



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

DIVORCIO DIFÍCIL: EJEMPLO DE TRATAMIENTO EN LA
TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

VIOLETA ADLAI HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

COMITÉ TUTORIAL: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

MTRA. LUZ MARÍA SOLLOA GARCÍA

MTRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ

MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mis padres quienes han estado conmigo en todo momento, apoyándome sin importar los costos.

A nuestra Máxima Casa de Estudios, la UNAM, por permitirme pertenecer a su comunidad.

A la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología por haberme considerado una candidata acertada para ingresar en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a los maestros y maestras que estuvieron compartiendo conmigo sus conocimientos y experiencia.

En especial quiero externar mi agradecimiento a la Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda, quien más que mi tutora, ha sido mi consejera y amiga.

También agradezco a la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo por la dedicación brindada a mi trabajo y por la motivación que me han infundido sus comentarios.

A mis compañeros de la maestría, a quienes aprecio y admiro.

Finalmente, quiero agradecer el apoyo a Javier Robles en la corrección de estilo del presente reporte y por su generosa amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide la Terapia Familiar	
1.1.1 Características del campo psicosocial.....	1
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias mexicanas.....	3
1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	7
1.2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico	
1.2.1 Descripción de los escenarios.....	12
1.2.2 Análisis sistémico y secuencia de participación en las sedes.....	19
1.2.3 Explicación del trabajo en las distintas sedes.....	20

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis del marco teórico epistemológico	
2.1.1. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica.....	23
2.1.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	29

CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínico – terapéuticas	
3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia atendida como terapeuta principal.....	64
3.1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.....	65
3.1.3. Análisis del sistema terapéutico total: observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en los escenarios de trabajo.....	119

3.2. Habilidades de Investigación.....	122
3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.....	128
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional.....	136

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	141
4.2. Incidencia en el campo psicosocial.....	142
4.3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	142
4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.....	143

REFERENCIAS.....	144
-------------------------	------------

ANEXOS.....	151
--------------------	------------

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide la Terapia Familiar

1.1.1. Características del campo psicosocial

La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México surge a partir del nuevo milenio como una aproximación sistémica teórico-práctica en el campo de la psicología clínica, respecto a la comprensión e intervención en los fenómenos complejos que están ocurriendo en las familias que integran nuestra actual sociedad. Tiene el objetivo de capacitar a Psicólogos cuyo interés es la promoción de la salud en todas sus áreas, especialmente, la salud mental y emocional que se ve reflejada en las relaciones interpersonales.

Como sabemos, nuestro país enfrenta grandes retos, los principales quizás sean: la desigualdad social que se ve manifestada en la pobreza de la mayoría de la población y de la pobreza extrema que algunas familias sufren, en comparación con la exuberante riqueza que sólo unos cuantos gozan; la inseguridad social, el crimen y la delincuencia, fenómenos apoyados por la corrupción de las autoridades y la carencia en los valores éticos; las deficiencias en la educación, que en comparación con países desarrollados se hacen evidentes; y los problemas de salud, ya que hay un acceso limitado a los servicios de salud pública, y muchas veces quienes logran obtener acceso, se dan cuenta de que las instituciones de salud pública tienen serios problemas en su organización y en sus recursos.

La Organización de Naciones Unidas señaló que en México hay más de 19 millones de habitantes en pobreza alimentaria. La pobreza rural jamás se ha reducido; actualmente 48.9 millones de mexicanos están en pobreza patrimonial y 5 millones 400 mil hogares tienen un ingreso per cápita menor al necesario para cumplir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido, calzado, vivienda, salud y educación. Dichos datos indican que al menos la mitad de los mexicanos vive, desde hace algunos años, con apenas 52 pesos diarios (Pérez, 2008).

Hablando de la pobreza, en su última revisión de proyecciones, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América latina y el Caribe (CEPAL) estima que para el 2008 habrá un crecimiento económico para México de 2.7%, esto es, 0.6% menos respecto al pronóstico del año 2007. En comparación con otros países, México tiene la expectativa más baja de toda la región latinoamericana (ver tabla 1) ya que está sufriendo impactos por ser una economía exportadora de manufacturas que tiene grandes necesidades de financiamiento (déficit en la cuenta externa corriente). Más desfavorable aún, es el pronóstico que realiza el Fondo Monetario Internacional, quien calcula para México un crecimiento de únicamente 2.0% en este año, lo cual nos colocaría como la economía de peor desempeño no sólo de América Latina, sino como una de las menos desarrolladas a nivel mundial (Márquez, 2008). Los mexicanos estamos padeciendo esta situación del país a través de la marcada alza de los precios de los alimentos, en relación a los bajos sueldos y lo que es peor, al desempleo.

Sobre el empleo, el sector privado estima que en este año habrá tan sólo la mitad de lo deseable y que la inflación (precios al consumidor) será de 4.2% (Márquez, 2008) lo cual es una cifra alarmante, que nos da una idea de lo que está pasando con nuestra economía nacional.

Tabla 1. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PIB 2007 Y PROYECCIÓN 2008 Variación % anual		
País	Crecimiento 2007	Proy. 2008 (abril)
América Latina y el Caribe	5.7	4.7
Argentina	8.7	7.0
Bolivia	4.6	5.0
Brasil	5.4	4.8
Chile	5.1	4.5
Colombia	7.5	6.0
Costa Rica	6.8	4.5
Cuba	7.5	7.0
Ecuador	2.7	3.0
El Salvador	4.7	4.0
Guatemala	5.7	4.5
Haití	3.2	3.5
Honduras	6.3	4.5
México	3.3	2.7
Nicaragua	3.8	3.5
Panamá	11.2	8.0
Paraguay	6.0	5.0
Perú	9.0	7.0
Rep. Dominicana	8.5	5.0
Uruguay	7.4	6.5
Venezuela	8.4	6.0
América Latina	5.7	4.7
Caribe	3.9	4.1
América del Sur	6.7	5.6
Centroamérica	7.1	5.0
Centroamérica y México	3.9	3.1

Fuente: Comisión Económica para América latina y el caribe (CEPAL)
Periódico *La Jornada*, Lunes 19 de mayo de 2008.

Respecto al tema de la seguridad nacional, México es uno de los países con mayor impunidad, ya que es muy frecuente escuchar en los medios de comunicación acerca de asesinatos y la delincuencia organizada, es notoria la incapacidad gubernamental para detener la ola de violencia en la que vivimos, desde asaltos en la calle, en el microbús, en las casas, hasta la delincuencia organizada y el narcotráfico. Este fracaso en la seguridad tiene que ver con errores estratégicos (poco adiestramiento del personal encargado de brindar protección a la ciudadanía), pero sobre todo con la propia corrupción del gobierno, ya que la fuerza de la delincuencia estriba en la venalidad de funcionarios de todos los niveles (Galván, 2008). Esta situación de inseguridad propicia en los individuos estrés constante y ansiedad al caminar en las calles, ya que a cualquier hora del día, y en cualquier lugar de la ciudad puedes ser sorprendido y violentado, en ocasiones, por las mismas autoridades.

En cuanto a la educación en México, es necesario mencionar que, de acuerdo con cifras oficiales, el sistema educativo no está siendo un mecanismo de capilaridad social, ya que, opuesto a lo que están haciendo otras economías del mundo, en México se ha disminuido la inversión en investigación y desarrollo de la educación y en la tecnología. Esto ha generado un rezago muy importante en los distintos niveles de formación académica, lo cual obstruye la colocación de los cimientos éticos y técnicos que requiere un Estado moderno. Como menciona De la Fuente Ramírez "al marginarnos en la economía del conocimiento corremos el riesgo de

ubicarnos entre los países que van al mismo tiempo sufriendo los mayores tropezones sociales” (De la Fuente Ramírez en entrevista realizada por León Zaragoza, periódico *La Jornada*, 23 de mayo de 2007).

En materia de salud, es importante mencionar que México y otros países de América Latina enfrentan tres grandes retos. En primer lugar, un rezago epidemiológico que se caracteriza por la persistencia de enfermedades transmisibles (podemos mencionar varias, desde viejas enfermedades como la tuberculosis hasta nuevas epidemias como el SIDA, el Virus del Papiloma Humano, etc.) Acompañado de altos índices de desnutrición y mortalidad infantiles. En segundo lugar, el incremento sostenido de los problemas emergentes de salud, como son las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus, las patologías cardiovasculares, el cáncer, y las lesiones accidentales o provocadas. Y, por último, los riesgos derivados de la globalización, como las pandemias y los efectos del cambio climático.

Dichas problemáticas de nivel macro tienen una incidencia directa y abrumadora en la situación de las familias mexicanas. El problema de la pobreza, la inseguridad, y la desfavorable calidad de vida de nuestra gente, aunada al desempleo y a la ignorancia, han favorecido la presencia de problemas más específicos al interior de las familias, como lo son las adicciones, la violencia intrafamiliar, la depresión, la reprobación y deserción escolar, los suicidios y la desintegración familiar.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias mexicanas

La familia mexicana ha pasado por diferentes cambios en su definición y funcionamiento. Tuirán (2001) nos recuerda que a principios del pasado siglo, existía una definición general de la *familia funcional*, integrada por el esposo, la esposa y los hijos, en donde el varón era el jefe de familia, lo cual quería decir que tenía a su cargo los roles ejecutivos y de proveedor, mientras que la mujer estaba destinada especialmente a las labores domésticas y a la crianza de los hijos. Ella y sus hijos eran dependientes económicos. Actualmente la composición de la familia, las funciones de sus miembros y sus expectativas se han transformado a tal grado que se ha tenido que definir oficialmente a la familia sólo como el conjunto de personas que viven en una misma casa (INEGI, 2004).

Estos cambios en las familias tienen que ver con los cambios en el contexto histórico-social en el que nos desenvolvemos, en el cual se vislumbran nuevas posibilidades y a su vez diferentes presiones para la consolidación de una familia.

Según el último censo elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y reportes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México hay un déficit en el número de padres de aproximadamente 5.3 millones, ya que 25 millones 400 mil mujeres viven con sus hijos y sólo 20 millones 100 mil hombres ejercen su rol de padre. Esto significa que hay por lo menos 5 millones 300 mil madres cuyos descendientes tienen un progenitor ausente o que se comparte con otra familia. Demógrafos y especialistas reconocen que entre las causas de esta realidad se encuentra la migración, la mayor esperanza de vida de las mujeres, el desconocimiento de la paternidad, la inestabilidad en la pareja y el índice creciente de divorcios (Alcántara, 2007).

Como podemos observar en la tabla 2, ha habido un aumento progresivo del número de separaciones legalmente consumadas, mientras que en 1995 por cada 100 matrimonios había 5.69 divorcios, en el 2006, por cada 100 matrimonios se registran 12.3 divorcios. Cabe mencionar que el INEGI informa que en 2006 la edad promedio de los hombres al momento de divorciarse fue de 37.6 años y de las mujeres de 34.9 años. Esto quiere decir que los divorcios suelen efectuarse entre en Adultos jóvenes, en los primeros años de matrimonio. Lo cual nos habla de un fenómeno trascendente que está ocurriendo en la sociedad mexicana, refleja en buena medida las reestructuraciones que las familias mexicanas han realizado.

Tabla 2. TOTAL DE MATRIMONIOS Y DIVORCIOS, 1995 - 2006			
	Matrimonios	Divorcios	Número de divorcios por cada 100 matrimonios
1995	658,114	37,455	5.69
1996	670,523	38,545	5.74
1997	707,840	40,792	5.76
1998	704,456	45,884	6.51
1999	743,856	49,271	6.62
2000	707,422	52,358	7.40
2001	665,434	57,370	8.62
2002	616,654	60,641	9.83
2004	600,563	67,575	11.3
2006	586,978	72,396	12.3

Fuente: Información sobre matrimonios y divorcios, México en corto, INEGI 2005
Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales, INEGI, 2006

Las Oficialías del Sistema Nacional del Registro Civil y los Juzgados de lo familiar, Civiles y Mixtos reconocen dos tipos de divorcios: El *divorcio administrativo*, que se entiende como la disolución legal de un matrimonio, cuando los contrayentes son mayores de edad, no tienen hijos y por mutuo consentimiento han decidido las condiciones para liquidar la sociedad conyugal; y el *divorcio judicial* que se solicita por tener hijos menores de edad, a los que el Juez en turno debe determinar la patria potestad y el monto de las pensiones alimenticias, también se solicita este tipo de divorcio cuando uno o ambos cónyuges son menores de edad, y cuando por alguna razón existen dificultades para liquidar la sociedad conyugal. El divorcio judicial a su vez se clasifica en *divorcio necesario* si es solicitado por alguno de los cónyuges por alguna causa contenciosa, y *divorcio voluntario*, si ambos cónyuges están de acuerdo en divorciarse. En la tabla 3 se presentan cifras sobre la cantidad de divorcios administrativos y judiciales llevados a cabo en el año 2006. Puede notarse que sólo el 16% de los divorcios son administrativos, alrededor del 80% son judiciales, lo cual quiere decir que en la mayoría de los divorcios se encuentran implicadas variables como la custodia de los hijos, la pensión alimenticia, y otros asuntos tales como la falta de acuerdo entre los cónyuges, infidelidad, violencia, etc., que hacen más complicado este proceso.

Tabla 3. DIVORCIOS SEGÚN TIPO DE TRÁMITE	
Total	72 396
Divorcio Administrativo	12 163
Divorcio Judicial	60 233
Divorcio Necesario	19 487
Divorcio Voluntario	40 549
Divorcio No especificado	197

Fuente: Estadísticas de matrimonios y divorcios INEGI, 2006

El divorcio, en general, es un proceso complejo, se puede describir de la siguiente forma:

Su fenomenología es muy compleja...es una encrucijada de problemas personales, de pareja, de las relaciones de ambos, económicos y legales...Habida cuenta de las altas tasas de rupturas, el divorcio podría considerarse hoy como una expectativa relativamente normal del ciclo evolutivo familiar. No obstante lo cual, la experiencia suele ser una de las más traumáticas y perdurables por las que puede pasar un ser humano. Su potencial de afectar patrones de relación, lealtades, seguridad personal y del grupo, es mayor aún que la muerte de un familiar querido. Produce una sensación de pérdida sutil pero real. Quedan afectadas tanto las relaciones con las familias de origen como las sociales y económicas (Navarro, 2000, p.173).

La ruptura de una relación marital conlleva un entramado de sentimientos diversos, tales como el enojo, la frustración y la tristeza por la separación. Si bien, como menciona el autor, por el alto índice de divorcios podríamos considerar a este fenómeno como algo que está formando parte del ciclo vital de las familias, no por eso deben minimizarse sus efectos en las parejas que lo viven. Cabe mencionar que al existir hijos, los cónyuges enfrentan con mayor intensidad problemas en la organización socioeconómica y en el aspecto emocional, ya que se acentúan sentimientos de culpa, de pérdida, e incertidumbre. Los hijos, por su parte, son vulnerables y proclives a presentar diversos síntomas (estrés, problemas de rendimiento académico, etc.). Adultos y niños se ven en la tarea de reorganizar su vida y sus relaciones durante la separación y después de ella (Isaacs, Montalvo y Abelsohn, 1995).

En el proceso de divorcio confluyen diferentes instancias, por un lado, juegan un papel importante las autoridades encargadas del trámite legal: los costos y la influencia de los abogados se hace notoria en la facilidad o dificultad del proceso. En ocasiones, los abogados suelen impulsar a las personas a tomar decisiones considerando únicamente "ganar la partida al otro cónyuge", enfatizando principalmente el aspecto económico sin tomar en cuenta otros aspectos importantes como lo son las emociones y la salud mental de todos los miembros de la familia. Los parientes cercanos (familia extensa) y los amigos, también suelen ejercer presión, ya que muchas veces manifiestan su molestia y su desconcierto al tomar partido por alguna de las partes y/o en contra de alguno de los actores implicados, lo cual añade a los miembros de la familia en vías de divorcio, rupturas en otras relaciones (Pitman, 1990).

La forma de divorcio que parece ser la más tortuosa es el *Divorcio Judicial Necesario*. Ya que en este tipo de divorcio, la separación lleva como ingrediente principal la falta de acuerdo entre los cónyuges respecto a la separación, la ruptura del matrimonio se propicia por la demanda de uno de ellos, que lleva implícita la acusación al otro por algún tipo de anomalía, agravio y/o abuso. Dentro de las causas principales del Divorcio Judicial Necesario se encuentran: alumbramiento ilegítimo, propuesta de prostitución, incitación a la violencia,

corrupción y maltrato a los hijos; enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable; enajenación mental incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte; acusación calumniosa; haber cometido delito infamante; hábitos de juego, embriaguez o drogas; cometer acto delictivo contra el cónyuge, adulterio; la bigamia; por negarse la mujer a acompañar a su marido cuando éste cambie de residencia dentro del territorio nacional; cuando un cónyuge haya pedido el divorcio o nulidad del matrimonio por causa que no haya justificado; fecundidad asistida sin consentimiento del cónyuge y bisexualidad manifestada o la intención o cambio de sexo por tratamiento médico o quirúrgico. En la tabla 4 encontramos las principales causas de divorcio judicial del año 2006, las cuales son la separación del hogar de uno de los cónyuges, la violencia intrafamiliar, y la infidelidad.

Separación del hogar	16 214
Negativa a contribuir al sostén del hogar	996
Violencia intrafamiliar declarada	994
Infidelidad o Adulterio	536
Otras causas	332
Incitación a la violencia	135
No especificada	197

Fuente: Estadísticas de matrimonios y divorcios INEGI, 2006

En un proceso de divorcio necesario, en el que la “guerra entre los cónyuges” es intensa, afloran con mayor profundidad los sentimientos de rechazo, de enojo y resentimiento, lo cual hacen mucho más dolorosa y difícil la separación, por lo que es frecuente que la situación familiar después de llevado a cabo el divorcio sea deprimente y precaria para todos, en especial, para los hijos, a quienes suele ponérseles en medio del conflicto, ya sea como botín o como mediadores entre los padres.

Existen distintas investigaciones relacionadas con el efecto que provoca sobre los hijos, la discordia y la lucha campal entre los padres (Gómez, Castro y Ruz, 2002; Polaino-Lorente y Dómenech, 1988; Wallerstein, Corbin y Lewis, 1988) se habla de la presencia de problemas en la conducta y en la salud de niños y adolescentes: bajo rendimiento académico, conducta antisocial, depresión y síntomas de ansiedad, entre otros.

Desafortunadamente, existe gran dificultad en la adaptación para muchas familias durante y después de llevar a cabo un divorcio, lo cual se debe, frecuentemente, a la poca disposición de los padres para negociar y cooperar por el bienestar de sus hijos, ya que no les es fácil dejar a un lado sus resentimientos por las experiencias desafortunadas en su historia de pareja. Esta situación provoca desgaste emocional y circunstancias económicas, psicológicas y sociales desfavorables para adultos y niños.

La situación compleja que implica un divorcio en estas condiciones, requiere propuestas que posibiliten a los implicados enfrentar lo mejor posible este momento de crisis, y facilitar la restauración de la salud psicológica, abriendo nuevas formas de relación interpersonal que promuevan el crecimiento en todos los sentidos.

1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna es una propuesta teórico-metodológica que a lo largo de su historia ha buscado dar respuesta a las problemáticas que surgen en la sociedad desde una perspectiva global y contextual. Básicamente quiero subrayar cuatro características que la definen como una excelente alternativa para abordar problemáticas significativas, tales como el divorcio.

- a) Este enfoque tiene como fundamento el concepto *sistemas*, el cual, según Bertalanffy (1976) hace referencia a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta. Este concepto no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier "todo" que consista de "componentes" que interactúan y que, por tanto, se influyen de manera constante y recíproca. Estos postulados convierten a la visión sistémica en una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, ya que la realidad es una totalidad que no puede ser vista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas. Cada individuo es un sistema en sí mismo, pero pertenece a su vez a algún grupo que es un sistema más grande, que a su vez está relacionado o es integrante de otro sistema mayor: un grupo de amigos, una empresa o escuela, una población, un país, un continente, etc.

La *familia* por su naturaleza entra en el concepto "sistema", porque es un todo integrado por miembros o componentes, los cuales interactúan y se influyen mutuamente. Dentro de la familia podemos encontrar subgrupos que tienen diversas características y funciones, por ejemplo, los progenitores integran un subsistema de *padres*, pero a su vez, integran el subsistema *pareja*, y por otro lado, también se encuentra el subsistema integrado por los *hijos*. Cabe mencionar que la familia forma parte de otros sistemas mayores o macrosistemas, éstos son el contexto en el que se encuentra, el cual ejerce una influencia directa o indirecta.

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, propone concebir al divorcio como un suceso que ocurre en un *sistema* familiar implicado en un *contexto* determinado. Por lo cual, buscará evaluar e intervenir desde una perspectiva global y contextual, asumiendo que debe prestarse atención a los subsistemas individuales, al subsistema de pareja y de padres, al subsistema de los hijos, y a las relaciones entre dichos subsistemas para poder entender qué es lo que está pasando en la familia y qué es lo que ésta requiere para lograr un adecuado funcionamiento. Además de tomar en cuenta el contexto histórico actual, el contexto social, ideológico, político y económico, la religión, las instituciones, etc., que tienen relación con la familia consultante, ya que estos aspectos integran el contexto en el que la familia está inmiscuida, los cuales juegan un papel de influencia directa o indirecta en el suceso de divorcio.

- b) En la aproximación sistémica, los humanos y los eventos se estudian en términos de sus *interacciones*, esto es, del cómo se relacionan dentro del sistema, y no se enfatizan las características intrínsecas de éstos, lo cual favorece el quitar "etiquetas" que se refieren a patologías internas de las personas o de los eventos.

Este enfoque tiene como supuesto que la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa, si los sujetos se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción, en ocasiones estas pautas son rígidas e inadecuadas, lo cual coadyuva al surgimiento de conductas sintomáticas y/o de problemas intra e interpersonales. Se habla entonces del estudio de una interacción básicamente circular, en vez

de restringir el foco de análisis y evaluación del miembro que se considera sintomático. De esta forma, en lugar de evaluar los eventos y los sujetos en términos de culpables-víctimas, buenos-malos, correcto-incorrecto, la terapia familiar sistémica habla de los eventos en términos de relaciones y de funciones, de corresponsabilidad y complementariedad (Espinosa y González, 1998).

Cuando se refiere al divorcio, la aproximación sistémica trabajará con la familia, no en términos de personas enfermas o moralmente equivocadas, sino de personas que se han estado relacionando de una forma peculiar que les ha llevado al estado actual, por lo que no tratará de buscar culpables o patologías individuales, ya que el problema no está en las características internas de los sujetos sino en sus *relaciones*. Por tanto, este enfoque terapéutico analizará las relaciones entre los miembros de la pareja, y del sistema familiar en su conjunto, para hacer evidentes las pautas repetitivas disfuncionales y ayudar a la familia a lograr mejores formas de interacción antes, durante y después del proceso de divorcio. A fin de que la familia elabore nuevas reglas en su interacción, que propicien un funcionamiento del sistema familiar que sea saludable para todos los implicados.

- c) Puesto que la Terapia Familiar Sistémica estudia a los individuos en su contexto interaccional, la investigación se centra principalmente en el tiempo presente (en el *aquí y el ahora*). Esto no quiere decir que no se tomen en cuenta en absoluto aspectos del pasado o de la evolución histórica de los sucesos, sin embargo, el foco de atención medular será la situación actual y la visualización de un futuro conveniente para los implicados. Es muy importante mencionar que muchas corrientes teóricas en psicoterapia se centran especialmente en el pasado, indagando exhaustivamente la "raíz" del problema, por lo que los tratamientos psicológicos son extremadamente largos y por lo tanto, caros, ya que, en estos enfoques el éxito de la terapia consiste en explorar en el pasado para "darse cuenta" del *por qué* ocurre la problemática presente, suponiendo que el saber el por qué de los eventos, los cambiará, lo cual no es necesariamente cierto. En cambio, la terapia familiar sistémica trata a las problemáticas actuales buscando soluciones en el presente, y no se tardará mucho tiempo en preguntarse el por qué de los fenómenos, sino el *para qué*, es decir, las funciones de los acontecimientos y las conductas, rescatando los recursos y la aplicación de éstos para lograr el crecimiento.

En el abordaje del divorcio, la Terapia Familiar Sistémica, si bien, preguntará a la familia consultante (especialmente a la pareja) acerca de su historia y de los hechos que les llevaron a la situación actual, la indagación más extensa se realizará sobre el estado actual del sistema familiar: cómo se están relacionando entre sí los cónyuges o ex cónyuges, éstos con los hijos, con la familia extensa; cuáles son las creencias que actualmente se tienen sobre el divorcio, las expectativas y miedos, así como sus planes, ideas y deseos presentes en las acciones que están realizando o que pretenden realizar. La terapia buscará conocer cuáles son los roles y las funciones que cada miembro de la familia está desempeñando en este entramado que implica la situación de divorcio conflictivo (de qué manera cada quien colabora para mantener la situación problemática), y ayudará a los miembros de la familia a dejar esos roles que no están siendo adecuados para propiciar cambios que realmente mejoren la situación presente y futura del sistema familiar. El enfoque sistémico buscará ser breve en cuanto al tiempo de duración de la terapia, la terapia culminará cuando la familia logre los objetivos terapéuticos y/o su motivo de consulta.

- d) La terapia familiar sistémica reconoce a la familia como una estructura que vive un proceso de cambio constante, es decir, en un proceso evolutivo. Distintos teóricos de la terapia familiar

sistémica se han preocupado por el estudio del ciclo vital de la familia (Minuchin y Fishman, 1993; Haley, 1989), la premisa principal que sustentan es que la familia es un grupo social que experimenta diferentes etapas desde la formación de la pareja hasta la vejez y muerte de los cónyuges. En cada etapa o fase de desarrollo, los miembros de la familia presenta diferentes características, por lo que necesitan y demandan del grupo familiar, flexibilidad en sus reglas y en su estructura, de tal forma que en cada fase de la vida, el sistema familiar logre adaptarse a las demandas de crecimiento y evolución de sus miembros y a los cambios en el contexto social del que forma parte.

En el tratamiento del divorcio, el enfoque sistémico prestará atención a la etapa del ciclo vital de la familia consultante en su evaluación y en la formulación de sus intervenciones, ya que, dependiendo de las características físicas, emocionales y sociales de los miembros de la familia divorciada o en pro de divorcio, serán las necesidades y los retos que habrá de enfrentar. No es lo mismo atender a una familia en vías de divorcio cuyos hijos se encuentran en los primeros 5 años, o familias con hijos adolescentes, o familias con hijos adultos, cada caso existen características particulares e implicaciones y requerimientos que habrán de atenderse.

La terapia familiar sistémica reconoce que un proceso de divorcio, sin duda, provocará cambios trascendentes en la estructura familiar, los cuales pueden implicar una oportunidad de mejora en el sistema si los actores principales logran adaptarse y reorganizarse en una configuración familiar adecuada para el crecimiento de sus miembros. La tarea de la terapia con enfoque sistémico radica precisamente en mediar y ayudar a la familia en vías de divorcio para que logre enfrentar óptima y eficazmente este periodo de transición en su ciclo vital, contribuyendo para facilitar los cambios necesarios que permitan la adecuación del sistema a las demandas de su estado actual.

Cabe mencionar, además, que la terapia familiar sistémica cuenta con distintos modelos teórico-metodológicos que resultan muy útiles en la práctica clínica (Modelo Estructural, Modelo Estratégico, Modelo del grupo de Milán, Terapia Breve Orientada a Problemas, Terapia Breve Orientada a Soluciones y Modelos derivados del Posmodernismo), ya que sus intervenciones están destinadas a modificar *el hacer* así como *el pensar* y *el sentir* de los individuos que solicitan la terapia. En el manejo de temas como el divorcio, estos modelos ofrecen distintas estrategias e intervenciones para propiciar cambios significativos en el concepto de sí mismo de cada cónyuge o ex cónyuge y de los hijos (cambios en cuanto al estado emocional y las creencias rígidas de sí mismo) y cambios en las relaciones entre padres, y de éstos con los hijos, lo cual se traducirá en la adquisición de mejores habilidades de negociación, ejercicio adecuado de las funciones parentales y mayor tranquilidad de los hijos.

Como mencionamos anteriormente, los modelos en terapia familiar sistémica y posmoderna, tienen la peculiaridad de ser breves en cuanto al tiempo de tratamiento, trabajan por objetivos terapéuticos e incluyen a los miembros de la familia que deseen participar en la terapia. Sus intervenciones afectan aún a aquellos miembros que no aceptan venir a las sesiones, ya que, como la familia es un sistema en el que sus miembros se influyen mutuamente, los cambios realizados en el comportamiento de un miembro afectarán los comportamientos de los otros.

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna es una propuesta eficaz para abordar la problemática del divorcio, y muchas otras problemáticas que actualmente preocupan a nuestra sociedad, ya que cuenta con un marco teórico y metodológico sólido. No obstante, para lograr

contar con estos fundamentos, el enfoque sistémico y posmoderno de psicoterapia tuvo que pasar por una evolución. A continuación, quiero dedicar un espacio para hacer una breve remembranza sobre aspectos trascendentes de la historia de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, que podrán ayudarnos a entender la importancia y trascendencia de esta propuesta.

Según Robles (2005) podemos identificar tres momentos clave en la evolución de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:

1) La fase en la que se toma como base teórica y epistemológica la perspectiva de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética de Primer orden.

La primera generación de Terapeutas Sistémicos puso especial énfasis en atacar a los paradigmas mecanicistas que en esta época (alrededor de los años 40) tenían particular predominancia. Gracias a la aplicación de la Teoría General de los Sistemas y al desarrollo de la Cibernética, se afirmó que la psicología debía asumir una visión circular de los fenómenos, en vez de quedarse con posturas lineales. Es decir, se propuso dejar de centrarse en la "patología interna de los individuos" para empezar a observar las interrelaciones en las que "el paciente" está inmerso. Varios personajes importantes dieron pie a este proceso, entre ellos: el neurofisiólogo mexicano Arturo Rosenbluth, junto con N. Weiner y J. Bigelow, quienes dieron significativas aportaciones sobre los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional; también cabe mencionar las destacadas aportaciones de los participantes de las conferencias de la Fundación Macy que nos dejaron herramientas teóricas fundamentales de corte antropológico, de la comunicación y de la cibernética (Macías, 1988). Realmente es una lista muy larga de nombres de autores que fueron pioneros y elementos claves de este primer momento de la terapia familiar sistémica, en próximos capítulos ahondaremos al respecto.

2) La fase en la que se asumen elementos del Constructivismo y la Cibernética de Segundo orden.

