



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

MITOS Y LEALTADES EN LAS FAMILIAS PLURICOMPUESTAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

LUIS ARTURO AMARO SÁENZ

DIRECTORA DEL REPORTE:

PRESIDENTA: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

COMITE TUTORIAL:

PRIMER VOCAL: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

SEGUNDO VOCAL: DRA. BLANCA MOCTEZUMA YANO

TERCER VOCAL: MTRA. MARÍA REFUGIO RÍOS SALDAÑA

SECRETARIA: MTRA. CAROLINA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

MÉXICO, D. F.

ABRIL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

**A mi familia pluricompuesta que ha escrito rimas tempestuosas
y a su vez ha sabido caminar con la brisa del alba,**

a Sofía, mi esposa, por su mayéutica
a África, mi hija, por seguir caminando hacia el Sol
a Draupadi y Kunti, mis hijas, por pintar las paredes de colores
a Fernanda, mi nieta, por su sonrisa

**Al tiempo que me lleva en esta balsa remando entre mis sueños
Al Divino Creador y sus propósitos, quién es el timón que lleva mi barco**

A mi familia de origen que es la tierra de donde zarpé

a Arturo (para variar), mi padre, por haber sabido cumplir la vuelta de la vida
a Leonor, mi madre, por su tenacidad y su escondidito corazón
a Ara, Betty, Erick, Leo y Jennie, mis hermanos,
por cimentar la unión familiar

A los duelos que me enseñan que la noche no es negra

A mi maestro

a S. S. Hanumatpresaka Swami

A mis maestras de Terapia Familiar y al jurado por germinar semillas de conocimiento

a Xochitl por su paciencia y guía
a Rosario por su preocupación en los errores y aciertos
a Carolina por su entrega y cercanía

A mis compañeras de Terapia Familiar por hacer ese equipo fértil

a Lilí, Paty y Vicky por compartir estos dos años

A los pacientes por poner la tierra y el agua

I N D I C E

I. Introducción y justificación

1. Problemas que presentan las familias pluricompuestas	7
2. Sedes y escenarios	8
▪ Características de las familias atendidas	15
▪ Explicación de la estructura en las distintas sedes	15
▪ Particularidades de la supervisión	16
▪ Importancia de las sesiones supervisadas	17

II. Marco teórico

1. Fundamentos de la terapia familiar sistémica	19
▪ Terapia y realidad	20
▪ Predicciones sobre lo normal y anormal	21
▪ Aportaciones del constructivismo	21
▪ Cibernética y terapia familiar	23
▪ Cibernética de segundo orden	24
▪ Sistema y cambio	25
▪ La comunicación humana	27
2. Modelo estructural	30
▪ Axiomas principales	31
▪ Técnicas de terapia familiar	31
▪ Formas de cuestionamiento para conseguir el cambio	32
3. La terapia estratégica de Jay Haley	37
▪ Impartir directivas	38
▪ Particularidades de la terapia estratégica	40
4. Terapia breve enfocada en el problema	44
▪ Fundamentos generales	45
▪ Planeación del caso	45
▪ Fin del tratamiento	49
5. Terapia breve enfocada en soluciones	50
▪ Origen de la terapia breve enfocada en soluciones	50
6. El modelo de Milán	53
▪ Enfoque y forma de trabajo	54
▪ Premisas	54
7. Posmodernidad y terapia familiar	60
▪ Modelos posmodernos y sus características	60
▪ Terapia narrativa	62
▪ Equipo reflexivo	65
▪ La colaboración como filosofía terapéutica	67

III. Familias pluricompuestas

1. Las familias pluricompuestas	71
▪ El cambio de estructura familiar	72
▪ Características de las familias pluricompuestas	73
▪ Los retos de las familias pluricompuestas	75
▪ El periodo de ajuste	76
▪ La asimilación del divorcio	77
▪ En busca de la reorganización familiar	80
▪ La integración armoniosa y el respeto a los hijos	82
2. Lealtad y los nuevos enlaces matrimoniales	83
▪ La parentalización	85
3. Los mitos	88
▪ Mitos familiares	88
▪ El origen de los mitos personales	90
▪ El origen de los mitos familiares	91

IV. Familias pluricompuestas atendidas

1. Presentación de los casos	115
2. Análisis de casos	132
▪ Comentarios	141
3. Análisis del sistema terapéutico total	142

V. Habilidades de investigación, enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

1. Habilidades de investigación	147
2. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento	149
3. Habilidades de atención y prevención comunitaria	153

VI. Consideraciones éticas

1. Ética profesional en el desempeño del terapeuta	158
▪ Sobre la competencia del psicólogo	158
▪ Las intervenciones psicológicas	159
▪ Respeto a la intimidad afectiva y sexual	160
▪ De la confidencialidad y sus límites	161
▪ Confidencialidad y difusión de investigación	163

Conclusiones

La familia pluricompuesta en México	165
Alcances de la Terapia Familiar en familias pluricompuestas	166
Mitos y lealtades en las familias pluricompuestas	171
Estereotipos de género	173
Ética del psicólogo	174
Implicaciones en la persona del terapeuta	174

Bibliografía	176
---------------------	-----

Anexos	180
---------------	-----

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El matrimonio en nuestra cultura tiene una importancia relevante, pues a partir de la unión en pareja decidida libremente por los contrayentes se cumplen fines individuales y sociales. En el aspecto privado se cubren necesidades de afecto, seguridad, sobrevivencia, logro económico, placer sexual; en lo social tiene el propósito de modelar a nuevas generaciones de individuos de acuerdo a los modelos sociales que se han dado en la cultura, y de la cual los integrantes de la pareja son portadores y transmisores con relación a los hijos. Sin embargo, no todas las familias se conforman de manera biparental o nuclear; es decir, estructurada por padre y madre (progenitores) e hijos (procreados o en adopción). Existen otras posibilidades para conformar a la familia distintas a la tradicional, y que son temas de interés en los estudios sobre la misma, pues en nuestro país han incrementado en las últimas décadas las posibilidades de conformar familias que antes eran consideradas atípicas. Se estima que cerca de un tercio de las familias mexicanas forman hogares monoparentales en los que la mujer es la cabeza de la familia. Otra de las cifras que llama la atención es la de los divorcios, en el ámbito nacional, según las encuestas del INEGI efectuadas en el 2003, por cada 100 personas que se casan al año, se divorcian 11.

El crecimiento de las ciudades y el progreso industrial propio de la modernidad han ido penetrando nuestra cultura, junto la reciente oleada de la posmodernidad, están generando cambios que desplazan a la familia tradicional. A principios del siglo pasado prevalecía la estructura de la familia nuclear y la familia extensa, y las posibilidades de concluir un divorcio ante un juez eran mínimas. De acuerdo a la Ley sobre el Matrimonio Civil de 1859, se defendía la perpetuidad del matrimonio y sólo se hablaba de divorcio cuando se daba la separación temporal de cuerpos, pero no se habilitaba a las personas para contraer nuevas nupcias mientras viviera alguno de los divorciados. Durante esos

años el divorcio era considerado un “mal social”, y solo aquellas causas que se creía que eran más graves, como el adulterio, la sevicia y las enfermedades contagiosas e incurables, debidamente comprobadas ante el juez, eran motivo de disolución del matrimonio. *“Además, en 1870, el Código Civil estableció que el divorcio no disolvía el contrato matrimonial y la separación podía pedirse después de dos años de celebrado el matrimonio; el divorcio por mutuo consentimiento no procedía después de veinte años de matrimonio, ni cuando la mujer tuviera más de cuarenta y cinco años de edad”* (INEGI, Marco metodológico para la generación de estadísticas vitales: Divorcios, 2004, pág. 2). Fue durante 1917, cuando entró en vigor la Ley de Relaciones Familiares que se cambió el enfoque legal, permitiéndose que con el divorcio no sólo se admitiera la separación de cuerpos sino además la posibilidad de contraer nuevas nupcias.

INDICE DE DIVORCIALIDAD ENTRE 1930 Y 2003

AÑO	MATRIMONIOS	DIVORCIOS	ÍNDICE DE DIVORCIALIDAD¹
1930	100724	1626	1.6
1940	156358	4241	2.7
1950	177531	7929	4.5
1960	239527	14964	6.2
1970	357080	31181	8.7
1980	493141	21674	4.4
1990	642201	46481	7.2
2000	707422	52358	7.4
2002	616654	60641	9.8
2003	584142	64248	11.0

Cuadro. 1.1. Se muestran los índices de divorcialidad por década, desde 1930 hasta 2000, y los registros del 2002 y 2003, de acuerdo al INEGI.

Podemos pensar que el divorcio es un fenómeno propio de la sociedad industrializada, cuyo proceso comenzó en nuestro país a partir de los años 40s, incrementándose paulatinamente. A lo largo de los años la mujer se ha

¹ Divorcios por cada 100 matrimonios.

incorporado a las actividades económicas, científicas, culturales, políticas; esto ha traído como consecuencia mayor independencia del sexo femenino. Esta puede ser una entre las múltiples causas que han influido en el divorcio.

En la cuadro 1.1 se representan los índices de divorcialidad. En 1930 el índice de fue de apenas 1.6. Sin embargo, a lo largo de las décadas estas cifras han ido en aumento, registrándose durante la década de los 70s un índice del 8.7. De acuerdo al análisis del INEGI² existen algunos sesgos, ya que en la captura de 1970 se consideraron datos de divorcios de extranjeros provenientes de Estados Unidos de América, pues la legislación les permitía realizar tramite de divorcio en el estado de Chihuahua; otro sesgo se debió a que entre 1984 y 1992 un mismo trámite de divorcio era reportado por los Juzgados y por el Registro Civil. Pero, aún los registros de los años recientes siguen reportando incrementos; en el año 2000 se obtuvo un índice de divorcialidad de 7.4, en el 2002 de 9.8 y en el 2003 de 11.0.

Llaman la atención los datos de divorcio por entidad federativa. En el 2003 los estados con menores índices fueron Tlaxcala (2.2%), Oaxaca (3.6%), Guerrero (4.9%) e Hidalgo (5.4%); en tanto los estados con mayores índices fueron Baja California (25.2%), Chihuahua (26.7%), el Distrito Federal (20.0%), Colima (19.5%), Aguascalientes (18.9%), Baja California Sur (17.8 %), Sonora (16.0%) y Sinaloa (15.6%). Lo que puede observarse es que estados que conservan ideas tradicionales y presentan poco avance industrial, poseen cifras de divorcialidad más bajas; en tanto, las altas cifras de divorcialidad tienen diversas características. Algunos son cercanos a los Estados Unidos, como Baja California, Chihuahua, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora; el Distrito Federal, que tiene vías de comunicación accesibles y alta industrialización; Aguascalientes, que a partir de 1985 amplió su población con habitantes del Distrito Federal. Habría que investigar las causas del incremento en la divorcialidad en nuestro país.

Otra cifra importante es que de un total de 64.248 divorcios efectuados en 2003, 52.853 fueron judiciales, es decir, había hijos de por medio, y 11.395 fueron administrativos, esto es, no habían procreado. En porcentajes el 82.26% de las

² En el *Marco Metodológico para la Generación de Estadísticas Vitales: Divorcios*. INEGI, 2004.

parejas divorciadas tienen hijos y el 17.74% no tuvieron hijos en ese matrimonio. Si retomamos las cifras del INEGI del 2000³ relativas al **promedio de hijos por hogar y sexo del jefe**, encontramos que el padre de familia tiene un promedio de 2.2 hijos y la madre de familia un promedio de 2.1 hijos. La expectativa estadística sería que en cada divorcio judicial dos hijos sufren las consecuencias del divorcio. Además, si consideramos las edades promedio en que hombres y mujeres se divorcian encontramos lo siguiente: **36.96** años para el hombre y **34.23** para la mujer. Recurriendo a las cifras del INEGI del 2003 el 13.83% de los contrayentes tenían entre 30 y 44 años, no se sabe que porcentaje de las personas unidas en matrimonio en este rango de edad habían estado casadas antes; pero las probabilidades de que una persona vuelva a tener pareja al momento del divorcio se incrementan al existir la opción de vivir en unión libre, y aunque el INEGI no presenta estadísticas de las familias reconstituidas o pluricompuestas, se esperaría que en la medida en que incrementen el divorcio también incrementen las posibilidades de conformar familias pluricompuestas⁴ en nuestro país.

También llaman la atención los datos sobre la duración del matrimonio. En la figura 1 se puede apreciar que las parejas que se divorciaron después de haber tenido 10 o más años de matrimonio fueron mayoría, con 31,997 casos; quienes llevaban entre 1 y 5 años de matrimonio ocuparon el segundo lugar, con 19,793 casos; en tercer lugar están aquellos matrimonios que duraron entre 6 y 9 años, con 12,156 casos. Lo que se puede observar es que los matrimonios tienden a durar. Esto explica porque la mayoría de los divorcios son judiciales, es decir los divorciantes tenían hijos; lo que no sabemos son las edades de los niños. Pero por los años de duración del matrimonio, la mayoría serían niños en edad escolar y adolescentes, y un número menor deben ser niños preescolares.

Esta tendencia a la duración del matrimonio también puede deberse a que en nuestra cultura existe una tendencia a valorar la unidad familiar, y cuando se

³ En las Estadísticas de Matrimonios y Divorcios no está considerado el dato sobre el número de hijos de la pareja que realizó en trámite.

⁴ El término se refiere a las familias que forman una nueva organización, existiendo el antecedente de unión conyugal con descendencia en uno o ambos padres.

presenta el divorcio, la separación o la viudez, puede conservarse un anhelo por rehacer la familia, esto es, conformar una familia pluricompuesta. En este tipo de

DURACIÓN LEGAL DEL MATRIMONIO 2003

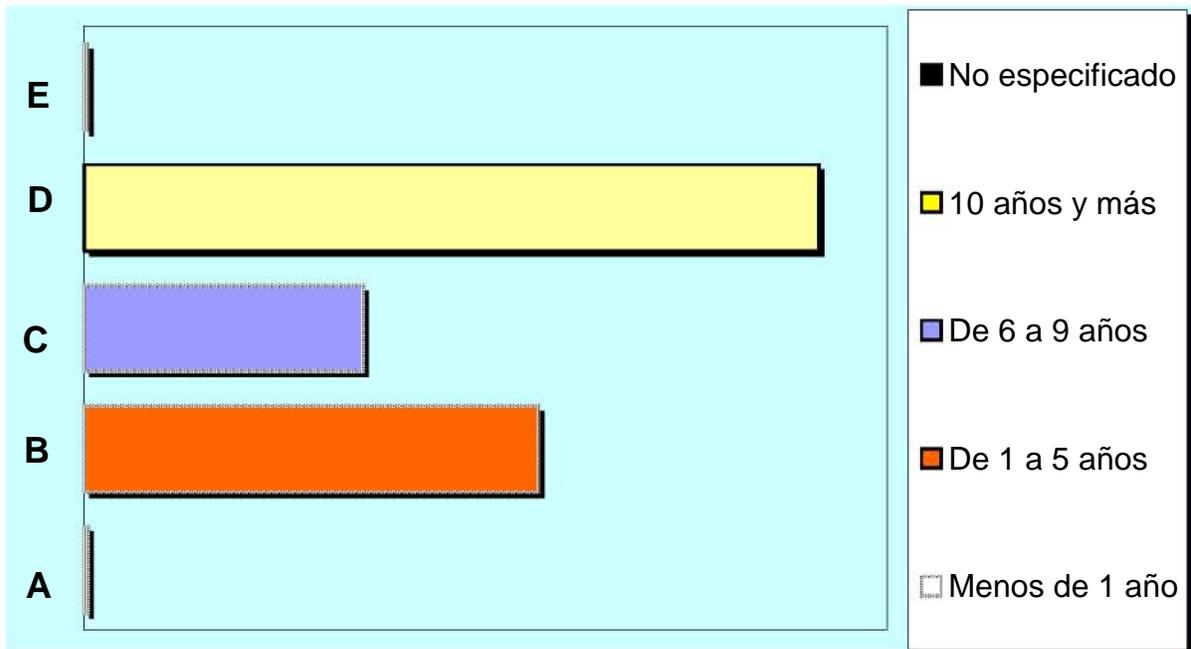


Fig. 1.1 Se muestran los datos referentes al tiempo de casados que llevaban las parejas que tramitaron el divorcio legal durante el 2003.

familias los que la integran se ven forzados a desarrollar habilidades de adaptación al cambio y de negociación con los nuevos miembros que van ingresando a ella. No necesariamente terminan siendo familias disfuncionales, pero si pasan por fases que exigen un mayor esfuerzo a sus integrantes. ¿Y por que no? También se puede ver como una oportunidad para mejorar en aquellas cosas que no funcionaron en el pasado. En este mundo de la posmodernidad, en donde se pueden negociar nuevas formas de ver la realidad, no resultaría extraño que el padre o la madre puedan crear visiones más sanas de las cosas al poder entender la nueva condición de su expareja y a su nuevo vinculo familiar, y que los hijos puedan organizarse en un marco social, de costumbres y reglas, más complejo. En el contexto de nuestro tiempo se está creando una nueva forma de

conceptuar a la familia y a la realidad social en la que esta se encuentra inmersa. Por este motivo la Terapia Familiar, desde la visión sistémica, resulta de gran utilidad para comprender y tratar a estas nuevas familias.

La familia pluricompuesta es aquella en la que uno a ambos padres han tenido anteriormente por lo menos una unión de pareja, existiendo uno o varios hijos de ese vínculo. Por consiguiente, en la familia existe la experiencia de separación, divorcio o viudez, y la formación de una nueva relación de pareja estable por parte de uno o ambos progenitores, que ha dado lugar al establecimiento nuevos vínculos de familia.

Este término sustituye a otros que tienen una connotación peyorativa, por ejemplo: familia reconstruida y familia reconstituida y familiastra. El prefijo **re** proviene del latín y su significado es repetición, en la palabra reconstruida significa que antes no estaba construida o que estaba destruida y reconstituida significa que no estaba constituida o establecida. Sin embargo, a pesar de la separación, el divorcio y la viudez, las familias siguen existiendo, en la mayoría de los casos cumplen sus funciones y permanecen los lazos de parentesco; lo que cambia es la forma de relación familiar. El término de familiastra es aún más grave, pues el sufijo **astra** tiene una connotación despectiva. La definición que propongo es la siguiente: *familia pluricompuesta*⁵ *se refiera la las familias que forman una nueva organización, existiendo el antecedente de unión conyugal con descendencia en uno o ambos padres; los miembros de estas familias conviven con parientes consanguíneos y con los miembros del nuevo vínculo familiar.* Ahora bien, el problema común de las distintas familias pluricompuestas, en sus primeros años, tiene que ver con cuestiones de organización, planteamiento de acuerdos respecto a los hijos y la creación de una nueva percepción de la familia; no necesariamente han de encontrarse cuestiones disfuncionales.

1. PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS PLURICOMPUESTAS

⁵ El termino fue empleado por Neuberger (1997).

Muchos de los problemas que se encontraron en las familias pluricompuestas que asistieron a los escenarios clínicos dispuestos para la Maestría fueron los característicos de este tipo de familia: Acuerdos para establecer la autoridad parental, dificultades para establecer límites a los hijos, depresión y sentimiento de culpa en los padres, problemas de negociación con la expareja, no aceptación de las nuevas parejas de los padres por parte de los hijos, esperanzas de reconciliación de los padres por parte de los hijos, etcétera (Escamilla, 2004). Sin embargo, también presentaron problemas típicos en familias nucleares, extensas o monoparentales. Cuestiones como violencia, abuso sexual, drogadicción y alcoholismo, depresión, desajustes de orden alimenticio (anorexia, bulimia y obesidad), problemas de conducta en los hijos, entre otros, fueron motivo de consulta en las distintas sedes clínicas.

La visión sistémica es una opción para el trabajo clínico con familias pluricompuestas, ya que permite entender el tipo de negociaciones y dificultades que caracterizan sus interrelaciones. No se puede pensar a la ligera que por ser familia pluricomposta necesariamente tiene que ser familia disfuncional o multiproblemática, pero si que se pueden estar dando determinados movimientos entre los miembros de la familia que acentúan o generan el problema (Neuberger, 1997).

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna parte de una epistemología que contiene los elementos que ayudan a abordar la problemática de las familias pluricompuestas, en primer lugar porque amplían el panorama para poder trabajar con el conjunto de cambios que surgen en la familia al romperse la relación familiar y en el momento que se buscan los nuevos lazos de unión. Las técnicas que han surgido en Terapia Familiar permiten impulsar cambios para generar y/o acortar el proceso de adaptación a las nuevas circunstancias que deben enfrentar este tipo de familias.

2. SEDES Y ESCENARIOS

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología: Residencia en Terapia Familiar tiene como sedes la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria (C.

U.) y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). El presente trabajo fue desarrollado en la sede FES Iztacala UNAM, en los tres escenarios que le corresponden: Clínica de Terapia Familiar, FES Iztacala; Clínica Familiar de Tlalnepantla, ISSSTE, y Clínica de Medicina Familiar, CCH Atzacapotzalco. En el anexo se muestran los organigramas de las sedes. El Coordinador del Programa de Posgrado (maestría y doctorado) es el Dr. Javier Nieto Gutiérrez. La Coordinadora Administrativa en la División de Posgrado de Iztacala es la Dra. Yolanda Guevara Benítez. Los responsables mencionados están encargados de la parte administrativa del programa. La co-responsable académica de la Residencia en Terapia Familiar es la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky. Ver anexo 1.

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Ubicación: Av. de los Barrios # 1 Col. Reyes Iztacala.

Tlalnepantla, Estado de México. C.P. 54090.

Descripción de la Sede: La co-responsable académica de la Residencia en Terapia Familiar es la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.

Análisis de la Sede: La Clínica de Terapia Familiar está disponible a la comunidad en general. Muchas de las personas que asisten viven en las zonas aledañas a la facultad, otros son empleados de la comunidad, también asisten personas que han recibido de parte de sus allegados o personal de otras instituciones, buenas opiniones. Para recibir atención en Terapia Familiar el paciente sólo proporciona datos generales y motivo de consulta, además debe de cubrir un módico pago.

Descripción de la población que asiste a terapia: Se atiende un rango amplio de problemas familiares. En el cuadro 1.2 se muestran datos de las familias con las que se trabajó en la Clínica de terapia Familiar de la FES Izacala⁶.

DATOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA SEDE DE IZTACALA
(participación en equipo terapéutico)

Sede y Familia	Tipo de familia	Ciclo vital	Motivo de consulta	Personas que asistieron	Problemas asociados
Clínica de Terapia Familiar FES Izacala					
MB	Pluricompuesta con antecedente de alcoholismo	Hijos adultos de matrimonios anteriores e hijo en edad escolar del matrimonio actual	Dificultades para poner límites al hijo	4	Problemas de pareja
G R	Pluricompuesta con antecedente de abuso sexual en la infancia	Con hija entrando a la adolescencia	Depresión e intento de suicidio	3	Abuso sexual infantil
V R	Extensa con antecedentes de violencia	Hija adulta e hijo adolescente	Obesidad del hijo de 12 años	4	Violencia por parte del exmarido
R P	Separada con hijos a cargo del padre	Con hijos adolescentes	Depresión a causa de la separación	5	Drogadicción en el hijo de 16 años
A	Nuclear con hijo adoptivo	Con hijo adulto joven	Alcoholismo y agresividad por parte del hijo	1	Mitos sobre el hijo adoptivo
R	Separada	Con hija en edad preescolar	Indefinición en torno a la separación	2	Infidelidad del esposo
M	Divorciada	Con hijos adultos	Agresividad del hijo (35 años) hacia el nieto (11 años)	2	Padres biológicos periféricos
I P	Monoparental	Con hijo adolescente	Problemas de conducta con el	2	Hijo adoptivo

⁶ Los datos de los cuadros correspondientes a las tres sedes, fueron atendidos entre febrero de 2004 y agosto de 2005.

			hijo		
M E	Nuclear	Con hijos adolescentes	Problemas de conducta del hijo menor	3	Descalificación en la pareja
J R	Nuclear	Con hijos adultos	Desorden alimenticio	1	Indefinición con la pareja

Cuadro 1.2. Se muestran los datos correspondientes al tipo de familia, ciclo vital por el que pasa la familia, motivo de consulta, número de asistentes y problemas asociados, de las familias atendidas.

Clínica de Medicina Familiar. Tlalnepantla ISSSTE

Ubicación: Av. Chilpancingo s/n. Col. Valle Ceylan.

Tlalnepantla, Estado de México.

Descripción de la Sede: Esta clínica del ISSSTE pertenece a la Delegación del Estado de México, coordinada en su administración general por la Subdelegación Médica, que es la encargada de la administración de los recursos destinados al área de salud. La clínica esta a cargo de un director que organiza la cuestión administrativa y de servicios. De la estructura operativa emanada de la Subdirección Médica, se deriva la Jefatura de Sección Médica, que coordina funciones de servicio al derechohabiente, como la Consulta Externa. Los pacientes de Terapia Familiar han sido pacientes de Consulta Externa derivados del Área de Psicología, que asistieron directamente a la misma o fueron canalizados por un médico general. Ver anexo 2.

Análisis de la Sede: Los pacientes atendidos en esta sede son trabajadores al servicio del estado y familiares de estos, hijos, cónyuges, padres y dependientes de los trabajadores. Viven en Tlalnepantla y lugares colindantes. Para tener derecho a los servicios de la clínica se debe de estar vigente en el servicio, como trabajador, jubilado o pensionado.

Descripción de la población que asiste a terapia: El rango de problemas familiares y tipos de familias que asiste a esta sede es variado. En el cuadro 1.3 se presenta información de las familias atendidas.

DATOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA SEDE DE IZTACALA
(participación en equipo terapéutico)

Sede y Familia	Tipo de familia	Ciclo vital	Motivo de consulta	Personas que asistieron	Problemas asociados
Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla (ISSSTE)					
G	Monoparental	Con hija adolescente	Depresión	1	Violencia intrafamiliar
C	Pluricompuesta	Con hija adolescente	Maltrato hacia la hija	1	Problemas de pareja
B G	Pluricompuesta	Con hijos adolescentes y en edad escolar	Hija de 8 años hiperquinética	3	Violencia intrafamiliar
F G	Nuclear	Con hijos en edad escolar	Violencia de la madre hacia el hijo mayor	1	Problemas de pareja
R M	Nuclear	Hijos adultos e hija adolescente	Abuso sexual en la infancia	1	No se reportan otros problemas
C R	Nuclear	Con hijos en edad escolar	Al hijo de 9 años se le reporta como comedor compulsivo	4	Problemas de pareja
G	Monoparental	Con hijas adolescentes	Autoagresión en la hija menor	3	Dificultad para poner límites a las hijas

G S	Nuclear	Con hijos adultos	Idea de dañar al hijo menor	1	Incompatibilidad con el esposo y antecedente de infidelidad
M N	Extensa	Con hijos adultos	Problemas de conducta con la nieta	5	Funciones parentales confusas
M M	Nuclear	Con hijos en edad escolar	Violencia física por parte del esposo	1	Baja autoestima

Cuadro 1.3. Se muestran los datos correspondientes al tipo de familia, ciclo vital por el que pasa la familia, motivo de consulta, número de asistentes y problemas asociados, de las familias atendidas.

Clínica de Terapia Familiar del CCH Atzacapotzalco

Ubicación: Av. Aquiles Serdán # 2060. Col. Ex -Hacienda del Rosario.

Delegación Atzacapotzalco. C.P. 02040.

Descripción de la Sede: El plantel pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México y está a cargo de un Director que toma decisiones tomando en cuenta a un Consejo Interno en el que participan alumnos, maestros y trabajadores. Existe un Asesor Jurídico, quien trata asuntos relacionados con alumnos y profesores en torno al reglamento universitario. También hay un secretario particular quien entabla relación con el alumnado y el profesorado en cuestión de horarios, administración de espacios y cuestiones de organización interna. La Secretaría General coordina distintas secretarías que tienen que ver con bibliotecas, estudiantes, docentes, entre otras cosas. La Secretaría Técnica coordina los proyectos de Sistemas de Laboratorios de Investigación (SILADIN), aunque la Clínica de Terapia Familiar es un proyecto independiente, el espacio físico de la clínica esta ubicado en el edificio del SILADIN. Por otra parte, el departamento de Psicopedagogía, que se deriva de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, canaliza a los pacientes que requieren atención en la Clínica de Terapia Familiar. Ver anexo 3.

Análisis de la Sede: La Clínica de Terapia Familiar del CCH Atzacapotzalco recibe como usuarios del servicio a la comunidad estudiantil y esporádicamente a

trabajadores del plantel. Las personas que asisten viven en distintas zonas del Distrito Federal y el Estado de México.

Descripción de la población que asiste a terapia: Una característica distintiva de esta sede es que se atienden familias con hijos adolescentes. En el cuadro 1.4 se presenta una síntesis de las familias que asistieron a la clínica.

**DATOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA SEDE DE IZTACALA
(participación en equipo terapéutico)**

Sede y Familia	Tipo de familia	Ciclo vital	Motivo de consulta	Personas que asistieron	Problemas asociados
Clínica de Terapia Familiar. CCH Atzacapatzalco					
G M	Pluricompuesta	Con hija adolescente e hijo en edad escolar	Problemas de rebeldía con la hija	4	Problemas de integración de pareja
Á M	Nuclear	Con hija adolescente	Problemas de desempeño escolar	2	Problemas de pareja
T C	Monoparental	Con hijos adolescentes	Problemas de rendimiento académico	1	Víctima de secuestro
A N	Nuclear	Con hijos adolescentes	Depresión	1	Madre de familia hija de padres divorciados
A	Divorciada	Con hijos adolescentes	Bajo desempeño escolar del hijo	4	Enojo en la pareja y triangulación de los hijos
M D	Nuclear	Con hijos adolescentes	Orientación para tratar a la hija adolescente	4	La hija mayor es madre soltera

V G	Nuclear	Con hijos adolescentes	Reprobación de la hija	2	Hija adoptiva Antecedente de aborto
Z P	Nuclear	Con hijo adolescente	Duelo por muerte del hijo menor	2	No se reporta otra situación
Á V	Monoparental	Con hijos adolescentes	Falta de control de impulsos	1	Probable problema neurológico
B S	Monoparental	Con hijo adulto y adolescente	Drogadicción del hijo	2	Antecedentes de alcoholismo de los padres

Cuadro 1.4. Se muestran los datos correspondientes al tipo de familia, ciclo vital por el que pasa la familia, motivo de consulta, número de asistentes y problemas asociados, de las familias atendidas.

Características de las familias atendidas

De las 30 familias atendidas por el equipo terapéutico en el que estuve integrado, 15 (50%) estaban conformadas por familias de corte tradicional, 13 eran familias nucleares (43.3) y 2 familias extensas (6.7); mientras que el 50% restante comprendía familias de corte no tradicional, 4 familias con divorcio o separación (13.3%), 6 familias monoparentales (20%) y 5 familias pluricompuestas (16.7%). Si se revisan los motivos de consulta y los problemas asociados de las familias, no hay un patrón definido que se relacione al tipo de familia.

De los 30 casos en 19 (63.3%) familias se plantean como motivo de consulta problemas que tienen que ver con los hijos. De estos 19 casos los problemas asociados fueron: en 10 (52.6%) de las familias se detectaron contrariedades en los padres, 9 (47.4%) de los cuales fueron por dificultades en la pareja.

Con esto podemos notar que existe un alto índice de problemas familiares en donde de una u otra manera las dificultades de los padres están relacionadas con el motivo de consulta, ya sea por existir antecedentes de separación, divorcio y abandono en los padres, o por haber dificultad en la convivencia actual de pareja.

También llama la atención que de las 15 familias no tradicionales (con antecedentes de separación, divorcio, abandono) 5 de estas, es decir la tercera parte, correspondieron a familias pluricompuestas; esto es, familias en las que se da el rematrimonio. En estas 5 familias pluricompuestas hay dificultades con la conducta y el control de los hijos.

Explicación de la estructura en las distintas sedes

En las tres sedes se siguió una estructura similar, compuesta por las siguientes fases:

- **Presesión**
- **Sesión**
- **Postesión**

La *presesión* dura alrededor de 10 minutos. Esta fase tiene lugar previo a la sesión con la familia, el equipo terapéutico se reúne para hacer los comentarios pertinentes y plantear las líneas de intervención que guiarán el trabajo terapéutico. El terapeuta a cargo lee el acta de la sesión anterior y comenta su plan de sesión para ese día, esto se complementa con las aportaciones que se hacen de la supervisión y el equipo terapéutico.

La duración de la *sesión* es de entre 40 y 50 minutos. El terapeuta establece conversación centrándose en intervenciones y objetivos previstos. El área del sistema terapéutico, compuesto por la familia y el terapeuta, se delimita por un espejo unidireccional o por la distribución de los asientos. El equipo interviene mediante un pizarrón o a través de dispositivo telefónico, pidiendo información, orientando las intervenciones y emitiendo mensajes a la familia; además mantiene un panorama de observación hacia la familia y el terapeuta que enriquece el trabajo. Minutos antes de finalizar la sesión el terapeuta se reúne con el equipo para planear el cierre.

La *postsesión* dura aproximadamente 10 minutos. Durante esta fase se comentan aciertos e intervenciones que pueden mejorarse, se tratan aspectos de

la personalidad del terapeuta y se hacen sugerencias útiles en las próximas sesiones.

Particularidades de la supervisión

Los casos se asignan a los terapeutas que van a estar al frente de la familia, el terapeuta a cargo hace la primera entrevista telefónica; esta llamada lleva alrededor de 10 minutos y tiene como objetivo conocer detalles sobre la familia, saber el motivo de consulta y que miembros de la familia asistirán a las sesiones.

En la sede de CCH Atzacapozalco antes de tener contacto con los pacientes, se reúne el equipo terapéutico para analizar los genogramas de los terapeutas que trabajarán en equipo, y así tener una idea de los recursos y dificultades de cada integrante del equipo.

El trabajo que se desarrolló en las tres sedes, aunque variaba en los estilos de supervisión, tuvo en común dejar valiosas experiencias de aprendizaje.

Importancia de las sesiones supervisadas

Considero que el aprendizaje en el sistema terapéutico fue muy importante porque me permitió concretar los conceptos y modelos que se revisaron en los seminarios.

Como integrante del equipo terapéutico pude conocer los distintos estilos de trabajo de mis compañeras y aprender. Se analizaron los problemas de las distintas familias que asistieron a la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala, ISSSTE y CCH, generando aportaciones. En cuanto al Sistema de Supervisión fue variable: se dio el estilo directivo, que consistió en apoyo con líneas de trabajo definidas y menor participación del equipo; el horizontal, en el que había mayor diálogo con el equipo de supervisión; el creativo, en el que se integró el equipo con la supervisión generando propuestas. Las diferentes supervisiones me dejaron mucho; en la observación de los videos y en las entrevistas telefónicas de seguimiento me di cuenta del efecto de las intervenciones que provenían de la supervisión, así que el trabajo de supervisión siempre fue una enseñanza.

Respecto a mi experiencia como terapeuta, durante los cuatro semestres de la residencia, de alguna manera realicé una introspección sobre mi persona en relación a la labor de terapeuta, con ayuda de las observaciones de las supervisoras, las compañeras y la revisión de los videos, me di cuenta de mis deficiencias y recursos. Desde la Cibernética de Segundo Orden se considera que el observador es parte de lo observado, este proceso de observación se promovió a lo largo de las supervisiones en las distintas sedes.

Indudablemente los consultantes también fueron un elemento invaluable en el sistema terapéutico, pues dieron vida al trabajo, sus reacciones, expresiones y pensamientos, permitieron que los terapeutas nos apropiáramos de nuevos recursos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO: TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

II. MARCO TEÓRICO

La terapia familiar sistémica es una de las posturas relevantes en cuanto al abordaje del trabajo terapéutico. Ha generado una nueva forma de ver y atender los problemas familiares, distinta a como se venían atendiendo desde las perspectivas tradicionales como son el psicoanálisis y la psiquiatría. Detrás de esta postura para el trabajo con familias están los fundamentos que sustentan una diversidad de enfoques que van desde los primeros intentos por satisfacer las demandas de salud mental en las comunidades europea y norteamericana que se generaron a partir de la Segunda Guerra Mundial, hasta los planteamientos posmodernos. En esta sesión se plantean de manera breve fundamentos generales la Terapia Familiar Sistémica hasta las tendencias posmodernas, así como los principales modelos terapéuticos que la conforman.

1. FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Casi a la par del surgimiento de la psicoterapia y el psicoanálisis de largo tiempo, surgió la necesidad de la implementación de tratamientos más breves. Mientras que la psicoterapia y el psicoanálisis prolongaban sus tiempos conforme evolucionaron sus técnicas, durante las primeras cuatro décadas del siglo XX; las demandas de los servicios de salud mental requerían de tratamientos más cortos. *“Durante la Segunda Guerra Mundial, y por primera vez en la historia, la necesidad de servicios psicoterapéuticos coincidió con el nivel de desarrollo y conocimientos de la comunidad psicoterapéutica de manera suficiente para hacer posible cierta clase de reacción positiva”* (Small, 1981, pág. 26).

No podemos negar que diversos psicoanalistas contribuyeron abriendo brecha crear para nuevos conceptos a sus teorías, que permitieron desarrollos ulteriores: *“Sullivan, Thompson, y Fromm-Richmann, entre otros, iban ensanchando las perspectivas de su ciencia para que incluyese atisbos de la teoría de campo, la lingüística y la antropología cultural”* (Bloch, en Lin Hoffman,

2002, pág. 11). Esta idea de abreviar el tiempo en que un paciente recibe terapia ha llevado a una apertura en cuanto a teorías y técnicas.

Terapia y realidad

Durante la segunda mitad del siglo XX surgió la Terapia Familiar Sistémica, una de sus principales influencias fueron los estudios de comunicación humana de Gregory Bateson; quien fuera antropólogo de la Universidad de Cambridge y realizara diversas investigaciones, algunas relacionados con la Psicología, el aprendizaje, la epistemología y la lógica. Otra fuente de influencia fue Milton Erickson, psicoterapeuta e hipnólogo innovador, que desempeñó el cargo de presidente en la Sociedad Norteamericana de Hipnosis Clínica. Las aportaciones de Gregory Bateson son fundamentales para la Terapia Familiar Sistémica, con herramientas de corte antropológico y apuntalado en la teoría cibernética se introdujo en la comprensión de los sistemas interaccionales y sociales; en sus planteamientos Bateson sustentó que los sistemas sociales son autocorrectivos, en el momento que sobrepasan un límite aceptable de tensión, los sistemas de grupos humanos hacen uso de sus propios procesos de retroalimentación para lograr el equilibrio. Bateson también estudio los niveles jerárquicos de comunicación, investigó sobre las paradojas en la comunicación e introdujo la hipótesis del *doble vínculo*, útil para estudiar a familias con comunicación esquizofrénica. Por otra parte, Milton Erickson hizo aportaciones en torno al uso de la hipnosis; empleó un tipo de hipnosis natural, es decir, no implementada a través de el trance hipnótico formal (mediante la relajación, el manejo de la respiración, la imaginación, entre otras cosas), sino en el sentido interaccional, mediante el lenguaje. Erickson se centra en el aspecto positivo del sujeto, en sus recursos, y con esto promueve cambios permanentes en los pacientes y familiar. Esto es un punto clave en la terapia breve sistémica.

A continuación iremos desglosando los detalles sobre aspectos teóricos que sirven de sustento a la Terapia Familiar.

Predicciones sobre lo normal y lo anormal

Decía Epicteto, que *“las cosas en sí no nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de las cosas”* (Watzlawick, 1999, pág. 34). De manera similar, las predicciones en relación al estado mental del individuo, aunque se plantean a manera de hipótesis, determinan el cómo se va a ver y tratar al paciente. La objetividad como una forma de llegar a la realidad es una de las falacias de la ciencia, ya que el pretender captar la realidad a través de los sentidos sin que medie la subjetividad del observador, no es posible. Hume, Kant, Shopenhauer y otros muchos filósofos han insistido en el hecho de que de la realidad verdadera *“sólo podemos tener una opinión, una imagen subjetiva, una interpretación arbitraria”* (Watzlawick, 1999, pág. 29). De igual modo, la teoría de la que partimos determina lo que nosotros observemos de las cosas.

En lo que respecta a los criterios normativos, esto nos presenta un problema de base: ¿Quién va a definir lo que es normal y lo que es anormal? En cuestión terapéutica pareciera que el terapeuta es normal y el paciente es anormal. Lo que se propone en la Terapia Familiar Sistémica es el cambio de la noción de la realidad, la reestructuración de la visión del mundo del paciente con la cual pueda adaptarse mejor.

El constructivismo ha roto las reglas de la vieja epistemología en la cual el sujeto se comparaba con el “ahí afuera” buscando una noción de realidad. En terapia sistémica implica que el observador es también elemento de observación; el terapeuta, de esta manera se convierte en el organizador de la conversación e intercambia puntos de vista de una forma no defensiva. En el sistema se construyen nuevos significados que encajan en las idiosincrasias del cliente, siendo estos útiles para abatir sus síntomas y sufrimientos. Los cambios de significado pueden ir dirigidos a las atribuciones dadas a una persona, situación u objeto.

Las aportaciones del constructivismo

Un comentario muy acertado de Glasersfeld (1999), nos ayuda a comprender como se inserta el constructivismo en la Terapia Familiar Sistémica: *“Es probable*

que el mejor modo de definir el constructivismo sea afirmar que es el primer intento serio por separar la epistemología de la ontología” (Pág. 50). Tradicionalmente la epistemología es el estudio de las cosas que conocemos y como llegamos a conocerlas, y la ontología esta implicada en el conocimiento en tanto que comúnmente se considera que las cosas son y existen tal como nosotros las concebimos. Por su parte, el constructivismo asume que el conocimiento no se refiere a una realidad que es captada del mundo exterior, sino a una realidad construida por nosotros.

Para Glasersfeld, el constructivismo emerge de cuatro fuentes:

- **El lenguaje:** El lenguaje en cuanto a idioma, determina la forma en que vemos el mundo.
- **La postura filosófica de los escépticos:** Desde los inicios de la historia de la filosofía occidental se planteaba el problema de la verdad como uno de los temas concernientes a la epistemología. Se consideró que los sentidos jugaron un papel muy importante en la búsqueda de la objetividad y en la obtención de conocimientos que correspondieran al mundo exterior. Pero para los escépticos el conocer pasa a través de nuestro sistema sensorial y nuestro sistema cognitivo, ambos sistemas proporcionan una imagen de las cosas ante la cual nosotros somos incapaces de corroborar si la imagen es correcta – o correspondiente al mundo exterior. Entre los siglos XVI y XVIII, con pensadores como Montaigne, Gassendi y Marsenne, se habla de la ciencia como modelos racionales, provenientes no de nuestro mundo objetivo sino de nuestro mundo de experiencia. En el siglo XVIII, Gianbattista Vico formula un primer manifiesto constructivista al considerar que *“los hombres sólo pueden saber lo que ellos mismos han hecho”* y dar el mismo valor intrínseco al conocimiento que proviene de la razón y al que se origina a partir de la *‘imaginación poética’* “ (Glasersfeld, 1999, pág. 43).
- **El concepto de adaptación:** Una forma distinta de ver la adaptación propuesta por Darwin, enfocada en la sobrevivencia del más apto, es a partir de las limitaciones que emergen del ambiente y el poner a prueba la

capacidad de existencia del individuo; lo que implica el poner en juego estructuras conceptuales no contradictorias que permitan representar una realidad más adaptada: generándose un mapa perceptivo de lo que podemos hacer en el ambiente.

- **La cibernética:** Esta disciplina relativamente nueva ha centrado gran parte de su interés en los organismos autorregulados y autoorganizados. En lo referente a la cibernética de segundo orden, esta se interesa más en el observador que en las cosas observadas, la justificación de este enfoque radica en que el conocimiento se produce, construye y es accesible al sujeto que conoce.

Cibernética y terapia familiar

El término de cibernética es empleado para referirse a sistemas organizados de manera circular, en donde los diversos componentes que conforman al sistema se encuentran ligados entre sí. Pongamos el ejemplo de nuestros músculos que actúan a partir de los nervios aferentes y eferentes, de tal modo que, pueden recibir sensaciones y a partir de estas responder o reaccionar. La cibernética puede operar en muchos fenómenos, máquinas, motores, receptores sensoriales, fenómenos sociales, y también existen distintas definiciones respecto a esta; pero la circularidad es un punto central. Los filósofos y epistemólogos han podido explicarse cuestiones referentes al funcionamiento del cerebro y el conocimiento, respecto esta idea de circularidad. Peggy Papp (1994) comenta lo siguiente sobre lo que se conoce como circuitos cibernéticos:

La información va y viene por estos circuitos de retroalimentación a efecto de suministrar estabilidad u homeostasis al sistema. Las partes cambian constantemente para mantener equilibrado el sistema (tal como el equilibrista va desplazando continuamente su peso a fin de conservar el equilibrio). El sistema global mantiene su forma a medida que cambia el patrón en los vínculos entre las partes. (pág. 21)

La teoría cibernética mantiene tres ideas centrales: a) La totalidad es mayor que la suma de las partes, 2) cada parte sólo se comprende en el contexto de la totalidad, 3) el cambio tenido en alguna de las partes afecta todas las demás partes. La teoría cibernética ha sido determinante en los planteamientos de la

Terapia Familiar Sistémica, la manera en que se entiende la familia considera los puntos antes mencionados.

En la familia también se busca mantener el equilibrio a partir de patrones persistentes y recurrentes, de esta manera distintas conductas, aún las sintomáticas, tienen la función de mantener patrones. Ningún integrante de la familia puede ejercer control unilateral sobre otra persona, pues este circuito cibernético opera en función de preservar el sistema, y los miembros de la familia se comportan de acuerdo a sus propias características personales y en relación a lo que acontece en el resto del sistema. De acuerdo a la definición cibernética de sistema se plantea éste como *“autocorrectivo y homeostático que se activa por el error y se regula a sí mismo a través de circuitos negativos y positivos de realimentación a efectos de mantener su equilibrio”* (Papp, 1994, pág. 20).

La cibernética de segundo orden

Lo que distingue a la cibernética de primer orden respecto a la cibernética de segundo orden es el sistema observador: Para esta segunda postura el observador entra en el sistema de lo observado, de tal modo que es absolutamente imposible la objetividad.

Por otro lado, cualquier observador lleva a cuestras la visión de la cultura, familia y lengua; en otras palabras, de una comunidad observadora.

No existen barreras entre observador-observado, sujeto-objeto, sino unidades y contextos de circularidad mayor en donde el supuesto observador esta integrado en lo observado.

