.

4) Georgina (madre) ocupa un lugar jerárquico superior exagerado en la familia con respecto a los hijos debido al debilitamiento de Guillermo (padre), contribuyendo así al amalgamamiento familiar.

5) Georgina (hija) solicitó un espacio individual como una forma de diferenciarse y comenzar a marcar límites entre subsistemas.

6) Georgina (madre) percibe que Guillermo (padre) le debe agradecer la vida y él se siente en deuda con ella hasta el grado de sentirse controlado y perseguido por su esposa.

7) La estructura familiar en las interacciones de Guillermo (padre) y Georgina (madre) lo colocan a él en un rol de hijo en relación a ella, es decir, en una posición jerárquica inferior, estableciéndose así una configuración jerárquica incongruente. Dicha incongruencia puede tener como consecuencia que Guillermo se una al subsistema fraterno (implicando límites difusos). Este desequilibrio puede deberse a que creen que ella hizo mucho por él durante la enfermedad y que él hizo menos.

8) En la familia siempre algún miembro debe tener alguna situación médica. La enfermedad y conflictos es lo que mantiene unida a la familia, necesitan que alguien tenga un síntoma para funcionar.

9) Al parecer Georgina (madre) es quien busca que la familia esté unida/amalgamada pero los demás miembros de la familia están buscando sus propios espacios.

Intervenciones dirigidas al cambio

Las intervenciones más relevantes que se llevaron a cabo durante el proceso terapéutico se muestran en la siguiente tabla (ver tabla 12). Aunque quisiera aclarar que yo considero que la entrevista misma es una intervención, por lo que para mí todo el proceso fue una intervención, por lo que las intervenciones y/o técnicas presentadas son aquellas del modelo estructural específicamente.

Tabla. 12 Intervenciones utilizadas en el proceso

Intervención	Uso
Foco	Utilizamos la técnica de foco para reorganizar algunas pautas de la familia, por ejemplo haciendo foco en que Georgina (madre) tomaba el micrófono, o haciendo foco en las conductas normales de una adolescente o niño, así como el foco en que los hijos no eran los únicos con problemas.
Intensidad	Buscamos reforzar ciertos mensajes como la necesidad de que cada quien llevará a cabo sus actividades. En el trabajo que hicimos con la pareja, en una de las sesiones los pusimos de frente, a que se dijeran lo que les molestaba del otro. Considero que fue una técnica de intensidad ya que se buscó reforzar el mensaje de una interacción disfuncional para cambiarla por una funcional.
Fijación de frontera	Esta intervención fue muy importante en el proceso. Las sesiones individuales con Georgina (hija) fueron una forma de fijar fronteras con la familia con el objetivo de separarla y delimitar límites. También las sesiones con la pareja buscaron que los límites conyugales se restablecieran. Durante las sesiones, cada quien fue visto dentro del rol que le correspondía y nuestras preguntas iban dirigidas de esa forma, es decir a los hijos se les preguntaba por su lugar como hijos y a la madre y al padre desde su lugar como tales.

Desequilibramiento y complementariedad	Para restablecer la jerarquía en la pareja y que dejaran de mirarse como "la salvadora y el deudor", nos aliamos con Guillermo (padre) diciéndole que él también había sufrido mucho, que había hecho mucho esfuerzo, que en gran medida estaba vivo porque él había luchado por su vida y que considerábamos que no estaba en deuda con nadie. Para él esto fue muy importante y dijo que nadie había valorado su esfuerzo.
Constructos cognitivos	En algunas sesiones utilizamos el consejo profesional para dar cuenta de situaciones que podían ser interpretadas de otra forma, por ejemplo la familia estaba muy preocupada porque les dijeron que Guillermo (hijo) podía tener TDA y utilizamos la técnica para decirles que no lo considerábamos así. También utilizamos los símbolos universales para definir lo que es esperado para una adolescente normal y lo que no.
Búsqueda de lados fuertes	Esta intervención la utilizamos con mucha frecuencia, ya que consideramos que la familia salió adelante de una situación sumamente difícil y que todos eran sobrevivientes, por lo que constantemente estuvimos haciendo énfasis en aquellos recursos y logros de la familia y de sus miembros.

3.1.2.1. Masculinidad

Durante el proceso terapéutico no trabajamos con la masculinidad de Guillermo (padre) de forma explícita, aunque yo considero que el tema estuvo presente de forma latente. Después de re-pensar y analizar el proceso me di cuenta que la masculinidad de Guillermo fue cuestionada a partir de su enfermedad y que eso pudo provocar algunas de las situaciones familiares y sobre todo de la pareja.

Antes de enfermarse Guillermo tenía el rol de proveedor y me parece que cumplía con algunos de los rasgos prototípicos de la masculinidad tradicional hegemónica. Por ejemplo la falta de expresión de emociones, la distancia afectiva con sus hijos, un rol jerárquico en su familia y sobre todo, la proveeduría; ya que como dice Connell (2006) uno de los pilares de la masculinidad hegemónica es el papel de

proveedores lo cual está vinculado con un ejercicio de poder o autoridad y al perder este lugar la identidad masculina de Guillermo pudo haber sufrido un desajuste.

Al volver a casa después de estar hospitalizado se encontró con que su rol ya había cambiado, ya no era el proveedor, su esposa lo trataba como jerárquicamente inferior y sus hijos lo miraban como un igual. Esto, por ejemplo, lo podemos advertir en la supervisión de Georgina (madre) en cuanto a la alimentación y cuidados de Guillermo (padre) que sugieren más una relación madre-hijo en la que ella está por arriba de él. También lo podemos observar en que durante mucho tiempo él no pudo volver al trabajo, por lo que no podía aportar económicamente en casa, situación que provocó que su hija quisiera trabajar y le restó autoridad frente a su esposa e hijos.

Guillermo mencionó que comenzó a ayudar en las labores del hogar como forma de agradecimiento porque se sentía en deuda con su esposa y que él piensa que cualquier otro hombre se hubiera ido al volver del hospital. Yo pienso que uno de los posibles motivos por los que él piensa que otro hombre se hubiera ido es porque en su familia perdió su lugar de hombre, lo cual lo obligó a hacer actividades que para él no corresponden a los varones, como ayudar en casa, cosa que él tuvo que hacer por obligación para pagar el favor, más que por deseo o gusto de tener una relación más equitativa.

Durante el proceso los roles se fueron ajustando, Guillermo retomó el trabajo, lo cual le permitió comenzar a aportar económicamente, dicha situación lo situó en un lugar más cercano al de proveedor que tenía. También hubo un ajuste en la jerarquía dentro de la pareja, en la que él le pidió a su esposa que confiara en que sabe cuidarse y ella aceptó, incluso, hubo un acercamiento en lo íntimo, lo cual también pudo alimentar su identidad masculina y su rol de hombre. Pienso que los roles no volverán a

ser exactamente como eran antes de la enfermedad, pero creo que el ajuste y el acercamiento a cumplir con algunos de los rasgos de la masculinidad tradicional hegemónica ayudaron a Guillermo en el proceso.

Después de hacer este análisis y de pensar mi lugar como terapeuta en el proceso, creo que me hubiera gustado tocar este tema con Guillermo, saber cómo se sintió al volver y descubrir que su lugar había cambiado, cómo eso impactó en su ser hombre, cómo dejar de ser el proveedor afectó su identidad y cómo se relaciona el estar agradecido con la pérdida de jerarquía. Hacer esta reflexión me sirve para darme cuenta de que, como terapeuta, he olvidado lo que le ocurre a los hombres con su identidad masculina y que en ocasiones les pedimos que hagan ciertos cambios sin ofrecerles modelos diferentes o alternativas que puedan seguir.

3.1.3 Análisis del sistema terapéutico total

El sistema terapéutico total estuvo conformado por la familia, los terapeutas, el equipo terapéutico, la supervisora y el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Con cada una de las partes que conformaron el sistema mantuve un tipo de relación diferente. En particular, con la familia, la relación se fue fortaleciendo a lo largo de las sesiones, aunque desde el principio me sentí muy cercana a ellos y sentí que ellos me tuvieron confianza desde la primera sesión. Fue uno de mis primeros procesos en la maestría, así que los nervios me invadían en cada sesión; sin embargo, creo que conforme fueron pasando las sesiones me fui relajando, lo cual facilitó estar más con la familia y menos con mis ideas catastróficas de estar siendo evaluada. Pienso que al final del proceso logré establecer una buena relación terapéutica con ellos.

En el caso de la relación entre co-terapeutas, considero que al principio no fue fácil, debido a que teníamos formas muy distintas de mirar los procesos y de hacer terapia, creo que conforme fueron pasando las sesiones nos fuimos acoplando y entendiendo mejor. En relación a la familia, pienso que ellos pudieron notar que en un principio había cierto nerviosismo entre nosotros, aunque me parece que entre todos fuimos conformando el sistema.

El sistema también incluye a la supervisora y ella tuvo dos roles, por momentos estaba fuera de las sesiones y en otros se incorporaba al espacio con nosotros. Por lo que la familia también desarrolló con ella otro tipo de relación, ya que le veían como la “doctora” con mayor experiencia y siempre la escuchaban con mucha atención. En mi caso la relación con la supervisora siento que fue buena, me sirvió mucho saber que ella estaba presente observando y que en caso de ser necesario entraría a "salvarnos", aunque al mismo tiempo en las primeras sesiones cuando ella entraba me quedaba un poco la sensación de que algo había hecho mal. Sin embargo, creo que fue fundamental en el proceso y en la conformación del sistema terapéutico total.

En cuanto al equipo terapéutico, ellas siempre estuvieron presentes en el proceso, con sus comentarios, sugerencias, observaciones y cuestionamientos. Aunque la familia nunca conoció al equipo, siempre supo que estaban observando y de cierta forma también se creó una relación entre ellos. Yo siempre me sentí apoyada y sostenida por el equipo.

Por último, una parte fundamental del sistema terapéutico fue el centro, la familia llegó con la confianza de que ahí la atención sería profesional y creo que por eso desde las primeras sesiones confiaron en nosotros. El trabajar en un centro de atención psicológica da un respaldo institucional que no existe por ejemplo en la práctica privada.

La ética, el compromiso, la responsabilidad que implica estar dando atención ahí es fuerte, ya que la institución habla por ti pero tu tienes que responder haciendo lo mejor posible, respetando los lineamientos y los procesos. Creo que se genera una relación distinta entre todos los miembros del sistema debido al contexto institucional, en el que los consultantes nos miraron siempre como los expertos por la investidura que da la institución. En lo personal, no me gusta que me miren como la experta que sabe lo que deben hacer, ya que pienso que no lo soy y que por el contrario mi rol es ir descubriendo, junto con ellos, nuevas formas de mirar los problemas, pero al estar atendiendo en un centro de la UNAM, tuve que estar atenta a este lugar asignado por los consultantes y encontrar formas de moverme dentro de él.

Finalmente pienso que el trabajo realizado con la familia fue muy satisfactorio, que se lograron la mayoría de las metas terapéuticas y que pudimos establecer con ellos y ellas una buena relación que nos llevó a buen puerto.

3.1.4 Conclusiones

El trabajo con esta familia me permitió trabajar con diferentes subsistemas, ya que pudimos estar con la familia completa, con la pareja y con una de sus integrantes. Esto me ayudó a comprender que se puede trabajar con una mirada sistémica, sin importar que el sistema completo no se encuentre en el proceso.

Pienso que el trabajo realizado con la familia fue bueno no sólo para ellos, sino también para mí como terapeuta, ya que me permitió observar sesión tras sesión como la familia iba reacomodándose, "completando su pintura" como decía Georgina (mamá), y como cada quien iba tomando el rol que le correspondía.

Considero que la relación que forjamos con la familia fue muy importante, ya que desde las primeras sesiones me tuvieron confianza y sentí que había cercanía entre nosotros. Dicen que uno de los principales elementos en terapia para que haya un cambio es la relación que se establece entre terapeuta-consultantes, y siento en esta experiencia yo pude experimentar esto, porque creo que en muchas sesiones lo más importante fue nuestra relación con ellos, más allá de las técnicas o teorías que utilizáramos.

Es un proceso que personalmente sentí como cortado porque no estuve en la última sesión, por lo que no me pude despedir. Estoy tranquila porque estoy segura de que se lograron cambios pero me quedé con la espinita de hacer un cierre con ellos; lo cual me regresa a la relación que tenía con la familia, y que al sentirla cercana me fue triste no poder decirles adiós.

Por último, quisiera aclarar que hoy no me siento cómoda haciendo diagnósticos, ubicando a la familia en una clasificación de tipo de familia, definiendo qué tipo de límites tienen y cuestionando la jerarquía que hay entre ellos; ya que esto me posiciona en un lugar de experta que sabe cómo debe ser una familia y que el trabajo terapéutico es lograr que la familia encaje en esa normatividad. Al realizar el presente análisis del trabajo utilicé estas etiquetas y/o diagnósticos, porque es el principal modelo que utilizamos para trabajar con la familia, estábamos empezando nuestra experiencia en la práctica y es de los pocos modelos que conocíamos en segundo semestre, de igual forma, cabe aclarar que la supervisión no era del modelo estructural, sino que era integrativa, por lo que en la realidad utilizamos técnicas de otros modelos y analizamos la situación desde otras posturas, por ejemplo desde la teoría feminista y de género. Hoy estoy convencida de que el respeto y la ética en los procesos tiene que ver con

escuchar y comprender a las familias en sus procesos, sin buscar encasillarlos; y me da satisfacción pensar que siempre buscamos entender a la familia G.

3.2. Caso 2. "La familia E"

3.2.1 Integración del expediente clínico

Sede: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

Supervisión: Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

Terapeuta: Lucía Pérez Rodríguez

Equipo terapéutico: Ana Victoria Hernández Pascual, Ricardo Carranza Dueñas y Alma Aguilar

Modelo terapéutico: Sistémico relacional de Milán

Número de sesiones: 11

Nombre: Familia "E".