Se retoma del Constructivismo, que es una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad, la premisa de que el individuo construye en su mente un modelo de la realidad para ajustarse a ella (Glaserfeld, 1989, 1996), por lo tanto, se concluye que la terapia debe responder a la realidad subjetiva de los individuos: a sus necesidades y objetivos. Por otro lado, la Cibernética de segundo orden aportó su estudio acerca de las relaciones causales recíprocas entre el observador y lo observado, esto llevado al campo de la terapia, ha sido aplicado al admitir que el terapeuta y el grupo familiar integran un sistema en el que ambos elementos se influyen mutuamente, por lo que es imposible el aislamiento emocional o la neutralidad en cuanto a valores, actitudes y concepciones de cada una de las partes involucradas. El desarrollo que en esta etapa tuvo la terapia familiar sistémica tiene que ver con el estilo de vida americano característico de la segunda mitad del siglo XX, basado en el pragmatismo operativo, y distinguido por la necesidad de empresas e instituciones de contar con atención rápida para un gran número de sujetos, de ahí que los modelos más aplicados fueron los modelos de terapia breve.

3) La etapa en que se adoptan aspectos del Constructivismo Social y del Posmodernismo.

Finalmente, la terapia familiar sistémica adopta premisas básicas del construccionismo social, que señala que los seres humanos nos construimos con y a través del lenguaje, el cual es convencional, por lo que muchas de las concepciones que los seres humanos defendemos no son realmente propias, sino construidas por el grupo social al que pertenecemos. De esta postura teórica se desprende el Posmodernismo, el cual defiende la idea de la horizontalidad en las relaciones terapeuta-paciente y utiliza como principal herramienta de intervención a la conversación. Cabe mencionar que el desarrollo de los modelos terapéuticos posmodernos responde a la demanda social de tomar en cuenta las características de los distintos grupos presentes en la sociedad y como respuesta a procesos complejos tales como la globalización (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Como podemos analizar, a través de los años, la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se ha ido alimentando de diversas posturas teóricas y ha diseñado marcos teóricos y metodológicos para intervenir en las demandas sociales existentes. En México, como en otros países, la terapia sistémica ha tenido su particular evolución.

Alrededor de los años 50 la psicoterapia en México estaba dominada principalmente por los grupos psicoanalíticos y el modelo de terapia conductual. Sin embargo, en la década de los 60 el desarrollo de la terapia familiar en Estados Unidos y Canadá tuvo eco en nuestro país, y coadyuvado por la cercanía geográfica, fue posible el entrenamiento de algunos psicólogos mexicanos en los modelos de terapia familiar breve, quienes empezaron a difundir su trabajo basado en los enfoques sistémicos. Uno de los iniciadores de la terapia familiar fue Raymundo Macías, que regresó de Montreal, Canadá en 1963. Poco tiempo después empezó a impartir cátedras en el posgrado de psicología de la UNAM. Como director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana, Macías fundó el curso de especialización en terapia familiar, en el que, con Roberto Derbez y Lauro Estrada, inició en 1969 la formación de los primeros especialistas en terapia familiar. Es importante recordar que en estos años nuestro país estaba viviendo una época de movimientos sociales cruciales (entre los más destacados: el movimiento estudiantil de 1968), por lo que la sociedad mexicana necesitaban modelos de intervención psicoterapéutica que abarcaran sistemas más amplios y no sólo al individuo como un ente aislado de su contexto social, de ahí que los modelos sistémicos tuvieron éxito en nuestro país (Eguiluz, 2004).

En la década de 1970 empiezan a fundarse los primeros institutos que trabajan con terapia familiar, como el Instituto de la Familia (IFAC) y el Instituto Mexicano de la Familia (IMF), que después cambió su nombre por Instituto mexicano de la Pareja (IMP). En 1980 se abre en la Universidad de las Américas la formación en terapia familiar en nivel maestría con un enfoque estructural sistémico que contaba con una supervisión en cámaras de doble visión. En esta misma década se fundan importantes institutos, tales como el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), el Instituto Personas, el Instituto Cencalli, el Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB), entre otros. Todos ellos con orientación hacia la formación sistémica de terapia familiar y de pareja. Otro suceso que dio mayor auge a las terapias sistémicas en México fue la fundación de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) en 1981, ya que a través de esta se empiezan a organizar congresos nacionales de Terapia Familiar Sistémica y se publica semestralmente la revista *Psicoterapia y Familia* a partir de 1986 y 1988 respectivamente.

A fines de la década de los ochenta, la Universidad Nacional Autónoma de México abre una nueva modalidad de enseñanza: los diplomados, en especial, hacemos referencia al

diplomado en terapia familiar que es aprobado en 1988 y comienza a funcionar en 1989, el programa del diplomado fue creado por Luz de Lourdes Eguiluz Romo, Rosario Espinosa y Susana González. La experiencia exitosa en los diplomados hace surgir más adelante la idea de organizar una maestría con residencia en Terapia Familiar Sistémica (Eguiluz, 2004).

Durante la década de 1990 las perspectivas posmodernas que influyen en el ámbito terapéutico se ven reflejadas en la aparición de nuevas instituciones (como el Centro de Desarrollo y la Investigación para la Psicoterapia Sistémica CEDIPSI), y el surgimiento de nuevos cursos en diferentes universidades que actualmente forman a terapeutas familiares. Este incremento en las instituciones que enseñan terapia familiar sistémica seguramente está relacionado con la aprobación que muchos expertos en el ámbito de la salud manifiestan respecto a la visión que ofrece esta postura teórica, y a la demanda social cada vez mayor de un servicio psicológico que abarque a la familia conceptualizándola como un sistema inserto en macrosistemas para poder comprender e intervenir mejor en problemáticas actuales tales como la violencia intrafamiliar, las adicciones, el suicidio, las conductas disruptivas en menores, la anorexia y bulimia, y por supuesto, el divorcio.

1.2. Caracterización de las entidades y escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

1.2.1. Descripción de los escenarios

El programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Nacional Autónoma de México se imparte en dos entidades académicas: la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue la entidad en la cual yo tuve el privilegio de formarme. Como el objetivo de la residencia es principalmente la formación de terapeutas, se destinan horas para clases teóricas en las que se imparten las bases epistemológicas de la terapia sistémica y de cada uno de sus modelos teórico-metodológicos (a través de seminarios, talleres, tutorías, etc.); y horas de entrenamiento en la práctica clínica bajo supervisión en vivo. Estas horas de supervisión en el trabajo clínico son un componente esencial que le da gran realce a la residencia, ya que es el encuentro con familias reales cuyas problemáticas son también reales, lo cual nos permite a nosotros, terapeutas en formación, aplicar los conocimientos vistos en clase bajo el cobijo y la dirección de expertos, que en este caso son nuestros mismos docentes y tutores.

El trabajo clínico se realiza en tres sedes: la Clínica de Terapia Familiar de la FESI Iztacala, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en su Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla, y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) en el plantel Azcapotzalco. A continuación explicaré brevemente las condiciones físicas de estas sedes y su funcionamiento.

La Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Esta clínica está ubicada dentro de las instalaciones de la FESI, en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. La dirección es Avenida de los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala, Municipio de Tlalnepantla, Estado de México.

La clínica cuenta con dos salas divididas por un espejo de visión unidireccional, en una de las salas se conversa con la familia consultante y en la otra se encuentra el equipo terapéutico observando e interviniendo cuando lo considera necesario.

El equipo técnico con el que se cuenta es una línea telefónica con sistema de intercomunicación, micrófono ambiental y aparato amplificador, una videocámara, una videocasetera VHS y una televisión de 25 pulgadas. Estos recursos se encuentran distribuidos de acuerdo a la siguiente figura:

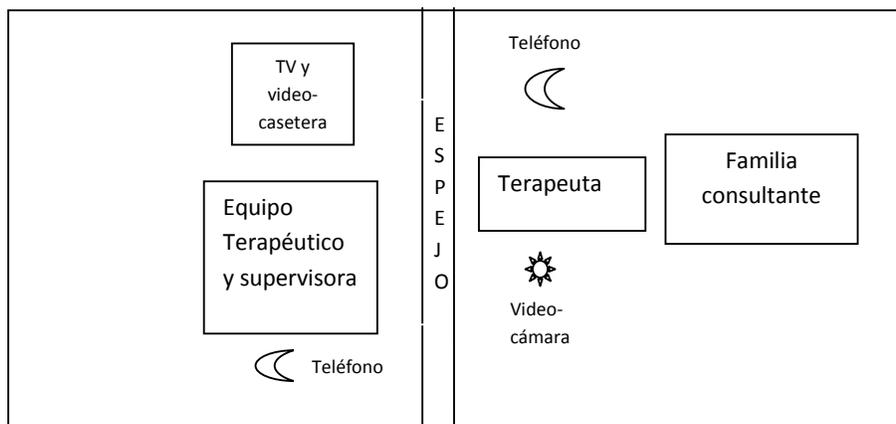


Figura 1. Descripción de la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala

En la sala en la que se recibe a la familia, se encuentran unas sillas, una pequeña mesa, una caja de pañuelos desechables, una cámara de video y un teléfono. En la sala en la que se encuentra el equipo junto con la supervisora, también hay sillas, la televisión, la videocasetera y el otro teléfono.

Las familias consultantes son variadas en cuanto a su nivel socioeconómico y cultural. Por su prestigio, la clínica recibe a familias de los estudiantes, docentes y trabajadores de la FESI, y también a familias de colonias aledañas al plantel. Las personas que desean solicitar terapia en esta sede, tienen que llenar un formato pequeño en el que se les preguntan datos como: sus nombres, números telefónicos y motivos de consulta, en la entrada de la clínica hay un buzón en donde las familias depositan el formato. Después de unos días se les habla por teléfono para acordar una cita y de esta forma empezar el tratamiento. Cada sesión psicoterapéutica tiene una cuota de recuperación de 50 pesos, los que se destinan para el mantenimiento de la clínica. El horario de atención es el día martes y jueves de 8 a 14 horas.

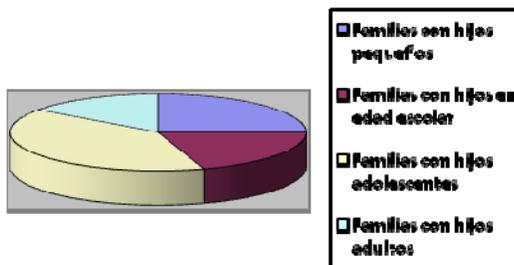
Muchos de los usuarios buscan atención por problemas de pareja, por dificultades en el control de la conducta de niños y adolescentes, violencia intrafamiliar, etc. En la tabla 5 se

muestran algunas características generales de las familias atendidas en esta sede por el equipo terapéutico del cual formé parte:

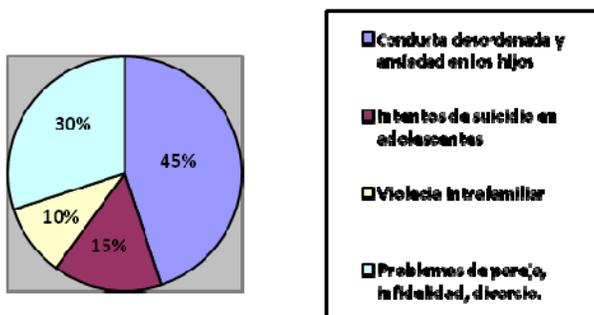
Tabla 5. FAMILIAS QUE FUERON ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DE LA FES IZTACALA			
Familia	Personas que asisten	Motivo de consulta	Alta o baja
A	El padre, la madre, 3 hijos adolescentes	Conducta desordenada de los hijos	Baja
B	La madre y dos hijos pequeños	Violencia intrafamiliar	Baja
C	El padre, la madre y un hijo pequeño	Problemas de pareja	Alta
D	La madre y dos hijos en edad escolar	Ansiedad en los niños	Baja
E	La madre y una hija adolescente	Conducta desordenada en la hija	Baja
F	El padre, la madre y 3 hijos en edad escolar	Ansiedad en uno de los hijos	Baja
G	Una mujer	Divorcio	Alta
H	La madre y tres hijos adolescentes	Intento de suicidio de una hija	Baja
I	El padre, la madre y dos hijos pequeños	Dificultades en el control de los hijos	Alta
J	La abuela, la madre y un hijo pequeño	Conducta desordenada del niño	Baja
K	El esposo y la esposa	Violencia intrafamiliar	Baja
L	El padre, la madre y dos hijos pequeños	Problemas de pareja	Baja
M	La madre y tres hijas adolescentes	Intento de suicidio de dos hijas	Baja
N	Una adolescente	Intento de suicidio	Alta
Ñ	Una mujer	Ansiedad	Baja
O	La abuela y la nieta adolescente	Intento de suicidio de la adolescente	Baja
P	La madre, dos hijos en edad escolar y un hijo pequeño	Conducta desordenada en uno de los hijos	Alta
Q	La madre y una hija adolescente	Conducta desordenada de la hija	Baja
R	La madre y dos hijos adolescentes	Infidelidad y divorcio	Baja
S	Una mujer	Infidelidad	Baja
T	La madre con un hijo en edad escolar	Infidelidad	Alta

En las gráficas 1 y 2 se resumen los tipos de familia y de problemáticas presentadas por las familias atendidas en esta sede:

Gráfica 1. Porcentajes de los Tipos de Familias atendidas en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala



Gráfica 2. Porcentajes de los Tipos de Problemáticas presentadas en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala



La Clínica de Terapia Familiar en el Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Azcapotzalco (CCHA)

El CCH Plantel Azcapotzalco, se encuentra ubicado en la Avenida Aquiles Serdán N° 2060 Exhacienda del Rosario, delegación Azcapotzalco, México, DF. Dentro de las instalaciones de esta institución se encuentra un edificio denominado "SILADIN", en el segundo piso de dicho edificio se proporcionó un salón equipado especialmente para el servicio de terapia familiar.

El salón donde se imparte la terapia cuenta con dos cubículos separados por un espejo de visión unidireccional, en uno de los cubículos se recibe a la familia y se conversa con ella, y en el otro se encuentra el equipo terapéutico observando a la familia y formulando propuestas de intervención.

El equipo técnico que existe en este espacio es: línea telefónica con sistema de intercomunicación, micrófono ambiental, una videocámara, una videocasetera VHS y una televisión de 25 pulgadas. El sistema terapéutico y el equipo técnico se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

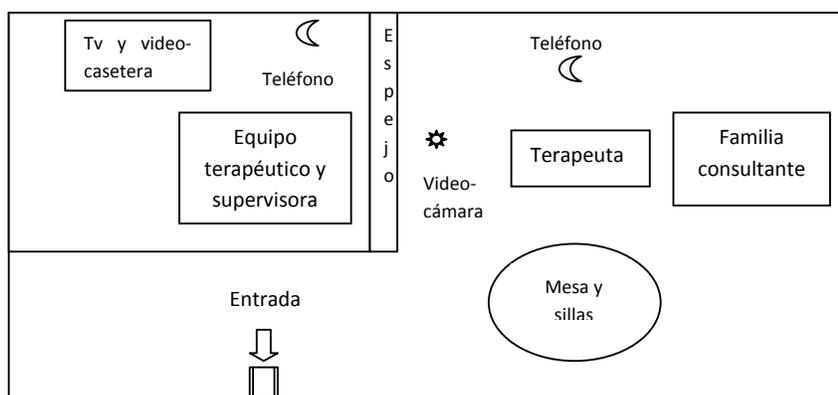


Figura 2. Descripción de la clínica de terapia familiar del CCH Azcapotzalco

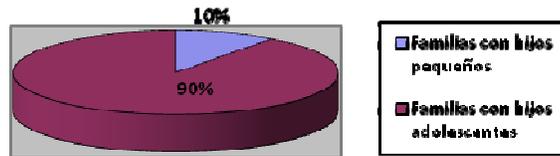
Los usuarios de este espacio son en su mayoría alumnos y trabajadores del CCHA. Algunos problemas por los que acuden se refieren a bajo rendimiento escolar, conducta disruptiva, adicciones, depresión, duelo, entre otros. En la tabla 6 podemos observar algunos datos de las familias que fueron atendidas por el equipo terapéutico del cual formé parte.

Cabe mencionar que es el departamento de psicopedagogía de la institución quien recibe las solicitudes de atención psicológica, y ellos nos brindan la lista de solicitantes, sus números telefónicos y una descripción breve del motivo de consulta. El terapeuta asignado para el caso se comunica vía telefónica con las personas demandantes del servicio y les cita para dar inicio al proceso terapéutico. Las sesiones no tienen costo alguno para los usuarios. Se recibe a las familias los días martes de 8 a 14 hrs.

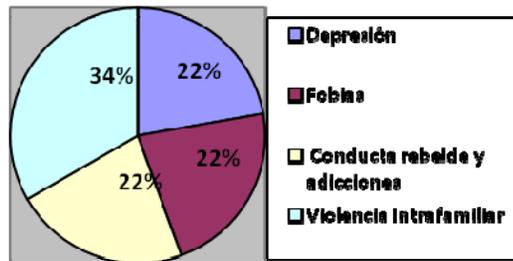
Tabla 6. FAMILIAS QUE FUERON ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DEL CCH AZCAPOTZALCO			
Familia	Personas que asisten	Motivo de consulta	Alta o baja
A	Una adolescente	Depresión	Alta
B	El padre, la madre, una hija adolescente, una hija pequeña	Miedo de la adolescente de asistir a la escuela	Alta
C	El padre, la madre, un hijo adolescente	Conducta rebelde del adolescente	Baja
D	Una adolescente	Violencia intrafamiliar	Alta
E	El padre, la madre y un hijo adolescente	Fobia del adolescente de subirse al transporte público	Alta
F	Un adolescente	Timidez y adicciones	Alta
G	Una adolescente	Abuso sexual	Alta
H	La abuela, la madre y una hija pequeña	Problemas en la relación entre la abuela y la madre	Baja
I	Una adolescente	Depresión	Alta

En las gráficas 3 y 4 se resumen los tipos de familia y de problemáticas presentadas por las familias atendidas en esta sede:

Gráfica 3. Porcentajes de los Tipos de Familias atendidas en la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco



Gráfica 4. Porcentajes de los Tipos de Problemáticas presentadas en la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco



La Clínica de Terapia Familiar en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla

La Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla está ubicada en Calle Xalapa, No. 68. Col. Valle Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México. El Consultorio en donde se imparte terapia psicológica es el número 12. Es un cubículo que cuenta con sillas, un pizarrón, una televisión y una videocasetera VHS. El equipo de terapeutas lleva una cámara de video y realiza las conexiones necesarias para videograbar las sesiones.

Cabe mencionar que esta es la sede con menor espacio. No cuenta con espejo unidireccional, por lo que se colocan las sillas de tal forma que en la primera parte se encuentre el terapeuta y la familia consultante y en la parte posterior, el equipo de terapeutas y la supervisora, quien le da indicaciones al terapeuta escribiendo en el pizarrón las preguntas o comentarios que considera pertinentes. En la figura 3 podemos observar la distribución de materiales y personas en esta sede:

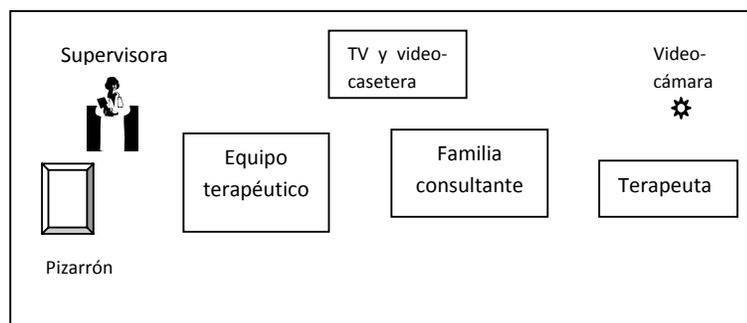


Figura 3. Descripción de la clínica de terapia familiar de la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla (ISSSTE)

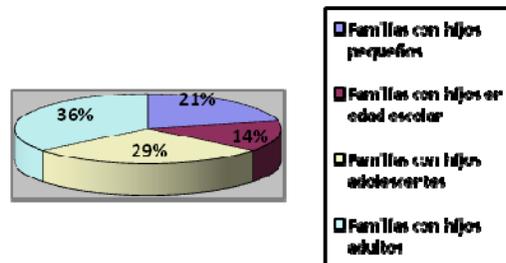
Las familias consultantes eran referidas a la clínica de terapia familiar por los médicos familiares, quienes notaban que muchas dolencias y quejas físicas tenían un origen psicológico, entonces invitaban a las familias al departamento de psicología a cargo de la Lic. Araceli Martínez, quien a su vez nos proporcionaba los datos de los pacientes para citarlos y empezar su tratamiento. Nuestro equipo de terapeutas brindaba atención los días jueves de 9 a 14hrs.

Los problemas presentados por las familias en esta sede eran variados, entre los cuales se distinguen: problemas de pareja, dificultad en el control de los hijos, duelo por la pérdida de la salud física, depresión, fobias, y por supuesto, enfermedades psicosomáticas. La tabla 7 nos muestra algunas características de las familias consultantes que fueron atendidas por el equipo terapéutico del cual formé parte.

Tabla 7. FAMILIAS QUE FUERON ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR DEL ISSSTE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA			
Familia	Personas que asisten	Motivo de consulta	Alta o baja
A	La madre con una hija pequeña	Dificultades para controlar la conducta de la hija	Alta
B	Una mujer	Ansiedad	Alta
C	El padre, la madre y un hijo pequeño	Pesadillas y miedo a la obscuridad del niño	Baja
D	La madre y una hija adolescente	Conducta desordenada de la hija	Alta
E	El padre, la madre, tres hijos adolescentes	Conducta rebelde de los adolescentes	Alta
F	Una mujer de la tercera edad	Ansiedad	Alta
G	Una mujer	Ansiedad	Baja
H	Una mujer	Baja autoestima	Alta
I	Una mujer de la tercera edad	Angustia y duelo por la salud	Alta
J	El padre, la madre y tres hijos en edad escolar	Ansiedad, tartamudeo y timidez en uno de los hijos	Baja
K	Una mujer	Ansiedad	Baja
L	La madre, dos hijos en edad escolar y dos hijos adolescentes	Violencia intrafamiliar	Alta
M	La madre y tres hijos en edad escolar	Falta de control de la conducta de los hijos	Alta
N	La abuela, la madre, un hijo en edad escolar, una hija pequeña	Falta de control de la conducta de la hija	Alta

En las gráficas 5 y 6 se resumen los tipos de familia y de problemáticas presentadas por las familias atendidas en esta sede:

Gráfica 5. Porcentajes de los Tipos de Familias atendidas en la Clínica de Terapia Familiar del ISSSTE



Gráfica 6. Porcentajes de los Tipos de Problemáticas presentadas en la Clínica de Terapia Familiar del ISSSTE



1.2.2. Análisis sistémico y secuencia de participación en las sedes

En cada una de las sedes, el trabajo psicoterapéutico se lleva a cabo mediante el trabajo conjunto entre un terapeuta designado como responsable del caso en cuestión y un equipo terapéutico que observa al sistema familiar y participa en la formulación de las intervenciones.

Por lo tanto, en el momento de la terapia confluyen diferentes sistemas: un sistema integrado por la familia consultante, un sistema integrado por el terapeuta y la familia, un sistema integrado por el equipo que se encuentra del otro lado del espejo (el cual es liderado por la supervisora asignada), un sistema integrado por el terapeuta y el equipo (quienes conjuntamente planificarán las intervenciones), y un sistema que incluye a todos los actores: familia, terapeuta y equipo. Estos sistemas se interrelacionan afectándose y enriqueciéndose entre sí.

El equipo terapéutico está integrado por cinco terapeutas y una supervisora. El trabajo con un equipo terapéutico es medular, ya que el equipo funge como los ojos que permiten al terapeuta verse así mismo en relación con la familia, el equipo respalda el trabajo del terapeuta, haciéndolo más eficiente (ya que seis cabezas piensan mejor que una), además, el contar con un equipo permite realizar intervenciones más complejas y eficaces (por ejemplo, el coro griego y equipos reflexivo y colaborativos).

Quiero mencionar brevemente la secuencia de participación del equipo terapéutico del cual formé parte, durante los dos años de la residencia.

Mi equipo terapéutico empezó a formar parte de las sesiones desde el primer semestre de la residencia, en este tiempo, los cinco integrantes fungíamos sólo como observadores de otro equipo terapéutico, responsable del tratamiento de las familias en la Clínica de Terapia

Familiar del ISSSTE y del CCH-A, este equipo estaba integrado por cuatro personas quienes eran estudiantes pertenecientes a semestres más avanzados de la residencia.

En segundo semestre, mi equipo terapéutico y yo, ya con mayor conocimiento teórico, empezamos a trabajar como terapeutas responsables de las familias consultantes en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, obviamente, bajo la supervisión de nuestras profesoras.

En tercer semestre, mi equipo y yo estuvimos a cargo de la atención psicológica (siempre bajo supervisión) de las familias de la Clínica de Terapia Familiar del ISSSTE y del CCH-A, pero ahora contábamos con la presencia de observadores, quienes eran un grupo de cinco estudiantes de nuevo ingreso. Ellos nos comentaban sus impresiones respecto al trabajo realizado. Nuestro equipo junto con el equipo de observadores de nuevo ingreso, formábamos un sistema más grande y más complejo.

En cuarto semestre, mi equipo y yo regresamos a la sede de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, para continuar y concluir nuestra práctica terapéutica supervisada en la residencia.

Esta modalidad de trabajo con equipos de terapeutas y de observadores, es el resultado de una planeación cuidadosa y muy acertada de los responsables de la residencia, ya que desde los primeros semestres hasta los últimos, los alumnos podemos tener contacto con el trabajo clínico y adquirimos conocimientos y experiencias que favorecen nuestro crecimiento.

1.2.3. Explicación del trabajo en las distintas sedes

El trabajo que se realizó con las familias en los tres escenarios fue similar. Una vez que las familias habían solicitado la atención psicológica, se formulaba una lista de pacientes y se asignaba a cada terapeuta una familia, generalmente la asignación de casos la realizaba la supervisora, pero también podía realizarse por iniciativa personal del terapeuta. Cuando el terapeuta tenía en su poder los datos de una familia interesada en el servicio, se comunicaba telefónicamente con el miembro de la familia que había solicitado la terapia, y le realizaba una breve entrevista con el propósito de recabar información útil para la planeación de la primera sesión.

Los aspectos que se abordaban en la entrevista telefónica eran los siguientes:

- Fecha
- Nombre de la persona que solicitaba el servicio y/o que respondía a la llamada
- Motivo de consulta
- Familiograma
- Antecedentes del problema
- Antecedentes de tratamiento
- Miembros de la familia que asistirían a la sesión
- Fuente de referencia

Cabe mencionar que en la entrevista telefónica se le explicaba al miembro de la familia que respondía a la llamada, la forma de trabajo, es decir, la presencia del equipo terapéutico en las sesiones, la videograbación de las mismas, su duración y costo (en el caso de la Clínica de

Terapia Familiar de la FES-I). Una vez que la familia aceptaba las condiciones del trabajo terapéutico, se le indicaba la fecha de su primera sesión.

En la primera sesión, el terapeuta se presentaba con la familia y le daba la bienvenida, nuevamente le explicaba la forma de trabajo y le pedía a los usuarios que firmaran una carta de consentimiento para la filmación de las sesiones (ver anexo 1). A partir de este momento se iniciaba formalmente el tratamiento psicológico de la familia.

Cada una de las sesiones constaba de cinco momentos esenciales:

1) Pre-sesión. Son 10 o 15 minutos antes de la sesión, en este momento el equipo junto con el terapeuta se reunían para discutir el caso de la familia a tratar, cuya información básica ya había sido recopilada mediante la entrevista telefónica. Se formulaban algunas líneas a seguir (preguntas e intervenciones) que pudieran ser pertinentes en la sesión.

2) Sesión. Tenía una duración aproximada de 40 minutos, en este tiempo, el terapeuta a cargo de la familia propiciaba interacciones en ésta, cuestionaba e intervenía de acuerdo a lo planeado con anterioridad con el equipo de terapeutas, quienes situados detrás del espejo, observaban las reacciones de la familia y la relación entre ésta y el terapeuta. Si lo consideraba necesario, el equipo llamaba al terapeuta para darle indicaciones y/o sugerencias, a través del uso del teléfono o bien (como en el caso del ISSSTE) a través del uso del pizarrón.

3) Discusión entre el terapeuta y el equipo para la formulación del mensaje. Una vez terminado el tiempo establecido para la sesión, el terapeuta a cargo salía de la sala en la que se encontraba la familia, y se dirigían a discutir lo acontecido en la sesión con sus colegas, a partir de este intercambio de ideas se tomaban decisiones sobre el mensaje final de esa sesión. El mensaje contenía las ideas del equipo sobre el caso y las recomendaciones terapéuticas y/o tareas que sugeríamos podrían ser útiles para la familia. La formulación del mensaje tenía una duración aproximada de 10 minutos.

4) Devolución del mensaje a la familia consultante. Después de haber elaborado el mensaje, el terapeuta regresaba a la sala con la familia consultante y le expresaba dicho mensaje. Este momento tenía una duración de 10 minutos. Después de emitido el mensaje, el terapeuta se despedía de la familia dándole la fecha de su siguiente sesión.

Nota: Es importante mencionar que en ocasiones se optaba por hacer equipo reflexivo, para lo cual, se le pedía a la familia intercambiar su lugar con el equipo, y escuchar la conversación que los terapeutas realizaban sobre su caso. Una vez que los terapeutas terminaban de hacer sus comentarios, se le preguntaba a la familia sobre las impresiones que le había despertado el diálogo entre terapeutas, cerrando con esto la sesión.

5) Post sesión. Una vez despedida la familia, el terapeuta y el equipo expresaban sus puntos de vista respecto a lo acontecido en la sesión y sus observaciones de la familia consultante, también se buscaba dar al terapeuta algunas líneas a seguir para la siguiente sesión.

Después de la sesión, el terapeuta responsable del caso revisaba con cuidado la videograbación y elaboraba un acta, que es una síntesis de lo expresado por los usuarios y de las intervenciones llevadas a cabo en la sesión. Para cada caso existía un expediente en el que se integraban las actas de cada sesión.

Las familias acudían a sesión cada 15 días, esto con el objetivo de que los usuarios contaran con tiempo para llevar a cabo las recomendaciones terapéuticas y pudiesen notar el efecto de dichas intervenciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis del marco teórico epistemológico

2.1.1. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

La terapia familiar es un concepto muy amplio, ya que engloba distintas formas de llevar a cabo procesos psicoterapéuticos con la finalidad de ayudar al grupo familiar a solucionar los posibles conflictos presentes en su ciclo vital. Existe, por ejemplo, la terapia familiar psicoanalítica, la terapia familiar guesáltica, la terapia familiar conductual, y la terapia familiar sistémica. Esta última modalidad es el eje de los estudios realizados en esta residencia.

La terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera "portador" de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza, además de una intervención en el sistema familiar, una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo sustituya generando éste otra conducta sintomática (Ochoa, 1995).

De acuerdo a esta perspectiva, el terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe sus pautas de interacción, sus creencias y sus recursos, que se asocie con la familia e inicie un contrato terapéutico cuyos objetivos sean alcanzables, de tal forma que las expectativas que se generen sean acordes a la meta terapéutica, y que se enfatice que, para lograr dicha meta, se requiere tanto la disposición y colaboración del terapeuta y del equipo terapéutico, como la cooperación de la familia, formando todos estos individuos un sistema terapéutico total.

ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La terapia familiar surge en Estados Unidos alrededor de los años 1952 a 1962. Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento se yuxtaponen cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático, además, ellos observan que la convivencia del paciente con su familia influye en la mejoría o en las recaídas que se presentan. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a algunos miembros de la familia (por ejemplo, los psicoanalistas enfatizaban la influencia de la madre en la situación del paciente), más tarde abarcarán a toda la familia y su poderosa influencia en el origen y mantenimiento de los síntomas.

Podríamos considerar a Nathan W. Ackerman como uno de los precursores de la terapia familiar, por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico, los aspectos interpersonales (Foley, 1974). Ackerman sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del

cual interactúa y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirma además que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia. Su terapia, denominada "integrativa" representa un puente entre los terapeutas de orientación meramente intrapsíquica y los terapeutas que aplican la Teoría de Sistemas al tratamiento familiar (Ochoa, 1995).

Bowen, que al igual que Ackerman posee una formación inicial psicoanalítica, es uno de los principales precursores de la terapia familiar sistémica, de hecho, algunos autores afirman que Bowen desarrolló una *teoría familiar de sistemas* (Gurman, 1981). En el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, Bowen se dedica a investigar la hipótesis simbiótica, que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno de la madre, es decir, se enfatiza la estrecha relación madre-hijo en la explicación de las patologías. A medida que la investigación avanzaba, se hizo evidente que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. Como consecuencia de esta observación, define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales, las primeras se refieren a la energía que mueve al sistema y las segundas, a las formas en que dicho sistema se expresa. Además, concibe al sistema familiar como un sistema en constante flujo, siempre cambiante.

Junto con estos autores, existen otros investigadores que se hacen presentes en la historia de la terapia familiar sistémica. Quienes, alrededor de 1940, se reunieron en una serie de conferencias auspiciadas por la fundación Josiah Macy Jr. Podemos mencionar entre los participantes a Nöbert Wiener, Julian Bigelow, John Neuman, Arturo Rosenblueth, Rafael Lorente de No, Warren McCulloch, Margaret Mead, Gregory Bateson, Milton Erikson, Lawrence Kubie, etc. (Vargas, 2004). Estas conferencias dieron pie a formulaciones revolucionarias, por ejemplo, a partir de estos intercambios, especialmente entre Bateson, Jackson y Weakland, surgió la teoría del doble vínculo (Bateson, 1977). Las formulaciones promovidas por estos encuentros entre expertos de distintas áreas, más adelante representarían las bases teórico-epistemológicas de la terapia familiar sistémica.

Los autores antes mencionado y otros más, que también son precursores de la terapia familiar sistémica pueden englobarse en 3 líneas de influencia para la conformación de este enfoque. A continuación revisaremos estas líneas brevemente:

La teoría general de los sistemas

Al hablar de la teoría general de los sistemas, estamos haciendo referencia al trabajo de Ludwig von Bertalanffy y su grupo, en el que están Anatole Rappaport, Ralph Gerard y Ross Ashby, entre otros. Bertalanffy realiza sus primeras publicaciones en 1940. Para los creadores de la Teoría General de los Sistemas, el problema fundamental es el de la complejidad organizada. De hecho, su objetivo es el de diseñar una teoría general de la organización. Para Bertalanffy son conceptos centrales: la organización, la totalidad, la teleología y la diferenciación (Bertalanffy, 1976).

En 1954, Bertalanffy funda la Sociedad para la Investigación General de Sistemas. El trabajo de esta sociedad comenzó a recolectar diferentes enfoques, que representan diferentes modelos conceptuales, técnicas matemáticas y puntos de vista en general de distintos científicos, para poder enfrentar el problema de las organizaciones complejas (Vargas, 2004). La

Teoría General de los Sistemas intentaba ofrecer la creación de una ciencia que lograra sistematizar el paralelismo de principios cognoscitivos generales en diferentes campos de la actividad científica y social del hombre, en busca de una integración interdisciplinaria de carácter rigurosamente científico (Bertalanffy, 1976).

Hacia los años sesenta la Teoría General de los Sistemas decía englobar a la cibernética, la teoría de los juegos, la teoría de las redes, la teoría de la información, entre otras. No obstante, al morir Bertalanffy, la sociedad se tornó un grupo muy aislado, por lo que la circulación de sus hallazgos fue disminuyendo.

La Teoría General de los Sistemas aportó a la terapia familiar sistémica el estudio de las totalidades y las interacciones internas y externas de dichas totalidades con su medio. La familia es vista como una totalidad (todos sus miembros forman parte de un todo, el cual tiene cualidades diferentes a las cualidades que tienen sus elementos por separado) inmersa en otra totalidad que es el medio ambiente (que incluye el sistema social, económico y ecológico) del cual recibe influencia y en el cual influye. Por lo tanto, la familia es concebida como un sistema abierto inmerso en un macrosistema.

Además, la Teoría General de los Sistemas aporta a la terapia familiar conceptos como isomorfismo, homeostasis, entropía, reatotalimentación, etc. Conceptos que serán descritos más adelante.

La teoría Cibernética

La Cibernética es definida como la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos (Wiener, 1948). Precisamente a Norbert Wiener se atribuye la teoría cibernética. El objetivo de dicha teoría era desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como de las técnicas específicas que permitieran al hombre, no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares (Eguiluz, 2001).

Los temas preferidos que toca la cibernética son: la coordinación, la regulación y el orden a través del control. La cibernética cuestiona los modos posibles de comportamiento de un artefacto mecánico y de un organismo vivo respecto a los temas antes mencionados.

Resumiendo los postulados teóricos de la teoría cibernética, mencionaremos los siguientes:

- ✓ El término sistema es utilizado ampliamente dentro de la cibernética dándole el mismo significado que Bertalanffy. De esta forma un sistema es conceptualizado como un conjunto de elementos cualitativamente diferente a la suma de sus múltiples componentes y que además cuenta con la particularidad de comportarse de un modo distinto a la forma que guardan los elementos.
- ✓ La totalidad de las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos se conocen como estructuras. Los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio, manteniéndose sin cambio o, cambiando su estructura, dependiendo de las alteraciones externas.
- ✓ El grado de organización de un sistema puede ser evaluado en función de la medida de la probabilidad llamada entropía (originalmente este término fue acuñado dentro de la

termodinámica). La entropía positiva es el grado de desorden, por el contrario, la entropía negativa se refiere al grado de orden, de organización en un sistema.

La aportación de los teóricos de la cibernética fue muy importante para las bases epistemológicas de la terapia familiar sistémica. Con la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas artificiales como entender sistemas naturales. Con la aplicación de las nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, etc.) se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar problemas de los pacientes, incluso, se pasó a hablar en años posteriores de una cibernética de segundo orden, en la que el observador forma parte del fenómeno estudiado, por lo tanto, se hace necesario voltear y analizar al observador como parte del fenómeno, ya que ambos integran un sistema total (Pakman, 1991).

La nueva teoría de la comunicación

La cibernética se tornó, también, en el soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional de la sintomatología psicológica y la aparición de la terapia familiar: la nueva teoría de la comunicación humana. Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental en la elaboración de esta teoría.

Bateson introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento. Los investigadores que trabajaron al lado de Bateson fueron Ray Birdwhistell, Edward May, Irving Goffman, Don Jackson, Beavin, y Paul Watzlawick. La nueva teoría de la comunicación intenta ser un modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación (como lo proponían Shannon y Weaver) sino en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

Bateson y su grupo proponen una serie de axiomas que representan elementos claves de la nueva teoría de la comunicación humana, los cuales también constituyen parte fundamental de las bases de la terapia familiar sistémica. Estos axiomas son:

Primer axioma: *No es posible no comunicarse, ya que toda conducta es comunicación.*

Segundo axioma: *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional de modo que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.*

Tercer axioma: *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de hechos entre los comunicantes.*

Cuarto axioma: *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.*

Quinto axioma: *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia (Watzlawick et al., 1981).*

Además de las tres líneas influyentes en la epistemología de la terapia familiar mencionadas, es importante subrayar las aportaciones del *Constructivismo*, que es una teoría del conocimiento que postula que es imposible para el ser humano conocer la realidad "objetiva", sino que solamente podemos organizar una realidad de acuerdo a nuestras

experiencias, que garantice nuestra adaptación en el universo (Glaserfeld, 1989, 1996). Según este enfoque, el ser humano construye en su mente mapas de la realidad, que después confunde con la realidad en sí misma.

Asimismo, la terapia familiar se nutre del *Construccionismo Social*, que es una postura teórica que propone que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran. A diferencia del constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual, desde el construccionismo social la realidad se construye en la relación social como productora de discursos (Gergen, 1996)

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Gracias a las aportaciones de teorías trascendentes como la Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana, la Terapia Familiar Sistémica cuenta con diferentes supuestos teóricos que forman parte su epistemología y de su vocabulario (Simon, Stierlin y Wynne, 1988). A continuación describiremos brevemente algunos de los conceptos que frecuentemente se utilizan en este enfoque, así como la teoría de la cual proceden:

De la Teoría General de los Sistemas, la Terapia Familiar Sistémica retoma los siguientes conceptos:

Sistema: Se refiere a la composición ordenada de elementos en todo unificado. Un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y se "comporta" de un modo distinto. Existen sistemas abiertos y cerrados. Los primeros permiten el intercambio de información con el exterior, mientras que los segundos no permiten la entrada ni salida de información con el exterior. La familia es definida como un sistema abierto, ya que está integrada por miembros y la unión e interrelación de éstos le da características peculiares, además, se encuentra en constante intercambio de información con el exterior, que es el contexto del que forma parte.

Subsistema: Son grupos derivados del sistema general. El sistema familiar se subdivide en unidades más pequeñas denominadas subsistemas conyugal, filial, parental, etc. cada una de estas unidades están regidas por algunas reglas de interacción, cuentan con cierta jerarquía, límites y funciones determinadas por el sistema

Equifinalidad y equipotencialidad: La equifinalidad se refiere a la capacidad de un sistema de llegar al mismo resultado a pesar de variar el punto de partida. La equipotencialidad significa que pueden obtenerse distintos estados y efectos a partir de un comienzo igual. Esto implica que, cuando se observa un sistema (por ejemplo, un sistema familiar) no es correcto hacer una inferencia determinista respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no necesariamente producen los mismos efectos, ni los resultados iguales necesariamente tuvieron puntos de partida similares.

Retroalimentación: La retroalimentación es un proceso que consiste en controlar un sistema reinsertando en él los resultados de su acción pasada, produciendo sucesivamente un circuito de intercambios de información en el interior del sistema y el exterior. La retroalimentación en los sistemas familiares se hace evidente cuando el terapeuta regresa a la familia la información que ella le ha otorgado, propiciando la reflexión de ésta sobre sus propias pautas de comportamiento.

Entre terapeuta y familia consultante se llevarán a cabo diversos intercambios de información, lo cual afectará las acciones y concepciones de ambas partes.

De la Teoría Cibernética, la Terapia Familiar Sistémica retoma los siguientes conceptos:

Autoorganización: Es la capacidad que tienen los sistemas (en este caso, el sistema familiar) de modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando un nivel más alto de complejidad en ese proceso y potenciando con ello sus probabilidades de supervivencia.

Causalidad circular: A diferencia de la explicación lineal que dan otros enfoques a los fenómenos, en los que existe una relación causa-efecto, la terapia familiar propone que existe una secuencia de sucesos cuyos efectos se remiten unos a otros confirmando y/o modificándose entre sí. Por tanto, cuando en un sistema familiar algún miembro presenta un problema, la terapia familiar entenderá que este fenómeno no depende exclusivamente de factores internos del sujeto, sino de la secuencia de sucesos, o pautas de relación, entre todos los miembros que integran el sistema familiar.

Entropía y negentropía: La entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden en la estructuración de un sistema. La entropía negativa o negentropía, se refiere al grado de orden u organización de un sistema. Los sistemas familiares presentan entropía y negentropía, ambos, el grado de orden y de desorden son necesarios; ya que, para propiciar cambios en un sistema familiar, éste requiere que sus estructuras se desorganicen, sin embargo, un sistema no podría sobrevivir en una situación de desorden prolongado, por lo tanto el orden o equilibrio (homeostasis) también es necesario.

Estructura: El concepto de estructura empleado en el marco de la cibernética describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. Cada sistema, y por tanto, cada familia cuenta con una estructura, en la cual se definen roles, reglas, límites, territorios, etc.

De la Teoría de la Comunicación Humana, la Terapia Familiar Sistémica retoma los siguientes conceptos:

Cambio de primer y de segundo orden: El primero se refiere a la variación continua de los elementos que constituyen un sistema, pero sin alcanzar el cambio en la estructura de dicho sistema. El segundo se refiere al cambio cualitativo y de manera discontinua en el sistema, este cambio se produce en el conjunto de reglas que rigen la estructura u orden interno del sistema.

Comunicación analógica y digital: Los procesos de comunicación humana pueden clasificarse en comunicación analógica y comunicación digital. La comunicación digital es aquella en la que no existe similitud entre el signo expresado y su significado, es decir, entre un objeto y su nombre. Mientras que en la comunicación analógica existe una semejanza fundamental entre lo que se expresa y el modo en que se expresa. Este tipo de comunicación se manifiesta por el comportamiento no verbal, incluidas las variaciones del habla como tono, ritmo, etc.

Doble vínculo: Se refiere a una situación en la que, haga lo que haga una persona, no puede ganar. Para que exista doble vínculo, generalmente se presentan las siguientes características:

- ✓ Una relación significativa entre dos o más personas
- ✓ Una de las personas (cuya jerarquía es superior) da una orden

- ✓ Después esta persona indica de forma verbal o no verbal (en un nivel más abstracto que el primero) una orden que contradice a la anterior
- ✓ La víctima de este mandato no puede escapar ni metacomunicarse.

Redundancia: Se refiere a la reiteración de determinados hechos, fenómenos o conductas. La observación de las redundancias que se manifiestan en la interacción familiar permite reconocer relaciones recíprocas específicas, es decir, las reglas, entre las partes interactuantes.

Reglas del sistema familiar: Las reglas son acuerdos explícitos o implícitamente determinados que prescriben y delimitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de esferas de contenido, organizando su interacción en un sistema estable.

Existen otros conceptos bastante utilizados en la Terapia Familiar Sistémica, los cuales se han derivado de la propia evolución y trabajo práctico de este enfoque:

Genograma: También se le conoce como mapa familiar, es una representación gráfica de una constelación familiar trigeneracional. Es decir, se representan mediante símbolos a los miembros de la familia (abuelos, padres e hijos), identificando sus edades, fechas de matrimonio, divorcio, muerte, enfermedades, sucesos claves, etc. Con el fin de examinar las características de una familia y visualizar de una forma esquemática sus estilos de interacción.

Paciente identificado: Individuo definido o autodefinido como persona desviada o perturbada, es en definitiva quien representa el síntoma dentro del sistema familiar.

Ciclo de vida familiar: Se refiere a la serie de etapas por las que transcurre una familia desde su formación hasta la muerte de sus integrantes. Los terapeutas familiares prestan atención al momento de evolución de la familia para realizar intervenciones benéficas que faciliten la adaptación de la familia a las demandas de la etapa que experimenta y que propicien el crecimiento de sus miembros.

Mitos familiares: Son paradigmas familiares cuya función es mantener el statu quo o el equilibrio de la familia. También pueden definirse como las creencias o formas de percepción y explicación de la realidad que la familia ha adoptado, algunas veces estos mitos son rígidos, por lo que los miembros de la familia actúan en función de preservarlos.

Existen muchos más conceptos que forman parte del bagaje teórico de la Terapia Familiar Sistémica, algunos conceptos son específicos de alguno de los modelos teórico-metodológicos que se insertan en el enfoque sistémico y posmoderno, los cuales serán estudiados en el siguiente apartado.

2.1.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

Existen diferentes escuelas que pretenden entender y llevar a cabo la psicoterapia dentro del paradigma sistémico. Cada uno de estas escuelas o modelos ha contribuido al tratamiento de las familias consultantes brindando estrategias de intervención. Los modelos que se insertan dentro de la Terapia Familiar Sistémica son: la Terapia Estructural, la Terapia Estratégica, la Terapia Breve Orientada a Problemas (Terapia del MRI), la Terapia Breve Orientada a Soluciones y la

Terapia del grupo de Milán.

Cabe mencionar que existe otro grupo de Modelos en Terapia Familiar derivados del Posmodernismo, los cuales se caracterizan por cuestionar el papel jerárquico que tradicionalmente se le ha otorgado al terapeuta y usar la conversación y la narración como principales herramientas. Estos modelos son: la Terapia Narrativa, el Enfoque Colaborativo y el Equipo Reflexivo.

Explicaré brevemente los principios teóricos de cada modelo, así como su aplicación en la práctica terapéutica.

Modelo de Terapia Estructural

Introducción y antecedentes del modelo

La terapia estructural surge desde la base de las ideas formuladas durante las conferencias Macy, las cuales se llevaron a cabo de 1942 a 1953, y la aplicación de la teoría general de los sistemas y la cibernética. Estas teorías dieron origen a nociones como la circularidad, información, retroalimentación, regulación, organización, etc., lo cual hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los fenómenos biológicos y sociales. El abordaje de los problemas desde una perspectiva sistémica dio un giro a su definición y tratamiento, ya que se incluyó al contexto familiar y social en la explicación del síntoma. Desde esta perspectiva, se busca conocer cómo es que todos los miembros del sistema (familiar, institucional, social) participan en el mantenimiento del síntoma y cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de los miembros para mantener la estabilidad familiar (Minuchin, 1974).

El modelo estructural se centra en la estructura de la familia, ya que propone que los procesos del sistema familiar se reflejan, precisamente, en su estructura. La estructura familiar, a su vez, se concibe integrada por diversas variables, entre ellas: los límites, la jerarquía, el territorio, las alianzas, las coaliciones, etc. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concerniente especialmente a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales interacciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

Exponentes principales y sus aportaciones

El principal exponente es Salvador Minuchin, quien es un médico psiquiatra y terapeuta. Minuchin nació en Argentina en 1921. Al inicio de la década de los sesenta emigró a los Estados Unidos. Entre los años 1965 y 1970 fue director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia, lugar en el que desarrollaría este modelo de psicoterapia al trabajar con poblaciones marginadas y con familias cuyos miembros tenían problemas psicósomáticos.

Principios Básicos

Los principios que rigen este modelo se mencionan brevemente:

- La familia es un grupo social natural, que determina en gran manera las respuestas de sus miembros. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los

miembros de la familia, lo cual influye en la concepción que cada uno de ellos tiene acerca de sí mismo y de la realidad.

- La familia es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de la cultura a la que pertenece. La familia experimenta cambios a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital, por lo tanto, en las diferentes etapas deberá ir modificando su estructura, pero a la vez, intentará preservar cierta continuidad, todo esto, para favorecer el crecimiento de sus miembros y la adaptación a una sociedad inmiscuida en un complejo proceso de evolución.
- La familia imprime a sus miembros un sentido de identidad (pertenencia) y un sentido de separación (individuación). El sentido de pertenencia se logra con una acomodación del niño a los grupos familiares y el aprendizaje de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través del tiempo. El sentido de separación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en diferentes contextos familiares y extrafamiliares, en los cuales se promueve la autonomía y se delimitan funciones, roles, territorios, etc.
- La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales (Minuchin, 1974). Las pautas transaccionales son operaciones repetidas en la interacción de los miembros de la familia, las cuales les indican de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y la continuidad de estas pautas mantienen el sistema.
- Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Éstas son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. El segundo nivel de coacción es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra en las negociaciones explícitas e implícitas entre los individuos efectuadas en los acontecimientos cotidianos.
- Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando. Su fortaleza depende de su capacidad para movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exigen una reestructuración. Una familia deberá adaptarse al estrés que los cambios internos (modificaciones en las características y demandas de su etapa del ciclo vital) o externos (cambios sociales, económicos, culturales) le provocan, de tal manera que promueva la continuidad de su existencia al mismo tiempo que permite reestructuraciones.
- La labor del terapeuta, consiste en asociarse a la familia con el objetivo de cambiar su organización, al cambiar la organización de la familia, la experiencia de sus miembros se modificará. La familia, al modificarse, ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas frente a sus circunstancias. La nueva organización permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo que proporciona una validación del nuevo sentido de sí, y del mundo (Minuchin, 1974).
- El primer objetivo de la terapia estructural es la evaluación *de la estructura familiar*, esto implica, el reconocimiento de sus elementos y de las pautas transaccionales preferidas, y, posteriormente, la intervención en dicha estructura, proponiendo modificaciones que permitan una mejor adaptación de la familia. Los elementos de la estructura familiar que generalmente se evalúan de acuerdo al modelo estructural son los siguientes:

1. Subsistemas: Cada miembro de la familia es miembro, a su vez, de subgrupos o subsistemas. Entre los subsistemas que encontramos en una familia se encuentra el subsistema conyugal, el parental, el fraterno, el individual, etc. Cada subsistema tiene

diferentes funciones, en ellos se ejercen diferentes niveles de poder y se aprenden habilidades diversas.

2. Límites. Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan en las decisiones e interacciones y de qué manera. Los límites protegen la diferenciación del sistema o subsistema, ya que favorecen su autonomía interna y el libre desempeño de sus funciones, protegiendo de intromisiones de otros miembros pertenecientes a otros subsistemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros (esto implica que los miembros de la familia tendrán que definirlos con precisión), pero también deben permitir el contacto entre los individuos de diferentes subsistemas.

3. Jerarquías. Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al estatus dentro del sistema. Define la función del ejercicio del poder, y la subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro (Desatnik, 2004). La jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.

4. Alianzas. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema. Se refiere a la unión de dos o más individuos para lograr un objetivo, implica el apoyo mutuo, la colaboración para lograr un fin.

5. Coaliciones. Se habla de coaliciones cuando dos o más miembros de la familia se unen en contra de otro. Generalmente este tipo de interacción es oculta. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas (Desatnik, 2004).

Además, en la evaluación de la estructura familiar, el terapeuta pondrá atención al momento del ciclo vital que está atravesando la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas de esta etapa, evaluará también las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, así como la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Intervenciones y técnicas

Para provocar cambios en la estructura y realidad familiar, el modelo de terapia estructural utiliza una serie de técnicas (Minuchin y Fishman, 1993). Las técnicas son muy útiles para alcanzar el cambio, pero la eficacia de éstas depende de la meta terapéutica. Las técnicas de este modelo se engloban en tres estrategias generales. A continuación las revisaremos brevemente:

1. *Cuestionamiento del síntoma*. También son conocidas como técnicas de reencuadre. El objetivo de estas estrategias es la redefinición del problema que presenta la familia, enfatizando que dicho problema no radica en una sólo persona (el paciente identificado) sino que es propiciado y mantenido por el sistema familiar. Estas estrategias también tienen el propósito de llevar a la familia a formas novedosas de interacción.

Las técnicas que se incluyen en este bloque son: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad. La escenificación es la presentación de las interacciones de la familia frente al terapeuta. La técnica de enfoque consiste en seleccionar un tema que consideremos relevante para el proceso y la meta terapéutica, centrarnos en él, averiguar la información concerniente y

de ser posible, intervenir al respecto. Las técnicas intensidad consisten en intervenciones destinadas a enfatizar un mensaje terapéutico. Muchas veces la familia presenta "sordera selectiva" por lo que tiene la dificultad de registrar el mensaje del terapeuta. El terapeuta, entonces, deberá repetir el mensaje o bien, tendrá que facilitar condiciones que favorezcan que la familia "escuche" y reciba el mensaje.

2. *Cuestionamiento de la estructura familiar.* Su objetivo es hacer modificaciones en los elementos de la estructura familiar, es decir, provocar cambios en el orden jerárquico, establecer nuevos límites, redefinir roles, etc.

Las técnicas que se incluyen en este rubro son: las técnicas de fijación de fronteras, las técnicas de desequilibramiento, y las técnicas de complementariedad. Las técnicas de fijación de fronteras tienen como objetivo modificar la participación de los miembros de la familia en el sistema, consisten en establecer límites y/o distancia psicológica cuando así se requiera, o bien, favorecer la integración de holones significativos. El desequilibramiento es un conjunto de técnicas que sirven para alterar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia, dando poder a aquellos que no lo tienen, o bien, reduciendo el poder a aquellos que lo acaparan. Las técnicas de complementariedad tienen como objetivo devolver a la familia una perspectiva sistémica del problema que presentan, cuestionando la idea lineal de que todo el peso del síntoma radica en una persona.

3. *Cuestionamiento de la realidad familiar.* Las técnicas que se engloban en este bloque son conocidas también como técnicas de consolidación. Mediante estas técnicas el terapeuta evalúa cuál es la visión de la realidad de la familia, la cuestiona y la redefine. El objetivo es suprimir la perspectiva conflictiva y estereotipada por una nueva visión del mundo que permita una interacción más armónica entre los miembros de la familia.

Las técnicas que pueden ayudarnos a cuestionar la realidad de la familia son: los constructos cognitivos, los lados fuertes y las intervenciones paradójicas. Los constructos cognitivos son esquemas explicativos preferenciales que utiliza el terapeuta para modificar la visión de la realidad que presenta la familia. La técnica de *lados fuertes* consiste en modificar la perspectiva pesimista y/o negativa de la familia con respecto a las características de sus miembros y de sus interacciones, destacando aquellos aspectos positivos de la familia. Las intervenciones paradójicas son aquellas que tienen como objetivo enfrentar la resistencia que algunas familias presentan al cambio, a través de mensajes lógicamente estructurados, pero que llevan implícita una contradicción que perturba a los miembros de la familia y los conduce en dirección al cambio.

Consideraciones o reflexiones generales

Minuchin ha tenido un impacto significativo en el desarrollo de la terapia sistémica en México. Durante los primeros años de la década de los ochenta participó en los programas de formación que empezaban a desarrollarse en esa época en la ciudad de México. En un inicio, colaboró en varias ocasiones con el Instituto Latinoamericano de Estudios para la Familia, donde impartió varios seminarios y talleres de entrenamiento en el modelo de terapia estructural que ha sido básico en la formación de terapeutas familiares en los distintos centros educativos del país y de otros países latinoamericanos. A partir de estos intercambios, su trabajo ha sido difundido y aplicado en familias mexicanas, lo cual ha representado una fuente de aprendizaje para muchas generaciones de terapeutas. A lo largo de los años Minuchin ha sido invitado a congresos y

eventos académicos en México, donde en el año 2002 recibió un homenaje por sus cincuenta años de terapeuta (Desatnik, 2004).

Sin lugar a duda, Salvador Minuchin, junto con otros autores representantes del modelo de terapia estructural, nos han aportado mediante esta forma de realizar terapia, una alternativa muy valiosa en el tratamiento sistémico de conflictos en las familias.

Modelo de Terapia Estratégica

Introducción y antecedentes del modelo

La terapia estratégica es definida por Haley (1980) como aquella destinada a identificar problemas, definir metas, diseñar intervenciones para alcanzar dichas metas, analizar el proceso de intervención para verificar si se están obteniendo las repuestas deseables, de no ser así, corregir las intervenciones y evaluar que el resultado sea eficaz.

Este modelo recibió aportaciones importantes de distintos autores, pero podemos resaltar tres elementos fundamentales que le dieron origen: la concepción de comunicación expuesta por Gregory Bateson y John Weakland, especialmente la teoría del doble vínculo y los estudios sobre la paradoja en la comunicación; algunos conceptos y supuestos teóricos de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, especialmente la concepción de la familia como una estructura, en la que existe organización, jerarquías, coaliciones, etc.; y sobre todo, el enfoque y la práctica terapéutica de Milton H. Erickson, con quien Haley tuvo consultas y de quien recibió entrenamiento desde 1952 a 1980.

Exponentes principales y sus aportaciones

Su principal representante es Jay Haley, quien, en compañía de Cloé Madanes, estuvo dirigiendo el Instituto de terapia familiar de Washington.

Según Haley (1980), el síntoma o problema de las personas puede considerarse como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubica, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Además, este autor postula que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema familiar es confuso y que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.

Para Madanes es importante conocer las razones por las que el síntoma es presentado y las razones por las que los integrantes de la familia lo hacen permanecer. Por lo tanto, considera a la terapia estratégica como una terapia de poder, ya que su propósito es cambiar las estructuras de poder existentes en la familia que suelen ser inadecuadas o que transgreden los cánones sociales (Galicia, 2004).

Principios básicos

Los conceptos más importantes de este modelo son los siguientes:

Unidad terapéutica. Según este modelo, en vez de centrarse en un individuo (el paciente identificado), el terapeuta debe centrarse en situaciones sociales. El síntoma o problema es el

resultado de la interrelación entre diversos individuos, dicha interrelación está compuesta por una serie de actos y comportamientos que se encuentran cristalizados o estereotipados, por lo tanto, las personas involucradas (incluyendo al paciente identificado) se han acostumbrado a esta forma de relacionarse.

La organización y la jerarquía. La familia es una organización en la que se establecen jerarquías, que definen quienes tienen mayor poder y quienes se encuentran en niveles secundarios. Al establecerse coaliciones rígidas entre individuos pertenecientes a distintos niveles jerárquicos (por ejemplo, la coalición de una madre con su hijo contra el padre) dan como resultado que los individuos implicados mantengan una jerarquía incongruente con sus conductas, las cuales se integran en una secuencia sintomática. Una de las tareas del terapeuta sería identificar dichas coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, para después, promover una jerarquía congruente.

Para lograr resolver estas incongruencias jerárquicas, se deben identificar las pautas o secuencias de comportamiento reiterativas en las que se manifiesta una jerarquía con un funcionamiento defectuoso, y se incide en ellas interviniendo para que sea imposible su continuación, poniendo atención, igualmente, en impedir que se formen coaliciones rígidas a través de los límites generacionales (Galicia, 2004).

Evaluación y técnicas de intervención

La primera entrevista según Haley, tiene una función muy importante, ya que de ella dependerá la evaluación del problema y su posterior solución. Comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción, y el establecimiento de metas (Haley, 1980).