La cibernética implica problemas epistemológicos y uno de los viejos problemas de la filosofía que es el de discernir sobre lo qué es lo real. Para conocer el mundo deben de trazarse distinciones y al realizar éste tipo de reflexiones sobre lo palpado por los sentidos establecemos construcciones, que al final de cuentas son ilusorias. Afirman Francisco Varela y Humberto Maturana (1973): *“Sostenemos, pues, que en la estructura de una máquina lo definitorio son las relaciones, y en consecuencia dicha estructura no tiene ninguna conexión con la materialidad, vale decir, con las propiedades de los componentes que los*

definen como entidades físicas” (citado por B. Keen. 1994. pág. 79). Estas ideas nos llevarían a pensar que toda distinción de las cosas son sólo una ilusión, algo atribuido al objeto que existe únicamente en la mente. Pero B. Keen, concordando con Bateson, opina que ese mundo que conocemos no es ni ilusorio ni la realidad, sino una doble visión de la materia y la pauta: *“la cibernética nos permite toparnos con la mente en la terapia sin olvidar los cuerpos que la corporizan. Para lograr una doble visión de esa índole debemos aprender a re-conocer la mente”* (Keen, 1994, pág. 80). Así bien, lo que se ha llamado cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden es aquel proceso en donde el observador es incluido en el sistema y es parte de lo observado; esto es, se le da mayor importancia a lo que el observador determina sobre lo observado que a las cosas observadas. De esta manera, en vez de centrar la atención en lo que el terapeuta prescribe para la familia como un deber ser - que debe y que no debe hacer, el se centrará en lo que debe y no debe pensar.

Heinz Von Foster, Humberto Maturana y Francisco Varela, fueron continuadores del trabajo de Bateson, y se abocan al tema de la cibernética de segundo orden. Por otro lado, cualquier observador lleva a cuestras la visión de la cultura, familia y lengua; en otras palabras, de una comunidad observadora. No existen barreras entre observador- observado, sujeto-objeto, sino unidades y contextos de circularidad mayor

Sistema y cambio

La cibernética es un campo interdisciplinario que agrupa, entre las disciplinas que la constituyen, *“la teoría de sistemas”*. El término sistema es muy empleado en terapia familiar y de acuerdo a los aspectos específicos que tratan los diversos autores; los límites y las jerarquías, por ejemplo.

Haciendo un esbozo general, la teoría de sistemas considera tres conceptos clave: **la integridad, la organización y la regulación**. En el aspecto de integridad se parte de la idea de que la totalidad es más que la suma de sus partes; cada una de las partes es comprendida a partir del todo. Una parte sólo es entendida a partir de que tiene como contexto el todo. La totalidad se autorregula

a través de circuitos cibernéticos; esto es, circuitos que conducen información y que mantienen el equilibrio del sistema u homeostasis. Esto quiere decir que se da un cambio continuo y de retroalimentación entre las partes que conforman el sistema.

La regulación se da a partir de que cada una de las partes modifica sus relaciones entre sí de acuerdo a las necesidades de cambio. En la familia esta regulación se observa a partir de los cambios de conducta que presentan los integrantes de la misma, ya que estas conductas cumplen una función en el sistema familiar total para preservar el equilibrio. Una conducta se organiza en relación a la conducta de los otros, y el terapeuta familiar busca entender el patrón para derivar el significado que tiene en el sistema. El terapeuta se preguntará entonces, por qué el paciente identificado manifiesta el síntoma precisamente en ese momento, de qué manera esto es un intento por regular el sistema.

Un miembro de la familia no puede ejercer un control unilateral sino en relación al contexto del sistema. De igual modo, el síntoma que presenta un miembro de la familia cumple una función en la conservación del sistema. Podemos suponer que no todo síntoma presentado por un integrante de la familia tiene relación con el sistema, este puede estar relacionado con el exterior. *“Si bien, un síntoma puede originarse en un hecho externo, su presencia indicaría que está siendo utilizado por la familia en alguna transición en curso”* (P. Papp, 1994. pág. 24). Si la hija entró en un estado de depresión porque rompió con el novio, al paso de unas semanas esta desaparecerá; pero sí mantiene la depresión del divorcio de sus padres y esta se hace crónica, y funciona como una forma de distraerlos de sus problemas, entonces adquiere una relación sistémica.

En esta visión interdisciplinaria de la terapia familiar, en la que se combinan la cibernética y la teoría de sistemas es de gran utilidad la teoría de la comunicación humana, tema que se aborda a continuación.

La comunicación humana

En Terapia Familiar se hace necesario observar las manifestaciones de la relación y esto se logra a través del estudio de la comunicación. La comunicación humana comprende tres áreas: **sintáctica, semántica y pragmática**. La sintáctica se adentra a problemas de codificación, redundancia, ruido, canales y problemas estadísticos del lenguaje; la semántica se ocupa del significado; la pragmática aborda cómo la comunicación afecta la conducta. Ésta última subdisciplina es la que más tiene que ver con el tema de estudio en cuestión. *“Así, desde esta perspectiva de la pragmática, toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos interpersonales, afectan a la conducta”* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002, pág. 24). Un punto de interés fundamental son los efectos de la relación emisor-receptor en la comunicación.

El enfoque comunicacional estudia la conducta humana basándose en manifestaciones observables de la relación, para ejemplificar esto podemos argumentar que los estudios del cerebro y los sentidos comprueban que se perciben relaciones y pautas de relación, conformando la esencia de nuestra experiencia. Las diferencias relativas de forma, espacio, temperatura, color, olor, etcétera son lo que finalmente capta el cerebro: *“Así, la esencia de nuestras percepciones no son ‘cosas’ sino funciones, y éstas, como vimos, no constituyen magnitudes aisladas sino ‘signos que representan una conexión... una infinidad de posiciones posibles de carácter similar...”* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002, pág. 29).

Uno de los conceptos importantes del enfoque comunicacional es el de metacomunicación, este se refiere a la comunicación que se da sobre la comunicación, es decir, aquella información que sirve para aclarar aspectos que no han sido entendidos en el proceso de comunicación y que van a ayudar a hacer más eficaz la comunicación. Esto es muy importante para el trabajo terapéutico, pues es un eje orientador de las modificaciones que surgen en la familia.

El fenómeno de la comunicación presenta propiedades simples que tienen consecuencias interpersonales básicas, estas quedan resumidas en los siguientes axiomas:

- a. **No es posible no comunicarse.** No puede suscitarse lo contrario a la conducta, esto es la no-conducta. Simplemente es imposible no comportarse. Así bien, *"...toda conducta es una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar"*(Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002, pág. 50). El estar inactivo y el silencio también son formas de interacción que transmiten mensajes. Mensaje es cualquier unidad comunicacional, independientemente del modo de transmisión que se emplee, inflexión de la voz, postura corporal, etcétera. De tal modo, el no comunicar es una forma de comunicación.
- b. **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, metacomunicación.** La comunicación además de transmitir información impone conductas. Si metemos información a una computadora (aspecto referencial), también debemos agregar información de la información (aspecto conativo), esto es, información de que va a hacer la computadora con esa información. De igual manera, si nosotros recibimos datos en la comunicación, necesitamos saber como debe entenderse la comunicación: La comunicación consta del aspecto referencial, que son los datos que se transmiten, y el aspecto conativo, que es la información sobre como deben entenderse dichos datos; por ejemplo, si una persona transmite un mensaje manteniendo su rostro serio puede entenderse que dice algo cierto, si sonrío indica que es una broma. La comunicación eficaz tiene que ver con la capacidad de metacomunicarse, esto es, comunicarse sobre la misma comunicación.

- c. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.** Al puntuar las personas establecen patrones de intercambio que incluyen reglas de intercambio. Desde lo cultural se establecen convenciones de puntuación que nos permiten tener visión de cómo se establece la interacción. Por ejemplo, en una interacción podemos reconocer quien es el líder y quien el adepto; una mala puntuación de los hechos nos puede llevar a conflictos: la esposa discute con el marido porque éste es muy retraído y el marido se retrae porque la esposa discute, de tal modo se crea una paradoja en la comunicación que mantiene el problema.
- d. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.** La comunicación digital no tiene que ver con la cosa nombrada, se utilizan signos arbitrarios a través de la palabra que permiten el manejo de una sintaxis lógica del lenguaje. La comunicación analógica es similar a lo que se expresa y se manifiesta en la comunicación no verbal: postura, gestos expresión facial, inflexión de la voz, ritmo, cadencia de las palabras. El aspecto que se transmite de manera digital es predominantemente contenido, el aspecto vinculado con la relación es predominantemente analógico.
- e. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos y complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.** En 1935, Bateson describió el fenómeno de interacción observados en la tribu Iatmul de Nueva Guinea. *“Denominó a este fenómeno cismogénesis y lo definió como un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos”* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002, pág. 68). La cismogénesis puede ser simétrica o complementaria. Cuando los participantes de la comunicación igualan su participación recíproca se considera que es simétrica, si estos mantienen una relación de diferencia y complementación se dice que es complementaria. Esta última puede estar

establecida de acuerdo a los niveles jerárquicos que establece la cultura: maestro-alumno, padre-hijo, jefe-empleado.

Estos axiomas de la comunicación permiten analizar y entender de qué manera los miembros de la familia establecen sus propias reglas de comunicación y cuales son los mensajes que realmente están emitiendo y recibiendo, así como la manera en que estos afectan la relación familiar. Es herramienta importante para el terapeuta en el proceso para generar cambios. La terapia sistémica retoma los patrones de comunicación en la familia, tanto en el contenido del lenguaje como en la observación de las otras formas de comunicación, el entendimiento de la metacomunicación, los patrones de comunicación simétrica y complementaria. Las diversas orientaciones de terapia familiar establecen un uso particular de la comunicación.

Uno de los terapeutas importantes en la terapia familiar ha sido Salvador Minuchin, quien tiene que ver con el desarrollo del enfoque estructural, que se aborda en el siguiente apartado.

2. MODELO ESTRUCTURAL

El modelo estructural fue planteado por Salvador Minuchin, quien propone tomar como base el análisis estructural de la familia, esto es, el trabajo terapéutico consiste en rediseñar la organización de la familia aproximándola al modelo normativo de familia que presenta un buen funcionamiento, propuesto por el autor. Según Minuchin, en una familia apropiadamente organizada existirán límites claros entre los padres y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes a su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos.

Desde esta forma de ver a la familia se considera que el síntoma por el cual se asiste a terapia el individuo o los miembros de la familia es producto de un

sistema familiar disfuncional, lo cual indica que el trabajo del terapeuta consiste en modificar la estructura.

La inclusión del terapeuta en el sistema es muy importante, es un intruso activo, que cambia el campo de la familia con su sola presencia. Incluido y siendo aceptado en el sistema familiar, el terapeuta puede hacer una serie de maniobras para modificar las relaciones entre los miembros de la familia, tal vez desafiando a algún miembro de la familia, aliándose con otros, formando coaliciones, o descubriendo quien está autorizado a hablar y quien no y cómo el contexto alimenta al síntoma.

Axiomas principales

Los tres axiomas de la terapia estructural, explicados por Minuchin (2001) son:

- **La vida psíquica no es únicamente un proceso interno.** El individuo influye y es influido en su contexto, como miembro de la familia y del sistema social debe cumplir funciones adaptativas, y en este proceso responde y contribuye al estrés en la relación con otros. El individuo es considerado como un subsistema dentro del sistema de la familia.
- **Las modificaciones al interior de la estructura familiar** contribuyen a la generación de cambios, de conducta y en los procesos psíquicos internos, de los integrantes del sistema.
- **El terapeuta**, al trabajar con una familia o paciente, es incluido dentro del contexto.

Técnicas de terapia familiar

Para Minuchin el manejo de las técnicas de terapia familiar es un arte y una artesanía. Después de que el terapeuta domina las técnicas debe olvidarse de estas, de tal modo que en su entrenamiento aprenda a relacionarse con los seres humanos en su propio contexto de manera espontánea. La espontaneidad se entiende no como lo no planeado sino como *'lo que nace de un sentimiento natural o una tendencia innata, sin constreñimiento externo'* (citado por Minuchin, 2002, pág. 16). La coparticipación le permite incluirse en el sistema y hacer

maniobras en la estructura familiar, y más que ser una técnica es una actitud incluida en todas las técnicas. Se manejan tres formas de coparticipación:

- **Posición de cercanía.** El terapeuta entra en convivencia con miembros de la familia.
- **Posición intermedia.** La coparticipación del terapeuta es como oyente activo neutral; también recibe el nombre de rastreo porque asiste a la gente para que cuente lo que sucede.
- **Posición distante.** El terapeuta apoya en condición de especialista, creando a los miembros de la familia sentimiento de competencias y una atmósfera de cambio. Deja de actuar en la coreografía familiar y se limita a dirigirla.

Un instrumento invaluable para el terapeuta es el planteamiento de hipótesis iniciales, que si bien pueden desecharse o corroborarse en la coparticipación, son un elemento que guía la terapia .

Las técnicas que utiliza Minuchin las podemos resumir de la siguiente manera:

Formas de cuestionamiento para conseguir el cambio

El fin de las técnicas de terapia estructural es reorganizar a la familia cuestionando su organización. El cuestionamiento se da como una lucha dialéctica dentro del sistema terapéutico, entre familia y terapeuta. Pero cuestionar no significa tratar de una manera áspera a la familia, sino introducir maniobras indicadas que permitan encontrar pautas nuevas; este cuestionamiento se dirige al **síntoma**, la **estructura** y la **realidad**.

- **Cuestionamiento del síntoma.** Se analiza la manera en que los integrantes de la familia se organizan respecto al síntoma y su portador, con la idea de que el problema no se encuentra en el paciente identificado, sino en las pautas de interacción establecidas en el sistema familiar.

- **Cuestionamiento de la estructura familiar.** La posición que ocupan los miembros de la familia al interior de diferentes holones determina en mucho la concepción del mundo que éstos tienen. El excesivo apego limita a los miembros de la familia, el desapego los aísla dejándolos sin apoyo.
- **Cuestionamiento de la realidad familiar.** Consiste en la modificación de la realidad de los miembros de la familia, pues estas las rigen en sus interacciones. El cuestionamiento de constructos da paso a nuevas modalidades de interacción entre ellos.

Para el cuestionamiento del síntoma se utiliza las técnicas para el **reencuadre**. Las familias han dado forma a su historia y se han formado una identidad como organismo social, y llegan a terapia con su propia evaluación del problema, hacen una consideración de sus fortalezas y posibilidades. En terapia se da encuentro de dos encuadres de la realidad, el de la familia y el terapéutico, este último permite que la familia haga un manejo diferenciado y eficiente de la realidad disfuncional.

Las técnicas para la **reestructuración** se dirigen a las partes que componen el sistema familiar, los holones organizados de manera jerárquica. Las interacciones entre los integrantes de un holón son más fuertes que las interacciones que unen a los diferentes holones. El cuestionamiento de los subsistemas es importante porque de ahí emerge la complejidad y la competencia.

Cuando cambia la estructura se modifica la forma de ver la realidad de la familia, y cuando se hace uso de las técnicas para **realidades**, se cuestiona la percepción de la realidad que tiene la familia a favor del cambio de la estructura que mantiene la disfuncionalidad. A continuación se presenta una síntesis de las técnicas del modelo estructural.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

TÉCNICAS PARA EL REENCUADRAMIENTO.

Para efectuar el reencuadramiento del problema se recurre a tres tipos de técnicas: a) Las técnicas de **escenificación**, mediante las cuales el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, el fin de esto es que la familia vivencie la realidad familiar desde su misma definición, para después acentuar lo que ocurre e introducir elementos distintos para generar nuevos modos de interacción. b) Mediante las técnicas de **enfoque** se hace una selección de los elementos que se consideran más importantes para el cambio terapéutico, de entre el total de datos de interacción familiar. C) A partir de la obtención de **intensidad** el terapeuta refuerza el mensaje terapéutico en torno a la frecuencia de una interacción disfuncional.

Escenificación

Para lograr la escenificación es fundamental que el terapeuta se mantenga activo y en una cómoda participación que movilice a las personas. Las escenificaciones pueden ser de acuerdo a tres movimientos de danza familiar:

- **Interacciones espontáneas.** El terapeuta aprovecha la interacción de la familia y va iluminando los campos disfuncionales convenientes.
- **Interacciones provocadas.** Organiza secuencias de escenificaciones para que en su presencia surja la interacción disfuncional.
- **Interacciones alternativas.** Propone a los miembros de la familia modalidades de interacción diferentes.

Enfoque

El terapeuta va formando un esquema que debe incluir la meta estructural y la estrategia para lograr dicha meta. Así que se le pueden abrir a la vista un abanico de temas que son interesantes, pero sólo debe investigar a profundidad un número muy resumido de estos, y poco a poco va ignorando información. De alguna manera el tener un enfoque lo hace no absorberse en el sistema una vez que se ha acomodado en la familia.

- **Trampas.** Los temas familiares poseen una organización jerárquica. El destacar un tema modifica el juicio de la familia y en ocasiones temas que no parecen relevantes resultan de importancia nuclear.

Intensidad

Aunque los miembros de la familia suelen tener adecuadas capacidades de pensamiento el terapeuta se las debe arreglar para hacer llegar el mensaje a la familia y que este tenga un efecto adecuado. De acuerdo a su historia los miembros de la familia llegan a presentar sordera selectiva y el mensaje no llega o no es asimilado como una información nueva. Minuchin utiliza las siguientes técnicas para dar intensidad:

- **Repetición del mensaje.** Es una técnica muy importante para incrementar intensidad, se repite el mensaje muchas veces en el curso de la terapia.
- **Repetición de interacciones isomórficas.** Consiste en señalar interacciones que interesan a la terapia.
- **Modificación del tiempo.** Es una técnica de intensidad útil cuando las interacciones son frenadas por el mismo sistema familiar; el terapeuta alenta a los miembros de la familia para que continúen interactuando.
- **Cambio de distancia.** Se recurre a la utilización del espacio del consultorio y la distancia física entre los integrantes del sistema terapéutico.
- **Resistencia a la presión.** Se presentan situaciones en las que la familia ejerce cierta presión al terapeuta para que efectúe lo que el sistema familiar “desea que haga”, el no ceder a esta presión puede producir intensidad.

TÉCNICAS PARA LA REESTRUCTURACIÓN

Para el cuestionamiento de la estructura del holón familiar existen tres técnicas principales: a) Fijación de fronteras, cuyo fin es modificar la participación de los miembros de los holones que constituyen la familia. b) El desequilibramiento, que permite modificar las jerarquías de los integrantes de un holón. c) La complementariedad, que cuestiona la idea lineal de la jerarquía en la familia.

Fronteras

Estas técnicas se centran en cambiar afiliaciones entre miembros de la familia y subsistemas, se modifica la distancia psicológica entre éstos y la duración de las interacciones en holones que resultan significativos.

- **Distancia psicológica.** El terapeuta cambia de lugar a las personas, incluyéndose a él, como una forma de expresar cambios de vinculación afectiva.

Duración de la interacción. Se prolongan las interacciones con el fin de demarcar o separar subsistemas. Para afianzar subsistemas fuera de la sesión se pueden encargar tareas para que la realicen juntos sus integrantes. Las tareas externas a la sesión pueden ayudar a formar alianzas. Las tareas paradójicas se utilizan para separar díadas o subsistemas ligados en exceso: se les pide tareas que los unan más y les creen conflicto, a lo que sobreviene una separación.

Desequilibramiento

El terapeuta se emplea a sí mismo con el fin de poner en cuestión y modificar la distribución de poder dentro de la familia; crea alianzas en coparticipación con miembros de la familia situados en jerarquía mas baja para conferirles una situación de poder adecuada a la función del holón al que pertenece.

- **Alianza con miembros de la familia.** Modifica la posición jerárquica de las personas, se emplea en muchas situaciones en donde un miembro de la familia es periférico o está cumpliendo una posición jerárquica inferior, al aliarse ayuda a modificar la estructura de la familia.
- **Alianza alternante.** Tiene como meta atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias; en vez de ocasionar competencia por jerarquías. Aliarse con dos integrantes de la familia es algo difícil.
- **Ignorar a miembros de la familia.** Otra manera de realinear las jerarquías familiares es actuar y obrar como si las personas fueran invisibles, esto es, no haciéndoles caso cuando buscan intervenir; la persona ignorada se sentirá cuestionada y que no ejerce su derecho a ser reconocida, esto puede ocasionar coaliciones en contra del terapeuta, ayudando a que se reacomoden las jerarquías.
- **Coalición contra miembros de la familia.** El terapeuta toma participación en una coalición contra uno o más miembros de la familia. Utiliza su posición de liderazgo y poder en la familia para llevar un enfrentamiento, como conocedor del sistema familiar, y descalificar la destreza no favorable de un integrante de la familia.

Complementariedad

El terapeuta debe promover un modo diferente de conocimiento que permita verse en una dimensión más amplia; esto es, debe aproximarlos a una nueva epistemología que sea cuestionada en tres aspectos:

- **Cuestionamiento del problema.** Se cuestiona el problema en tanto forma de encasillarlo en un paciente individualizado. Se hacen preguntas simples que cuestionan el modo en que las personas experimentan la realidad.
- **Cuestionamiento del control lineal.** El terapeuta cuestiona la forma lineal de ver el problema, en cuanto a la creencia de que un miembro de la familia controla el sistema familiar.
- **Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.** El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia. Induce a pensar en un marco temporal más amplio, que permita a los miembros de la familia mostrar que la conducta está relacionada con el todo.

TÉCNICAS PARA CUESTIONAR REALIDADES FAMILIARES

La familia elabora la parte cognitiva de su estructura del mismo modo que una sociedad desarrolla instituciones que la validan. Minuchin, retoma los cuatro niveles de Meter Berger y Thomas Luckman (Pág. 211), de legitimación de legitimación de las instituciones sociales, y les da una ubicación en el sistema terapéutico: a) El primer nivel es el vocabulario; la realidad se presenta a través del lenguaje, en el caso de la familia, esta trae su propia manera de nombrar las cosas y esto implica una manera de verlas. b) El segundo nivel son los esquemas explicativos, de carácter principalmente pragmático (leyendas, cuentos, tradiciones); en la familia serían las historias que cuentan de las cosas. c) El tercer nivel de legitimación es el de las explicaciones científicas; en la situación terapéutica serían las explicaciones que da el terapeuta. d) El cuarto nivel es el universo simbólico, que es la totalidad de las concepciones de las diferentes provincias; en el caso de la familia considera surge de la interacción con un mundo más amplio: el del contexto social en el que se vive.

Mediante el cuestionamiento de la realidad, coincidentes con los niveles anteriormente mencionados, el terapeuta ayuda a crear realidades alternativas a la manejada por la familia, que permitieran reestructurar a la familia; para esto se utilizan las técnicas de: constructor cognitivos, paradojas y búsqueda de lados fuertes de la familia.

Construcciones

Este tipo de intervenciones surgen cuando el terapeuta ha intervenido en la estructura de la familia y la realidad original de la familia ya no puede sustentarse. Las técnicas de intervención son las siguientes:

- **Símbolos universales.** El terapeuta interviene como si presentara una realidad objetiva, tal vez respaldada en una institución reconocida. Ejemplo de esto son las siguientes ideas: el compromiso, Dios, la decencia, entre otras.
- **Verdades familiares.** El terapeuta va retomando las mismas justificaciones que emplea la familia para ampliar su funcionalidad, pero en dirección a los objetivos de terapia.
- **Consejo especializado.** El terapeuta da una explicación distinta a la que tiene la familia, fundamentada en su experiencia, conocimiento y sabiduría.

Paradoja

De acuerdo al trabajo terapéutico de Peggy. Papp y Olga. Silvestein (1974), las paradojas se elaboran retomando tres cuestiones: a) La familia es un sistema autorregulado, b) el síntoma es un mecanismo de autorregulación y c) el concepto de resistencia al cambio sistémica es resultado de los dos puntos anteriores.

La falta del síntoma en la familia hace necesaria una regeneración sistémica. Las paradojas son una tentativa de intervención, no siempre necesaria. Así que el terapeuta puede hacer:

- **Intervenciones directas, basadas en la aceptación.** Son sugerencias, explicaciones y tareas, que para que se logre su objetivo la familia debe respetarlas como prescripciones, que van a mejorar reglas y roles en la familia.
- **Intervenciones paradójicas, basadas en el desafío.** Funcionan en familias que se rebelan a las indicaciones directas. La paradoja consta de tres técnicas principales:

- a) **La redefinición.** Busca modificar el modo en el que la familia percibe el problema. Se redefine el síntoma para que éste elemento deje de ser Ajeno al sistema. La conducta mantenedora se connota positivamente: sufrimiento como abnegación, ira como ternura, etcétera.
- b) **La prescripción.** Se considera al síntoma como conclusión inevitable de la propia familia. Al ponerlo en escena como algo inevitable pierde la fuerza como sustentador del síntoma.
- c) **La restricción.** Al presentar la familia signos de cambio, el terapeuta los refrena: respeta el síntoma y lamenta cualquier cambio.

Para que el terapeuta no cometa errores en el uso de la paradoja, no debe aislar el síntoma del sistema. La familia debe ser dotada de los elementos que la van a llevar a la contraindicación.

- **Inversiones, basadas en aceptación y desafío.** Se emplean cuando, siendo la familia renuente a las indicaciones directas, uno de los miembros de la familia muestra actitudes de cooperación. El miembro de la familia que acepta la intervención directa sigue las indicaciones del terapeuta para plantear una paradoja, que el resto va a desafiar.

- **Coro griego.** El equipo terapéutico se presenta ante la familia, resaltando en privilegio que ésta tiene de contar con especialistas expertos en situaciones parecidas a la de la familia, y en el transcurso de la terapia el grupo de terapeutas envía mensajes útiles para la redefinición sistémica.

Lados fuertes

Es más fácil resaltar los errores y hacer prescripciones que apunten a la formulación de un cuadro clínico, etiquetando aspectos negativos de la familia, que resaltar los aspectos positivos o lados fuertes de la familia. Pero al igual que los propone la filosofía oriental del Yin-Yang, lo que pone a la familia en movimiento y cambio son estos polos opuestos: el lado negativo y el lado positivo.

El que la familia conozca sus lados fuertes ayuda a que haga un replanteamiento de la realidad y se fortalezca una visión que permita a la familia hacer uso de sus propios recursos.

La terapia estructural tiene gran efectividad, sobre todo en familias de corte conservador. Un término que se ha acuñado para hacer alusión a cualquier tipo de terapia en la que el clínico tiene una participación activa en el diseño de intervenciones para problemas específicos, es el de “estratégico”.

2. TERAPIA ESTRATÉGICA: JAY HALEY

El modelo propuesto por Haley es novedoso para su tiempo, pues no centra el tratamiento en los aspectos que previsiblemente otras propuestas clínicas consideraban, como centrarse en síntomas, estados mentales y estados anímicos; a diferencia de esto Haley se encauza en las cuestiones sociales.

Si bien a la terapia llega un paciente con una queja, dicha queja puede definirse en diferentes unidades sociales. Debe entenderse que la queja es el resultado de la interrelación entre diversos individuos, interrelación que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran de algunamaneira estereotipados o, para usar las palabras de Haley, ‘se encuentran cristalizados’. (Galicia, 2004, pág. 83)

De alguna manera la familia, y otras personas involucradas, se ha adaptado a estos estereotipos en su forma de interrelación, y lo que busca el terapeuta es transformar los comportamientos.

El análisis que hace este autor de la familia es enfocándose en esta como una organización social, compuesta de jerarquías y reglas, siendo que existe un poder o estatus. La propuesta de Haley se asocia al concepto de poder, él identifica coaliciones y jerarquías confusas para suscitar una jerarquía congruente. En el inicio del tratamiento el terapeuta debe de detectar los cambios que se

desean lograr, para en una siguiente fase realizar intervenciones a partir de directivas.

Impartir directivas

Por directiva se entiende que es toda acción del terapeuta que constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, en donde el terapeuta confía la responsabilidad de la decisión al cliente. Las directivas pueden ser de dos tipos:

- a) Decirle a la gente lo que debe hacer con el propósito de que lo cumpla
- b) Pedirle a la gente que haga algo con el propósito de que no lo cumplan, esto es, hacer uso de la rebelión

Para la primera categoría se le puede pedir a los pacientes que **dejen de hacer algo**, o se les puede pedir que **hagan algo diferente**. Esto es, se puede tratar de modificar un comportamiento si se pide a uno o a varios integrantes de la familia que deje(n) de hacer algo, por ejemplo que dejen que el niño haga su tarea sólo. Estas directivas funcionan bien en cuestiones educativas, pero hay situaciones en donde para que se siga la directiva se debe tener suficiente autoridad para que la cumpla el paciente, por ejemplo una directiva para que el paciente deje de ingerir alcohol es menos probable que se cumpla. Además, en torno a una directiva debe de haber más mensajes que la reafirmen. Una directiva de cese de comportamiento debe de ir acompañada por otros mensajes, puede ser necesario repetir a menudo o magnificar el mensaje:

- ✿ Poniéndose de pie
- ✿ Pidiéndole a un integrante mirar desde el espejo unidireccional
- ✿ Pidiéndola a la familia no ser interrumpidos por algún integrante

El abandono de un comportamiento habitual involucra adoptar una actitud extrema en los miembros de la familia, cooperación y apoyo en la tarea.

Los buenos consejos son convenientes en problemas fáciles de resolver, sin embargo, en problemas mayores la persona puede estar saturada de buenos consejos y, el consejo que se le pueda dar puede ser algo ya conocido. Para

entablar un consejo el terapeuta puede preguntarles: “¿Qué les diría si quisiera darles un buen consejo?”. Pero hay que recordar que el consejo funciona cuando la gente tiene un control racional de sus actos.

Otra forma de dar directivas es cambiando la secuencia que tiene lugar dentro de la familia; por ejemplo, si cuando una madre pide algo a su hija estas terminan peleando, entonces se pide al padre que haga la petición a la hija en futuras ocasiones.

Otro tipo de directivas corresponden a las indirectas o paradójicas. Existen varios tipos de intervenciones que se diseñan a partir de las mismas paradojas de la familia:

Ordalía: Consiste en dar una directiva que es aún más difícil que el síntoma. A un cliente se le puede decir: “que es lo que puedes hacer que sea más difícil que no entablar una buena relación con tú madre”. Se trata de una directiva absurda y no deseada, la reacción que se espera es que el cliente es que busque una mejor forma de relacionarse.

Penitencia: Si el cliente vive algo que considera terrible y esto lo hace sentirse muy mal, entonces hay que pedirle que haga algo que el considere que es bueno. Por ejemplo: Los padres hacen las cosas buenas que el niño pudo haber hecho si no hubiera muerto.

Paradoja: El cliente puede manifestar su necesidad de no cambio, no siguiendo las directivas del terapeuta; así que una directiva paradójica va a seguir el mismo cause que lleva la postura del cliente y, le va ha pedir que no cambie. Esta directiva se puede emplear siempre y cuando el cliente no manifieste conductas inmorales o que pongan en riesgo su salud: abuso sexual, drogas, suicidio.

Hacer nada: La movilización del cambio puede manifestarse al no incidir de manera alguna con el fin de que surjan cambios en otros miembros del sistema familiar. Si no haces nada alguien tiene que hacer algo.

Metáfora: Cuando un tema no se puede abordar de manera directa se pueden hacer uso de metáforas y analogías que sustituyan el tema en cuestión. Por ejemplo: en una pareja que tiene dificultades para hablar de las relaciones

sexuales se le puede plantear el tema sobre que harían al planear una cena estando juntos.

Las directivas pueden tener tres finalidades:

- I. Hacer que la gente se comporte de manera diferente. Las directivas son un medio para provocar esos cambios deseables para resolver la demanda que se lleva a terapia.
- II. Intensificar la relación entre clientes y terapeuta. El impartir directivas implica la acción del terapeuta y su participación en lo que la familia hace o debe dejar de hacer.
- III. Proporcionan una gran cantidad de información sobre la manera en la que reacciona la gente y esclarece al cliente o a la familia respecto a como responden a los cambios deseados.

Al impartir directivas conviene que el terapeuta sea preciso en cada una de las cosas que deben hacerse. Además debe de procurar que todos los miembros de la familia participen en la sesión y que intervengan de una u otra manera haciendo algo: ejecutando, ayudando, supervisando, planificando, comprobando su ejecución. Salvo en casos particulares puede ser conveniente excluir a alguien, pero nunca debe de suceder esto de manera accidental y, tampoco debe dejarse de lado a nadie durante la entrevista. Después de que se puntea la directiva se pide a los miembros de la familia que repasen sus papeles y despejen sus dudas. En la siguiente sesión deben de ser revisados los efectos de la tarea. Haley (1990), recomienda que no se pase por alto el incumplimiento de la tarea: "El terapeuta no debe de perdonarlos con ligereza, pues con eso les estará diciendo que sus directivas, y el mismo, carecen de importancia, tornando así menos probable que cumplan la próxima tarea que se les imponga. (Haley, 1990. pág. 61)

Particularidades de la terapia estratégica

Recomienda Haley, que si encomiendas una directiva y esta no tiene el efecto deseado es completamente válido el disculparte con la familia. El terapeuta debe de ser capaz de reconocer errores y no adoptar una postura que haga sentir a la familia culpable.

Lo que en otras teorías se establece como relaciones de poder a Haley (1997) le parece más adecuado entenderlo como jerarquías que se han establecido en la familia; el poder es una concepción muy abstracta para

manejarlo en terapia. Estas jerarquías se modifican y establecen a partir de las maniobras del terapeuta. Incluso cuando es necesario ver individualmente a un miembro de la familia, por ejemplo, a la madre o al padre, el simple hecho de pedirle una información extra aumenta su jerarquía.

Siempre se debe de ver algo positivo en la familia y distribuir estas cualidades en los miembros de la misma, esto mantiene la motivación y facilita el empleo de directivas.

Los terapeutas estratégicos consideran que los problemas psicológicos no ocurren arbitrariamente en la familia, sino son parte del desarrollo de la misma; el terapeuta ayuda a la familia a moverse en esa etapa en la que algo representa un problema. No se ve al problema por si mismo, se aborda en relación al grupo familiar; pero desde una teoría positiva: la teoría de la motivación es positiva, se enfoca en el “porque la gente hace lo que hace”, la teoría de la represión rescata lo negativo. Así, el recurso terapéutico basado en directivas, propio del modelo estratégico, tiene por objetivo el que la gente cambie; las directivas tienen que ser útiles, permitir que el paciente o la familia cambien. A continuación se hace un breve resumen de las principales técnicas empleadas en el modelo de terapia estratégica de Haley.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

LA PRIMERA ENTREVISTA

El problema es definido en diferentes unidades sociales y se centra en la secuencia reiterada de comportamientos de los actos de varias personas:

El terapeuta hace un contrato con la familia en torno a un problema resoluble y devela la situación social que le da origen. Analiza el problema y las pautas de relación que deben modificarse. Para empezar a trabajar invita a la mayor cantidad de miembros de la familia que puedan cooperar asistiendo a terapia e, incluso pueden asistir otros profesionales. En otras palabras, se cita al grupo natural en cuyo seno es palpable el problema. La primera entrevista pasa por las siguientes etapas:

- a) **Etapas social.-** Además de lo convencional en la entrevista de terapia psicológica, como seguir reglas de cortesía, crear un clima de confianza, conocer los nombres y ocupación, se observa el estado de ánimo de la familia y la forma de relacionarse entre ellos. Las discrepancias, coaliciones, aceptación de la idea de asistir a terapia, son puntos importantes que no deben de ser comentados a la familia.
- b) **Etapas de planteo del problema.-** La pregunta para conocer el problema de la familia debe de ser muy general y ambigua, por lo común no va dirigida a un miembro de la familia en particular.
- c) **Etapas de interacción.-** Ahora lo que debe hacerse es pedirle a los integrantes de la familia que den su opinión respecto al problema. Posteriormente se pasa a propiciar interacciones para que la familia dialogue sobre el problema, después va induciendo a que dialoguen sobre las discrepancias.
- d) **Etapas de fijación de la meta.-** Una vez abordado el problema se pasa a especificar metas y finalmente el terapeuta pide a la familia que haga un resumen de los cambios deseados.

TÉCNICAS DE TERAPIA ESTRATÉGICA

Las técnicas propuestas por Haley (1989) tienen influencia de Milton Erickson, a quien el sitúa como un maestro de la terapia estratégica; como hipólogo, desarrollo la habilidad de observar e influir en las personas, motivó a la gente para seguir directivas a partir de las palabras, las entonaciones de voz y los movimientos corporales. A continuación se resumen las técnicas expuestas por Haley, retomadas del estudio sobre el trabajo de Erickson.

TÉCNICA	CARACTERÍSTICAS
Aliento a la resistencia	En vez de ir en contra de la tendencia a resistirse al cambio que presenta el paciente o la familia, el terapeuta la acepta.
Ofrecimiento de una alternativa peor	Se crea una ilusión de alternativas, dos opciones en la que una es menos aceptable que la otra, con el fin de que el paciente elija la alternativa más aceptable, pero sin darle la opción de rechazar la propuesta.
Comunicaciones metafóricas	Se utiliza la comunicación analógica en forma verbal o no verbal. El fin es que aquellos temas que resulten difíciles de tratar para el paciente, se aborden con un tema que resulte análogo para él, de tal modo que se den directivas en lo inconsciente. Si empieza a encontrar la relación se desvía el tema y luego se vuelve a abordar. Las analogías pueden servir para obtener información o para dar directivas.
Aliento a una recaída	La mejor manera en que un paciente pueda seguir mejorando sin presentar recaída es anticiparse a la misma prescribiéndole que vuelva a manifestar las mismas conductas y dificultades de las primeras sesiones.
Frustración de una respuesta para alentarla	Cuando un paciente responde parcialmente al terapeuta, se inhiben los débiles intentos de respuesta, con el fin de que al sentirse frustrado se incremente su motivación a responder.
El empleo del espacio y la posición	El empleo del espacio en el consultorio es muy importante ya que proporciona información sobre la familia. Esta estrategia consiste en hacer cambios de lugar, sacar personas del consultorio, aproximar integrantes de la familia, etcétera.
Énfasis en lo positivo	A diferencia del inconsciente freudiano, en el que se resguarda todo lo negativo de la persona, el inconsciente ericksoniano acentúa los aspectos positivos que sirven para que la persona supere sus problemas, ya que alberga un deseo de crecimiento.

Siembra de ideas	Se establecen algunas ideas que sirvan para que a futuro se cimiente un nuevo marco referencial que suscite el cambio
Ampliación de una desviación	Un pequeño cambio experimentado por la familia o el paciente puede crecer poco a poco hasta que se convierta en una desviación del problema.
Amnesia y control de la información	Se selecciona la información que puede intercambiar la familia y, aquella que les crea dificultades se desvía con el fin de centrarse en temas que los lleven a acuerdos.
Despertar y desenganche	Se aplica en familias que se involucran de manera intensa en una relación diádica. La díada entre un padre y su hijo origina que este no se pueda independizar.
Evitación de la exploración de sí mismo	La comprensión del paciente por como lograr el cambio llega a generar un alejamiento al cambio mismo, un exceso de interpretaciones hace que los pacientes entren en desventaja, pensando mucho y haciendo poco por obtener el cambio terapéutico.

Se puede decir que esta forma de hacer terapia es minimalista, ya que el terapeuta no interviene en un problema no solicitado, sino únicamente se enfoca en lo establecido en el contrato terapéutico; si existiera otra demanda del cliente o la familia habría que formular un nuevo contrato terapéutico. Este modelo comparte fundamentos epistemológicos y metodológicos con la Terapia Breve Enfocada en el Problema pero se distingue por retomar el parámetro de jerarquía en su análisis e intervención. La terapia estratégica se basa en planteamientos lógicos sobre como solucionar problemas específicos, así que una vez cubierta la demanda del cliente se procede a darlo de alta; salvo en casos en los que se presenta una nueva demanda, se puede formular un nuevo contrato terapéutico.

En lo referente al abordaje terapéutico del modelo de terapia Breve Enfocada en el Problema, tiene como objetivo lograr la solución de problemas en forma rápida y no dolorosa. Se centra en el “aquí y el ahora”, atacando el problema determinado por el paciente.

3. TERAPIA BREVE ENFOCADA EN EL PROBLEMA

La terapia familiar interactiva ha ido ampliándose paulatinamente, abriendo brecha y generando conocimientos estructurados sobre el abordaje terapéutico. Para los investigadores del Centro de Terapia Breve del Instituto de investigación Mental de Palo Alto, la obra de Milton Erickson fue una fuente de ideas innovadoras útiles, cuando el problema que se planteaba a los terapeutas familiares era el de acortar el tratamiento sin que este disminuyera en su efectividad y eficiencia; para dicho fin se hicieron a un lado las técnicas tradicionales basadas en el rastreo de la patología. Erickson hace múltiples aportaciones a la Terapia Breve Sistémica, entre las más sobresalientes estas el respetar los estilos personales y la idiosincrasia del cliente para hacer uso de los propios recursos del paciente para el avance en el tratamiento. Erickson no parte del concepto de resistencia propio de otras posturas terapéuticas, él consideró que el paciente más que oponerse al tratamiento, actúa haciendo uso de su individualidad y pone en juego soluciones al problema. Entre otras cosas Erickson hace uso de la sorpresa, el humor, los cuentos y las metáforas. Así, se disminuyeron los objetivos en terapia conceptualizándose la naturaleza de los problemas en una forma distinta ha como se había hecho antes. Otra de las fuentes de influencia fue Don Jackson, quien es uno de los fundadores del Mental Research Institute (MRI), e introductor de diversas técnicas.

En el proceso de terapia breve se entabla una conversación entre cliente(s) y terapeuta con el fin de abrir una puerta de acceso hacia el cambio y solución. Esto es lo fundamental de este enfoque terapéutico. *“La terapia breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Por terapia eficiente se entiende aquella dirigida a un estado específico, a un objetivo”* (Espinosa, 2004, pág. 115). Esto es, el terapeuta no trata superficialmente detalles que son importantes, con el fin de abreviar el tiempo de terapia; lo que hace es utilizar intervenciones que efectivamente produzcan un efecto.

Otra característica de la terapia breve sistémica es que se centra más en los significados que los pacientes atribuyen a las situaciones y personas, y descarta la visión de causalidad lineal. En donde los significados se construyen a

partir del lenguaje, con el fin de que los clientes codifiquen de modo distinto su percepción de la realidad.

En la terapia, por tanto, no nos ocupamos de la 'verdad' sino de la experiencia de nuestros clientes y de sus percepciones de esa experiencia. El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única, por lo tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. (Espinosa, 2004 pág. 116)

La terapia se ajusta a los estilos particulares e idiosincrasia de los clientes, ya que la capacidad de solución a los problemas está en ellos y en su mundo social.

Los principales representantes del modelo de terapia breve centrado en los problemas son: Richard Fisch, Artur Boudin, John Weakland y Paul Watzlawick.

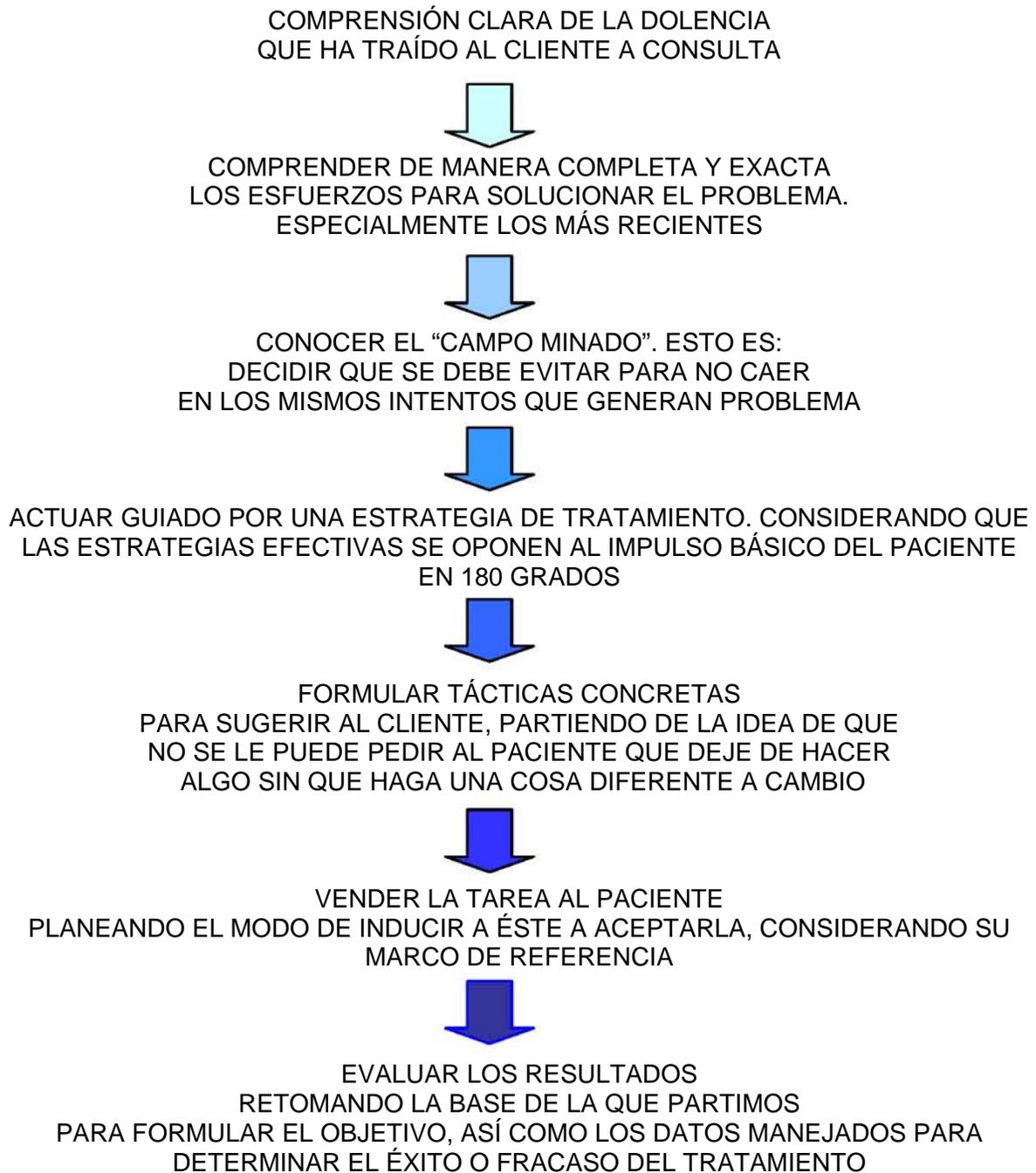
Fundamentos generales

De acuerdo a los filósofos de la ciencia el cambio forma parte de nuestra experiencia, se encuentra coligada a ésta. Los griegos se adentraron al tema de la persistencia o invariabilidad (lo que no cambia) y con el paso de los siglos muchos filósofos han tratado el tema del cambio o el tema de la persistencia por separado; sin embargo ambas cuestiones son complementarias y durante el siglo XX así fueron entendidas por la teoría de la cibernética. Los fundamentos del cambio también surgen del campo de la lógica matemática, particularmente en: a) la teoría de grupos y b) la teoría de los tipos lógicos. Estos cimientos teóricos los presentan Watzlawick, Weakland y Fichh (1989).