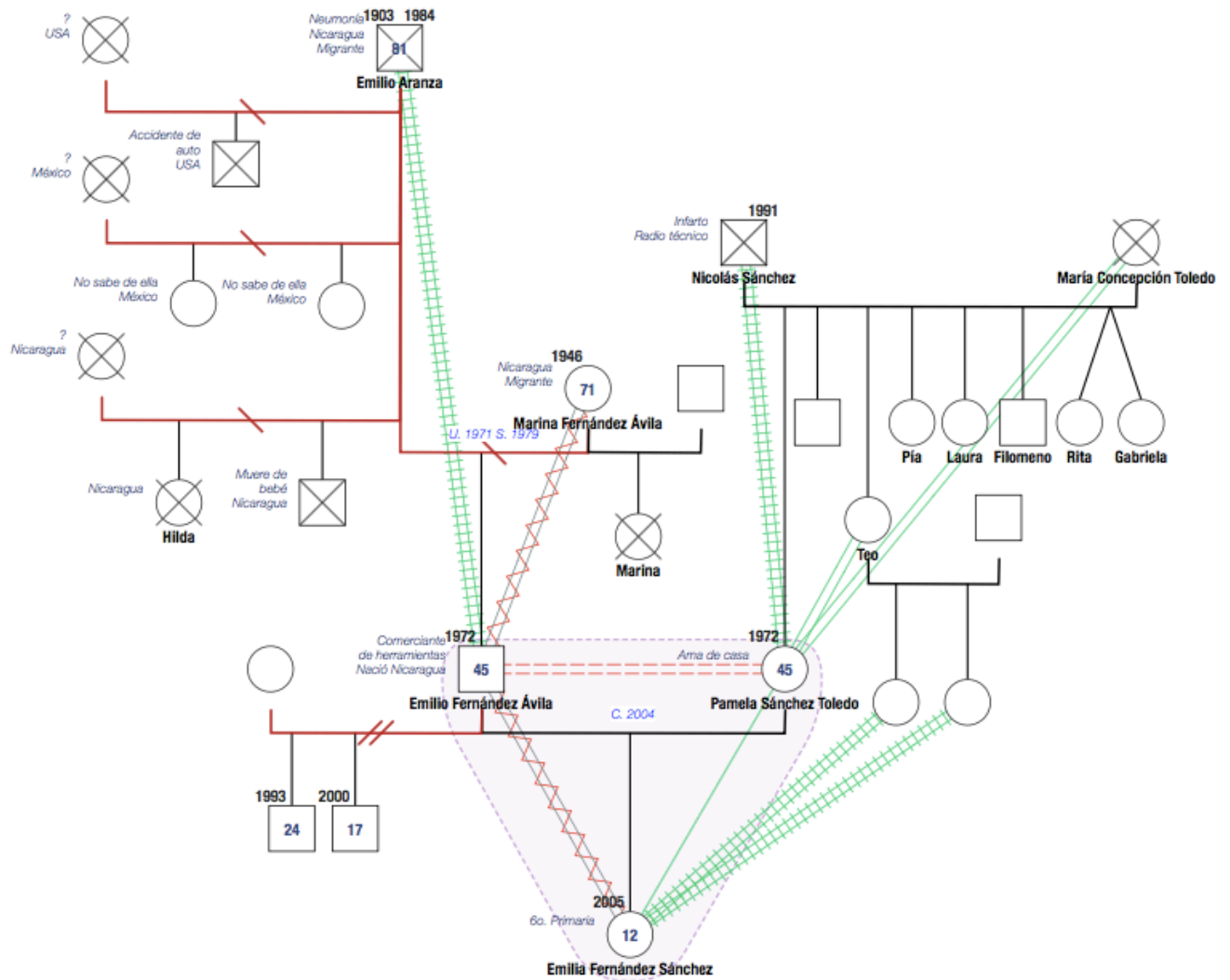
Fuente de referencia: Son pacientes en el INR desde hace más de un año debido a la lordosis cervical de Emilia.

Tiempo en lista de espera: No estuvieron en lista de espera.

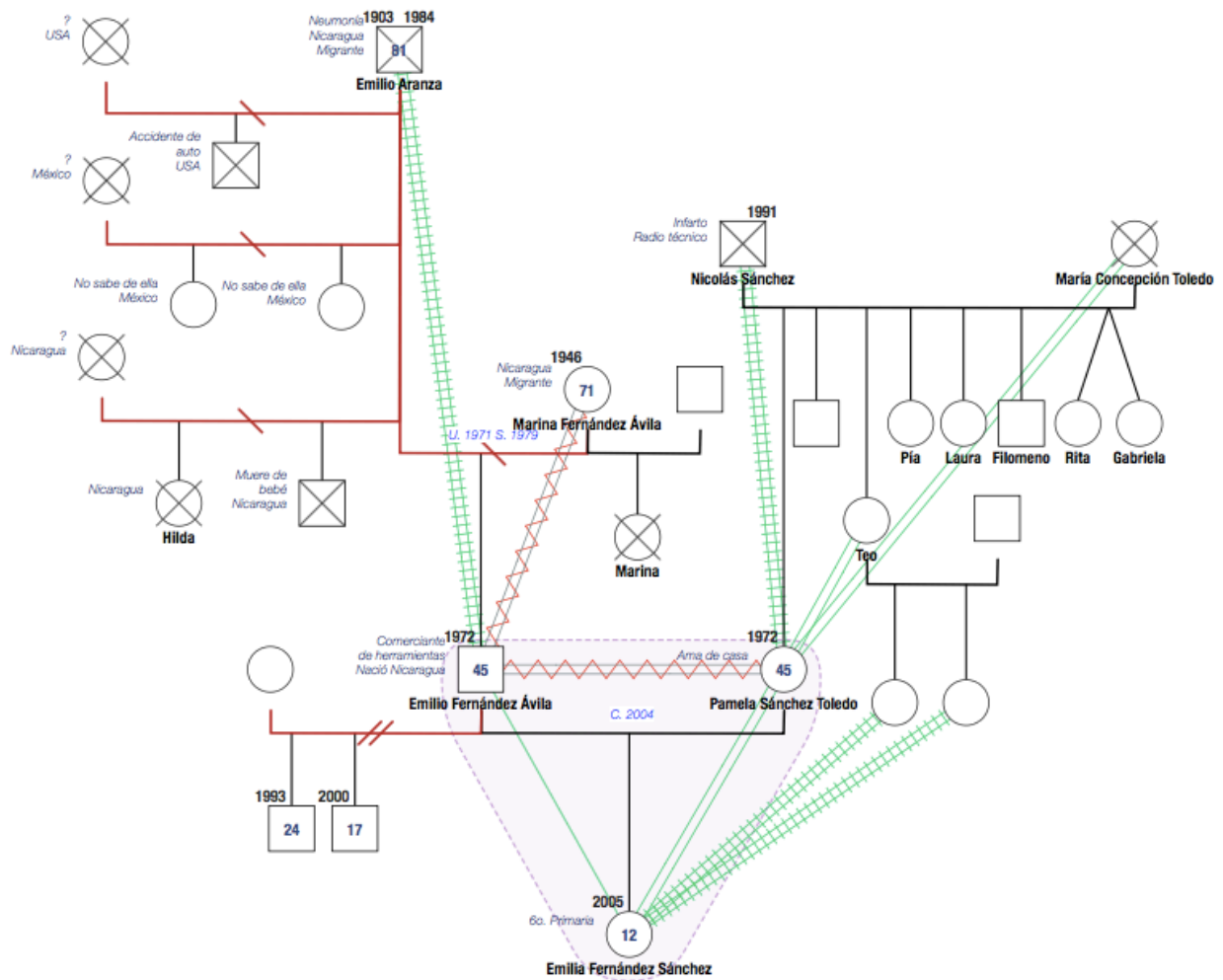
Motivo de consulta

La familia fue enviada a terapia familiar por problemas conyugales, sin embargo, a la primera sesión se presentaron los tres debido a que consideraron que el problema es de la familia y no de la pareja. Durante la segunda sesión se exploraron las expectativas de cada uno al venir a terapia y Pamela dijo que ella quiere que su esposo modifique su carácter y que Emilia sea más obediente; Emilio dijo que quiere que haya un equilibrio en casa en el cual no haya roces; y Emilia dijo que ella quiere ser más obediente.

Familiograma



Al iniciar el proceso terapéutico



Al concluir el proceso terapéutico

Simbología	
Armonía	
Amistad/proximidad	
Proximidad/hostilidad	
Profunda amistad/grande proximidad	
Discordia/conflicto	

Resumen de la evolución

El proceso terapéutico inició el 13 de octubre de 2016, de las once sesiones que tuvimos, las primeras cinco estuvieron planeadas con la familia completa. Sin, embargo, a una de ellas no acudió Emilio, por lo que trabajamos una sesión con Pamela y Emilia. Posteriormente, estuvimos con la pareja durante tres sesiones; del trabajo con ellos creímos conveniente tener una sesión individual con Emilio y una con Pamela. Finalmente, a la última sesión asistió toda la familia, aunque estuvimos más tiempo sólo con la pareja.

Durante las primeras sesiones conversamos sobre los diferentes estilos de crianza de cada uno de los padres. Pamela dijo ser muy sobreprotectora y que no deja que su hija haga actividades sola como ir a salidas escolares o a la tienda de la esquina; mencionó que siempre ha sido así. Por el contrario Emilio, quien es muy explosivo, le grita muy fuerte a su hija, él cree que los gritos son porque no tiene paciencia, porque considera que tardan mucho en hacer la tarea y porque su esposa e hija se pelean. Pamela es la encargada de hacer la tarea con Emilia y él es responsable de establecer las reglas en casa. En cuanto a la explosividad de Emilio, Pamela ha dicho que antes ella se quedaba callada cuando él le gritaba a su hija, pero que ahora le responde, situación que ocasiona discusiones entre ellos y mencionó que Emilia también le responde a su papá con gritos. Otra situación que la familia considera que origina gritos en casa es que Emilio es muy acelerado y le gusta que las cosas se hagan rápido, por lo que se desespera con los tiempos de Pamela que son mucho más lentos.

Emilia comentó que le preocupa mucho que sus padres se enfermen, que no le gusta que su papá fume y que le da miedo que se muera. Al explorar el miedo de Emilia

a la muerte de su padre, él dijo que tiene antecedentes de diabetes y que aun así fuma y toma mucha Coca-Cola, situación que provoca el miedo de su hija.

La familia refirió que Emilia actúa como si fuera más grande, le gusta maquillarse y arreglarse mucho, desde chica ha tenido relación con primas mucho mayores que ella y creen que por eso siempre se ha comportado como si fuera mayor de lo que es. Emilio dijo que ha vivido todas las etapas muy rápido y que es "rara", a lo que Emilia respondió diciendo que su mamá también es "rara" porque no se maquilla ni se pinta las uñas. En cuanto a la forma de relacionarse Pamela trata a Emilia como niña chica y le tira sus labiales, Emilia tiene una contradicción, porque por un lado quiere que la traten como niña, por ejemplo cuando quiere abrazos y besos o que le compren dulces, pero por el otro quiere que la traten como si fuera más grande en cuanto a dejarla vestir como ella quiere y maquillarse, en toda esta situación Emilio se mantiene al margen, "háganse bolas ustedes" (sic).

En la familia tienen la creencia de que únicamente hay dos formas para solucionar los conflictos, dejándose de hablar o gritando, generalmente Pamela es quien deja de hablar cuando se enoja, Emilio es quien explota y grita y Emilia está adoptando las dos modalidades. Emilia y Emilio han dicho que Pamela es muy "cuadrada", que no acepta sugerencias y que siempre quiere que las cosas se hagan como ella dice. Ella lo niega y dice que su hija y esposo la hacen como quieren; al parecer padre e hija quieren que ella sea más flexible, sin embargo, al preguntarles qué pasaría si fuera más flexible, él respondió que nada y Emilia dijo que lo que acaba de mejorar empeoraría.

En cuanto a la relación entre madre e hija, ambas coincidieron en que es buena, ya que juegan y hay confianza entre ellas. Sin embargo, Pamela refirió que su hija ha

estado muy rebelde ya que no la obedece y le tiene que pedir las cosas varias veces; Emilia negó ser rebelde porque ella cree que sí obedece a su mamá. En su relación también hay gritos y cuando Emilia se enoja le deja de hablar a su mamá, Emilia dijo que cuando se enoja siente una opresión en el pecho y ansiedad y que cuando está triste come mucho y deja de cantar.

Identificaron que utilizan el enojo como una forma de comunicarse. Emilio dijo que el enojo puede estar relacionado con una energía acumulada. Se introdujo el tema del aburrimiento como un posible componente del enojo, o como si atrás de éste hubiera aburrimiento, la familia estuvo de acuerdo con esta idea y piensan que sería bueno salir de la rutina. Comentaron que hay ocasiones en las que Emilia se enoja porque no le compran lo que ella quiere y que les deja de hablar, Pamela dijo "le tengo que estar buscando la cara para que se le pase".

La familia expresó las expectativas que tienen al acudir a terapia: Pamela dijo que ella quiere que su esposo modifique su carácter y que Emilia sea más obediente; Emilio dijo que quiere que haya un equilibrio en casa en el cual no haya roces; y Emilia dijo que ella quiere ser más obediente. Cada quien compartió lo que está dispuesto a hacer para que ocurra el cambio que quieren, Pamela dijo que ella está dispuesta a escuchar más las opiniones de los demás; Emilio a ser menos explosivo, y a preguntar y buscar soluciones antes de llegar al grito; y Emilia a hacer más caso a papá y mamá.

Pamela comentó que considera que su hija, y sobre todo su marido, no valoran el trabajo doméstico que ella realiza en casa y que le gustaría que cada quien fuera responsable de alguna de las labores del hogar. Comentaron que durante el proceso la familia ha tenido un alejamiento y falta de comunicación, ya que cada quien realiza actividades de forma independiente; Emilia escucha música con audífonos, Pamela ve

la TV y Emilio trabaja en la computadora. Emilia dijo que su mamá siempre quiere platicar y Pamela dijo sentirse triste por la situación familiar y que le gustaría que hubiera mayor comunicación y confianza entre ellos.

Conversamos sobre la muerte de la mamá de Pamela la cual tuvo un impacto a nivel emocional e instrumental en la familia, ya que Pamela pasaba todas las tardes con su madre y a partir de su fallecimiento comenzó a estar más tiempo con su hija. Mencionó que tenía una relación muy cercana con su mamá, María Concepción, ya que siempre estuvo con ella. Se trabajó sobre la forma en la que pueden honrar a la abuela materna y dijeron que lo harían siendo felices, no quejándose y uniendo a la familia. Pamela considera que su mamá las "hizo mujeres de bien" es decir luchonas, trabajadoras y que no se rinden.