Etapas Social. Se refiere al primer encuentro entre el terapeuta y la familia. En esta etapa el terapeuta comienza presentándose y saludando a los miembros de la familia, pregunta sus nombres, y procura hacerlos sentir cómodos. La intención de esta primera etapa es tranquilizar a la familia y reducir los niveles de estrés.

Etapas del planteamiento del problema. En esta etapa el terapeuta pregunta cuál es el sentir de cada uno de los integrantes de la familia respecto del problema. Interesa conocer qué piensa sobre el problema cada miembro de la familia. Se puede empezar a preguntar de diferentes maneras, por ejemplo: ¿cuál es el problema? (propicia que la persona más versada acerca del problema realice de este una descripción detallada), ¿qué cambios desean lograr? (el propósito es que cambie el foco de atención del problema a los cambios con lo que podrían definirse las metas de la terapia), ¿por qué motivo han venido a verme? (esta pregunta puede ser más ambigua pero propicia que los individuos expresen libremente sus opiniones acerca del problema o bien de los cambios que quieren lograr), Otra propuesta es lanzar la pregunta "*¿alguien puede decirme cuál es el problema?*" sin dirigirse a alguien (por ejemplo, mirando hacia el suelo), para descubrir quién es el vocero de la familia.

Etapas de interacción. En esta fase el terapeuta se sitúa en un plano secundario, y estimula a los miembros de la familia para que dialoguen entre sí sobre las discrepancias surgidas de las distintas opiniones sobre lo que conciben es el problema. Mientras conversan observará la interacción entre ellos, este diálogo servirá para que el terapeuta conozca las pautas de relación (secuencia cristalizada), las alianzas, las posiciones de jerarquía y poder, etc. Si es preciso, en

esta etapa los miembros de la familia pueden escenificar el problema para ver cómo reaccionan y descubrir cuál es la estructura particular de la familia.

Etapa de fijación de metas. Una vez que los integrantes de la familia han dialogado, se requiere que la familia formule claramente los cambios que desea lograr con la terapia. Dichos cambios deben quedar establecidos de forma concreta, de manera que puedan ser observables, medibles o bien que hagan referencia a acciones específicas, porque en base a la definición de estos, podrán definirse metas claras y precisas.

Técnicas de Intervención.

Las técnicas de la terapia estratégica comprenden: Directivas (tareas) directas, directivas metafóricas, directivas paradójicas, tareas basadas en simulación, uso de metáforas y ordalías.

Directivas directas. Pueden darse de dos formas: pidiendo que se deje de hacer lo que se había estado haciendo, o pedir que se haga algo diferente. El terapeuta puede mediante estas directivas involucrar (aliar) a miembros de la familia que permanecen desligados, promover el acuerdo mutuo, aumentar los intercambios positivos entre los individuos y organizarlos de forma más funcional fijando reglas y definiendo límites intergeneracionales para que las jerarquías de poder sean congruentes. Es necesario que la directiva vaya acompañada de otros mensajes que persuadan al cliente para estimularlo a que realice la tarea, también es importante repetir la indicación varias veces para que no haya dudas sobre lo que se está pidiendo y pedir ayuda a los involucrados para que la directiva se lleve a cabo (Haley, 1980).

Directivas metafóricas. Consisten en hacer analogías. Cuando al paciente no le resulta fácil encarar el problema de manera directa, entonces se le presenta otra situación cuyos procesos sean análogos o parecidos a los de la situación problema, de tal forma que al intervenir en dicha situación análoga, pueda trasladar su aprendizaje a la situación problema (Haley, 1980).

Directivas indirectas o paradójicas. Algunas familias, aunque parecen preocupadas por una situación problemática, rechazan todo intento de cambio en sus interrelaciones y por consecuencia, bloquean todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen. Por lo tanto la opción es usar la resistencia para el cambio. Cuando se propone una directiva paradójica, el terapeuta solicita a la familia o a una parte de ella que permanezcan sin cambiar, dirá que esto es parte de la estrategia de solución de su problema. El éxito de la directiva paradójica depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a seguirlas cumpliendo, y por lo tanto, empezar a cambiar (Haley, 1980).

Tareas basadas en la simulación. Madanes emplea las técnicas de "imaginación" o "simulación", estas técnicas aportan un nuevo uso de la paradoja que no radica en el desafío ni pretende la rebelión de los clientes. Consiste en solicitar a un individuo o a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática. Esto con el fin de que la familia al colaborar con el terapeuta realizando lo que se les pide, experimenten nuevos ordenamientos de poder diferentes y para que adquiera control sobre una situación que antes era impredecible (Madhanes, 1984).

La técnica de ordalía. Esta técnica consiste en imponer al paciente una tarea más severa que el problema por el que acuden a terapia. Esta tarea debe ser adecuada a las características del

cliente. El requisito principal de una ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si al llevarla a cabo no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se le puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. De tal forma que, con el fin de evitar esta incómoda tarea, el paciente deje de presentar el síntoma (Haley, 1984).

Consideraciones o reflexiones generales

La terapia estratégica nos muestra una visión muy peculiar de los síntomas, considerándolos como adaptativos dentro de estructuras sociales disfuncionales. La influencia de Haley en práctica psicoterapéutica es significativa, ya que sus técnicas son prácticas, creativas y flexibles (Haley, 1989).

Junto con Madanes, Haley logró conjuntar aspectos importantes de otros modelos en Psicoterapia y agregar su particular perspectiva sobre el por qué surgen los síntomas: como una forma de adaptarse y mantener jerarquías incongruentes en los sistemas, y propuso estrategias para organizar los sistemas interpersonales de modo tal que el poder y la debilidad no giren en torno al síntoma.

El cambio se basa en un procedimiento general que pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo este proceso, el papel del terapeuta es fundamental, ya que forma parte del entramado social en el que se encuentra inmersa la familia y sus intervenciones y comentarios definirán en gran medida el resultado de la terapia, por lo que es necesario que asuma la responsabilidad de la directividad, que de todas formas, según este enfoque, es inevitable.

Modelo de Terapia Breve del MRI

Introducción y antecedentes del modelo

Este modelo es identificado también como Terapia Breve Centrada en Problemas y fue creado alrededor de los años 60's. Tiene sus antecedentes en los estudios de Bateson respecto a la comunicación humana en el campo de la psicología clínica y la psiquiatría alrededor de los años 50's. Otra fuente de particular influencia en este enfoque, la constituye el trabajo de Milton H. Erickson, a quien se le considera como pionero de las terapias breves y estratégicas, ya que sus propuestas de intervención se caracterizaron por ser creativas, utilizadoras de todos los recursos del cliente (el lenguaje, la ideología e incluso la llamada "resistencia al cambio"), y por ser intervenciones que, generalmente, daban resultados inmediatos (Espinosa, 2004).

Cabe resaltar que el modelo de terapia breve centrado en problemas también recibió influencia del pensamiento constructivista. La epistemología constructivista (Glaserfeld, 1996) establece que las personas están en un proceso constante de construcción de su propia realidad con el fin de comprenderse a si mismo y a su experiencia. Es decir, no existe una realidad única percibida por todos los seres humanos, sino que cada persona, de acuerdo a sus características personales interpreta los sucesos que le ocurren. De ahí que, este modelo se ocupa por intervenir en la interpretación de la realidad de cada paciente, es decir en su experiencia y en las percepciones de dicha experiencia.

Exponentes principales y sus aportaciones

Este modelo de terapia fue creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, en 1959. En este instituto se reunieron grandes terapeutas, entre ellos, se subraya a John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch, quienes sentaron las bases teóricas y metodológicas del enfoque de terapia breve centrado en problemas.

Alrededor de los años 50's, Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor del grupo de terapeutas que después integrarían el MRI. Los intereses del grupo en ese tiempo se relacionaban con la comunicación, especialmente en familias que incluían a un miembro esquizofrénico, dando como resultado una serie de axiomas de la comunicación. Estos axiomas, subrayan, por ejemplo, la imposibilidad del ser humano respecto a la no comunicación, ya que cada conducta es en sí misma un mensaje que se emite e interpreta; de igual forma, se distinguen los niveles de contenido y de relación entre los comunicantes, así como la comunicación paradójica (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

En cuanto al estudio de la esquizofrenia, el grupo de investigadores propone una teoría denominada del *doble vínculo*, en la cual se expresa que los pacientes esquizofrénicos se encuentran atrapados en una dinámica que produce contradicciones en la comunicación, lo cual provoca confusión y una consiguiente angustia subjetiva.

Como se mencionó, alrededor de 1968, se constituye el proyecto de terapias breves, bajo la dirección de Richard Fisch. En ese momento sus asociados fundadores fueron Arthur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland. El proyecto se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentaran las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros; y estudiar los procesos de cambio en los sistemas familiares (Espinosa, 2004).

Principios básicos

Este modelo es llamado *Terapia Breve*, no sólo porque propone un tratamiento relativamente corto en su duración (ya que el número de sesiones oscila entre 8 y 12), sino porque es *eficaz*. Lo cual se logra partiendo de definiciones precisas acerca de problemas solubles, así como de la formulación de objetivos terapéuticos alcanzables (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976).

Postula que los problemas aparecen por un mal manejo de las dificultades de la vida diaria. Una dificultad se convierte en un problema cuando se le hace frente de una manera inadecuada y esta forma inadecuada de intentar resolverla se mantiene (más de lo mismo) durante algún tiempo. Las condiciones para que una dificultad se convierta en un problema son las siguientes:

- Negar que existe una dificultad cuando en verdad existe (es necesario hacer algo pero no se hace).
- Se intenta modificar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable (se emprende una acción cuando no se debería hacer algo).
- Se comete un error de tipificación lógica, es decir, se intenta un cambio de tipo 1 (que constituye una variación dentro de lo que se ha estado intentando hacer), cuando se requiere un cambio de tipo 2 (que implica un cambio radical de estrategia).

Según este enfoque el trabajo psicoterapéutico consiste, esencialmente, en intervenir interrumpiendo aquellas acciones que los pacientes y sus familias han estado realizando y que no les han funcionado, para después proponer un cambio radical (cambio de 180°).

También es importante mencionar que el enfoque de terapia del MRI afirma que es importante para el éxito del proceso terapéutico, partir de una definición clara del problema y del planteamiento de objetivos concretos y alcanzables. En la terapia no se establecen estándares de funcionalidad, *la meta es lograr el objetivo del cliente*.

La terapia del MRI se orienta por alcanzar pequeños cambios que produzcan el efecto de bola de nieve. Generalmente, se evita la confrontación directa con el paciente. La posición *por debajo* ("el cliente siempre tiene la razón") favorece la maniobrabilidad del terapeuta y la posibilidad de atribuir fácilmente los méritos del éxito al cliente. Además, es importante mencionar que es necesario que el terapeuta sepa *vender* la idea que justifique las acciones que requiere que realice el cliente. Para esto es necesario conocer la postura, valores y lenguaje del cliente, además de la utilización, por parte del terapeuta, del lenguaje condicional (empleo de palabras "quizás", "probablemente", etc.)

La terminación del tratamiento puede efectuarse cuando se ha alcanzado el objetivo planteado por el cliente (Nardone y Watzlawick, 1995). En caso de que éste, pese a haber alcanzado su objetivo quiera trabajar otro problema, se procederá a plantear un nuevo contrato terapéutico.

Intervenciones y técnicas

El enfoque de terapia del MRI propone, de inicio, un modelo de lo que sería la entrevista inicial (Nardone y Watzlawick, 1995), cuyos aspectos a evaluar serían:

- 1) Definición clara del problema.
- 2) Intentos de solución
- 3) Cambio mínimo hacia la meta
- 4) Expectativas hacia la terapia y hacia el terapeuta
- 5) Detectar cliente y postura.

El objetivo más importante de la primera entrevista según este enfoque es crear una relación personal: establecer contacto e infundir confianza. Para lo cual es indispensable identificar, aprender y hablar el lenguaje del cliente. Además de conocer cuál es postura que el cliente muestra respecto a sí mismo, a su problema y a la terapia. Aunado al establecimiento del contacto, puede empezarse a intervenir desde la primera entrevista normalizando el síntoma, validando los sentimientos del cliente y redefiniendo el problema.

En este modelo la intervención terapéutica se divide en dos grandes grupos (Fisch, Weakland y Segal, 1984):

Intervenciones principales. Estas se utilizan después de haber recogido los datos suficientes del problema que presenta el cliente y de haberlos integrado en un plan del caso acorde a las necesidades específicas del cliente. Se refieren a cada uno de los 5 intentos inadecuados de solución que propone este modelo, para los cuales también ha diseñado intervenciones:

1. *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Para este intento, el modelo propone enseñar a la persona a que lleve a cabo otra conducta que implícitamente excluya su estereotipado intento de solución o bien, pedirle al cliente que, en vez de seguir intentando evitar su síntoma, haga todo lo posible por presentarlo. Se le comenta que es necesario que intencionalmente presente su síntoma, ya sea por fines de diagnóstico, o como un paso inicial para su control, o porque dicho síntoma ha sido redefinido como algo beneficioso para él.
2. *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Para resolver esta circunstancia, se requiere provocar que el paciente se exponga a la situación temida, al mismo tiempo que se le pide una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de dicha situación.
3. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Para resolver esta situación es necesario que el solicitante deje de colocarse en una posición impositiva, y tome una actitud de aparente debilidad, la cual le dará estratégicamente, mayor fuerza. Esto difícilmente ocurrirá si no se le vende adecuadamente la idea de que lo primero que necesita para ser obedecido es llamar la atención de la otra persona, mostrando una actitud completamente diferente: volviéndose imprevisible. Puede utilizarse para este fin, la técnica de *sabotaje benévolo*, la cual consiste en causar una molestia a la persona cuyo comportamiento quiere afectarse, aparentemente accidental, pero con la intención de propiciar el cambio.
4. *El intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.* La estrategia global consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente. El terapeuta puede redefinir la postura de pedir indirectamente las cosas como algo inconscientemente destructivo. Por el contrario, redefine como algo beneficiosas las solicitudes directas.
5. *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* Este problema se acabaría si una de las partes abandona su papel repetitivo. Podríamos entrevistar a solas al defensor y pedirle que en vez de defenderse acepte las acusaciones llevándolas a un grado absurdo. También puede romperse el círculo utilizando la interferencia, que es una intervención que reduce la importancia de la validez de la información (es decir, deja de lado si la acusación es cierta o no), provocando que los implicados jueguen roles diferentes y/o hagan cosas distintas, por ejemplo, desviando su atención al conocimiento mutuo.

Intervenciones generales. Son las intervenciones que podemos utilizar a lo largo del proceso terapéutico. Son llamadas generales, porque se pueden emplear en distintos tipos de problemas, por sí mismas pueden traer cambios y lograr la solución del problema, o bien, pueden preparar el terreno para una intervención posterior más específica. Estas intervenciones se mencionan a continuación:

1. *No apresurarse.* Es indicarle al cliente que, dado que su problema es algo complejo, o bien, es algo con lo que ha lidiado durante mucho tiempo, seguramente requerirá también, tiempo para solucionarse. Lo importante no es que los cambios surjan repentinamente, sino que sean firmes y duraderos, para ello necesitamos ir avanzando poco a poco. Por lo tanto se le recomienda

dejar de hacer cosas (lo que ha venido haciendo), y tomarse tiempo para fortalecerse e ir dando pasos pequeños, pero firmes.

2. Los peligros de una mejoría. Esta intervención se usa, generalmente, cuando el paciente no ha cumplido alguna tarea encargada por el terapeuta. Uno de los objetivos de esta técnica es trabajar con su resistencia. Consiste en decirle al paciente que piense en algunas inconveniencias que podría traer la solución de su problema. El objetivo encubierto es retar a la persona para que realice los nuevos encargos destinados al cambio, o bien, que acepte que no cambiará puesto que tendría mucho que perder.

3. Un cambio de dirección. Cambiar de dirección implica que el terapeuta varía de postura, o de estrategia al darse cuenta de que va en una dirección equivocada, o bien, al darse cuenta de que el cliente insiste en subestimar o rechazar sus sugerencias. Al cambiar de dirección, se explica al cliente el porqué de esta variación.

4. Cómo empeorar un problema. Cuando un cliente se ha resistido a realizar las sugerencias del terapeuta respecto a hacer algo nuevo, se le preguntan o se le mencionan alternativas para empeorar su problema, las cuales consisten en agudizar los intentos de solución inadecuados que ha venido implementando.

5. Ilusión de alternativas. Consiste en dar a elegir al paciente entre opciones enmarcadas dentro del mismo rubro. Es decir, aparentemente se está dando libertad de decisión pero realmente se está obligando a la persona a hacer algo determinado y sólo tiene la opción de elegir en qué momento o de qué forma hará eso que ya está determinado.

6. Redefinición del problema. Consiste en dar un nuevo nombre al problema o situación que el cliente presenta, de tal forma que resulte más fácil solucionarlo

Consideraciones o reflexiones generales

El MRI actualmente sigue trabajando la forma ortodoxa del modelo: definición del problema, establecimiento de la meta mínima e intervenciones principales y generales. Aunque algunos de sus fundadores iniciales ya han muerto, sus seguidores, han perpetuado sus propuestas teóricas y metodológicas. Participan junto con los fundadores que aún viven: Bárbara Anger-Díaz y Karen Schlinger. No obstante, cabe mencionar que ha habido intentos de complementar los supuestos y procedimientos iniciales del MRI, por ejemplo en el 2001, Jesús Tovar realiza un proyecto denominado el Ollin-qui Center. Este autor propone un enfoque de integración de modelos, incluido el del MRI, e incorpora a su trabajo clínico las ideas de distintos modelos que podría enriquecer y este modelo de terapia breve centrado en problemas. Jesús Trovar sigue adelante con su proyecto, de manera independiente, en San Francisco, Cal. (Espinosa, 2004).

Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones

Introducción y antecedentes del modelo

La Terapia Breve Orientada a Soluciones es reconocida actualmente como un modelo de Terapia Breve fundamentado sólidamente, cuya eficacia es inminente. Este modelo se basa en la obra de autores cuyas aportaciones fueron sumamente trascendentes en la historia de la

psicoterapia, tales son: Gregory Bateson, Milton Erickson, Don Jackson, John Weakland, Jay Haley, Paul Watzlawick y otros, a quienes se atribuye la creación del enfoque sistémico.

Este enfoque surge a partir del pensamiento y la práctica de la Terapia breve del MRI. Pero, mientras las intervenciones del Mental Research Institute tenían como propósito interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos fallidos del cliente para solucionar su problema, un grupo de personas que integraban el Brief Family Therapy Center hace más de 25 años, intercambiaban nuevas ideas acerca de cómo los individuos logran cambios en sus vidas, basados en el supuesto de que el *cliente tiene la solución*.

Exponentes principales y sus aportaciones

El modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones tiene como principales representantes a Steve de Shazer y William O' Hanlon, también se nombran como colaboradores a Insoo Berg, Jim Derks, Michelle Weiner-Davis, Elam Nunnally, Eve Lipchik, entre otros. Surge en la década de los 80 en el ya mencionado Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, EUA. Dichas personalidades comenzaron trabajando con un modelo llamado terapia familiar breve, pero evolucionaron sus procedimientos hasta convertirse en autores de la Terapia Breve Orientada a Soluciones. Consideraban que los terapeutas y los clientes constituían en conjunto un suprasistema terapéutico que generaba nuevas pautas interaccionales no problemáticas para el sistema familiar (Lipchik, 2004)

Este modelo se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o problemas, por lo que representa un enfoque innovador respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Los autores de este enfoque contribuyen a la terapia breve proponiendo la co-creación entre terapeuta y cliente de problemas solubles, y sobre todo de recursos y/o lados fuertes. Para lo cual se utilizan preguntas que generen información acerca de los momentos en la vida del cliente en los que se hizo evidente su capacidad para enfrentar diversas dificultades.

Se resalta el lenguaje como un instrumento básico para lograr el cambio, ya que, a través de la conversación, se abre la posibilidad de redefinir y/o afianzar ciertas concepciones de la realidad, también se podrá cuestionar formas de puntuar los hechos, y sobre todo, se siembran ideas que proporcionen al cliente la certeza de que el cambio es inminente.

Siguiendo a Erickson, se propone usar el lenguaje del cliente, para que éste pueda sentirse comprendido; también se utilizan preguntas orientadas al futuro, cuyo propósito es que el cliente se visualice a sí mismo en un futuro cercano sin su queja. Cabe resaltar que cuando se inicia la terapia, se definen objetivos alcanzables, y lo suficientemente concretos para que cuando se hayan logrado, cliente y terapeuta puedan darse cuenta. En este modelo, el paciente es quien determina cuáles serán sus objetivos en terapia, el terapeuta sólo colabora con el paciente en el logro de dichos objetivos.

Actualmente, este modelo tiene fama mundial. La abundante bibliografía que hoy existe acerca de este modelo refleja la riqueza y experiencia de los autores fundadores de esta forma de hacer psicoterapia.

Principios básicos

Los presupuestos principales de la Terapia Breve Orientada a Soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990) son:

- En terapia, la realidad no se descubre, sino que se crea a partir de nuestros presupuestos teóricos y en la interacción con las aportaciones de los clientes.
- El terapeuta no asume la posición de experto, evita tratar de educar a la familia o a la persona, de igual forma, evita proponer normas de comportamiento.
- Los clientes tienen los recursos necesarios para lograr sus objetivos, la tarea del terapeuta es movilizar estos recursos y hacerlo en el menor tiempo posible, lo cual se realiza a través de la conversación.
- No hace falta conocer el problema para solucionarlo
- En terapia es suficiente con introducir un pequeño cambio en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, ya que entonces se ampliará.
- El tratamiento debe estar enfocado especialmente en el presente y en un futuro sin problemas.
- En este modelo, se piensa que los cambios en la vida de las personas pueden iniciarse desde la experiencia, pero también desde los pensamientos o fantasías, las intuiciones e imaginaciones.
- Este modelo intenta aumentar las áreas recursos, reduciendo así el tamaño de las áreas problema, *por lo que la terapia se convierte en un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que esta yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar.*
- Se centra especialmente en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (*excepciones*) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema.

Intervenciones y técnicas

La Terapia Breve Orientada a Soluciones busca centrarse en aquella parte de la vida de la personas que funciona satisfactoriamente, en las soluciones y aspectos positivos, por lo que, de inicio, las técnicas que se utilizan no pretenden abordar minuciosamente el problema, sino subrayar las excepciones del problema y los recursos que han sido aplicados en algún momento para volver a hacer mano de ellos, de no haber antecedente de esto, se provoca que los clientes piensen en alternativas de solución y en cómo llegar a ellas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Las técnicas más utilizadas en este enfoque son:

Preguntas presuposicionales: Son aquellas que presumen que ya hubo cambios o que están habiendo cambios en la vida de la persona. Dan por hecho que hay momentos en los que el problema no ocurre. Por ejemplo: "*¿qué es diferente en la relación cuando su esposo y usted no pelean?*"

Preguntas sobre excepciones: Las excepciones son aquellos momentos en los que no ocurre el problema del cliente. Existen cinco pasos básicos en el trabajo con excepciones:

- 1.- Elicitar: Mencionar el tema de excepciones.
- 2.- Marcar: Que la excepción no pase inadvertida en los ojos del cliente sino que se de cuenta de este suceso y de lo que fue diferente.

- 3.- Ampliar: Preguntar respecto de la excepción: *“¿Quién mas se dio cuenta cuando tu hiciste algo diferente, qué dijo, cómo reacciono?”*
- 4.- Atribuir control: Construir la excepción como algo deliberado.
- 5.- Seguir con más excepciones: Preguntar qué más excepciones se han presentado, volviendo a marcar, ampliar, etc.

Pregunta del milagro: Consiste en realizar una secuencia de preguntas para ayudar a los clientes a visualizarse en un futuro sin el problema. Esta técnica nos sirve, además, para definir objetivos y para poder continuar trabajando con excepciones. La introducción a la pregunta del milagro es la siguiente:

“Permítame que le haga una pregunta un tanto extraña pero muy importante. Suponga que esta noche, mientras esta durmiendo sucede una especie de milagro y los problemas que le han traído aquí se resuelven, como esta durmiendo no se da cuenta de que este milagro se produjo, a la mañana siguiente ¿que cosas va a notar diferente que le hará darse cuenta de que este milagro ha sucedido?”

Preguntas de escala: Las escalas de avance permiten tener una idea clara de si el tratamiento está o no avanzando en la dirección correcta. En este sentido, están destinadas a facilitar el tratamiento, ya que miden la propia percepción del cliente de sus cambios y metas. Ejemplo del planteamiento de este tipo de preguntas es el siguiente: *“Vamos a suponer que tenemos una escala del 1 al 10, en la que uno significa estar sumamente triste y 10 estar muy bien, muy contento y feliz. Cuando llegaste a la primera sesión ¿en qué número estabas?, ¿ahora en cuál estas?, ¿cómo le hiciste para avanzar esos puntos?, ¿a qué número quieres llegar?, ¿cómo lo lograrás?”*

Preguntas orientadas al futuro: Estas preguntas permiten que los clientes, no sólo se imaginen un futuro sin el problema, sino que además completen con todo tipo de detalles las escenas futuras en las que serán los principales protagonistas. Por ejemplo: *¿en qué será diferente tu vida cuando ya no tengas esa ansiedad?, ¿Quiénes serán los primeros en darse cuenta?, ¿qué te dirán?*

La normalización: Consiste en despatologizar un asunto, reencuadrándolo como algo que es comprensible y común.

La validación: Consiste en admitir los sentimientos de los clientes, y mostrarse empático con ellos.

Las reetiquetaciones positivas: Consisten en alterar los puntos de vista de los clientes sobre la situación dando un nuevo significado a la descripción del problema.

Los elogios: Consisten en felicitar al cliente respecto a sus cualidades, y logros.

Intervenciones sobre patrones: Consisten en alterar el propio patrón de la queja del cliente mediante una modificación pequeña o insignificante, pero que logra romper con el ciclo disfuncional, propiciando nuevas experiencias. Existen distintas formas de intervenir sobre el patrón queja, entre ellas: cambiar la frecuencia de la queja, cambiar el tiempo de ejecución de la queja, cambiar la duración de la queja, cambiar el lugar en el que se produce la queja, añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia de eventos o elementos en el patrón queja.

Consideraciones o reflexiones generales

La Terapia Breve Orientada a Soluciones es más que las técnicas características por las que se conoce (Lipchik, 2004). Es un complejo modelo terapéutico que ha sido aplicado a situaciones diversas: la adopción (Shaffer y Lindstrom, 1989), el envejecimiento (Bonjean, 1989), el alcoholismo (Berg y Miller, 1992), los servicios de protección a la infancia (Berg y Nelly, 2000; Turnell y Edwards, 1999), la violencia doméstica (Lipchik y Kubicki, 1996), los servicios basados en la familia (Berg, 1994), el trastorno de personalidad múltiple (Barker y Herlache, 1997), el abuso sexual (Dolan, 1991), los problemas escolares (Durrant, 1995), etc.

Tal como otros modelos terapéuticos, este enfoque requiere tiempo para aprenderse y experiencia para aplicarse correctamente. Desafortunadamente, la Terapia Breve Orientada a Soluciones ha sido frecuentemente mal interpretada por quienes conocen muy superficialmente sobre ella. Se le ha imaginado como un medio pragmático de resolver livianamente los problemas imponiendo al cliente, ingenuamente, a vivir en un mundo color rosa. Sin embargo, nunca fue esa la intención del Brief Family Therapy Center, más bien, en este centro se buscó capacitar a los terapeutas con bases teóricas para establecer y mantener una alianza terapéutica en pro de alcanzar los objetivos del cliente, y con ellos, el cambio deseado (Lipchik, 2004).

Como se mencionó anteriormente, la Terapia Orientada a la Solución es una alternativa muy eficaz en el manejo de distintas problemáticas, cuenta con buen soporte teórico y metodológico, lo cual se refleja en su uso actual.

Modelo del grupo de Milán

Introducción y antecedentes del modelo

La escuela de Milán es la forma de denominar al grupo de expertos psicoterapeutas que, alrededor de los años 70 integraron el *Centro de Estudios de la Familia* en Milán, Italia. Este enfoque terapéutico dedicó su atención preferentemente a la investigación e intervención en familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas o trastornos mentales graves, incluyendo también síndromes anoréxicos y bulímicos.

Cabe mencionar que esta escuela estuvo influenciada en sus inicios por los integrantes del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California: Jackson, Haley, y Watzlawick, entre otros. En 1971 el grupo de Milán adopta el enfoque del MRI, especialmente lo concerniente a la paradoja terapéutica, desarrollando además, la intervención contraparádójica. La influencia de Gregory Bateson también es sobresaliente, ya que, gracias a ésta, en 1975, el grupo de Milán enuncia que los sistemas familiares tienden, más que a la homeostasis, al cambio constante; de igual forma afirman, subrayan y diferencian dos dimensiones importantes presentes en las familias: el nivel de significado, mostrado a través de las *creencias* y el nivel de acción, mejor entendido como *patrones conductuales* (Rodríguez, 2004).

Exponentes principales y sus aportaciones

Inicialmente el grupo estuvo integrado por cuatro personas clave: Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. En 1967, Selvini funda el Centro para el estudio de la Familia en Milán e invita a los demás miembros del grupo a colaborar en conjunto. En 1972 el grupo inicia sus investigaciones con familias de miembros psicóticos. En su libro *Paradoja y Contrapádoja*

(1988) expresaron sus hipótesis, métodos y hallazgos que en aquel tiempo aseveraban respecto a los sistemas familiares:

"La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores...experimentando sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares" (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1988).

Siguiendo esta línea, afirmaban que la familia con algún tipo de patología, constituía un sistema regido por una forma peculiar de relacionarse, que a su vez, se caracterizaba por asumir y mantener un tipo de reglas, por lo tanto, las conductas-comunicación como las conductas-respuesta poseían características tales que permiten mantener las reglas, y por lo tanto, las relaciones patológicas (Selvini et al., 1988). La labor del terapeuta, entonces, consistiría en intentar descubrir y cambiar las reglas, lo que permitiría observar la desaparición del comportamiento patológico.

Con el paso del tiempo, el grupo de Milán fue realizando algunas modificaciones en cuanto a la frecuencia de las sesiones, a la forma de trabajo y finalmente, en 1982 el grupo se divide en dos, las mujeres se centran en la hipótesis de que existe una forma de intervención básica aplicable a todas las familias de esquizofrénicos, llamada Prescripción Invariable. Mientras que los hombres continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis para cada familia, las cuales sólo son una guía para la acción, que a su vez se alimenta de nociones como lo son la circularidad y la neutralidad.

Palazzoli en colaboración con un nuevo equipo (Steffano Cirillo, Ana María Sorretino y Mateo Selvini) se planteó desarrollar un estudio sobre los juegos psicóticos y desarrollar propuestas para abordarlos. Mara Selvini Palazzoli murió hace más de 10 años, quien continúa con su escuela es Mateo, su hijo.