Planeación del caso

Una mala planeación frecuentemente es origen del fracaso del tratamiento. Al prolongar el número de sesiones terapéuticas se da lugar a que el cliente o el terapeuta puedan perder el interés por continuar, pero mas que esto, se disipan las metas y los objetivos del tratamiento.

Para hacer una buena planeación se recomienda seguir los siguientes pasos:



En los recuadros y cuadros que a continuación se presentan se hace un resumen de las principales técnicas y estrategias.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

CAPACIDAD DE MANIOBRA

La capacidad de maniobra permite al terapeuta poner en práctica las intervenciones que considere necesarias. En cuanto el terapeuta gana capacidad de maniobra disminuye la capacidad de maniobra del cliente. Desde el primer contacto terapeuta-cliente, el terapeuta va indagando sobre esta sensibilidad del cliente. También es importante determinar **quien es el que presenta la queja (cliente) y quien es el portador del síntoma o problema (paciente)**.

RECOMENDACIONES:

- ✿ El terapeuta no debe sentirse presionado a actuar, ya que esto lo puede llevar a tomar decisiones erróneas a causa de la urgencia del paciente. Debe permitirse darse el tiempo necesario para hacer buenas intervenciones.
- ✿ Tampoco debe comprometerse a asumir una postura que no es conveniente o no desea asumir. Para lograr esto sin perder capacidad de maniobra debe emplear un lenguaje condicional: "no estoy seguro", "con base en lo que usted me dice", "dependiendo de su disposición en la tarea".
- ✿ El terapeuta debe ayudar a que el cliente concrete cosas, pidiéndole que aclare cuando la información es imprecisa y no dejando dudas en las instrucciones que puedan generar dificultades.
- ✿ Una forma de conseguir una actitud de cooperación por parte del paciente es el asumir una actitud igualitaria. Es recomendable no mostrar superioridad, ni siquiera de manera sutil (con gestos, comentarios, etcétera) para incrementar la capacidad de maniobra.
- ✿ Las sesiones pueden ser individuales o conjuntas, sin embargo, cuando los miembros de la familia están en conflicto mutuo, el trabajar con ellos por separado incrementa la capacidad de maniobra del terapeuta.
- ✿ Existen muchos tipos de pacientes, algunos más cooperativos que otros, esto implica para el terapeuta acoplarse a sus formas de interacción; pero un tipo particular de cliente presenta la característica de no permitir el inicio de la terapia, a) ya sea por que inician el tratamiento por coacción o b) porque ponen restricciones inaceptables al trabajo en terapia. Para el primer caso se puede sugerir un problema alternativo para comenzar a trabajar; en el segundo caso, se recomienda afrontar de un modo conveniente las dificultades.

ENTREVISTA INICIAL

La realización de una buena entrevista inicial radica en recoger la información adecuada para el caso específico a tratar. Esta información debe ser clara, explícita planteada en términos de conductas. Se toma en consideración lo siguiente:

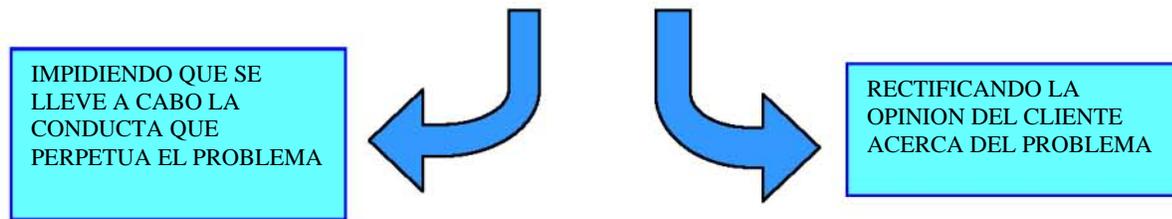
- ✿ Naturaleza de la enfermedad
- ✿ Manera en que se ha afrontado el problema
- ✿ Objetivos mínimos del cliente
- ✿ Actitud y lenguaje del cliente

MODO DE ABORDAR LA ENTREVISTA.

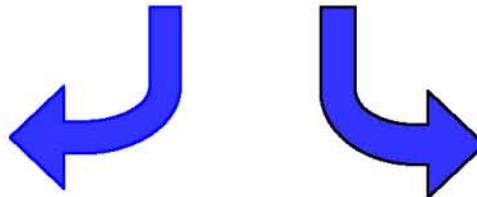
- ✿ Se pregunta al cliente sobre el problema que lo trae a terapia
- ✿ No se considera la historia del paciente, si existe una tendencia a platicar sobre el pasado se le debe indicar que la preocupación básica es el estado actual del problema.
- ✿ Si existe una necesidad particular del cliente por platicar su historia se le debe escuchar y buscar el momento oportuno de centrarlo en el problema.
- ✿ Se debe conocer si anteriormente ha estado sometido a algún tratamiento.
- ✿ Otra pregunta importante es sobre quién ha hecho que se considere un problema la situación presentada. Algunos terapeutas abordan el tema preguntando ¿cómo se convierte en problema la situación que usted menciona?
- ✿ Conviene que el terapeuta de la sensación de que no comprende el problema, si no es muy claro el planteamiento que hace el cliente se le puede pedir un ejemplo.
- ✿ Se recomienda centrar al cliente cuando este se desvía del tema.

INTERVENCIONES

Para lograr tener intervenciones satisfactorias se pueden seguir dos vías:



LAS INTERVENCIONES PUEDEN SER SENCILLAS Y DIRECTAS



Se utilizan después de que se recogen los datos suficientes y estos han sido integrados para la formulación de un plan específico y concreto.

La utilidad de este tipo de intervenciones radica en que a) pueden ayudar a preparar el terreno para alguna intervención específica o b) por sí mismas pueden ser suficientes para resolver el problema. Se utilizan en cualquier momento del tratamiento y en una amplia gama de problemas

INTERVENCIONES PRINCIPALES:

1. INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SOLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO
2. INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO
3. INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN
4. INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN MEDIANTE EL ACTO DE LIBRE ACEPTACIÓN
5. CONFIRMAR LAS SOSPECHAS DEL ACUSADOR A TRAVÉS DE UN INTENTO DE DEFENSA PROPIA

INTERVENCIONES GENERALES:

1. NO APRESURARSE
2. LOS PELIGROS DE UNA MEJORÍA
3. UN CAMBIO DE DIRECCIÓN
4. CÓMO EMPEORAR EL PROBLEMA

INTERVENCIONES PRINCIPALES

1. INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SÓLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO.
Dolencias fisiológicas relativas al paciente: disfunciones sexuales, trastornos del sueño o intestinales, temblores, tics, espasmos, obsesión-compulsión, problemas musculares, tartamudeo, dolores.
2. INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO.
Dolencias autorreferenciales en las que existe duda para actuar por parte del paciente: estados de terror, ansiedad, fobias, timidez, pánico escénico...
3. INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN.
Problemas relativos a conflictos interpersonales cuyo tema central es la mutua colaboración e imposición de autoridad: disputas maritales, problemas entre padres e hijos, conflictos en la organización laboral...
4. INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN A TRAVÉS DE LA LIBRE ACEPTACIÓN.
Cuando existe dificultad para pedir algo por temor de que se disguste o sacrifique la otra persona, a la que se considera frágil e incapaz: problemas maritales, esquizofrenia, crianza de los niños...
5. LA CONFIRMACIÓN DE LAS SOSPECHAS DEL ACUSADOR MEDIANTE LA AUTODEFENSA.
Cuando existen sospechas de que la otra persona realizó algo equivocado, estableciéndose un juego de acusador acusado en el que uno acusa culpa y el otro se defiende: infidelidad, celos, delincuencia, adicciones...

INTERVENCIONES GENERALES

1. NO APRESURARSE.
Es una de las intervenciones más empleadas. Se dan instrucciones vagas que justifican el no ir de prisa, tal vez porque no es necesario lograr al 100% los objetivos o porque los cambios lentos son más seguros. El enfoque de este modelo se busca obtener pequeños cambios. Funciona en pacientes que tienden a apresurar las cosas.
2. LOS PELIGROS DE UNA MEJORÍA.
Es una variante de la intervención anterior, pero con objetivos distintos que implican un tipo de resistencia del paciente. Se le pregunta al paciente sobre los peligros de una mejoría. Después se manejan los inconvenientes de la mejoría. El terapeuta se alía a la resistencia del paciente al recurrir a esta intervención, la reacción que se pretende del paciente es que luche por el cambio.
3. UN CAMBIO DE DIRECCIÓN.
El terapeuta ofrece un cambio de dirección a la terapia. En ocasiones se maneja el cambio de 180°, aunque no siempre es necesario. Se emplea en momentos en que terapeuta y cliente han discutido por alguna diferencia, cuando el cliente se queja de que no hay mejoría, cuando se quiere comprobar que el intento de mejoría que marca el cliente no es adecuado.
4. CÓMO EMPEORAR EL PROBLEMA.
Si el cliente ha resistido las anteriores sugerencias, se le sugiere que encuentre una forma de empeorar el problema, esto crea un mayor impacto.

FIN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento termina cuando el paciente y el terapeuta consideran que se han generado cambios, el o los problemas se han eliminado o transformado y no molestan.

A diferencia de otros enfoques terapéuticos la terminación del tratamiento no tiene un significado especial debido a la corta duración del mismo, sin embargo el terapeuta debe corroborar en que medida se cumplieron los cambios deseables, así como la reacción del cliente acerca de la suspensión del tratamiento. En caso de que no se cubrieran los objetivos habría que conocer que impidió su cumplimiento.

La terapia breve es práctica porque el terapeuta no busca tratar asuntos no planteados por el cliente, es decir, se encaminan directamente a la demanda que este último plantea. Otro enfoque de trabajo terapéutico conciso, el Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones tiene como característica peculiar el trabajar con los recursos, tanto de las personas como los ofrecidos por la red social y los profesionales que conforman un sistema.

4. LA TERAPIA BREVE ENFOCADA EN LAS SOLUCIONES

La terapia breve centrada en las soluciones es un método que se enfoca en los recursos con los que la persona cuenta en vez de señalar su déficit, esto es, alienta al cliente a que haga cambios planteándose una perspectiva futura sin problemas. La terapia breve centrada en soluciones apunta hacia el futuro y discurre sobre lo que el cliente puede hacer para cambiar y seguir cambiando.

Origen de la terapia breve centrada en soluciones

El Mental Research Institute (MRI) inició durante 1966 un proyecto de terapia breve, reduciendo mucho el tiempo que habitualmente se destinaba para concluir un caso terapéutico. John H. Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros terapeutas, impulsaron un modelo de tratamiento que se centraba en los problemas, que consistía en considerar que éstos tenían una naturaleza interaccional y que no era necesario buscar la patología subyacente al problema ni promover el *insight*. Una gran parte del entrenamiento de terapia breve era realizado en Milwaukee, en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). El equipo de investigación de dicho centro fue experimentando cambios importantes, recargó sus esfuerzos en identificar las cosas que les funcionaban a los pacientes para así ampliar las secuencias de solución; los patrones de interacción que giraban en torno a las quejas de los pacientes dejaron de ser considerados. El terapeuta ya no necesitaba saber mucho sobre la naturaleza de los problemas, era más importante la naturaleza de las soluciones.

Nuevamente la figura de Milton Erickson resulta pionera en la evolución de este enfoque, Erickson especulaba poco sobre el origen del problema. Lo que para muchos resultaba psicopatológico para él se convertían en recursos; cuestiones como la amnesia, creencias religiosas, alucinaciones y síntomas específicos podían emplearse para generar tácticas que emplearía el paciente: eran habilidades que se podían utilizar para curar.

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones, siguiendo la evolución de los modelos que han ido surgiendo en torno a la Terapia Familiar Sistémica, es un modelo terapéutico que surge como un escalón previo a la Terapia Narrativa y los enfoques Posmodernos. En el siguiente recuadro se presenta una síntesis de las técnicas y estrategias empleadas en el modelo de soluciones.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

El efecto de bola de nieve.

La terapia sistémica formula que existe una relación entre los integrantes de un sistema y entre los sistemas, entre estos existe una interrelación en la que se incide mediante el trabajo terapéutico para favorecer el cambio. Aunque en el enfoque de soluciones se conoce lo mínimo necesario de la historia del problema, esto no quiere decir que el cambio se de también de manera simplificada. Al tocar el o los puntos clave que sustentan el problema los cambios se van a ir extendiendo y ampliando al resto del sistema, a esto se le conoce como efecto de bola de nieve.

Técnicas y logística.

El elemento fundamental para trabajar en el enfoque de soluciones es la capacidad del terapeuta de conversar y negociar en vías de construir una nueva visión de las cosas en la que se vislumbre la manera de solucionar lo que se ha convertido en problema. Se parte de la idea de que existen recursos en el cliente o familia, en su red social o en otros profesionales. En la Terapia Breve Centrada en las Soluciones se ocupan un máximo de 10 sesiones, cuyo espacio entre una sesión y otra es amplio (comúnmente entre 15 días a un mes). El esquema de trabajo del BFTC:

- Introducción: se da información al cliente sobre el equipo de trabajo, el uso del espejo unidireccional y el manejo de video grabaciones.
- Exposición del trastorno: Se conversa sondeando el trastorno y pidiendo el mayor número de detalles posibles.

Se sondea sobre las excepciones en torno al trastorno. Las excepciones son informaciones de diferencia.

Se maneja un objetivo concreto que servirá para determinar el avance en la terapia.

Se habla sobre soluciones alternativas formando expectativas en el paciente.

- Intervalo de consulta al equipo: Después de 30 a 40 minutos de sesión el terapeuta pide consultar al equipo. Se discuten cosas positivas del cliente, las excepciones y una visión a futuro una vez resuelto el problema.

El terapeuta expresa los comentarios positivos al cliente , manda felicitaciones del equipo y sugerencias focalizadas, tareas o pautas que podrían seguirse. Estos mensajes deben ser breves, se emplean unos cinco minutos.

Durante las siguientes sesiones se abre la conversación sondeando sobre lo que ha cambiado en el intervalo de tiempo de tiempo entre una y otra sesión, se retoman los objetivos para plantear cambios y se establecen nuevas estrategias. Conforme avanzan las sesiones se espacian más los intervalos entre una sesión y otra, esto con el fin de apoyar la idea de que las cosas van mejorando.

Las técnicas no siguen una misma secuencia para los distintos casos, sino de acuerdo a la pertinencia en la conversación es que estas son empleadas. Muchas pueden omitirse o manejarse con un estilo acorde al cliente y a las cualidades del terapeuta.

PROYECCIÓN AL FUTURO

Para la proyección al futuro se utilizan un conjunto de técnicas que tienen como fin ayudar a que el cliente construya objetivos relevantes, claros y concretos para iniciar un objetivo terapéutico. A continuación se exponen de manera más específica dichas técnicas.

a) Pregunta del milagro.

Permite ir construyendo expectativas de cambio, esto es, no es una pregunta sino un grupo de preguntas que giran en torno al cambio. Estas soluciones hipotéticas deben plantearse pensando a la vez en lo que se espera que suceda. La técnica del milagro se expresa de manera similar al siguiente ejemplo: "Si una noche mientras duermes un milagro hace que tu depresión desaparezca, ¿qué advertirías al despertar?, ¿qué advertiría tu médico?". Las preguntas que posteriormente se van planteando permiten evitar que el cliente plantee **quejas** (p. ej. Que mi hija me comprenda realmente), soluciones **en sentido negativo** (p. ej. Dejaría de preocuparme por el dinero), soluciones expresadas de **forma vaga** (p. ej. Estaría mucho mejor que antes) o de manera **intrapersonal** (p. ej. Mi familia sería más feliz).

b) Bola de cristal

Esta técnica permite al consultante hablar sobre las soluciones conocidas, consiste en orientar al cliente a un momento futuro pidiéndole que hable sobre un futuro imaginario. El procedimiento que se sigue es el siguiente:

- 1) Se pide al consultante que mire hacia el pasado, como si tuviera una bola de cristal, evocando recuerdos antiguos ya olvidados, que hallan sido agradables; se conversa sobre su conducta y la conducta de los otros, y sobre la posibilidad de recordar cosas olvidadas y olvidar cosas que ahora se recuerdan.
- 2) Se le sugiere que a través de la bola de cristal recuerde éxitos en su vida que constituyan una excepción a la queja, describiendo la conducta de los otros.
- 3) Se le pide que mire hacia el futuro planteando soluciones exitosas del problema.
- 4) Utilizando la visión de bola de cristal se le pide al cliente que hable de la manera en la que solucionó el problema, considerando sus reacciones y las conductas de otras personas; después se cambia el tema de la conversación.

c) Preguntas de avance rápido.

Son preguntas orientadas al futuro que se utilizan cuando el paciente no puede recordar excepciones, o las soluciones presentes o pasadas no son útiles. La técnica consiste en pedirle al paciente que imagine un futuro sin problemas, en el momento que lo hace ha descrito la solución.

OTRAS TÉCNICAS

Excepciones.

Son aquellas ocasiones en las que en contra de lo esperado, no se presenta la conducta-problema. Se manifiestan como conductas, percepciones, ideas y sentimientos que difieren con la queja y son empleadas como soluciones en potencia al ser ampliadas adecuadamente. Una excepción al problema ofrece una gran cantidad de información respecto a lo que se necesita para resolverlo. En el siguiente cuadro se presenta el proceso para construir excepciones:

Elicitar.- Se va conduciendo la conversación al tema de las excepciones. En ocasiones puede no ser necesario propiciar entrar al tema, pues el cliente lo hace de manera espontánea.

Marcas.- Se procura que el tema no pase inadvertido para el cliente. El terapeuta hace comentarios que le den relevancia al tema, de manera que se señale la diferencia que hace la diferencia.

Ampliar.- Se continúa hablando sobre la excepción de tal modo que se exploren detalles.

Atribuir control.- Se conversa sobre las actividades iniciadas por el cliente, con la finalidad de que note su participación en estas cosas que han sido diferentes.

Seguir.- Se conversa sobre otras excepciones y se abordan los puntos anteriores.

Normalizar y despatologizar.

Lo que para el cliente es visto como una patología es transformado con la ayuda del terapeuta en una dificultad de la vida cotidiana. Se integran comentarios al diálogo que quitan lo problemático al asunto: "Eso es algo común". "Esto me es familiar".

Intervención sobre patrones.

Son intervenciones que tienen por finalidad modificar el patrón de la queja de manera mínima. Esta alteración irá generando cambios mayores a modo sistémico. Algunas intervenciones pueden parecer absurdas, pero sin embargo son útiles para interrumpir el patrón

Preguntas de escala.

Sirven para evaluar el proceso de cambio estableciendo un punto de comparación en distintos momentos del tratamiento, pueden ser aplicadas al inicio, al final y durante el desarrollo de la terapia. También permiten conocer la percepción del cliente respecto a sus cambios y metas. Se pide al paciente que conteste en una escala de 1 al 10, en donde 1 implica que no hay manifestación del cambio deseado y 10 que se han cubierto absolutamente los cambios.

Preguntas presuposicionales.

Son preguntas diseñadas para funcionar como intervenciones. Para hacer estas preguntas se parte de una regla básica, que es realizar preguntas abiertas. En vez de preguntar: ¿Le pusiste límites a tu hijo? Se le pregunta: ¿Has hecho algo para ponerle límites a tu hijo?

Tarea de la sorpresa.

Esta tarea es de carácter lúdico que se utiliza para hacer cambiar el contexto en las relaciones interpersonales. Se pide a los integrantes de la familia que den una sorpresa a los otros miembros de la familia, algo no material, y que estén atentos a las sorpresas que pueden recibir. Se indaga en la sesión siguiente sobre las sorpresas recibidas y lo que otorgaron como sorpresa.

Tarea genérica.

En objetivos difíciles de concretar es posible emplear el lenguaje del cliente y formular una tarea que cree expectativas. Por ejemplo, si se busca paz espiritual le pide: "Fíjate en lo que haces durante estos quince días que te da mayor paz espiritual".

Beyebach (1999).

La Terapia Breve Centrada en la Solución ofrece al paciente la movilización de sus propios recursos, por ello, al cierre del tratamiento, más que enfocarse en la idea que tiene el cliente en torno a las habilidades del terapeuta, se resaltan los recursos del paciente y sus posibilidades de utilizarlos en el futuro. Otro enfoque terapéutico importante es el conocido como modelo de Milán, cuyas aportaciones se centran en el tratamiento de familias con lenguaje esquizofrénico.

5. EL MODELO DE MILÁN

En lo que respecta al modelo de Milán surge durante los años 70s, de una investigación para trabajar con familias psicóticas. La hipótesis subyacente a este trabajo parte del supuesto de que la familia es un sistema que se gobierna y autocorriges a sí mismo y, en el cual existen reglas que se han construido a lo largo del tiempo por ensayo y error. A su vez, la comunicación afecta a los miembros que integran el sistema, tanto a nivel verbal como no verbal. Además, las conductas sintomáticas, consideradas patológicas, se rigen por estas reglas que

son mantenidas en la familia; así que el cambio de reglas permite que desaparezcan las conductas sintomáticas. El objetivo del equipo de Milán es lograr esta transacción en las reglas mediante la metodología particular que desarrolla.

Enfoque y forma de trabajo

Mara Selvini, Luigi Boscolo, Guiseppe Prata y Gianfranco Cecchin (1988), se definieron su postura en el enfoque sistémico desde 1971 y trabajaron como equipo.

Retomaron las ideas del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, planteadas por G. Bateson; quien veía con desconfianza la posición estratégica y expresó marcada diferencia con Haley, quien suponía que el proceso psicoterapéutico se daba una *lucha por el control*; esto implicaba que el terapeuta tenía que manipular la terapia de acuerdo a su visión de la realidad. Durante los primeros años introdujeron dos estrategias importantes: a) el doble vínculo terapéutico y b) la contraparadoja. También introdujeron los rituales en el contexto de la terapia familiar.

Algo que también es particular del estilo del grupo de Milán es que consideraban que las sesiones espaciadas (un mes aproximadamente) resultan más eficaces, porque los integrantes de la familia tenían mayor tiempo para lograr cambios; en consecuencia, trabajaron con la familia un máximo de 10 sesiones. También consideraron que cuatro terapeutas es un número justo para descubrir el juego esquizofrénico. En los casos más difíciles ellos invertirían entre 3 y 4 horas de trabajo en una sesión.

Premisas

La hipótesis fundamental que sirve de punto de partida para estos trabajos parte de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana: *“la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores”* (Selvini y cols., 1998, pág.13). De lo anterior se derivan las siguientes premisas:

- Al intentar cambiar las reglas se puede influir en los síntomas, tomando un sentido de cambio
- Si se descubre y cambia la regla fundamental se puede obtener rápidamente la desaparición del comportamiento patológico
- De acuerdo a la teoría de sistemas lo anterior se explica en lo que los teóricos entienden como “ps”, o punto del sistema en el cual convergen un mayor número de funciones esenciales; que tiene que ver con lo que Rabin (1972) llama saltología, que se refiere al logro de cambios de importancia radical.
- Un sistema viviente se caracteriza por dos funciones de apariencia contradictoria, cuyo interjuego mantiene el sistema: homeostasis y capacidad de transformación.
- Lo anterior genera reglas rígidas y repetitivas.
- Las familias con pacientes psicóticos mantienen esta misma rigidez, pero con un juego relacional variado y complejo.
- Desde la visión sistémica el cambio deviene de la transformación epistemológica. *Epistamai*: ponerse en posición ventajosa para observar mejor los sucesos.
- La visión causal es errónea porque la conducta de un miembro de la familia influye en la de los otros. En las interacciones se dan comportamientos respuesta. Cuestiones como el poder no se pueden ver en el individuo sino en las reglas del juego.

De ahí, Bateson y el grupo de Palo Alto (1956) plantean la teoría del doble vínculo, retomando los tipos lógicos de Russell, con lo concluyen que en familias con pacientes esquizofrénicos la comunicación paradójica es muy frecuente. La esquizofrenia es un conflicto relacional en el que prevalecen formas patológicas de comunicación. Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson (1967) tratan como se da la interrelación en la que se confirma o descalifica al otro. Ellos hablan sobre los dos lenguajes prevalecientes, el digital y el analógico y sus consecuencias en la comunicación patológica; con lo que se comprueba que varias patologías individuales tienen un origen en las relaciones sociales. A continuación se muestra una síntesis de las técnicas correspondientes a éste modelo.

RECUADROS SOBRE TÉCNICAS

La transición esquizofrénica en la pareja y la familia.

En una relación de pareja de éste tipo surge una escalada de rechazos y redefiniciones, exponiéndose al riesgo de ruptura, violencia física, uxoricidio, abandono del campo. Al perder al adversario se pierde el juego, cosa que este tipo de familias no soporta.

El juego esquizofrénico posee muchos caminos que los pueden llevar a desembocar en incesto, erotismo, hostilidad, fuga, dependencia, independencia, fastidio, deterioro, entre otras cosas. Junto a esto, surgen trastornos del pensamiento que crean un panorama nebuloso que hace imposible metacomunicarse. Es un lugar en el que nunca hay ni vencidos ni vencedores.

Bateson consideró la teoría del doble vínculo como una modalidad comunicacional que reúne los siguientes requisitos: a) lo que se dice a nivel verbal casi siempre se descalifica a nivel no verbal; b) se prohíbe metacomunicarse respecto a la incongruencia de los dos niveles y también está vedado dejar el campo; c) no se permite la posición complementaria, obedecer una indicación, pues no hay claridad en las indicaciones y, d) no se permite una posición simétrica pues no es claro ante que puede rebelarse. De ahí que solo las posiciones bien definidas permiten la metacomunicación.

Función del paciente designado

El juego paradójico en la familia esquizofrénica llega a un punto en que es insostenible para alguno de los miembros de la familia, él es quien desea terminar el juego, y al haberse vuelto experto en el contexto de aprendizaje familiar lanza un mensaje superparadójico: la manera en que la familia lo puede ayudar es siendo de la manera en que no son: el mensaje esquizofrénico raya en lo imposible.

En las familias con niños psicóticos la asunción de algún miembro de la familia respecto a la culpa es una cuartada para ocultar la escalada simétrica. La estrategia terapéutica para disuadir la culpa consiste en la declaración de que el niño no es víctima, sino que generosamente ha asumido la tarea de sacrificarse a sí mismo para ayudar a todos.

Prototipo de intervención de la escuela de Milán

En esta parte del trabajo se expone la secuencia de intervenciones que caracterizan el trabajo con una familia en transacción esquizofrénica, esto permitirá estudiar la lógica en la que se circunscribe este modelo terapéutico.

LA CONNOTACIÓN POSITIVA

Es una especie de prescripción del síntoma y reencuadramiento en el que se resalta un buen motivo a la conducta negativa, quedando el comportamiento sintomático y el paciente designado en una perspectiva sistémica en lugar de ser motivo de crítica. A diferencia del terapeuta estratégico, no hay una búsqueda persuasiva, sino se responde a la necesidad de la familia de conservar el equilibrio.

INTERVENCIÓN DEL SACRIFICIO

Una intervención terapéutica que ha resultado muy efectiva es la de quitarle la etiqueta que lleva el paciente designado y distribuir la enfermedad entre hermanos y hermanas que son considerados sanos. Se considera que el presunto enfermo fue el primero en intuir, en el grupo familiar, que los demás se encuentran en peores condiciones y necesitan su ayuda. El terapeuta debe de tener cuidado en no criticar e inculpar a los padres.

ACEPTACIÓN DE LA MEJORÍA

En la familia pueden surgir mejorías súbitas e inexplicables, pero que no manan de un cambio sistémico, sino como una "jugada de la familia" al servicio de la preservación del *status quo*. En este caso se sigue el principio de la connotación positiva, y se reciben como favorables estos cambios momentáneos y la terapia sigue su curso para obtener cambios permanentes. Sin embargo, cuando la familia exige la terminación de la terapia se actúa de manera *críptica* previniendo a la familia.

RECUPERACIÓN DE LOS AUSENTES

Cuando uno de los miembros deja de asistir a terapia, esto no se da como una decisión plenamente unilateral, sino como una resistencia compartida por toda la familia, e incluso se incluye, sistémicamente, la conducta de los terapeutas y sus errores. La recuperación de los ausentes no

requiere de intervenciones autoritarias ni de indagatorias al resto de los miembros de la familia. Una estrategia acuñada por el grupo de Milán fue el terminar la sesión terapéutica en casa, se daba una carta firmada y sobre cerrado, con instrucciones precisas; se indicaba quien debía leerla en presencia de los miembros de la familia y en que momento.

EL MANEJO DE LA DESCALIFICACIÓN

La descalificación y la autodescalificación es parte del juego esquizofrénico de la familia, que se manifiesta como una forma de decir “no existo”. Se perpetua la relación homeostática en la medida en que estas descalificaciones impiden a los integrantes de la familia asumir una verdadera responsabilidad, no declarar alianzas estables y abiertas, manteniéndose una simetría encubierta; en otras palabras, se imposibilita el cambio del juego dado en la familia. El terapeuta no debe de ser vulnerable a la seducción descalificadora de la familia, a veces mostrada como adulación y otras como provocación.

SOBRE LAS COALICIONES NEGADAS

Otra de las situaciones que suelen presentarse en los casos terapéuticos del grupo de Milán es la confusión y cancelación de la barrera intergeneracional. En ocasiones las coaliciones y triángulos perversos llegan al grado de producir fantasías incestuosas homo y heterosexuales. *Las coaliciones perversas se connotan positivamente, con un enfoque de intencionalidad honesta y afectiva se ponen en evidencia.* “Los terapeutas se limitan a su contestación y al comentario elaborándolo de tal modo que resulte paradójico e intolerable” (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1988. pág.150).

DECLARACIÓN DE LA IMPOTENCIA

Hasta aquí se han descrito las intervenciones del tipo activo-prescriptivo. Pero existe un tipo de intervención opuesta de tipo paradójico: declarar la impotencia de los terapeutas de manera honesta; pero deben de manejar el tono de voz, que no suene ni colérico, ni irónico ni acusador. Se considera que la familia ha hecho todo lo posible y, se expresa de manera no indiferente ni dramática esta confusión; se hace una pausa de “suspense”, se fija la próxima cita y se cobran los honorarios.

AUTOPRESCRIPCIÓN DE LA PARADOJA

La paradoja extrema de la familia esquizofrénica es el mensaje: *“solo podréis ayudarme no siendo lo que sois”*(op. cit., pág. 169). Para combatir esta petición se entretengan dos paradojas: 1) se aísla la petición paradójica del conjunto de maniobras que crean confusión connotando positivamente, 2) se establece una autoprescripción para los terapeutas para acceder a dicho pedido.

Los rituales familiares.

Un ritual familiar es una “acción o una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia” (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1988, pág. 109). Para que esto resulte efectivo se debe implicar a toda la familia, y frecuentemente se precisan de manera escrita ciertos detalles como: modalidad de respuesta, horario, frecuencia, secuencia, persona que repetirá las fórmulas verbales, entre otras cosas. Los rituales pueden ejecutarse una vez o ser repetitivos. Permiten romper mitos que ha construido la familia a lo largo de su historia, en ocasiones al paso de varias generaciones. El terapeuta previamente debe de realizar una buena observación para, posteriormente, diseñar creativamente un ritual que tenga que ver con la familia.

CONDUCTA RITUAL Y TERAPIA FAMILIAR

Los rituales permiten manejar las contradicciones de la familia, pueden conectar estructura y significado, descubrir pautas de interacción, manejar dilemas de cambio / no cambio y modificar aspectos sintomáticos. Cuatro aspectos son importantes para considerar el uso de rituales:

- a) Evaluación de la conducta ritualizada fuera de terapia
Como en cualquier otro tratamiento familiar es importante analizar el ciclo vital de la familia, la función del síntoma, las pautas de interacción familiar, soluciones intentadas, etcétera. Pero además se deben de conocer los rituales familiares que se practican en la convivencia cotidiana de la familia. Para esto se hace uso de la topología de Solin y Benett (1984):
- Bajo nivel de ritualización.** Son familias que no celebran ni señalan los cambios de la familia y no participan en los rituales sociales.
 - Ritualización rígida.** Son familias que practican rituales sin integrar variaciones en forma y momento. Estos rituales no evolucionan y poseen pocas partes abiertas.
 - Ritualización sesgada.** En los rituales se pone mucho énfasis en el aspecto étnico, religioso o de uno de los miembros de la familia a expensas de otros miembros y aspectos familiares.
 - Ritual vacío como acontecimiento y no como proceso.** Se celebran los rituales por obligación, sin prestar importancia al significado o acontecimiento, de tal modo que los roles que se desempeñan resultan fastidiosos y únicamente se cumplen las fechas por cumplirlas.
 - Proceso ritual interrumpido o imposible de ser experimentado abiertamente.** Son familias que a causa de las circunstancias. Migraciones, opresión, guerras. Muerte, enfermedad, mudanza, no pueden experimentar plenamente el ritual completo.
 - Flexibilidad para adoptar rituales.** Familias que adaptan fácilmente cambios a los rituales, de acuerdo a la situación y las necesidades que se presentan.

- b) La conducta sintomática como ritual
Muchas conductas sintomáticas surgen en el seno de las prácticas rituales, por ejemplo, el salir de parranda, el consumo de drogas y bebidas alcohólicas, presentar migrañas antes de salir de vacaciones. Las diversas conductas sintomáticas legitima el fracaso de los cambios culturalmente adecuados en el ciclo vital.
- c) Ritualización del proceso de la terapia
El contexto terapéutico es un tipo de separación similar al que se practica en los rituales, se trabaja en un lugar adecuado, con características físicas específicas, propias para la conversación familiar, con una parafernalia particular, mobiliario, espejo unidireccional, micrófono, cámara de video, etcétera. Aunque se habla de los problemas de la vida cotidiana, la situación y el fin son diferentes.
- d) Rituales terapéutico
Inclusive las fases de la terapia y algunas conductas de interacción social que inicia el terapeuta tienen ese elemento repetitivo. Existe una etapa liminal o de transición después de la fase preparatoria y la etapa de agrupación en el que el o los pacientes se llevan experiencias a su contexto social.

Importancia de los rituales dentro de la familia

En el momento de poner en práctica rituales terapéuticos, con individuos, parejas, familias y sistemas más amplios se retoman los siguientes pasos que sirven para dar una orientación en la toma de decisiones del terapeuta:

A) SOCIALIZACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

En el proceso social de la familia se define quien pertenece y quien no pertenece a la misma, así como se gana esa pertenencia y como se pierde. Las familias siguen una serie de rituales en su vida cotidiana que son la expresión fiel de la pertenencia de los miembros en el grupo. Horarios de comida, salida para cumplir las actividades cotidianas, regreso a casa, dormir, etcétera. Otros tipos de rituales son las celebraciones onomásticas, aniversarios, festejos tradicionales, entre otros. Podemos partir de la siguiente clasificación de rituales:

- **Rituales de pertenencia.** Señalan y facilitan los cambios de pertenencia. Se aplican cuando existen miembros cuya pertenencia es ambigua, por ejemplo cuando hay un padrastro o un hijo deja el hogar.

B) RITUALES DE CURACIÓN

Conciernen a ritos funerarios, que en toda cultura señalan la pérdida de un miembro de la familia y la

expresión del dolor, apuntando hacia la vida de los miembros de la familia a futuro. También existen rituales que honran la memoria de un miembro difunto, la muerte anónima en casos de guerras y catástrofes en donde se rememoran las penas por las pérdidas de las personas y se resaltan valores como la abnegación, la valentía, entre otros.

- **Rituales curativos en relación a pérdidas.** En la terapia se puede aplicar el ritual de curación en casos de muertes no reconocidas. Sin embargo hay otras pérdidas que llegan a ser dolorosas como la culminación de un matrimonio, para lo que nuestra sociedad no emplea rituales y pueden ser diseñados en terapia. Otros ejemplos de pérdidas carentes de rituales se tienen cuando se pierde un miembro, un papel a desempeñar, como la jubilación, entre otras cosas.
- **Rituales curativos en relación a la reconciliación.** En las amistades, las parejas y las familias pueden surgir momentos de rompimiento y engaños que hacen necesario trabajar cuestiones de perdón y reconciliación para salvar los resentimientos y la revelación de secretos guardados durante muchos años.

C) RITUALES DE IDENTIDAD

Las identidades concretas de las personas pueden ser positivas, amplias y flexibles o negativas, de ahí que muchas celebraciones tienen esta parte de identidad a parte de cumplir otras funciones; por ejemplo, el matrimonio tiene el componente de pertenencia y el de identidad. Así también, celebraciones como el día del padre, de la madre, del maestro, y otras, se incluyen en esta categoría. En situaciones familiares llega a no existir una clara identidad, como en los casos de hijos adoptivos, o muchas veces estas identidades son negativas, como cuando se le etiqueta a la persona de “obstinado”, “obsesivo”, “despreocupado”, “malo”, “bueno”.

EL INTERROGATORIO CIRCULAR.

El círculo familiar de interacción es revelado por la exploración de vínculos conductuales e ideológicos existentes entre el desarrollo del problema actual, las transformaciones en las relaciones familiares y las interacciones entre ambas dinámicas. De este modo, el interrogatorio es útil en el proceso de solicitud de información sobre la opinión y experiencia de los miembros de la familia, respecto a sus: a) inquietudes, b) secuencias de interacción que por lo común se relacionan con el problema, y c) las diferencias de sus relaciones fuera del tiempo establecido. Partiendo del interrogatorio, el terapeuta genera hipótesis y construye intervenciones que rompen con mitos y creencias. Intervenciones.

Los alumnos que son entrenados como terapeutas aprenden a desarrollar el interrogatorio de acuerdo a las siguientes fases:

I. Durante la primera entrevista utiliza preguntas circulares emprender la **definición del problema**; comienza indagando en el **presente**, luego **explora el pasado** y luego **averigua las expectativas en el futuro hipotético**.

II. Posteriormente indaga la **secuencia de interacción**, comienza haciendo un examen de las interacciones en el **presente**; la perspectiva circular se consuma cuando queda claro el ciclo completo de interacciones repetidas.

III. La fase de **comparación y clasificación** permite indagar sobre creencias, mitos, pensamientos y sentimientos que han movido a la familia y definen sus relaciones.

VI. El **interrogatorio circular interventivo** se implementa una vez que se han aclarado los sistemas de creencias y han sido tentativamente confirmadas las hipótesis; esta fase permite el empleo de connotaciones positivas, paradojas, metáforas y posibilidades alternativas.

ENTREVISTA SISTÉMICA

De acuerdo a Nelson, Eleuridas y Rosenthal (1986). una parte importante del entrenamiento clínico supervisado del psicólogo familiar sistémico es aquel que se refiere al manejo de una buena entrevista. El equipo de Milán formado por Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, desarrollaron los principios sistémicos que resultan útiles para efectuar preguntas circulares e indagar tanto cambios como diferencias en las relaciones familiares, visualizando interacciones no familiares o síntomas de la familia. Los tres principios propuestos por el equipo de Milán son tres: neutralidad, hipotetización y circularidad.

a) **Neutralidad.** Este término fue utilizado originalmente para referirse a la idea de evitar activamente la admisión de cualquier punto de vista dado como siendo más correcto que otro. Es ese no quedarse con una visión de relación causa-efecto generada por el pensamiento lineal. El pensamiento lineal es útil si la situación a la que se aplica es apropiada, y aún empleándolo, el terapeuta no debe quedarse con esta visión lineal de las cosas; en su lugar, la mente del terapeuta debe asumir la actitud de orientarse por la curiosidad para localizar, a partir de las descripciones de los miembros de la familia, las distintas alternativas: el terapeuta aprende de la familia.

b) **Hipotetización.** Se encuentra ligada a la curiosidad, en tanto permite conocer la narración de historias de la familia, a partir de la que el terapeuta desarrolla una nueva historia, y esta a su vez sufre las modificaciones que la familia hace. Esta técnica evita las explicaciones exactas: cuando creemos encontrar explicaciones exactas, y pensamos que las cosas son de una manera única y definida, en ese momento terminamos el diálogo.

c) **Circularidad.** Es una técnica que sirve para desarrollar hipótesis circulares. Las preguntas circulares rompen con el sistema de creencias, construido a partir de la idea de lo que es, permitiendo conocer la misma relación familiar y generar una nueva epistemología.

Montalvo (1989)

Las preguntas circulares no sólo ayudan a reunir información, también permiten generar a) hipótesis, b) intervenciones, y c) permite a la familia observarse sistémicamente. Como la conducta y las creencias no surgen de manera aislada. La entrevista circular sirve para indagar sobre los patrones recurrentes dentro del contexto de relaciones que conforman el sistema familiar, en donde las creencias de la familia se dan de manera recursiva dando permanencia a conductas y cogniciones disfuncionales.

Con el paso de los años la Terapia Familiar ha ido transformándose, retomando las reflexiones de la epistemología y la sociología contemporáneas, desembocando en interesantes propuestas ubicadas en la posmodernidad.

6. POSMODERNIDAD Y TERAPIA FAMILIAR

La posmodernidad no es una nueva teoría que sirva de eje para los cambios hacia otras disciplinas, no es algo *a priori* destinado para generar conocimientos novedosos como lo hicieron las distintas teorías que hicieron su debut durante la modernidad; la posmodernidad es un momento de la historia en el que la saturación de conocimientos ha dado lugar a una crisis en el pensamiento, y esto se ha visto reflejado en distintos áreas del saber humano.

Modelos posmodernos y sus características

En esta sección se plantean las características sobresalientes del equipo reflexivo, la terapia narrativa y la terapia conversacional.

Los modelos terapéuticos posmodernos surgen de tres enfoques, la hermenéutica, el construccionismo social y el postestructuralismo:

A mediados de los años ochenta del siglo XX es cuando el construccionismo se empieza a filtrar entre los escenarios de la psicoterapia, en parte por la gran apertura que se estaba propiciando entre los terapeutas familiares de corte sistémico (...), y en parte, también, por la cercanía conceptual que parecía existir con el constructivismo que entonces predominaba. (Limón, 2005, pág. 41)

Estos terapeutas adoptaron el método de diálogo, dándole un giro interpretativo y hermenéutico. Harold Goolishian y Harlene Anderson fueron los primeros en abandonar la teoría cibernética y se circunscriben a la hermenéutica; abren camino al enfoque narrativo en donde la conversación se da de una manera dialógica para construir realidades narrativas: al desenvolverse el diálogo se narran las *“historias aún no contadas”* (Limón, 2005, pág. 45).

Otra terapeuta que incursionó en la posmodernidad ha sido Lynn Hoffman, en un inicio retomó las ideas de la Escuela de Milán, también ha tenido influencia del constructivismo y el construccionismo social. Para Hoffman la conversación

terapéutica es reflexiva, en donde el conocimiento cambia no a partir del terapeuta, sino de la “conversación terapéutica”, pues permite ‘jugar’ con diferentes formas asociativas durante el proceso, como son los relatos, las ideas, las imágenes o los sueños (Limón, 2005, pág. 47).

Tom Andersen es el creador del equipo reflexivo, una de las nuevas tendencias dentro del campo de la terapia familiar. Trabajando de acuerdo a los lineamientos de la Escuela de Milán, en una ocasión decidió que ayudaría que la familia escuchara la conversación de los terapeutas, esto dio origen al equipo reflexivo y se rompe la limitante de que los terapeutas se encuentren ocultos tras el espejo, lo que permite al equipo aportar reflexiones personales mediante la conversación de sus integrantes. Los terapeutas no fungen como portadores de la verdad sino conversadores curiosos que desde su sentir expresan lo vivido durante la sesión. *“La idea genérica con la que opera el equipo reflexivo tiene que ver con la creencia de que cada persona tiene su versión (diferentes en algún grado, con el resto de la familia, por ejemplo), que estas son siempre cambiantes, y que todas las versiones son válidas”* (Limón, 2005, pág. 50).

Proveniente de la Escuela de Milán, Giofranco Cecchin (1992) se compromete con la idea de que las relaciones humanas se vinculan con los relatos que llevan las personas, pues son una construcción social. Partiendo de esto, en terapia no se busca una última verdad. En los postulados de la Escuela de Milán se busca encontrar el juego psicótico construido por la familia, pero, renovado por la visión posmoderna, este juego psicótico ha sido también construido por el terapeuta. *“El desafío de Cecchin, está en la negociación y en la co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de obrar culturalmente aceptadas”* (Limón, 2005, 51 y 52).

Muy ligados al pensamiento de Foucault en torno a las relaciones de poder, Michael White, David Epton (1993) , hacen uso de los medios narrativos en la terapia. Las historias que traen las personas tienen que ver con las historias que otros les han contado; la narración propone el marco dominante de la experiencia

que se ha vivido. El narrar permite co-generar relatos alternativos que compitan con el 'patológico' para, con ello lograr una co-construcción diferente del problema. Los relatos empobrecidos son re-escritos de tal forma que las relaciones opresoras pueden ser cuestionadas a favor de alternativas mejores. La libertad del individuo radica en la posibilidad de construir la historia de su vida. Un concepto relevante es el de externalización del problema, en donde el individuo puede separarse del problema.

Por último, Kenneth Gergen y John Kaye (1992), exponentes destacados dentro del campo de la psicología social construccionista:

“rechazan la idea de la reconstrucción o sustitución de las narrativas como guía metafórica para la psicoterapia, sobre todo, porque estas seguían manteniendo vestigios de la visión del mundo modernista. Aunque no se oponen al énfasis que se ha dado a la narración, ellos se inclinan, más bien, a que la psicoterapia sirva para favorece la generación de significados a través del diálogo. (Limón, 2005, pág. 53)

Terapia narrativa

El lenguaje juega un papel muy importante en la sobrevivencia humana, pero de acuerdo a Gergen el lenguaje no refleja la realidad: *“Por ejemplo las acciones de los seres humanos son cambiantes, y las descripciones del lenguaje son estáticas, congeladas, entonces ¿cómo describe el lenguaje las acciones de las personas? ¿Cuál es la relación entre el mundo y el lenguaje descriptivo diseñado para representarlo?”* (Rodríguez, 2003, pág. 39). Las ciencias sociales y de la conducta han tenido como objetivo describir de manera objetiva la realidad y ser portadores de la “verdad objetiva”. Es en este mismo plano que White (1993) retoma las críticas que Foucault hace a la ciencia.