En la sesión cinco la familia narró una pelea ocurrida entre Emilio y Emilia que provocó que se dejaran de hablar tres semanas. Al respecto, Emilia dijo sentirse triste y que le gustaría que su papá le hablara y Emilio refirió "yo estoy bien, a gusto, trabajando", dijo que no cree que Emilia esté triste ya que considera que es una forma de manipularlo para que él le de lo que ella quiere. Pamela mencionó sentirse incómoda con la situación ya que fue la mediadora del problema. Emilio se mostró molesto en la sesión y dijo que su esposa e hija siempre dicen que él es el culpable de todo, la pareja discutió sobre la mala conducta de Emilia, ya que para Emilio ésta se debe a la influencia de la familia de ella y para Pamela es la reacción de su hija frente a los gritos de él; Emilio comenzó a enojarse y ella le dijo que él nunca escucha razones, la intensidad de la pelea subió hasta que él se levantó y dijo "no puedo con esto, yo me retiro", dejando el espacio terapéutico. Al ver esto, Pamela comenzó a llorar y refirió que él siempre hace lo mismo, se enoja, comienza a gritar, se va y después regresa como si

nada hubiera ocurrido, dijo que no entiende porque es así, pero que quizás tenga que ver con la forma en la que lo educaron. Durante la pelea y posteriormente, se observó que Emilia está muy atenta de la relación de sus padres y que toma partido por alguno de ellos. Sobre la relación de pareja, Pamela dijo que Emilio es un buen esposo y buen padre pero que su problema es el "mal carácter", comentó que ella ha aprendido a no llevarle la contra porque "alguien tiene que mantener la cordura en la familia, si él grita y yo grito, imagínese sería insoportable"; sin embargo, hacer esto ha ocasionado que su hija y familia le digan que parece que le tiene miedo, pero ella no está de acuerdo. A partir de esta sesión se decidió tener reuniones sólo con la pareja.

En las sesiones de pareja trabajamos varios temas: la relación entre Emilio con la familia de Pamela, el significado o la relación entre los diferentes enojos de Emilio, la empatía, la sexualidad, la situación de la pareja al momento del nacimiento de su hija y un poco sobre la familia de origen de Emilio.

En cuanto a la relación de Emilio con la familia de su esposa, él dijo que la familia cree que él está "loco" y que le aconsejan a Pamela que no le haga caso, para él la familia busca "aplastarlo" o "ponerlo abajo", haciéndole burla o chistes; Emilio siente que su esposa nunca lo ha defendido y piensa que las agresiones por parte de la familia de su esposa comenzaron cuando se enteraron de que él es divorciado y tiene otros dos hijos. Cree que a partir de ese momento comenzó una lucha de poder con su suegra "para ver quién podía más sobre Pamela". Él piensa que esto tiene relación con el lugar de sumisión que le han contado que tenía su suegro en la familia, ya que quien tenía el control era su suegra.

Sobre las situaciones en las que Emilio se enoja y explota, al buscar una posible relación entre ellas, se llegó a conclusión de que es cuando él siente que se pone en duda su capacidad.

Al observar que la pareja tiende a culpar al otro de los problemas o discusiones hice un ejercicio del "otro internalizado", con el objetivo de que pudieran ponerse en el lugar del otro y generar algo de empatía. En este ejercicio hablaron sobre la búsqueda de controlar al otro, sobre el patrón circular que se genera cuando se enojan en el que Emilio grita, Pamela se aleja y comienza a hacer las cosas más lento, lo que provoca que él se enoje más y por lo tanto ella se aleje más. Durante el ejercicio surgió el tema de la sexualidad, la cual es escasa desde los ojos de Emilio y suficiente para Pamela, él piensa que a ella no le interesa ya que siempre tiene algún pretexto y ella cree que él quiere tener relaciones sexuales todo el tiempo. Emilio mencionó que él quisiera que fuera como cuando eran novios, es decir que Pamela fuera más "melosa" con él y mostrara interés en el aspecto sexual, Pamela dijo que es difícil para ella porque muchas veces están peleados. A partir del ejercicio se propuso la idea de que detrás del enojo y la culpa hay una necesidad de intimidad, cercanía, afecto y de estar bien con el otro y Emilio aclaró que más bien el enojo ha sustituido todo eso.

Narraron que cuando nació su hija, a Pamela le dio depresión postparto, durante dicho periodo ella no se sintió apoyada por su esposo, ya que quien le ayudó fue su hermana, pero para Emilio, Pamela era una exagerada ya que le llamaba al pediatra muchas veces al día y fueron con muchos ginecólogos. Pamela contó esta situación con mucho dolor y Emilio, frente a la tristeza de su esposa, reaccionó con molestia, interrumpiéndola en su discurso. El nacimiento de Emilia fue por cesárea, debido a que

Pamela así lo decidió, pero él considera que ésta fue una mala decisión porque un médico les advirtió que si se hacía una cesárea le daría depresión postparto.

En cuanto a la familia de origen de Emilio, refirieron que su mamá siempre fue muy estricta pero que ahora lo apapacha mucho. Narraron que cuando comenzó su relación, la familia de él le dijo a Pamela que por su culpa Emilio se había divorciado de su ex pareja. Frente a esta situación, Emilio aclaró que él defendió a su esposa y le pidió a su familia que no hiciera esos comentarios. Emilio contó que tiene dos hijos, pero que dejó de tener relación con ellos cuando el mayor tenía 7 años y el menor acababa de nacer.

Después de tres sesiones con la pareja, y debido a los temas emergentes y la dificultad para hablar sobre ellos, por la reacción con enojo de la pareja, se creyó conveniente tener sesiones individuales con cada uno de ellos.

La sesión individual con Emilio giró en torno a su familia de origen. Contó que él nació en Nicaragua y que sus padres son de ahí. Su papá, desde muy chico, comenzó a migrar y vivió un tiempo en Estados Unidos, en México y en Nicaragua, tuvo 4 parejas con las que tuvo 6 hijos en total, de los cuales tres ya murieron y de dos de ellas no se sabe nada. Cuando Emilio tenía 6 meses un terremoto muy fuerte obligó a sus padres a salir del país y vinieron a vivir a México. A los 7 años, sus padres se separaron y él decidió irse a vivir con su papá "porque era un pan y mi mamá era una sargento", narró que tuvo una infancia muy feliz al lado de su papá, del cual aprendió a hacer negocios, a ser audaz y a buscar cosas divertidas para hacer; era una relación en la que se tenían mucha confianza. A sus 13 años el papá muere y Emilio regresó a vivir con su mamá, su padrastro y una media hermana. Cuando él regresó, su mamá cambió de forma

drástica, ya que dejó de ser estricta. La narración de Emilio fue muy descriptiva y se observó que cuando una emoción emergía él la evitaba.

En la sesión con Pamela, hablamos sobre su familia extensa y sobre el inicio de su relación con Emilio. Contó que en su familia son ocho hermanos, 6 mujeres y dos hombres y que ella es la más chica. Dijo que su papá siempre estaba sonriente, que no lo vio enojado jamás y que era muy bueno. Él murió cuando Pamela tenía 19 años, ella recuerda ese momento como algo muy doloroso y mencionó que su mamá se hizo la fuerte para darles valor a ella, a sus hermanos y hermanas. Su mamá siempre fue más estricta, aunque de igual forma era amorosa y les daba consejos, les transmitía fortaleza y los apapachaba. Para Pamela sus padres fueron muy buenos, refirió que nunca vio a su mamá y papá peleando y que siempre fueron un ejemplo para ella, ya que se demostraban su amor con hechos.

Pamela y Emilio se conocieron trabajando en el Palacio de Hierro, ella tenía 25 años y él era divorciado con dos hijos, duraron 5 años de novios y después se casaron. Pamela cuenta que desde el principio se peleaba con su mamá por Emilio, ya que ella le decía que no le convenía, pero Pamela, quien considera que tenía "una venda en los ojos", lo defendía diciendo que es buena persona. Su hermana Teo también le decía que Emilio era malo, de mal genio y explosivo. Reflexionando sobre el asunto, Pamela dijo que quizás algo que la enganchó a Emilio fue que de esa forma le llevaba la contraria a su mamá y que a partir de que empezó a salir con él su mamá dejó de tratarla como a una niña y la empezó a tomar en cuenta; situación que no ocurría antes, ya que ella estaba muy apegada a su mamá, tenía que pedir permiso e incluso dormían juntas. Dijo que después de tres años de relación, Emilio mostró su carácter y que ella intentó terminar, pero que él se pegaba con la pared y aventaba su celular cuando ella

se lo planteaba, por lo que a Pamela le daba miedo que se lastimará y mejor se quedaba con él.

Comentó que para ella en un matrimonio bonito, como el de su mamá y papá, lo más importante es el amor, y que amarse significa estar con la pareja en todo momento y que cuando hay amor no tendría que haber discusiones. Al final de esta sesión, se concluyó que la relación de sus padres es como el ideal al cual quizás ella no logre llegar y que parece que tiene cierta necesidad por cuidar/proteger a su marido.

En la última sesión que tuvimos con la familia, acudieron los tres pero estuvimos primero con la pareja. Emilio y Pamela dijeron que han discutido menos y que la terapia les ayudó a "que las cosas salgan". Él mencionó que ahora puede entenderse más a sí mismo y que piensa las cosas antes de explotar, ella dijo que están logrando llegar a acuerdos, que "cada quien ha puesto de su parte" y que está escuchando más lo que el otro dice. Emilio se da cuenta que su esposa ahora está buscando soluciones antes que problemas y que es más tolerante. Sin embargo, cree que aún no es melosa como él quisiera que fuera, aunque acepta que ha estado más cariñosa. Él dijo que le gustaría que las cosas fueran como cuando eran novios y ella dijo que no es necesario eso, que con demostrar con hechos es suficiente. Pamela dijo que ahora se retira cuando hay enojo y que permite que Emilio también lo haga, es decir ya no le insiste. Ella también quiere que él se más cariñoso y que la valore como mujer, frente a esta petición él le preguntó que cómo se sentiría ella bien, qué necesita o quiere, a lo que Pamela respondió pidiendo que valore su trabajo en casa.

Al final de la sesión se incorporó Emilia, dijo que ha estado más tranquila y que aprendió a relajarse para disminuir el dolor de espalda, refirió que ya la dieron de alta

en rehabilitación. La familia se fue de la sesión agradecida y mencionaron que quizás me buscarían para continuar trabajando con la pareja.

3.2.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

3.2.2.1 Análisis del sistema familiar

Basado en la recursividad entre los procesos individuales, interaccionales, familiares y sociales.

Se observan diferencias individuales entre los tres miembros de la familia. Emilia es coqueta, le gusta arreglarse, es "hablantina", sus padres creen que es rebelde y berrinchuda y cuando se enoja puede gritar o dejar de hablar; Pamela es seria, no le gusta establecer amistad con muchas personas, no se maquilla, es sobreprotectora, a la vista de su hija y esposo es cuadrada y cuando se enoja deja de hablar; y Emilio es explosivo, sociable, gritón, consentidor con su hija, proveedor y cuando se enoja grita.

Dichas diferencias pueden ser atribuibles al tipo de educación que recibieron Pamela y Emilio, en la que había reglas más estrictas por parte de sus padres, incluso él le dijo a Pamela que cuando ella no obedecía: "con un golpe en el hocico hacías caso". Añadió que ahora les es complicado tener el mismo tipo de crianza con su hija debido a la influencia del contexto familiar y social y a la falta de coordinación entre ellos para educar a Emilia, ya que Pamela es sobreprotectora y Emilio "regañón". Esto puede estar relacionado con una idea de cómo ser padre y madre que la pareja fue desarrollando a lo largo de su propia experiencia y vida.

También es posible que lo esperado culturalmente para hombres y mujeres influya en dichas diferencias individuales. Emilio busca mantener una masculinidad

tradicional en la que él es el proveedor, es quien debe tener el control y poder en la familia, no expresa sus emociones y busca no mostrarse vulnerable; Pamela por el contrario, en algunos aspectos, parece estar alejada del estereotipo femenino que marca que las mujeres deben ser coquetas, buscar agradar, ser sociables y por esto es etiquetada como "rara" por su hija y esposo, pero, por otro lado, es la responsable del cuidado del hogar e hija, y se mantiene al margen de las decisiones importantes, lo cual es lo esperado socialmente desde un punto de vista tradicional. Sin embargo, en su familia de origen, al parecer, quien tenía el control era su mamá, por lo que puede ser contrastante para ella que ahora sea su marido quien quiere tener el poder en la relación, ya que ella vio algo distinto en casa; y por último, Emilia, al maquillarse y arreglarse mucho al parecer está siguiendo los estereotipos femeninos de belleza y cuidado personal.

Se considera que los roles de género tradicionales han sido mantenidos a través de las relaciones al interior de la familia, ya que tanto Pamela como Emilio cubren los roles esperados socialmente para hombres y mujeres, sobre todo en el aspecto instrumental de cuidado y proveeduría. Emilio busca mantenerse como el jefe de familia, es decir, ordenando lo que se hace y lo que no, y cuando esto no ocurre explota, a lo que Pamela responde retirándose del conflicto para no provocar un enojo más grande en su esposo. Sin embargo, cuando la familia está con la familia de origen de Pamela esto cambia y Pamela se empodera, respondiéndole a su marido o permitiendo que sus hermanas y cuñados se "burlen" de él, lo cual provoca mucho enojo en Emilio, ya que es posible que sienta que su rol de hombre es puesto en duda.

Por otro lado, la idea de paternidad y maternidad de la pareja se ha ido transformando debido a la relación con su hija y lo que ella va provocando con su

conducta, sus experiencias y su contexto social, que es muy distinto al que tuvieron sus padres de niños.

Lo anterior es el resultado de las relaciones que se han dado dentro de la familia vista como una totalidad, en la que su identidad está marcada por un constante conflicto de los padres, una búsqueda de los tres por encontrar culpables a los conflictos, un intento de los padres de utilizar a Emilia como escudo o pretexto en sus conflictos y/o diferencias, la presencia tan importante de la familia de Pamela en la vida familiar, que provoca un constante movimiento en los roles de la familia, la influencia de las primas más grandes sobre Emilia y la ausencia de relación con la familia de Emilio. Y por último todo esto es alimentado por las diferencias individuales.

Hipótesis sistémicas

1) Es posible que Emilia esté buscando diferenciarse de su mamá y papá, teniendo comportamientos no esperados para su edad como maquillarse y actuar de forma rebelde, a lo que Pamela reacciona con molestia y rechazo, quizás porque ella no quiere que ocurra una separación entre ellas. Frente esto, Emilio se aleja o apoya a su hija, lo que genera un conflicto en la pareja, lo que a su vez provoca que Emilia actúe de forma aún más rebelde.

2) La familia maneja sus emociones a través del cuerpo, con enfermedades o síntomas, Emilia tiene lordosis cervical, Pamela hipertensión y Emilio tabaquismo. La lordosis de Emilia provoca que la sobreprotección de Pamela aumente y, por lo tanto, su hipertensión también por la preocupación que tiene por su hija; la sobreprotección genera estrés en Emilia lo que provoca un aumento de la lordosis cervical. Emilio, al sentirse preocupado por su hija y esposa, aumenta su consumo de tabaco, lo que

provoca tensión en Pamela y estrés y miedo en Emilia, situaciones que disparan sus síntomas.