Principios básicos

Hablar de los conceptos básicos del grupo de Milán no es simple, ya que esta escuela fue evolucionado de tal modo su forma de conceptualizar la patología y sus procedimientos para hacer terapia que es frecuente, al referirse a este enfoque, denominar "antiguo grupo de Milán" diferenciando así lo que en los años 70 y 80 consideraban los terapeutas de Milán de lo que actualmente reflexionan y realizan, quienes, como lo mencionamos, están hoy en día separados.

Sin embargo, hay un concepto básico, que ha supuesto el grupo de Milán a lo largo de su historia, y es el de *Juego familiar*, el cual incluye: el mapa de relaciones familiares (alianzas y exclusiones), las reglas que parecen presidir esas relaciones (qué está y que no está permitido) y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familia (Ochoa de Alda, 1995).

El juego familiar está siendo influido (e influye a su vez) por una serie de creencias: acerca de unos miembros respecto a otros; creencias de cada quien sobre sí mismo; y de la familia en conjunto. El juego familiar es también connotado como un patrón recursivo de interacción que sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar, es decir, mediante el juego se establecen y desempeñan las conductas esperadas de los miembros de la familia: sus roles, valores y rutinas; lo que, al ejecutarse, hace que el juego se reafirme. Muchas veces este

juego tiene antecedentes familiares prolongados, es decir, se ha heredado a las generaciones a través de los años. El juego deja de ser saludable cuando impone a los miembros de la familia roles que ya no corresponden al momento actual del ciclo vital y del contexto en general.

Otros conceptos sobresalientes que surgen del grupo de Milán, que se volvieron elementos sustanciales en su proceso de entrevista terapéutica fueron los concernientes a: hipotetizar-circularidad-neutralidad (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980). El primer concepto se refiere a la generación de hipótesis, entendiendo a estas como una especulación de lo que podría estar ocurriendo en la familia en base a información preliminar. Las hipótesis son guías para formular preguntas e intervenciones, a fin de afianzar o refutar dicha hipótesis. Las hipótesis confirmadas no deben confundirse con la realidad, sino como una formulación teórica útil para definir como se producen algunas cosas dentro del sistema familiar, a fin de proponer intervenciones convenientes para romper las reglas del juego familiar patológico.

La circularidad es definida como la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base a la retroalimentación que la familia le da, en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, acerca de las diferencias y acerca del cambio (Selvini, et al., 1980). El interrogatorio circular consiste en invitar a la familia a metacomunicar lo que está ocurriendo en sus relaciones, comúnmente se realiza preguntando a un miembro lo que está ocurriendo entre otros dos. Existen distintos tipos de preguntas incluidas en este tipo de interrogatorio, en las que ahondaremos más adelante.

La neutralidad fue definida en un principio por el grupo de Milán como la actitud y el comportamiento expectante e imparcial del terapeuta, quien, con una visión sistémica está interesado en provocar retroalimentación y recolectar información útil para descubrir el juego familiar y poder abordarlo, omitiendo realizar juicios morales de cualquier tipo (Selvini, et al. 1980).

Según Cecchin (1989) la neutralidad es redefinida como la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta. Dicha curiosidad mueve al terapeuta a la exploración de puntos de vista de los miembros de la familia, y a la invención de nuevas pautas de comportamiento y sus posibles consecuencias. Según el mismo autor, estos tres conceptos: hipotetizar, circularidad y neutralidad se encuentran entrelazados, tal es el caso, que la neutralidad propicia y nutre la elaboración de hipótesis, las cuales llevan el ingrediente sistémico-circular, y se refutan o corroboran mediante el interrogatorio circular.

Selvini Palazzoli propuso recientemente nuevos conceptos y procedimientos. Los conceptos básicos son los tipos de Juegos psicóticos y una forma universal de intervención (Selvini, 1990). En cuanto a los tipos de juegos psicóticos, Selvini resalta dos: el embrollo y la instigación. El primero se refiere al juego encubierto en el que, aparentemente uno de los cónyuges se encuentra íntimamente ligado a un hijo, a quien le demuestra un gran amor y consideración, incluso por encima del otro cónyuge, sin embargo, esto sólo es aparente, puesto que esta relación cercana con el hijo es en realidad un instrumento para atacar al otro cónyuge, en quien está verdaderamente centrada la atención. El segundo juego se refiere a la provocación encubierta de un miembro de la familia a otro (igual y/o consanguíneo), quien responde también con un enojo encubierto. Muchas veces esta instigaciones se dan en un nivel triádico en el que uno instiga a otro con el fin de provocar a un tercero. La intervención que Selvini propone para desentrañar estos juegos es la *Prescripción invariable*, la cual será descrita más adelante.

Intervenciones y técnicas

Las técnicas de intervención del grupo de Milán han ido evolucionando. En un principio se destacaba el uso de las prescripciones paradójicas, también se utilizaban las prescripciones directas e intervenciones cognitivas (especialmente la redefinición, la connotación positiva y el uso de la metáfora). Con el paso del tiempo las intervenciones paradójicas se han ido abandonando a favor de las intervenciones ritualizadas (Ochoa de Alda, 1995). Definiremos brevemente en que consisten las principales técnicas de este enfoque:

Prescripciones paradójicas. Prescriben la secuencia de pautas de comportamiento patológica, connotando positivamente dicha secuencia, al atribuir que hay una "buena intención" de trasfondo y un deseo de conservar la homeostasis en el sistema. Esta intervención permite colocar a todos los miembros implicados en un mismo plano y los desafía en su capacidad de transformación.

Prescripciones directas. A diferencia de las anteriores, las prescripciones directas son indicaciones que el terapeuta emite con la intención de que la familia las obedezca, y las lleve a cabo literalmente. Se utilizan para prestar atención a la capacidad de cambio del sistema, también pueden servir para reafirmar algunos cambios obtenidos mediante otras intervenciones.

Redefinición: Es un tipo de intervención cognitiva cuyo objetivo es replantear un asunto, una conducta o idea, enmarcándola desde otra perspectiva. Frecuentemente, el grupo de Milán utilizaba esta técnica para modificar la percepción cognitiva del síntoma presentado.

Connotación positiva: Podríamos considerar a la connotación positiva como un tipo de redefinición, ya que sigue los principios de reencuadrar un asunto, sólo que dándole una intención positiva. Se cambia la idea de que el síntoma es presentado por causas negativas o intenciones hostiles del paciente (o de la familia) a la premisa de que el síntoma se presenta ya sea por razones altruistas del paciente y/o por razones positivas de los demás miembros de la familia. Es importante mencionar que no se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es utilizado como la solución. Sembrando la idea implícitamente, de que, ya que la familia tiene un grado alto de unión, podría intentar resolver sus problemas de una forma más satisfactoria (Ochoa de Alda, 1995).

Uso de rituales y tareas ritualizadas: Un ritual es un conjunto de acciones que constituyen un momento simbólico, cuya secuencia estructurada de conductas significativas para las personas marca un antes y un después en sus vidas, es utilizado para significar un suceso de transición, de crecimiento, de reconciliación, de separación, de curación, etc.

Las tareas ritualizadas son secuencias de actos que se explican a la familia para que los lleve a cabo con cierta frecuencia. El objetivo es entrenar a la familia en conductas alternativas diferentes a las habituales-sintomáticas, o bien, se mueve a que la familia lleve a cabo las conductas sintomáticas de forma explícita, logrando así cierto control sobre ellas.

La prescripción invariable. La prescripción invariable es una intervención propuesta, después de la división del grupo de Milán. Selvini la define como universal, puesto que parte del supuesto de que en todas las familias de esquizofrénicos el problema radica en una falta de diferenciación entre el subsistema parental y filial. Por lo que esta intervención tiene como objetivo separar de

forma gradual los dos subsistemas, introduciendo mensajes e indicaciones que organizan y clarifican los límites intergeneracionales, rompiendo las coaliciones que mantienen el juego de las familias psicóticas.

Consideraciones o reflexiones generales

La escuela de Milán ha sido trascendente en la historia de la Terapia Familiar, su fundamentación teórica, así como las formas de intervención que proponen no han perdido su validez ni aplicación vigente. Aunque, es importante mencionar que los integrantes del antiguo grupo se evalúan así mismos como investigadores cuyos hallazgos les motivan a ir cambiando y perfeccionando sus anteriores premisas y técnicas. Han enunciado en sus publicaciones distintas críticas a sus pasadas obras, reconociendo que los errores de sus múltiples experiencias como terapeutas les han llevado a reconsiderar algunas de sus propuestas iniciales y sugerir otras.

Aunque el grupo actualmente se encuentra separado por sus posibles diferencias en la explicación teórica y/o metodológica, la premisa que mantienen es la idea de que en las familias que presentan una patología se encuentra de por medio un juego o patrón de interacción recursivo, regido por una causalidad circular, cuyas reglas están siendo mantenidas por un sistema de significados y creencias rígido, muchas veces llamado *mito familiar*.

Por su parte, Mateo Selvini se ha propuesto investigar a fondo el juego psicótico, sus fases, tipos y propuestas de intervención. Cabe mencionar que define al síntoma como una jugada más y al paciente identificado como un jugador activo dentro de su sistema. Continúa utilizando la prescripción invariable entendiéndola más que como una intervención, como un procedimiento para investigar los juegos psicóticos. Su teoría general sobre los juegos psicóticos incluye una tentativa de explicar el desarrollo de la psicosis como un proceso que incluye seis estadios, proporcionando un mapa que guíe las particularidades de cada grupo familiar (Ochoa de Alda, 1995). Actualmente puede observarse su intención de buscar estrategias específicas del juego de cada familia particular.

Los integrantes del antiguo grupo de Milán han ido optando por cambiar las prescripciones paradójicas por intervenciones ritualizadas, las cuales generan un aprendizaje alternativo por la vía analógica.

Cabe mencionar que la muerte de Mara Selvini y de Cecchin, tuvieron un impacto sumamente significativo en la escuela de Milán así como en la historia de la terapia familiar sistémica, sin embargo sus diversos libros, artículos y demás publicaciones han dejado huella y seguramente continuarán aportando reflexiones substanciales en la teoría y práctica de la terapia familiar.

Modelo de Terapia Narrativa

Introducción y antecedentes del modelo

El enfoque narrativo implica una alternativa diferente de concebir y llevar a cabo la psicoterapia. Al igual que otros enfoques posmodernos, la terapia narrativa surge de las ideas del construccionismo social, el cual nos invita a percibir y a comprender a las personas partiendo de las múltiples formas en las que se encuentran relacionadas (McNamee y Gergen, 1996). De ahí

que se postule que las ideas y narrativas que los individuos llevan a terapia, han surgido de convenciones sociales locales, que clasifican los comportamientos como buenos o malos, como saludables o patológicos. Al transportar estas ideas a la terapia, los autores de los enfoques posmodernos, cuestionan que el terapeuta tenga una autoridad privilegiada sobre la solución de algún problema que presente un individuo, ya que las narraciones del terapeuta también han surgido de convenciones que no son verdades absolutas. Por lo tanto, las narraciones del terapeuta y del cliente están en el mismo plano aunque tengan implicaciones pragmáticas diferentes. Se busca, entonces, sustituir que una relación de experto-paciente (que muchas veces tiende a disminuir la posición de la persona consultante y a obligarla a “comprar” una narración simplista de sí mismo fabricada por otro) por una relación igualitaria, en la que terapeuta y cliente formen una comunidad en la cual cada uno aporta sus recursos con los cuales pueden dibujar una mejor historia y un mejor porvenir para el cliente.

El modelo de la Terapia Narrativa desempeña en la actualidad un papel central en los diálogos construccionistas (Gergen, 1992). Entre las obras que han contribuido a enriquecer los fundamentos teóricos y prácticos de este enfoque podemos mencionar el libro de Polkinghorne *Narrative Knowing in the Human Sciences*; el de White y Epston *Narrative Means To Therapeutic Ends* y *Narrative Psychology* de Sarbin; también el libro de Spence *Narrative Truth and Historical Truth*.

Los principales antecedentes que, a su vez, fueron fuente de inspiración para los autores del enfoque narrativo son: la obra de Gregory Bateson (1976), las aportaciones de Michael Foucault (1966,1990) y las aportaciones de Humberto Maturana (1997). De Gregory Bateson subrayan la importancia que tiene la epistemología en el proceso de “como sabemos lo que sabemos”, ya que “el mapa no es el territorio”, sino sólo una construcción que los individuos hacen mismo; de Michael Foucault, retomaron su reflexión sobre el conocimiento como una fuente de poder, Foucault afirmaba que los seres humanos estamos sujetos al poder por medio de “verdades normalizadoras” que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Respecto a Maturana, retomaron su idea de cómo surge la “mente” a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje: la “mente no está en el cerebro”, sino que surge de la interacción lingüística que se establece entre los actores humanos. Por consiguiente la conciencia es fundamentalmente algo social y no algo bioquímico, fisiológico o neurológico (Gergen, 1992).

Exponentes principales y sus aportaciones

Los exponentes principales del enfoque narrativo son Michael White, terapeuta familiar de Adelaida, Australia del sur, y David Epston, de formación antropólogo, quien a su vez es terapeuta en Auckland, Nueva Zelanda. Ambos autores fueron pioneros de los enfoques posmodernos en psicoterapia.

White y Epston han colaborado juntos en los últimos años (a partir de 1981) generando un amplio abanico de ideas y nuevos métodos, logrando un gran impacto sobre la práctica clínica de muchos profesionales de sus respectivos países.

Una particular y trascendente aportación que White ha propuesto es la “externalización del problema” que consiste primero, en asignar un nombre a la queja o problema del cliente (nombre que es asignado por el mismo cliente) y después, en distinguir a dicho asunto como algo diferente a la persona que lo sufre. Cuando puede separarse claramente la distinción del

problema de la distinción de la persona, se hace posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre personas y problemas (White y Epston, 1993).

David Epston, por su parte, contribuye a la práctica psicoterapéutica con la idea de contar historias a los clientes. Él ha aplicado constantemente novedosas formas de la analogía del relato a una amplia gama de problemas, lo cual es una herramienta psicoterapéutica exitosa. Cabe mencionar que su formación como antropólogo lo ha llevado a recoger de todas partes ideas para sus historias, utiliza metáforas sin respetar los límites interdisciplinarios, sólo considerando la utilidad de éstas para interpretar lo que sucede en los sistemas sociales (White y Epston, 1993).

Otra aportación trascendente, realizada por ambos autores, es la variedad de formas en las que utilizan terapéuticamente la palabra escrita, a eso se refieren con el título de uno de sus libros, escrito en 1993: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ejemplos de estos medios son la redacción de cartas, diplomas, certificados, declaraciones, predicciones, etc. Con diferentes propósitos y particularmente redactados para la persona consultante. White y Epston han descubierto el valor y utilidad de los documentos y demás elementos literarios en un campo diferente: la psicoterapia.

Principios básicos

Los principales postulados teóricos de la Terapia Narrativa son:

La analogía del texto: Los individuos han internalizado ideas implícitas de la cultura dominante que prescriben formas de conducta sobre nuestras interacciones con los miembros de la familia y otros contactos sociales. De aquí se deriva que, la manera de narrar nuestra vida, no sea exclusivamente propia, sino influenciada por los acuerdos sociales de nuestra cultura. Las personas atribuyen significado a su experiencia de vida. En base a los significados que atribuyen a los sucesos, es el comportamiento que muestran. Cada persona tiene en mente y expresa una narración que sitúa eventos vividos en el tiempo, en dicha narración hay personajes principales y una trama, al igual que en los textos. Esta narración está situada en un contexto sociopolítico y permite a las personas dar sentido a su experiencia de vida, percibirse a sí mismo en el pasado, en el presente y definir sus expectativas (de sí mismo y de los otros) en un futuro inmediato. Cada vez que la persona cuenta su experiencia pueden surgir nuevos relatos que contengan al anterior y lo superen, lo cual es uno de los principales objetivos de la terapia según este enfoque.

Narración dominante y relatos alternativos. La narración del cliente está viciada por un relato dominante que da sentido a la serie de hechos que ha vivido. Muy comúnmente, este relato está saturado de problemas, que llevan al cliente a la desilusión, al resentimiento y a la tristeza, y, lo que es peor, a repetir una y otra vez la representación de esa vieja historia, como si la hubiese vivido ayer. Sin embargo, en el relato dominante generalmente se han dejado algunos "huecos", es decir, al analizarlo muestra incongruencias, que la persona consultante ha pasado por alto o bien, ha llenado de acuerdo a sus creencias y expectativas de sí mismo y de los otros. Estas incongruencias permiten la construcción de historias alternativas que son nuevos relatos que pueden contener al primer relato y superarlo, son historias en las que caben los aciertos, los recursos, y las experiencias positivas que la persona había olvidado ver. De esta manera, la analogía del texto se convierte en un abordaje terapéutico que posibilita conocer la diferencia entre un relato dominante y un relato alternativo, favoreciendo que las personas reescriban sus

vidas y con ello, el significado y la definición de sí mismos, de los otros y de las relaciones con esos otros (Suárez, 2004).

Externalización del problema. Se refiere a la exteriorización de los problemas que afligen a las personas a través de sus relatos (Suárez, 2004). La persona se distingue del problema, es decir, éste es asumido como "algo" que no forma parte del "sí mismo", más bien, es con lo que el sí mismo tiene una lucha. Estas externalizaciones comienzan con asignarle un nombre propio al problema, el cual surge del propio lenguaje del cliente. El objetivo de la externalización es que el problema se convierta en una entidad separada para lograr quitar la etiqueta o el estigma a la persona sin que por ello se sugiera una actitud irresponsable o desinteresada de dicha persona que vive con ese problema. De hecho, las prácticas asociadas a la "externalización" buscan que el individuo reconozca su papel en la interacción con el problema, qué tanta influencia tiene sobre el problema y viceversa, de igual forma, se subraya en qué momentos se ha dejado vencer y cuando la persona ha logrado vencer al problema.

Acontecimientos extraordinarios. Cuando las personas logran separarse del problema, también están separándose a su vez de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, a estos aspectos de la experiencia, White (1994) llama acontecimientos extraordinarios. Estos son aquellos momentos en los que la persona ha logrado vencer al problema o bien, ha disminuido en gran medida la influencia de éste en su vida cotidiana. Los acontecimientos extraordinarios son nombrados así por ser hechos relevantes para las personas implicadas, generalmente surgen de esas incongruencias en el relato dominante saturado de problemas, y a partir de estos eventos extraordinarios, pueden surgir historias alternativas.

Intervenciones y técnicas

Para lograr externalizar el problema, rescatar acontecimientos extraordinarios y escribir historias alternativas de la vida de la persona, White (1997, 2002) ha elaborado un modo de plantear preguntas que aliente a las personas a localizar o generar historias alternativas. Los distintos tipos de preguntas son los siguientes:

Preguntas de influencia relativa. Estas preguntas ayudan a las personas a externalizar su problema. Este proceso se pone en marcha al inicio de la primera entrevista. Las preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero se refiere a la influencia del problema sobre la vida de la persona y sus relaciones. El segundo lleva a la persona a describir su propia influencia sobre la "vida del problema" (su mantenimiento). Al invitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, las preguntas de influencia relativa les ayudan a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo.

Preguntas relativas a logros aislados e historias alternativas. Tienen como objetivo llevar a la persona a un logro aislado. Para que un hecho llegue a ser considerado como un logro aislado, debe ser calificado como tal por las personas que tienen que ver con los hechos, por lo que es importante incitar a las personas para que evalúen esos sucesos. Cuando las personas juzgan que ellos representan logros preferidos, se les pide que expliquen por qué creen que ello es así. Después se inicia un proceso de "recreación" de historias alternativas orientadas hacia esos logros aislados, para lo cual el terapeuta muestra una actitud de curiosidad genuina. Existe una variedad de preguntas de este rubro, sin embargo se hayan circunscritas en dos grandes grupos:

- a) *Preguntas relativas al panorama de acción.* Pueden referirse al pasado, al presente y al futuro y son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Se tratan de preguntas que historian “logros aislados”, es decir, a localizarlos dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo.
- b) *Preguntas relativas al panorama de conciencia.* Estas preguntas llevan a la persona a analizar qué podrían revelar estos acontecimientos extraordinarios respecto a aspectos de sí mismo, a la naturaleza de sus preferencias y deseos, sus cualidades personales, sus intenciones, creencias y expectativas, etc.

A medida que las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo, se generan así o vuelven a cobrar vida conceptos alternativos de uno mismo y de las relaciones; las personas pueden concebir otros modos de vida y de pensamiento e incorporarlos (White, 1997).

La obra de White y Epston (1993) se caracteriza, además por el uso de documentos con fines terapéuticos. Estos documentos o, como ellos los nombran: *contradocumentos*, son los siguientes:

Diplomas y Certificados. Son escritos que acreditan los logros y los nuevos relatos de los clientes sobre sí mismos. El valor de estos documentos radica, además, en la audiencia que está constatando la nueva historia, esta audiencia es representada por el terapeuta, el equipo y pueden invitarse a personas significativas para el cliente. Los certificados pueden ser elaborados por el terapeuta y entregados formalmente en una ceremonia, o elaborados por el cliente con la asesoría del terapeuta, a estos documentos se les llama *Autocertificados*.

Declaraciones. Son documentos elaborados por el propio cliente (asesorados previamente por el terapeuta) en el que se expresa con formalidad los nuevos descubrimientos sobre sí mismo, se decide tomar la nueva descripción de sí mismo (y dejar la anterior) y se pronostican nuevas posibilidades de éxito. La más común de estas declaraciones es la *Declaración de Independencia* la cual tiene similitud con las declaraciones de independencia de Estado, porque llevan al cliente a expresar firmemente que han vencido a aquello que los afligía, que se declaran libres y dispuestos a vivir una nueva historia.

Cartas. Son documentos escritos que sirven a múltiples fines. Pueden ser de distintos tipos: *Cartas de invitación* (que se utilizan para incluir en la terapia a personas reacias a participar en ella), *Cartas de despido* (generalmente usadas para expresar la innecesariedad de que la gente desempeñe funciones como “vigilante” o “mediador”, etc.), *Cartas de recomendación* (para certificar que el cliente ha reescrito su historia y está capacitado para desempeñar actividades, y hasta para aconsejar a otros), *Cartas breves* (que pueden contener por ejemplo reflexiones post sesión del terapeuta, o pronósticos) y *Cartas para ocasiones especiales* (que pueden ser para animar al cliente en algún momento de crisis en particular).

Consideraciones o reflexiones generales

El modelo narrativo busca opciones para identificar y describir las historias alternativas de las vidas de las personas, lo cual sienta las bases para reescribir su historia y, con ello, resignificar

su experiencia. Parecieran procedimientos fáciles de aplicar, sin embargo, como todos los modelos psicoterapéuticos, la terapia narrativa es paradójicamente sencilla y complicada a la vez, ya que el instrumento principal es el cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica, lo cual se logra con una verdadera actitud de curiosidad y respeto, de concebir al otro como constructor y colaborador en el proceso de cambio.

Epston y White presentan concepciones y métodos psicoterapéuticos muy útiles en la psicoterapia, Karl Tomm (1997) menciona que los dos grandes territorios y principales aportaciones de estos autores son la "externalización del problema" y la variedad de formas en que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita. Recientemente Michael White murió, no así su enfoque terapéutico, el cual nos permite reflexionar acerca de perspectivas cambiantes, nos incita a movernos en el campo de las posibilidades humanas más que en el de las certezas establecidas.

Enfoque Colaborativo

Introducción y antecedentes del modelo

En el periodo final de los años 80's e inicio de los 90's, surge esta perspectiva psicoterapéutica en el Galveston Family Institute. Los terapeutas que dirigían este instituto realizaron un análisis crítico de distintos enfoques terapéuticos, señalando que la mayoría de éstos están basados en paradigmas sociológicos y científicos que consideran a la realidad como algo empíricamente objetivo y cognoscible. La terapia familiar sistémica, mencionan, no ha sido la excepción, ya que, conceptos tales como: estabilidad, homeostasis, ausencia de cambio, etc., presentan una tendencia empírica y epistemológica con implicaciones normativas, ya que están ligadas a la metáfora mecánica que subyace a la teoría cibernética de la retroalimentación. En base a este análisis, y a la experiencia adquirida mediante el trabajo con pacientes en condiciones complejas, estos terapeutas buscan desarrollar un pensamiento abierto y flexible que les permitiera mejorar su comprensión de la narrativa y del lenguaje del paciente, lo cual coadyuvó al mejoramiento de su práctica psicoterapéutica.

El enfoque colaborativo es una perspectiva hermenéutica de la psicoterapia, en la que tiene un papel central la posición de "ignorancia" del terapeuta y las ideas sobre la conversación terapéutica y las preguntas conversacionales.

Exponentes principales y sus aportaciones

Los principales exponentes de este enfoque son Harry Goolishian y Harlene Anderson.

Goolishian, junto con otros colaboradores (Robert MacGregor y Agnes Ritchie, entre otros) desarrolló en 1950 un enfoque que llegó a ser reconocido como Terapia de Impacto Múltiple (TIM). Esta forma de terapia consistía en un equipo de profesores de la salud mental que se reunían con familias completas en crisis por un corto e intenso periodo de dos o tres días. Si el equipo se encontraba con las familias más de una vez, el segundo encuentro se producía después de un largo intervalo, generalmente de varios meses, ya que estas familias tenían que recorrer grandes distancias para encontrarse con el equipo. La TIM era una forma de terapia breve que ayudaba a las familias a crear un proceso de autorehabilitación que les permitiera enfrentar su crisis en el menor tiempo posible (Andersen y Epstein, 2002).

La TIM representó una aproximación innovadora a la comprensión de la terapia y al diseño de una nueva teoría social, ya que se valoraba la importancia del individuo y sus relaciones, se daba paso a la creatividad para movilizar los recursos de la familia y de la comunidad, estimulando y prestando oído a una “multiplicidad de voces”, las cuales son los puntos de vista de cada miembro que asistía a las sesiones, estas narraciones o “voces” no se juzgaban, sino que se analizaban abiertamente.

Al mismo tiempo que se desarrollaba la TIM, sus representantes realizaron varias consultas con Gregory Bateson, lo cual enriquecía las ideas respecto al contexto relacional y comunicativo y con ello, las prácticas terapéuticas. El grupo dejó de trabajar junto, a comienzos de los 60, pero la TIM fue ampliamente conocida. Su principal logro fue la visión relacional en la que se incluía el estudio de la familia para comprender los problemas de los individuos (Beltrán, 2004).

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En este instituto se continuó trabajando con el formato del equipo de la TIM, y también se utilizaba la teoría y práctica terapéutica derivada del trabajo del Mental Research Institute, en especial se interesaban por nociones como el uso del lenguaje del cliente para conocer sus valores y sus visiones del mundo. Sin embargo, su acercamiento con la obra de Maturana sobre la “biología del lenguaje”, así como su acercamiento en la década de los 80’s al construccionismo social y la hermenéutica, hicieron que cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico-cibernético. En especial, dejaron de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica, y lo empezaron a concebir como generador de cambios. Focalizaron su atención en la “esencia del diálogo”, lo cual se convirtió en la esencia del proceso terapéutico (Beltrán, 2004).

Goolishian murió en 1991, se reconocen en él grandes cualidades como su continua curiosidad por explorar disciplinas distintas a la psicología y retomar de ellas metáforas para enriquecer su práctica psicoterapéutica. Harlene Anderson continuó con este trabajo, actualmente ha incluido algunas modificaciones a los primeros principios de este enfoque, al que define más como una filosofía de la terapia, que como una escuela de terapia, ella le ha asignado a esta filosofía el nombre de *enfoque colaborativo* (Anderson, 1999; 2001).

Principios básicos

Las premisas básicas de este enfoque según Anderson y Goolishian, (1988) son:

- Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos y no los observadores externos y objetivos. El sistema terapéutico es uno de estos sistemas lingüísticos.
- El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, esto es, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio

dialogal. El sistema terapéutico se distingue por el significado co-creador en desarrollo, por lo que es un sistema de organización de problemas y de disolución de los mismos.

- La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la disolución de problemas.
- Los problemas con que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal. Los problemas son una objeción preocupada o alarmada ante un estado de cosas para el que somos incapaces de definir una acción competente (mediación) para nosotros mismos. En este sentido, los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
- La terapia se dirige a los sistemas cambiantes que sólo existen en las vaguedades del lenguaje y la conversación. Por lo tanto, la terapia se apoya en los dominios de la narrativa semántica.
- La conversación terapéutica está más centrada en el intercambio de significaciones. La terapia se centra en los significados tal como son creados y experimentados por los individuos que participan de un diálogo.
- El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narrativa y, por tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente
- En el proceso terapéutico, el papel del terapeuta es el de una artista de la conversación. A su vez, es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación. El terapeuta sostiene múltiples diálogos que diseñan conversaciones diferentes, y lo que define a la conversación terapéutica va cambiando con las modificaciones producidas en la descripción del problema.

Intervenciones

Como podemos observar, el enfoque colaborativo pone especial énfasis en el uso del lenguaje, la conversación y el relato. El terapeuta es visto como facilitador de la conversación y utiliza en su labor, preguntas conversacionales o terapéuticas.

La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y el proceso dialogal. Sin embargo, es necesario que estas preguntas sean formuladas desde una posición de ignorancia, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas. Estas preguntas son el medio por el que el terapeuta expresa una necesidad y una auténtica curiosidad de saber más acerca de lo que las otras personas dicen. De esta forma, el terapeuta siempre está informado de lo que ocurre en la vida del cliente por los relatos del mismo, y aprende siempre un nuevo lenguaje y una nueva narrativa, ya que busca comprender al cliente desde la cambiante perspectiva de la experiencia vital de éste (Anderson y Goolishian, 1996).

El proceso terapéutico se realiza con la colaboración de las personas implicadas, sin jerarquías. Esto quiere decir que el paciente y el terapeuta participan de igual modo en la creación de la evaluación del problema y la solución.

El cliente debe contar su propia historia, es decir, re-presentar la experiencia o construir su historia en el presente. La re-presentación refleja la re-descripción del locutor y la explicación de la experiencia, en respuesta a lo que el terapeuta ignora. Ambos, la familia y el terapeuta evolucionan juntos y cada uno influye sobre el otro y también sobre la experiencia, y por ende, sobre la representación de la experiencia. El terapeuta explora los recursos de lo "aún no dicho", al recuperar de un relato del pasado, las incontables nuevas posibilidades, de modo que se crea una nueva ficción y una nueva narración (Anderson y Goolishian, 1996).

La tarea de comprender, así como de interpretar la experiencia cotidiana del cliente, se realiza a través del diálogo, no a través de las teorías del terapeuta respecto a su propia *verdad o a lo que concibe como realidad del cliente*, lo cual es contrario a la posición que tradicionalmente se pide al terapeuta desempeñar.