Para White (1993), lo que las personas llevan a terapia son relatos de sus vidas cargados de la ideología dominante, los relatos o narraciones que las personas se cuentan de sus vidas determinan el como se organizan y se relacionan con los otros. Los relatos dominantes de los otros y los demás dejan de lado una parte de nuestro bagaje y experiencias vividas y estas quedan sin relatar,

sin ser expresadas ni contadas. Así que el terapeuta debe dar pie a que emerjan estos relatos alternativos a partir de la **externalización** de relato saturado de problemas.

White, retomando a Bateson, sugiere la metáfora de que no es lo mismo el territorio que el mapa. Existen mapas mentales que se refieren a la realidad externa o objetiva, pero cada uno de estos mapas llevan a diferentes interpretaciones de la realidad, y ninguno de estos incluye los detalles del territorio, al no estar contenidos en el mapa tampoco existen en el mundo de significados. También de Bateson retoma la idea del tiempo: en los sistemas van surgiendo respuestas nuevas, al percibir la información tenemos “noticias de una diferencia”, esto es importante para la detección del cambio.

Lo que White considera es que la metáfora narrativa es la historia de un mapa que se va extendiendo a lo largo del tiempo, para ampliar este relato se requiere construir una historia alternativa. Esto le permitiría a la persona crear nuevas imágenes, posibilidades y proyecciones a futuro. Para White, esto iba más allá de la resolución de un problema.

En las historias contadas por los pacientes, White propone poner atención a los acontecimientos extraordinarios y actuaciones que den un nuevo significado, abriendo la posibilidad al planteamiento de historias alternativas. Considera el trabajar con dos tipos de panorama del paciente; a) el panorama de acción, que se refiere a hechos relevantes y b) el panorama de conciencia que se refiere a modos diferentes de plantearse la realidad (nuevas reflexiones, nuevas conclusiones).

La definición que da White sobre lo que entiende por externalización es la siguiente:

Es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a las personas o relaciones se hacen así menos constantes y reactivos. (White, 1993, pág. 53)

En las primeras sesiones los miembros de la familia suelen explicar los problemas por los que recurren a terapia presentando una “descripción saturada del problema”, que para White es un “relato dominante de la vida familiar. Con la

externalización se les permite encontrar la posibilidad de una perspectiva no saturada del problema, cediendo paso a una historia alternativa.

Las narraciones dominantes no representan del todo la experiencia vivida, además presentan contradicciones. Hay aspectos que han sido previamente ignorados y que están ocultos bajo el manto de la historia dominante, la externalización permite separar a la persona de este manto para dar lugar a relatos extraordinarios o alternativos. La intervención para abordar historias dominantes se plantea de la siguiente manera:

RECUADRO SOBRE MANEJO TERAPÉUTICO

- **Definición del problema:** se recurre al planteamiento del motivo de consulta que trae la familia. En ocasiones estas definiciones pueden ser muy *específicas* y prácticamente basarse en descripciones conductuales (las rabiets de un niño), otras veces se parte de una descripción más *general* (la mala comunicación). Es conveniente que el terapeuta inste a los miembros de la familia a especificar sobre las generalizaciones para tener más claridad en la línea de acción y los cambios.

Quando existen problemas como la violencia y el abuso sexual fomenta la externalización a partir de las actitudes y creencias de los miembros de la familia respecto al problema. Cuando las definiciones son muy específicas, suele ser de utilidad explorar una definición más general, para que tengan un panorama de la influencia del problema y reparen en los acontecimientos extraordinarios.

- **Evolución de la definición:** Las preguntas de influencia relativa pueden ayudar a que surjan redefiniciones del problema, esto es más común cuando los miembros de la familia tuvieron dificultad para encontrar las palabras adecuadas para definir el problema.
- **Preguntas de influencia relativa:** Se dividen en dos conjuntos de preguntas:

Las referentes a la influencia del problema en la vida de las personas.

Por ejemplo: ¿Cómo ha influido el problema en tu vida? ¿De qué manera ha afectado tu relación de pareja? ¿Qué efecto a tenido en la relación con tus amistades? Etcétera.

Las referentes a la influencia de las personas en la vida del problema.

Por ejemplo: ¿Cómo le hiciste para que el problema no estuviera presente en esta situación? ¿En que otras ocasiones te has enojado y has podido vencer al problemas? ¿Qué más piensas hacer para alejarlo de tu vida? ¿Piensas que alguna vez puedas vencerlo? Etcétera.

- **Definición mutuamente aceptable:** Muchas veces existen disputas o diferencias en las definiciones del problema que da la pareja o los miembros de la familia. En estos casos el terapeuta ayuda a que se den definiciones mutuamente aceptables, favoreciendo con esto el trabajo de equipo.
- **Definiciones expertas:** Cuando la definición otorgada por la familia pertenece a un bagaje de términos se conversa sobre estas definiciones para darles un enfoque más cotidiano, que facilite el manejo narrativo.

- **Hechos extraordinarios:** Concretar sobre los acontecimientos extraordinarios ayuda a esta construcción de historias alternativas. Se consideran las siguientes categorías:
 - a) Hechos extraordinarios pasados. Se descubren momentos sobresalientes de contradicción del discurso dominante en la narrativa de la persona, esto abre posibilidades a la construcción de una visión diferente.
 - b) Hechos extraordinarios presentes. Dan fuerza para la generación de significados nuevos.
 - c) Hechos extraordinarios futuros. Los acontecimientos futuros que contradicen la historia dominante abren esperanzas para el nuevo relato.

Uso de la imaginación: White recomienda que el terapeuta esté atento a los acontecimientos extraordinarios, que aunque parezcan insignificantes e irrelevantes, puedan representar algo diferente a la persona.

Medios escritos: Una de las estrategias en la terapia narrativa es el empleo de medios escritos. El empleo de las cartas, tanto por parte del terapeuta como de los consultantes, radica en darle importancia a las vivencias de las personas, establecer nuevos significados de su vida al construir y utilizar la polisemia del lenguaje, ya que esto s amplía las posibilidades de interpretación favorece la construcción de nuevos relatos. También se emplean documentos de reconocimiento, para fomentar y valorar cambios y cualidades del consultante.

Equipo reflexivo

Una parte fundamental del trabajo terapéutico en esta postura de la posmodernidad es el saber escuchar desde la posición del otro, así, la conversación debe de llevar un ritmo lo suficientemente pausado como para que el terapeuta se pregunte ¿qué abra querido decir y qué estoy entendiendo?, ¿lo que dije habrá sido lo adecuado y se lo dije de una manera familiar para que lo pudiera retomar?

Tom Andersen es el creador del equipo reflexivo, una de las nuevas tendencias dentro del campo de la terapia familiar. Trabajando de acuerdo a los lineamientos de la Escuela de Milán, en una ocasión decidió que ayudaría que la familia escuchara la conversación de los terapeutas. Así, con el equipo reflexivo se rompe la limitante de que los terapeutas se encuentren ocultos tras el espejo, y permite al equipo aportar mediante la conversación de sus integrantes. Los terapeutas no fungen como portadores de la verdad sino conversadores curiosos que desde su sentir expresan lo vivido durante la sesión. *“La idea genérica con la que opera el ‘equipo reflexivo’ tiene que ver con la creencia de que cada persona tiene su versión (diferentes en algún grado, con el resto de la familia, por ejemplo),*

que estas son siempre cambiantes, y que todas las versiones son válidas” (Limón, 2005, pág. 50).

El trabajo terapéutico con equipo reflexivo se basa en el poner en práctica un acentuado respeto por las personas y la ética profesional. Para entender esta forma de trabajo tendríamos que comentar que se invierten los roles que por lo común tienen terapeutas y consultantes, de modo que en parte de la sesión a los consultantes les toca escuchar las opiniones que tienen los terapeutas de lo que escucharon en la sesión, y para esto tienen que invertir sus lugares en relación al espejo unidireccional: escuchar las conversaciones que los profesionales tienen sobre los consultantes resulta fascinador para ellos; pero los terapeutas conversan considerando criterios, que les impiden utilizar el lenguaje de experto y hacer comentarios críticos que puedan lastimar a sus escuchas al otro lado del espejo; ellos plantean sus reflexiones de manera tentativa. Previo a la reflexión del equipo, los terapeutas deben de reflexionar sobre lo siguiente:

- *“¿Qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?*
- *¿Hubo algo especial de lo que vi u oí que me haya hecho pensar de esa manera?*
- *¿Hubo algo de lo que oí que me haya emocionado o ‘llegado’ personalmente?*
- *Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento?”* (Fernández, London y Tarragona, 2002, págs. 9 y 10).

En seguida se hace una síntesis de las pericias empleadas para el manejo terapéutico del equipo reflexivo.

RECUADRO SOBRE MANEJO TERAPÉUTICO

Por otra parte, los consultantes gozan de la salvaguardia que ofrece este sistema de trabajo, pues no están comprometidos a asumir una postura abierta o encubierta con lo que se les dice; tienen la libertad de aceptar o rechazar, así como de escuchar o no escuchar. Después de haber escuchado las conversaciones de los terapeutas, a los consultantes se les pregunta respetuosamente sobre lo que les atrajo de la reflexión.

Otra de las cualidades del equipo reflexivo es que no existe una forma única, cerrada, en el estilo de trabajo. “Al Ross dice que ha aprendido que el equipo de reflexión tiene que ver más con una actitud que con la técnica. Más que ¿qué hacer?, la pregunta es ¿cómo ser?” (Fernández, London y Tarragona, 2002, pág. 12). Podemos señalar dos cosas importantes a partir de esta no existencia de la objetividad que se expresa en el pensamiento posmoderno:

- a) Que el terapeuta puede hablar desde sí mismo y desde su sentir, creando una comunicación más sencilla y que tiene que ver con la parte humana del consultante.
- b) La misma técnica es moldeable, pues no existe una verdad única.

Estos modos de conversación y reflexión en terapia tienen que ver con los significados de quienes participan en el sistema terapéutico y de cómo estos significados adquieren una nueva organización.

Es importante el papel que juega la curiosidad del terapeuta, pues le permite establecer diferencias y ayuda a plantear conversaciones alternativas. El equipo reflexivo, al igual que la terapia narrativa y el enfoque colaborativo coinciden con esta idea de que no existe una única verdad.

La colaboración como filosofía terapéutica

El enfoque colaborativo tiene sus raíces en la terapia de impacto múltiple (TIM), en la que participaba H. Goolishian. La TIM fue creada en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas, en 1950. Era un tipo de terapia breve destinada al trabajo de familias con hijos adolescentes.

Desde la panorámica colaborativa, el cliente es el experto en su vida, y aún con todos los conocimientos que el terapeuta tiene sobre su profesión, él debe de situarse en una auténtica actitud de “no-saber”. El saber crea la ilusión de entender y, a partir de un método, ofrece una visión preestablecida que merma la posibilidad de ver, de atender a lo inesperado y de escuchar “lo no dicho y lo todavía no dicho” .

La incertidumbre es otra de las cosas que Anderson (1999) discurre en esta filosofía de la terapia. Ella expresa que la “*voluntad de dudar*” permite poner en duda nuestros discursos, tanto los profesionales como los personales dominantes; es una manera de abrirse y mantenerse conciente al examinarnos y ser

examinados por los otros. A la vez que es una forma de estar preparados para el cuestionamiento, el cambio y lo inesperado: es la predisposición al diálogo. Otro punto que Anderson detalla es la “voluntad de arriesgar”. Cuando el terapeuta permite que el cliente se vuelva más protagonista en el escenario terapéutico, arriesga su seguridad y el también se vuelve vulnerable al cambio. El diagnóstico, que comúnmente es la plataforma segura del terapeuta recorta su campo de visión restringiendo el discurso y cerrando previamente la participación del cliente.

La postura de humildad en el terapeuta con respecto a lo que sabe le permite abrir su interés para conocer, averiguar, en torno al cliente. Las opiniones y sugerencias que surjan de su experiencia se plantearan humildemente como una posibilidad para el cliente; esto no quiere decir que deba plantear las cosas de una manera insegura, dudosa, tímida; pero si el tomar una actitud de menor protagonismo. Algo importante que señala Anderson es que esta actitud disminuye la posibilidad a los cierres prematuros.

En el siguiente recuadro se refieren a manera de síntesis los seis rasgos entrelazados con el no saber planteados por H. Anderson (1999).

RECUADRO SOBRE MANEJO TERAPÉUTICO

- 1. Confiar y creer:** La actitud y la pericia del terapeuta no se centran en la búsqueda de la verdad, sino son motivadas por la necesidad de entender el discurso. En otras palabras, no se busca hacer un diagnóstico ni cambiar las estructuras patológicas; cada versión contada por el paciente es única, y estas historias van a tener incoherencias, pero la actitud del terapeuta en el no-saber es no buscar desmentir la historia.
- 2. Hacer preguntas conversacionales:** La base de cualquier conversación terapéutica son las preguntas. Tradicionalmente los terapeutas han utilizado preguntas retóricas, cuando buscan convencer, y preguntas didácticas, cuando encaminan al cliente hacia algún entendimiento o aprendizaje; pero las preguntas de dialogo buscan un intercambio mutuo, no son preguntas que tienen de trasfondo una respuesta. En la postura de no-saber el terapeuta se guía por la misma conversación, por la naturaleza de la historia contada; es una indagación compartida en donde el terapeuta aprende de lo dicho y de lo no dicho. Lo no dicho es subjetivo, en cuanto forma todavía parte del estado mental interno; cuando es expresado al otro pasa al mundo de los real.
- 3. Escuchar y responder:** Escuchar y responder guardan una relación complementaria. El escuchar es muy importante: se atiende, interactúa y aprende sobre la historia del cliente. Al oír se elaboran comprensiones y es parte del proceso cuyo fin es el de alcanzar significados compartidos y comprensión mutua.
- 4. Mantener coherencia:** Implica trabajar con la realidad del cliente, recuperándose lenguaje, vocabulario y metáforas; en donde el no-saber implica el no cerrar paso a la versión del cliente. Esto abre paso a recrear con las cosas que le son familiares al cliente.
- 5. Mantener sincronía:** Se debe caminar al lado del cliente, cooperando y construyendo juntos, en una actitud de “paciencia creativa”, en donde la tolerancia sea el dar tiempo a que surjan las aportaciones a la historia, y no el aguantarse hasta que el terapeuta diga las cosas verdaderamente relevantes [las comillas son mías].
- 6. Honrar la historia del cliente:** Es el tomar en serio al cliente y lo que nos dice.

Los modelos planteados en líneas anteriores ofrecen una diversidad de modos de abordar los problemas familiares, estas no son las verdades únicas para implementar un tratamiento clínico, pero la pericia en el uso de las técnicas logra que los terapeutas tengan un manejo exitoso. La elección del modelo tiene que ver con las preferencias del terapeuta, pero también se observa en el trabajo con familias que algunos pacientes aceptan mejor un modelo cuando este concuerda con su idiosincrasia, las demandas y circunstancias los pacientes.

CAPITULO III

FAMILIAS PLURICOMPUESTAS: PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS

III. FAMILIAS PLURICOMPUESTAS

La mayoría de los casos que atendí como terapeuta asignado durante la maestría tuvieron en común el hecho de ser familias pluricompuestas o reconstituidas, tema que se desarrolla a lo largo del presente capítulo, en el que se se hace un análisis sobre este tipo de familias y se abordan temas relacionados con su tratamiento en Terapia Familiar Sistémica.

1. LAS FAMILIAS PLURICOMPUESTAS

Cuando en una familia ocurre un rompimiento matrimonial, ya sea por muerte o por otras razones, se da paso a una gran desventura en la que parte de lo anhelado por los integrantes del grupo va teniendo un panorama borroso, confuso; pero las cosas no terminan, apenas comienzan y en los corazones de las personas que protagonizan la historia familiar surgen héroes fuertes que levantan en sus hombros los ladrillos que darán la continuidad; de los sabios depende que de ahí surja una fortaleza. Dice Minuchin (1991): *“Los terapeutas que ven familias durante el periodo de transición pueden diagnosticar erradamente la búsqueda de nuevas pautas y el consecuente dolor. Podemos considerar desviado lo que es un intento creador de un organismo familiar de desarrollar una nueva forma: la muda y la transformación que preceden a una mariposa”* (pág. 30). El divorcio, la viudez, la separación, son eventos dolorosos que mueven a los integrantes de la familia hacia una nueva búsqueda. Así como al producirse un sonido se esparcen ondas vibratorias que resuenan en distintos objetos, de igual manera los sucesos familiares difíciles e intensos repercuten en las interacciones de la familia y, el sistema se acomoda ya sea en la morfostasis o en la morfogénesis. Antes del divorcio o la separación la pareja puede optar entre seguir con los mismos conflictos o buscar cambios radicales que si son bien manejados liberarán a la familia de una gran carga de tensiones.

El cambio de estructura familiar

En el libro *Calidoscopio Familiar* (1991) Minuchin presenta el caso de la familia Janson. Para este autor la separación y el divorcio generan la necesidad de trasladarse de una pauta de interacción a otra. La familia Janson llevaba más de un año de separación cuando Minuchin realizó la primera entrevista, y después de dieciocho meses realizó una segunda entrevista para analizar el traslado de las pautas familiares.

De este estudio se destacan varias cosas. *“Como todos los miembros de las familias que experimentan la tensión producida por la transición, intentan estrechar más sus vínculos, la familia se convierte en una caja de resonancia en la que la inseguridad de uno de sus miembros reverbera en los demás”* (Minuchin, 1991, pág. 31). Este tipo de familias son una muestra de la complejidad de las relaciones después de la separación y el divorcio, pero los años posteriores también requieren de un cambio en las pautas.

Para Minuchin los casos de divorcio, separación y reconstitución no generan una verdadera patología. Estas familias se están abriendo hacia nuevas posibilidades tan válidas como las de la familia tradicional: *“Mi meta como instructor de familias en transición – no enseñar nada nuevo, sino ofrecer una perspectiva diferente de la realidad – había sido alcanzada. Las pautas se mudaban y viejas capacidades podrían de pronto aplicarse de manera más amplia”* (Minuchin, 1991, pág. 71). Las familias pluricompuestas hacen uso de sus propias posibilidades. Él, desde su visión de terapeuta no pretende imponerles el modelo de la familia nuclear; es más, dicho tipo de familia surgió con la forma de vida moderna y la urbanización; tiene muy poco tiempo en la historia de la humanidad. Antes de la modernidad, por ejemplo en Inglaterra, existía el linaje: las familias conservaban sus apellidos y sus bienes. Ahora esta surgiendo una manera distinta de conformar una familia, pero éstas no funcionan óptimamente. *“Eso es porque carecemos de rituales. No tenemos tradiciones ni guías para las familias que se unen en el duelo, por ejemplo, como participantes de una especie de shiva colectiva”* (Minuchin, 1991, pág. 73). Humildemente Minuchin se considera un observador de la familia: *“Aprendí a cuestionar los límites de mí mismo...”*

(Minuchin, 1991, pág. 72). En esta visión de las familias es el fragmento de un calidoscopio, un pequeño trozo de vidrio que al girar el cilindro se convierte en parte de otra pauta.

Características de las familias pluricompuestas

Si se hiciera un recuento de las formas en las que se han organizado las personas a lo largo de la historia humana, encontraremos una gran variedad de modos de convivencia en las que se satisfacen afectos, cuidados y deseos, entre otras necesidades: amor, bienestar, seguridad, alimentación, placer sexual, prestigio, reconocimiento, etcétera. *“Sabemos hoy que la familia nuclear representa sólo alrededor del 50% del total de las formas familiares existentes en nuestro país; que las familias con jefatura femenina declarada , superan el 20% en la zona urbana del Valle de México, en fin, que los grandes cambios sociales han dado lugar a nuevas formas de familia que no responden al modelo “tradicional extenso” (padres + hijos + abuelos + otros familiares muy relacionados y primos), ni tampoco al modelo “nuclear” (padres + hijos)”* (González, 2004, pág. 1).

Es muy frecuente que después de que se da la separación o el divorcio las familias emprendan un nuevo paso en su evolución, algunas veces emparejándose y otras veces estableciendo un nuevo vínculo matrimonial. Según Visher y Visher (1988), la familia reconstituida es aquella conformada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior.

De acuerdo a Visher y Visher (1988), pueden darse tres tipos de familias reconstituidas:

- A. Las que tienen por antecedente una separación o divorcio, siendo que uno de los cónyuges tiene hijos previamente.
- B. Las que tienen por antecedente una separación o divorcio, siendo que ambos cónyuges han tenido hijos previamente.
- C. La que tiene por antecedente la muerte del cónyuge en uno o ambos contrayentes y, en la nueva unión, aparece la figura del padrastro o la madrastra.

Este tipo de familias además de conocerse como reconstituidas han recibido los adjetivos de familias reconstruidas, familiastras, entre otros términos que tienen una carga peyorativa. Un término más imparcial es el de familias pluricompuestas, que es el que se utiliza en el presente trabajo.

Para Robert y Michèle Neuberger (1997), las familias pluricompuestas no necesariamente son familias disfuncionales. Actualmente existen prejuicios sociales en torno a las familias pluricompuestas, otorgándosele primacía a la familia nuclear, como un modelo ideal de salud mental; tanto en los centros educativos, inclusive en los terapéuticos se parte de este supuesto. Coincidiendo con Minuchin, estos autores argumentan que el modelo nuclear o conyugal es tan reciente, pero ya se ha establecido como una tradición, la cual está iluminada por el halo del mito. *“La tradición es la transmisión de aquello que hay que olvidar para mantener el mito”*(Neuberger y Neuberger, pág. 69). El modelo de familia nuclear es tan sólo un reflejo de la historia que operó a partir de la industrialización en Europa y, que desplazó a la familia patriarcal y extensa que prevalecía en las zonas rurales por el modelo dominante de las zonas urbanas.

Desde la experiencia terapéutica de estos autores, las familias pluricompuestas asisten más fácilmente a terapia porque se sienten más destinadas a ello al ser criticadas incluso por sus propias familias de origen:

sin poder afirmarlo con certeza, parece verosímil el hecho de que no haya más niños con problemas en las familias pluricompuestas que en las otras familias. En cambio, la forma en que los problemas se definen es a menudo diferente, lo que es lógico cuando se concibe la patología como un modo de adaptación a situaciones específicas. (Neuberger y Neuberger, pág. 66)

Para ayudar a la familia a afrontar el conflicto idiosincrásico estos autores recomiendan en primera instancia validar y revalidar a estos grupos familiares. Posteriormente los encaminará a abordar lo que deben enfrentar, de pareja, educación y vida familiar; que no necesariamente son exclusivos de las familias pluricompuestas.

Aunque se conocen rasgos distintivos, como el hecho de que en estas familias se traslapen los ciclos vitales; por ejemplo, mientras se crían hijos adolescentes del vínculo matrimonial anterior, se tienen niños de menor edad del vínculo actual. Robert y Michèle Neuberger (1997) describen el caso de Pierre, quien es un niño

de 13 años. Pertenece a una familia pluricompuesta y tiene un hermano, del anterior matrimonio de su padre, de 20 años y que vive en la misma casa. De la pareja actual nació un niño que ahora tiene 2 años. Pierre molesta a todo mundo, de modo que es considerado por la familia como hipócrita, malvado, irascible y tal vez esté loco. Lo que sucede a Pierre es que sus padres consideran que la ha pasado muy mal por la llegada de su hermano pequeño. Sin embargo Pierre era el hijo consentido y no saben como establecer una relación de igualdad entre los hijos. Los padres manejan un doble discurso que encierra a Pierre en una situación cercana al doble vínculo.

Otro caso es el de la familia Demetrio:

La consulta es solicitada por una pareja de universitarios, Primeramente la mujer se separó de su primer marido, y después este murió, dejándola con el hijo de ambos, que tiene ahora veinte años. Ella se volvió a casar. Y su nuevo marido, el hijo y la madre viven muy mal juntos, en un ambiente cerrado, violento, duro. Son muchas las escenas violentas, sobre todo entre el padrastro y el muchacho. Este último ha recibido la herencia de su padre y, aunque antes era brillante, ahora parece muy poco motivado por los estudios, y se pasa el día en casa durmiendo, empezando así una carrera de reclusión. (Neuberger y Neuberger, 1997, pág. 71)

En este ejemplo el comportamiento del hijo sabotea la nueva relación, que para él es una negación de la relación entre su madre y su padre biológico. Los terapeutas prescriben un ritual para confirmar el pasado y el futuro, además procuran la conversación entre la madre y el hijo en torno al pasado y deben reunirse una vez por semana para hacer proyectos juntos. La característica de muchas familias pluricompuestas es negar el pasado y los rituales permiten que éstas se acoplen a la nueva realidad que están viviendo.

Los retos de las familias pluricompuestas

Una característica sobresaliente de las familias pluricompuestas es la complejidad de sus interacciones, pues existe parentesco del primer matrimonio y de la nueva relación. Esto puede dar lugar a un sentido de pertenencia ambiguo, en donde no existe una comunicación adecuada para que los padres biológicos puedan establecer acuerdos de visitas, educación, vacaciones, entre otras cosas. La repercusión en los hijos puede ser el no considerar a los nuevos integrantes de la

familia como su familia. Mientras que en lo relativo a los cónyuges de los padres, muchas veces sucede que se sienten ajenos a los hijos de la pareja.

En las familias pluricompuestas sus integrantes tienen que efectuar un gran número de cambios importantes en un breve periodo de tiempo, en comparación a las familias convencionales.

En su experiencia como terapeuta de familias pluricompuestas, Alfonso L. Escamilla (2004) menciona que cuando las parejas entran en el rematrimonio - es decir, establecen una nueva relación de pareja -, viven la ilusión de que su nueva familia rápidamente se va a acoplar, pero esto no sucede así de fácil. “*Se necesitan dos años, más o menos, para este periodo de ajuste*” (pág. 148).

El periodo de ajuste

El ajuste se da a partir de muchos cambios emocionales cuyo foco más sensible son los hijos. Es más difícil cuando ambos cónyuges tienen hijos de la anterior relación que cuando un sólo miembro de la pareja tiene hijos. Cuando hay hijos de ambos cónyuges se despiertan los celos en ellos. Otra situación que complica la relación es la existencia de niños adolescentes, durante la niñez es más fácil que los hijos acepten al nuevo cónyuge. Con mayor frecuencia los adolescentes establecen una situación de rivalidad con la nueva figura adulta. Pero la generalidad de hijos de padres rematrimoniados sienten que deben de compartir con otra persona la atención y cariño que anteriormente era de manera exclusiva para ellos.

En los hijos de padres divorciados perdura la fantasía de que sus padres en un futuro van a volver a unirse, en este sentido, la nueva pareja toma el papel de intruso en la mente del niño:

Al mismo tiempo que los padres están emocionados con su nuevo matrimonio, algunos jóvenes se sienten solos, tristes, ambivalentes y enojados. Un estudio realizado por la Universidad de Princeton revela que el rematrimonio de los padres produce más problemas emocionales en los hijos que la separación de sus padres. Los problemas más comunes que aparecen en los niños al momento del rematrimonio son: aislamiento, peleas, inquietud, infelicidad, mala concentración, abuso de drogas y de alcohol. Afortunadamente, con un buen manejo estos problemas no duran mucho tiempo. (Escamilla, 2004, 149)

Los padres también viven una situación de ajuste importante, ya que deben de convivir con una familia más amplia, acoplándose al modo cultural distinto que ya se había instaurado en la anterior familia, en formas de festejo, reuniones, rituales y tradiciones. Además deben de respetar la autoridad del padre o la madre biológico(a) y buscar una relación amistosa con los hijos de su pareja actual, buscando una postura de autoridad y respeto: este acoplamiento llega a hacerse difícil cuando todavía se guardan rencores de la relación anterior y los padres biológicos utilizan a los hijos para dañarse; así mismo, llega a suceder que estos padres que se vieron en la necesidad de divorciarse, manifiestan celos y envidia porque ven a su ex pareja haciendo esfuerzos, con cierto éxito, para construir una nueva familia.

Pero también durante este periodo seguramente se está buscando el ajuste económico; al menos que exista una desatención de los padres, hay una negociación sobre el establecimiento de la pensión alimenticia y se procura controlar los gastos que acarrea la nueva familia.

Aparte de la estabilidad material, se pone en juego la estabilidad emocional. Muchos padres cargan la culpa de no haber podido dar a los hijos una familia “normal”, en la que convivan los padres biológicos dotando a sus hijos de afecto y seguridad; esto trae consigo una visión de fracaso. Pero también, experimentando ideas y sentimientos ambivalentes, existen grandes expectativas de salir adelante. Es decir, después de el divorcio se explora entre la posibilidad del éxito y la precaución ante el fracaso. Porque esta nueva familia también pasa por discusiones y diferencias, pero ahora debe de aprender a negociar y saber entender las necesidades del otro.

La asimilación del divorcio

Entre el divorcio y el matrimonio es de gran ayuda un periodo de vida de soltero(a), en el que no se tengan compromisos serios con otra pareja. Para que una persona pueda reflexionar sobre el rompimiento matrimonial por el que pasó, es importante que se de tiempo para sí misma y que pueda pensar en las cosas que en la pareja del divorcio le dieron felicidad, tristeza, rencor, frustración; es

decir, debe de generar un encuentro con sus sentimientos y pensamientos. La figura de un buen terapeuta llega a ser necesaria en estos casos.

Este es el momento en el que la persona aprende a vivir independiente, estando a gusto consigo misma. Siente y disfruta de lo cotidiano sin un(a) consorte.

Es más complicado cuando se lleva a cabo el rematrimonio sin haberse dado tiempo de lograr este crecimiento personal y resignificar la experiencia de la separación o el divorcio (todavía tan criticado en nuestra época). Las historias contadas por los otros, la familia de origen, la familia política, la ex pareja, junto con la historia autocontada después del rompimiento, se entrelazan; si no se ha tenido ese tiempo para sí mismo, la versión del pasado va a opacar la visión del presente y la proyección futura. En estas circunstancias es muy probable un nuevo divorcio. Para el éxito del nuevo vínculo matrimonial la autoestima es un factor que tiene mucho peso.

Cuando se presentan los problemas es el momento en el que uno debe de tratar de solucionarlos y es entonces cuando pueden aparecer las reglas nuevas. Tenerse amor facilita la superación de los problemas y disminuye la aparición del rencor.

Cuando aparecen los conflictos en la nueva relación, aflora el modo habitual que teníamos para resolverlos o para no resolverlos. Por ejemplo, unos hombres salen corriendo del cuarto aventando la puerta; otros gritan para atemorizar a los presentes, otros lloran o se hacen la víctima (o al revés). (Escamilla, 2004. págs. 109 y 110)

A cada rematrimonio le antecede su propia historia y esta obligado, aunque eso no sea lo deseado, a atravesar por sus propias dificultades. El autor antes citado encuentra ocho errores frecuentes en los matrimonios que emprenden un nuevo proyecto, teniendo hijos de un matrimonio anterior:

- ✿ **Intentar remplazar al padre ausente.** Muchas veces con el deseo de formar una pareja perfecta dejando todo pasado desagradable atrás, se busca que el ex cónyuge que hace la visita de los hijos deje de hacerlo y sea sustituido por la nueva pareja; sin embargo, aun cuando el padre no muestre gran interés por el hijo, resulta perjudicial. El hijo, en la mayoría de los casos, conserva lazos de lealtad con el padre o la madre biológica. En ocasiones la nueva pareja se convierte en competidora del padre biológico

queriendo ser un papá o una mamá “superespecial”, esmerándose en el trato al hijo(a). Sin embargo, consigue todo lo contrario, porque el hijo se siente incómodo cuando se quiere demostrar que el padre biológico va perdiendo. También resulta muy intrusivo que la nueva pareja quiera emprender rituales que corresponden al padre biológico: leerle cuentos, llevarlo a acampar, etcétera. La nueva pareja debe de crear sus propios rituales y dejarle el papel de padre o madre al progenitor.

- ✿ **Crear un falso sentimiento de unión familiar.** La unión de la nueva familia lleva su propio tiempo y no se debe de forzar a los hijos a sentirse felices cuando en realidad esta pasando por un momento difícil en el cual se sienten desdichados. La presión de los padres por exigir a los hijos que convivan en una armonía espontánea. El hijo es casi seguro va a pasar por un mal periodo, en el que se aíse o se manifieste abiertamente rebelde. Debemos recordar que se irá estableciendo una nueva estructura familiar en la que se establecen nuevas negociaciones de interacción.
- ✿ **Tratar de forzar el acoplamiento o la mezcla.** Cuando existen hijos por parte de ambos cónyuges en realidad existen dos grupos al inicio de la conformación de esta nueva unión. Cada grupo posee su identidad y sus lazos afectivos en concordancia a su primera familia. Aceptar al otro va a ser una labor difícil en la que es necesario actuar con paciencia.
- ✿ **Cambiar dramáticamente la relación padre-hijo.** Los cambios en la relación entre padres e hijos no se deben de dar de manera abrupta. Cuando hay una nueva pareja se necesita conservar el afecto a los hijos y no verter de manera espontánea la atención a la relación marital. En este caso hay que conservar el lugar que tienen los hijos.
- ✿ **Asumir la autoridad demasiado pronto.** Es evidente que las reglas familiares y el manejo de límites para con los hijos debe de ser asumida por el(la) nuevo(a) consorte, pues están formando una nueva estructura. Pero antes de que la nueva pareja asuma la función de autoridad debe de ser aceptado por los hijos. Al inicio los hijos van a estar enojados por esta persona a la que sienten extraña, pero con el tiempo es importante que se

de un acoplamiento amistoso que le facilite asumir la autoridad e imponer disciplina al nuevo integrante de la familia.

- ✿ **Presentar resistencia a la integración de la nueva familia.** En sentido contrario a las parejas que presionan demasiado la integración familiar, existen aquellas que no hacen esfuerzos por que se fomente esta integración. Estas parejas no estaban preparadas para el rematrimonio y tienen la creencia ingenua de que las cosas van a ir cambiando con el tiempo. Pueden existir temores y dudas en torno a la nueva relación, en otros casos se da una gran culpa hacia los hijos y sienten que sus hijos están quedando desprotegidos. Cuando no se trabaja la unión se fomenta la formación de subgrupos que tienden a separar a la familia.
- ✿ **Tratar de excluir al padre o madre biológico(a) de la vida de los hijos.** Después de la separación se deben de establecer los horarios de visita. Estos idealmente deben de surgir de común acuerdo y ser respetados por ambos padres biológicos. Con mucha frecuencia, estas visitas se niegan y se rompen los acuerdos; en ocasiones se desea lastimar a la ex pareja y se triangula al hijo, en otras se desea eliminar las molestias de cumplir obligaciones de horarios. Estas acciones incrementan los conflictos de lealtad de los hijos y llega a repercutir en el futuro rechazo al matrimonio.
- ✿ **Negar la existencia de problemas y conflictos.** Las expectativas de la nueva familia deben de ser realistas y se debe de emprender el enfrentamiento de problemas. En la medida en que estos se nieguen se propicia la confusión y se van acumulando resentimiento que poco a poco van erosionando la relación familiar.

En busca de la reorganización familiar

La fase posterior a un divorcio requiere del desarrollo de la capacidad para negociar numerosos y radicales cambios que van a llevar a la reorganización de la familia. No todos los casos de divorcio representan un problema tan grande, ni la conformación de los nuevos enlaces matrimoniales de los padres implican tensiones de mayor magnitud. *“Estos cambios afectan profundamente los niveles*

de estrés de niños y adultos; no obstante, muchas familias logran salir adelante. La mayoría de los matrimonios que se divorcian protegen a sus hijos del choque provocado por el conflicto entre los adultos y por la desorganización de la vida familiar, pero no todos lo hacen” (Isaacs, Montalvo y Abelson, 1995, pág. 17). Los “divorcios difíciles” son aquellos en los que subsiste el conflicto y la desorganización:

Dentro de este grupo hay adultos que no pueden controlar sus disputas y, a menudo, reclutan a sus hijos haciendo que tomen partido. Otros pierden la fe en su capacidad para cumplir las tareas parentales; otros, en fin, abdican de sus responsabilidades en la educación y crianza de los hijos. (Isaacs, Montalvo y Abelson, 1995, pág. 17 y 18)

Cada divorcio implica necesidades terapéuticas particulares, hay ocasiones en los que se trabaja con los miembros de la familia, comúnmente con el padre que tiene la custodia y con los hijos, pues se presentan problemas de límites y jerarquías; en otros casos se prefiere trabajar con la expareja, pues prevalecen conflictos en los adultos y se han formado coaliciones y alianzas con los hijos con el fin de conservar la homeostasis; hay casos en los que conviene citar a los miembros de la familia extensa, pues estos cumplen funciones parentales ante el decaimiento de la presencia de los padres; en otros casos, los padres ya han iniciado nuevos vínculos afectivos prevaleciendo un problema de “*separación emocional incompleta*” que afecta la nueva relación. En todo los casos es importante tratar el problema que llevan a terapia los adultos y el que expresan los hijos, ya que una familia esta compuesta por miembros en distintas etapas de desarrollo y perciben la separación de manera diferente. Desde la perspectiva de Isaacs, Montalvo y Abelson (1995), “*se da prioridad a los hijos; sin dejar de ser importantes los padres y los otros miembros de la familia que estén involucrados: Creemos que la familia no es una comunidad de iguales y que, dentro de la jerarquía familiar, los niños son verdaderamente más vulnerables que los adultos*” (pág. 20).

La integración armoniosa y el respeto a los hijos

El término de “integración armoniosa” se refiere a la nueva organización familiar dada a partir de que uno o ambos progenitores inician nuevas relaciones estables con otros cónyuges, resolviendo y superando las dificultades de la relación anterior. “una integración armoniosa entraña el reordenamiento de la estructura familiar y, como todo proceso de esta naturaleza, lleva tiempo” (Isaacs, Montalvo y Abelsohn, 1995, pág. 256). Es común que en la fantasía de los padres se intente crear una nueva familia, a partir de una integración instantánea, en otras palabras forzada, y que se mande el mensaje al otro progenitor de que el rompimiento matrimonial es definitivo. Es un momento de madurez respecto al divorcio en el que los padres suelen sentirse más seguros de haber logrado una separación exitosa; pero puede que no se halla considerado el vínculo afectivo que mantienen los hijos.

Los hijos deben de ser considerados en distintos aspectos. En primer lugar, a pesar de la separación mantienen lazos afectivos con sus padres biológicos; salvo en los casos en los que los niños eran muy pequeños cuando sus padres se divorciaron, ellos con mayor facilidad pueden aceptar al cónyuge del progenitor que lo tiene en custodia; en otros casos el niño no parte de cero, tiene recuerdos y vínculos buenos. En segundo lugar se deben de respetar los rituales que efectuaba el progenitor ausente y que tenían un significado para el hijo, tanto aquellos que efectuaba para con la madre como para con el hijo; por ejemplo, si el padre y la madre acostumbraban abrazarse en el sofá antes de que los hijos se durmieran, al ver que ese mismo ritual lo hace un extraño, esto va a romper su seguridad y se van a sentir invadidos por otra persona. Un tercer aspecto es mantener la jerarquía del padre ausente, y no crear un papel forzado de paternidad o maternidad.

Si los padres no han logrado la separación emocional de manera completa, se corren dos riesgos: dejar a los hijos atrapados en una relación triangulada, de mensajes de doble vínculo, sin límites, o si es adolescente, con el riesgo de huir de su casa; el segundo riesgo es que se de una nueva separación.

El acelerar una nueva relación puede darse como la coartada ideal surgida por el deseo imperioso de demostrar al otro que la relación se va a cerrar con broche de oro, sobre todo cuando han habido ofensas y engaños en el matrimonio. En divorcios difíciles, también puede suceder que los sentimientos de ira se desplacen al cónyuge de la nueva relación y se cree un chivo expiatorio a quien culpar del rompimiento de la relación. Este puede ser otro elemento para preservar la relación antagónica.

Las disputas entre los padres, abiertas o encubiertas, hacen que los hijos se vean envueltos en lazos de lealtades, por ejemplo: *“Se exacerban las luchas entre las diferentes lealtades: algunos hijos sienten la necesidad de proteger al progenitor que no ha entablado una nueva relación; otros desean acercarse al nuevo cónyuge, pero la hostilidad del otro progenitor los hace sentirse culpables”* (Isaacs, Montalvo y Abelsohn, 1995, pág. 263).

2. LEALTAD Y LOS NUEVOS ENLACES MATRIMONIALES

La lealtad tiene que ver tanto con las características de un grupo, como con la actitud asumida por el individuo. En lo que concierne al grupo la lealtad es parte de la comprensión de las relaciones familiares, muchos de los movimientos que se dan entre los miembros de la familia, como las escisiones, las alianzas y las coaliciones (que son aspectos considerados en los estudios de terapia familiar), tienen que ver con vínculos de lealtad. Desde la perspectiva de Boszormenyi-Nagy y Spark (1983) se afirma lo siguiente: *“Presuponemos que, para ser un miembro leal de un grupo, uno tiene que interiorizar el espíritu de sus expectativas y asumir una serie de actitudes posibles de especificación, para cumplir con los mandatos interiorizados”* (pág. 54). El miembro del grupo se somete a los mandatos familiares a partir de las expectativas externas, fomentadas por el grupo, como de las obligaciones interiorizadas a partir de la educación. Entonces, la lealtad tiene que ver tanto con la dinámica grupal como con las características individuales. La teoría freudiana ha explicado la parte individual a partir de la función del super yo, como la instancia que resguarda los principios éticos, en donde el no cumplir con el sentido del deber, ecuanimidad y justicia, trae como consecuencia sentimientos

de culpa. Entendido esto de manera sistémica, la culpa cumple una función reguladora para mantener la homeostasis familiar.

Con la ruptura familiar del divorcio y el rematrimonio es seguro que los integrantes de la familia en su búsqueda por preservar la homeostasis familiar entren en conflictos de lealtad que les generen culpa, cuando los padres de manera abierta o encubierta no han podido soltar el vínculo que los unía a su anterior pareja manifiestan sentimientos y reproches que pueden mantener atrapados a los hijos.

En ocasiones cuando existe un objeto de lealtad, con el que el integrante del grupo comparte esfuerzos, sentimientos, actitudes y/o valores, el alinearse a éste genera confianza y sentimientos positivos. En estos casos la lealtad tiene una función sana dentro del grupo. *“El concepto de lealtad es fundamental para comprender la ética o sea la estructuración relacional más profunda de las familias y otros grupos sociales”* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, pág. 56). En el núcleo familiar se ponen en juego valores, muchos de los cuales favorecen la cohesión familiar, por ejemplo: fidelidad, respeto, tolerancia, veracidad, abnegación, etcétera. El comportamiento leal es muestra del interés por pertenecer al grupo, asimismo, de la búsqueda de reconocimiento de los otros; se mantienen mecanismos de cohesión externa con los cuales el individuo esta de acuerdo. Pero también existe un componente individual de la lealtad que tiene que ver con la identidad que mantiene la persona con el grupo, los sentimientos que se generan a raíz de la relación objetal con los otros, y cuestiones como la confianza, responsabilidad, compromiso, entre otras cosas.

Por su etimología la palabra lealtad deriva de la voz francesa *“loi”*, ley, de manera que implica actitudes de acatamiento a la ley. Las familias tienen sus propias leyes, en forma de expectativas compartidas no escritas. Cada miembro de la familia se halla constantemente sujeto a pautas variables de expectativas, las que cumple o no. En los hijos pequeños el cumplimiento se sanciona por medio de medidas disciplinarias externas. Los hijos mayores y los adultos pueden cumplir llevados por compromisos de lealtad internalizados. (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, pág. 60)

Siguiendo al anterior autor se establece que los lazos de lealtad en la familia tienen como base el parentesco biológico y hereditario desde la concepción

planteada por Boszormenyi-Nagy y Spark (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, pág. 60). Ya que por lo general, los parentescos políticos tienen menos efectos en cuanto a la lealtad que los lazos de consanguinidad. Si esta misma conclusión la transferimos a la situación que viven las familias pluricompuestas, podemos pensar que la ruptura del matrimonio significa romper con los valores que de manera consciente e inconsciente se pactaron y establecieron y que han sido transmitidos desde la generación anterior; esto genera un problema de lealtad, así como movimientos de alianzas y coaliciones, y de desconfianza a los nuevos miembros que se integran, con el o los segundos matrimonios. En lo referente a la relación entre padres e hijos, cuando existen dos objetos de lealtad en discordancia, con certeza se generaran culpas; porque el hijo tiene que optar por uno de manera abierta, aunque de manera encubierta viva con la sombra de lealtad hacia el otro padre. El que el hijo disfrute de la relación con ambos padres no será posible si ambos progenitores se expresan sentimientos negativos, ya sea en el lenguaje digital y/o en el analógico. *“Bateson y Jackson han señalado la importancia de la codificación analógica versus la digital en la formación de los síntomas histéricos”* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995, pág. 103).

La parentalización

Boszormenyi-Nagy y Spark también consideran que la parentalización tiene implicaciones sistémicas y de lealtad. *“Por definición, la parentalización implica la distorsión subjetiva de una relación, como si en ella la propia pareja, o incluso los hijos, cumplieran el papel de padre. Dicha distorsión puede efectuarse en la fantasía, como expresión de deseos, o, de modo más notorio, mediante una conducta de dependencia”* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, pág. 182). Para estos autores la parentalización no siempre se asocia a la familia patológica, porque de alguna manera toda persona en diversos momentos de su vida es parentalizada por sus padres, si fuera de otra manera no se daría la identificación con roles que en el futuro le permitan tomar responsabilidades al hijo. Este grado de parentalización no se basa en la tolerancia unilateral, ya que el hijo se mantiene en una situación en la que le puede exigir al otro. Sin embargo, en la

parentalización patológica se crea un lazo que mantiene atrapado al hijo, atándolo con exigencias unilaterales que la persona de manera obligatoria debe de cumplir. Podemos encontrar múltiples formas de parentalización: padres hipocondríacos que tienen la fantasía de que sus hijos actúen como si fueran sus padres, los hijos sobre exigidos que actúan para suplir la frustración del padre o la madre, hijos que toman el papel de “chivos expiatorios” manteniendo conductas delictivas.