3) La familia se relaciona creando alianzas y culpando a alguno de los miembros por las situaciones que ocurren. Pamela y Emilio se alían para quejarse de la rebeldía de Emilia, la cual responde con más rebeldía o aliándose con su mamá o papá. Emilia y Pamela se alían culpando a Emilio de los gritos en casa, lo cual provoca que Emilio grite aún más porque ellas no hacen lo que él espera que hagan; y Emilio y Emilia se alían acusando a Pamela de ser cuadrada y poco flexible, lo que ocasiona que ella sea aún más rígida.

4) Se piden hacer cosas diferentes y al mismo tiempo encuentran razones para que no sucedan, al parecer se encuentran atrapados en un *loop* de querer hacer y no querer; quizás, hacer las cosas de forma diferente implique muchos cambios a la forma que tienen de relacionarse y por lo tanto prefieren hacer cambios pequeños y paulatinos.

5) Emilia se comporta de forma rebelde para evitar el conflicto entre sus padres, ya que de esa forma sus padres se pueden aliar en contra de su rebeldía y no pelean por otras cosas.

6) A partir de la muerte de la abuela materna, Pamela comenzó a involucrarse más con su hija y a exigirle más, lo que provocó que Emilia no quiera hacer lo que su mamá le pide. Esto, a su vez, genera que Pamela se enoje y le exija más y esta situación provoca que Emilio se aleje de ellas por no interferir en sus discusiones o que se enoje porque discuten. La actitud de Emilio provoca que Pamela se enoje y se aleje de él y causa que Emilia se alíe a su papá.

7) Es una familia que no se comunica, ya que cada quien tiene sus actividades. Sin embargo, Pamela solicita a su hija y esposo que no sean así y les exige que platiquen, lo cual propicia que ellos se alejen. Esto genera que ella los busque más, quizás porque se siente sola, pero ellos cada vez se alejan más de ella.

8) Existe violencia psicológica por parte de Emilio. Pamela ha encontrado mecanismos de resistencia frente a ésta, como no responderle o llevarle la contraria, y Emilia está aprendiendo a responder con violencia, lo que genera que Emilio se enoje y aumente el nivel de violencia.

9) Emilia está metida en los conflictos de la pareja. Pamela y Emilio la utilizan como escudo o pretexto y ella está pendiente de todo lo que ocurre en la relación de sus padres, facilitando que ellos se escuden en ella o se alíen con ella.

10) Existe una lucha de poder en la pareja, en la que Emilio busca ser la autoridad e imponerse frente a su esposa, para no tener un lugar de sumisión como el que tuvo su suegro, frente a lo cual Pamela responde escudándose en la relación con sus hermanas y cuñados en la que ella tiene más autoridad que su esposo, quien es tachado de "loco", lo que provoca en Emilio una sensación de agresión y de falta de capacidad, que lo lleva a imponerse con más fuerza y a Pamela a escudarse más en su familia de origen que le da poder. En esta lucha de poder están en juego la masculinidad y la feminidad de Emilio y Pamela, ya que cada uno busca mantener su rol frente al otro, el cual resulta cuestionado por el conflicto.

11) El enojo es maximizado y expresado en explosiones por Emilio debido a que puede estar relacionado con una sensación de no ser reconocido ni aceptado, de ser descalificado o devaluado; a la vez que Pamela minimiza lo que ocurre cuando dice que el único problema es el mal carácter de su esposo.

12) La pareja tiene un patrón circular en los conflictos. Esto es, cuando Emilio se enoja y explota, Pamela le deja de hablar y comienza a hacer las cosas de forma diferente o más lento, lo que Emilio interpreta como un reto, por lo que se enoja más y ella lo ignora más.

13) A Emilio le es muy difícil manejar la tristeza de Pamela, por lo que reacciona con enojo; Pamela frente al enojo de él reacciona con apatía y tristeza, lo que provoca mayor enojo en Emilio y por lo tanto mayor apatía en ella.

14) Para Emilio hacer contacto con emociones como la tristeza lo ponen en un lugar de vulnerabilidad que él interpreta como debilidad y que lo sitúan en una posición de sumisión frente a los otros, por lo que es mucho más manejable para él mostrar enojo y explotar.

15) Para Pamela su relación con Emilio fue una forma de escapar de la opresión de su mamá, pero se metió en otra relación opresiva que su mamá criticaba.

16) La pareja se está pidiendo respeto, cariño, que el otro valore lo que hace cada quien y que se respeten los roles de cada uno.

3.2.2.2 Análisis del caso basado en los sistemas de significados

Manejo Coordinado de Significados

Los episodios de gritos y explosión de Emilio --que suceden cuando se enoja porque cree que lo "están poniendo abajo o aplastando", manipulando o que no lo obedecen--, están contextualizados desde niveles más altos, que representan la fuerza contextual del significado de sus reacciones (Ugazio, 2013). Dichos episodios son confirmados por el tipo de relación que tiene con la familia de Pamela, en la que se burlan de él o le

hacen chistes, por la idea de hombre que tiene de sí mismo, vinculada con la necesidad de tener el control y poder en sus relaciones y por los modelos culturales que dictan que los hombres, desde un punto de vista tradicional, son los que se encuentran jerárquicamente arriba del resto, por lo que son los que definen las reglas. Es por ello que cuando Emilio siente que esto no ocurre, surge un episodio de ira enmarcado por todo un sistema de significados de mayor nivel.

Por otro lado, se observa que el episodio que se dio durante la depresión postparto de Pamela --en la que ella se sintió no apoyada por su marido, mientras que él consideró que ella exageraba-- es un episodio que se volvió el contexto desde el cual se comenzó a interpretar la relación, influyendo también al yo individual y social de ambos. Por lo que, debido a la fuerza implicativa de dicho episodio, cambió el contexto desde el cual se le da significado a ese momento y a la relación (Ugazio, 2013). A partir de lo ocurrido, la relación se modificó y Pamela se fue alejando de su esposo, quien se fue enojando cada vez más por la distancia de ella; el evento marcó un cambio en el significado de la relación.

En la familia se observa que los niveles de significado de "expresar la tristeza abiertamente" y "tener el control o poder" son intransitivos, debido a que cada uno no puede ser el contexto del otro, sin que cambie el significado de la relación. Es decir, si alguno de los miembros de la familia expresa su tristeza, entonces no tiene el control sobre los demás, ya que es vulnerable y, por el contrario, quien quiera tener el control no debe expresar su tristeza de forma abierta, lo puede hacer gritando o alejándose, que son dos formas de mantener el control sobre el otro. Esto genera un circuito reflexivo bizarro, relacionado sobre todo con los niveles de episodio, relación y *self*, debido a que estar en la encrucijada de no poder expresar la tristeza de forma abierta --

porque eso implica una pérdida del control o poder sobre los otros--, provoca una grieta entre el yo individual que siente la tristeza y quiere tener el poder, y la relación que se ve implicada en las luchas de poder expresadas a través de gritos y alejamientos.

Cuando la familia no está en crisis existe un circuito reflexivo armónico, en el que el significado de "platicar" y "tener confianza" son transitivos, ya que ninguno cambia el significado del otro. Es posible que la familia dialogue desde un lugar de confianza y armonía. Cabe aclarar que actualmente esto ocurre poco en la familia.

Polaridades Semánticas

Las polaridades semánticas construidas y relevantes para la familia conformada por Pamela, Emilio y Emilia son: débil/fuerte, sumiso/controlador, sociable/antisocial, flexible/rígido, cariñoso/distante, emotivo/seco, explosivo/apático, rápido/lento y raro/normal. Dichas polaridades dan identidad a cada uno de los miembros de la familia, así como a la familia en su totalidad, formando una red compartida de significados entre ellos. Como dice Ugazio: "una familia es una familia a partir de que quienes pertenecen a ella tienen una trama compartida, formada por cierto número de polaridades semánticas y de narrativas que estas polaridades alimentan" (Ugazio, 2013:4). Cada miembro de la familia ha tomado posición dentro de estas polaridades y dicho posicionamiento define la relación que existe entre ellos y con su contexto.

Podemos observar que Pamela se ha posicionado en las polaridades de débil, sumisa, antisocial, rígida, distante, emotiva, apática, lenta y rara. Emilio lo ha hecho en los lados de fuerte, controlador, sociable, rígido, distante, seco, explosivo, rápido y normal. Al ser las polaridades semánticas familiares también una clase de constructo triádico (Ugazio, 2013), Emilia se encuentra en una posición media, en algunas de las

polaridades en las que sus padres están en los polos opuestos que son débil/fuerte, sumiso/controlador y explosivo/apático. En las otras ha tomado posición en alguno de los polos, se encuentra del lado sociable como su papá; emotiva, lenta y rara como su mamá; y se posiciona en los polos opuestos a ambos al ser flexible y cariñosa.

El que Emilia se haya posicionado de esta forma dentro de los polos semánticos familiares ha generado que dentro de la familia se generen historias y significados compartidos por ellos, así como también pueden ser motivo de conflicto. El posicionarse en un polo u otro está vinculado con las emociones y con la historia de cada uno de los integrantes de la familia, por lo que podemos suponer que algunas de estas polaridades también se encuentran en las familias de origen de Emilio y Pamela. Por ejemplo, sabemos que en la familia de ella existen las polaridades sumiso/controlador y flexible/rígido, desde la relación de sus padres en la que su padre ha sido puesto en la polaridad de sumisión y flexibilidad y su madre en las opuestas, así como que en la familia de Emilio existen las polaridades de flexible/rígido, cariñoso/distante, emotivo/seco, en las que su papá se posicionaba en el lado de flexible, cariñoso y emotivo y su mamá en los contrarios, es interesante observar como Emilio puede ser ubicado en las mismas polaridades que su mamá, aunque en el discurso él dice que siempre fue más cercano a su padre.

Premisas e Ideas asociadas a ellas

Las premisas e ideas asociadas a ellas, identificadas en la familia se muestran en la siguiente tabla (tabla 13):

Tabla 13. Premisas e ideas asociadas

Premisas	Ideas asociadas
Las buenas familias deben tener roles tradicionales.	El hombre debe ser el proveedor, establecer las reglas en la casa, tener el control sobre los miembros de su familia y tener la iniciativa en la vida sexual de la pareja. La mujer debe dedicarse al cuidado de los miembros de su familia, es responsable de las labores domésticas, debe obedecer a su marido, ser sumisa, acatar las reglas y esperar a que su esposo tenga la iniciativa en la sexualidad. Los hijos deben ser obedientes.
Los que no cumplen con lo esperado para su género o edad son personas raras.	Emilia es etiquetada como rara porque se comporta como si fuera más grande de lo que es, por lo tanto no está cumpliendo con lo esperado para su edad. Pamela también es nombrada como rara porque no se arregla ni es sociable y cariñosa como socialmente se espera que lo sea una mujer.
Las emociones no se expresan.	<p>En la familia existe la creencia de que el enojo es la única emoción que es válido expresar y puede manifestarse con gritos o dejando de hablar. Otras emociones, como la tristeza, no está bien expresarlas, Emilio la expresa con enojo, Pamela minimiza lo que siente diciendo "que todo está bien mientras él no explote" y "chillo de todo". Emilia es la única que expresa la tristeza, pero su papá la interpreta como una forma de manipularlo.</p> <p>Otras emociones como la alegría, el miedo, el desagrado casi no han salido durante las sesiones, a excepción del miedo a la muerte de sus papás que manifestó Emilia en las primeras sesiones y a la idea de que los gritos de Emilio provocan miedo en lugar de respeto.</p>
Los otros son responsables de la presencia o ausencia de las emociones.	Emilio dice "me enojo porque no se apuran", "exploto porque se burlan de mi", "grito porque ella hace las cosas lento", "grito porque ellas se pelean". Pamela y Emilio consideran que son los responsables del enojo de su hija, tanto de provocarlo, por ejemplo negándole algunas cosas, como de que desaparezca, Pamela dice "le tengo que estar buscando la cara para que se le pase el enojo". Pamela considera que su enojo y distanciamiento es culpa del enojo de su esposo, "si me grita cómo quiere que sea melosa".

Los problemas se resuelven con gritos o dejando de hablar.	Cuando la familia se enfrenta a un conflicto, sólo saben resolverlo de dos formas, gritando o dejando de hablar. El enojo generalmente se da por una sensación de pérdida de control, por lo que la idea asociada a esta premisa es que gritando o dejando de hablar se recupera el control sobre los demás.
Quien tiene más poder en la familia es quien establece los límites y reglas.	Se tiene la idea de que quien establece las reglas y límites tiene el control sobre las otras personas de la familia. Al ser una familia con roles tradicionales, Emilio cree que le corresponde establecer las reglas y los límites y por lo tanto tener el poder, lo cual es importante ya que quien tiene poder no puede ser aplastado.
En las familias sólo existe quien manda y quien es sumiso.	Existe la idea de que no hay un lugar intermedio entre estas dos polaridades. Emilio no quiere ser puesto en el lugar de sumisión, porque tiene la idea de que ese lugar es inferior y vulnerable. Pamela se ha posicionado en el lugar de sumisión, pero por momentos intenta cambiar porque en su familia existe la idea de que las mujeres son quienes mandan.
En la pareja siempre se deben defender del otro.	La pareja tiene la idea de que la otra persona busca agredir o manipular, por lo que se tienen que defender todo el tiempo. Esto se une a la creencia de que el otro es el responsable de lo que me ocurre, por lo que no hay una toma de la propia responsabilidad.
La tristeza siempre sitúa a las personas en un lugar de vulnerabilidad, por lo que hay que evitarla	Al existir la idea de que ser vulnerable es ser débil y que la tristeza es debilidad, entonces la familia busca evitarla o minimizarla.

3.2.2.3 Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas

Durante el proceso terapéutico se identifican tres grandes etapas: una primera etapa de trabajo con la familia, una segunda con la pareja y una última con cada uno de los miembros de la pareja. En cada una de estas etapas se pueden identificar sub-etapas, algunas de las cuales evolucionaron durante los tres momentos.

Etapas familiares

1) "El entendimiento de la expresión del enojo en la familia": se identificó que la familia tiene dos formas de expresar el enojo, gritando y dejando de hablar, y que cada uno de ellos adopta una forma. En la conversación se hizo evidente esta forma que tiene la familia de expresar el enojo y observaron que Emilia está adoptando las dos, ya que en ocasiones grita y otras veces deja de hablar.

2) "Definiendo la rebeldía de Emilia": Emilio y Pamela se quejan de que su hija es rebelde y no obedece. Sin embargo, en la sesión en la que sólo estuvieron madre e hija, cada una explicó lo que entiende por rebeldía: Pamela dijo que no hace lo que se le pide y Emilia dijo que para ella ser rebelde es no hacer lo que te disgusta y que ella sí lo hace, aceptó que se tarda en hacerlo y que a veces no lo hace, pero que en general obedece. Pamela, al escuchar la definición de su hija estuvo de acuerdo con ella. Esto sirvió para que en una sesión posterior Pamela le dijera a Emilio que Emilia sí era obediente, lo que da cuenta de un cambio en su mirada.