Las conversaciones terapéuticas se deben dar dentro del lenguaje cotidiano del cliente o familia consultante, las cuales llevarán a la co-construcción de historias de vida que evolucionan lentamente, estimuladas por la posición de ignorancia del terapeuta y por su curiosidad por informarse, lo cual abrirá un rico espacio para el diálogo y a través de éste, cliente y terapeuta lograrán crecer y *disolver problemas*. Al respecto, cabe mencionar que según este enfoque, un terapeuta no resuelve problemas ni arregla nada. Es la exploración del problema en el curso de la terapia lo que lleva a su disolución, no a su solución. Ya que, los problemas no se resuelven sino que se disuelven en el lenguaje (Anderson, 1999).

La posición facilitadora del terapeuta promueve un proceso que mantiene a todos los implicados en la sesión en movimiento y contribución. Es necesario que el terapeuta presente actitudes tales como honestidad y sincera apertura para respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente. También es importante que haga sentir a los participantes, que cada punto de vista es igualmente valioso que el de otro, es decir, el terapeuta mantiene una posición de multipartialidad en la cual se alía simultáneamente con todos los participantes, recordando que el objetivo no es la síntesis o el consenso, sino la multiplicidad de versiones que se influyen mutuamente creando la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones.

Consideraciones o reflexiones generales

El enfoque colaborativo, es una propuesta que busca conceptualizar la realidad como un significado multívoco surgido en un intercambio social dinámico que emerge en el diálogo, en el que el rol del terapeuta consiste en dar lugar a un contexto y/o a un espacio para el cambio, en vez de especificar un cambio, en términos de "cambios de conducta" o "patrones interaccionales. Desafortunadamente, no siempre se entiende favorablemente esta intención de los autores, por lo que han existido diversas críticas sobre la teoría y práctica de este enfoque. Una de las críticas más comunes hace referencia a la propuesta de abandonar la posición de experto por la de facilitador, ya que, se le asemeja con una actitud pasiva del terapeuta; otra crítica es la de evaluar al terapeuta colaborativo como "una tabla rasa o una pantalla en blanco", sin embargo, los autores de este enfoque desmienten estas premisas enfatizando que los terapeutas tienen sus propios conocimientos y experiencias previas, sin embargo, tratan de no convertirlos en prejuicios de lo que el cliente debería hacer para resolver su problema, sino más bien, se unen a la co- construcción junto con los clientes de las soluciones (o disoluciones de los problemas), las cuales surgen en las conversaciones.

Actualmente el enfoque colaborativo se ha extendido en distintos países como una forma de hacer terapia y un recurso en los procesos de formación de terapeutas. Anderson señala que su enfoque pertenece a las innovaciones de la posmodernidad y ha incorporado sus ideas y prácticas a diversos campos, entre ellos, la investigación, la consultoría organizacional, el arte y la literatura.

Equipo Reflexivo

Introducción y antecedentes del modelo

Este enfoque plantea el uso creativo y novedoso del equipo de terapeutas a cargo de las familias consultantes. Este enfoque se ha hecho muy conocido en todo el mundo. Surge en el contexto de Noruega con el equipo de Tromso alrededor de los años 80's.

Según este enfoque, es de suma utilidad lograr la participación de todos los implicados en el sistema terapéutico (familia consultante, terapeuta y equipo) en un diálogo sobre el cambio, ya que esto permite que la terapia se convierta en un sistema de colaboración y aprendizaje constante. En este proceso se modifican los roles, las reglas y las expectativas de la terapia.

El cambio de roles que propone este enfoque entre la familia y el equipo, modifica de manera drástica la posición de la familia con respecto a los profesionales que han venido a consultar. Ya que la familia escucha las conversaciones de los profesionales acerca de ellos, las cuales ofrecen nuevas opciones de concebir su situación.

Exponentes principales y sus aportaciones

A Tom Andersen se le considera el principal representante del trabajo con el equipo reflexivo. Este autor realizó estudios en medicina clínica en el sur de Noruega, pues estaba interesado en el efecto social de la enfermedad y el dolor humano. En su preparación inicial, cabe mencionar que solía consultar las propuestas teóricas y metodológicas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick intentando aplicar sus ideas en la práctica terapéutica. Sin embargo, como él expresa, no solía tener muchos éxitos (Andersen, 1994). A finales de la década de los 70's le ofrecen el cargo de profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromso. Obtuvo también el cargo de la organización de un grupo formal de siete profesionales que tenían como objetivo trabajar con la "primera línea" de asistencia en Tromso para impedir la internación de pacientes psiquiátricos. Este proyecto de organizar servicios psiquiátricos externos en estrecha cooperación con los servicios de "primera línea" fue un experimento: Los siete profesionales iban a las oficinas de "primera línea" a observar y colaborar con el tratamiento de algunos pacientes, previamente seleccionados por su hospital de procedencia. En cada oficina que visitaban, el equipo de Andersen invitaba a los profesionales de dicho lugar a que se unieran al trabajo del equipo. El trabajo realizado obtuvo buenos resultados, y dejó en Andersen y en su equipo el aprendizaje del pensamiento sistémico, que incluye también al terapeuta y a las relaciones con otros profesionales de los cuales forma parte (Andersen, 1994).

Andersen conoció y recibió influencia, además, de autores como Lynn Hoffman, Luigi Bóscolo, Cecchin, Seligman, entre otros. Su acercamiento con el enfoque de Milán, le permitió irse alejando de los enfoques centrados en las intervenciones estratégicas y estructurales, para empezar a poner especial atención al proceso de la entrevista.

Poco a poco el equipo inicial de Andersen empezó a disolverse. Pero, después de participar en seminarios relacionados con la terapia familiar, continúa trabajando con un nuevo equipo formado por médicos, trabajadores sociales y psicólogos, bajo el enfoque de Milán. Para este equipo era difícil ponerse de acuerdo para elaborar una sola intervención, ya que había diferentes puntos de vista. En general, los resultados en el trabajo terapéutico no eran muy exitosos.

Sin embargo, en 1985, después de verse atorados en el tratamiento de una familia, decidieron proponerles apagar las luces y los micrófonos de su espacio y encender las luces y el sonido de la parte de la habitación en la que se encontraba el equipo terapéutico, volviéndose la familia espectadora de la conversación que los profesionales realizaban sobre su caso. Este evento marcó la diferencia en el curso de la terapia, ya que la familia recibió favorablemente los comentarios de los profesionales, percibiendo nuevas alternativas. Lo que pasó aquel día implicó un cambio en Andersen y en su equipo, puesto que encontraron nuevas formas lograr éxito en su práctica terapéutica. A esta nueva forma de hacer terapia se le nombró como *equipo reflexivo*.

Principios básicos

Existen algunos principios teóricos o líneas generales que guían la acción del trabajo con equipo reflexivo (Andersen, 1994), las cuales son:

- El concepto Batesoniano “la diferencia que hace una diferencia” como base importante para el trabajo clínico. Andersen explica que marcar una diferencia es hacer algo distinto al entorno, o bien, en relación al tiempo. Las preguntas o comentarios que se realizan en terapia que pueden marcar una diferencia en la percepción de la familia, deben estar centradas en el cambio.
- Si la gente consultante se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Si se enfrenta con algo nuevo que es demasiado inusual, puede cerrarse. Por lo tanto los terapeutas deben brindarle a la familia, en las conversaciones que toman parte, algo inusual, pero no demasiado, para que los consultantes puedan notar el cambio y aceptarlo.
- Para poder establecer y continuar la conversación con una persona debemos respetar su necesidad básica de conservar su integridad, para lo cual hay que aprender a ser sensible a sus signos, que a menudo son indicaciones sutiles de que nuestra participación en la conversación es usual o inusual. Para poder discernir estos signos, necesitamos proceder lentamente cuando conversamos.
- *Multiverso más que universo*. Cualquier descripción o explicación depende del observador. Cada persona que describa un fenómeno tendrá su propia versión; cuando se comparan las versiones, serán diferentes en algún grado, pero ninguna descripción será mejor que las demás, todas serán igualmente válidas. En el trabajo clínico debemos buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que y promover la exploración de las que todavía no se hayan encontrado.
- La tarea de los terapeutas es en lo posible entablar un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y explicaciones. A partir de allí, invitarles a un diálogo para discutir si podría haber otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez no hayan aún pensado.
- Las personas que se encuentran estancadas en lo que ellas mismas definen como situaciones problemáticas están acostumbradas a hacerse la misma pregunta una y otra

vez. Cuando participamos en el proceso de crear una nueva comprensión del problema definido, además de hacer preguntas inusuales en nuestra conversación con ellas, las personas pueden empezar a hacerse nuevas preguntas y salir del estancamiento.

- Las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Por lo tanto, éstas son la base para que una persona pueda elegir cómo manejar situaciones estancadas de manera diferente o como responder a acontecimientos nuevos.
- En vez de explicar, interpretar o aconsejar, la conversación de los terapeutas se centra en expresar aquellas preguntas pertinentemente poco usuales que dan la posibilidad de una respuesta amplia, que a menudo abre la posibilidad de formular más preguntas. El objetivo de la labor de los terapeutas es formular preguntas que los clientes pocas veces se hacen así mismos, y que pueden responderse de muchas maneras, lo que a su vez, crea nuevas preguntas y saca a los individuos de su estancamiento, generando alternativas de crecimiento.
- El proceso del equipo de reflexión comprende desplazamientos entre el hablar y escuchar. El hablar a otro u otros puede describirse como una conversación exterior; por otra parte, mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una conversación interna, ambos procesos son importantes para lograr una perspectiva amplia de las diversas situaciones.

Intervenciones

Andersen (1995) menciona algunas guías para la práctica con el equipo reflexivo, las cuales son:

- Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación con lo clientes, no en algo tomado de otro contexto.
- Se dice a los clientes que pueden escuchar o no, si así lo desean, la conversación del equipo. Cuando todos, los clientes y el equipo completo, están en la misma sala, se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escuchan, lo cual permite su libertad de no escuchar si no lo desean hacer.
- Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas o que puedan ser entendidas por el oyente de esta manera.
- Los comentarios de los terapeutas deben ser breves y situados en la experiencia personal. Por lo tanto, no es necesario instruir a los miembros del equipo sobre cómo expresar sus reflexiones, pues las características de este enfoque permiten y buscan abrir un contexto relacional y de significados entre todos los participantes.

Cabe mencionar que, en la práctica, se encuentran algunas variantes en el uso y la forma de organizar el equipo reflexivo, de acuerdo a los recursos disponibles. Podría haber un equipo en la habitación contigua, detrás de un espejo de visión unidireccional, o bien, se podría utilizar una sola habitación, con el equipo escuchando y hablando desde un rincón; existe la posibilidad de hacer autorreflexión cuando el terapeuta trabaja solo; puede, también establecerse un equipo reflexivo entre el terapeuta y un coterapeuta o en subgrupos desde distintos niveles de observación, por ejemplo, se puede formar un equipo reflexivo sobre la conversación llevada a cabo entre el terapeuta y el cliente, y otro que reflexione sobre las reflexiones del equipo; otra opción es utilizar el ejercicio "como si", el cual consiste en pedir a los integrantes del equipo que escuchen la historia presentada por el cliente "como si" fueran una de las personas que el cliente incluye en su relato. Una vez concluida la conversación entre el cliente y el terapeuta, los integrantes del equipo presentan sus reflexiones desde la posición "como si". Posteriormente el

terapeuta vuelve a conversar con el cliente sobre los aspectos que le hayan generado más curiosidad al escuchar al equipo. Después se pide a los participantes en general que compartan sus experiencias acerca del proceso efectuado. También pueden utilizarse los equipos reflexivos durante un taller o una consulta que tiene lugar en un salón y ante una grande audiencia, la totalidad de esta podría servir de equipo de reflexión (Beltrán, 2004).

Consideraciones o reflexiones generales

Las formas en las que se aplica el equipo reflexivo son variadas. En la actualidad, este enfoque se ha extendido a otros países como un recurso en la formación de terapeutas, en la supervisión y en la asesoría a instituciones.

El uso de la conversación y de las preguntas que la generen, inmersas en un proceso de reflexión, han sido las principales herramientas de Andersen y sus colegas. Estas herramientas han logrado que profesionales y clientes entablen relaciones más igualitarias. De acuerdo a esta perspectiva, el terapeuta y su equipo no sólo son oyentes de la historia del cliente, sino que, al estar presentes, constituyen un estímulo para el acto de narrar esa historia, lo cual los coloca como testigos de su existencia y co-generadores de nuevas versiones y realidades.

Algunas similitudes y diferencias entre los Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

Cada uno de los modelos revisados presenta diferentes formas de explicar el motivo de los problemas o síntomas en las familias, además, buscan dar alternativas de solución planteando procedimientos y actitudes del terapeuta para lograr buenos resultados.

A manera de resumen, se presenta un cuadro comparativo entre los aspectos principales de los modelos de Terapia familiar sistémica y posmoderna.

Cuadro 1. ASPECTOS PRINCIPALES DE LOS MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y POSMODERNA				
Modelos	Conceptos básicos	Explicación del problema	Objetivo de la terapia	Papel del terapeuta
Estructural	-Equilibrio y cambio -Ciclo vital de la familia -Estructura familiar funcional y no funcional	Falta de adecuación en la estructura que presenta la familia en cuanto a las demandas de su ciclo vital.	Desequilibrar la disfuncional estructura y ayudar a la familia a reorganizarse.	Es directivo, experto y utiliza su estatus para provocar cambios en la estructura familiar.
Estratégico	-Procesos o patrones de relación -Jerarquía y comunicación -Ciclo vital familiar	Incongruencias en las jerarquías del sistema familiar y cristalización de pautas disfuncionales.	Romper con las incongruencias jerárquicas y ayudar a la familia a encontrar nuevas pautas de relación.	Asume una postura de jerarquía, y diseña estrategias para lograr cambios en la familia consultante.
MRI	-Interacción y comunicación -Cambio 1 y Cambio 2 -Dificultades y problemas -Intentos de solución	Intentos inadecuados de resolver dificultades de la vida cotidiana y la reiterativa aplicación de dichos intentos de solución.	Proveer de mejores estrategias para la solución de los problemas, logrando que el cliente logre verdaderos cambios (cambio2)	Es persuasivo y estratégico. Varía su postura frente al cliente, según las características de éste, puede ser directivo pero también evitador de la confrontación.

Cuadro 1 (Cont.). ASPECTOS PRINCIPALES DE LOS MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y POSMODERNA				
Modelos	Conceptos básicos	Explicación del problema	Objetivo de la terapia	Papel del terapeuta
Orientado en Soluciones	-Recursos -Excepciones	Este enfoque no presta mucha atención en explicar el problema, más bien se centra en los recursos, en lo que sí funciona.	Rescatar los recursos del cliente. Llevar a la familia a visualizar las soluciones eficaces que ha empleado y que puede trasladar a su actual situación.	Favorece las condiciones que faciliten el cambio, mantiene una postura prudentemente optimista y propositiva.
Milán	-Juego psicótico -Hipotetización -Neutralidad -Circularidad	La función del síntoma es solucionar un problema encubierto en el sistema y mantener el equilibrio en el juego familiar.	Descubrir y dismantelar el juego familiar disfuncional.	Busca ser neutral al evitar aliarse o coaligarse con los miembros de la familia. Es sagaz y estratégico.
Narrativo	-Historia dominante -Historia alternativa -Significados	Es el resultado de la creencia en una historia dominante cargada de negatividad y tristeza.	Reescribir la historia del cliente, encontrar historias alternativas que cambien favorablemente la definición del sí mismo y de las relaciones con los otros.	Mantiene una posición horizontal en cuanto a la jerarquía. Respeta las ideas y el lenguaje del cliente, es curioso e investigador de nuevas historias.
Colaborativo	-Diálogos -Conversación -Hermenéutica	Son acciones que expresan narraciones humanas que disminuyen el sentido de mediación y de liberación personal.	La creación dialogal de una nueva narrativa y por tanto, la disolución de los problemas.	Mantiene una posición igualitaria con el cliente. Su postura es de "no saber" y de mostrar genuino interés en la narración de la experiencia del cliente, puesto que es el cliente el experto de su propia vida.
Equipo Reflexivo	-Multiverso y Multivocalidad	Es el estancamiento en una misma definición de las situaciones, y la reiteración a hacerse las mismas preguntas una y otra vez.	Llevar a la familia a participar y escuchar nuevas conversaciones, las cuales ofrecen nuevas opciones de concebir su situación.	Facilita un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y explicaciones, e invita a la familia a mantener diálogos internos y externos sobre nuevas alternativas.

Como podemos observar, existen diversos aspectos o ejes de convergencia y divergencia entre los modelos estudiados. Uno de estos aspectos es el estatus de experto y la directividad que se le confiere al terapeuta: mientras que modelos como la terapia estructural y la terapia estratégica, se caracterizan por la directividad explícita del terapeuta y su claro estatus jerárquico como experto, otros, como la terapia de Milán y los enfoques de terapia breve centrada en problemas y soluciones, utilizan una posición directiva pero un poco más relativa y flexible. No obstante, los modelos derivados del Posmodernismo tienen la premisa de la *heterarquía*, que se traduce en la evitación del terapeuta de una posición de experto y en el reconocimiento de la igualdad en la jerarquía del terapeuta y del cliente.

Otro aspecto relevante es la demanda de la elaboración de la estrategia por parte del terapeuta para solucionar el problema del cliente: el enfoque estructural, la terapia estratégica, el

grupo de Milán, y la terapia del MRI, tienen como supuesto que es el terapeuta (y su equipo) quienes planean la intervención que servirá para lograr cambios favorables; el modelo de terapia breve orientada a soluciones se aproxima un poco más a la colaboración entre terapeuta y cliente para procesar el plan que permita un estado más óptimo de éste; por su parte, los enfoques posmodernos, buscan que no sea el terapeuta quien imponga una estrategia, sino sólo quien facilite, a través de su conversación, que el cliente visualice una parte no explorada de sí mismo.

Finalmente, quiero mencionar que los modelos familiares sistémicos, tales como la terapia estructural, la terapia estratégica, el equipo de Milán y los modelos de terapia breve mencionan que el objetivo de la terapia es la resolución de un problema presentado por el sistema familiar, mientras que los enfoques derivados de la posmodernidad mencionan que la Terapia no resuelve nada, sólo disuelve problemas, es decir, ayuda a la familia a desarrollar diferentes concepciones de su situación.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínico – terapéuticas

3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia atendida como terapeuta principal

A lo largo de los dos años de mi formación como terapeuta, estuve presente en el proceso terapéutico de 44 familias en los diferentes escenarios de trabajo clínico, ya sea como parte del equipo de observadores, miembro del equipo terapéutico o como terapeuta principal (ver tabla 5, 6 y 7 del capítulo 1).

En la siguiente tabla presento un resumen de las familias en la que participé como terapeuta asignado:

TABLA 1. FAMILIAS ATENDIDAS COMO TERAPEUTA PRINCIPAL EN EL PERIODO DE LA RESIDENCIA							
Familia	Sede	Semestre	Personas que asisten	Motivo de consulta	Modelo base utilizado	Número de sesiones	Alta o baja
A	FESI	Segundo	Una mujer y dos hijos adolescentes	Divorcio	Estructural	11	Baja
B	FESI	Segundo	El abuelo, la madre y una hija adolescente	Conducta desordenada de la adolescente	Estratégico	3	Baja
C	ISSSTE	Tercero	La abuela, la madre, un hijo en edad escolar y una hija pequeña	Conducta desordenada de la niña	Estructural	5	Alta
D	ISSSTE	Tercero	Una mujer y tres hijos en edad escolar	Divorcio	Estructural	5	Alta
E	CCHA	Tercero	Una mujer con su hija	Problemas en la relación madre-hija	Terapia Breve del MRI	2	Baja
F	CCHA	Tercero	Una adolescente	Depresión	Terapia Narrativa	8	Alta
G	FESI	Cuarto	El padre, la madre y un hijo pequeño	Divorcio de los cónyuges y conducta rebelde del niño	Estratégico	3	Baja
H	FESI	Cuarto	Una mujer	Infidelidad	Terapia Breve Orientada a Soluciones	2	Baja
I	FESI	Cuarto	Una mujer	Infidelidad	Terapia Breve Orientada a Soluciones	3	Alta

En mi estancia en la residencia, atendí como terapeuta principal a nueve familias, de las cuales, cuatro fueron dadas de alta por haber cumplido con el objetivo terapéutico que en un principio los usuarios habían planteado y cinco fueron dadas de baja por inasistencias, algunos de los usuarios reportaron que no podían continuar con el proceso terapéutico por motivos personales. A todas las familias se les proporcionó seguimiento vía telefónica.

Cada caso cuenta con un expediente en el que se incluyeron: el reporte de la entrevista telefónica, la carta de consentimiento para la videograbación de las sesiones, las actas de cada sesión, y la explicitación de la condición del proceso terapéutico, es decir si se les dio de alta o de baja. Los expedientes están guardados en los archivos de la sede en la que se brindó el servicio.

Las familias pertenecían a un nivel socioeconómico medio. Las demandas de consulta más frecuentes eran dificultades en el control de la conducta de niños y adolescentes, depresión, y problemas de pareja, especialmente infidelidad y divorcio.

Los modelos utilizados estaban relacionados con el motivo de consulta que la familia refería y con las características de los usuarios, generalmente no se aplicaban modelos de intervención puros, es decir, aunque había líneas generales pertenecientes a un modelo particular, siempre se utilizaban estrategias o intervenciones de otros modelos para complementar y enriquecer el tratamiento.

En cada sede había diferente supervisora, por lo que mi experiencia terapéutica se vio influida por distintas formas de trabajo, lo cual fue muy benéfico para mi formación.

A continuación analizaré la intervención clínica de tres familias¹ cuya característica en común fue estar involucradas en un proceso de ruptura de la pareja y/o divorcio. En primer lugar presentaré un breve estudio sobre el tema de divorcio y enseguida se exponen los tres casos con su respectivo análisis.

3.1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.

DIVORCIO

Lo que pasó no fue pero está siendo y silenciosamente desemboca en otro instante que se desvanece...

Octavio Paz (Piedra de Sol, 1958)

Todo lo que sabemos de cierto es que cada trama es un experimento con la vida. Así, por definición, será llevado a cabo en un campo inestable, lleno de trampas visibles y ocultas. La única certidumbre es que habrá errores y, por causa de ellos, conflictos, soluciones y desarrollo.

Salvador Minuchin (1984)

¹ Los nombres y otros datos han sido modificados para respetar la intimidad de las familias

El divorcio puede entenderse como el trámite legal de separación y/o disolución del contrato matrimonial, o más específicamente como lo describe el Código Civil del Estado de México y del Distrito Federal: *El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en actitud de contraer otro*. En el Diccionario Larousse (1984) la palabra *divorcio*, que proviene del latín *divortium*, significa *separación y repudiación*. En el Diccionario Hispánico Universal (1975) la palabra *divorciar* significa *apartar a personas que vivían en una estrecha relación*. Retomando las anteriores definiciones podemos mencionar que cuando nos referimos al divorcio estamos hablando del proceso de ruptura de un vínculo legal, social, afectivo y económico entre una pareja, proceso que comienza con el desamor, la desilusión y falta de entendimiento entre las personas que habían acordado compartir sus vidas (Kaslow, 1981) y culmina con la transformación de un sistema familiar. Cabe reafirmar que cuando una pareja se divorcia no sólo ocurren cambios en relación a la unidad entre cónyuges, sino también se presentan cambios en los patrones de relación entre padres e hijos, y de éstos con la familia extensa y con otras redes sociales, todo este entramado de situaciones sumadas a las variables legales y económicas que se presentan hacen de dicha experiencia un fenómeno complejo para quienes lo viven.

Consideraciones legales del divorcio

De acuerdo al Código de Procedimientos Civiles, en el Estado de México, el divorcio se clasifica como *voluntario* y *necesario*. Es *voluntario* cuando se solicita de común acuerdo por los cónyuges, y se tramitará administrativa o judicialmente según las circunstancias del matrimonio: procede el divorcio administrativo cuando habiendo transcurrido un año o más de la celebración del matrimonio, ambos cónyuges convengan en divorciarse, siendo mayores de edad, habiendo liquidado la sociedad conyugal de bienes si están casados bajo este régimen patrimonial, la cónyuge no esté embarazada, no tengan hijos en común, o teniéndolos, sean mayores de edad y no requieran alimentos de alguno de los cónyuges; en caso de que los cónyuges no se encuentren en dichas circunstancias pero tengan común acuerdo en divorciarse, se procede al divorcio voluntario por vía judicial, en éste los cónyuges se presentarán con un Juez de lo Familiar, llevando consigo un convenio respecto a cuestiones como la guarda y custodia de los hijos menores de edad, los días de visitas y horarios, la cantidad o porcentaje de pensión alimenticia a favor del cónyuge acreedor, etc. Si el divorcio es voluntario la duración aproximada del trámite es entre 2 y 3 meses.

El divorcio se define como *necesario* cuando cualquiera de los cónyuges lo reclama ante la autoridad judicial, fundado en una o más de las causales que establecen las leyes de lo civil y familiar. Como mencionamos en la primera parte de este reporte, algunas de las causales de divorcio son: el adulterio, la incitación o la violencia hecha por un cónyuge al otro para cometer un delito o para corromper a los hijos, padecer alguna enfermedad incurable que sea además contagiosa y hereditaria, o padecer un trastorno mental, la separación de los cónyuges por más de un año, las amenazas o injurias de un cónyuge para el otro, la conducta de violencia familiar cometida o permitida por uno de los cónyuges contra el otro, o hacia los hijos, etc. El divorcio necesario sólo puede ser demandado por el cónyuge que no haya dado causa de él. Este tipo de divorcio no tiene una duración aproximada, varía de acuerdo a la complejidad del caso. El Juez de lo Familiar dará una sentencia que fijará básicamente cuatro aspectos importantes:

- La guarda y custodia de los hijos: Comúnmente en menores de edad corresponde a la madre; sin embargo, en menores mayores de 14 años será determinada por el juez tomando en cuenta la opinión de los menores.

- La pensión alimenticia: que varía entre un 15 y 50% de lo que percibe el cónyuge que no posee la guarda y custodia de los hijos (“obligado alimentista”) que frecuentemente es el padre.
- La convivencia con los hijos: La ley no marca reglas estrictas al respecto, generalmente son acuerdos de los cónyuges y cuando no existe la posibilidad del acuerdo, el Juez recurre a las *tesis jurisprudenciales* para llegar a un veredicto.
- Liquidación de la Sociedad Conyugal: Cuando existe este régimen patrimonial corresponde a cada cónyuge el 50% de los bienes y las deudas adquiridas en el tiempo de duración del matrimonio. Cuando el régimen patrimonial fue la *separación de bienes*, cada cónyuge se lleva consigo lo que está registrado a su nombre. En particularidades de casos existen lineamientos tales como criterios jurisprudenciales que el juez puede consultar para tomar decisiones.

Cabe mencionar que recientemente hubo una reforma en el procedimiento legal de divorcio exclusivamente en el ²Distrito Federal, en la que se establece que ya no habrá causales de divorcio, tan sólo bastará con que un miembro de la pareja pida la separación para que esta se lleve a cabo puesto que se considera innecesaria la presentación de otro argumento, debido a esto, el divorcio en esta entidad federativa se pretende llevar a cabo con los menores altercados posibles y en el menor tiempo. Como quiera que el divorcio se efectúe, su sentencia incluirá los mismos aspectos enlistados anteriormente. En el artículo 287 del Código Civil del Distrito Federal se resumen dichos aspectos de la sentencia de divorcio:

En la sentencia que decreta el divorcio y tomando en consideración, en su caso, los datos recabados...el Juez de lo Familiar fijará lo relativo a la división de los bienes, y se tomarán las precauciones necesarias para asegurar las obligaciones que queden pendientes entre los cónyuges o con relación a los hijos. Los ex cónyuges tendrán la obligación de contribuir, en proporción a sus bienes e ingresos, a las necesidades de los hijos, a la subsistencia y a la educación de éstos hasta que lleguen a la mayoría de edad (Art. 287, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, III Legislatura).

Conceptualizaciones relacionadas al divorcio.

Según Navarro y Pereira (2000) habida cuenta de la alta tasa de rupturas, el divorcio podría considerarse hoy como una expectativa relativamente normal del ciclo evolutivo familiar, no obstante implica una cuota de sufrimiento que los implicados suelen pagar. Por el contrario, Pitman (1990) menciona que el divorcio no es una parte normal del ciclo vital de la familia, lo denomina como algo “aberrante”, imposible de prever de una manera sana; de hecho menciona que el preverlo y prepararse para él, bien puede ocasionarlo.

Por su parte, Minuchin (1984) se refiere al proceso de divorcio como un intento creador de un organismo familiar de desarrollar una nueva forma: La transformación que preceden a una mariposa. Dicha metamorfosis resulta tensa para los miembros de la familia y demanda nuevas pautas de funcionamiento, pero en términos generales, la familia divorciada es una organización familiar viable, una de las muchas que nuestra cultura ha institucionalizado.

² Esta información fue expresada en un telenoticiero de la empresa Televisa en el mes de agosto de 2008.

Estas posturas son ejemplos de los juicios de valor que seguramente se debaten en la opinión pública respecto al divorcio. Mientras que algunos conceptualizan al divorcio como un fracaso vital, otros, como Kaslow (1981) entienden al divorcio como un movimiento hacia la salud en la medida en que implique poner fin a situaciones penosas y a relaciones que dejaron de satisfacer.

En mi opinión, nuestra práctica terapéutica no coincide con la idea de juzgar un fenómeno como bueno o malo en sí mismo, sino con la tarea de ayudar a las familias durante sus períodos de transición, aceptando que la familia está cambiando a medida que cambia la sociedad y se transforman los individuos que la forman, lo cual requiere cambios en las instituciones de salud mental (Minuchin, 1984).

Etapas del proceso de divorcio.

Everett y Volgy (1991), mencionan que el proceso de divorcio supone tres grandes fases:

- A. Desacoplamiento estructural. Definido como una ruptura gradual de vínculos mutuos, lo que implica la pérdida y adquisición de nuevos roles (tanto parentales como de pareja), la pérdida de lealtades mutuas y con respecto del sistema.
- B. Acoplamiento de la red. Al mismo tiempo que sucede el desacoplamiento estructural, se va produciendo un acoplamiento en virtud del cual se renuevan vínculos antiguos tanto con la familia extensa como con la red.
- C. Reacoplamiento estructural. Supone la redefinición y el realineamiento de la pareja para definir los problemas de custodia y acceso a la parentalidad (tanto de los padres como de la red familiar extensa). Eventualmente el nuevo sistema debe afrontar el reto de la admisión de las nuevas parejas y de sus familias extensas.