En el caso de los padres divorciados, cuando aún mantienen lazos afectivos de la relación anterior suelen atrapar a los hijos en la lealtad. De por sí, el simple hecho de la separación funciona como un estresor importante en la vida del niño; los perjuicios llegan a ser serios cuando los padres implican a los hijos en sus disputas. Cuando los hijos son pequeños todavía no tienen suficientes habilidades que les permitan mediar con las dificultades de sus padres, Arnold y Carnahan encuentran cuatro tipos de conductas que, según, los niños intentan manejar a partir de los 6 años; esto lo retoma Trianes (2002) en los siguientes rubros:

- Intentar maniobrar entre los dos padres en batalla, para obtener sus necesidades, incluso manipulándolos. Esta estrategia es difícil de llevar a cabo con éxito, y los niños más jóvenes, de los 6 a los 8 años, pueden fracasar en el intento; con la edad se hacen más hábiles.
- Procurar mantener la calma con una postura imparcial, o sea ser “justos” con ambos padres. A causa de la dificultad de ese comportamiento fracasan a estas edades inferiores.
- Tomar partido por uno de los padres e incluso rechazar al otro basándose en las razones del padre a cuyo lado se alinean. Esta solución, si bien les procura seguridad de momento, tiene nocivas consecuencias a medio y largo plazo sobre el desarrollo y las relaciones padres-hijos.
- Desorganizarse y sucumbir bajo el estrés desarrollando graves problemas (pág. 70).

Las dos primeras formas de manejo del estrés en los niños cuyos padres han sostenido un vínculo patológico no representan dificultades en torno a la lealtad, pues se distribuye de manera similar la lealtad (o la deslealtad) en ambos padres. Sin embargo, la aleación franca con uno de los padres es generadora de sentimientos de culpa a causa de la deslealtad abierta hacia el progenitor culpabilizado y descalificado. El cuarto tipo de conducta, en los términos de la Terapia Familiar Sistémica de la escuela de Milán, se traduce al paciente sintomático que distrae la atención de los padres ayudándoles a no tocar su dolor. Sin embargo, independientemente del tipo de conducta que manifieste el hijo, este ha quedado ensartado en el hilo de la parentalidad ante la incompetencia de sus padres para superar sus conflictos.

Otros de los problemas que atrapan a los hijos son los mitos, estos provienen de distintas fuentes; la historia de los individuos que componen la familia, las generaciones anteriores, la historia de la pareja, la historia del individuo. En el divorcio y las familias pluricompuestas los mitos y las lealtades juegan un papel importante.

La formación que tiene el individuo dentro de la familia genera idealizaciones de cómo deben de ser las cosas y estas persisten en la vida adulta. Estas idealizaciones se manifiestan a manera de mitos, y los mitos pueden ser favorables o desfavorables en la relación entre padres e hijos. Considero que existe una relación entre mitos y lealtades, pues los mitos involucran personas y sentimientos hacia estas. Son de alguna manera una plataforma creada por las experiencias antecedentes de la familia, muchas de las cuales se encuentran vinculadas con las experiencias de generaciones anteriores. Desde esta plataforma el miembro de la familia mira a los demás miembros para saber a quien (es) debe seguir, proteger y con quien(es) debe de establecer vínculos de pertenencia, y con quien (es) debe de mantenerse más lejano. Los mitos conforman un mundo ideal que puede ser cercano a la realidad vivida en el ambiente familiar, o puede ser un fantasma que se opone a la creación de las nuevas realidades que acompañan el desarrollo de la familia.

3. LOS MITOS

En muchos casos la parentalización suele ser inconciente y responde a la necesidad del progenitor por suplir sus propias pérdidas y deficiencias en la relación con sus propios padres. *“Sin duda alguna, hasta el más maduro de los adultos necesita abandonarse periódicamente a sus sueños de gratificación infantil, y se ve tentado de usar una relación actual como sustituto de la posesión de un progenitor”* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, pág. 183). Pero en otros casos el hijo queda incrustado en la parentalización debido a que el padre ha tenido pérdidas muy dolorosas, que no ha podido superar, y en su vínculo con el hijo influye el temor a perderlo. El divorcio es también una pérdida, y ya sea de manera transitoria o permanente los padres separados o divorciados emprenden un viaje de soledad y frustración, al romper con una relación afectiva que en otro momento resultó prometedora. La responsabilidad y la culpa son temas que resuenan en la expareja porque ellos no están desvinculados de su propia lealtad a sus familias de origen y al deber ser, dictado por la cultura en la que se han desenvuelto. El divorcio a su vez, puede estar cargado de muchas paradojas, por ejemplo: a) ya sea por haber sufrido el divorcio de los padres en la familia de origen y tristemente repetir la historia, b) o por no haber cumplido el mito de la familia ideal, el cual diligentemente se ha hecho realidad en otros miembros de la familia; en ambos casos, del otro lado de la paradoja está el no poder continuar con una relación. Los mitos en las relaciones de familia son complejas y se gestan tanto de manera individual como en la familia y las generaciones que le anteceden.

Mitos familiares

Según definió Antonio Ferreira los mitos familiares son *“una serie de creencias bien integradas, que comparten todos los miembros de la familia”* (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 19). Ferreira consideró que los mitos eran estáticos y tenían como única función mantener la homeostasis de la familia, así también, debían de ser compartidos de manera conciente por todos los integrantes de la familia y ser el punto central en torno al cual giraban los procesos familiares. Por su parte,

Bagarozzi y Anderson (1996) consideran que los mitos familiares van cambiando a lo largo del tiempo conforme se desarrolla el ciclo familiar; dichos autores corroboraron esto con distintos especialistas interesados en el tema. También, consideran que los mitos no necesariamente son patológicos y son compartidos universalmente por las culturas. Así, el sistema se puede retroalimentar negativamente con los mitos desempeñando una función homeostática, manteniendo la estabilidad del sistema; pero también, pueden dotar de una retroalimentación positiva involucrada con el cambio, crecimiento y desarrollo. Según esta perspectiva, se manifiestan distintos componentes y procesos interrelacionados, entre los que se considera:

1. Los mitos personales de cada uno de los cónyuges. Con frecuencia los mitos personales incluyen varios temas intergeneracionales.
2. Los mitos conyugales que empiezan a adquirir forma durante el proceso constituido por las citas, el proceso de seducción y el compromiso.
3. Los mitos del grupo familiar que nacen de la mezcla y la integración de todos los mitos personales de los miembros de la familia, los mitos matrimoniales de los cónyuges, las expectativas de los padres respecto de los hijos y las experiencias compartidas de todos los miembros de la familia como grupo familiar (1996, pág. 20).

En los mitos están integrados el individuo, su familia, la comunidad y la cultura; de modo que los mitos tienen una gran persistencia en estos distintos niveles en los que se manifiestan, siendo transmitidos de una a otra generación, pues el mensaje que portan es primordial para la supervivencia del individuo, grupo o especie del cual ha emergido. Guardan en su haber valores, normas, conductas, costumbres, entre otras cosas, que son de gran valía para los portadores del mito. *“Los mitos cumplen la función adicional de exteriorizar y objetivar los fenómenos compartidos problemáticos e incomprensibles. De este modo, fomentan también la identidad y la cohesión grupales”* (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 24).

El origen de los mitos personales

Podemos conocer una gran cantidad de mitos que han surgido a lo largo de la historia social, estos tienen la función de dar un significado y continuidad a los distintos momentos que componen la temporalidad: presente, pasado y futuro. En el individuo también juegan un papel importante las mitologías, ya que organizan nuestras experiencias, proporcionándoles un significado relevante en el sentido psicológico. El origen de la mitología personal tiene lugar en la familia. *“Las mitologías personales constituyen complejos de temas simbólicos y afectivamente cargados, que comprenden tres componentes estructurales fundamentales: el yo, el yo-en-relación-con-los-demás y los ideales interiorizados de otros seres significativos”* (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 37).

De acuerdo a la formulación que plantean Bagarozzi y Anderson (1996), el yo cumple una función estructural que permite organizar los componentes de la experiencia, perceptivos y afectivos, que tienen lugar tanto a nivel consciente como inconsciente.

Los estilos interpersonales evolucionan a medida de que uno encuentra e intenta dominar las distintas tareas del desarrollo y conflictos interpersonales con otros seres significativos durante cada etapa del ciclo vital. Cuanta más dificultad se tenga en dominar una tarea de desarrollo particular, más persistirá esta tarea sin resolver como motivo a lo largo de la propia vida. *Estos conflictos irresueltos con otros seres significativos siguen reapareciendo como tema fundamental en la propia mitología personal*. (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 38)

Esta concepción de la mitología personal implica que los conflictos no resueltos con seres significativos que se han tenido a lo largo de la vida, tienen un intento de resolución posterior a través de una selección de personajes significativos que son tomados de historias tradicionales, cuentos, novelas, películas, programas de televisión, etcétera; estos personajes representan a los que a lo largo del ciclo vital ocuparon un lugar importante. En los términos que plantea el psicoanálisis se dan procesos de proyección y transferencia.

Lo que puede ser recordado de la relación que se tenía con padres, abuelos, hermanos, etcétera, son versiones idealizadas de la realidad y las personas; su utilidad terapéutica es que al ser considerados estos modelos ideales, se puede tener una visión del trasfondo que hay en las relaciones

interpersonales del cliente. “De modo similar, estas relaciones reconstruidas entre los seres significativos se convierten también en modelos esquemáticos de las expectativas que uno tiene de los roles conyugales y familiares y los temas de las relaciones” (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 39). Estos modelos idealizados son inclinaciones a percibir las relaciones interpersonales de una manera preconcebida: a) El *cónyuge ideal* resguarda características de los padres y otras personas significativas; así que en la relación con el otro se llegan a proyectar anhelos inconcientes, que pueden ser positivos o negativos (p. ej. madre buena vs madre mala). b) El *matrimonio ideal* es el prototipo del matrimonio que genera una meta a alcanzar, originada en el modelo familiar. c) Los hijos ideales tienen lugar, al igual que los anteriores modelos ideales, como un ideal que representa la norma de perfección.

Para el común de las personas los modelos ideales representan rasgos predominantemente positivos y deseables. Pero en otros casos los atributos de las personas significativas son negativos.

Por ejemplo, las personas que han tenido experiencias traumáticas con modelos gravemente rechazantes, punitivos, abusivos, inadecuados o ineficaces suelen concebir un *ideal perfecto* (es decir, el “objeto bueno”) como defensa superviviente contra este *ideal negativo* o traumatizante (es decir, el “objeto malo”). Cuando esto ocurre, el *ideal negativo* se reprime, es desterrado al inconciente, donde reside como motivo central de un tema o mito conflictivo irresuelto. (Bagarozzi y Anderson, 1996, 41 y 42)

El origen los mitos familiares

En los mitos confluyen las distintas experiencias que tiene el individuo, tanto en el sentido biológico, como familiar, social y cultural; así, los factores y componentes del mito no tienen una existencia aislada, los mitos personales existen junto a los mitos de la familia, la sociedad y la cultura. A lo largo de la historia de la familia van evolucionando los mitos, y los miembros del grupo familiar hacen aportaciones a esta mitología particular y se van apropiando de dicho producto del grupo. Los mitos familiares se basan en tres componentes relacionados:

a) las expectativas concientes e inconcientes de cada progenitor hacia sus hijos, según se manifiestan bajo la forma de *hijos ideales* cognitivos; b) los mitos secundarios, subtemas y fabulas que se crean entre los miembros de la familia, y sirven para mantener diversas coaliciones, alianzas de poder, configuraciones

estructurales, reglas de procedimientos y acuerdos jerárquicos en la familia, y c) los mitos del grupo familiar que se derivan de las interacciones y las experiencias de vida compartidas por todos los miembros de la familia. (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 259)

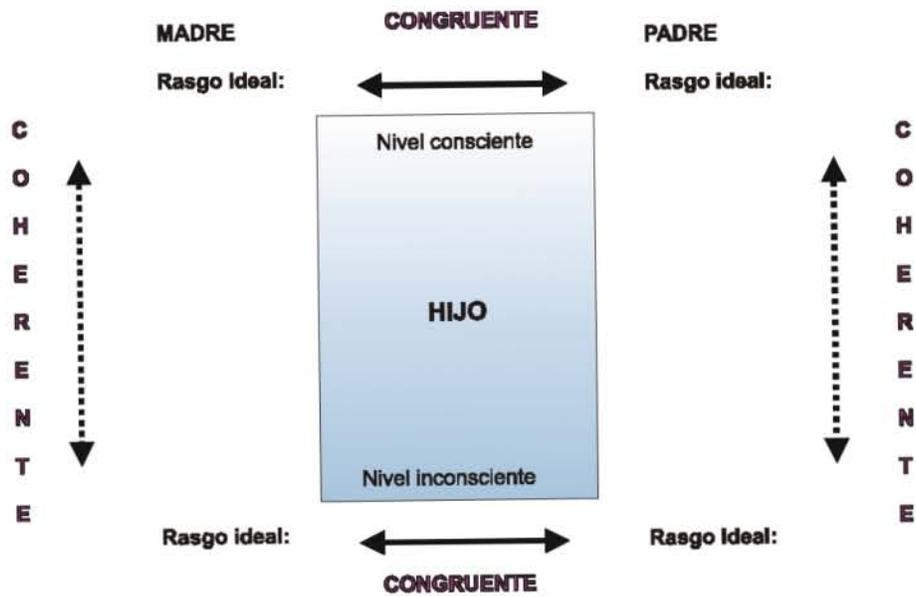
La llegada de los hijos a la familia es un evento significativo para ambos padres, que es parte de la evolución familiar que requiere del dominio de tareas encaminadas a la integración del grupo. Cada cónyuge contribuye con su representación cognitiva ideal respecto al nuevo miembro de la familia.

La percepción que se tiene de cada hijo depende de diversos factores. Por ejemplo, el sexo del niño, su aspecto físico, su orden de nacimiento, los sueños, las esperanzas, aspiraciones y conflictos personales de los padres, son todos factores que influyen en la construcción del ideal del progenitor respecto a un hijo determinado. (Bagarozzi y Anderson, 1996, págs. 259 y 260)

Cada progenitor cuenta con un modelo de la *familia ideal* y del modelo que deben de cumplir los hijos, que roles y guiones les corresponden y deben de cumplir. Estas imágenes cognitivas son conscientes e inconscientes, ahora, lo interesante es ver en que medida los cónyuges pueden ponerse de acuerdo y expresar ideales congruentes; si no se resuelven las diferencias respecto a las expectativas que tienen los padres, este se situará en medio de un campo de batalla. También puede suceder que el hijo se vuelva un aliado del progenitor al amoldarse a su ideal. Lo que se suele retomar es en que estas afectan la personalidad del hijo, sus conductas, percepciones, relaciones interpersonales.

En un sistema familiar funcional, ambos padres son coherentes en los ideales que tienen hacia el hijo, tanto a nivel consciente como inconsciente. Aunque no es común que ambos padres estén completamente de acuerdo en la percepción que tienen respecto al hijo, no podríamos decir que esto representa un problema verdadero al menos que los padres no resuelvan sus incoherencias. De acuerdo a los postulados de Bagarozzi y Anderson (1996) diseñé los siguientes esquemas sobre las relaciones parentales:

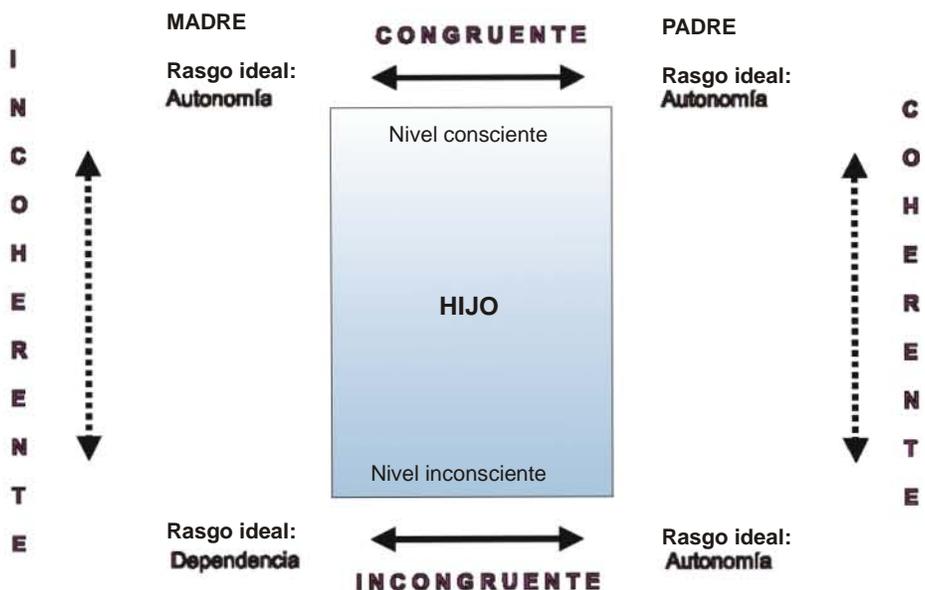
A) **Fusión óptima de los ideales paternos.** Existe coherencia y congruencia entre ambos padres.



B) Conflicto simple. Se presenta un conflicto sencillo. Hay discrepancia en los padres, pero no se presenta de manera encubierta, por lo que no representa confusión para el hijo.



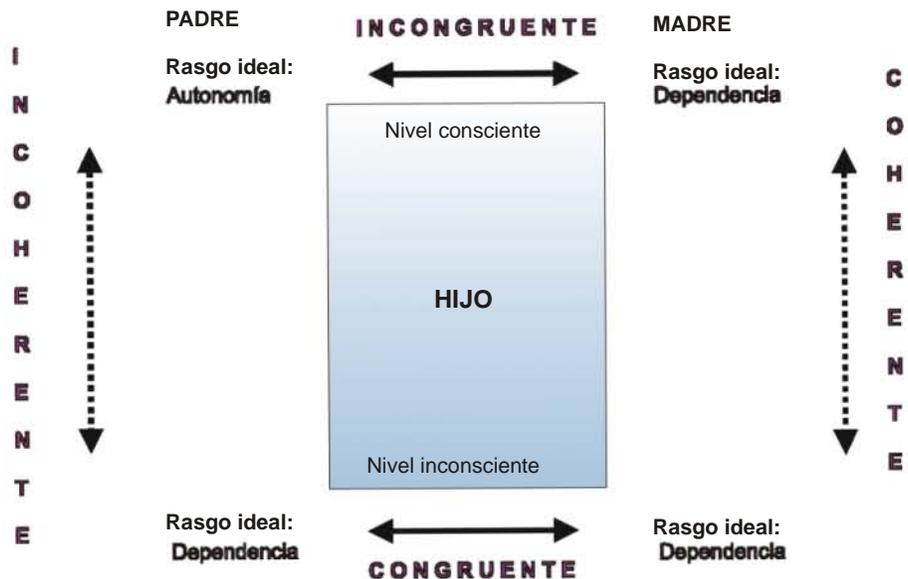
C) Conflicto en uno de los progenitores. El hijo recibe mensajes incoherentes de uno de sus padres, presentándose una situación de doble vínculo.



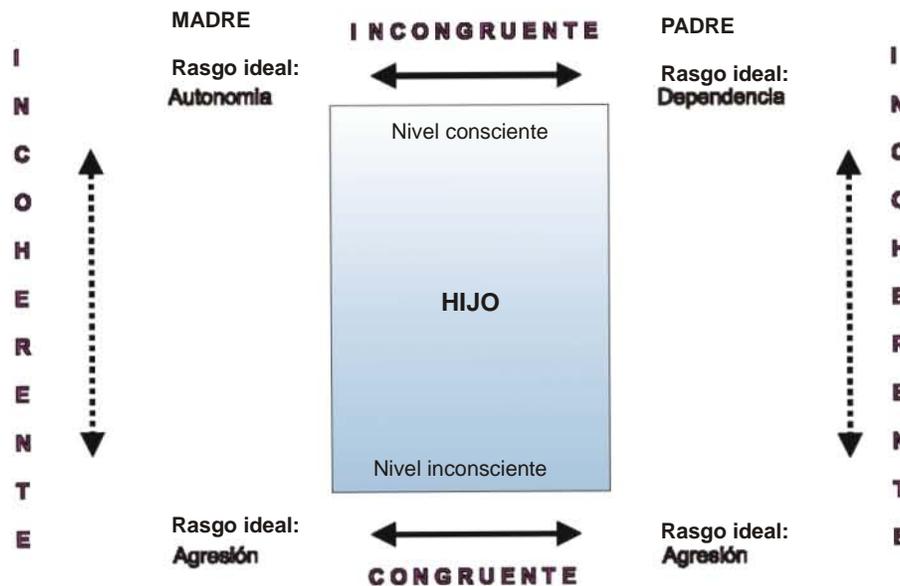
D) Acuerdo pactado inconsciente. Los padres hacen acuerdos pactados inconscientes. Esta situación es muy frecuente en terapia.



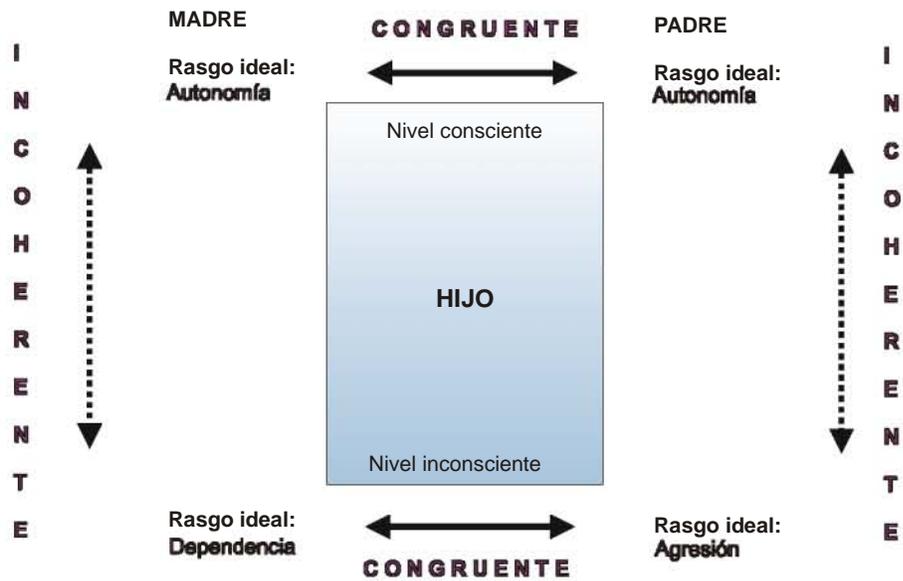
E) Discrepancia consciente en la que existe un acuerdo inconsciente con conflicto en uno de los progenitores. De manera consciente los padres tienen discrepancia en cuanto al tipo de hijo que desean, pero inconscientemente hay un acuerdo. En este caso uno de los progenitores presenta un conflicto intrapsíquico. Esta situación es muy común en familias disfuncionales.



F) **Discrepancia conciente en la que existe conflicto y acuerdo inconsciente en ambos progenitores.** Concientemente existe incongruencia en ambos progenitores; además, ambos presentan ideales inconcientes que contradicen a sus ideales concientes, lo cual les genera conflicto intrapsíquico, pero existe un acuerdo a nivel inconciente



G) **Acuerdo conciente con discrepancia inconsciente.** Hay una situación confusa porque uno de los padres introduce una tercera expectativa inconciente diferente a la que manifiesta conscientemente. El resultado suele ser una alianza entre el hijo y el otro progenitor. Hay casos en los que los padres resuelven la ansiedad que les producen las discrepancias, intrapsíquicas e interpersonales: a) cambiando sus ideales, b) buscando cambiar las conductas del hijo para que se parezca a la que espera el otro progenitor y c) defendiéndose de las discrepancias. Una forma más de mediar la situación es generar mitos buscando amortiguar las discrepancias.

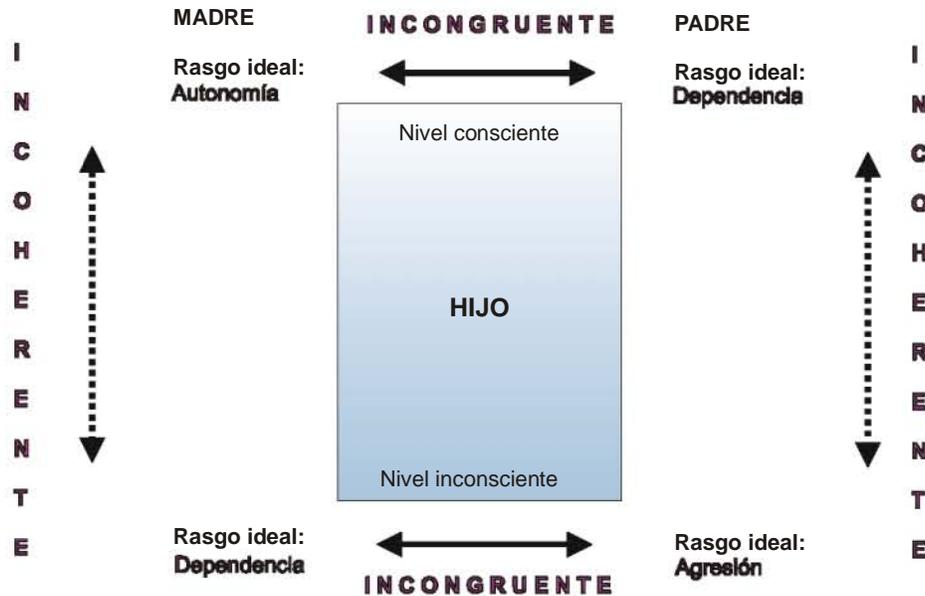


H) Discrepancia consciente con incoherencia en uno de los padres.

Representa un conflicto mayor porque no solo uno de los padres agrega una tercera expectativa inconsciente que le produce incoherencia intrapsíquica, sino que además la incongruencia también se manifiesta a nivel consciente.



- I) **Expectativas paternas incongruentes-incoherentes.** Aumenta en complejidad respecto al planteamiento anterior porque la incongruencia es en los niveles consciente e inconsciente, y ambos padres tienen expectativas inconscientes diferentes a las que manifiestan de manera consciente. Sin embargo, uno de los padres ha creado un mito secundario (consciente) que coincide con el mito inconsciente del otro.



Una variación puede ser la siguiente:



A continuación se exponen ejemplos de cada uno de los tipos de condiciones de los ideales parentales.

EJEMPLOS:

TIPOS DE CONDICIONES DE LOS IDEALES PARENTALES

IDEAL PARENTAL	EJEMPLO
A. Fusión óptima de los ideales paternos	Ambos padres consideran que su hijo adolescente debe de adquirir independencia y a su ingreso a la universidad lo apoyan para que viva cerca de la facultad.
B. Conflicto simple	La madre de Laura (13 años) no le permite que salga con sus amigos de la secundaria. Pero su esposo piensa que la hija debe aprender a desenvolverse con sus compañeros, así que es él quien da las autorizaciones y supervisa los horarios; aunque tienen constantes discusiones en torno a la libertad de la hija.
C. Conflicto en uno de los progenitores	El padre de Belinda autorizó a su hija para que trabaje, siempre y cuando esto no interfiera su estudio en la preparatoria. La madre esta de acuerdo con su esposo y suele comentar agrado por el hecho de que la mujer sea ahora más independiente; pero en otras ocasiones le dice que ella ya se siente cansada y enferma, que no le va a durar mucho tiempo y que deberían pasar más tiempo juntas.
D. Acuerdo pactado inconsciente	Fernando y Elizabeth pasan de los 50 años de edad, Luisa, la hija que Fernanda tuvo en su primer matrimonio, vive con ellos, tiene 30 años. Ambos coinciden en que debería casarse y tener su propia familia, piensan que Luisa no ha tenido suerte y que ya le llegará su momento. Pero la pareja también manifiesta muchos temores porque ambos consideran que han sido irresponsables, por lo que Luisa se ha ocupado en ser proveedora de la familia.
E. Discrepancia conciente en la que existe un acuerdo inconsciente con conflicto en uno de los progenitores	Lorena perdió a su hija hace 9 años, quien tuvo dificultades de nacimiento y murió al mes. Su segundo hijo ahora tiene 5 años, ella piensa que es propenso a desarrollar asma, lo abriga aunque haga calor, no lo deja salir, no permite que otros niños se le acerquen porque piensa que pueden contagiarle enfermedades. Lorena y Ramiro (su esposo) discuten frecuentemente, el quiere que su hijo tenga un entrenamiento deportivo, pero tampoco impulsa al hijo, no ocupa tiempo en el niño y se sobrecarga de trabajo.
F. Discrepancia conciente en la que existe conflicto y acuerdo inconsciente en ambos progenitores	Alan es hijo adoptivo, sus padres no se ponen de acuerdo en lo que le están pidiendo para que este bien en la familia. Su madre le dice que debe de terminar su carrera y conseguir un buen empleo en vez de pasar tanto tiempo en gimnasios, su padre le sugiere que trabaje en su negocio. Además, la pareja se siente lastimada con sus familias de origen porque Alan no tiene tantos privilegios en las familias extensas como el resto de los parientes consanguíneos, quienes lo menosprecian; así que proporcionan las facilidades a Alan para que se dedique a deportes fuertes.

G. Acuerdo conciente con discrepancia inconsciente	Guillermo tiene 25 años y desde hace años se ha inclinado por la profesión de escultor. Su madre tiene la creencia de género de que los hombres no son afectivos, que no son capaces de tocar sus sentimientos, pero que Guillermo es sensible. Su padre tiene la creencia de género de que el hombre debe de ser agresivo y “llevar las riendas”. Así que para no tener discrepancias han creado el mito secundario de que Guillermo es sensible y compite de manera agresiva en su profesión. Su ideal conciente es que él va a ser un escultor con solvencia económica e independencia, aunque su madre le solventa muchos gastos.
H. Discrepancia conciente con incoherencia en uno de los padres	El padre de Ana piensa que ella todavía no debe de casarse y tiene problemas con su esposa porque le dice a Ana que se vaya de la casa y procura que ella se haga sus gastos. Sin embargo, él no la apoya económicamente; también se queja de que es muy sumisa con su novio y debería tener más carácter.
I. Expectativas paternas incongruentes-incoherentes	La madre de Ernesto se deprime porque su hijo se ha separado tres veces de su esposa, ella le ha permitido regresar a casa. Su padre le aconseja a Ernesto que le haga compañía a su mamá, pero a su vez él maltrata a su esposa y le dice a Ernesto que con las mujeres hay que ser firmes.

Cuadro 3.1. Se muestran ejemplos de las distintas condiciones parentales y mitos que surgen en las familias.

El tener una familia puede conferir a los padres una segunda oportunidad de sacar a flote conflictos que no han sido resueltos y que proceden de sus propias mitologías personales. En las familias disfuncionales las posibilidades de interacción se ven limitadas por esos mitos que originalmente aportan los padres de familia, esta imposibilidad de cambio fragua aún más cuando en la evolución de la familia surgen negociaciones que disminuyen la ansiedad de la familia pero mantienen atrapados a los hijos. *“Conductualmente, la imagen familiar ideal se refuerza a través de rutinas y rituales diarios, de refranes, chistes, anécdotas humorísticas y recuerdos familiares compartidos, de actividades recreativas, prácticas religiosas y costumbres étnicas de la familia, etc.”* (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 276). Verbalmente se comunican una serie de reglas y valores mediante los cuales se rige la familia y se sustentan los mitos de los padres. Esto corresponde al funcionamiento normal de los grupos humanos, pero cuando los mitos ideales de los padres no concuerdan surgen situaciones conflictivas.

En el cuadro 3.1 se ejemplifican distintos tipos de condiciones que surgen en relación a los mitos ideales de los padres. La condición “A” es poco común,

corresponde a los padres que manifiestan coherencia intrapsíquica, es decir, que a nivel tanto consciente como inconsciente no presentan contradicciones; además, en ambos niveles de conciencia muestran congruencia interpersonal, esto es, parten de mitos ideales similares. En la condición “B” los padres no se ponen de acuerdo porque sus mitos ideales son diferentes, pero existe coherencia intrapsíquica: así que ellos pueden negociar y llegar a un acuerdo que les permita no triangular al hijo; son casos terapéuticos relativamente más sencillos.

El resto de los casos representan situaciones paulatinamente más complejas. En el caso “C” uno de los progenitores mantiene ideales contradictorios, por lo que el hijo sufre una situación de doble vínculo; el hijo tiene dos opciones, 1) manifestarse como miembro sintomático de la familia o, 2) repudiar al padre incoherente y aliarse con el padre coherente. El ejemplo “D” los padres mantienen congruencia a nivel consciente y han hecho un acuerdo pactado inconsciente para educar al hijo; el hijo no puede aliarse con ninguno de los dos para escapar del doble vínculo. En cambio, en el ejemplo “E”, los padres, aunque han pactado un acuerdo inconsciente, mantienen discrepancia a nivel consciente, y el hijo puede aliarse con uno de los progenitores según le convenga. En el ejemplo “F” el hijo también puede buscar la alianza con uno de los padres, sin embargo le cuesta más trabajo distinguir lo que se espera de él debido a que hay más variedad de ideales.

En estos últimos ejemplos la familia pone en práctica estrategias que les permiten aminorar el conflicto de las siguientes maneras: a) ya sea cambiando estos mitos ideales para que no existan discrepancias entre la percepción que se tiene del hijo y el hijo ideal, b) acoplando las conductas del hijo para que se parezca al ideal, c) empleando mecanismos de defensa que les impidan ser conscientes de las discrepancias. Sin embargo, existe una cuarta posibilidad: d) creando mitos secundarios que aminoren el conflicto y la ansiedad entre los padres. Los siguientes casos son los más complejos y requieren de la creación de mitos secundarios. Los mitos secundarios son una negociación inconsciente que permite unir los ideales incongruentes de ambos padres para afrontar sus diferencias.”*Este mito secundario debe de ser lo bastante vago como para*

ajustarse a los modelos que tienen los dos padres de sus sistemas familiares ideales” (Bagarozzi y Anderson, 1996, págs. 269 y 271). Así, los ejemplos “G”, “H” e “I”, son los que representan mayor confusión para el hijo; porque para mantener la homeostasis del sistema familiar se requiere que la conducta del hijo sea cercana a la imagen consensuada por los padres. “Algunos mitos secundarios también se elaboran a efectos de preservar alineamientos, alianzas y coaliciones intergeneracionales” (Bagarozzi y Anderson, 1996, pág. 273).

CAPITULO IV

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES:

FAMILIAS PLURICOMPUESTAS ATENDIDAS

IV. FAMILIAS PLURICOMPUESTAS ATENDIDAS

En el cuadro 4.1 se presentan los datos generales de cuatro familias pluricom-
puestas con las que trabajé como terapeuta asignado.

FAMILIAS PLURICOMPUESTAS ATENDIDAS

RUBROS	FAMILIA REYES	FAMILIA GARRDUÑO ROA	FAMILIA MONTES BECERRIL	FAMILIA BERNABÉ GONZALO
SEDE	Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla (ISSSTE)	Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala	Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala	Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla (ISSSTE)
FECHA DE ENTREVISTA TELEFÓNICA	6/V/2004	21/IX/2004	15/IX/2004	2/III/2005
NÚMERO DE SESIONES	6	12	8	4
FECHA DE LA ÚLTIMA SESIÓN	22/IX/2004	13/V/2005	11/II/2005	12/V/2005
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA	Familia pluricompuesta con antecedentes de divorcio en ambos cónyuges e hijas adolescentes. La hija del esposo vive con su madre biológica. Etapas de vida traslapadas.	Familia pluricompuesta con antecedente de abuso sexual. Etapas de vida traslapadas.	Familia pluricompuesta con antecedente de alcoholismo. Etapas de vida traslapadas.	Familia pluricompuesta con manifestaciones de violencia. Etapas de vida traslapadas.
MOTIVO DE CONSULTA	Desde hacía 2 años la señora Ana vivió problemas de conducta con su hija,	Ángeles sufrió de depresión desde hace tiempo e intentó suicidarse con pastillas a finales de julio. Existe antecedente de abuso sexual por parte del tío.	El señor Leonardo y la señora Guillermina reportaron dificultades para poner reglas y límites con su hijo Leonardo Adrián	Problemas de conducta con la hija de 8 años, considerada por los padres como hiperactiva
EFFECTOS DE LA TRERAPIA	La señora Ana aprendió a poner límites a su hija, siendo firme y congruente en sus castigos y permisos.	Eliminación de la depresión y riesgo de suicidio, con efectos positivos en la relación con su hija.	Acuerdos familiares para el manejo de las funciones parentales.	Se cuestionó el síntoma y la estructura familiar, esto permitió abrir el tema de la violencia intrafamiliar y establecer un contrato de no violencia.

Cuadro. 4.1. Se muestran datos generales de familias pluricompuestas atendidas.

1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

En los siguientes párrafos se presenta el desglose de las sesiones en cada una de las familias. Los motivos de consulta de estas familias no se encuentran directamente relacionados con el hecho de ser familias pluricompuestas, sin embargo, el análisis de los casos sirve para conocer más sobre este tipo de familias. Así, en la primera parte del capítulo se expone en resumen las intervenciones terapéuticas con las familias. Posteriormente se hace un análisis de estos casos en torno a los mitos y lealtades que surgen las familias pluricompuestas. Por último, al final del capítulo se analiza el Sistema Terapéutico Total.

SEDE CLÍNICA: Clínica del ISSSTE de Tlalnepantla.

NOMBRE DE LA FAMILIA: Reyes Saldaña.

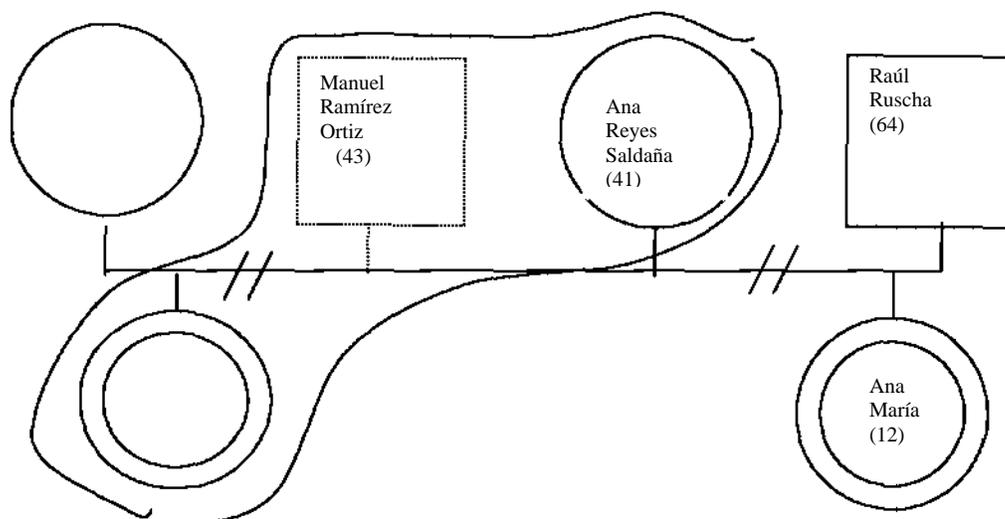
PERSONAS ATENDIDAS: Señora Ana.

PERIODO DE ATENCIÓN: 6 de mayo al 22 de septiembre del 2004.

NÚMERO DE SESIONES: 6

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO: Alta.

FAMILIOGRAMA:



HIPÓTESIS: La señora Ana presenta dificultades para poner límites a su hija Ana María, pues al ser este su segundo matrimonio, la familia está pasando por la fase de adaptación propia de las familias pluricompuestas. Al inicio del tratamiento se trabaja con la siguiente hipótesis: la hija reacciona de manera rebelde y desobediente porque la madre no ha sabido imponer límites a su hija, lo cual ha dado lugar a pautas inadecuadas de control sobre la niña, que han desembocado en el maltrato físico. Así mismo, este segundo matrimonio crea celos en Ana María, quien antes mantenía centrada en ella la atención de la madre.

MODELO: Terapia Breve Centrada en Soluciones.

RESUMEN DE LAS SESIONES: La señora Ana asistió a terapia debido a que su hija del mismo nombre tenía problemas de conducta. Ella consideró que la relación entre ambas era mala y que como madre la maltrataba. También le preocupaba que Ana María estaba delgada y tenía problemas para hacerla comer. Ana contrajo nupcias con Raúl Ruscha, quien es 23 años mayor que ella; esta relación duró 3 años. La separación se debió a que su ex marido la maltrataba físicamente. Ocho años después comenzó una nueva relación con Manuel que ha durado 2 años. Después de la separación Raúl no ha visto a su hija, sólo han mantenido comunicación telefónica esporádica. Como antecedente de tratamiento, la señora Ana manifestó que comenzó a asistir con un psicólogo hacía 2 años 3 meses, a raíz de los problemas con Ana María.

Durante el tratamiento prestado en el ISSSTE asistió únicamente la señora. Se manejó el modelo de soluciones, centrando la atención en excepciones, fortalezas, pregunta de escala, elogios.

Sesiones 1 a 3. En la primera sesión se indagó más sobre el motivo de consulta y la historia de la familia, además de hacer un **rastreo de información** se creó una conversación de **coparticipación (posición intermedia)**. Al final de la sesión se le felicitó por ser una mujer fuerte, reflexiva, que enfrenta dificultades y retos (**alianza del terapeuta / capacidad de maniobra**), como tarea se le pidió que jerarquizara, por orden de prioridad, las dificultades por las cuales asistía a

terapia (**enfoque**). En la segunda sesión la señora Ana no pudo asistir. En la tercera sesión se previó trabajar Terapia Breve Centrada en Soluciones. Se indaga sobre los **intentos de solución**. En intentos de solución, la madre había platicado con la hija tranquilamente, pero la hija le respondía groseramente, también la buscaba, y cuando se enojaba con su hija le hacía gestos, cosa que funcionaba en un principio. De tarea se le pide que haga un listado minucioso de las cosas que le gustan a Ana María y las que no le gustan, también se le recomienda que asista a un médico, debido a la sospecha de anorexia en la hija.

Sesiones 4 a 6. A la cuarta sesión no asiste la señora Ana debido a que su hija estuvo enferma. Para la quinta sesión, Ana María manifiesta mal apetito; pero surge otro problema, Manuel (la pareja de la señora Ana) regala a la hija un celular de renta mensual, la madre está muy enojada porque ha excedido en mucho la cuenta del servicio telefónico y, Manuel se ha desentendido argumentando que es su hija. El enojo permite a la mamá sostener los castigos de no dejarla salir, esto se resalta como uno de sus **recursos**. La madre le limita los gastos que le otorgaba para diversiones, y esto lo utiliza para pagar la cuenta telefónica con el dinero que normalmente se le daba para diversiones: Ana logra poner disciplina sin maltrato. La **fortaleza** que adquirió la madre es poner castigos, pertinentes con relación a la conducta infringida, sosteniéndolos ante la hija. La señora comenta durante la sesión que a su hija le ha costado adaptarse a la escuela, se le comenta que incluso *"cuando uno emprende nuevos retos tiende a presentar ajustes de adaptación"* (**normalizar y despatologizar**). Otro de los castigos que impone Ana a su hija es el restringir la convivencia con amigos. En el mensaje final se le plantea a Ana una **directiva**: que no se *"eche para atrás y que sea firme con las reglas"*. Se le cita para dentro de un mes, comentándole que es debido a que se han notado progresos en la terapia (**atribuir control de excepciones**). En las semanas posteriores las reglas son más flexibles, pero logra que haya disciplina. La señora Ana se siente afligida porque ha tenido problemas con el esposo, se le explica que en terapia breve hay que terminar un contrato terapéutico para iniciar otro, así que se le sugiere seguir trabajando la cuestión de la disciplina con su hija y se acuerda realizar un seguimiento, en el transcurso de

dos meses. Se comenta que esta es una tarea difícil y que en ocasiones puede haber retrocesos, pero ella es una persona con recursos (**atribuir control**), que ha podido pasar del 1 al 7 en tres meses (ya anteriormente se le había aplicado la pregunta de escala). Al mes se le habla por teléfono y se le hace la “pregunta de escala”, se evalúa con un 8. En esta etapa de la terapia la señora considera que el problema por el que consultó está ya superado. Se le manda a lista de espera para abrir un nuevo motivo de consulta.

LOGROS Y PRONÓSTICO. La familia Reyes Saldaña pasaba por una fase de adaptación a la nueva familia. La señora Ana, al sentirse inadecuada por no haber podido formar a su hija en una familia nuclear se vuelve débil ante su hija y descuida los límites en su educación, lo cual hizo que ella se volviera rebelde y desordenada; en el intento de controlar a la hija Ana recurre a los golpes. Manuel, en el intento por ganarse a la hija de su esposa, también la consiente pero no se siente con autoridad para ponerle límites.

En terapia se logra dar fortaleza a la madre para que pueda establecer límites claros con Ana María y se mejora la relación entre ambas. El pronóstico para esta familia es que al no ser la hija el motivo de problemas familiares, el señor Manuel y la señora Ana van a enfrentar problemas propios del holón conyugal.

SEDE CLÍNICA: Clínica de terapia Familiar FES Iztacala.