3) "Incorporando a las raras en el sistema de significados": la familia considera que Emilia y Pamela son raras, debido a que Emilia se comporta como si fuera más grande y se arregla mucho y Pamela es todo lo contrario, ya que no se maquilla y no es sociable. Creo que el darse cuenta de que ambas son raras le dio un sentido de identidad a la familia, porque incluso --en sesiones posteriores-- también dijeron que Emilio era raro, porque siempre estaba en su computadora; riéndose comentaron "somos una familia rara".

4) "Introduciendo a la tristeza como una emoción válida para Emilio": esta etapa comenzó desde la sesión 1 y continuó hasta el final del proceso, durante el que utilicé

diversas intervenciones terapéuticas. Desde el inicio del proceso observamos que cuando Emilio hace contacto con alguna emoción, que no sea el enojo, desvía el tema para no mostrar dicha emoción; observar esta acción en él nos llevó a considerar relevante incluir la tristeza en el repertorio de emociones de Emilio. Posteriormente, en la sesión 5, al momento en que estaban narrando una pelea muy fuerte que hubo entre padre e hija, Emilio me preguntó si la forma de responder de Emilia no era una falta de respeto, a lo que respondí que si mi hija me hiciera algo así yo me sentiría triste, de esta forma introduje la emoción y en ese momento él acepto estar triste, pero inmediatamente después comenzó a enojarse mucho. Después, en la sesión 8, cuando Pamela narró la depresión postparto que tuvo, al notar que Emilio la interrumpía y subía el tono de voz cuando ella mostraba tristeza, le pregunté que le ocurría con la tristeza de su esposa, a lo que respondió que le daba tristeza, pero una vez más cambio el tema. Por último, en la sesión individual, descubrimos que en la historia de Emilio hay muchos duelos y momentos tristes, los cuales narra de forma descriptiva, al final de la sesión dijo que le era mucho más sencillo solo describir que permitir sentir la emoción.

5) "¿Quién es el culpable?": la familia tiende a buscar culpables en los conflictos y en el proceso terapéutico. De hecho, he sentido que buscan que yo defina quien tiene la culpa o que sea mediadora en los problemas, ya que cada quien me cuenta su versión, como esperando que tome partido por alguno. Durante el proceso no he respondido a su petición implícita, e incluso he hecho evidente que buscan culpables en todos los conflictos.

6) "Un segundo movimiento": después de la primera sesión hubo un primer movimiento en el que Emilio se controló y pudo gritar menos. La familia llegó pidiendo un segundo movimiento en el que Pamela fuera quien se moviera, ya que su esposo e

hija le solicitaron que fuera más flexible, sin embargo, al mismo tiempo parece que no quieren que ocurra, porque al preguntarles qué pasaría si se flexibiliza, Emilio dijo que nada y Emilia respondió que "lo que ha mejorado empeoraría de nuevo".

7) "Honrando a la abuela materna": durante una de las sesiones trabajamos con el duelo por la muerte de la madre de Pamela, quien fue una figura muy importante. Utilizando la técnica propuesta por White para trabajar con duelos, se buscó que Pamela y Emilia incorporaran en ellas algo de la abuela. Dijeron que pueden honrar a la abuela María Concepción siendo felices, no quejándose y uniendo a la familia. Pamela concluyó que su mamá las "hizo mujeres de bien" es decir luchonas, trabajadoras y que no se rinden.

8) "Alianzas en la familia": durante las sesiones con la familia identificamos que suelen hacer equipos de tal forma que siempre quedan dos contra uno y que Emilio y Pamela utilizan como escudo a Emilia. Para hacerlo evidente y a manera de resumen le dijimos a la familia que suelen hacer equipos y que en una sesión los padres se unieron diciendo que Emilia es muy rebelde, en otra padre e hija se unieron diciendo que Pamela es muy cuadrada y en otra madre e hija dijeron que Emilio no escucha razones; la familia estuvo de acuerdo y dijeron que es verdad que hacen equipos. Buscando que Emilia deje de estar metida en los conflictos de sus padres y que estos puedan resolverlos, se planteó tener sesiones únicamente con la pareja, es relevante mencionar que cuando se le hizo esta propuesta a la familia, a Emilia se le dibujo una sonrisa enorme en la cara y dijo que le parecía muy bien.

Etapa de pareja

9) "Buscando significados del enojo en la pareja": al observar que el enojo es una emoción muy presente en la pareja se han buscado diversos significados que tienen de éste. Relacionando diferentes momentos en los que Emilio se molesta, por ejemplo con la familia de ella, en el supermercado o cuando le mueven cosas en casa, e introduciendo una serie de conexiones entre los diferentes momentos, Emilio dijo que es posible que en todos sienta que se pone en duda su capacidad; esto es factible vincularlo con la sensación que ha expresado de sentir que "lo ponen abajo o que quieren aplastarlo". En el caso de Pamela, ella ha mencionado que su enojo tiene conexión con el enojo de su marido, ya que le molesta que él se enoje por todo y explote; sin embargo, en una de las sesiones compartió que después del nacimiento de su hija tuvo depresión postparto y que no se sintió apoyada por él, por lo que se le preguntó si será posible que su enojo venga desde ahí a lo que respondió que sí es posible.

10) "Poniéndose en el lugar del otro": debido a que la pareja no se escucha y en las sesiones suelen comenzar a discutir buscando culpables en los conflictos, utilizamos la técnica del "otro internalizado", a fin de que pudieran ponerse en el lugar del otro. Durante el ejercicio se hizo explícito el patrón circular que tienen en sus conflictos en el que Emilio se enoja y explota, Pamela le deja de hablar y comienza a hacer las cosas diferente, lo cual él interpreta como una provocación, por lo que se enoja más y Pamela se aleja más. También se abrió el tema de la sexualidad en la pareja.

Etapas individuales

11) "Conectando la historia personal con la historia de la pareja": para esta etapa del proceso se plantearon sesiones individuales con el objetivo de que cada uno cuente su historia personal, con la idea de encontrar situaciones que se puedan conectar con la pareja y que les ayuden a comprender mejor lo que ocurre y/o a la otra persona.

12) "Conociendo mejor a Emilio": durante la sesión con Emilio pudimos conocer más de su historia personal y comprenderlo mejor. Nos dimos cuenta que su historia está llena de pérdidas y que él aprendió a no expresar sus emociones; incluso durante la sesión cuando la tristeza emergía él cambiaba de tema. En esta sesión pude acercarme más a Emilio y creo que fue muy importante para el establecimiento de mi relación con él.

13) "Conociendo mejor a Pamela": durante la sesión con Pamela pudimos darnos una idea de los motivos que la llevaron a casarse con Emilio, ya que comentó que su relación con él la posicionó en un lugar distinto dentro de su familia extensa; particularmente en la relación con su madre. Nos fue de utilidad porque Pamela nos narró que tiene una idea del matrimonio como algo bonito y lleno de amor; que no está teniendo en su propio matrimonio y porque pudimos hipotetizar sobre la idea de que Pamela busca proteger y salvar a su marido.

3.2.2.4 Masculinidad

Para Emilio los roles tradicionales de género son muy importantes, lo que lo lleva a tratar de mantener el rol que hegemónicamente es esperado para los varones en nuestra sociedad. Es decir, que Emilio trata de acoplarse al modelo de masculinidad tradicional hegemónica que presupone que los varones son fuertes y capaces, que son menos emotivos que las mujeres, que tienen menos necesidades afectivas, que suelen

enfrentar con éxito los desafíos, que son personas autónomas, activas, inteligentes, racionales, hipersexuales, proveedores, que son quienes toman las decisiones y que son dominantes, agresivos e infieles. Considero que algunas de estos atributos son muy importantes para Emilio; por ejemplo, ser dominante, no emotivo, racional y proveedor, pero sobre todo ser quien toma las decisiones en su familia.

Esto se relaciona con lo que dice Collin (2007), quien considera que uno de los principales estereotipos de la masculinidad hegemónica es que los varones son los poseedores del poder en las relaciones y que vinculado con esto aparecen prácticas violentas. En el mismo sentido Bonino (2002) considera que el sentirse superiores o con más autoridad/poder que las mujeres es un factor que afirma la autoestima masculina, ya que al ejercer dicha autoridad y poder, el varón cumple lo que se espera en el ideal de sí y eso le permite sentirse validado en su masculinidad o en su ser hombre.

Haciendo un análisis considero que la búsqueda de Emilio de encajar en este rol ha sido constantemente cuestionada por su familia y por la familia de Pamela. Uno de las situaciones que se trabajaron en el proceso terapéutico fue la explosividad de Emilio y su "mal carácter"; su esposa e hijas decían que él se enojaba de todo, que no podía controlar su enojo, que explotaba fácilmente y que, cuando esto pasaba, él gritaba e insultaba. Incluso, yo observé una de sus explosiones en una de las sesiones. Pienso que uno de los posibles elementos que desataban el enojo/agresividad de Emilio era la sensación de no poder tener el control sobre su esposa e hija y de no poder ser quien mandaba y decidía. Es decir, se ponía en duda su lugar como hombre en la familia. Incluso, él llegó a comentar que la familia de su esposa le decía "que no podía controlar a su esposa e hija" y "qué estaba loco y que por eso no le hacían caso", comentarios

que de alguna forma ponían en cuestionamiento su masculinidad, a lo que se sumaba que cuando estaban con ellos Pamela y Emilia no le hacían caso.

Juárez y Herrera (2016) han visto que algunos varones que no cumplen con el rol de masculinidad tradicional hegemónico pueden llegar a convertirse en personas frustradas, con baja autoestima y perdidos socialmente. Aunque también puede ocurrir que hagan uso de la violencia buscando recobrar el lugar que sienten perdido. En el caso de Emilio me parece que al sentir que su masculinidad o su ser hombre estaba en duda, él se sentía frustrado y recurría a la violencia, explotando y gritando.

Aunque este no fue un tema que se trabajó de forma directa con él, me parece que siempre estuvo de forma latente, ahora pienso que me hubiera gustado hablarlo con él de forma directa, para ir encontrando significados a su ser hombre y poder quizás encontrar nuevas formas que le resulten menos sofocantes.

3.2.3 Análisis del sistema terapéutico total

Sistemas observantes

Construcción del sistema terapéutico en el proceso

Para poder analizar la construcción del sistema terapéutico debo comprender qué lugar he tenido dentro de éste, ya que como dice Bertrando (2011), dicha posición influye en lo que veo y hago, debido a que solamente me es posible conocer y hacer lo que mi posición me permite. Desde mi posición como terapeuta alcanzo a ver que el sistema terapéutico se fue ampliando y fortaleciendo conforme avanzaron las sesiones.

En un primer momento el sistema terapéutico estuvo conformado por la familia, el equipo terapéutico, el INR y yo. Es importante aclarar que la terapia se ha dado en el

contexto de un proceso de rehabilitación de una lesión de Emilia y que dicho contexto influye en la creación del sistema terapéutico, ya que los pacientes fueron enviados a terapia familiar por la psicóloga que los atendía, por lo que ellos llegan al marco de la terapia como parte del marco de la rehabilitación, por lo que la construcción y la relación terapéutica han estado permeadas por el marco más amplio que da el Instituto.

El sistema terapéutico se fue ampliando, ya que se incorporaron otras personas y contextos; se incluyó a las familias de origen de ambos padres y a la ex-pareja e hijos de Emilio. Esta ampliación contribuyó al entendimiento, diálogo y relación que construí con la familia y desde mi posición alcancé a ver que el sistema era amplio y complejo, pero no logré identificar hasta donde intervine yo en este sistema más amplio, aunque sé que lo que ocurre en el marco terapéutico puede ser transferible al sistema terapéutico completo.

El sistema terapéutico fue un espacio de confianza para la familia, que poco a poco fuimos construyendo como algo distinto a la rehabilitación, sin dejar de lado que se encontraba dentro de dicho contexto. A través del diálogo logramos un espacio único, en el que ocurrieron y se habló de cosas distintas a lo que sucedía afuera del espacio terapéutico y que se fue modificando a lo largo de las sesiones.

Evolución de la relación terapéutica

Mi posición dentro del sistema terapéutico se fue transformando por la relación terapéutica que construimos entre la familia y yo. La relación terapéutica es fundamental en un proceso de terapia, ya que permite moverse dentro del sistema terapéutico. Dicha relación está permeada por emociones y por la historia de ambas partes ¿cómo mi propia historia me ayudó a establecer mi relación con la familia? ¿con

quién pude relacionarme con más facilidad? ¿qué me impidió crear una relación con Emilio?; estas son algunas de las preguntas que me surgieron al pensar en mi relación con la familia.

Considero que a lo largo de la terapia tuvimos un deuterio-aprendizaje progresivo, el que yo me volví más terapeuta y ellos se volvieron más pacientes; y a la par deuterio-aprendimos a estar en un tipo específico de relación terapéutica (Bertrando, 2011). Al principio del proceso pienso que la relación estaba marcada por la Institución que nos unía, es decir, yo sentía que ellos me veían como una doctora más en el proceso de rehabilitación, a la cual tenían que "convencer" de que alguien de la familia estaba mal, para que yo tomara partido o diera un diagnóstico o informe. Por momentos me sentía como atrapada entre un diálogo que yo quería establecer con la familia, en el cual yo no tuviera que tomar posición frente a lo que me decían pero al mismo tiempo presionada por ellos en su intento de ponerme como mediadora. Sin embargo, creo que poco a poco fuimos aprendiendo a establecer una relación diferente, en la que yo dejé de sentir que ellos buscaban que yo tomara partido y yo paré de presionar para establecer un diálogo con la familia; por lo que siento que fuimos cambiando juntos.

Con Pamela y Emilia mi relación fue cercana desde el principio y me sentí identificada con ellas, quizás por el género, pero también por mi historia personal, esto me llevó a dar por sentadas algunas cosas o palabras, creyendo que no era necesario explorar más su significado. La sesión que tuve con ellas, en la que trabajamos el duelo por la abuela materna, nos ayudó a lograr mayor cercanía y confianza. Al darme cuenta de la identificación con Pamela, intenté no dar por sentado nada y ser curiosa con lo que decía, lo cual me ayudó a entenderla mejor y creo que abonó a mi relación con Emilio.