A su vez, estos autores proponen desplegar estas fases a lo largo de 14 etapas:

1. *Aumento de la ambivalencia.* La ambivalencia implica dudas sobre la relación; agresividad no verbalizada; fantasías de romances, de abandono de la relación o de una desaparición súbita de la pareja o de su muerte. A través de esta ambivalencia, empieza a gestionarse el desacoplamiento en la estructura de los vínculos afectivos de la pareja.
2. *Distanciamiento.* La ambivalencia se hace evidente a través del distanciamiento emocional entre los esposos, este distanciamiento gradualmente se torna en una falta de disponibilidad afectiva y física, sin que ello disminuya la agresividad y el resentimiento mutuo; en ocasiones el resentimiento se actúa mediante una relación extramarital. Los hijos suelen notar, de forma inconsciente, el distanciamiento del padre más ambivalente, sintiéndose confusos por los mensajes ambiguos que se cruzan entre ellos.
3. *Fantasías y acciones de preseparación.* Las fantasías de ambos cónyuges de reconstruir su vida y cubrir sus necesidades con otras parejas, mediante la vuelta a sus familias de origen, o viviendo una vida más libre de obligaciones conyugales o parentales al quedar de nuevo solteros. Típicamente uno de los cónyuges avanza más que el otro en estas fantasías, creando nuevos desequilibrios en la relación. En la medida en que las

fantasías se convierten en conductas y actitudes, se ven en la necesidad de comunicárselo al otro cónyuge, a los hijos y a las familias de origen.

4. *Separación física.* El momento más dramático de todo el proceso es cuando uno de los padres abandona el hogar. En este momento se hace muy evidente el desacoplamiento estructural de la familia. Muchas parejas, incluso las que están en terapia, precipitan de forma impulsiva la separación después de un altercado serio. En esos momentos, comúnmente se olvida pensar en los problemas de su propia supervivencia, o en las repercusiones para los hijos y familias de origen. Para los hijos éste es el momento en que han de enfrentarse a la realidad del divorcio de los padres. Incluso si la eventualidad de la separación se ha discutido previamente con ellos, suelen negarla hasta que se produce.
5. *Pseudorreconciliación.* Muchas familias que se separan experimentan sentimientos intensos y súbitos de pérdida, nuevos roles y responsabilidades con los hijos, la casa, etc., que no están preparadas para manejar. Culpabilidad por haber abandonado los deberes parentales, soledad, etc. Los hijos pueden crear problemas para tratar de juntar a los padres. A veces se ven rechazados por sus amistades y por la familia extensa. Todo ello puede resultar desbordante y llevar a una reconciliación que restaure la seguridad. Cabe mencionar que resulta frecuente que aparezcan más depresiones en los hijos como respuesta a esta pseudoseparación que cuando sucede la separación física por primera vez, ya que la pseudorreconciliación supone una prórroga en la aceptación de la realidad y hace más cruel y dolorosa la subsecuente separación.
6. *Fantasías de predivorcio.* En esta etapa los esposos empiezan a pensar en llevar vidas separadas y a discutir la posibilidad del divorcio de forma más abierta con los amigos y la familia de origen. Los hijos, por su parte, pueden intentar maniobras de diversión que hagan olvidar los problemas maritales, como fobias escolares, trastornos de conducta, quejas somáticas, conductas regresivas, conflictos con los hermanos, etc.
7. *Decisión de divorciarse.* La decisión implica la sensación de que las cosas se están terminando, lo que resulta letal. Ahora los esposos están abandonados así mismos, aflorando sentimientos de rabia, venganza e intensa angustia. Es en este momento cuando los abogados intervienen, a veces con amenazas de represalias en relación con la custodia de los hijos y de los bienes patrimoniales. Es también el momento en que los hijos corren el mayor riesgo de ser afectados emocionalmente como resultado de la conducta de los padres.
8. *Recurrencia de la ambivalencia.* Este periodo es parecido al de pseudorreconciliación y refleja la dosis de realidad que inyectan los problemas legales. Esta nueva reconciliación dispara en los hijos el deseo de que vuelvan a reconciliarse, retornando al estado de "normalidad" perdido. Cuanto mayor sea la ambivalencia de los padres, mayor será igualmente la creencia de los hijos en que la reconciliación es posible.
9. *Las disputas potenciales.* En esta etapa se hacen evidentes los desacuerdos en cuestiones como la división de propiedades, pensión del esposo sin recursos, mantenimiento de los hijos y arreglos sobre la custodia y visitas.

10. *Custodia compartida después del divorcio.* Una vez que pasó la ordalía del divorcio, comienza a ser real la necesidad de aprender el rol de padres y de dejar de ser pareja. Es un tiempo de incertidumbre en el que hay que definir nuevas funciones parentales, también un nuevo ajuste personal y la reconstrucción de las relaciones con la red social. Una vez que se ha producido el divorcio es común que se ofrezca terapia individual a los esposos (por separado) y/o a los hijos.
11. *El nuevo matrimonio.* Esta etapa se refiere a la decisión de uno de los ex cónyuges de formar un nuevo matrimonio. El movimiento de uno de los dos miembros de la pareja hacia un nuevo matrimonio genera una crisis seria de todo el sistema. No importa lo bien que se produjera la separación o el tiempo que haya pasado, el impacto suele ser profundo. La entrada de un nuevo jugador en el drama de la familia amenaza el precario equilibrio conseguido. Se genera ambivalencia en la antigua pareja que tiene que dar por definitivamente perdida la relación y que desarrolla un hondo resentimiento hacia la nueva pareja; igualmente en los hijos que tienen que renunciar a las fantasías de reconciliación; también en los abuelos que pueden temer una mayor dificultad de acceso a los nietos. A veces surgen alianzas con el padre que permanece leal a la antigua familia.
12. *La reconstitución de la familia.* La entrada de un nuevo miembro reorganiza estructuralmente la familia forzando la definición de nuevos roles en el subsistema parental y en el de los hijos, así como en la relación entre ambos. Se crea igualmente una cierta presión en el otro cónyuge que se ve obligado a mejorar su estándar para seguir manteniendo a los hijos interesados. Los hijos pueden sentir que el padre que se casa les abandona. Tampoco tienen un modelo de cómo tienen que relacionarse con el nuevo padre creándose problemas de lealtades, de disciplina, etc.
13. *El segundo matrimonio.* Se crea una nueva crisis en el sistema cuando el cónyuge que no estaba casado se casa. El impacto no suele ser tan poderoso como en el primero de los matrimonios, pero conserva la suficiente fuerza como para posibilitar la reapertura de procedimientos legales. Además, crea aún más perplejidad y confusión en los roles familiares. A pesar de que los hijos se puedan sentir más cómodos y estables cuando ambos padres están, de nuevo, casados, este nuevo matrimonio acaba con sus fantasías de reconciliación.
14. *El funcionamiento familiar dual.* Una vez que se han casado los dos esposos, se funciona como una familia con dos núcleos y cuatro familias extensas, es una familia reconstituida que requiere normas de funcionamiento, roles y jerarquías claras para poder tener éxito.

Como podemos observar, las primeras 7 etapas se refieren a la fase de desacoplamiento estructural, ya que se lleva a cabo la quebradura de la relación afectiva entre la pareja, y en la estructura familiar original, esta etapa es especialmente dolorosa para los miembros de la familia ya que incluye sentimientos como enojo, ambivalencia e incertidumbre. Las siguientes 4 etapas se refieren a la fase de acoplamiento de la red, caracterizadas por ser un periodo de búsqueda de operatividad de un sistema que se está transformando, es un intento de la familia de cumplir con funciones básicas para sus miembros a pesar del dolor y de la incertidumbre que provoca la transición. Finalmente, las últimas 3 etapas se refieren a la fase de reacoplamiento estructural, que es el momento de reacomodo, la reconstrucción de los escombros después del cisma, aunque

es en sí misma una fase de crisis puesto que será un periodo de reajuste de funciones y roles, de reglas, etc., en términos concretos: de establecer una nueva estructura familiar. En esta fase la metamorfosis ha concluido, y se ha construido una nueva familia, dando lugar a nuevos retos y a nuevas metamorfosis.

Pautas del divorcio

Considero oportuno mencionar algunas pautas que suelen ocurrir en el proceso de divorcio:

- *(En el divorcio) Comúnmente los miembros de la familia experimentan la tensión producida por una transición e intentan estrechar más sus vínculos, por lo que la familia se convierte en una caja de resonancia en la que la inseguridad de uno de sus miembros contagia a los demás (Minuchin, 1984, p.31).*

Es muy común en el proceso de divorcio que el dolor de alguno de los miembros se transmita a otro, con el fin de sentir apoyo y/o confirmación de dicho dolor, por lo que se sobrepasan los límites entre subsistemas. Esto se evidencia en las relaciones entre padres e hijos cuando uno de los cónyuges se afianza a uno de los hijos (o a todos sus hijos), para platicarles acerca de su tristeza, o bien para quejarse del maltrato recibido del otro cónyuge, queriendo convertirlos en aliados en la lucha o bien, en "colchones" en los cuales descansar, esto es muy dañino para los hijos, por lo cual será necesario clarificar límites entre subsistemas.

- *Los miembros de la familia se ven en la tarea de negociar nuevas pautas de funcionamiento mientras que los programas que gobernaban la vieja familia todavía controlan sus respuestas habituales. Las nuevas familias que resultan de un divorcio sienten el fantasma de viejas estructuras como los amputados experimentan sus miembros fantasmas... En ocasiones las nuevas pautas pueden volverse disfuncionales si no se adecúan a las nuevas necesidades (Minuchin, 1984, p.35).*

Esto tiene relación con la segunda fase del proceso de divorcio (Everett y Volgy, 1991) que se refiere al acoplamiento de la red. En su primera etapa de reajuste, puede ocurrir que los padres intenten realizar las mismas pautas de comportamiento o aplicar las mismas reglas de la anterior familia, sin embargo se toparán con la realidad del cambio del sistema, que amerita cambios en todos los sentidos para satisfacer las nuevas necesidades.

- *Los padres, que se habían acostumbrado a unificar un ritmo de pareja y a compartir funciones parentales, tendrán que retornar a la soledad y al redescubrimiento del ritmo individual. Al mismo tiempo las funciones parentales suelen hacerse más difíciles cuando la entera carga debe ser llevada por uno solo de los progenitores. Sin embargo, son a la vez más simples, pues ya no deben ser negociadas por los cónyuges que pueden tener diferentes perspectivas ...Algunas tareas cambian para el adulto divorciado, sobre todo las funciones conyugales y las relaciones con sus pares. A pesar de ello el progenitor debe seguir cumpliendo las tareas de socialización, aunque tanto la experiencia como la ejecución de dichas tareas cambian (Minuchin, 1984, p.36).*

Sin duda, habrá muchos cambios para los cónyuges, la ruptura de la relación de pareja conllevará cambios en la socialización, en el desempeño de tareas y en las responsabilidades en el diario vivir. Es muy probable que uno de los cónyuges sienta mayor peso que otro en el

cuidado de los hijos. Generalmente quien obtiene la custodia de los hijos pasará más tiempo con ellos y por lo tanto sentirá mayor carga que el otro, quien puede volverse periférico (Goldstein, Freid y Solnit, 1973). El recuperar el ritmo individual puede implicar ventajas y desventajas. La desventaja puede referirse al sentimiento de soledad y de mayor carga, pero la ventaja puede referirse a la simplicidad en la toma de decisiones cotidianas puesto que se depende del criterio personal y ya no se tiene que gastar tiempo en negociaciones con otra persona, aunque cabe mencionar que habrá asuntos trascendentes para los hijos en los que si deberá haber negociaciones entre padres sobre todo en temas relacionados a la socialización, las finanzas y la educación:

- *En la transición que sucede a un divorcio, los padres deben negociar cómo continuar sus funciones cuando no sean ya cónyuges. Una de las áreas en las que habrá que tomarse acuerdos es en lo concerniente a las finanzas. Además, la familia tendrá que enfrentar la necesidad de seguir operando en sus tareas básicas de protección y educación (Minchin, 1984, p.46).*

Como mencionamos, en la etapa de Reacomplamiento Estructural (Everett y Volgy, 1991), una vez que se ha decidido el divorcio y que se ha llevado a cabo, los ex cónyuges deben tomar acuerdos sobre diversos asuntos, serán temas obligatorios el asunto de las finanzas, la educación y la protección de los hijos, funciones que tendrán ambos cónyuges mientras sus hijos sean menores de edad, independientemente de que los padres sean o no pareja. En cuanto a las finanzas, un tema importante será la pensión alimentaria que el cónyuge, que no tiene la guarda y custodia, debe brindar para los hijos, así como los días de convivencia de cada cónyuge con sus hijos y con sus respectivas familias extensas. En cuanto a la educación, será imprescindible que los padres acuerden cuáles serán las normas, límites y valores que regirán la conducta de los hijos así como la escuela en la que van a estudiar, las estrategias de estudio, las actividades recreativas, etc.

Además de lo antes señalado, Minuchin hace referencia a la situación de los hijos en el proceso de divorcio, especialmente menciona que en los niños pequeños existen algunas reacciones de enfrentamiento ante el divorcio de sus padres y algunas dificultades que suelen presentarse con los niños cuando uno de los padres tiene una nueva pareja:

- *En los niños más pequeños, esta experiencia difícil y confusa provoca fantasías de abandono, será trabajo de los padres hacer entender a los hijos que ellos no tienen la culpa de la separación, y que gozarán del cuidado de los padres independientemente de la ruptura de pareja. ...En ocasiones, los niños tratan de solucionar un problema interpersonal mediante maniobras de negación: No te necesito, soy adulto. Por lo que se requiere la atención cálida y afectuosa de ambos padres, después del momento de crisis, el equilibrio llegará. ...La proximidad entre un niño y la nueva compañía de uno de sus progenitores suele crear tensiones en el primero. Por lo que se requiere un acercamiento cómodo y paulatino (Minuchin, 1984, p.39).*

El proceso de divorcio conlleva un entramado de situaciones emocionalmente difíciles para todos los miembros de la familia, pero especialmente para los hijos, quienes son particularmente vulnerables en estos escenarios. Como producto de la confusión, el miedo, la incertidumbre, el enojo y la tristeza, pueden presentar reacciones diversas en su conducta y en su salud, por lo cual será labor de los padres, realizar el máximo esfuerzo por salvaguardarlos emocionalmente acercándolos paulatinamente a sus nuevas parejas y a los nuevos contextos.

Además, como mencionamos, los padres deben continuar desempeñando sus funciones como educadores transmitiendo a sus hijos la seguridad de que estarán con ellos brindándoles afecto y protección, lo cual no será tarea fácil para los adultos, quienes están experimentando su propio proceso de incertidumbre, dolor e ira (Isaacs et al.1995).

Minuchin nos ha provisto de una serie de descripciones de lo que suele ocurrir en la familia divorciada y también nos presenta algunas recomendaciones pertinentes, las cuales no son consideradas en muchos casos de divorcio, tornándose éste en un suceso traumático y tortuoso para quienes lo viven, lo cual se conoce como *divorcio difícil*, tema que abordaremos brevemente.

Divorcio difícil

Isaacs, Montalvo y Abelsohn mencionan que el divorcio en general es un evento que plantea exigencias extremas:

Las parejas que se divorcian deben reorganizar sus relaciones durante la separación y después de ella...deben hacer frente a toda una gama de sentimientos (de pérdida, ira, culpa y alivio). Deben conservar o recuperar su confianza en sí mismas: en que podrán atender las necesidades de los hijos sin la ayuda del ex cónyuge y serán también capaces de sobrellevar los errores que se cometen inevitablemente durante el proceso de reorganización familiar. Tanto la pareja como los hijos deben modificar rápidamente sus relaciones con las redes sociales...trocando alianzas y estableciendo nuevas coaliciones con peritos en asuntos legales y otras personas extrañas. A menudo, la familia se tiene que adaptar a un cambio radical en su posición socioeconómica (Isaacs et al., 1995, p.17).

Dichos autores mencionan que los cambios en el aspecto emocional de los implicados, los cambios en la estructura familiar, en las redes sociales y en el aspecto económico afectan profundamente los niveles de estrés de niños y adultos, sin embargo, pese a todo muchas familias logran salir adelante, trabajando los padres en causar los menores daños posibles a los hijos. Por el contrario, existen otras familias cuyo proceso de separación es más penoso, a estos casos se les denomina *divorcios difíciles*, e implican aquella relación entre cónyuges que no pueden controlar sus disputas y, a menudo, reclutan a sus hijos haciendo que tomen partido. O bien, que pierden la fe en su capacidad para cumplir las tareas parentales; o en otros casos, que abdican de sus responsabilidades en la educación y crianza de los hijos. Es decir, *un divorcio difícil es aquel en el que los cónyuges no protegen a sus hijos del choque provocado entre los adultos y por la desorganización de la vida familiar* (Isaacs et al., 1995).

Navarro y Pereira (2000), además de Pitman (1990), hacen referencia al divorcio difícil denominándolo *divorcio traumático* y mencionan aspectos que pueden servir como predictores de éste. Dichos factores predictores de un divorcio traumático, o bien, de ajuste, que menciona Pitman se pueden observar en la tabla 3.1

Tabla 3.1 PREDICTORES DE CONFLICTO Y AJUSTE EN DIVORCIO (Pitman, 1987)

Predictores de un divorcio traumático	
Un vínculo emocional muy intenso con el ex esposo.	
Sentimientos ambivalentes ante el divorcio	
Desaprobar personalmente el divorcio	
Resultar discriminado como consecuencia del divorcio	
Experimentar desaprobación por parte de personas significativas	
Haber iniciado uno de los esposos el divorcio sin mencionar nada al otro miembro	
Deseos de castigar al otro cónyuge	
Predictores de ajuste	
Estabilidad económica	
Actitud de indiferencia hacia el otro cónyuge	
Tener la oportunidad de desarrollar nuevas relaciones a través del trabajo y de otras actividades sociales.	

Como podemos notar, uno de los predictores para el divorcio traumático es la existencia de un vínculo muy intenso con el ex cónyuge que puede ser un vínculo relacionado con el amor, pero también con el resentimiento, lo cual dificulta que pueda llevarse a cabo una separación amistosamente, y muchas veces, aunque la separación legal se ha consumado, existe un vínculo emocional muy fuerte, difícil de disolverse sin antes trabajar terapéuticamente con los sentimientos de los involucrados, la presencia de este vínculo causa desgastes extenuantes y dificulta a las personas el cierre de una etapa de su vida y por consiguiente, dar el paso hacia la siguiente etapa. A este respecto, Pitman expresa lo siguiente:

Una vez divorciados, tal vez disfruten continuando su riña en torno a quién fue el bueno y quién el malo, quién el villano, y quién la víctima, quién el santo y quién el pecador. Esa batalla puede convertirse en el eje de su vida posterior al divorcio (Pitman, 1990, p.178).

Es importante mencionar que las emociones asociadas al divorcio están diferenciadas de acuerdo con el hecho de haber tomado o no la iniciativa de la separación. Quien tiene la iniciativa suele sentir culpa, sin embargo tiene mayor control de lo que ocurre puesto que es probable que lleve tiempo trabajando en sus sentimientos y estrategias para la superación de la separación, puede ser que tenga coraje y resentimiento por lo que resalta los puntos negativos del matrimonio y de la pareja, y quizá se sienta con una larga lista de razones que avalan su decisión de separarse, por lo que espera que los demás le ofrezcan su respaldo. Sin embargo, quien no inicia el proceso de ruptura, puede sentir abandono e incompreensión, desamparo, temor, tal vez perciba que lo toman desprevenido por lo que experimente sentimientos de pérdida y confusión, por lo que quizás intente mediar demostrando que las cosas pueden cambiar y buscando la reconciliación. En un principio pueden negar la realidad ante la evidencia del divorcio y ser evitador de conflictos, pero después, al no tener mayor remedio que aceptar la ruptura, se enfrasque en el dolor y en el resentimiento por el rechazo y el desamor del otro.

Otro factor que dificulta un adecuado proceso de divorcio es el sistema de creencias respecto al mismo. Cuando los miembros de la pareja o sus familiares connotan negativamente el divorcio (por ejemplo, cuando lo evalúan como algo pecaminoso o vergonzoso, como un fracaso etc.) seguramente habrá sentimientos de malestar y culpa, lo cual invariablemente afectará el proceso. Y finalmente, Pitman menciona como predictor de divorcio traumático el haber iniciado el divorcio sin el mutuo consentimiento de la pareja, recordemos que este tipo de divorcio se conoce legalmente como *divorcio judicial necesario*, y es comúnmente llevado a cabo por causas de violencia, infidelidad, incesto, adicciones y otras conductas lastimeras de alguno de los cónyuges. Sin lugar a duda, un divorcio sin el mutuo consentimiento será más dificultoso

que uno acordado por ambos miembros de la pareja. A este respecto Isaacs, Montalvo y Abelson mencionan lo siguiente:

Siempre habrá parejas en las que el deseo y la decisión de separarse no sean mutuos. El hecho de que un cónyuge desee salvar el matrimonio y el otro quiera la separación es, con frecuencia, la primera señal...de esa desviación...que caracteriza a muchas parejas estancadas en una situación insuperable (Isaacs et al., 1995, p.27).

Cuando los miembros de la pareja no han acabado de aceptar la separación o bien, cuando ésta a ocurrido en un proceso extremadamente desgastante y conflictivo, es muy probable que existan desavenencias entre los individuos respecto a diversos asuntos por ejemplo, en el tema de las finanzas y la educación de los niños. En cuanto a las finanzas, un ex cónyuge suele contestar con negativas a peticiones razonables por parte de otro o bien, un cónyuge puede hacer peticiones poco razonables e inconvenientes al otro con el fin de seguir en la pelea y de desquitar su resentimiento, estas acciones solo alargarán la agonía y desgastarán a adultos e hijos. Cabe mencionar que estos conflictos también pueden estar sobresaltados por la intervención de los abogados quienes influyen decisivamente en el comportamiento de la pareja, en particular cuando tratan de "ganar ascendente sobre personas que, a su vez compiten por el poder" y en este afán aconsejan a sus clientes armar estrategias que los hagan lucir desvalidos económicamente o que se maquine una imagen desfavorable del otro miembro de la pareja para lograr las ventajas económicas y de custodia de los hijos que suelen formar parte del botín a repartir. En este escenario, son comunes las amenazas constantes de parte de un ex cónyuge respecto a quitar la custodia de los menores al otro ex cónyuge.

En cuanto a la educación, es muy común observar que un cónyuge abdique de sus responsabilidades parentales con el fin de castigar al otro progenitor y la presencia de episodios de violencia psicológica, verbal o física aún después de haberse consumado legalmente el divorcio.

Otro ingrediente del divorcio difícil puede ser la triangulación de alguno de los hijos (o de todos los hijos) por parte de un progenitor, al involucrarlos en las disputas entre padres, buscando formar coaliciones con ellos en contra del otro ex cónyuge.

En cuanto a los hijos, las repercusiones dependen en gran medida de la edad de los niños, su sexo y su personalidad, Minuchin (1984) opina mientras más pequeños sean los hijos presentan mayor ansiedad, confusión y temor al abandono; culpa, sintomatología física (trastornos del sueño, dolores de cabeza, etcétera) y cambios comportamentales (bajo rendimiento escolar, distracción o depresión).

EL DIVORCIO DIFÍCIL MOTIVADO POR LA CRISIS DE PRE-SEPARACIÓN

Detallando un poco más este aspecto, considero importante mencionar lo que Isaacs et al. (1995) describen sobre la crisis de pre-separación:

La mayoría de las parejas que se separan atraviesan una etapa, relativamente prolongada, en la que no acaban de decidir si romperán o no su relación. A la larga, toman esa decisión, se separan físicamente y empiezan a reorganizarse como familia dividida. Empero, algunas parejas se empantanar en ese decidirse, o acuerdan no tomar la decisión con la esperanza del que el tiempo, por sí solo, habrá de modificar sus circunstancias. Los obstáculos suponen mucho más que la

angustia de separación: hay cuestiones espinosas, concernientes a las consecuencias previstas y los intentos de controlarlas, y las preocupaciones en torno a las finanzas, las visitas a los hijos y su custodia no son meros sucesos psicológicos internos. Representan inquietudes reales, que exigen tomar decisiones responsables, pero que pueden surgir en momentos en que cada participante todavía está ocupado en hacerle cambiar de opinión al otro, o aun en vengarse, en vez de zanjar sus discrepancias (p.25).

Si bien, la pre- separación constituye una etapa común en el proceso de divorcio por todas las implicaciones que de éste emanan, el estancamiento en esta fase provoca el desgaste de la familia y a su vez, un divorcio difícil, ya que dicho estancamiento alarga la agonía de los cónyuges pero especialmente la incertidumbre de los hijos. Como mencionan los autores, el alargamiento de la etapa de la crisis pre-separación puede tener el propósito de evitar tomar acuerdos responsables que favorezcan en primer lugar a los hijos; vengarse o castigar al otro cónyuge negándole su soltería. En estos casos, no sólo los cónyuges pagan doble cuota de sufrimiento, sino también los hijos, quienes pueden unirse a este embrollo de estancamiento, presentando síntomas y/o conductas que tengan como fin unir a la pareja, lo cual les afectará notablemente:

...Si un divorcio parece temporario y se cree posible la reconciliación, los miembros de la familia no siguen adelante... sino que maniobran torpemente para reconciliar y reunir a la pareja. La fantasía de la reconciliación puede paralizar a una familia y es particularmente destructiva para los hijos (Pitman, 1990, p.176).

EL DIVORCIO DIFÍCIL POR MOTIVO DE LA INFIDELIDAD

Una causa muy peculiar del divorcio difícil se refiere a la infidelidad. Pitman (1990) expresa al respecto lo siguiente:

La mayoría de los divorcios sobrevienen como resultado directo de una aventura amorosa...para él (un cónyuge) el divorcio es una experiencia liberadora, pero el otro cónyuge y los hijos lo viven como una traición y una deserción...La crisis combinada de infidelidad, divorcio y nuevas nupcias con quien "destruyó el hogar" puede dejar desolados a todos... Por eso en muchos divorcios un cónyuge la pasa estupendamente bien, y el otro se siente desdichado y absorbe toda la energía emocional de la familia. Los hijos (se ven en la tarea)...de apoyar enérgicamente al cónyuge abandonado (p.174).

Cuando el divorcio se decide a raíz de la infidelidad de alguno de los cónyuges, es probable que se desate un divorcio difícil, ya que en el escenario están presentes: la tristeza, la decepción y el enojo de un cónyuge y sus hijos hacia el cónyuge considerado como "infiel". El término "infiel" denota ya el juicio moral al que es sometido, puesto que se le considera como quien está fallando a un compromiso, siendo desleal a un pacto y a la gente que debiera ser prioritaria en su vida, lo cual le pone en un nivel de desventaja en cuanto a su estatus en relación a la estimación de sus hijos. Además, la pareja con quien ocurrió la infidelidad, suele ser considerada como "el o la culpable del divorcio", lo cual dificultará su aceptación en la nueva estructura familiar, en caso de establecerse una relación formal. Seguramente el otro cónyuge que se considera a sí mismo como "víctima" de la infidelidad mantendrá una actitud de resentimiento, enojo y frustración, lo cual entorpecerá la toma de acuerdos entre padres y la protección emocional de los hijos, a quienes podría tomárseles como receptores del dolor, obligándoles a ser "amigos y aliados" en vez de hijos, de esta forma se les coloca en un conflicto

de lealtades, lo que los hace víctimas de maltrato parento-filial lo cual es una forma de abuso psicológico.

Para los hijos esta situación de divorcio es un tema sumamente complicado, pues se encuentran en medio de una red de contradicciones entre valores morales, estando latente el amor hacia ambos padres y la necesidad del afecto de ellos, quienes es muy probable que, por estar tan enfrascados en sus propios dilemas, les abandonen emocionalmente:

El efecto más importante, entre lo que sufren los hijos, es el cambio en su relación con sus progenitores. Estos se hallan deprimidos o distraídos, preocupados por los cambios en su propia vida, y es improbable que estén disponibles para sus hijos. Hasta pueden volverse dependientes de ellos aunque sean de muy corta edad... (los hijos) adquirirán nuevas habilidades, afrontarán nuevas situaciones, experimentarán nuevas angustias, se toparán con nuevas dificultades y todo ello los hará sentirse inseguros, distraídos y abrumados (Pitman, 1990, p.179).

Esta falta de protección aunada a la carga por el deber de apoyar al progenitor que fue la "víctima", y la impotencia de poder arreglar un hogar que parece derrumbarse, es un escenario en el que los hijos pueden presentar diversos síntomas.

Durante el trámite de divorcio... Todos se sienten responsables y culpables mientras examinan su contribución al desastre, pero no pueden detenerlo... No es raro que los miembros de una familia presenten algún síntoma mientras se tramita un divorcio (Pitman, 1990, p.176).

Tratamiento del divorcio

Como hemos mencionado, habitualmente el proceso de divorcio es una experiencia altamente significativa para las personas que lo enfrentan. Este evento generalmente resulta tenso para los miembros de la familia ya que no sólo se definirán las cuestiones operativas de la nueva estructura familiar (se deben negociar nuevas pautas de funcionamiento, y a la vez, permanecer conectado con las familias extensas), sino que implica la vivencia y resolución de las emociones dolorosas que conlleva: la superación de las heridas, de la angustia, de la culpa, la confusión, el duelo por la unidad de la familia, y a la par la recuperación de las esperanzas, sueños y expectativas para restablecer las ganas de iniciar un nuevo proyecto de vida. No obstante a esta parte emocional, debemos recordar que paralelamente estarán presentándose las cuestiones legales concernientes a la ruptura del vínculo matrimonial y sus implicaciones.

Por lo tanto, el terapeuta que atienda casos de divorcio debe estar al pendiente de distintos aspectos: de la situación emocional de los miembros de la familia consultante, de la etapa del proceso de divorcio en la que se encuentran, de recomendarles asesoramiento legal y en caso de que ya estén llevando a cabo el proceso legal, preguntarles cómo se desenvuelve este proceso (Minuchin sugiere que los terapeutas deberían contar con un asesor legal de su confianza que le permita conocer los procedimientos que habitualmente se desarrollan en las demandas de divorcio) y finalmente, de facilitar la negociación para la toma de acuerdos que favorezcan en la medida de lo posible a todos los miembros de la familia, y especialmente a los hijos.

En cuanto a la situación emocional de los miembros de la familia, cabe mencionar que terapéuticamente es importante que ambos padres acepten la parte de responsabilidad que les corresponde en la ruptura del matrimonio, que superen la angustia y la culpa, además de que se logre la reestructuración de las relaciones entre padres e hijos. En el caso particular del miembro

de la pareja que no conserve la custodia de los niños, la terapia puede orientarse en alguna medida a la adaptación del individuo a vivir sólo, redescubrir su ritmo personal y la reconstrucción de una red social; por su parte, para quien conserva la custodia, se buscará ofrecer el apoyo que permita los reajustes operativos y estructurales para el ejercicio parental y familiar cotidiano. Ambos padres deberán encontrar fórmulas para la continuidad de una relación parental efectiva con los hijos.