NOMBRE DE LA FAMILIA: Garduño Roa

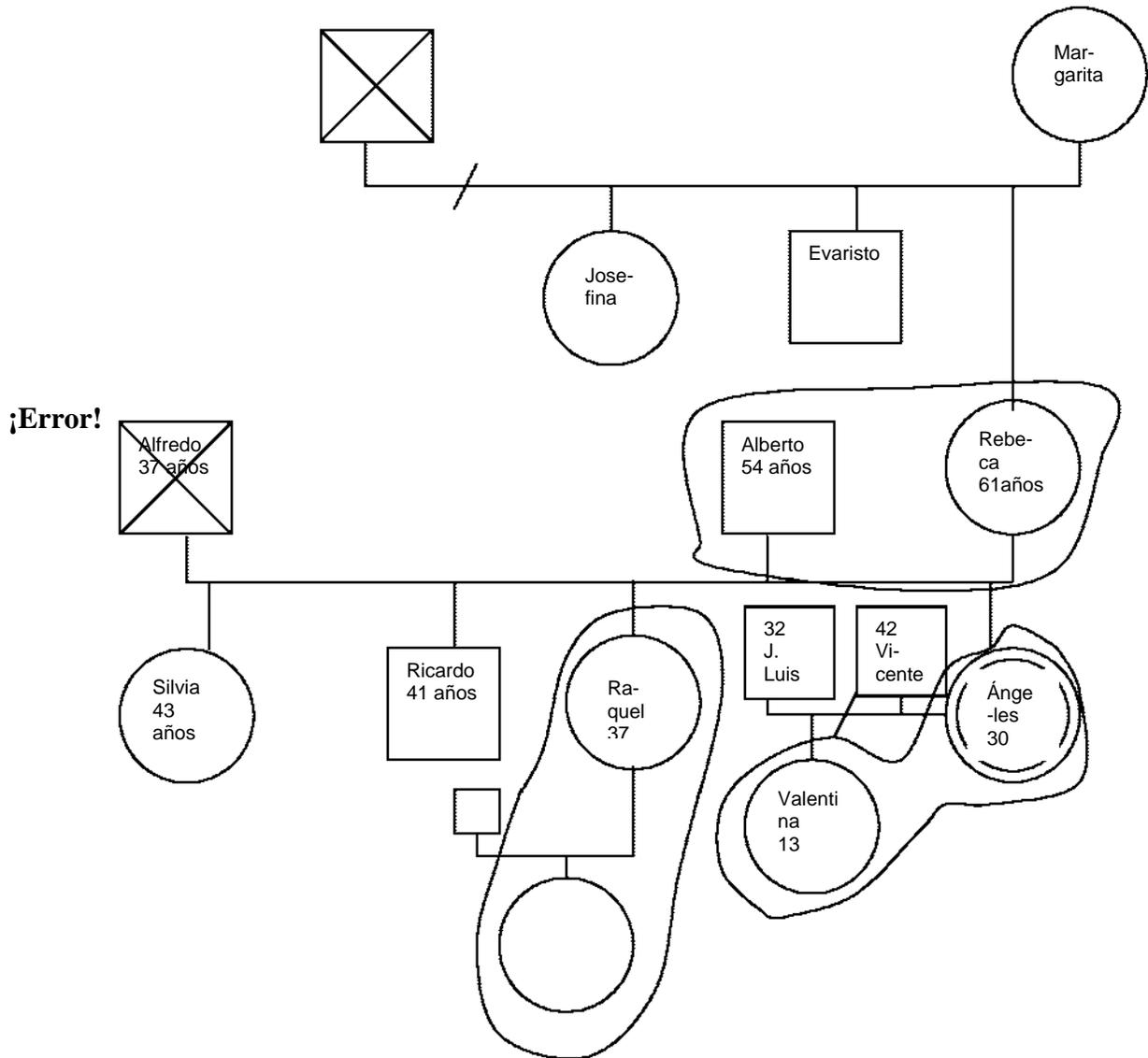
PERSONAS ATENDIDAS: Ángeles (madre), Valentina (hija) y Sra. Rebeca.

PERIODO DE ATENCIÓN: 21 de octubre de 2004 al 13 de mayo del 2005.

NÚMERO DE SESIONES: 12

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO: Alta.

FAMILIOGRAMA:



HIPÓTESIS: Valentina dispersa la depresión y el enojo de su madre, relacionados con los descuidos durante su infancia y la violación, siendo grosera. **Ángeles** se vale del enojo de Valentina para verla a ésta como una hermana y darle la oportunidad a Rebeca de que la cuide como debió hacerlo cuando era pequeña.

Rebeca trata a Ángeles como si fuera una niña para disuadir la falta de atención de los años en que se ocupaba en trabajar.

Parte del estilo de la familia es no enfrentar directamente dificultades entre familiares, no reclamar al tío que abusó sexualmente de Ángeles, no establecer acuerdos como padres después de la separación entre Ángeles y J. Luis, no dialogar con Valentina respecto a la nueva situación familiar después del divorcio.

Hipótesis complementaria: Ángeles tiene una gran necesidad de expresar el maltrato infantil vivido, pero reacciona con enojo explosivo y se aparta de la responsabilidad materna. Después de separarse de J. Luis ambos debilitaron sus funciones parentales y las delegaron a otros, lo cual ha dado lugar a una transición difícil. Valentina se encuentra enojada por esta situación y pone en práctica acciones para que su madre mire hacia ella generándose una relación simbiótica. Valentina ve peligrar la relación con su madre al relacionarse Ángeles con Vicente (su actual pareja), y siente que al tener J. Luis otra familia ya no se cumplirá la ilusión de ver a sus padres unidos. La señora Rebeca e Raquel viven un papel difícil de mediadoras.

MODELO: Estructural, Terapia Breve Centrada en Soluciones.

RESUMEN DE LAS SESIONES:

El motivo de consulta es que Ángeles había sufrido depresión desde hacía 4 años. Intentó suicidarse a finales de julio de 2004. Ella tuvo un primer matrimonio del cual nació Valentina, de quién se quejaba por su rebeldía. Después de su separación ha tenido varias parejas, pero no se ha unido en matrimonio.

Se emplearon los modelos Estructural, Terapia Breve Centrada en Soluciones. Se intervino con redefiniciones, cuestionamiento del síntoma, tarea sorpresa, cuestionamiento de la estructura, sabotaje benévolo, metáforas, atribuir el control, marcar cambios, visión a futuro, recursos, connotación positiva.

Sesiones 1 a 3.

En la primera sesión asistieron Ángeles y Rebeca. Ángeles relata que había sufrido depresión desde los 6 o 7 años de edad, aunque ella comentó que sus hermanos siempre la apoyaban, también habla sobre el evento de la violación

cometida por su tío Evaristo, contra ella cuando tenía 6 años; el abuso se siguió dando durante 3 años. Ella tuvo a su hija a la edad de 18 años y se separó a la edad de 22 años, según comentó, a causa de que no sentía apoyo de su pareja y ella comenzó a andar con otras personas. También recordó que sus hermanos, quienes son mucho más grandes que ella, se burlaban de las cosas que escribía.

Ángeles dijo que hacía un mes, en la crisis depresiva que la llevó a intentar suicidarse, le comentó a su padre del suceso porque ya no soportaba la situación; esto fue hablado en la familia, pero no se le comentó a su hermano Ricardo por temor a que se violentara contra el tío, quien vive en el mismo edificio. Esto último es molesto para Ángeles, pues ella le tiene mucho odio y además teme que su tío le vaya a hacer algo a Valentina. En la casa donde vive el tío Evaristo, viven su tía Josefina y su abuela Margarita; con quienes no llevan una relación cercana, ya que tienen el problema de que el abuelo murió intestado y antes de su muerte había prometido heredar el edificio a la señora Rebeca.

Durante la segunda sesión la familia reportó que se sentían mejor y que se había dado una mejor relación entre Ángeles y Rebeca. La primera que comentó esta diferencia en la familia fue Raquel. Ángeles dice que ya está en momento de perdonar, y del equipo se envía el mensaje de que es algo muy prematuro aún (**no apresurarse**). Ángeles dice que hacía 1 año y 1 ½ año respectivamente, que ella intentó matar a su hija, pero que se retractó porque no quería causarle sufrimiento. Tanto la señora Rebeca como Ángeles calificaban a Valentina como grosera y berrinchuda. Rebeca comentó que Ángeles se confunde con Valentina, aceptándola y rechazándola, porque se parece a J. Luis, el padre de la niña; agregó que en su primer matrimonio ella recibió golpes y violación pero no se confundió: *“no involucre el parecido con el amor”*. Ángeles descalifica a su anterior pareja, J. Luis. Rebeca y Ángeles discutieron algunas diferencias respecto a Valentina, Ángeles hablaba de que Valentina se fuera de la casa y Rebeca decía que con pedir que se fuera no se arreglaban las cosas. Aunque en otra parte del diálogo Ángeles expresó atributos positivos de Valentina. Como tarea de esta sesión, se les pidió que reflexionaran en lo que podían aportar, que fuera positivo para Valentina. A Ángeles además se le encargó que cada vez que sintiera ganas

de agredir a Valentina, pensara que no era J. Luis ni su tío Evaristo, sino Valentina, la comprensiva, inteligente, bonita.

En la tercera sesión Ángeles comento que las cosas habían ido mejor con Valentina, había dejado de gritarle y arremeter en su contra, pero su queja era que esos tratos le “valían” a Valentina, se lamentaba que era difícil de tratar. Se le dijo que seguramente estaba pidiendo su atención [**redefinición**]. También se le pidió que hiciera un listado de las cualidades que debe de tener una madre y declaró que ella “*no había nacido para ser madre*”. Se **cuestiona el síntoma** preguntándosele si tenía temor de no proteger bien a su hija, que si tenía temor a los robos, a salir a la calle, etcétera. En ese momento ella mencionó que quería “*darle en la torre*” a la gente, y se le preguntó que si a quien quisiera darle en la torre era a su tío Evaristo; respondió afirmativamente. Al preguntársele a Rebeca si habían habido reproches por parte de Ángeles, dijo que si, aunque hacía un mes que ella se había enterado de la violación. Por último, se le comentó a Ángeles que parecía que ella estaba viendo a Valentina como hermana y a Rebeca como madre de ambas, y ella coincidió con el comentario.

El mensaje de esta sesión fue: “*Has sido hermana de Valentina pero la has defendido como fiera*”. Con esa fuerza pareciera que a Valentina no le sucederá nada. Tienes un estilo propio de ser mamá, no con la docilidad de una madre abnegada. Comprendemos los miedos porque se relacionan con el abuso.

Tareas: Se le recomendó a Ángeles que rescatara la cuestión de la mamá ideal a su gusto. También se le sugirió que asistiera a ADIVAC, de manera que tomara paralelamente la terapia de abuso sexual. A la señora Rebeca se le confió que siguiera siendo abuela de Valentina.

Sesiones 4 a 6.

En la cuarta sesión asistieron Ángeles Rebeca y Valentina. Valentina comentó al inicio de la sesión que la llevaban a terapia por su “*mal comportamiento*”. También habló Valentina sobre la familia de J. Luis; ella había tenido dificultades con la pareja de su padre. Por su parte, Rebeca dijo que había notado cambios en Ángeles, pero Valentina había abusado al ver a su mamá más dócil. Se comenta

que Valentina tiene tristeza de no ver a su padre [**redefinición**]. Ángeles dijo que Valentina incluso guardaba una foto en donde estaba ella con su padre. Después se crearon **interacciones** entre Ángeles y Valentina, para que expresaran afectos, pero les costaba trabajo relacionarse. Se le dice que de seguro Ángeles tenía otras formas de mostrar afecto a su hija (**redefinición**). El mensaje y las tareas para esta sesión fueron: : *“En esta sesión hemos visto algo nuevo: Decías que no eras una buena madre y que Valentina era rebelde, pero eres una madre buena y Valentina vive tristeza y separación. La señora Rebeca es una persona mediadora que participa de múltiples formas. Se han estado describiendo negativamente cuando manifiestan cosas positivas”*.

Tareas: A Ángeles se le hace nuevamente la invitación para que vaya a ADIVAC. También se les encarga la **Tarea sorpresa**: Ángeles y Valentina en los siguientes 15 días debían hacer algo que agradara a la otra, sin comentárselo entre sí.

En la quinta sesión Ángeles y Valentina se quejaban de que se habían peleado constantemente, no reportan haber notado actitudes diferentes por parte de la otra (**tarea sorpresa**). Posteriormente se dio una coalición entre Ángeles y Rebeca en contra de Valentina, se quejaban de que Valentina era grosera. Rebeca comentó que se sentía culpable porque había suplido las deficiencias de Ángeles, actuando como madre de Valentina. Se les dijo que cómo era posible que una persona de 12 años desestabilizara a la familia (**cuestionamiento del síntoma**). Después la Mtra. Ofelia hace una intervención directa para romper la coalición y **cuestionar el síntoma**: *“No podemos creer que una niña de 12 años pueda manejar y desestabilizar a una adulta con experiencia. Si tú te enojas es porque tú no acabas de controlar tu enojo: no creemos que Valentina tenga esa fuerza”*. Ángeles reacciona quejándose de Valentina, refiere sobre su comportamiento en la escuela y la califica como muy agresiva.

Rebeca y Ángeles reaccionaron molestas. Después intervino la Dra. María: *“Entré Valentina, porque me quedó claro que te vas a despedir de tu mamá protectora. Vamos a trabajar para ver quien te puede dar esa protección en la familia porque tienes 12 años* (Aclaración: su despedida es de la parte protectora y

no de la parte fuerte de Ángeles). *Hay que despedirse de algo que estas esperando (a Valentina). Esta familia ha sabido como distribuir los papeles de madre; quiero que comprendas esta parte (no cambio)*". El mensaje y la tarea final de la 5ª sesión fueron: Hay una parte muy válida de Ángeles en la que ella no se puede hacer cargo como madre. Pero la señora Rebeca está dispuesta a seguir el papel de madre. Es valido lo que sientes y no podemos luchar contra algo que está ahí: ahora comprendemos la dificultad que tienes para ser madre: ¿Qué pasó en ti a los 12 años? *"Tal vez estés exigiendo a Valentina que te reconozca"*, pero ella es muy chica.

Tarea final: Coordinarse para que tanto Rebeca como Raquel funcionar como madres. La tarea de Valentina era dar señales, ya sea de Rebeca o de Raquel.

En la 6ª sesión se indagó más sobre la separación de Ángeles y J. Luis, a partir de esta sesión la señora Rebeca dejó de asistir. Ángeles y Valentina se mostraban optimistas y decían que les ha ido bien en las últimas semanas. Se les preguntó si lograron reorganizarse para ver por Valentina, Ángeles mencionó que no, que como siempre ella había tenido que hacerse la fuerte para atender a Valentina. Se **resignifica** comentándole que finalmente ella es la madre y que Valentina necesita a esa persona fuerte ahora que va a entrar a la adolescencia. Rebeca y la señora Raquel le dijeron a Ángeles que se hiciera cargo de su hija. Valentina estaba muy contenta porque Ángeles la había atendido, haciéndole de comer y conviviendo con ella.

Se indagó sobre la separación de Ángeles y J. Luis (el padre de Valentina). Ella se expresó de él y de su familia con desprecio. Dice que en una ocasión Valentina fue a pelearse con la pareja de su papá y le dijo que ella no iba a dejar que le quitara el dinero de su padre. Se **cuestionó la estructura** diciéndole si era responsabilidad de la hija de 13 años ir a reclamar esto. ¿Por qué Valentina carga responsabilidades que son de la madre? ¿Cómo se ha de sentir ella con esto? Valentina comentó sobre su ilusión de que sus padres algún día se reconciliaran y vivieran nuevamente juntos. En la tarea y el mensaje final se les narró un cuento que ilustra como el enojo y la depresión pueden confundirse. Se le dijo a Ángeles que para lograr esos cambios en la relación con su hija, debe realmente quererla

mucho. Sin embargo una niña como Valentina no debe de cargar con lo que corresponde a los adultos. Se les pidió que reflexionaran sobre lo dicho.

Sesiones 7 a 9.

Durante la sesión 7ª la conversación se estancó nuevamente en la queja hacia Valentina. Ángeles comentó que su hija era desordenada y había salido con bajas calificaciones en la escuela. Ninguna de las dos había realizado la tarea. Después se pide tiempo para hacer comentarios con el equipo: se decidió escuchar de manera individual a Ángeles. Se le pidió a Valentina que realizara dos dibujos, uno sobre como se ve en su familia y otro sobre como se ve en un futuro; este trabajo lo realizó fuera del consultorio.

Ángeles se consideraba como una mujer muy solitaria y que prefería estar metida en su trabajo. Se le comentó que tenía la expectativa de ser una mujer distinta pero que la soledad la invade. Ella respondió que a veces no quería ver a nadie, ni a su novio. Se le dijo que la soledad le estaba poniendo trampas haciéndole estar mal con su pareja. Esta soledad había ocupado su vida desde hacía cuatro años y había entrado a su vida alejándola de la gente y haciéndola sentir mal. Se había establecido una lucha entre la soledad y ella, pero desde chica ya existía. En esta intervención se toma la **postura de experto** haciendo un **reencuadre**, diciéndole que al ser ella la más pequeña fue más fácil que entrara la soledad, ella prosigue diciendo que además su papá fue alcohólico y mujeriego, mientras que su mamá siempre estaba trabajando. En la escuela la maltrataban porque era fea y gorda. Así que las puertas de la soledad se fueron abriendo de diferentes maneras. El abuelo la acompañaba, la abrazaba y la abrigaba durante esos años. *“Él me aceptaba”*. Cerraba puerta a esa soledad. *“Su abuelo podría ser como una especie de sembrador, piensa si él pudo haber dejado una semillita para cerrar las puertas de la soledad”* (**metáfora**). En esta ocasión se dio como mensaje y tarea lo siguiente: Se le encargó a Ángeles que reflexione sobre la idea del abuelo como alguien que deja una semilla para dispersar la soledad. Se le sugiere que si su hija no realiza las tareas domésticas, no peleé con ella, que le diga que ella lo va a hacer pero que realmente no lo hiciera (**sabotaje benévolo**).

A Valentina se le dice que su asistencia a terapia va a ser esporádica, se reciben sus dibujos ya que no quiso que su mamá los viera.

A la 8ª sesión no asistieron y durante la 9ª se reportaron mejorías, las cuales se fueron **marcando**. Valentina se le dijo que como había hecho un buen esfuerzo se le premiaba dejándole que hiciera un dibujo libre fuera del consultorio, se trabajó únicamente con Ángeles. En la conversación con ella se recurrió al **Modelo de soluciones con algunas intervenciones estratégicas**, empleando las técnicas: **marcar la mejoría, asumir el control de los cambios**. Se le hizo la **pregunta de escala** y se evaluó con el número 8 en aquel momento, y los logros que reportó fueron los siguientes:

Dice que ha llegado a este número de la escala a partir de lo siguiente:

- El descubrir que no ganaba nada con enojarse
- Ser responsable (como madre)
- Pensar en que tiene a su mamá y papá, quienes son importantes para ella
- Pensar que estando contenta ella estaría contento su abuelo
- El haber visto la película “Más allá de los sueños”, le permitió reflexionar que no es lo mejor el querer quitarse la vida. Se le señaló que le había dado otra dirección al destino (**marcar cambios**)
- Se acercó más a Raquel (hermana de Ángeles) y a su hija
- Aceptar que ella había nacido para trabajar y no para ser mantenida
- Aconsejar y apoyar a la familia y a otras personas cuando tenían problemas

Se le preguntó que ha qué atribuía los cambios que la llevaron al 8 (**atribuir control**). Dijo que a las ganas de cambiar y que no se quería volver a sentir mal. Habló de que en un momento se sentía como atada a unas cadenas, se retoma esta **analogía** referente a la depresión. Al final se le dejó de tarea que reflexionara en las cosas que hacer para no caer nuevamente en la depresión y en lo que debía hacer para conservar esa entereza con la que se le veía.

Sesiones 10 a 12.

En la 10ª sesión se exploraron sus recursos y se trabajó sobre como proyectaba sus cambios a futuro (**visión al futuro**). Para esto se recurrió a un juego de **metáfora** en el que se le iba sugiriendo que imaginara que de una tómbola sacaba pelotitas de colores y el terapeuta iba preguntando sobre sus significados:

- Pareja (rojo)
- Cosas materiales: casa, grande, familia, hijos (rosa)
- Tranquilidad (azul)
- Motivación, dinero, luz (amarillo)
- Fortaleza, apasionamiento (fiusha)
- Entenderse mejor con la pareja (negro)
- Demostrar mis proyectos a otros, brillo (plata)
- Días de tristeza (morado)

Se le comenta que tiene muchos colores con los que combatir la tristeza (**recursos y metáfora**). Respecto a su pareja, dijo que Vicente, de 42 años, tiene hijos de dos relaciones anteriores pero estaba separado. Que ella constantemente buscaba terminar la relación y que él no se sentía entendido. Con esta pareja lleva 2 ½ años hasta ese momento. Se retomaron sus fortalezas retomando los comentarios de la metáfora de la tómbola: Tranquilidad, búsqueda de entendimiento con su pareja, anhelos de logro económico, planteamiento de proyectos y motivación. También se dijo que se veía muy bonita y que se reflejaban en su persona los cambios. Se le dejó de tarea que pensara cómo puede caminar mejor como pareja.

Durante la sesión 11 Ángeles siguió reportando cambios y se mostraba con mucha energía. Sucieron dos eventos importantes en las semanas que habían pasado: a) Valentina tuvo un problema con su tía y Ángeles va a reclamar a la casa de su exmarido; se le comentó que este es un **recurso** que utilizan las madres para proteger a sus hijos, como un avance pues estaba asumiendo su postura como mamá de Valentina, y había manejado la situación sin llegar a la

violencia. b) Estaba embarazada de Vicente. Se le preguntó que cómo le había caído la noticia y se hicieron **preguntas circulares** para conocer lo que pensaba la familia. Se recibió con gran entusiasmo la noticia, pero existían dificultades y desacuerdos en torno a Vicente. La tarea que se dejó a Ángeles fue: que piense en ese abanico de posibilidades con relación a Vicente: ¿cómo sería si vivieras con él?, ¿sin él, pero con su apoyo económico?, ¿con él como pareja, pero sin vivir juntos?, etcétera.

En la última sesión Ángeles vio muchas dificultades al hecho de continuar la relación con Vicente. Se exploraron las posibilidades pero no había alternativas de negociación en la pareja, desde la perspectiva que planteaba la paciente: o una familia nuclear o el rompimiento de la relación. La tarea y el mensaje fueron: que a ella se le ha visto como a una mujer fuerte y que realmente si quisiera que Vicente viviera con ella ya lo habría logrado. Que de todos modos habría que pensar en las expectativas que tiene trazadas para con su bebé y con Valentina. Después de esta sesión no se programó cita, debido al periodo vacacional. El 10 de agosto se le hablo por teléfono para programar las sesiones de seguimiento, pero ella ya no puede asistir hasta Iztacala porque el médico le recomendó reposo. En esta llamada se sondearon sobre los efectos de la terapia, reporta que la mejoría en terapia fue el haber cambiado su forma de ser y sentirse, disminuyó su ansiedad y esta se hizo controlable, no reporta depresión, se siente más integrada y comprensiva con su familia y se considera más tolerante: *“como mamá aprendí a escuchar”, “necesitaba ser escuchada”*.

LOGROS Y PRONÓSTICO.

Posteriormente, el 26 de octubre, se le hablo para hacer una evaluación de seguimiento, en la que ella reportó que continuaban las mejorías: el problema de la depresión desapareció totalmente, su relación con Valentina era mejor y ella tenía un mejor desempeño escolar e incluso la veían mejor en la casa de su abuela de línea paterna, no vivía con Vicente pero llevaban una relación más estrecha. El pronóstico para esta familia es que se dieron cambios favorables cubriéndose el motivo de consulta, que va a favorecer las negociaciones

familiares. La terapia sirvió para superar la fase de depresión, pero la familia tiene que enfrentar nuevos retos, como el paso de Valentina a la adolescencia, el nacimiento del nuevo bebé y la relación entre Ángeles y Vicente.

Los cambios que se observaron a lo largo del tratamiento fueron: Las intervenciones de la sesión 5ª, dirigidas al no cambio, generaron el alejamiento de las señoras Rebeca y Raquel, quienes cumplían el papel de madres sustitutas ante las deficiencias de Ángeles como madre de Valentina; esto permitió forzar a Ángeles para asumir el papel de madre. Desde la sesión 9 se reportan mejorías constantes, esto es, un mes antes de que ella supiera que estaba embarazada; además, la forma de resolver problemas se ve más encaminada al enfrentamiento y al diálogo que a las reacciones violentas e impulsivas: problemas de la hija con la familia del padre, situaciones de pareja, acercamiento a los familiares cercanos que tienen problemas.

SEDE CLÍNICA: Clínica de terapia Familiar FES Iztacala.

NOMBRE DE LA FAMILIA: Montes Becerril

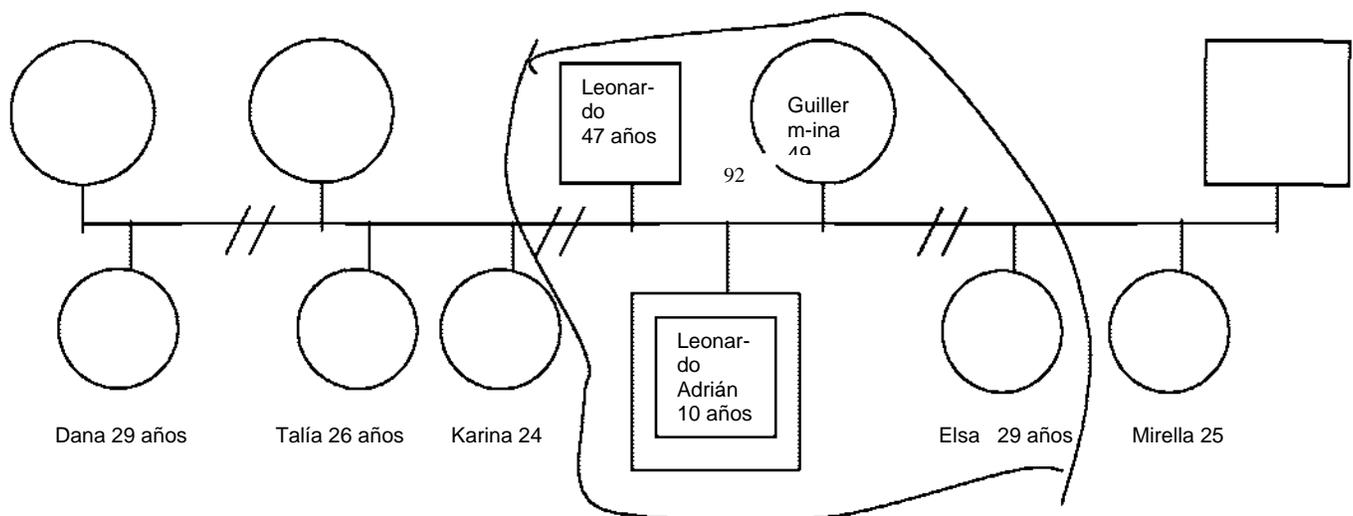
PERSONAS ATENDIDAS: Leonardo (padre), Guillermina (madre), Adrián (hijo) y Elsa (hija de Guillermina).

PERIODO DE ATENCIÓN: 15 de octubre de 2004 al 11 de febrero de 2005.

NÚMERO DE SESIONES: 8

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO: Alta.

FAMILIOGRAMA:



HIPÓTESIS: El señor **Leonardo** y la señora **Guillermina** mantienen una identidad vinculada al alcoholismo a pesar de mantenerse en un estado seco: a) porque hay parientes alcohólicos en sus familias de origen, b) porque fueron alcohólicos y c) porque pertenecen a AA. Esta relación con el alcohol no les permitió en sus matrimonios anteriores asumirse como padres. Con **Adrián** han mantenido una relación con límites difusos y problemas de jerarquía. **Elsa** tiene una imagen negativa de los hombres porque los relaciona con el alcoholismo y permanece soltera, pero ve a Adrián como hijo. **Leonardo, Guillermina y Elsa** conocen la desdicha del alcoholismo y temen que este sea heredado a Adrián.

MODELO: Terapia Breve Centrada en Soluciones, Estructural y Equipo Reflexivo.

RESUMEN DE LAS SESIONES:

El señor Leonardo comentó que su hijo Leonardo Adrián, de 10 años, comenzó a asistir a revisión Psicológica porque su prima estudia esta carrera y les dijo que se lo prestaran para hacer observaciones; ella vio que el niño convivía con personas más grandes que él, y les dijo que Leonardo Adrián es un niño con “potencial”. Posteriormente lo llevaron a evaluación psicológica en la FES Iztacala, y salió con un potencial de un niño de 16 años en varias áreas de desarrollo. La razón por la que asistieron a Terapia Familiar fue que había dificultades entre Adrián y su madre. El señor Leonardo se consideró perfeccionista e informó que con la señora Guillermina el niño presentaba más problemas: era inquieto, molestaba, alegaba, entraba en controversia cuando se le decían las cosas. Había padecido *Alteraciones del Sueño*, lo que ellos llamaban “sonambulismo”; a los 8 años se paraba gritando y decía que veía cosas; hacía un año que no sucedería esto. También hacía un año que ya no sufría de asma, problema que padeció desde que tenía un mes de nacido. El niño fue canalizado de la escuela porque era inquieto. Una característica de la familia era que ambos padres estaban asistiendo a “AA”; Leonardo desde hace siete años y su esposa desde hacía 10.

Se empleó el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, el Estructural y Equipo Reflexivo; recurriendo a las técnicas de excepciones, reencuadre, cuestionamiento del síntoma, límites, geografía, tarea sorpresa, analogías.

Sesiones 1 a 3.

Durante la primera sesión, la señora Guillermina reportó que Adrián la última vez que presentó problema de sonambulismo había sido hacía 6 meses, y en ese trastorno veía cosas inexistentes: arañas y monstruos. Además comentó que era agresivo con su hermana, a tal grado de que en alguna ocasión la empujó de la escalera provocando que se abriera la cabeza. El señor Leonardo se quejaba de que era inquieto y mostraba problemas de conducta en casa y en la escuela. Adrián tenía una mejor relación con su papá y se llevaba bien con su hermana Elsa, quien lo consentía comprándole juguetes y llevaba el papel de madre en frecuentes ocasiones. Elsa no pensaba en casarse porque sus modelos masculinos fueron negativos: padre y padrastro alcohólicos

La señora Guillermina señaló como objetivos de terapia aprender a guiar a su hijo y entenderse con su esposo, ya que existía agresión verbal. El señor Leonardo tenía la preocupación de que Adrián pudiera llegar a ser alcohólico, ya que proviene de una familia en la que ha habido alcohol y drogas, también mencionó que los esposos de sus hijas no lo aceptaban; como objetivo terapéutico se propuso aprender a guiar al hijo y resolver el problema de inculpación en la pareja.

Durante la primera sesión se **reencuadro** que ambos coincidieron en que había dificultades en la pareja y en la preocupación que tenían por Adrián. Se les dejó a los padres que reflexionaran sobre lo que esperaban de un niño de 10 años, a quien ellos consideraban con potencial, y el padre tenía la expectativa de que fuera un superdotado y la madre de que simplemente hiciera una profesión. Al niño se le encargó que hiciera un dibujo sobre como se veía a los veintitantos años.

Para la siguiente sesión Adrián llevó un dibujo en donde se representó a los veintitantos años como un veterinario en su consultorio, atendiendo un perro, con diplomas colgados, etcétera. El padre mencionó que él deseaba que Adrián fuera lo que él no fue.

Tanto Guillermina como Leonardo tenían la preocupación de que Adrián era muy dejado con los compañeros de su edad, quienes abusaban de él; ellos consideraron que era un problema de baja autoestima. Se pidieron comentarios a Adrián sobre dicho tema encontrándose **excepciones**, en las que no habían dejado que se aprovecharan de él. Después se abordó el tema de **límites** y **jerarquías**, la señora se autocalificaba como una persona sin carácter, el señor como exigente, avocado a las reglas y los valores. Existía un desacuerdo en la pareja sobre la manera de educar al hijo, así que se modificó la **geografía**. Se les pidió que se abocaran a tareas concretas y que trabajaran en equipo, que se pusieran de acuerdo sobre como iban a lograr que Adrián no dejara que otros compañeros se aprovecharan de él. Se utilizó al equipo terapéutico para hacer un **reencuadre** señalando a Guillermina que no se le veía como una persona con falta de carácter, que denotaba ser una persona de carácter fuerte y que tenía que encaminarse a beneficiar a su hijo generándole habilidades de defensa. Se empleó la **metáfora** de los estilos de los entrenadores de foot ball, ellos tenían estilos diferentes pero deben de trabajar en equipo, así que podían comenzar por hacer una lista de cambios concretos que querían lograr en Adrián.

Durante la tercera sesión se observan dificultades para acordar sobre como debe de ser encaminado Adrián. La señora insistió en que los amigos de Adrián abusaban de él, puso el ejemplo de los primos que tomaban libremente sus juguetes, sin que él pusiera límites; el señor consideró que cuando alguien iba a casa se debían de prestar las cosas. Guillermina además estaba inconforme porque Leonardo no trabaja y ella había sido proveedora. En el mensaje final se les dijo que ellos habían sabido mantenerse unidos durante 10 años a pesar de las dificultades y que ahora estaban tomando un papel transitorio en donde él tiene que fungir el rol femenino y ella el masculino. Este mensaje de los roles lo recibió con sorpresa Leonardo.

Sesiones 4 a 6.

Durante la 4ª sesión se observan cambios favorables, los padres comentaron sobre Adrián, quien había alcanzado mejores calificaciones, de 8 y 9; incluso, los padres, habían logrado relaciones sexuales más placenteras¹. En esta sesión se trabajó **equipo reflexivo**, lo cual les permitió recapacitar sobre el tema de las dificultades de pareja y reflexionar en que todos los matrimonios pasan por dificultades similares y que ellos tenían la oportunidad de emprender mejorías. Se les dejó la **tarea sorpresa**.

Para la 5ª sesión asistió Elsa. Primero se exploró sobre la tarea sorpresa, y ambos, Leonardo y Guillermina, coincidieron en que se dio un mayor acercamiento entre ambos y que se recuperaron hábitos gratos como despedirse de beso. Posteriormente la plática se centró en Elsa, ella coincidió con la preocupación de los padres en torno al abuso de otros niños hacia Adrián, pero dijo que al respecto había cambios, pues en un incidente Adrián encaró la situación reclamando al otro niño. También mencionó que el niño había mejorado sus calificaciones en la escuela; otra cosa que le resultó significativa es que antes Adrián no hablaba de las niñas y en aquellos días le había comentado de una niña que le gustaba.

La función de Elsa había sido de proveedora de la familia, y se consideraba más mamá de Adrián que la señora Guillermina. Al respecto los padres se sentían ineficaces como educadores, remarcaban los problemas de alcoholismo y divorcios que habían sufrido ambos. La señora Guillermina justificaba que la menopausia le impedía ser madre y Leonardo atribuía su incapacidad de padre a su miedo a morir, ya que le habían detectado problemas coronarios, aunque no había sufrido ataques cardíacos. En ambos casos se **cuestiona el síntoma**, pues sus padecimientos no eran un impedimento para educar a un hijo. Después se indaga sobre las causas de los divorcios. Guillermina menciona que fue debido a la infidelidad de su expareja y Leonardo que tuvo que ver su alcoholismo. Se preguntó que como fue recibido el nacimiento de Adrián cuando anteriormente

¹ Este tema no se había explorado, y los temas de preocupación continuaron siendo la educación del hijo y los acuerdos parentales.

habían tenido niñas. Guillermina dijo que le costó trabajo el tener un varón pero que ella deseaba tenerlo. Por su parte, Leonardo dijo que ya no quería tener más familia. La reflexión de **tarea** fue con relación al delegar las funciones parentales a Elsa, cuando todavía les quedaban años de por vida; a Elsa se le cuestionó, sugiriéndole que pensara en las cosas que podía hacer, correspondientes a su edad, si no fungiera como madre. En la siguiente sesión se cuestionó el papel protagónico de Elsa, ya que le quitaba fuerza a la autoridad de los padres y creaba confusión en Adrián. Se comentó que esto podía estar influyendo en el hecho de que él no pudiera responder adecuadamente en los ambientes sociales. Desde el equipo se le mandó decir, a manera de **analogía**, que Elsa fungía como la abuela, controlando a los padres y haciéndolos sentir ineficientes, y que a su vez se estaba perdiendo de tener sus propios hijos y establecer una relación de pareja.

Sesiones 7 a 9.

Durante la 7ª sesión asistieron la señora Guillermina y Elsa. Ambas opinaron que las cosas habían ido mejor. Se usaron **preguntas circulares** para indagar sobre lo que opinaría Leonardo, y consideraron que concordaría con su opinión. La señora Guillermina estaba preocupada de que Adrián, al convivir con personas mayores que él, se involucrara en juegos presexuales, así también, le preocupaban los riesgos de la adolescencia que ya la veía próxima. Se le comentó que en esos problemas podía ayudar la firmeza en los límites que manejaba al educarlo. Se preguntó sobre los costos de que Elsa fungiera como abuela. Elsa consideraba que ni Guillermina ni Leonardo eran competentes como padres, que había tratado de dejarles la responsabilidad pero que no funcionaba. Guillermina coincidió con esto, se justificó en la depresión que sufría a causa de la menopausia, y agregó que así como fue adicta al alcohol ahora es adicta al juego (play station). Después Elsa contó la anécdota de que en una ocasión Leonardo, en el afán de irse de la casa les dijo: *“Ustedes no son nada sin mí, (...) años después le dije a Leonardo que yo los mantenía a todos”*. Se comentó que eso como lección está bien, pero ¿tanto como para llevarlo de por vida? El mensaje del equipo, como manera de intensificar la analogía, consistió en decirle

a Elsa: que ella tenía una adicción a ser abuela. A Elsa se le dejó como tarea que cuando tuviera ganas de intervenir en las funciones parentales, escribiera una cuartilla sobre lo que pudiera estar haciendo en vez de ser abuela (**intervención sobre patrones**). A la señora Guillermina se le dejó la tarea que cuando tuviera que poner límites a Adrián dijera lo siguiente: *“No voy a poner límites a mi hijo aunque con esto aumente las posibilidades de riesgo propias de su edad”* (**intervención paradójica**).

En la última sesión asistió la pareja sin Elsa, debido a que ella ya había entrado a trabajar. La señora Guillermina comentó que las cosas habían mejorado en torno a la manera de involucrarse para educar a Adrián. Que la tarea le funcionó pues como ella siempre había sido “contreras”, entonces *“necesitan decirle las cosas al revés para que entendiera”*. Que a ella le decían *“no tomes”* y tomaba, *“no te dediques al juego”* y se volvió adicta al juego, entonces esta tarea le funcionó muy bien. Pudo sostener los límites con Adrián. Elsa se estaba manteniendo al margen.

Leonardo dijo que las cosas no iban tan bien. Se hizo el comentario de que eso parece confuso, pues la señora Guillermina opinaba lo contrario. Leonardo aclaró que en torno a la educación hacia Adrián las cosas iban bien. Pero que ellos tenían problemas como pareja: que su esposa pensaba que cuando no había vida sexual la pareja se acababa. Se comentó que al estar trabajando en terapia breve se debe concluir un tema para continuar otro.

Se recordó que el motivo de consulta que se ha estado trabajando era el poner límites a Adrián, y se hizo la pregunta de escala. Leonardo la calificó con un 10 y Guillermina con un 9. Guillermina comentó que incluso se resolvió un problema que tenía Elsa². **Mensaje y cierre:** Se felicitó a la pareja por haber sido tan constante y haber logrado el objetivo planteado en terapia. Sin embargo, podría suceder que nuevamente tuvieran dificultades con Adrián (**prescripción de la recaída**), pero ya saben el camino que deben tomar. Comentaron que querían

² Dicho problema no se abrió directamente pero se supondría que ella estaba atada a la familia como proveedora y mamá de Adrián y no tenía perspectivas de vida en pareja.

trabajar la cuestión de la pareja, y se les sugirió hacer una nueva cita y por el momento cerrar este capítulo.

LOGROS Y PRONÓSTICO. Lo que se trabajó en esta familia fue el cuestionamiento de la creencia de ser padres ineficientes. Se fortaleció el holón parental, se modificaron jerarquías, ya que el hijo ocupaba un lugar central, de mayor jerarquía que los padres, abalado en parte por el mito creado en torno al “niño con potencial”. También se movió el rol de jerarquía que ocupaba Elsa, quien intervenía en el papel parental y se encontraba con mayor jerarquía que los padres en la cuestión de educación al hijo. Se plantearon límites claros en la educación de los padres hacia Adrián. Aunque no se trabajó respecto a la pareja, se mejoró la comunicación en la relación conyugal. Con esto, se favorecieron las actitudes sociales y el desempeño escolar de Adrián, quien se encontraba en una situación confusa de figuras de autoridad, entre Elsa, Leonardo y Guillermina.

El pronóstico para esta familia es que se van a mantener los cambios que llevaron a consulta a la familia. El posterior tema de consulta, relativo a la vida sexual de la pareja, es una consecuencia de los logros con relación al fortalecimiento del subsistema parental; podría explicarse así: al resolver problemas que tienen que ver con el subsistema parental, que era la cuestión prioritaria de la familia, salen a la luz problemas inmediatos que tienen que ver con el subsistema conyugal. Para mantener los cambios es fundamental el papel de Elsa, si ella continuara el papel parental, la pareja estaría dispuesta a fortalecer el subsistema conyugal, pero delegaría sus funciones como padres, lo cual además mantendría atrapada a Elsa en la familia. Por otra parte, si Elsa no toma funciones parentales, los padres se verán forzados a mantener acuerdos parentales, lo cual disminuirá el estrés y les permite resolver la cuestión conyugal sin necesidad de atrapar a Elsa en la familia; en este caso el cambio de la familia sería de segundo orden.

RESUMEN DE LAS SESIONES:

Hacia 4 años habían asistido a terapia en Huehuetoca (actualmente viven en Cuahutitlán Izcalli). Lo principal que se trabajó fueron los problemas de pareja, reportaron que no había sido muy fructífera la terapia. Al inicio de la terapia consideraban que cuando había problemas lo que hacían era platicar, acordar formas de cambiar ambos, pero finalmente no hacían nada. Él les gritaba a los niños, les pegaba. Ambos se consideraban celosos. Adriana Lilia, la hija nacida en el primer matrimonio, según comenta la madre, tenía contacto telefónico con su padre; la madre dijo que no se frecuentaban, pero que Alfonso estaba celoso de él.

Se empleó el Modelo Estructural, utilizando el cuestionamiento del control lineal, coparticipación, cuestionamiento del recorte de sucesos, posición de experto, se cuestionó el síntoma, se modificaron jerarquías y geografía, coaliciones, triangulación.

Sesiones 1 y 2.

El motivo de consulta fue el siguiente: Acudieron a la clínica familiar porque percibían a Natalia como una niña muy nerviosa, la consideran hiperactiva. La señora Adriana reportó que lloraba todo el día, sólo en la casa (aunque el señor comentó en la primera sesión que Natalia en todos lados lloraba). No llora cuando está en casa de otros familiares ni en la escuela. La madre la calificaba como distraída, sin embargo, se resalta que ella iba en tercero de primaria y no llevaba materias reprobadas, llevaba promedio de 8 y no tenía quejas de conducta (**cuestionamiento del control lineal**).

Durante la primera sesión se recurrió a la **coparticipación de posición intermedia**. Los padres comentaron que Natalia y Adriana Lidia eran iguales de desobedientes. Ellos vivían con la familia de la señora Adriana, en el mismo terreno pero en una construcción aparte. El se quejaba de que la familia nada más lo veía como proveedor. Ambos se quejaban de la intromisión de la familia de Adriana en sus asuntos de familia. La señora dijo que sentía que sus padres le habían quitado a su hija mayor (esto se lo comentó a ellos). Adriana y Alfonso habían tenido constantes diferencias. Se les dice que los hijos aprovechan esto

para ser desobedientes (**cuestionamiento del recorte de sucesos**). Adriana dijo que ella provenía de una familia en donde eran puros hombres y a ella le tenían muchas consideraciones, y que Alfonso creció en una familia de puras mujeres: él consideró que por eso era débil de carácter.

En la primera sesión se **cuestionó el síntoma** con relación a la creencia de que la hija era la fuente de los problemas de la familia, haciéndole ver a los padres que Natalia era la más sensible a los problemas entre ellos (**posición de experto**), también se cuestionaron sus creencias con relación a la idea de que Alfonso era débil de carácter, pues tenía un buen desempeño como profesor de primaria y no tenía dificultades para manejar su autoridad. Se trabajó la **geografía** y se bajó de **jerarquía** a Natalia, quien funcionaba en alianza con su papá. En el mensaje se les dice que Natalia los ha traído a terapia y que debían estar agradecidos con ella.

En la segunda sesión el señor expresó que consideraba que la sesión anterior se había desviado del tema y que el asunto era la hiperquinesia de Natalia. Adriana, por su parte, comenta que ella había asistido con una terapeuta y que no había continuado porque no tenía entusiasmo para cambiar. En esta sesión hablan de la violencia física y verbal que han vivido. Se hace una **coalición** con la señora Adriana para cuestionar la violencia física que el esposo había manifestado contra Adriana³. Comentan sobre sus experiencias de violencia con sus familias de origen. Se les pone como alternativa el trabajar en terapia la cuestión de la violencia (**posición de experto**), y ellos lo consideraron conveniente. Así que se les dejó de tarea que comenzaran a identificar la violencia en los diversos aspectos de su vida familiar, pero sobre todo que retiraran la violencia física que se había ido dando en la familia (**convenio terapéutico**).

Sesiones 3 y 4.

Para la tercera sesión la pareja se cambió de casa, se crean interacciones entre la pareja para afianzar sus logros y favorecer la comunicación y los acuerdos. El esposo comentó que se sentía más tranquilo, y ella que estaba preocupada porque Adriana Lidia había decidido quedarse con sus abuelos. Se habla de que

³ Ella había sufrido fractura en la quijada

tienen que afianzar “detallitos” que se pueden convertir en “detallotes” (**cuestionamiento del recorte de sucesos**). Adriana comenta que a ella le cuesta trabajo tratar a Natalia, se le pide a Alfonso que aporte ideas como profesional de la educación que es (creación de una **tarea genérica**). Él dice que cada persona es diferente y que hay que darle un trato particular. Adriana platica que cuando pelean Alfonso defiende a Natalia y ella termina desquitándose con Natalia, pegándole. Siendo evidente la **triangulación**, se le comentó al esposo que de alguna manera él estaba contribuyendo en la violencia a los hijos: “*La violencia se está apropiando de la familia*”. El señor agregó que “*Natalia es una niña muy inteligente*”, y que había salido muy bien en matemáticas; a lo que se le contesta que entonces Natalia se ha dado cuenta de los problemas y se sacrificaba por la familia. Adriana dijo que cuando en su familia de origen se peleaban, a ella le daba por hacer “dramas”, y que pensaba que en esa familia debía de suceder una tragedia para que cambiaran. Aquí Natalia utilizó el término de “drama” para referirse al intento de suicidio, aunque no se platicó específicamente sobre esta situación. El temor de Adriana era que Natalia emprendiera una tragedia (matarse), para hacerlos cambiar. Al final de la sesión Adriana abrió una confidencia⁴: El papá de Natalia le recomendó a ella cuando se embarazó que abortara tomando una hierba, ella la tomó y se preocupaba porque esta pudiera haber dañado neurológicamente a Adriana. Se le comenta que la hierba parecía que no había sido muy buena pues Natalia era una niña muy inteligente que sobresale en matemáticas. El mensaje final refiere una felicitación a la pareja por “*tomar una decisión tan importantes: están luchando por ser mejores padres*”. Por otra parte, se les dijo que tenían unos enemigos que eran el chantaje, las malas palabras, echarse la culpa, burlarse, servía para que los hijos se aprovecharan de la situación, y que tenían una hija más sensible (Natalia); que no se esperaba que alguien se sacrificara, aventándose al drama, para erradicar la violencia.