Mi relación con Emilio fue distinta, desde el principio yo me sentí muy alejada de él, no lograba entender su posición, incluso sentía cierto rechazo o enojo; esto me llevó a centrarme más en las mujeres y creo que por momentos no lo consideré. Una vez que reflexioné sobre esto, mi posición cambió y empecé a centrarme más en él, buscando entenderlo y siendo curiosa sobre sus ideas y significados. Pienso que esta curiosidad me ayudó a fortalecer mi relación con él. En la sesión que tuvimos solos, una parte de mi trabajo lo dirigí a establecer una relación más cercana y creo que lo conseguí, ya que pude entenderlo mejor y tengo la sensación de que él se sintió escuchado.

Posición o posiciones del terapeuta a lo largo del proceso

Pienso que mi posición como terapeuta se fue moviendo hacia la curiosidad. Al principio sentía que la familia me estaba poniendo en un lugar de mediadora, en el cual yo no quería estar, por lo que mi posición fue ser anti-mediadora, esto me llevó a no responder algunas preguntas que me hacían, o responderlas con una pregunta o a introducir una emoción sin responder a la pregunta de quién está bien o de quién es la culpa; yo sentía que ellos trataban de convencerme a través de las anécdotas de que alguien era el responsable de la situación y mi posición era no dejarme convencer. Esto se fue moviendo a la par de que la relación terapéutica se transformó y ahora pienso que mi posición fue de curiosidad, ya que traté de entender los significados que tenían de lo que les ocurría.

En cuanto a lo teórico, creo que en ocasiones tuve una postura irreverente al utilizar técnicas o propuestas de otros marcos teóricos, específicamente ocurrió cuando trabajé el duelo de Pamela y Emilia con las técnicas propuestas por White, de la terapia

narrativa. Esto me ayudó a tener una postura más flexible y conceder espacio a otros saberes dentro del espacio terapéutico.

Creo que mis prejuicios a lo largo del proceso se fueron modificando y me ayudaron a ir cambiando de posición, sobre todo mi prejuicio sobre el trabajo con hombres que considero violentos, ya que creo que eso era lo que me estaba imposibilitando para establecer una relación con Emilio, sumado al enojo que me da la violencia y a mi postura política personal, que se jugó, de alguna forma, todo el tiempo en el proceso. Otro prejuicio que me estorbó mucho al principio fue creer que por tener el mismo género que Pamela no era necesario profundizar en algunos temas; esto me llevo a pensar en otros procesos terapéuticos en los que quizás di por sentadas algunas cosas por creer entenderlas por el hecho de ser mujer.

Hipótesis sistémicas sobre el funcionamiento del terapeuta en el proceso

1) Al principio la familia me ponía en un lugar de mediadora del cual yo huía, provocando que ellos insistieran más en que yo me inclinara por alguien, lo que generaba que yo huyera más.

2) Mi identificación de género me ayudó a establecer la relación con Pamela y Emilia, pero me estorbó para lograrlo con Emilio, esto pudo generar que él se sintiera excluido o tratado de forma distinta por mí, lo que lo llevó a mantener distancia y provocó que yo me alejara de él reforzando mi relación con las mujeres.

3) La salida del espacio terapéutico de Emilio me llevó a sentirme temerosa de que ocurriera de nuevo, por lo que me mantuve muy cuidadosa y curiosa con él, buscando mayor cercanía, lo cual provocó que él se mostrara más confiado.

4) Asumiendo que la expresión de las emociones es indispensable en un proceso terapéutico, presioné para que así ocurriera, introduciendo emociones en el discurso o preguntando por ellas, esto provocó que la familia se resistiera a la expresión de las emociones y que yo insistiera más.

Manejo de la curiosidad, identificación de puntos ciegos, manejo de la intuición, y conciencia de los esquemas en los que el terapeuta basa su trabajo con la familia.

Considero que mi curiosidad se fue activando de a poco durante el proceso terapéutico. Creo que al principio no me sentía tan curiosa por comprender o compartir el significado de las palabras o ideas de la familia, pero poco a poco fui incorporando una posición de mayor curiosidad. Me doy cuenta que con Emilio fui mucho más curiosa que con el resto de la familia y creo que se debe a que su forma de pensar y ver la vida está muy alejada de la mía y teniendo en mente que mi labor no es cambiar su forma de pensar imponiendo la mía, me permití ser curiosa con él para entender el significado que le da a las cosas y poder establecer una relación con él. Pienso que soy una persona flexible, por lo que soy capaz de cambiar de hipótesis, de ideas, de forma de mirar el mundo; no entro a las sesiones terapéuticas con una idea preconcebida sino dando espacio a que se dé el diálogo, sin olvidarme de aquello de lo que sí soy responsable, lo que para Telfener (2014) tiene que ver con la reflexividad y las operaciones sobre las operaciones de segundo orden; afrontar la ignorancia y las zonas ciegas; y tener en mente los posibles resultados indeseables.

Específicamente, sobre los puntos ciegos durante el proceso me percaté que mi identificación de género con Pamela estaba provocando un punto ciego. Los comentarios del equipo terapéutico después del ejercicio del "otro internalizado" me

ayudaron a darme cuenta que no estaba siendo curiosa con ella y que estaba suponiendo muchas cosas. A partir de dichas observaciones modifiqué mi posición, adoptando una postura más curiosa con ambos miembros de la pareja. Por otro lado tengo la idea de que mi postura política en contra de la violencia me estaba impidiendo ver a Emilio como una persona con muchas otras características, además de sus demostraciones violentas, por lo que eso también fue un punto ciego durante el proceso.

Desde hace tiempo tengo la idea de que soy intuitiva y que muchas de las preguntas e intervenciones que hago son desde la intuición, que puede ser entendida como aquello que sé pero que no tengo claro que lo sé y por lo tanto no está bajo mi control pero lo utilizo para introducir información hallando un coherencia (Telfener, 2014), lo que me lleva a intervenir, ya que algo siento y me animo a decirlo. En la maestría he aprendido que está bien actuar por intuición, pero que es muy importante tener después un momento de autoreflexividad para poder comprender de dónde provienen las intervenciones realizadas en la sesión. Creo que un momento en el que dejé fluir de forma clara mi intuición en el proceso terapéutico fue en el ejercicio del "otro internalizado", ya que me permití ir haciendo las preguntas e intervenciones que en ese momento consideré pertinentes. Otro momento fue cuando trabajé el duelo de Pamela y Emilia, desde la propuesta de White, recuerdo que en ese momento tuve la sensación de que esa forma de trabajo podía funcionar, me dejé llevar por intuición y no por el modelo o teoría de la supervisión. Por último, otro momento en el que deje fluir mi intuición fue en la sesión con Emilio, ya que me di cuenta que la sesión iba a ser muy anecdótica y me sensación me llevó a tomarlo de esa forma, pensando que así mejoraría mi relación con él.

Conforme fue avanzando el proceso me hice más consciente de las teorías, posturas y experiencias en los que basé mi trabajo. Una fue mi postura sobre la violencia, desde el principio empecé a considerar que existe violencia en la pareja y creo que desde esa visión hice algunas intervenciones, reflexioné sobre el caso, hice hipótesis y definí mi posición dentro del sistema terapéutico. Creo que mi idea sobre la importancia de la expresión de las emociones estuvo muy latente durante todo el proceso y me llevó a preguntar mucho por ellas y a hacerlas evidentes cuando aparecían. Este fue un proceso muy significativo para mí porque me di cuenta que puedo integrar mis conocimientos previos de la Gestalt, y que estos me pueden ayudar en lugar de estorbarme, de hecho me fueron de mucha utilidad en el trabajo con el "otro internalizado". También observo que algunas propuestas teóricas como la de Michele Scheinkman sobre el ciclo de la vulnerabilidad han estado presentes en mi forma de entender lo que ocurre con la pareja.

3.2.4 Conclusiones

El trabajo realizado con la familia conformada por Emilio, Pamela y Emilia me implicó teórica y personalmente. Creo que fue un proceso muy importante en mi formación como terapeuta, ya que me obligó a cuestionar algunos de mis prejuicios, a buscar cambiar de posición dentro de la terapia y a enfrentar algunos miedos. Incluso me llevó a reflexionar sobre mi trabajo con hombres y a observar cómo he tendido a no incluirlos, a no validarlos, a considerarlos como los malos del cuento y a no ser tan empática con ellos; sobre todo, si desde mi perspectiva hay violencia en la pareja. Otro aspecto importante es el lugar que ocupó el Instituto de Rehabilitación en el proceso terapéutico y la importancia de considerar el contexto en el cual se enmarca la terapia. Pienso que

la familia no hubiera llegado a terapia familiar por iniciativa propia y que acudieron buscando un diagnóstico o una mediadora de los conflictos; frente a esto, tuve que ir construyendo una relación terapéutica con la familia sin olvidar el contexto, pero buscando que éste no fuera el protagonista, lo cual ha sido un reto, ya que yo estaba acostumbrada a que la gente llegara a terapia por decisión propia, sin embargo, en retrospectiva lo logré y eso me llena de alegría.

Bertrando (2011) dice que el terapeuta debe estar en diálogo no sólo con los clientes sino también con la situación terapéutica y que, además, debe estar en diálogo consigo mismo dentro de la situación. Es decir que "el terapeuta está dentro de la relación y al mismo tiempo la ve desde afuera y, desde esa posición, cuestiona esta relación (y a sí mismo)" (Bertrando, 2011: 131). Al momento de leer esto, me preguntaba ¿cómo es eso posible? ¿será que algún día yo lo logre? ¿tengo que estar en tres o más cosas a la vez? Después del análisis que hice del caso, que me obligó a pensarme como terapeuta dentro de este proceso, me di cuenta que durante las sesiones siempre estuve en diálogo con la familia, pero que también tenía un diálogo interno en el cual iba definiendo qué cosas tomar, qué preguntar, hacía donde avanzar, con qué ser curiosa, lo que me lleva de forma automática a tener un diálogo con la relación; ahora veo que no es necesario pensar "bueno ahora voy a dialogar conmigo, y ahora con ellos, y ahora con la relación", eso haría el proceso muy forzado y más bien es algo que se va dando de forma natural.

La propuesta de Cecchin (1987) sobre la curiosidad --entendida como una postura en la que el terapeuta se mantiene interesado en múltiples posibilidades, interpretaciones, eventos, relaciones, individuos, etc.--, unida a la idea de que el terapeuta debe enfrentar su ignorancia, asumiendo que hay cosas que no sabe y que

su conocimiento siempre estará incompleto, permite que el terapeuta utilice su intuición y esto posibilita una postura curiosa (Telfener, 2014). Lo anterior me ha dado mucha calma, debido a que por momentos tuve la idea de que era necesario que los terapeutas supiéramos de todo y que teníamos que ser expertos en la solución de los conflictos. Sin embargo, esta postura abre las posibilidades al no saber, a admitir que no lo sabes todo, a incluir tu experiencia y prejuicios y a preguntar desde un lugar de curiosidad sin saber o sin esperar una respuesta específica.

3.3 Los contextos que cuestionan la masculinidad en los casos presentados y una propuesta de trabajo

La masculinidad de los hombres puede ser cuestionada por diversos contextos, situaciones y/o personas, de hecho una de las características de la masculinidad hegemónica es la constante comprobación y demostración de la hombría que hacen los varones con sus iguales y con las mujeres, la cual puede aumentar cuando hay un contexto o situación que pone en duda su ser "hombres".

En los casos presentados considero que existen dos contextos distintos que de alguna forma pusieron o ponen en duda la masculinidad de los varones de las familias, provocando un impacto en las relaciones familiares. En la "familia G" la enfermedad de Guillermo (papá) creo un contexto familiar que de alguna forma cuestionó su lugar como "el hombre de la casa", ya que a partir de dicha situación los roles cambiaron y su posición dentro de la familia también, como mencioné anteriormente dejó de ser el proveedor, perdió jerarquía en su relación de pareja y sus hijos comenzaron a mirarlo como un igual a ellos, todo esto se dio a partir de una situación crítica de enfermedad, que generó un contexto nuevo y por el cual se cuestionó su masculinidad. A partir de

dicho cuestionamiento la relación con Georgina (mamá) y con sus hijos cambio, ya que él se sintió en deuda con sus esposa lo que lo llevo a realizar actividades que no consideraba masculinas, a seguir los mandatos de ella y a posicionarse más como un hijo que como una pareja.

El caso de la "familia E" es distinto ya que mi hipótesis es que la masculinidad de Emilio ha sido cuestionada desde el principio de su relación con Pamela, por la familia extensa de ella, lo que ha creado un contexto familiar que constantemente cuestiona su ser hombre dentro de su familia. Con comentarios, chistes, bromas, enojos la familia de ella ha generado un ambiente que constantemente está poniendo en duda la hombría de Emilio, lo que lo ha llevado a buscar estrategias, como los gritos, para comprobar que él es hombre. Este contexto familiar provoca que en ocasiones tanto Pamela como Emilia también pongan en cuestionamiento la idea que tiene Emilio de lo que es ser hombre al no obedecerlo.

A partir de estas dos experiencias en las que la masculinidad de los varones fue puesta en duda considero pertinente tener en mente que esto puede ocurrir en los procesos terapéuticos, por lo que es relevante tener alguna idea de cómo abordarlo en terapia. El primer paso sería identificar el tipo de masculinidad de los consultantes y sobre todo si ésta ha sido cuestionada de alguna forma provocando algún tipo de conflicto dentro de la familia; es posible que durante el diálogo con la familia y/o pareja se puedan ir identificando elementos que den cuenta de los roles de género predominantes y la forma en la que cada miembro los vive o los lleva a cabo y si dichas formas impactan en las relaciones familiares.

Se pueden tener sesiones individuales en las que se busque abordar la vivencia de los varones de su "ser hombre" dentro de sus familias y relaciones, con la idea de ir

rompiendo algunos estereotipos y/o de empatizar con su sentir provocado a partir de los posibles cuestionamiento a su masculinidad. Las sesiones individuales también pueden ser un espacio para cuestionar el tipo de masculinidad de los consultantes si ésta está provocando conflictos o violencia. En los casos de violencia se puede tomar la propuesta de Jenkins (1990) para el trabajo con hombre violentos, cuyo objetivo es que asuman la responsabilidad de su violencia y cuestionen el origen de la misma y de los roles de género tradicionales.

Trabajando desde una perspectiva feminista en la cual se considera al género como un eje transversal, en el proceso con la pareja o la familia sería relevante lograr expandir los roles de género, prestando atención a la construcción de cualidades "femeninas y masculinas" en ambos miembros de la pareja, es decir que los varones incorporen a su repertorio aquellas cualidades que socialmente son femeninas como la empatía, la capacidad de escucha y el cuidado a los otros; y que las mujeres incorporen aquellas cualidades que son tradicionalmente asignadas a los varones como dar directivas, asumir posturas de autoridad y demostrar competencia (Bograd, 1991). Esto puede vincularse con la masculinidad y la forma en la que ésta impacta en las relaciones familiares.