En la última sesión a la que asistió la familia, llegaron tarde debido a la lejanía del lugar al que se habían cambiado. Comentaron que habían mejorado las cosas, así que se retomó el modelo de soluciones para explorar los cambios y

⁴ En esta sesión no asistió Natalia.

atribuir el control de esos cambios a la propia familia. Se les pregunta que *¿cómo le han hecho para mejorar?* Alfonso dijo que aguantándose, pues también hizo comentarios referentes al mal humor de su esposa, Adriana concordó con esto y se quejaba de que se ponía de malas muy fácilmente: “*soy nerviosa y miedosa*”. Ella manifestaba su preocupación por sus hijos cuando su papá se los llevaba. También se quejaba de que Alfonso no comunicaba claramente las cosas, pues cuando ella le preguntaba algo solo daba respuestas de “sí” y “no”. Sin embargo, Adriana reconoce que ha mejorado el trato de Alfonso con sus hijos. Se hace la pregunta siguiente: “*¿Existirá una barrera en la relación familiar?*” (**Introducir hipótesis**). Antes del mensaje se les sugirió que pensarán de “*que cosas se han valido para erradicar la violencia*”: Dijeron que de la tolerancia, la reflexión, disfrutar a los hijos y disfrutar la relación. Durante el mensaje se les preguntó qué habían pensado sobre la existencia de una barrera familiar. Para el papá esta barrera era el control. Después, de esta idea se creó la **metáfora** de que esta misma barrera podría moverse de lugar, y en lugar de que fuera un obstáculo podría utilizarse para impedir la entrada a la violencia. Ellos concordaron en que ya no querían a la violencia en su casa, así que se sugirió que firmaran una tregua contra la violencia, teniendo como testigos a los terapeutas; ellos estuvieron de acuerdo.

La familia no asistió a las dos sesiones posteriores que se tomaron como margen para continuar la terapia.

LOGROS Y PRONÓSTICO.

El logro principal en esta familia es que se propició hablar sobre la violencia y los problemas de la pareja sin utilizar como escudo las dificultades con los hijos. Ya que los síntomas de rebeldía de Natalia eran distractores para no abordar la problemática de la violencia en la familia. Esto se logró marcando límites claros entre Natalia y sus padres, cambiando la geografía y jerarquía disfuncional, para poner a los padres en un rol de autoridad. Se generaron cambios como el poner límites con relación a la familia extensa de la señora Adriana, pues ellos decidieron vivir independientemente. También se trabajó sobre el significado de la violencia, y se modificó la forma de percibir ésta, planteando los riesgos que viven

los hijos en una familia en donde existe la violencia: como el suicidio, la rebeldía de los hijos, y la desintegración familiar.

Como pronóstico, en esta familia se dieron cambios pero dejaron de asistir debido a la distancia de su casa a la clínica. Los padres van a ser cautos con las manifestaciones de violencia familiar, pero no se resolvió la demanda de la familia por completo. La demanda inicial era la hiperquinesia de Natalia, y no se lograron cambios suficientes para que la familia descartara esta idea. En los casos de familias con hijos hiperquinéticos, como lo afirman Espinosa y González (1997), existen problemas de comunicación en los padres y se frustran los intentos de control de los hijos.

2. ANÁLISIS DE LOS CASOS

En esta sección se hace un análisis de las familias en cuanto a los mitos y lealtades que giran en torno a las transiciones de las familias pluricompuestas. El orden de las familias es presentado de acuerdo a los años de relación con la pareja actual, en las dos primeras familias el tiempo de relación conyugal es de 2 años, y las dos familias restantes llevaban 10 años de unión marital.

La familia **Reyes Saldaña** presenta problemas comunes de las familias pluricompuestas. A Ana le cuesta trabajo poner límites a la hija, ella considera que su padre biológico debería frecuentar a su hija Ana María. Manuel, la pareja de la madre, trata de ganarse a la hija y la consiente (por ejemplo, comprándole un celular). Ana María es más rebelde con la madre a la llegada de Manuel y compite por la atención de ella. Pero además, Manuel tiene una hija de la edad de Ana, se puede pensar que la relación es compleja porque durante la adolescencia ya se han formado lazos de lealtad con sus padres biológicos, y el aceptar a las nuevas familias puede que no sea tan sencillo; aunque no se tienen datos de la relación que ellas entablaron en aquel momento. En esta familia los ciclos vitales se han empalmado, lo cual resulta más difícil para los padres; cuando la pareja está un periodo de matrimonio de dos años, existen a su vez hijos adolescentes. El motivo de consulta de esta familia giraba en torno a la relación con la hija, pero una vez

que se resuelve el problema de los límites en la educación, la señora Ana abre el nuevo motivo de consulta: la relación de pareja, que sería otra de sus prioridades.

El mito de esta familia radica en la creencia de que se puede formar una familia instantánea uniendo dos familias con antecedentes de divorcio. Tanto Ana como Manuel viven en una situación similar, ambos se divorciaron, tienen hijas de la misma edad; pero el problema del rematrimonio, cuando hay hijos adolescentes, es que éstos ya tienen lazos de lealtad muy estrechos. Ana María, la hija de Ana, en los años anteriores estaba acostumbrada a la atención de su madre, ahora tiene que compartirla con Manuel, entonces Manuel se vuelve un intruso y tiene que ganarse la atención de Ana María, pero como todavía no ha sido aceptado por ella, tampoco puede ponerle límites. Por esta razón, Ana se siente sobrecargada como madre, pues Ana María le exige atención, esto aunado al hecho de que su hija está entrando a la adolescencia; además tiene que adaptarse al cónyuge y a la hija de él. Por su parte Manuel tendría que emprender negociaciones con su hija, con su esposa actual (Ana) y con Ana María. Pero por cuestión de mitos de género, en donde la mujer es “ama y patrona” de los hijos y el hombre es proveedor, Manuel se mantiene distante de la situación y Ana se vive abrumada. En la Fig. 4.1 se muestra el esquema de los mitos de la madre en torno a su hija. En este caso no hay un padre biológico cercano, y por lo tanto no se conocen los mitos del padre biológico; pero si se puede apreciar que existe incongruencia entre los mitos conscientes e inconscientes de Ana con respecto a su hija.

Todas las familias tienen mitos y forman lealtades, pero cuando se dan cambios en la familia y los mitos y las lealtades no han sufrido transformaciones, puede suceder ya no sean un complemento entre sí, y que tampoco sean funcionales para favorecer las nuevas negociaciones de la familia. Así, el mito de la familia instantánea ayuda a conformar nuevas relaciones, pero este debe de transformarse para que los miembros del grupo tengan claridad de las dificultades y negociaciones que deben de enfrentar. Por otra parte, la lealtad es un vínculo sólido que permite la unión al otro o a los otros, y funciona cuando las familias son estables y cuando no limitan las posibilidades de relación con el resto de los miembros de la familia. Por eso, la familia pluricompuesta se caracteriza por

aprender a romper a romper viejos mitos permitiendo que vayan transformándose

ESQUEMA DEL MITO CON RELACIÓN A LA HIJA EN LA FAMILIA REYES SALDAÑA

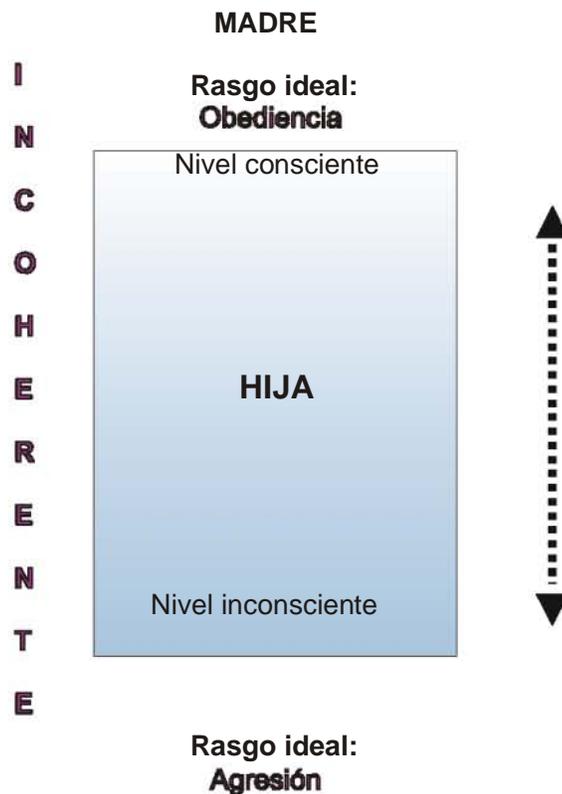


Fig. 4.1. Se muestran los rasgos ideales, tanto a nivel consciente como inconsciente, de Ana respecto a su hija.

y surjan los mitos que afianzaran las nuevas relaciones, además se va creando un respeto a las creencias de los nuevos y los viejos integrantes de la familia, encontrando mayores probabilidades de permanecer. Con relación a las lealtades, representan un verdadero problema en las familias pluricompuestas cuando los miembros establecen vínculos incondicionales, en donde relacionarse con los nuevos integrantes de la familia significa traicionar al otro; sobre todo cuando los

padres no han resuelto cuestiones de su relación anterior. En este caso, Ana María puede ser leal a los padres y rechazar la nueva relación de pareja de su madre. Pero si a futuro se crearan nuevos mitos y lealtades, propios de esta nueva organización familiar se lograría una buena integración entre sus integrantes.

En el caso de la familia **Garduño Roa**, es una familia pluricompuesta en la que los padres mantuvieron enojo. La hija se encontraba triangulada entre dos contrincantes que seguían vinculados en una relación de apoyo y de intromisión con sus familias de origen: J. Luis al no ser un padre eficaz en el aspecto económico es apoyado por sus familiares en los gastos con Valentina; Ángeles tiene su negocio pero vive en el mismo edificio que su familia de origen y mantiene dependencia afectiva con la madre. Para Valentina la autoridad era confusa y eso favorecía que fuera desordenada. Ella vivía con el anhelo de que algún día sus padres se unieran nuevamente, pero en vez de eso Valentina era receptora de los enojos entre ambos.

En la Fig. 4.2 se puede observar que entre los padres los rasgos ideales eran incongruentes a nivel consciente, pero congruentes a nivel inconsciente; ya que la hija es empleada por los padres para transmitirse agresión. Ángeles pedía obediencia de la hija, pero ella tenía un aprendizaje de agresión; J. Luis conscientemente parece seguir un convenio en el que él puede delegar responsabilidades en ambas familias, y en los hechos permitía una situación en la que se mantenía un juego de agresión y donde Valentina fungía como medio de comunicación. En medio de la agresión, Valentina mantenía un lazo de lealtad con su madre, pues la defendía y apoyaba las opiniones de Ángeles.

ESQUEMA DEL MITO CON RELACIÓN A LA HIJA
EN LA FAMILIA GARDUÑO ROA



Fig. 4.2. Se muestran los rasgos ideales de los padres de Valentina, tanto a nivel consciente como inconsciente.

Por otra parte, en la familia **Montes Becerril** los padres vivían el mito de que las adicciones se transfieren a los miembros de la familia de una a otra generación, así que ellos temían que Adrián, el hijo más pequeño, heredara el alcoholismo que ha existido en ambas familias. Las señales de alarma que activaron la ansiedad de la familia fueron que Adrián no tuviera un carácter firme y fuera fácil de manipular, que fuera mal en sus actividades escolares, que al juntarse con niños más grandes adquiriera malos hábitos y el no tener control sobre sí mismo. Sin embargo, la familia había encontrado un nuevo mito, al ser Adrián un “niño con potencial”, él podría desarrollar lo que los padres no lograron debido al alcoholismo. Pero esto, más que disminuir la ansiedad familiar la incrementó, pues si Adrián no es bien guiado puede relacionarse con gente más grande que lo “malee”. Otro mito fue que ellos como padres no serían eficaces:

Guillermina estando en la menopausia ya no podría ser madre y Leonardo con sus problemas cardiovasculares tampoco podría atender al hijo, ni trabajar. Elsa les ayudaba a mantener dicho mito, porque ella quería demostrarle a Leonardo que no era una persona dependiente, y al ver la ansiedad en que viven todos se vuelve proveedora de la familia y madre de Adrián.

Otra característica es que es una familia pluricompuesta en donde ha habido figuras masculinas cuya imagen ha sido negativa por su alcoholismo, ya que el padre de Elsa también fue alcohólico; de ahí que no tuviera mucha expectativa para el matrimonio.

Respecto a Leonardo, al haber comenzado a procrear joven ya no tenía planes para tener más familia, la noticia del embarazo de Guillermina no es bienvenido. En el caso de Guillermina, ella había sido estricta con sus hijas, pero a Adrián por ser varón no sabía como tratarlo; así que Leonardo adquirió mayor influencia sobre Adrián, pues finalmente es su único hijo varón.

Visto desde los mitos de la pareja en torno al hijo, en esta familia podemos apreciar que los padres manifestaban congruencia consciente e incongruencia inconsciente. Es decir el rasgo ideal consciente que querían que manifestara el hijo era la agresión, el defenderse de los otros; pero a nivel inconsciente había incongruencia, porque al no existir una clara autoridad y delegar las funciones parentales a Elsa él tomaba un papel rebelde con la madre y un papel dócil con el padre, quien le exigía logros mayores a los de su edad, buscando compensar lo que el no hizo. La docilidad la transfería al grupo de coetáneos. El papel rebelde con la madre era una forma de activarla para que asumiera una relación con él, el papel dócil implica el darle gusto al padre. Se trata de un **acuerdo consciente con incongruencia inconsciente** (ver Fig. 4.3).

ESQUEMA DEL MITO EN RELACIÓN AL HIJO
EN LA FAMILIA MONTES BECERRIL

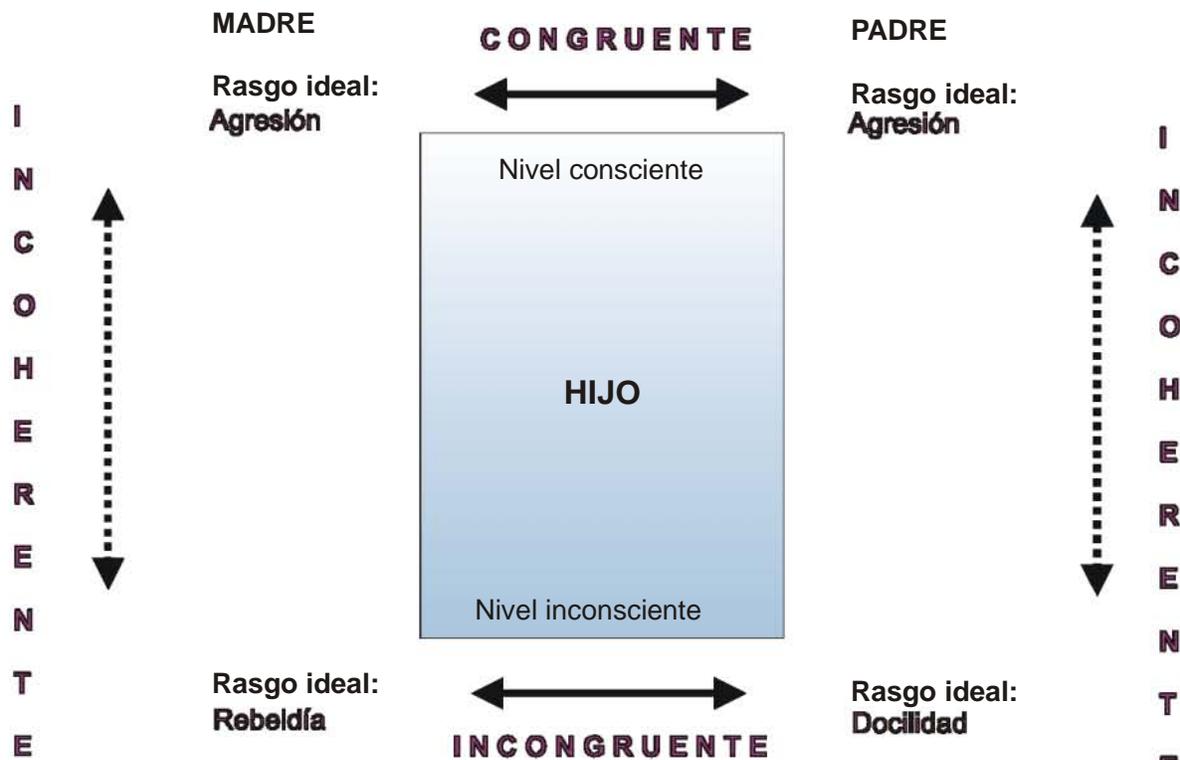


Fig.4.3. Se muestran los rasgos ideales de los padres de Adrián, tanto a nivel consciente como inconsciente.

La familia Bernabé Gonzalo es una familia pluricompuesta cuyas dificultades del rematrimonio se agravaron debido a dos factores: a) Tanto Adriana como Alfonso viven desde sus familias extensas el mito de la violencia como forma de control de los miembros del grupo, y b) la familia se vive atrapada en la familia extensa de Adriana. De acuerdo a Rosario Espinosa y Susana González (1997), en este tipo de familias hablaríamos de que existen procesos de individuación incompletos.

Sobre todo el primer punto amenazó a la familia con una nueva separación, pues la violencia no sólo se estuvo dando en la pareja, sino también caracterizó el holón parental y las relaciones mantenidas con la familia extensa de Adriana. La

esposa era violenta acaparando la autoridad del marido, educando a los hijos con golpes. El marido era violento golpeando a la esposa y sabotando su autoridad.

Él proviene de una familia en la que el padre era alcohólico, se violentaba contra la esposa y corría a los hijos de la casa. La familia extensa de la esposa también había sido violenta en varios sentidos: controlando la libertad de procrear y asumir la maternidad de Adriana. El atrapamiento de esta familia en la familia extensa, tiene que ver con su necesidad de Adriana de estar cerca de su hija Ana Luisa, quien está ligada a la autoridad de los abuelos, aquí se nota una situación de lealtad a los vínculos precedentes; a la vez, el esposo quedó atrapado, pues no tomar decisiones lo mantuvo dependiente económicamente, así que convino vivir en el terreno de los suegros; esto permitía a su esposa estar tranquila. Adriana en su familia ha sido privilegiada como única mujer, pero ha tenido que pagar el tributo de la lealtad a su familia de origen, por el lado de la familia de Alfonso, como hombre no se le exigió mucho, pero ha tenido que pagar el tributo de la docilidad con las mujeres de su familia: así que para una hija leal como Adriana, un marido dócil le dio tranquilidad; aunque ellos se vieron acosados por la intromisión de la familia extensa.

En lo que respecta a Natalia ella los había llevado a terapia debido a su bajo rendimiento académico y a la supuesta hiperquinesia. Ella recibió un doble mensaje de los padres, por una parte ellos querían que fuera una niña que no diera problemas, pero era tratada como hiperquinética, cuando no existía diagnóstico que confirmara este padecimiento, ni en el transcurso del tratamiento mostró el comportamiento de una niña hiperquinética. Lo que sí es cierto es que se mantuvo triangulada entre las dificultades de sus padres. Por lo que se sugiere que en esta familia no se puede individualizar el diagnóstico en torno a la hija, sino que la hiperquinesia es un reflejo sintomático de disfunción familiar. Como lo señalan Espinosa y González (1997), estas familias se encuentran desorganizadas y suele funcionar con ellas las técnicas de reestructuración.

ESQUEMA DEL MITO CON RELACIÓN A LA HIJA
EN LA FAMILIA BERNABÉ GONZALO

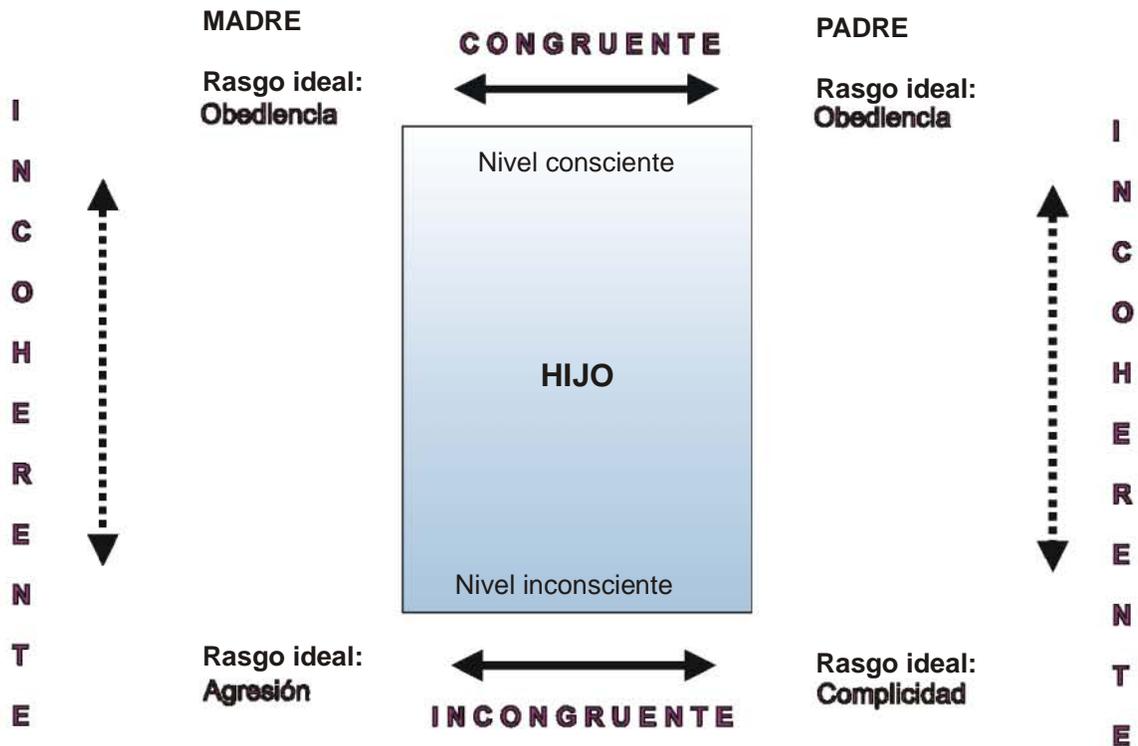


Fig. 4.4. Se muestran los rasgos ideales de los padres de Natalia, tanto a nivel consciente como inconsciente.

En la figura 4.4 se muestran los rasgos ideales que tenían Adriana y Alfonso en torno a Natalia. Ambos consideraban que Natalia debería de ser obediente, así que sus ideales conscientes son congruentes; sin embargo, las conductas con relación a la educación de Natalia eran incoherentes. Manifestaba conductas agresivas, gritándole y a veces pegándole; por su parte, Alfonso manifestaba conductas de complicidad al contradecir a Adriana enfrente de la hija. Esto hacía que Natalia formara lazos de lealtad con su padre y geográficamente se pusiera de su lado, además de descalificar a su madre al no hacerle caso. Lo que a nivel consciente evitaba la desintegración de holón parental es el surgimiento del mito de la niña hiperquinética, pues esto encubría la realidad y los hacía ver como padres que coincidían en el problema con la hija.

Comentarios

Tanto en la familia **Reyes** y en la familia **Garduño Roa** las nuevas parejas llevan dos años de relación. En la familia Reyes la hija no ha establecido aún una buena relación con la pareja de su mamá, en ocasiones la madre se torna agresiva con la hija y comúnmente no le pone límites, así que la hija también manifiesta agresión contra la madre. En una de las sesiones Ana se queja de su esposo, pues le encuentra defectos que antes no le había detectado; Manuel, su esposo actual, trata de ganarse Ana María mientras que Ana quisiera ser más estricta con su hija. En cuanto a la familia Garduño Roa, en las últimas sesiones Ángeles tiene la duda respecto a seguir con su actual pareja; Valentina, su hija, rechaza al cónyuge de su mamá y tiene la ilusión de que sus padres regresen, y también existen problemas entre madre e hija. Algo peculiar es que en estas dos familias no asisten los cónyuges a las sesiones terapéuticas, y no hay conversaciones que señalen nuevos mitos.

Por otra parte, en la familia **Montes Becerril** como en la familia **Bernabé Gonzalo**, los padres fungían como ineficientes en la educación de sus hijos. Esto pudiera deberse a que el evento del divorcio influyó en la expectativa de autoridad sobre los hijos. También en ambos casos existían miembros en la familia que cumplían funciones parentales. Sin embargo, ambas familias presentan una relación más sólida, es decir, las parejas llevan 10 años de relación y han consolidado mitos y lealtades propias que les permiten, a pesar de las dificultades, no plantear cuestiones que denoten amenazas de separación. Un primer hecho es que en los dos casos la pareja asiste a terapia junto con otros miembros de la familia. Una segunda cuestión es que relatan experiencias que tienen que ver con la construcción de mitos actuales que los unen. En la familia Montes Becerril existe el antecedente de que ambos han dejado el alcohol, y vislumbran a su hijo como una persona con mayor potencial de inteligencia, que en un futuro va a ser un buen profesionista. En la familia Bernabé Gonzalo aunque hay violencia, los padres no plantean cuestiones de separación, hacen bromas respecto a sus dificultades y a pesar de que las cosas han sido difíciles, hacen comentarios en relación a que cuando no peleaban tenían tiempo para procrear.

3. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

El trabajo de supervisión se llevó a cabo a partir del segundo semestre. Se formó el grupo con cinco terapeutas y se trabajó en las tres sedes mencionadas en el capítulo I: a) Clínica de Terapia Familiar de la FESI, b) Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla (ISSSTE) y c) Clínica de Terapia Familiar de CCH Atzacapotzalco. En el trabajo en las sedes se tuvo una o dos supervisoras asignadas. Las supervisoras fungieron como facilitadoras en el aprendizaje de los modelos previamente estudiados de manera teórica durante los seminarios.

Definimos supervisión como un espacio de reflexión e integración teórica, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o a priorizar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico. (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002, pág. 48)

En la supervisión se logra integrar las diferentes perspectivas de los terapeutas, lográndose una visión particular de la realidad acorde al momento y a las circunstancias. El sistema reverbera en todos sus integrantes produciendo cambios, no sólo en la familia, sino también en el resto de los miembros, siendo a su vez una apreciable forma de enseñar y aprender. El supervisor dirige al grupo de terapeutas en formación, de manera que puedan diagnosticar adecuadamente el caso, así como realizar el planteamiento de objetivos terapéuticos y tomar decisiones sobre las estrategias de intervención. A la vez, el supervisor debe de ver los cambios que generan las estrategias empleadas.

Los terapeutas en formación se involucran en un trabajo de equipo centrado en el logro de metas terapéuticas y en la relación con los otros terapeutas; es decir, los vínculos y emociones que se generan en el trabajo grupal.

Desde la cibernética de segundo orden, que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, asumimos que el supervisor está incluido en el Sistema Terapéutico Total, el cual está conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor. Al mismo tiempo que debe de tener una visión del sistema en el que trabaja, de la familia, del terapeuta con la familia y con el equipo, así como de la fuente de referencia, también tiene que tomar en cuenta su propia participación con el sistema, además de los vínculos con la institución global, donde la supervisión está integrada en un programa de formación en Terapia Familiar. (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002, pág. 49)

La supervisión se genera desde los diferentes puntos de vista en que se puede apreciar el sistema. La habilidad del supervisor radica en encontrar los distintos ángulos para ayudar a la familia y generar conocimientos en los terapeutas. En alusión al problema familiar, esta visión poliangular amplía las posibilidades de maniobra y de formas de intervención. En ocasiones se utiliza al equipo como respaldo para poder mandar mensajes a la familia, sin que se perjudique la relación entre la familia y el terapeuta asignado; también se pueden hacer intervenciones en donde se presentan miembros del grupo terapéutico creando un impacto especial en el mensaje; por ejemplo en las intervenciones con equipo reflexivo. Los mensajes respaldados en el grupo de terapeutas dan un tono particular al lenguaje empleado para la comunicación con la familia; a su vez, existe un apoyo para el terapeuta en formación que está frente a la familia, cuando los terapeutas han logrado una buena integración.

Desde la cibernética de segundo orden, en donde el observador es parte de lo observado, cada miembro del equipo, es decir, cada observador, se va viendo como terapeuta; haciendo uso de sus experiencias de vida y las cualidades de su persona, pero también encontrando sus debilidades en el trabajo con ciertas situaciones familiares, en las que fácilmente puede engancharse y verse obstruido por sus propios sentimientos. Así que la personalidad terapeuta es uno de los temas en los diálogos de trabajo, que repercute en el entrenamiento del Terapeuta Familiar.

De esta manera, en el trabajo con equipo terapéutico se entreteteje una urdimbre de relaciones y cosmovisiones, que podemos analizarlo de la siguiente manera

SISTEMA TERAPÉUTICO

B. Sistema terapéutico

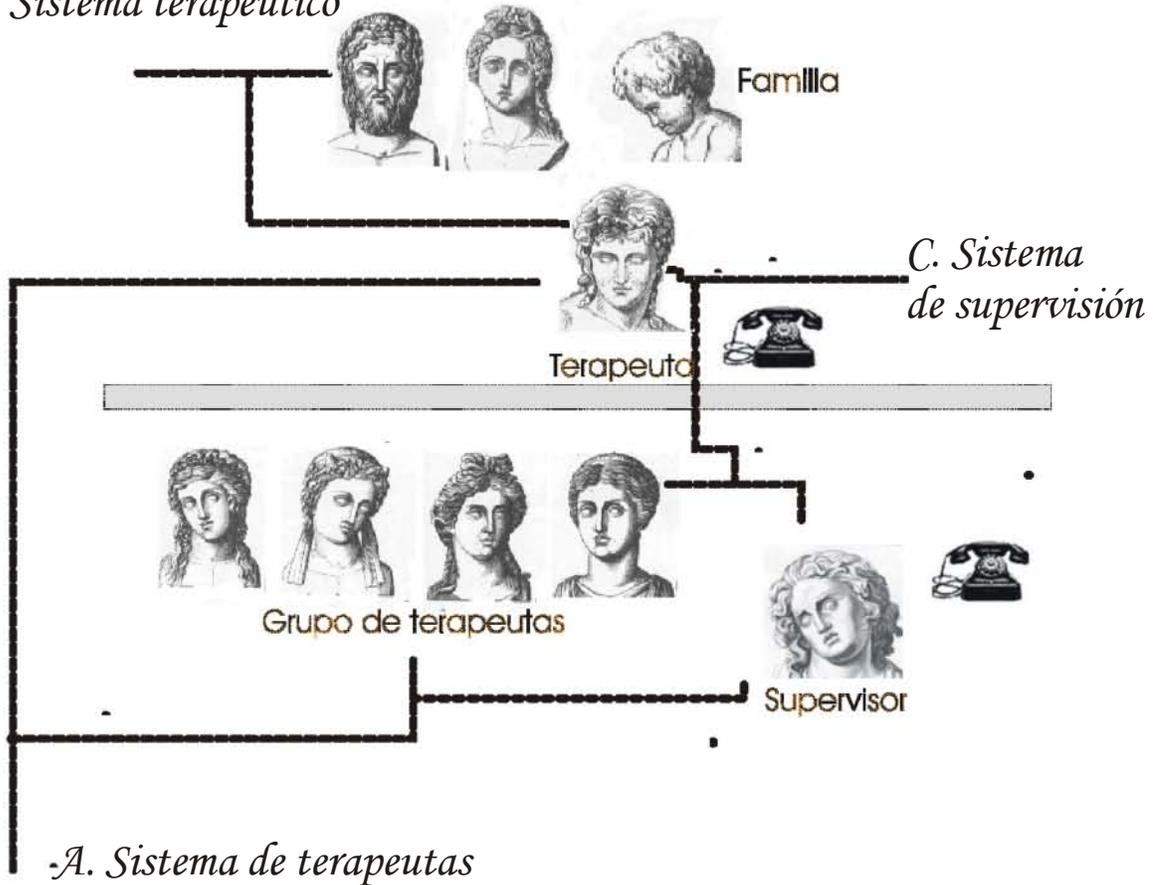


Fig. 3.1. Se muestran los sistemas que componen el Sistema Terapéutico Total.

El sistema de terapeutas está conformado por el terapeuta, el grupo de terapeutas y el supervisor; en conjunto analizan, comentan y proponen formas de intervención con la familia. El sistema terapéutico está integrado por el sistema familiar y el terapeuta; trabajan fuera de la cámara de Gessell, y son observados por el sistema de supervisión. El sistema de supervisión se compone del equipo de supervisados y el supervisor; se encuentran dentro de la cámara de Gessell, y se comunican con el terapeuta a través de una línea telefónica o un pizarrón, aunque también pueden estar en el mismo espacio. El sistema terapéutico total incluye al sistema terapéutico y al sistema de supervisión.

Respecto a los terapeutas en formación, el hecho de que se elaboren genogramas y se analicen al lado del supervisor, permite abrir la visión del trabajo

terapéutico desde la cibernética de segundo orden; ya que este previo estudio permite ver las deficiencias y cualidades de cada uno de los terapeutas supervisados, y cuales son los retos que deben enfrentar para mejorar su trabajo con la familia.

CAPITULO V

**DESARROLLO Y APLICACIÓN DE
COMPETENCIAS PROFESIONALES:**

**HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y
DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y
PREVENCIÓN COMUNITARIA**

V. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

A continuación se presenta una síntesis de los distintos productos desarrollados a lo largo de la maestría, con relación a la investigación, enseñanza y difusión del conocimiento, así como en cuestión de atención y prevención comunitaria.

1. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

1. Reporte de la investigación realizada en Metodología de la Investigación I y II.

NOMBRE DEL EVENTO:

IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud.

FECHA:

Del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2004.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**Estereotipos de género en relación a los años de convivencia en pareja:
Un estudio descriptivo.**

SEDE:

FES Iztacala. UNAM.

RESUMEN:

Este trabajo tuvo como objetivo conocer los estereotipos del papel de género que tienen hombres y mujeres que viven en pareja. Las variables consideradas fueron: como variable independiente Los años que tienen los participantes de vivir en pareja; dividiéndose en dos grupos: 1) de 1 a 5 años y 2) de 15 a 19 años. La variable dependiente fue las autopercepciones de masculinidad, femineidad, machismo y sumisión. Se reportan los datos obtenidos del Cuestionario de Masculinidad-Femineidad IMAFE de Lara Cantú (1993) que se aplicó a 45 sujetos: 23 mujeres y 22 hombres, describiéndose cada uno(a) a sí mismo(a) de acuerdo a las categorías del inventario. Los resultados en ambos grupos muestran que independientemente de los años de convivencia en pareja y del sexo de lo(a)s

participantes no existen diferencias significativas en cuanto a su percepción del rol o papel de género, encontrándose que los estereotipos de género poco a poco están dando paso a papeles más equitativos o no tradicionales en las relaciones entre hombres y mujeres, lo cual pudiera deberse a las diferentes demandas de tipo cultural, social, económico y familiar a las que se enfrentan de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentren. Ello implica que tanto hombres como mujeres han tenido que asumir papeles más activos en cuanto a la dinámica de las relaciones dentro y fuera de la familia.

NOMBRE DEL EVENTO:

IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud.

FECHA:

Del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2004.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

La construcción de la masculinidad: un estudio de caso.

SEDE:

FES Iztacala. UNAM.

Esta investigación es una continuación del estudio cuantitativo resumido en las líneas anteriores, sobre estereotipos de género con relación a los años de convivencia en pareja; los datos que se obtuvieron en los dos grupos de la muestra de dicho estudio, de 1 a 5 y de 15 a 19 años de convivencia en pareja, no mostraron diferencias estadísticamente significativas, por tal motivo se decidió efectuar un estudio de caso, para lo cual se seleccionó a uno de los sujetos participantes del segundo grupo; esto con el fin de realizar un estudio cualitativo que complemente y amplíe la información del estudio que le antecedió.

El objetivo de esta investigación fue analizar las vivencias, creencias y expectativas que un hombre refiere con relación al proceso de construcción y deconstrucción de su masculinidad. Se realizó a través de un estudio de caso instrumental de tipo proyectado empleando como técnica la recolección de datos a partir de la entrevista en profundidad semiestructurada, con la cual se evaluaron cinco aspectos definidos en términos de las siguientes categorías:

familia de origen, familia actual, área social, área individual y área de trabajo. Los resultados obtenidos muestran que el proceso de construcción de la masculinidad en el participante se conformó con la interacción de las vivencias dentro de la familia de origen, donde la tendencia era el apego a asumir papeles tradicionales de género; sin embargo, tanto sus creencias como sus expectativas se han venido modificando como parte de procesos individuales y relacionales que han tenido lugar en la medida que el individuo se ha insertado en diferentes grupos sociales, a lo largo de su vida; lo que ha generado cuestionamientos y reflexiones del ejercicio de su masculinidad, es decir, lo ha llevado a la deconstrucción de patrones de masculinidad tradicionales y a la co-construcción de relaciones de mayor equidad.

2. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

MANUAL:
Modelo Estructural

FECHA:
Diciembre de 2003.

Se elaboró un manual en el que se sintetiza el modelo de terapia familiar estructural de Salvador Minuchin. Se realizó una exposición didáctica de los fundamentos subyacentes al enfoque tratado. Para su mejor comprensión se incluyeron cuadros que sirven como guía temática. Posteriormente se hace un resumen de las técnicas y se incluyen ejemplos que ayudan al lector a discernir e identificar los particulares modos de abordaje terapéutico. Asimismo, se incluye un mapa conceptual que facilita el tema. Este producto tecnológico se recomienda a alumnos de licenciatura y maestría que se introducen al tema y buscan comenzar a aplicar las técnicas.

MANUAL:
Terapia Breve Centrada en el Problema

FECHA:
Junio de 2004.

Se presenta una síntesis del sustento teórico que apoya el modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema y las técnicas de este modelo de terapia, así mismo, se hace una exposición de las técnicas que comprenden dicho modelo; el manual incluye cuadros y guías didácticas que ayudan al lector a sintetizar la información, también se incluyen ejemplos para facilitar la comprensión de los temas. Este producto tecnológico va dirigido a alumnos de licenciatura y maestría que se introducen al tema y buscan comenzar a aplicar las técnicas.

VIDEOCINTA:
Técnicas del Modelo Estructural

FECHA:
Enero de 2004.

Se realizó una videocinta de 25 minutos de duración, en la que se exponen de manera didáctica las técnicas desarrolladas por Salvador Minuchin, referentes al enfoque estructural. En este trabajo se retomaron casos similares a los estudiados en los equipos de observación, por lo que se considera de utilidad para los estudiantes de licenciatura que se inician en la psicología clínica, interesados en conocer el enfoque familiar sistémico y en retomar algunos ejemplos sobre las técnicas empleadas por Minuchin y expuestas en sus libros. Este producto tecnológico es de importancia para el docente como un material de apoyo didáctico.

También se considera útil para los egresados que desean introducirse en la terapia familiar y para los alumnos de postgrado que inician sus estudios.

VIDEOCINTA:
Modelo estratégico de Jay Haley

FECHA:
Junio de 2004.

Se ejemplifican las técnicas del modelo estratégico de Jay Haley, ilustrando las siguientes técnicas: aliento a la resistencia, ofrecimiento de una alternativa peor, determinación de un cambio mediante metáforas, aliento a la recaída, énfasis en lo positivo. Este trabajo va dirigido a estudiantes de Psicología y terapeutas en formación. En este trabajo se retomaron casos parecidos a los estudiados en los equipos de observación. El material es de utilidad didáctica a los estudiantes de licenciatura que se inician en la psicología clínica, interesados en conocer el enfoque familiar sistémico y en retomar algunos ejemplos sobre las técnicas empleadas por Haley. Este producto tecnológico es de importancia para el docente como un material de apoyo didáctico.

También se considera útil para los egresados que desean introducirse en la terapia familiar y para los alumnos de postgrado que inician sus estudios.

DOCUMENTO:
Ciclo vital de la familia

FECHA DE ELABORACIÓN:
Agosto a diciembre de 2003

Se elaboró de un producto tecnológico grupal sobre las diferentes etapas del ciclo vital de la familia. Cada integrante de la generación participó con un tema particular, efectuando investigación documental y de campo. El material se presentó con diseño didáctico efectuado por computadora, en programa Microsoft Power Point; presenta la síntesis de investigación por ciclo vital mediante imágenes y cuadros.

DOCUMENTO:
Historia De la terapia familiar

FECHA:
Febrero a agosto de 2004

Se participó en la elaboración de un producto tecnológico grupal, iniciado por los compañeros de generaciones anteriores. El material se presentó en diseño didáctico efectuado en computadora, con imágenes y símbolos para su fácil lectura y comprensión. En este trabajo se integraron datos biográficos, bibliográficos e históricos de los exponentes que contribuyeron al desarrollo de la Terapia Familiar. En esta síntesis se contextualiza la época con los hechos sociales relevantes.

PLATICAS INFORMATIVAS:
Diversos temas

FECHA:
Febrero a junio de 2004 y de febrero a junio de 2005

Se impartieron de salud preventiva en el área de psicología, en la sala de espera de la Clínica de Terapia Familiar del ISSSTE de Tlalnepantla, dirigido a los usuarios de los servicios médicos. Los temas que se expusieron fueron:

- a) trastornos del lenguaje
- b) trastornos del sueño
- c) formación de la pareja
- d) familias reconstituidas.

PUBLICACIÓN:
Revista "Mixcoac". Año 4. Vol. 3.
Publicación de la Escuela Nacional Preparatoria,
plantel 8 (Miguel E. Schultz)

TEMA:
Prevención del abuso sexual

FECHA:
Mayo de 2005

Se manejan datos estadísticos y se explican los niveles preventivos en cuestión del abuso sexual infantil.

3. HABILIDADES DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

TALLER:

“Comunicación no violenta”

FECHA:

28 de noviembre y 5 de diciembre de 2003

DURACIÓN:

6 horas

SEDE:

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

RESUMEN:

El taller estuvo dirigido a los alumnos de la licenciatura en psicología (FESI).

Objetivo: Dar a conocer un modelo de comunicación que permita el entendimiento mutuo aún entre personas muy conflictuadas. Se pretende que se aprenda a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.

Objetivo particular: Que los participantes aprendan habilidades de comunicación no violenta en la interacción con sus compañeros.

- El modelo de Comunicación no Violenta (CNV) fue creado por el Dr. Marshall Rosenberg para enseñar una forma de comunicación en el que las personas resuelvan sus diferencias, aún las más extremas, en un ambiente de mutuo entendimiento.
- Este modelo puede utilizarse desde conflictos de pareja hasta conflictos bélicos entre naciones.

PRIMERA SESIÓN:

- Introducción
- Comunicación
- Comunicación violenta y sus consecuencias
- Comunicación No Violenta (CNV)
- La jirafa y la CNV
- Conceptos y ejercicios sobre la CNV

SEGUNDA SESIÓN:

- Ejercicio de CNV
- Correo de las jirafas
- Cierre del taller
- Evaluación

CONCLUSIONES:

Se cubrieron los objetivos del taller, ya que los participantes conocieron el modelo de CNV, aprendieron habilidades que permitieron abrir temas de CNV en el grupo. Descubrimos que es un tema muy importante en la psicología y que fue novedoso a los alumnos de 8º semestre de la licenciatura en psicología, quienes participaron con interés y nos hicieron observaciones valiosas sobre las mejoras que se pueden hacer al taller.

CURSO:

“Taller sobre abuso sexual en adolescentes”

FECHA:

7 y 8 de septiembre de 2004

DURACIÓN:

6 horas

SEDE:

Escuela Nacional Preparatoria Plantel No. 8 “Miguel E. Schulz”

RESUMEN:

El taller se impartió en las instalaciones LACE del plantel. Se hizo uso de un laboratorio equipado con televisión, videocasetera, CPU y accesorios para computadora, cañón de proyección.

Participantes:

Asistieron al taller 8 alumnos cuyas edades fueron de entre 15 y 16 años, de primer ingreso de la Escuela Nacional Preparatoria, Plantel 8. Que cursan la materia de Orientación Educativa IV. No se manejó motivación extrínseca para su participación en el taller. Aunque un grupo (423) se les propuso que si asistían al taller se les concedería un punto para la Unidad II (sexualidad), sólo asistieron alumnos a los que no se les condicionó su participación (grupo 410). Los estudiantes fueron del turno de la mañana, y tomaron el taller después de concluir clases.

Desarrollo del taller:

De las expectativas de los asistentes, 2 mencionaron estar ahí para obtener información, 1 para conocer y entender sobre el tema, 1 para tener una guía del profesor, 4 para aprender respecto al abuso sexual.

La primera sesión permitió a los asistentes y profesor crear un clima de confianza y situar la relación del tema con cuestiones de género, violencia, dinámica familiar, educación sobre sexualidad, épocas y culturas. Se hizo énfasis en el tema de la “violencia familiar” y el “maltrato infantil”, se presentaron estadísticas sobre el abuso sexual e información sobre el origen del problema y las actividades preventivas.

En general los alumnos participaron con preguntas y comentaron sobre los manifestaron problemas de violencia y abuso sexual que habían experimentado en sus casas y en su entorno; también hicieron comentarios sobre los niveles de prevención y la asistencia psicológica y legal ante el problema del abuso sexual en la escuela y la comunidad.

**EVENTO ORGANIZADO POR EL COLEGIO DE MUJERES
PROFESIONISTAS DEL BACHILLERATO DE LA UNAM**

NOMBRE DEL EVENTO:

**En el noveno encuentro: El desarrollo humano
como parte de la formación integral.**

NOMBRE DE LA PONENCIA:

**“Las familias reconstituidas como parte del
desarrollo humano contemporáneo”.**

FECHA:

6 de abril de 2005

SEDE:

Museo de “San Ildefonso” UNAM

RESUMEN:

Se retoman puntos de vista de terapeutas renombrados sobresalientes en la Terapia Familiar, como son los de Minuchin, Robert y Michèle Neuberger, entre otros. Posteriormente se precisa la definición de *familia reconstituida*, explicando el tipo de situaciones en las que surge este tipo de conformación familiar y el tipo de dificultades que, tanto hijos, padres y nuevos cónyuges, atraviesan.

La familia reconstituida se forma cuando por los menos uno de los cónyuges que conforman una relación de pareja, ha tenido hijos de una relación anterior. Esta familia tiene que organizarse de una nueva manera para adaptarse al nuevo ambiente familiar. Se calcula que alrededor de siete años es el tiempo promedio que tarda la familia en realizar estos cambios. En este tipo de familias los ciclos vitales se traslapan, las reglas familiares, costumbres, rituales y relaciones afectivas requieren de la inversión de mayores esfuerzos para poderse integrar de manera armónica; por tanto, hay una fuente de ansiedad para hacer los acomodos necesarios en el grupo. Sin embargo, las posibilidades de que surja la disfuncionalidad familiar son, aparentemente, las mismas que en las familias prototipo: familia extensa y familia nuclear.