Un aspecto muy importante es la búsqueda de modelos diferentes de masculinidad, ya que un problema al que se enfrentan los varones es a la falta de formas diversas de ser hombre, por lo que dentro del proceso terapéutico puede ser interesante que se conforme una definición distinta de lo que significa para el consultante ser hombre.

Considero que no es un proceso fácil ya que es trabajar dentro del contexto cultural y social en el que nos encontramos inmersos, sin embargo durante el proceso

es posible cuestionar las premisas, hipotetizar y construir/crear significados compartidos y distintos; que pueden ser de ayuda a los varones y sus familias.

Capítulo 4. Consideraciones finales

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.

A lo largo de la maestría pude desarrollar diversas competencias profesionales. Considero que cubrí con lo esperado por el programa e incluso podría decir que hasta más. En cuanto a las competencias teórico conceptuales, el recorrido que hice durante la formación por los diferentes modelos de terapia familiar me ayudó a visualizar la historia de la terapia familiar, a comprender sus orígenes y cómo ha evolucionado. Mi aprendizaje fue tomando sentido y fui incorporando la teoría y propuestas epistemológicas a mi bagaje de conocimiento. Considero que ahora puedo discernir de las propuestas de cada modelo lo que considero que funciona mejor, así como su viabilidad con los casos que estoy atendiendo, considerando el contexto actual en el que las familias se encuentran. Teóricamente la maestría implicó un reto, ya que el cambio de paradigma varía mucho de una propuesta a otra, pasando por modelos normativos plantados en la modernidad que ubican al terapeuta como el experto hacia propuestas posmodernas en las que no hay patrones de normatividad y el terapeuta deja de ser el único experto, convirtiéndose en parte del sistema terapéutico, posibilitando que entre terapeuta y consultante vayan descubriendo significados y sentidos.

Pienso que las competencias clínicas adquiridas durante la formación fueron bastas e importantes. Fui parte de 68 procesos terapéuticos, repartidos en tres sedes

distintas, lo cual me permitió desarrollar habilidades como el establecimiento del contacto terapéutico con las personas interesadas, la definición de los motivos de consulta, la elaboración de preguntas de diversos tipos, la definición de los objetivos terapéuticos, la formulación de hipótesis sistémicas, el establecimiento de la relación terapéutica, el entender el contexto en el que me encontraba, la elaboración de fichas clínicas y reportes de sesión, así como la integración de procesos completos. A partir de las habilidades teóricas que fui adquiriendo pude incorporar diversas técnicas y posturas en mi práctica clínica, lo que me sirvió para ir depurando mi estilo como terapeuta, encontrando la postura terapéutica con la que me siento más cómoda. El trabajar con distintos modelos en la práctica clínica me sirvió para comprender mejor los conceptos teóricos, por lo que considero que las habilidades clínicas y teóricas se van entrelazando todo el tiempo.

Durante la maestría tuve la oportunidad de llevar a cabo una investigación cuantitativa, una cualitativa y elaboré un instrumento de medición psicométrico, lo que implicó hacer investigación de tipo cuantitativa, lo que me permitió desarrollar habilidades en ambos tipos de investigación. La investigación cuantitativa que hice fue sobre "Sentido de merecimiento en la pareja y roles de género"; llevar a cabo esta investigación me permitió hacer búsqueda bibliográfica, plantear un proyecto de investigación, buscar un instrumento que me sirviera y adaptarlo a la situación mexicana, aplicar el instrumento --lo cual hicimos vía internet--, por lo que desarrollé la habilidad de elaborar encuestas en línea, analizar los datos con el programa SPSS y redactar un informe de investigación que fue redactado como artículo para revista.

La investigación cualitativa fue sobre "La construcción de significados que hacen los adolescentes ante las relaciones de pareja". Esta investigación me sirvió para

comprender el proceso de una investigación cualitativa, aprendí a hacer preguntas de investigación desde este enfoque, puse en práctica la elaboración de entrevistas a profundidad y la transcripción de las mismas, así como la elaboración de categorías de análisis y códigos, el análisis de dichas categorías y la escritura de un reporte final.

Por último, la elaboración de un instrumento fue todo un reto, hice una "Escala de normalización de la violencia", trabajo que me permitió aprender la forma en la que los instrumentos se crean. Desarrollé habilidades de investigación bibliográfica, elaboración de preguntas, aplicación del instrumento con el objetivo de verificar que mida lo que quería medir, captura de datos en base de datos, análisis de datos con el programa SPSS con el objetivo de identificar que reactivos estaban bien elaborados y cuáles no, para eliminar aquellos que no fueran significativos y la elaboración de un manual de aplicación de la escala. El proceso duró un año, lapso en el que adquirí habilidades en investigación, juicio y escritura de reportes científicos.

Sobre las habilidades de difusión, tuve la oportunidad de asistir a un congreso Internacional en Buenos Aires, Argentina, en donde difundí los resultados de mi investigación cuantitativa, para esto tuve que echar mano de mis habilidades para hablar en público y expresar mis ideas frente a un grupo de expertos. También impartí un curso de inducción a la generación de la maestría que ingresó después de mí, el cual me sirvió para desarrollar habilidades sobre planeación de talleres y para difundir información sobre la maestría y mi experiencia.

En cuanto a las habilidades de prevención llevé a cabo un taller sobre la solución de conflictos en la pareja llamado "Descubre formas para solucionar tus conflictos de pareja". La elaboración de dicho taller, de 13 horas de duración tuvo el objetivo de que los participantes pudieran distinguir los elementos que componen a los conflictos e

identificaran las vulnerabilidades que se detonan y los mecanismos de supervivencia que utilizan, así como que desarrollaran estrategias que les permitieran solucionar sus conflictos de forma distinta, a partir de reflexionar sobre la toma de responsabilidad, escuchar al otro e identificar lo que ya funciona. Para el taller utilicé muchas de las habilidades teóricas y clínicas desarrolladas en la formación y desarrollé habilidades sobre la creación de una carta descriptiva, búsqueda e invención de técnicas que cubrieran objetivos particulares, planeación de tiempo para cada una de las actividades a desarrollar y la presentación de la propuesta a instancias interesadas.

Por último, sobre las habilidades adquiridas en cuanto a ética y compromiso social, considero que siempre he tenido una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las personas con las que trabajo, así como con mis colegas. Creo que soy sensible a las necesidades de la población y de los centros en los que realizo mi práctica clínica. Pienso que el ingresar a la maestría fue un acto ético de mi parte, ya que sentía que me hacían falta elementos teóricos y prácticos en mi trabajo como terapeuta, por lo que considere pertinente actualizarme y buscar más referentes teóricos. Siempre he estado muy atenta a mis propios procesos, pero debo aceptar que durante la maestría me hizo falta tener un proceso terapéutico personal, el cual no pude tener por falta de tiempo.

4.2 Reflexiones y análisis de la experiencia

La experiencia de hacer la maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar fue intensa, interesante, divertida, significativa y llena de aprendizajes nuevos. Fue como ir en una montaña rusa con subidas y bajadas, en la que las pendientes en ocasiones eran duras de subir y las bajadas rápidas y profundas. Inicié la maestría con

muchas expectativas, la verdad sin mucho conocimiento teórico sobre terapia familiar sistémica, pero con muchas ganas de aprender e incorporar cosas nuevas a los saberes que ya tenía.

El primer semestre fue complicado no sólo porque tuve que retomar la disciplina del estudio, que hace un tiempo no tenía, sino también porque me fui dando cuenta de que la terapia familiar sistémica no es una sino varias, que existen muchos modelos y propuestas terapéuticas y que cada una tiene una visión particular del trabajo con las familias. Epistemológicamente fue una explosión en mi cabeza comprender que el paradigma fue cambiando, que se integraron conceptos de otras áreas, que se incluyó la cibernética de segundo orden y la posmodernidad; fue realmente retador y a la vez emocionante. En ese momento decidí que mis saberes previos los iba a dejar guardados por un rato, ya que sentía que más que ayudarme me estorbaban para comprender bien las nuevas propuestas que estaba aprendiendo.

Pasando a segundo semestre me sentía más tranquila, menos confundida y con más ritmo para el estudio. Este semestre tuvo otro tipo de reto ya que comenzamos a trabajar con familias y empezamos a asistir al centro que elegimos para hacer nuestra residencia, por lo que el reto fue más hacia lo práctico y no hacía lo teórico como en primer semestre. Recuerdo que me sentía nerviosa por la idea de que iba a ser evaluada y observada mientras trabajaba con las familias, lo cual es ocasiones me detuvo para hacer algunas intervenciones que se me ocurrían ya que me daba temor equivocarme, aunque considero que dicha sensación de miedo fue disminuyendo con el pasar del tiempo. Aunque la preocupación era grande, a la vez me sentía muy feliz de tener la oportunidad de trabajar con familias completas y de comenzar a poner en práctica algunas de las propuestas teóricas que estaba aprendiendo.

Inicié mis prácticas en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", experiencia por demás gratificante. Durante las primeras semanas en el centro, Victoria y yo entramos como observadoras a un proceso que ya estaba en marcha, aunque muy pronto comenzaron a llegar familias y la supervisora nos lanzó al ruedo. Fue una experiencia distinta a la del centro de la facultad, ya que la supervisora, Rosario Muñoz, estaba todo el tiempo en el mismo espacio, solo que sentada a un costado, por lo que su presencia era más notoria y fuerte, al principio esto me resultaba un poco amenazador y me sentía muy nerviosa, sin embargo poco a poco me fui acostumbrando e incluso me gustó trabajar de esa forma, ya que ella intervenía cuando lo creía conveniente y eso fue de mucha ayuda. Poco a poco Rosario nos fue soltando y hacia el final ya casi nunca entraba con nosotras, también dejamos de trabajar en co-terapia y comencé a tener mis propios casos. El centro es un espacio muy cálido en el que siempre me sentí bien recibida y acogida, tienen una forma de trabajo en la que buscan integrar distintas posturas teóricas, ya que entre todos se supervisan los casos que llegan a entrevista. Fue un lugar de mucho aprendizaje teórico y práctico.

Para mí el tercer semestre fue el más complicado e intenso, teníamos muchas horas de clase lo que implicaba estar mucho tiempo en la escuela y comenzamos a ver modelos plantados en la posmodernidad; pero al mismo tiempo seguíamos en supervisiones de modelos más normativos, cuyo paradigma es más moderno, por lo que tenía que cambiar de chip en todo momento, lo que resultó muy agotador. Sumado a esto, inicié mi práctica en el Instituto Nacional de Rehabilitación, por lo que estuve acudiendo a dos centros durante todo el semestre. Fue un reto en lo teórico y en lo práctico, por lo que se juntaron dos aspectos importantes de la maestría que

anteriormente yo había sentido separados, ya que primero fue intenso en lo teórico y segundo en lo práctico, pero tercero lo fue en ambas cosas.

La práctica en el Instituto Nacional de Rehabilitación fue maravillosa en lo teórico y en lo práctico. Fue un espacio de muchísimo aprendizaje que me sirvió para soltarme y dejarme llevar por mi intuición, mi curiosidad, mis hipótesis, mis saberes previos (que hasta ese momento me sentí capaz de retomar) y mis nuevos aprendizajes. En particular, la postura terapéutica con la que trabajamos es una de las que más me gustó a lo largo de la maestría, me pude identificar con las propuestas teóricas y me hicieron sentido para usarlas en mi práctica clínica. Además, tuve la experiencia de tener que incluir en los procesos al contexto médico en el que nos encontrábamos, lo cual fue muy valioso ya que considero que en otros espacios, por momentos, se nos olvidaba considerar no únicamente el lugar donde se estaba dando la terapia, sino también el contexto más amplio en el que se encontraban las familias.

Llegar al cuarto semestre fue un gran alivio, la carga de trabajo disminuyó considerablemente y la locura de estar cambiando de postura terapéutica cesó (o me acostumbré a ella). Comenzaron una serie de reflexiones sobre lo vivido y aprendido a lo largo de la maestría, así como una sensación de nostalgia. Fue un semestre mucho menos intenso en lo teórico, ya que estuvo mucho más enfocado en la práctica, lo cual fue muy bueno y ya no me resultó tan amenazante como en el segundo. También me ayudó que fui cerrando mis casos en el Centro "Los Volcanes" lo cual me permitió tener un poco de más tiempo libre.

Y así llegue al final de la aventura, al final de la "montaña rusa", cargada de muchos aprendizajes y experiencias diversas. La maestría es un proceso extenuante, que implica mucho esfuerzo físico y mental, considero que por momentos es demasiado

demandante, no deja espacio para el disfrute y para terminar de asimilar toda la información nueva obtenida en esos dos años. Hoy, a unos meses de distancia, me doy cuenta que valió la pena, lo veo en mis intervenciones cuando estoy en mi práctica clínica, lo veo en mi forma de ver los procesos terapéuticos y lo veo en la forma en la que analizo los casos que se me presentan. Salí con una maleta llena de posibilidades y ahora está en mí saber cómo y cuándo utilizar cada una.

Reflexionar sobre este andar me ayuda a ver los pasos que he recorrido, pensando en cómo ir construyendo los que me faltan. Hoy pienso que lo ético como terapeuta es respetar al otro, escucharlo, no imponerle mis ideas, encontrar lugares para identificarme con él o ella, buscar alternativas juntos, compartir la responsabilidad del proceso, sin olvidar lo que me corresponde a mi como terapeuta, hacerme responsable de mis responsabilidades diría Umberta Telfener (2014), ir construyendo mis propias teorías sin dejar de lado las que ya existen, que me ayudarán a construir la mía, ser auténtica, tener el corazón abierto y ser terapeuta en lugar de hacer terapia.

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

No cabe duda de que mi ser terapeuta se transformó a partir de la maestría, creo que deje de hacer terapia y me convertí en terapeuta, para lo cual tuve que ir integrando no solo la teoría, si no también mi historia, mis creencias, mis posturas, mi ideología, mi forma de mirar el mundo y mis emociones a mi forma de dar terapia. Al ingresar a la maestría yo tenía una formación previa, la cual creo que me ha servido mucho para ser la terapeuta que soy hoy, sin embargo, tuve que aprender a integrar ambas formaciones y durante un tiempo la previa la tuve que guardada en un cajón, hoy estoy

pudiendo tomar lo que pienso que es mejor en cada momento sin importar si pertenece a una formación o a otra.

En acuerdo con Fortes (2009), quien dice que en la terapia más que establecer relaciones igualitarias se busca construir relaciones equivalentes o equitativas en las que se reconocen las diferencias para integrarlas al diálogo, creo que aprendí a entrar a los procesos con todo lo que soy, sin dejar nada afuera, buscando estar atenta a lo que me ocurre, a lo que pienso y a lo que siento, para en determinado momento utilizarlo en el proceso. Me gusta la idea de establecer relaciones equitativas en las que el respeto a la diferencia y la diversidad es la base de la relación terapéutica, porque creo que da otra postura al lugar y a la ética del terapeuta.

Quisiera hacer un recorrido de cómo fue cambiando mi idea de lo que implica ser terapeuta, en cuanto a postura y ética a lo largo de la maestría, dichos cambios me han permitido definir mi postura o mi propia teoría para ser terapeuta. Al iniciar la maestría tenía la idea de que lo ético en un proceso terapéutico lo definía yo y estaba relacionado con el uso de la información, con la confidencialidad, con cumplir los horarios establecidos, con no mostrarme demasiado voluble en las sesiones o con no decir de forma abierta mi opinión sobre algunos temas. Consideraba que lo más importante era la relación que yo pudiera establecer con las personas, debo aclarar que esto lo sigo pensando pero desde otro lugar, ya que antes creía que yo era la única responsable de lograrlo y ahora pienso que es un proceso de co-construcción que se va gestando entre todos los que conformamos el sistema terapéutico. Incluso, pensar en el sistema terapéutico como una totalidad en la que estamos incluidos consultantes y terapeutas también es algo nuevo, ya que antes pensaba que yo estaba afuera de este

sistema y que era la única responsable de saber cómo mejorar la situación que los pacientes planteaban en la terapia.

Revisando los primeros modelos de terapia familiar, específicamente el estructural y el estratégico, mi idea sobre la ética se mantuvo en algunos aspectos, ya que en dichas propuestas el responsable del cambio o de saber qué es lo que hay que cambiar, es el terapeuta. Estos son modelos normativos en los que es indispensable que el terapeuta tenga una noción clara sobre cómo deben ser las familias, qué es lo mejor para ellas y que se debe modificar para que haya un acercamiento a ese modelo funcional. Por lo tanto desde esta visión lo ético está relacionado con el uso que hace el terapeuta de la información recibida, con tener muy bien definidos los objetivos terapéuticos (pensando en la normatividad que plantean los modelos) e incluso se plantea que el terapeuta puede tener una agenda secreta con la cual promover el cambio en las familias. En este momento del camino yo me hacía varias preguntas relacionadas con la ética y sobre el ser terapeuta: ¿tener una agenda secreta no es manipular? ¿es ético no decirle a las personas lo que estás buscando y decidir por ellas? ¿hasta qué punto es válido mentirle a las personas? ¿es necesario que todas las familias tengan la misma estructura y las mismas jerarquías? ¿es ético tratar de meter a todos en el mismo molde?.

Avanzando por el camino me topé con los modelos de terapia breve, el MRI enfocado en los problemas y la terapia centrada en soluciones; ambos, desde mi punto de vista, muy centrados en cambios conductuales. En estos modelos, la postura ética creo que es muy parecida a las anteriores, es el terapeuta quien va decidiendo los pasos a seguir y su responsabilidad y ética profesional es saber hacía donde dirigirse. En la propuesta del MRI se utilizan muchas técnicas en las que se oculta a las familias

o consultantes la verdadera intención de éstas, quienes trabajan de esta forma consideran que lo relevante es que las personas logren resolver sus problemas, es decir lo importante es el fin y no los medios; sin embargo, para mi esta idea siempre fue muy contradictoria con mis valores, ideas y ética porque si bien es cierto que llegué pensando que yo tenía mucha responsabilidad en el proceso, no me sentía cómoda con la idea de mentirle a las personas, aunque fuera "por su propio bien". En el caso de la terapia centrada en soluciones comencé a vislumbrar algo que se acercaba más a mi sentir, aunque también es el terapeuta quien va marcando la ruta de la terapia, es considerada la opinión de los consultantes y no se propone que haya que ocultar cierta información, de hecho se confía en los recursos de las personas y en los objetivos que ellas mismas van construyendo; esta postura se acerca más a mis ideales y a mi actual creencia sobre la ética y postura como terapeuta.

Después me encontré con los modelos "posmodernos", entre los cuales están la terapia narrativa, colaborativa y yo incluiría la sistémica dialógica de Milán. En estas propuestas encontré ideas y propuestas sobre la postura del terapeuta que se acercaban más a mis propias ideas, valores y ética, los cuales hay que aclarar también se fueron modificando en el transcurso de la maestría. Desde estos lugares el terapeuta no es visto como un experto que le debe decir al otro lo que tiene que hacer sino como un integrante más del sistema terapéutico, que en conjunto con las personas va encontrando y construyendo alternativas. Se deja de lado la normatividad, la idea de que el terapeuta puede hacer uso de la información como crea que es conveniente, el ocultar las verdaderas intenciones de una tarea o una pregunta y el creer que el terapeuta es el único responsable del proceso.

Una vez terminado el proceso de formación, me doy cuenta que me siento mucho más cómoda con aquellas propuestas teóricas vinculadas con el construccionismo social, en las cuales el terapeuta, en colaboración y diálogo con los consultantes, van construyendo nuevas soluciones o alternativas a sus problemas. Creo que si dejo de pensar en las técnicas específicas de los modelos y confío en que la formación y mis experiencias de vida se juntarán podré convertirme en una buena terapeuta.

Pienso que el recorrido hecho durante la maestría me ayudará a ser mejor profesional y tener un impacto distinto en las personas con las que trabajo. Me parece que esta formación da las herramientas necesarias para integrarse en diversos ámbitos de la profesión, siempre desde una postura ética y responsable hacia los consultantes, hacia la institución y hacia mí misma. Fortes (2009) dice que "se requiere trabajar para construir un contexto colaborativo y una relación equitativa entre consultantes y terapeuta, conscientes de la presencia del poder en el discurso y los sistemas de creencias, así como sus repercusiones sobre el género y la etnicidad, que de otras maneras se filtran de manera silenciosa e invisible en las relaciones terapéuticas" (Fortes, 2009: 49). Creo que esta consciencia de la que habla la autora me la transmitió el profesorado de la maestría, ya que cada una y cada uno nos enseñó posturas diferentes y nos mostró como mirar más allá de lo que es obvio a la vista.

Hoy creo que soy una terapeuta completamente diferente a la que era cuando inicié, pienso que el camino no se termina, que la formación sigue y que la vida me seguirá mostrando otros caminos, otras "montañas rusas" y otras aventuras para seguir convirtiéndome y siendo terapeuta.

Referencias

- Amuchastegui, H. A. (2006). ¿Masculinidad (es): Los riesgos de una categoría en construcción? En G. Careaga y S. Cruz S. (Coords.) *Debates sobre Masculinidades. Poder, Desarrollo, Políticas Públicas y Ciudadanía* (pp.159-181). México: PUEG, UNAM
- Bertrando, P. (2016) El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia. En Bertrando, P. (Ponente) *El abordaje sistémico dialógico de las emociones en psicoterapia*. Seminario llevado a cabo en por Sistémica Relacional y La Scuola di Psicoterapia Sistémico Dialógica, CDMX, México.
- _____ (2011). *El diálogo que conmueve y transforma. El terapeuta dialógico*. México: Editorial Pax.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. México: Paidós.
- Bograd, M. (1991). *Feminist approaches for men in family therapy*. USA: The Haworth Press.
- Bonino, L. (2002) Los hombres y la igualdad con las mujeres. En Lomas, C. (ed) *¿Todos los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales* (pp. 105-143). Barcelona; España: Paidós. Recuperado en: <http://www.luisbonino.com/pdf/Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres.pdf>
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. España: Paidós

Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Veinte preguntas más. Selecciones de una conversación entre los asociados de Milán y editores (traducción de Paula Batista Rodríguez). En D. Campbell y R. Draper (editors) *Applications of systemic family therapy. The Milán approach*. USA: Grune and Stratton

Cámara de Diputados (CD). (2017). Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable (boletín no. 3680). Recuperado en:
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable>

Cannova, R. (2005) *El misterio del respeto*. Conessioni, 16, Febrero.

Carter, E., & McGoldrick, M. (1999). The family life cycle and family therapy: An overview. In: E. Carter & M. McGoldrick (Eds.) *The family life cycle: A framework for family therapy* (pp.3-20). New York, USA: Gardner Press, Inc.

Cecchin G., Lane, G. y Wendel, R. 1997) *Verità e pregiudizi (trad. verdad y prejuicios)*. Italia: Raffaello Cortina.

Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405-413.

Collin L. (2007) Masculinidades diversas, aportes para su clasificación. En Jiménez. M. y Tena O. (coords) *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 205-234). México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Recuperado en: http://132.248.9.34/libroe_2007/0004537/Index.html

Conapo (2009) Informe de Ejecución Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Síntesis ejecutiva. México: autor. Recuperado en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Informe_de_Ejecucion_Programa_de_Accion_de_la_Conferencia_Internacional_sobre_la_Poblacion_y_el_Desarrollo_1994-2009

Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social (CONEVAL). (2015) Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2014. Recuperado en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf

Conway, J., Bourque, S. y Scott, J. (2003). El concepto de género. En Lamas, M. (Comp.) *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 21-33). México: Porrúa.

Dasatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax-México.

de Keijzer, B. (2016) La salud de los hombres: muchos problemas y pocas políticas. En Rocha, T. y Lozano, I. (comp) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad* (pp. 115-134). México: UNAM

Echarri, C. (2009). Estructura y composición de los hogares en la Endifam. En Rabell, C. (coord.) *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. México: UNAM-COLMEX.

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT), (2016). Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", Instituto Nacional de Salud Pública y Consejo Nacional Contra las adicciones: México. Recuperado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf

Encuesta Nacional sobre la dinámica de la familia en México. ENDIFAM. (2011). Recuperado en: <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/encuestanaldinamfamiliamex2011.pdf>

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH. (2016). Principales resultados. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: México. Recuperada en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Fortes, J. (2009). Errando por los caminos del terapeuta. *En El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia* (pp13-57). México: Editorial Trillas.

Giberti, E. (2005). El género, los géneros. En *La familia, a pesar de todo* (pp.141-162). Argentina: Noveduc.

González, M. (1999). Cambio social y dinámica familiar. *Nómadas 11*, 54-63. Colombia: Universidad Central de Colombia. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3988195>

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). *La discapacidad en México, datos al 2014*. México: INEGI. Recuperado en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Estadística sobre Población, Hogares y Vivienda*. Recuperado en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Instituto Nacional de Rehabilitación. INR. (2017) Página Web. Recuperado en: <http://www.inr.gob.mx/>

Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility. The therapeutic engagement of men who are violent and abusive*. Australia: Dulwich Centre Publications

Juárez, C. y Herrera, C. (2016) Deseando no ser violento: las dificultades para dejar de ser hombre. En Rocha, T. y Lozano, I. (comp) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad* (pp. 135-156). México: UNAM

Lamas, M. (2003). La antropología feminista y la categoría "género". En Lamas, M. (Comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 97-126). México: Porrúa.

_____ (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 95-118. Recuperado en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/360/335>

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jimenez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J.C., Franco-Marina, F.,...Murray, C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública*, 55(6), 580-594. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n6/v55n6a7.pdf>

Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Núñez, Guillermo (2016) Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian?. *Culturales*, IV(1), 9-31. Recuperado en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69445150001>

Ochoa de Alda, I. (1995). Terapia estructural. En *Enfoques en terapia familiar sistémica*. (pp. 127-143). Barcelona: Herder.

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

Paz, M.J. (2016). *Psicoterapia de juego grupal con preadolescentes* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperada en: <http://132.248.9.195/ptd2017/marzo/0755111/Index.html>

Pérez, J. (2011). Posibilitar otras familia-s. La apertura hacia otras construcciones en la noción de familia. *Tramas*, 35, 103- 121. México: UAM-X.

Rabell, C. (2009). Introducción. En Rabell, C. (coord.) *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. México: UNAM-COLMEX.

Reséndiz, G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familia*, 27(2), 20-28.

_____ (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y familia*, 23(1), 20-28.

Rocha, T. (2016) Hombres en la transición de roles y la igualdad de género: Retos, desafíos, malestares y posibilidades. En Rocha, T. y Lozano, I. (comp) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad* (pp. 40-61). México: UNAM

Scott J. (2003). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. (comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265- 302). México: Porrúa.

Secretaría de Salud [SSA]. (2014). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Recuperado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hipotetizando-circularidad-neutralidad. Tres guías para la conducción de una sesión. *Family Process*, 19(1), 3-12.

_____ (1975). *Paradoja y contraparadoja*. España: Paidós.

- Telfener, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En Bianciardi, M. y Gálvez, F.(comp.) *Ética y psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile, Chile: Colección Praxis Psicológica.
- Tena, O. (2016) Incorporación del trabajo con hombres en la agenda feminista. En Rocha, T. y Lozano, I. (comp) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad* (pp. 21-39). México: UNAM
- Tomm, K. (1987). La entrevista interventiva I. Formar estrategias como una cuarta guía para el terapeuta. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tovar, D. (2016) Re-significaciones del trabajo y de la provisión económica: masculinidades en hombres de la Ciudad de México. En Rocha, T. y Lozano, I. (comp) *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad* (pp. 181-197). México: UNAM
- Tovar, D. (2012). Masculinidades y su relación con el bienestar-malestar emocional de hombres (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado en: <http://132.248.9.195/ptd2012/diciembre/509013202/Index.html>
- Ugazio, V. (2013) Polaridades Familiares Semánticas (traducción). En *Semantic Polarities and Psychopathologies in the Family: Permitted and Forbidden Stories*. United Kingdom: Routledge.
- _____ (1985) Hypothesis making: The Milán approach revisited. En D. Campbell y R. Draper (editors) *Applications of systemic family therapy. The Milán approach*. USA: Grune and Stratton.

Universidad Nacional Autónoma de México (2015) Centros de formación para la atención e investigación en Psicología. Recuperado de: <http://www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/>

Varela, N. (2005). La mirada feminista. ¿Para qué sirven las gafas?. En *Feminismo para principiantes* (pp. 171-185). España: Ediciones B.

Velasco, M.L y Sinibaldi, J. (2002). La familia funcional. En *Manejo del enfermo crónico y su familia* (cap. 2, 7-21). México: Manual Moderno.

_____ (2002). Mapas familiares: su empleo en el diagnóstico y formulación de hipótesis terapéuticas. En *Manejo del enfermo crónico y su familia*. (cap. 3, 23-36). México: Manual Moderno.

Venegas, F. y Pérez, J. (2006) *Manual para el uso no sexista del lenguaje. Lo que bien se dice... bien se entiende*. México: Aliusprint S.A. de C.V.