La familia reconstituida es común en la sociedad contemporánea, y se está generalizando en la Cd. de México. Tiene que ver con características que muestran los educandos en el desarrollo de su personalidad. Así que el conocer las particularidades de este tipo de familiar ayudará a la comprensión y orientación de los jóvenes, quienes muchas veces manifiestan rebeldía, principalmente ante sus padres.

CAPITULO VI

**DESARROLLO Y APLICACIÓN DE
COMPETENCIAS PROFESIONALES:**

CONSIDERACIONES ÉTICAS

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. LA ÉTICA PROFESIONAL EN EL DESEMPEÑO DEL TERAPÉUTA

Uno de los puntos de partida para desempeñar el trabajo clínico de acuerdo a la adecuada ética profesional esta en la misma manera de introducirte en la danza de la familia y ser aceptado en el sistema, mientras el terapeuta no tenga este papel privilegiado que es posible en parte por el estatus de su profesión y, en parte, por su misma sensibilidad, habilidad, astucia, experiencia, no es posible hacer intervenciones que sean aceptadas por la familia. Pero, esto que se conoce como capacidad de maniobra debe de ser acorde a la ética profesional del psicólogo. De ahí que el tema tratado en este apartado sea de fundamental importancia para realizar un trabajo digno de un Terapeuta Familiar debidamente entrenado.

Sobre la competencia del psicólogo

De acuerdo al *Código Ético del Psicólogo*, en el artículo 30 se señala que “*El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee educación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesaria*” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, pág. 55). Hay problemas familiares que son muy delicados. En uno de los casos tratados en la residencia la paciente agredía verbalmente a su hija en la sesión de terapia, así que una de las supervisoras intervino a favor de la hija, posteriormente se decidió trabajar sin la presencia de la hija, para que la madre no tomara la conversación terapéutica como oportunidad para agredir a la niña.

Uno de los aspectos que se recomienda para llevar a cabo la entrevista sistémica es sobre la importancia de mantener la neutralidad con la familia, conservando una distribución sistémica de comunicación y no casarse con la idea que muchas veces trae la familia de señalar al sintomático como el culpable de la situación. Es importante mencionar que los miembros de la familia pueden hacer intentos por establecer alianza con el terapeuta para imponer su necesidad personal en la terapia. Por ejemplo, en otro de los casos trabajados, la esposa continuamente aprovechaba la ocasión para descalificar a su marido, así que se

opto por señalar las descalificaciones inmediatamente después de que estas tenían lugar. De esta manera la esposa se dio cuenta de la manera en que influían sus comentarios en las dificultades con el marido.

Las intervenciones psicológicas

El Terapeuta Familiar es un profesional cuya labor consiste en hacer uso de técnicas provenientes de los enfoques terapéuticos, con la finalidad de generar cambios en la familia que los ayuden a resolver problemas concernientes a su situación en la interacción familiar. Además de tener experiencia en estas técnicas, el terapeuta hace uso de su persona para cumplir con esta labor. Sobre el tema de *“los derechos y la dignidad de las personas”*, en el *Código Ético del Psicólogo* menciona que:

Los psicólogos, en el desempeño de sus actividades, tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia. El principio de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, 39 y 40)

Por ejemplo, en uno de los casos tratados la paciente decidió no seguir la petición de los terapeutas de tomar tratamiento psiquiátrico paralelo a la Terapia Familiar. En este caso se hizo este tipo de petición porque se consideró que la agresión tenía un origen neurológico y que no se estaban obteniendo avances en terapia, pero la paciente tomó la decisión de seguir asistiendo sólo a terapia y se le respetó.

En el sentido ético la manera de relacionarse con la familia implica el saber abrir los temas respetuosamente, de manera que además de que se genere un buen joining, se emprenda un trabajo en el que se haga posible hablar de los temas difíciles, los que lastiman a los miembros de la familia, y en algunos casos salen a flote situaciones como el alcoholismo, la drogadicción, el divorcio; que tienen una carga emotiva muy fuerte para ellos y que deben de abrirse con un buen escucha, que además ponga en práctica estrategias que permitan la posibilidad del cambio. Algo que aprendí en el cuarto semestre de la residencia es

que el trabajo con **equipo reflexivo** favoreció, en una de las familias, la confianza para hablar de sus problemas; cuando la pareja escucho que las terapeutas podían hablar desde su experiencia, ellos expresaron que pensaban que nada más ellos tenían dificultades, pero que en ese momento veían que ellos podían trabajar para mejorar su relación de pareja.

Cuando Haley (1997) habla sobre el uso de directivas paradójicas, recomienda no realizar este tipo de intervenciones en situaciones de riesgo, por ejemplo, en casos en los que existe riesgo de intentos de suicidio o de uso de drogas; no se le puede dar la directiva al indicándole que se provoque daño aunque con esto haga sufrir a las personas que más quiere, porque hay la posibilidad de que siga esto como una directiva directa. Una de las experiencias que tuve como terapeuta durante la residencia, fue el de una paciente de quien se sospechaba la existencia de riesgo de suicidio, por lo cual se le dio contención psicológica hasta que llegó su hija por ella. Se puso al tanto de la situación a la hija para que estuviera alerta, y se le sugirió a la paciente tener contacto telefónico con el terapeuta en caso de que necesitara apoyo.

Respecto a la intimidad afectiva y sexual

Otro aspecto que no se puede pasar por alto es el de las necesidades del propio terapeuta. Cuando este no tiene cubiertas sus necesidades afectivas y sexuales, corre el riesgo de romper el contrato terapéutico e involucrarse con el paciente; situación que perjudicaría a ambos, pues los pone en una situación de confusión. En caso de que exista un enganche por parte del terapeuta, lo mejor es canalizar al cliente con otro especialista, y cuando es el o la paciente quien se encuentra enganchado hay que hacer una intervención realista, clara, que no rompa el contrato terapéutico y corte con las fantasías de orden afectivo . De una implicación afectiva con el paciente se pueden generar descatos éticos más graves, como la intimidad sexual con pacientes. En el artículo 94 del *Código Ético del Psicólogo* se plantea lo siguiente:

El psicólogo no incurre en intimidades sexuales con pacientes o clientes actuales, y tampoco acepta como pacientes o clientes para terapia, a personas con quienes haya

tenido intimidades sexuales. Asimismo, el psicólogo no sostiene intimidades sexuales con ex pacientes o clientes de terapia, estudiantes, asistentes, supervisados o cualquier otra persona, durante por lo menos dos años de haber cesado o terminado su relación profesional con ellos. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, págs. 76 y 77)

De la confidencialidad y sus límites

También se debe de ser claro en problemas que impliquen situaciones delictivas, para que el terapeuta no se vuelva cómplice. Si hay violencia en la familia, hay que establecer un contrato de no violencia como condición para trabajar con la familia. Si hay eventos de delincuencia consumada, muchas veces se recurre al uso de lenguaje metafórico para tratar el tema.

En ciertos casos se trabajan temas que requieren de intervenciones determinantes como la violencia y el abuso sexual. Esto es, las intervenciones deben de ser veraces y directas cuando se requiere frenar una situación en la que peligra la integridad física y psicológica de miembros de la familia. El establecimiento de acuerdos que permitan la interrupción efectiva de conductas improcedentes dentro de la familia se hace necesario como prerrequisito para continuar la labor clínica. Por ejemplo, en una de las familias, el esposo había agredido físicamente a la esposa, así que se le comentó que existía una diferencia de fuerzas importante entre él y su esposa, y que por lo tanto no debía tomar esa ventaja. Aunque durante las sesiones de Terapia Familiar no se manifestó la violencia física, se tomó la precaución de que esta no se diera. Dos sesiones después, la pareja firmó un **contrato de no violencia** ante los terapeutas, como estrategia para trabajar la violencia en la familia.

Así mismo, las confesiones que hagan los clientes y que tengan el perfil de delito de acuerdo al Código Civil que rige a la región geográfica en la que trabaja el psicólogo, ponen en situación de cómplice al terapeuta. Algunos pacientes pueden estar involucrados con el tráfico ilegal de drogas, asesinato, violación, secuestro, etcétera. Así que es conveniente, en el encuadre terapéutico se advierta al cliente sobre la imposibilidad de trabajar en caso de existir actos delictivos. En uno de los casos atendidos, se trató a un adolescente que perdía el

control sobre sus impulsos, reportaba que no recordaba el momento en el que golpeaba a la gente; así que el equipo decidió no indagar detalles de los sucesos y trabajar sobre los **significados** de no poder controlarse, así como la posible relación de este problema con cuestiones neurológicas.

El cliente asiste a terapia, en muchas ocasiones, buscando un lugar en donde pueda hablar sobre temas que no ha podido comentar a familiares, amigos, compañeros y otros. Así que una cualidad ética del psicólogo recae en la prudencia con la que maneja los relatos de los consultantes. Esta confianza que se deposita en el terapeuta tiene relación con lo que se conoce como *secreto profesional*. En las prácticas de Terapia Familiar realizadas durante los cuatro semestres, este aspecto fue importante mencionarlo al cliente desde la primera llamada telefónica, ya que esto permite entablar una relación de confianza con los terapeutas.

En el artículo 85 del Código Ético antes mencionado se precisa que

Cuando el psicólogo proporciona servicios a grupos, como en el caso de la terapia grupal, o la docencia, aclara debidamente los peligros de la confidencialidad de la información que se ventile al interior del grupo, y hará todo lo que esté a su alcance para protegerla. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, pág. 74)

En la intervención con familias puede plantearse como estrategia el hablar con los miembros de la pareja de manera individual, para conocer ciertos detalles del caso; sin embargo, esta información no puede divulgarse a otros miembros de la familia, si no es el mismo confidente el que abre el tema: además de tomar precauciones para que esta información no tenga efectos perjudiciales; por ejemplo, se puede ir preparando a la familia cuando la idiosincrasia no es favorable al tema. En el caso de una familia que se atendió en **grupo de red**, fue la misma madre la que aprovecho la ocasión para hablar frente a su hija lo que significaba para ella haberla adoptado; pudo hablar de la frustración que vivía al haber intentado embarazarse sin éxito, así como de la felicidad que le causo tenerla en sus brazos.

En otro **grupo de red** atendido, algunos de los pacientes eran trabajadores del mismo centro de trabajo. Así que, se les advirtió sobre los riesgos de no

mantener la confidencialidad, y se acordó no hacer comentarios fuera del grupo respecto a lo dicho en las sesiones de terapia.

Confidencialidad y difusión de investigación

En el caso del Terapeuta Familiar la confidencialidad se mantiene en el Sistema Terapéutico y cuando se presentan trabajos a un público especializado se debe de conservar el anonimato de las familiar. Los videos, escritos, expedientes, grabaciones de audio, entre otras herramientas de información, no es material que se deba exponer a personas que no formen parte del Sistema Terapéutico, salvo en los casos en los que se buscan los comentarios de un terapeuta experto, con un buen manejo ético, estos relatos pueden ser comentados. En el artículo 67 del *Código Ético del Psicólogo* se expresa lo siguiente:

El psicólogo no menciona en sus trabajos escritos o al dar clases o conferencias, o por otros medios públicos, información confidencial obtenida durante el curso de su trabajo, en el que se identifiquen personas o grupos, sean éstos sus pacientes, clientes individuales u organizaciones, estudiantes, sujetos de investigación, u otros receptores de sus servicios, al menos que estas personas u organizaciones den su consentimiento por escrito, o que haya otra autorización ética o legal para hacerlo. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005, pág. 68)

Durante este semestre presente una ponencia del trabajo de Terapia Familiar, manteniéndose en el anonimato los nombres de las familias.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El tema de las familias pluricompuestas es relevante dentro del estudio de la familia mexicana contemporánea, ya que los índices de divorcio en nuestro país se incrementan paulatinamente, en la generalidad de los casos los divorciantes tienen hijos; en promedio se tienen dos hijos en cada familia, por tanto, cada divorcio afecta en promedio a dos hijos; en la mayoría de los casos niños en edad preescolar y adolescentes. La mayoría de las parejas que se divorcian lo hacen en una edad en la que pueden tener una nueva relación de pareja. El terapeuta en estos casos es un especialista que puede ayudar a los miembros de estas familias a superar convenientemente las pérdidas causadas por el divorcio, procurando buenas relaciones entre los padres e hijos y ayudando a construir los nuevos lazos familiares en el caso del rematrimonio.

La familia pluricompuesta en México

Los datos estadísticos del INEGI dejan entrever varias cosas que son útiles para inferir hipótesis y crear líneas de investigación. En primer lugar llama la atención las regiones geográficas en las que existe un alto índice de divorciabilidad. No únicamente son las grandes ciudades, sino también los estados que colindan con la frontera de los Estados Unidos, como Baja California norte y sur, y el estado de Chihuahua; también las regiones que en últimos años han tenido afluencia de inmigrantes de centros urbanos, como el estado de Aguascalientes; y lugares con desarrollo turístico, como el estado de Yucatán. Sin embargo, en las regiones menos industrializadas y que conservan tradiciones y costumbres el índice de divorciabilidad es menor, por ejemplo los estados de Tlaxcala e Hidalgo. En segundo lugar, los índices de divorciabilidad se han ido incrementando a partir de los años 30s del siglo XX, es decir, en la misma medida en que el país se ha industrializado.

Esto hace suponer que los lazos matrimoniales se han hecho más endebletes conforme se ha establecido un estilo de vida urbano. Lo cual nos haría pensar que el divorcio es un problema mundial. Pero también podríamos preguntarnos si los

motivos del divorcio y la conformación de familias pluricompuestas son similares en la cultura mexicana, que típicamente se le conoce por sus valores fuertemente centrados en la familia. Una respuesta tentativa sería que no, pues la carga emotiva para el individuo en una cultura con arraigo hacia la familia sería probablemente mayor, y el significado de un segundo matrimonio tal vez estaría ligada a la idea de no volver a fracasar. Aunque estas ideas únicamente son respuestas tentativas nos permiten pensar que las familias pluricompuestas, aunque se caracterizan por sus interrelaciones familiares más complejas, también están conformadas por individuos cuya experiencia de rompimiento y pérdida anteriores les permite madurar y manejar esta estructura familiar compleja; aunado a la perseverancia por conservar una familia. Porque realmente vivir años de transacciones y negociaciones en familias con etapas de vida traslapadas no es fácil y se requiere de tenacidad, amor y experiencia. Si el promedio de edad de los divorciantes es de 35 años, como lo constatan las estadísticas del INEGI, entonces el rematrimonio se da, en la mayoría de los casos, a una edad madura.

Una familia pluricompuesta puede pasar por otros problemas que no son privativos de este tipo de familias, sino que entran dentro de las estadísticas generales de problemas de salud, como el alcoholismo y la drogadicción, el abuso sexual, depresión, violencia, etcétera. Los problemas familiares no tienen una explicación causal, la visión sistémica permite al terapeuta y a la familia ver de que manera se relaciona el motivo de consulta con el tipo de familia, el ciclo vital, la historia familiar y demás características.

Alcances de la Terapia Familiar en familias pluricompuestas

La teoría de sistemas parte de una perspectiva epistemológica que permite comprender un panorama amplio de las interacciones familiares, y es un elemento para que el terapeuta guíe y construya junto a la familia sus cambios y transformaciones.

En los diversos modelos de Terapia Familiar podemos encontrar herramientas útiles que desde sus diversos modos de concebir a la familia muestran una gama amplia de posibles intervenciones.

Si como terapeutas observamos problemas en los que es necesario trabajar límites, jerarquías, geografía, se puede recurrir al modelo estructural. En los casos presentados para este reporte en uno de ellos se hizo casi uso exclusivo del modelo estructural. Que surgió en los años 70s, pero no quiere decir que los modelos más recientes sean los mejores y sean más completos y amplios que los que le anteceden. Son formas de enfocar la realidad, que para mi juicio, algunos coinciden más con la idiosincrasia de la familia y/o del terapeuta. Con la familia Reyes se empleó el modelo de soluciones, en este caso el modelo se acopló a las demandas de la paciente, que requería de una intervención breve y centrada en un problema específico. Los cambios que tuvieron lugar en la madre y en la hija, aunque esta última no asistió a las sesiones, se dieron en escasas 6 sesiones y respondieron a la demanda inmediata de la familia y al estilo práctico de la paciente. El modelo también se acopla a las demandas de la clínica, ya que el ISSSTE, al tener un alto número de derechohabientes requieren de tratamientos eficaces y breves. Muchos de los pacientes son canalizados por el médico general y otros han recibido atención psicológica individual, así que siempre se tienen registrados pacientes en lista de espera; el servicio de Terapia Familiar es muy solicitado.

En lo referente a la familia Garduño Roa, las primeras sesiones fueron difíciles porque la paciente se mostraba agresiva contra su hija y renuente al cambio; se recurrió al modelo estructural sin resultados suficientes, lo que en algunas intervenciones parecían avances en otras fueron retrocesos; ya que a algunas sesiones asistía muy optimista y reportaba efectos positivos, mientras que en otras sesiones exteriorizaba una visión pesimista. Después se hacen intervenciones del tipo “no cambio” y se siguen utilizando técnicas del modelo estructural, enfocadas al cuestionamiento del síntoma y la estructura. Es interesante mencionar que durante la llamada telefónica de seguimiento la paciente mencionó que estas intervenciones le hicieron revalorar su papel de madre, sin embargo, en su momento las reacciones de la paciente fueron de agresión contra la hija. Posteriormente se hicieron implementaron algunas técnicas con el modelo de soluciones; también se recurrió a un dialogo, lo que

permitió establecer una relación de mayor confianza con la paciente, planteando mayor consistencia en los cambios. El aprendizaje con esta familia fue que cada grupo familiar tiene necesidades distintas, lo que con una familia te da buenos resultados con otra llega a ser poco efectivo, pero la búsqueda de otros recursos en los terapeutas y el uso creativo de los mismos permite generar cambios positivos en las familias. Los modelos no son reglas rígidas sino recursos y el terapeuta es un artífice en búsqueda de los mejores resultados.

En cambio en la familia Montes Becerril se hace uso de varios modelos, se emplean técnicas del modelo estructural, se realizan algunas intervenciones del modelo de soluciones y se recurre al equipo reflexivo. La familia aceptó una variedad de estilos de intervención mostrándose accesible a la diversidad de intervenciones; pero a mi juicio el uso del equipo reflexivo, aunque se empleó en una única sesión, les permitió abrir un puente de confianza con los terapeutas, que influyó positivamente durante el resto del tratamiento. En general, lo que aprendí en las supervisiones es que el terapeuta debe de ser versátil, y modificar la dirección del tratamiento cuando la familia no lo está aceptando, o cuando se quiere explorar mejores resultados.

En el caso de la familia Bernabé Gonzalo fue muy consistente la intervención empleada, lo cual reflejó las bondades del modelo estructural, ya que la familia mostró cambios entre sesión y sesión. Aunque el tratamiento no se concluyó, se debió a la dificultad que representaba para la familia la distancia de la clínica del ISSSTE. Aunque también existe la posibilidad, como planea Espinosa (comunicación personal, 23 de febrero de 2006), que se debiera al patrón que presentan las familias multiproblemáticas; cuando disminuye la ansiedad al solucionar algo de la problemática familiar, se van.

En la experiencia terapéutica con las cuatro familias, los modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna mostraron ser una alternativa de tratamiento para atender a familiar pluricompuestas por las siguientes razones:

1. Permite a las familias plantear nuevas formas de relacionarse y promover reacomodos en la familia que generan cambios en cadena, incluso en los miembros de la familia que no asisten a las sesiones de terapia o que

asisten de manera esporádica. Cabe mencionar que de los modelos empleados, el estructural es muy útil porque plantea una nueva configuración que replantea la autoridad de los padres situándolos en una posición en la que se puede tener un control sobre la educación de los hijos. Una de las cosas que se pone en cuestión después de un divorcio es la autoridad de los padres hacia los hijos. Tanto en la familia Reyes como en la familia Bernabé Gonzalo, se ve claramente que los padres han perdido control sobre los hijos. En el caso de la familia Reyes, la madre ha perdido seguridad para controlar a su hija en los dos años de nuevo matrimonio. En este caso el modelo de soluciones permitió a la madre encontrar sus recursos para poner límites a su hija, y aunque se utiliza este modelo se ataca un problema estructural. En la familia Bernabé Gonzalo los padres también han perdido el control de los hijos, pero además surgen mayores dificultades debido a la intromisión de la familia extensa; así que se interviene para modificar la estructura por ambos frentes.

2. Aunque no se ha resaltado el modelo estratégico en las intervenciones con las familias presentadas en este trabajo, muchas de las intervenciones, sobre todo en el momento del planteamiento de tareas para la familia, deben mucho a las intervenciones de tipo estratégico, ya que se utilizan directivas, paradojas, ordalías y metáforas, entre otras. Las intervenciones estratégicas impulsan cambios sistémicos útiles para las familias pluricompuestas. Los padres emprenden nuevas formas de tratar a sus hijos, o dejan de practicar formas inadecuadas, a partir de intervenciones estratégicas. Como en el caso de la familia Montes Becerril, la participación de los padres era insuficiente en la educación del hijo, y se dejaba intervenir ampliamente a la hija soltera; pero el uso de intervenciones estratégicas permitió a los padres romper mitos relacionados con ser padres ineficientes.
3. La utilidad de la Terapia Familiar Posmoderna en la atención de familias pluricompuestas radica en recuperar y respetar la visión de la familia. Algo que observé es que cuando hay pérdidas funciona bien el recurrir a diálogos de mayor cercanía y comprensión. Este giro se dio en la familia

Garduño Roa con buenos resultados, pues permitió a la paciente dejar una actitud de oposición hacia la terapia .

4. También se vislumbran buenas perspectivas de trabajo terapéutico con el empleo del modelo de Milán, porque se encontraron situaciones de doble vínculo. En tres de las familias estudiadas en el presente trabajo se analizaron los discursos de los padres respecto a los hijos, y se encontraron contradicciones entre lo que dicen de sus hijos y la manera en que actúan con ellos; lo cual es un indicio de relaciones en las que hay doble vínculo. La situación de las familias pluricompuestas suele ser complicada, pues tienen que lidiar en un ambiente más amplio de relaciones familiares e intereses. Los padres suelen manejar acuerdos y desacuerdos a nivel consciente que suelen ser incongruentes con lo que ellos manifiestan a nivel inconsciente. Esto significa para el hijo vivir atrapado en una relación familiar en donde es incongruente lo que se hace en relación a lo que se dice: en otras palabras los hijos quedan atrapados en una situación de doble vínculo. El trabajo centrado en torno a los hijos atrapados en situaciones de doble vínculo, cuando se resuelve, puede permitir negociaciones claras y acuerdos más sanos en este mundo de nuevas relaciones familiares.

En concordancia con Begarozzi y Anderson (1996) las incoherencias que presentan los padres entre sus discursos y su forma de actuar, y los desacuerdos entre los padres, tienen que ver con sus mitos. Los padres han recibido de su familia idealizaciones provenientes de experiencias que funcionaron en su momento o parecían funcionar, de ahí se crearon mitos de cómo deben ser los hijos, el matrimonio, los padres, la familia. Cuando los mitos no funcionan en la realidad presente los padres manifiestan acuerdos y desacuerdos entre sí, e incoherencias, que son intentos de reacomodar viejos mitos en una realidad presente.

Mitos y lealtades en las familias pluricompuestas

No tenemos datos estadísticos que nos indiquen qué porcentaje de divorciantes con hijos establecen una nueva relación de pareja, en qué tiempo promedio logran establecer una pareja estable, qué promedio de duración tienen estos nuevos matrimonios, de qué depende la duración de estos matrimonios, etcétera. Pero lo que sabemos es sobre los padres, cuando frecuentan a sus hijos después del divorcio, deben de pasar por una serie de negociaciones con su expareja; estas suelen resultar engorrosas, y los hijos deben de acomodarse a situaciones que les resultan dolorosas. ¿Cuáles son los mitos y lealtades que persisten en las familias pluricompuestas? De acuerdo a los casos atendidos podemos enumerar lo siguiente:

- a) Oposición al nuevo(a) cónyuge.- En los primeros años de rematrimonio el hijo mantiene una relación de oposición a la nueva pareja. El hijo(a) mantiene lealtad con sus padres, y la nueva pareja es vista como intrusa porque: 1) rompe con la ilusión de reconciliación de los padres y 2) la nueva pareja compite la atención que antes estaba centrada en el hijo(a). En el caso de la familia Reyes el rematrimonio lleva dos años y existe un problema de este tipo, pues la hija llama la atención de la madre con su mal comportamiento. En el caso de la familia Garduño Roa, la hija presenta conductas de rebeldía, manifiesta el deseo de que sus padres se unan nuevamente, rechaza a los cónyuges de sus padres; la madre lleva dos años de relación con su nueva pareja pero no viven en la misma casa, sin embargo, eso no quita que Valentina se queje de que su mamá le presta más atención a su pareja. En ambas familias las hijas se encuentran en la pubertad. En las otras dos familias, cuyos matrimonios son de más de 10 años de relación, no se reporta oposición a la pareja que se integró a la familia. Ambas familias corroboran lo planteado por Escamilla (2004) con relación al hecho de que los primeros años de rematrimonio son un periodo de ajuste en el que el punto de atención son los hijos, siendo más difícil la adaptación de los hijos cuando estos son adolescentes.

- b) El mito de sentirse ineficiente como padre.- En lo que coincidieron las cuatro familias es que prevalece la idea de que no son padres eficientes. En la familia Reyes, Ana se califica como violenta e ineficiente con su hija; los padres, en la familia Montes Becerril, delegan funciones parentales a la hija nacida del primer matrimonio de la señora Guillermina; en la familia Garduño Roa, la madre se queja de que “no nació para ser madre” y el padre se mantiene desvinculado de la hija, y en la familia Bernabé Gonzalo los padres se sienten inadecuados porque mantienen el mal ejemplo de la violencia. Este mito hace que los padres no tengan una jerarquía adecuada con relación a sus hijos.
- c) Efecto de resonancia.- En todos los casos la transición familiar produce efecto de resonancia, es decir, la tensión se transmite de manera sistémica en otros miembros de la familia. En la primera familia la hija ha sido elegida como paciente identificada pero esta respondiendo a la tensión de la integración de la nueva familia; en la segunda familia Ángeles pasa por una crisis de intento de suicidio, así que la hermana mayor le recomienda ir a terapia y ella asiste llevando a dos miembros de la familia; en el tercer caso la hija mayor se activa para cumplir funciones parentales, pues Leonardo y Guillermina pasan por una crisis de integración de pareja; en la cuarta familia Natalia se comporta como hiperquiinética para distraer la violencia familiar. De acuerdo a Minuchin (1991) las familias que pasa una fase de transición produce efecto de resonancia en sus miembros.
- d) El mito del matrimonio instantáneo.- Tanto en la familia Reyes como en la familia Garduño Roa, a dos años de relación de pareja, pasan por una periodo en la que están viendo dificultades sobre una relación de pareja en donde las cosas parecían más sencillas. Ana se preocupa porque su relación de pareja no vaya a fracasar y Ángeles ha quedado embarazada, y esto es bien aceptado en la familia, pero no tiene una perspectiva clara de su relación de pareja a futuro y esto le crea conflicto. Analizando el discurso de las familias en terapia se observa que la familias Reyes y Montes Becerril tienen mayor duda sobre continuar su relación conyugal que había

iniciado dos años antes, e incluso no asisten los cónyuges a terapia. Mientras que las familias Montes Becerril y Bernabé Gonzalo, cuyos matrimonios llevan diez años, asistieron juntos a terapia y no consideraron la posibilidad de separación.

- e) El mito del buen matrimonio.- Otro tipo de mitos sirven para superar obstáculos que se presentan en la familia. El mito del buen matrimonio es algo que hace que los rematrimonios se resistan a fracasar, y es lo que los lleva muchas veces a terapia. En las cuatro familias atendidas existió una preocupación por preservar la relación familiar.

Estereotipos de género

Durante los primeros semestres de la maestría se desarrollaron trabajos de investigación referentes al género, como se reporta en el capítulo V . Los resultados obtenidos de esta investigación fueron que los años de convivencia en pareja no son una variable determinante en relación a la percepción del papel de género, y tampoco lo es el sexo de los encuestados. Si estos resultados los relacionamos con el divorcio y las familias pluricompuestas podemos inferir que la percepción de género no sería una variable importante, pues la percepción del papel de género es similar en hombres y mujeres. Así que el estudio de la percepción del papel de género no sería una variable que ayudara a explicar los motivos del divorcio y el éxito o fracaso en el rematrimonio. Desde mi punto de vista, lo que se ha modificado en la sociedad contemporánea respecto al matrimonio, es el concepto de pareja que aún prevalece en las culturas tradicionales, en donde los contrayentes tienen la expectativa de procurar por el otro (la pareja y los hijos) a pesar de las dificultades. Esto es, retomando la concepción de pareja del mundo contemporáneo, o posmoderno, ahora el matrimonio se ajusta a ideas hedonistas; en donde las cosas y las relaciones sociales son de corta duración. Con relación al matrimonio, el concepto de pareja ha sido remplazado por un ideal concupiscente de la relación matrimonial; como consecuencia existe poca tolerancia a la frustración y a la superación de dificultades comunes. Una línea para investigación sería el indagar sobre los

motivos del divorcio y las posibilidades que tenía en su momento la pareja para superarlos.

La ética del psicólogo

La experiencia obtenida en la Residencia de Terapia Familiar no sólo me ha dejado técnicas para abordar problemas familiares, ya que me permitió desarrollar sensibilidad a las dificultades del ser humano en lo psicológico y conciencia de las cuestiones éticas en el quehacer profesional del Terapeuta Familiar. En los casos atendidos se pusieron en juego cuestiones éticas, muchas de las cuales fueron motivo de análisis en los comentarios efectuados en el sistema de supervisión (como se expresa en el capítulo VI).

Implicaciones en la persona del terapeuta

La maestría fue una valiosa experiencia que amplió mi conocimiento sobre la psicología clínica y me dio experiencia en el manejo con pacientes. Una pieza importante de la formación durante la maestría fue la participación como parte de los equipos terapéuticos y de observación. En primer lugar porque me permitió entrar de una manera paulatina del sistema de observación al sistema terapéutico. Además de permitirme aprender de los estilos de supervisión y de las habilidades tanto de las supervisoras como de las compañeras. También me dio seguridad en la utilización de mis propios recursos. Considero que desde los distintos componentes del Sistema Terapéutico se generaron cambios en mi persona, a través de la observación, la discusión y la exposición de puntos de vista y la práctica como terapeuta asignado.

Con relación a los seminarios sobre modelos, se amplió mi concepción de la terapia, ya que fue una reflexión sobre la visión sistémica y sobre los distintos lentes que nos sirven para enfocar a las familias que recibieron atención terapéutica. De igual manera, se amplió mi visión de la epistemología, desde los planteamientos de Bateson, B. Keeny y las posturas de los antiguos filósofos y los construccionistas. Todo esto abrió nuevos intereses académicos y de formación.

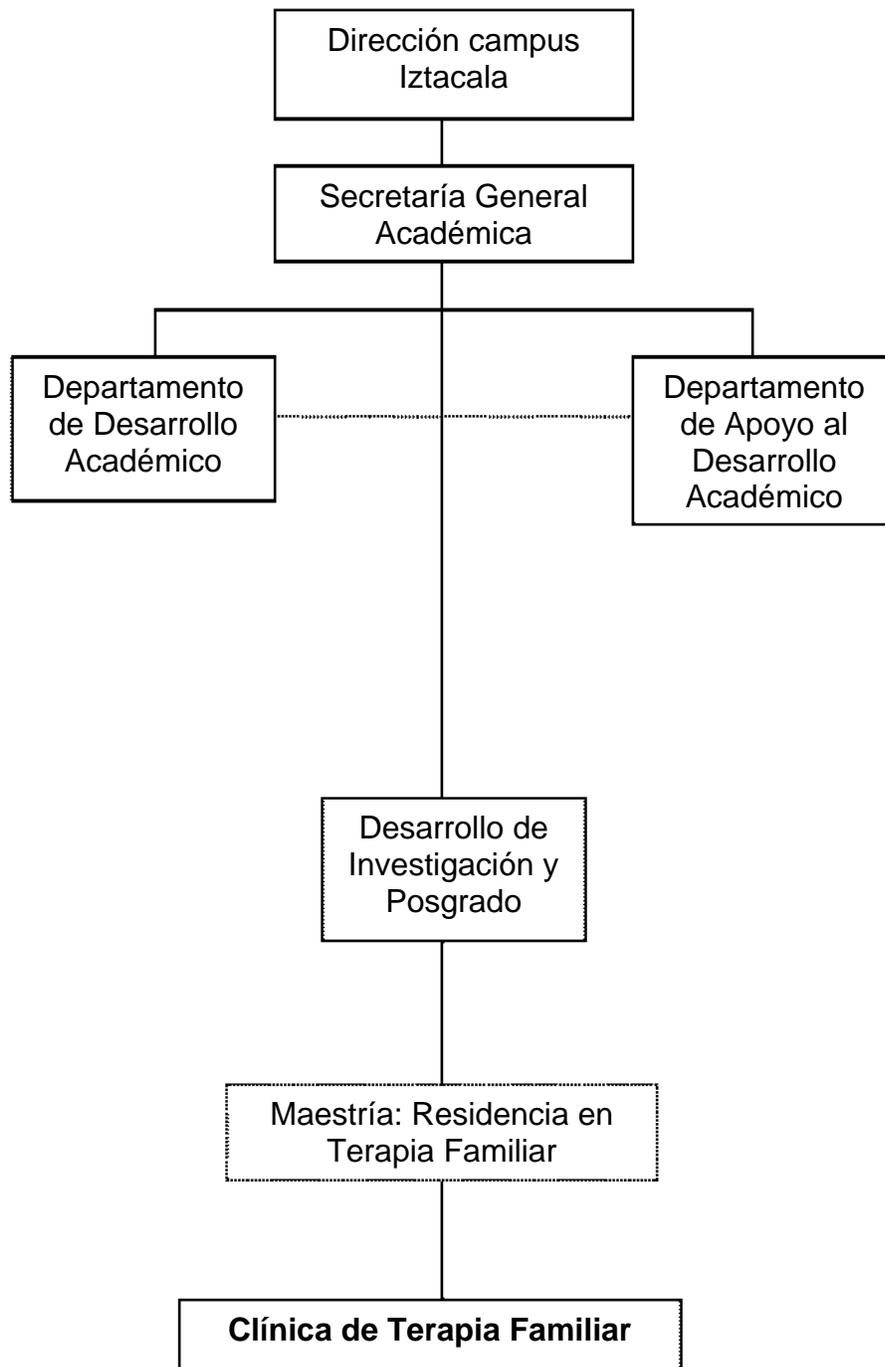
En lo relativo a mi práctica docente la visión sistémica me permite entender de una manera más amplia la realidad del alumno, que inmerso en una familia, una comunidad estudiantil, social, entre otras, se plantea distintas dificultades y retos. También pienso que la formación en Terapia Familiar me va a permitir manejar desde un marco conceptual más amplio los contenidos de los programas de estudio del Colegio de Psicología e Higiene Mental de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM, así como realizar actividades de orientación y difusión que conforman parte de las actividades académicas del plantel en el que laboro.

Para mi desempeño como profesionista, también se inicio, desde bases más sólidas, el desarrollo de actividades en el campo de la psicología clínica, que es el principal afán por el cual ingrese a la maestría.

ANEXO

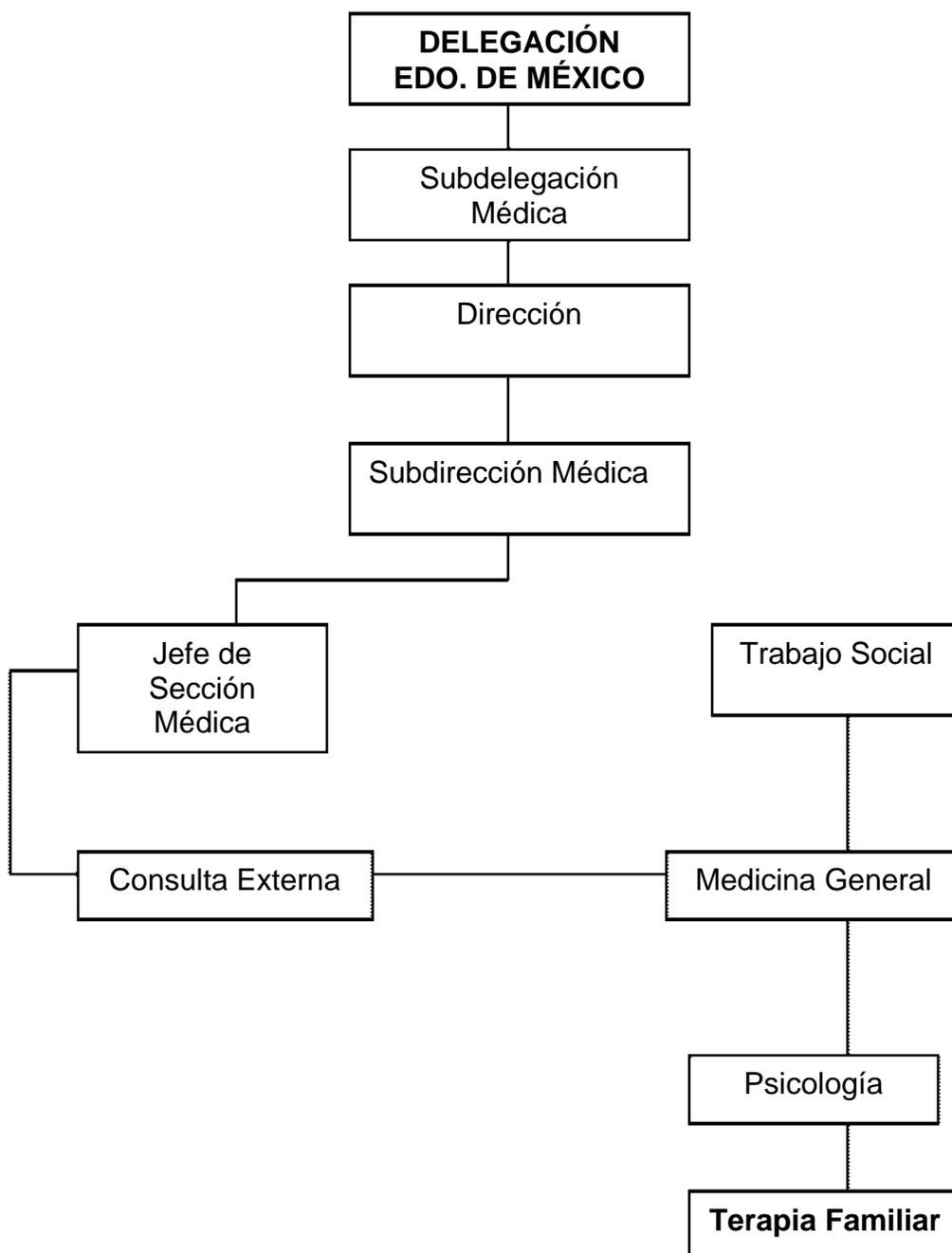
ANEXO 1

Organigrama De la FES Iztacala en relación a la Clínica de Terapia Familiar



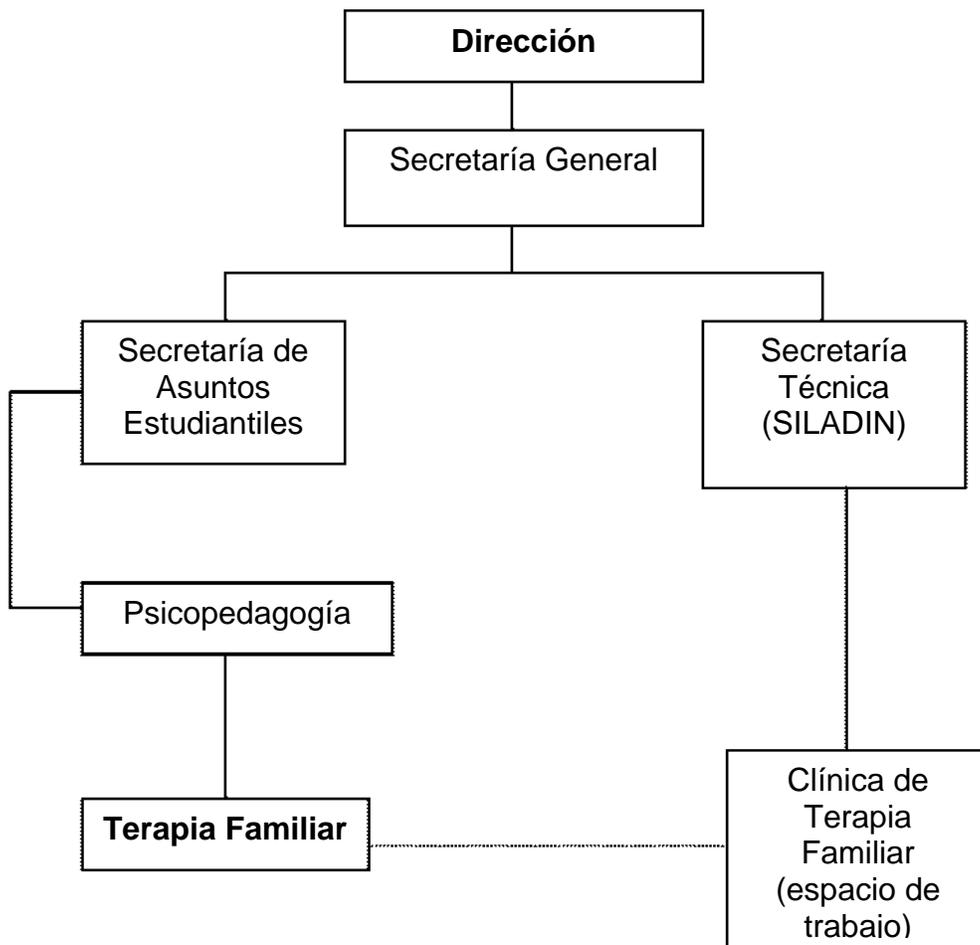
ANEXO 2

Organigrama de la Clínica de Medicina Familiar I.S.S.S.T.E.



ANEXO 3

Organigrama del CCH Plantel Atzacapotzalco en relación a la Clínica de Terapia Familiar



BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Col. Psicología. Terapia Familiar. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Col. Psicología. Terapia Familiar. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Begarozzi, D. A. y Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares: formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. Extraído el 25 de mayo de 2005. En <http://psicologia.upsa.es/titulaciones/masters/publicaciones1.htm>
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Págs. 19-50. Buenos Aires: Ed. Amorrouto.
- Boszormeny-Nagy, I. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Ed. Amprortu.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). *Visiones, re-visiones y súper-visión del proceso de supervisión*. En *Psicoterapia y Familia*. Vol. 15. No. 1. pág. 47-56. México.
- Escamilla, A. (2004). *El rematrimonio: cómo lograrlo esta vez*. México: Ed. Pax.
- Espinosa, S. R. (2004). *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones*. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Ed. Pax.

- Espinosa, S. R. Y González, M. S. (1997). *Patrones de comportamiento e intervención psicológica en familias caóticas*. En Alternativas en psicología. Año 2. No. 4. págs. 17-21.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). *Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión*. En Licea, G., Paquentin, F. y Selicoff, H. (Alinde). Voces y mas voces: El equipo reflexivo en México. págs. 3-25.
- Galicia, X. (2004). *Terapia estratégica*. En Eguiluz, L. (comp.). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Ed. Pax.
- Glaserfeld, E. V. (1999). *El constructivismo radical, o la construcción del conocimiento*. En Waslawick, P. y Nardone, G. (comp.). *Terapia breve estratégica*. Col. Paidós Terapia Familiar. España: Ed. Paidós.
- González, M. S. (2004, agosto de 2004). *Familias reconstituidas: El triunfo de la esperanza sobre la experiencia*. Ponencia presentada en el XIII Coloquio de Investigación, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1997). *Conferencia videograbada*. Congreso Internacional celebrado en la Ciudad de Puebla.
- Hoffman, L (2002). *Fundamentos de terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Ed. F.C.E.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. A. (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Ed. Gedisa.

- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Estadísticas de matrimonios y divorcios*. Cuaderno número 11. México.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). *Marco metodológico para la generación de las estadísticas vitales: Divorcios*. México.
- Isaacs, M. B.; Montalvo, B. Y Abelsohn D. (1986). *El divorcio difícil*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Limón Arce, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia: Terapia narrativa y construcción social*. México: Ed Pax.
- Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación*. Serie terapia familiar. España: Ediciones Paidós.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. Y Fishman, H. Ch. (2002). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Neuberger, R. Neuberger E. (1997). *La familia dolorosa: Mito y terapias familiares*. Colección Interacciones: epistemología y clínica sistémica. Madrid: Ed. Alianza.
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio*. Paidós terapia familiar. España: Ediciones Paidós.
- Rodríguez, C. (2003). *Realidad objetiva o construida*. Antología del Diplomado de orientación familiar y escolar. Ed. UNAM (CCH). México.
- Selvini, M. P; Boscolo, M; Cecchin, G, y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia familiar de transición esquizofrénica*. Col, Terapia familiar. España: Ediciones Paidós.

- Small, L. (1986). *Psicoterapias breves*. México: Ed. Gedisa.
- Trianes, M. V. (2002). *Niños con estrés: cómo evitarlo, cómo tratarlo*. México: Ed. Alfaomega.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2005). *El código ético del psicólogo*: Sociedad Mexicana de Psicología. México: Ed. Trillas.
- Vasco U. Luis G. (1993). Notas sobre el estructuralismo. Conferencia en un curso para dirigentes sindicales. Proyecto ISCOS-ORIT, 1993).
Extraído el 25 de mayo de 2005. En
<http://www.colciencias.gov.co/seiaal/documentos/lqvu7.htm>
- Visher, E. y Visher, J. (1998). *Familias ensambladas*. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (Comps). *Familia y desarrollo humano*. Col. Psicología y Educación. Madrid: Ed. Alianza.
- Watzlawick, P. (1999). *La construcción de realidades clínicas*. En Watzlawick, P. y Nardone, G. (comp.). *Terapia breve estratégica*. Col. Paidós Terapia Familiar. España: Ed. Paidós.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Ed. Herder.
- Watzlawick, P. Y Nardone, G. (1999). *Terapia breve estratégica*. España: Ediciones Paidós.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Lenguaje del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Col. Paidós Terapia Familiar. Barcelona: Ediciones Paidós.