En la literatura de la psicoterapia que aborda el tema del divorcio, se encuentra que una preocupación fundamental es la referente a los riesgos e impactos que la disolución conyugal tiene sobre los hijos. Navarro y Pereira (2000) afirman que una parte medular de la intervención terapéutica es la concerniente al "(...) cómo se comunique la noticia pues esto tiene un impacto poderoso en cómo los hijos van a vivir la situación". Los mismos autores sugieren que es apropiado adecuar el modo de informar a los niños tomando en cuenta su edad y la pertinencia de que éstos conozcan o no los detalles que propiciaron la ruptura, así como darles la certeza de que, aunque estén separados como pareja, los padres seguirán ejerciendo sus funciones. Además, los padres deberán asegurarse de que los niños comprendan que no son culpables del divorcio.

Recordemos que el proceso de divorcio tiene diferentes etapas de acuerdo a Everett y Volgy (1991). Estos autores a su vez, proponen intervenciones terapéuticas generales que pueden ayudar a la familia a transitar adecuadamente por cada etapa, en la tabla 4.2 se exponen brevemente éstas intervenciones.

Tabla 3.2 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN CADA ETAPA DEL PROCESO DE DIVORCIO	
ETAPA DEL PROCESO DE DIVORCIO	INTERVENCIONES RECOMENDABLES
1. Aumento de la ambivalencia	Es conveniente ver a los dos miembros de la pareja conjuntamente, de esta forma se transmite el mensaje de que el problema lo es de pareja, y no que uno de ellos ha desarrollado una patología. El terapeuta debe reconocer la ambivalencia como el origen de los problemas de la pareja, y tratar de modificar el patrón de interacción disfuncional.
2. Distanciamiento	Se deben identificar los primeros síntomas de alteraciones del equilibrio en la complementariedad de los roles entre los esposos y con los hijos, como faltas de atención al otro cónyuge y/o abandono de las obligaciones para con los hijos.
3. Fantasías y acciones de pre-separación	El terapeuta debe identificar aquellos movimientos de separarse realmente del cónyuge Cuando los esposos han decidido la separación, el profesional debe actuar de forma educativa, discutiendo los problemas de cómo informar a los hijos, padres y amigos; así como en la solución de problemas prácticos, como el momento más adecuado para la separación, las

	<p>expectativas, etc. Ha de discutir los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las razones para divorciarse y cómo se llegó a ese punto • Hasta qué punto ambos cónyuges quieren divorciarse. • Acciones individuales o colectivas que hayan emprendido. • Las esperanzas, miedos y fantasías de cada cónyuge sobre lo que significa el divorcio. • Efectos que tendrá el divorcio sobre los hijos. • Respuestas típicas que se suelen tener ante un divorcio, así como las reacciones probables de los hijos. • Discusión de aquellos tópicos que la pareja está manejando de forma irracional o que evita. • Discusión sobre cómo puede empezar el proceso de adaptación (qué nuevos roles tienen que aprender, qué tareas han de completar y cómo piensan hacerlo). Se han de contemplar los aspectos positivos que puede tener la experiencia. Insistiendo en que los sentimientos de tristeza, pérdida y desamparo son adaptativos y preludio de la fase de aceptación y planificación del futuro.
4. Separación física	<p>El profesional debe estructurar la situación. Idealmente, debe ayudarles a planificar sus necesidades y la continuidad de la terapia. Se les debe informar sobre cómo hablar a sus hijos y responder a sus preguntas, cómo ayudarles en sus miedos. Es fundamental descubrir las alianzas de los cónyuges con sus familias de origen. Pasadas varias semanas de separación, se invitará a los hijos a la terapia, bien con los padres o bien solos. Los hijos pueden preguntar y expresar sus miedos.</p>
5. Pseudorreconciliación	<p>El terapeuta debe interpretar la pseudorreconciliación como un mecanismo de camuflaje de patrones de interacción disfuncionales. Deberá identificar esos patrones de una forma tal que la pareja pueda decidir si afrontarlos en este momento o no; confrontará la poderosa colusión reactivada por los miedos a separarse.</p>
6. Fantasías de predivorcio	<p>Contener la reactividad; tratar la creciente inestabilidad y ayudarles a tomar la decisión sobre el divorcio en los siguientes casos: en conflictos extremados, cuando alguno de los esposos no cuide en absoluto al otro, cuando determinados sentimientos impidan la convivencia (celos extremos, rigidez, sentimientos de pertenencia, etc.), abandono sexual o existencia de una tercera persona, crisis vitales serias, indecisión aparentemente insalvable con respecto a divorciarse o no.</p>

7. Decisión de divorciarse	Los terapeutas deberán tener abogados de confianza a los que puedan derivar los casos y a los que consultar. El terapeuta puede ayudar a la pareja a negociar su divorcio, explicándoles, por ejemplo, qué pueden esperar cuando visiten al abogado, el papel de la terapia familiar para ventilar sentimientos, entender y llevar a cabo decisiones, y salvaguardarles de conductas inintencionalmente destructivas.
8. Recurrencia a la ambivalencia	El profesional debe identificar las razones de la ambivalencia y hacer que la pareja tome conciencia de ellas. El terapeuta debe refrenar el divorcio dándoles más tiempo para discutir aquellos asuntos de los que nunca hablaron, así como de las heridas mutuamente infligidas.
9. Las disputas potenciales	Mediación. El proceso de mediación se puede dividir en cuatro fases: <ol style="list-style-type: none"> 1) Establecimiento de la necesidad de mediación 2) Definición de problemas 3) Procesamiento de los problemas 4) Solución de los problemas
10. Custodia compartida después del divorcio.	Terapia individual a los esposos (por separado) y/o a los hijos. Una función importante del terapeuta es la de ayudar a comenzar la fase de reacoplamiento estructural.
11. El nuevo matrimonio	El profesional debe estar atento a los desequilibrios del sistema y a los intentos de reabrir los procedimientos legales. Se producen acusaciones de abuso sexual, de abandono, etc. Para los hijos éste es un momento de crisis y el profesional debe ayudarles a comprender lo que está sucediendo.
12. La reconstitución de la familia. 13. El segundo matrimonio.	Se orienta primero a pedir tiempo para crear y estabilizar relaciones. Tiempo que se invierte en un trato que facilite el conocimiento mutuo, para crear rituales en la nueva familia y para crear una historia común. Segundo, se trata de conseguir una mayor flexibilidad de funcionamiento que en las familias intactas.
14. El funcionamiento familiar dual	El profesional debe buscar y resolver aquellas alianzas que pueden amenazar el equilibrio de las familias. Su papel puede ser crítico a la hora de predecir posibles problemas.

Entre las intervenciones destinadas a hacer más llevadero el proceso de negociación en una situación de divorcio, se destaca *la mediación* que se realiza con la finalidad de ayudar a los individuos a llegar a acuerdos que en la medida de lo posible sean equitativamente favorables para ambos y en especial, para los hijos (Ripoll-Millet, 2000). El terapeuta interviene como un profesional capacitado que facilita la comunicación entre las partes en conflicto a fin de que logren de una forma pacífica, resolver sus problemas.

La mediación y orientación terapéutica respecto a la reestructuración del sistema familiar, son aspectos básicos en el tratamiento del divorcio, sin embargo, cabe recordar que hay divorcios que se caracterizan por presentar mayores complicaciones, al respecto queremos detallar posibles intervenciones recomendadas por terapeutas sistémicos.

Tratamiento del divorcio difícil

Isaacs et al. (1995) quienes son terapeutas sistémicos con enfoque estructural, exponen las siguientes líneas generales para el tratamiento del divorcio difícil:

1. La terapia debe centrarse en los esfuerzos en que se han de empeñar el padre y la madre para reorganizar sus relaciones recíprocas y con sus hijos.
2. Debe darse prioridad al bienestar de los hijos
3. La terapia debe tratar las realidades del divorcio, trabajará con subsistemas dentro de la familia.
4. Se puede entrevistar conjuntamente a progenitores hostiles, con fines terapéuticos, a condición de que se controle el encuentro.

Dichos autores desglosan los anteriores aspectos de la siguiente forma:

Una terapia centrada en la reorganización

Aunque el nivel de ajuste de una familia separada refleja en gran parte su historia previa a la separación, lo más importante es, a la larga, su capacidad para negociar los numerosos y radicales cambios exigidos por el divorcio y para reorganizarse de manera de resguardar el desarrollo de sus miembros. Parte del trabajo de la familia consiste en llorar las pérdidas ocasionadas por el divorcio; empero, desde un punto de vista global, serán esfuerzos por hacer frente a los cambios fundamentales los que determinen el resultado (Isaacs et al., p.18).

Los autores expresan que si bien, una parte imprescindible de la terapia en casos de divorcio es el trabajo con las emociones (el enojo, la culpa, la decepción, etc.) que emanan de este proceso; ponen el acento en la resolución de problemas prácticos entre los padres y de los padres con los hijos, habilitando la capacidad de negociación que tiene el sistema familiar, con el fin de dar paso al proceso de reorganización del mismo.

El divorcio implicará diversos cambios operativos y estructurales, a los cuales los miembros de la familia tendrán que responder protegiendo y propiciando el desarrollo de sus miembros. Entonces la terapia será a la par: un espacio de contención emocional en una situación de crisis, y una terapia centrada en el establecimiento de acuerdos, normas, roles, etc. que permitan el funcionamiento eficaz de un sistema nuevo que está desarrollándose.

Prioridad de los hijos

Damos prioridad a los hijos...hemos notado que aquellos progenitores que se desempeñan bien con sus hijos logran una mejor ajuste tras la separación. Procuramos ayudar al progenitor a conservar o recuperar la competencia (Isaacs et al., p.19).

Estos autores subrayan que las probabilidades de reaccionar y recuperarse después del estrés provocado por la separación pueden ser menores en los hijos que en sus progenitores, por lo tanto es muy importante que los progenitores cuiden de sus hijos y que se desempeñen

adecuadamente en sus funciones parentales durante todas las etapas del proceso de divorcio. Además, toman como base el supuesto de que si los padres pueden desempeñar adecuadamente sus funciones parentales durante el proceso de transición, podrán continuar haciéndolo en la etapa de reorganización o reacoplamiento. Por lo tanto, se ayuda a la pareja a mejorar su relación como padres, independientemente a sus problemas conyugales, o bien a su situación como pareja divorciada. Se da por hecho que aún divorciándose, estas parejas pueden calcular hasta qué punto utilizarán en su trato recíproco, su habilidad en el arte de exigir, tolerar y perdonar, a la vez que mantienen su continuidad en la resolución conjunta de problemas concernientes a los hijos.

Necesidad de trabajar con subsistemas

Estos autores mencionan que es importante tratar en terapia a la familia divorciada de acuerdo a su realidad estructural, es decir, es necesario trabajar de forma separada con los subsistemas que legalmente están siendo apartados:

...Al tratarlos como unidad dividida, la terapia se amolda a la realidad familiar...La unidad debe conservar algunos subsistemas, desprenderse de otros y desarrollar algunos nuevos. En nuestro trabajo con los subsistemas, aplicamos dos principios elementales: apoyamos a aquellos que pueden ayudar a la familia a cumplir sus funciones y procuramos restringir la influencia de las agrupaciones antagónicas (Isaacs et al., p.20).

En el caso de las familias que ya se han separado físicamente, conviene citar a un solo cónyuge para la primera reunión, pues así se respetan y se reafirman las fronteras trazadas. En cambio, según estos autores, se cometería un error táctico si se hiciese lo mismo con las familias que aún conviven en la misma casa.

En la familia divorciada, el subsistema de los padres se ha dividido, por lo tanto es común que se cite a la madre separada del padre, en ocasiones se citarán a los hijos o a éstos con alguno de los progenitores, el objetivo es coadyuvar a la familia en su intento de modificación de la estructura. En ocasiones se citan a otras personas significativas que pueden ayudar a la familia a desempeñar algunas funciones, éstos pueden ser miembros de la familia extensa o amistades. Se buscará además, romper coaliciones y favorecer la colaboración de los implicados en la nueva estructura haciendo encuentros controlados entre subsistemas antagónicos sólo cuando es necesario.

El encuentro controlado

Cuando se requiere que padres que viven separados se reúnan para tomar algunos acuerdos importantes para los hijos u otros temas relevantes, se les cita de manera conjunta y se les enfatiza en la llamada telefónica que el motivo de la sesión será precisamente tratar la situación de los hijos y que se les ofrecerá a cada progenitor una interacción limitada en el tiempo, que el terapeuta posibilitará el trabajo conjunto en un ambiente seguro. El incentivo es el deseo ostensible de la mayoría de los progenitores de velar por las necesidades de sus hijos durante el proceso de separación. El procedimiento que Isaacs et al. (1995) proponen para realizar el encuentro controlado se menciona a continuación:

El primer paso consiste en dialogar con los dos cónyuges juntos dentro del límite de tiempo prometido telefónicamente. El terapeuta pide la opinión de cada uno acerca de la situación de los hijos, comenzando con el progenitor que no inició la terapia.

El terapeuta no intenta que los cónyuges dialoguen entre sí; de hecho, se desalienta por lo general este tipo de diálogo...En esta etapa, toda comunicación se efectúa por intermedio del terapeuta.

Después el terapeuta entrevista a cada esposo por separado, tras lo cual reúne brevemente a toda la familia. De este modo, puede observar cómo se comportan los padres con sus hijos y como se ubican éstos alrededor de aquellos.

En un momento posterior, el terapeuta conversa a solas con los hijos, en el intento de conocer más a fondo sus problemas y evaluar estrategias que emplean para enfrentarlos. El tiempo que pase a solas con los hijos le proporcionará la palanca más importante para inducir un cambio en los padres. Por último, el terapeuta discutirá con la pareja lo que ha aprendido (o no ha podido averiguar acerca de los hijos y sus problemas (p.21).

Como podemos observar, la propuesta terapéutica de estos autores para el divorcio difícil insiste abiertamente en que los padres pueden proteger a sus hijos y negociar entre sí pragmáticamente en provecho de estos, a pesar del trauma que afrontan. Se trata de una terapia basada en la premisa de que la mayoría de las familias conservan, aunque modificadas, sus funciones primarias de socialización y protección, que pueden mantener pese a las exigencias que plantea la reorganización de la unidad familia.

Algunas investigaciones relacionadas con el divorcio y sus repercusiones.

El divorcio es un fenómeno social cuya presencia a nivel nacional y mundial va en incremento, debido a lo cual, ha sido motivo de distintas investigaciones.

González y Espinosa (2004) realizaron una investigación que tenía como finalidad explorar las causas que llevaron a parejas con menos de 5 años de matrimonio a separarse. Entrevistaron a 30 personas (15 hombres y 15 mujeres) que se divorciaron contando con menos de cinco años de relación, de un nivel socioeconómico medio, que vivían en la Ciudad de México. Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres expresan como principales causas de la separación: la incompatibilidad de caracteres y problemas relacionados con el manejo de las áreas de poder, dinero y fidelidad; cabe mencionar que los entrevistados mencionaron también, que el divorcio trajo como repercusiones, alteraciones en el estilo de vida y en la personalidad de ellos y de los miembros de su familia.

Respecto a las repercusiones que conlleva el divorcio en los integrantes de las familias (especialmente en los hijos), existen investigaciones que afirman que si bien, este proceso trae cambios drásticos, no es en sí una causa de desajuste emocional grave o patológico.

Morgado y González (2001) realizaron un estudio transversal con familias monoparentales integradas por una madre divorciada y sus hijos. El objetivo era conocer el nivel de ajuste psicológico de los niños y niñas tras el divorcio de los padres, en cuanto a variables como *Competencia escolar, Competencia cognitiva y social, Problemas de comportamiento y Autoestima*. Se comparó a un grupo de 96 niños y niñas entre 6 y 12 años hijos de madres separadas cuyo proceso de separación o divorcio se había llevado a cabo aproximadamente 4 años antes del estudio, con 93 niños cuyas edades eran similares pero sus familias eran biparentales. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al ajuste psicológico, que involucra el rendimiento escolar, cognitivo y social, características del comportamiento y la autoestima.

Un estudio similar, es el realizado por Torrente y Ruiz (2005), quienes pretendían conocer si la configuración familiar influye en la aparición y desarrollo de la conducta antisocial en la preadolescencia y la adolescencia, para lo cual analizaron dos muestras de sujetos, una de ellas con estructuras familiares intactas y la otra perteneciente a familias que habían pasado por un proceso de divorcio y eran lideradas por la madre. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la conducta antisocial

Los hallazgos antes mencionados han permitido inferir que, al transcurrir el tiempo y con una relación cooperativa entre ex cónyuges, es posible una evolución adaptada y ajustada en los hijos después del divorcio de sus padres. Sin embargo, datos contrarios a un adecuado ajuste en los hijos de familias divorciadas también han sido encontrados, el motivo principal: la discordia intensa entre los progenitores.

Gómez, Castro y Ruz (2002) realizaron una revisión bibliográfica de la relación existente entre la discordia entre esposos y los trastornos mentales en niños, tales como trastorno disocial, depresión y ansiedad. Estos autores mencionan en su revisión la investigación de Polaino-Lorente y Dómenech (1988), quienes realizaron un análisis sobre el síndrome depresivo en niños, sus resultados afirman que la separación conyugal es un factor significativamente implicado en la aparición de síndromes depresivos en la infancia, sin embargo, los hallazgos resaltaron que la fuente de estrés no era en sí misma la separación, sino el modo en que ésta se llevaba a cabo (por mutuo acuerdo vs conflicto, la forma de custodia de los hijos, etc.) y los conflictos pre y post divorcio. Otros autores como Wallerstein, Corbin y Lewis (1988) corroboran estas premisas al mencionar que el divorcio no es un único hecho puntual que genere trastornos en los hijos, sino que es el proceso de estadios múltiples en el que las relaciones familiares cambian radicalmente, lo que ocasiona reacciones graves en niños y adolescentes. Estos autores consideran que las repercusiones en los hijos no se deben tanto al divorcio como a la paternidad dividida, y al deterioro de la calidad de vida que sigue frecuentemente a la ruptura matrimonial.

Podemos inferir, entonces, que después de un divorcio existe una oportunidad latente de adaptación para la familia, o bien, de deterioro. Los miembros de la familia, en especial los hijos, tienen la posibilidad de lograr un adecuado ajuste psicológico cuando existe cooperación entre las partes, en cambio, cuando hay discordia constante entre los ex cónyuges en el proceso de divorcio y aún después de haberse efectuado, niños y adolescentes presentan problemas en su conducta, emociones y salud.

No son en sí mismos los procesos de divorcio los que provocan perjuicios a las familias, mas bien son los *divorcios difíciles* o *conflictivos* los que pueden acarrear consecuencias desfavorables graves, los cuales son caracterizados por la poca protección que los padres brindan a los hijos antes, durante y después de la ruptura marital.

De acuerdo a lo que hemos revisado teóricamente, el divorcio y más específicamente, el divorcio difícil representa un problema al que es necesario prestar atención, ya que afecta a la salud emocional de las personas que lo viven e implica una crisis en el curso del ciclo vital de la familia.

A continuación se describe el trabajo terapéutico con tres familias en proceso de *divorcio difícil*, en cada caso se expone un resumen de los datos de la familia, una síntesis de lo abordado en cada sesión de la terapia y un análisis general del proceso familiar a la luz de los autores antes mencionados.

Familia Gutiérrez Sánchez

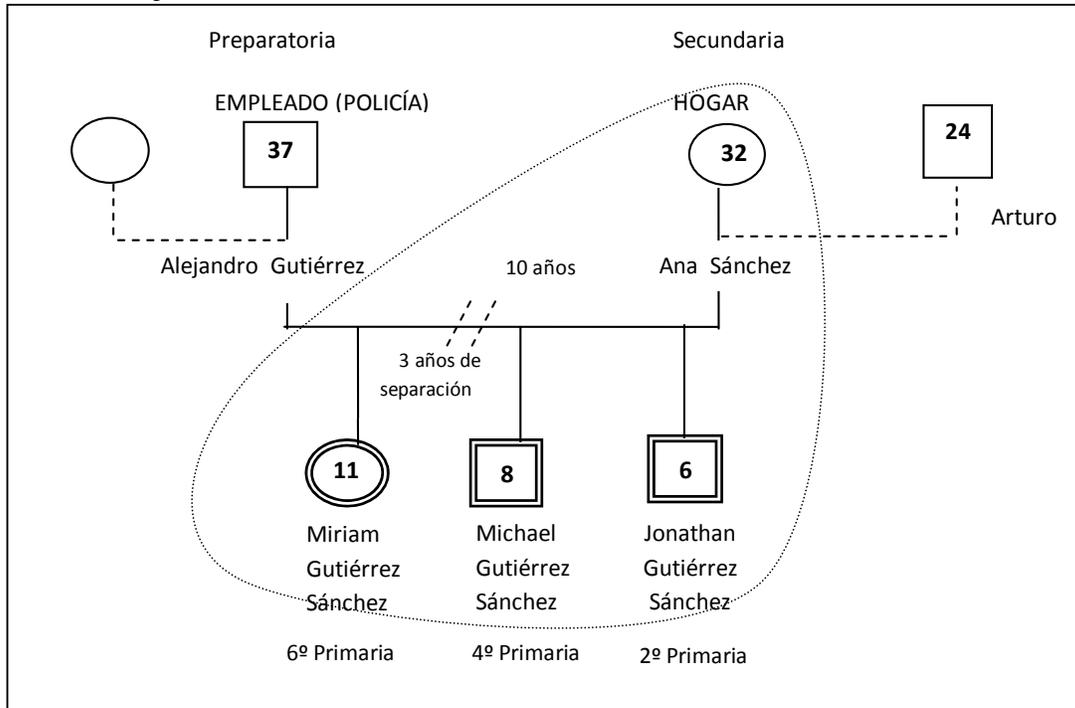
a) Datos generales

Sede: Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla (ISSSTE Col. Valle Ceylan)

Supervisora: Mtra. Rosario Espinosa y Mtra. Carmen Susana González

Equipo de Supervisión: Mónica Ayala, Laura Núñez, Alejandra Piloni, Cristian Treviño.

Familiograma:



b) Motivo de consulta

La Sra. Ana comenta que sus hijos pelean mucho entre sí y que ella no tiene control sobre ellos. Los tres niños muestran síntomas cuando están nerviosos: a Miriam le da por comer y morderse las uñas; Michael presenta dolores de cabeza; Jonathan es inquieto, rebelde y grita mucho. Estos síntomas se han presentado desde la separación entre Ana y Alejandro.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión 1 Personas que asisten: Sra. Ana y sus tres hijos.

La señora Ana explicó que el motivo por el que solicitaba la atención era pedir asesoría porque no sabe qué hacer con ella misma y con sus hijos, dijo que a veces se siente sola, ya que su familia vive en provincia, y sólo tiene a dos o tres amigas que conoció en la escuela de sus hijos, y a su actual novio, con quien sale para distraerse; por otro lado menciona que sus hijos se pelean mucho y que ya no sabe cómo controlarlos. Comentó que desde hace tres años está separada de su esposo, pero que no han realizado el trámite de divorcio porque el Sr. Alejandro se niega a efectuarlo. Respecto a la manutención de los niños menciona que el Sr. Alejandro le

puso como condición darle dinero para los niños sólo si ella se dedica al hogar y le permite visitarlos cuando él quiera verlos (lo cual es una vez por semana).

La señora menciona que decidió separarse de su esposo porque él le fue infiel con varias mujeres; cuando llegaba del trabajo, llegaba enojado, decía que estaba cansado, regañaba a sus hijos y no les ponía atención. La separación implicó una etapa muy difícil, ya que la señora se deprimió, sólo quería dormir, no tenía ánimo para hacer nada. Ella solía platicar a sus hijos acerca de los detalles de su separación y de lo malo que su ex pareja se estaba comportando. Los niños se pusieron muy tristes cuando su padre se fue de la casa, empezaron a manifestar agresividad, la niña empezó a comer mucho y a morderse las uñas cuando estaba nerviosa, los dos niños menores se volvieron muy inquietos. Los tres bajaron de calificaciones en la escuela.

En la sesión se observó que la Sra. Ana regresaba reiterativamente a hablar sobre el enojo y el dolor de lo ocurrido con su ex pareja. Cuando hablaba de este tema, sus hijos se ponían inquietos y la rodeaban intentando protegerla. Especialmente quiero hacer mención de Jonathan, quien en la sesión se subió en las piernas de su mamá, abrazándola y evitando que ella pudiera continuar hablando, ante esto, la Sra. Ana quedó inmóvil. Los niños, por su parte, hablaron de la tristeza y del enojo por lo que su padre les había hecho, ya que él había preferido vivir con otra mujer en vez de estar con ellos. Se sugirió trabajar primero con la Sra. Ana, ella aceptó. Se le citó sola.

Intervenciones:

- Validación de los sentimientos y preocupación de la madre y de los hijos.
- Redefinición del comportamiento de los niños, en vez de ser inquietos y nerviosos, se les denomina *sensibles y amorosos*: "con su comportamiento de pelear, morderse las uñas, etc., le ayudan a usted a distraerse de su tristeza".
- Iluminación de las interacciones que estaban ocurriendo en la sesión: "notamos que usted insiste en quejarse de su ex pareja, y cuando usted lo hace, los niños se inquietan"
- Clarificación de límites entre el subsistema conyugal y filial: "¿Qué diferencia habría en platicar todo a los niños o sólo aquello que no les angustie? Hable con adultos las cosas de adultos, y con los niños los temas correspondientes a su edad"; el tener sesiones por separado también ayudó a clarificar límites entre subsistemas.
- Redes de apoyo. Se pregunta a la Sra. Ana acerca de personas con las que podría platicar, ella menciona a algunas señoras que conoció en la escuela de sus hijos, se le sugiere tener momentos de acercamiento con estas personas y además buscar a otras.

Sesión 2 Personas que asisten: Sra. Ana.

La Sra. Ana nos mencionó brevemente su historia, nos dijo que su niñez había sido muy triste porque recuerda que su papá le pegaba a su mamá, y ella se espantaba y se hacía pipí en la cama, eran 11 hermanos, pero ambos progenitores se mostraban poco cariñosos con todos sus hijos. Vivían en Villa Hermosa, Tabasco.

Comentó que cuando terminó la secundaria, ella quería seguir estudiando pero su papá no estaba de acuerdo, ya que decía que las mujeres no tienen por qué estudiar, eso les corresponde a los hombres pues ellos son los que van a mantener el hogar. Entonces conoció a una familia que le ofreció trabajo, de esta forma podría pagarse sus estudios. Sólo que esta familia decidió viajar a la ciudad de México para establecerse aquí y la invitaron a venirse con

ellos, Ana aceptó. Viviendo con esta familia, le incomodaba que no la dejaran salir para nada, ni conocer gente, tenía que ir de su casa a la escuela, a escondidas se salía algunas ocasiones, en las que conoció a Alejandro, y al poco tiempo decidió casarse con él. Ella tenía 19 años.

La relación con el Sr. Alejandro fue también muy dura porque él era agresivo, le pedía estar en casa y no tener amistades. Ella comenta que le tenía mucho miedo y que en distintas ocasiones hubo episodios de violencia verbal y psicológica. Ana afirmó que toda esta historia le ha afectado actualmente en su trato con sus hijos, ya que ella se desespera al ver que ellos pelean y no la obedecen, por lo que les grita y les pega, pero ni aún así la obedecen. Comentó que cuando sus hijos pelean ella interviene pero de nada sirve intervenir, ya que sólo acaba más enojada y los niños continúan peleando a cada rato.

Se le preguntó ¿qué es lo que quisiera recibir de la terapia? Dijo que lo más importante para ella en este momento era recuperar el control de los niños y recibir orientación para mejorar en su papel de madre, también mencionó que quería saber si está bien que les grite o que les pegue, que ella piensa que no está bien, pero que es lo único que se le ocurre hacer. Comenta que antes les prometía que los iba a llevar a algún lugar si dejaban de pelear, y que ellos dejaban de pelear pero que ahora les dice eso y ya no funciona.

Finalmente se hizo un recuento de qué es lo que no funciona y que lo que sí funciona en el trato con sus hijos. Menciona que no funciona pegarles ni gritarles, dijo que probablemente sí funcione platicar.

Intervenciones:

- Normalización: "Los niños a esta edad suelen ser inquietos y probar la autoridad de sus padres".
- Definición de objetivos de la terapia: La señora pidió orientación en su papel de madre.
- Delimitación de límites o fronteras entre subsistemas: "Deje que los niños resuelvan sus diferencias, sin su intervención, al menos que sea realmente necesaria". De esta forma se da lugar a que el subsistema de los hijos realice acuerdos y negociaciones sin la interferencia del subsistema parental.
- Alianza con un miembro del sistema: Empoderamiento de la madre "Usted es la adulta, experimente lo que ha visto que sí le funciona".
- Tareas: Experimente nuevas estrategias para recuperar el control, una de ellas es hablar en voz baja y además premiar y castigar consistentemente las conductas de sus hijos.

Sesión 3 Personas que asisten: Sra. Ana

La señora Ana refiere que sus hijos están más tranquilos, que ella llevó a cabo nuestras sugerencias y le funcionaron muy bien con sus dos hijos mayores, Ana mencionó que Miriam y Michael estaban desconcertados porque ella ya no les grita, pero que se les ve más contentos y la obedecen más, pero el más pequeño (Jonathan) sigue igual, y ahora él es el que grita. Menciona que notó que las peleas entre sus hijos se resolvían más rápido cuando ella no intervenía.

Se le dijo que sus hijos son diferentes, que seguramente con Jonathan necesita mostrar mayor firmeza, que la firmeza no implica golpear, sino una actitud de consistencia en hacer cumplir las reglas.

Se le preguntó acerca de los premios y castigos que pueden ser efectivos para cada niño, ella los enumeró. Entonces se le pidió aplicar premios y castigos específicos para cada niño. Se le dijo que es común que cuando los padres aplican su autoridad a los hijos, éstos puedan mostrarse enojados y muchas veces intenten hacer más berrinche con tal de que los padres cedan (tal es el caso de Jonathan), sin embargo, si los padres continúan mostrándose firmes con las sanciones, los niños llegan a un tope de rebeldía y disminuyen dicha conducta.

Cabe mencionar que Ana comentó que su ex esposo le está pidiendo que lo perdone y le permita volver con ellos, de no hacerlo, la amenaza con dejar de darle dinero para los niños.

Ana dijo que está consciente de que al regresar con el papá de sus hijos, muchas cosas van a cambiar: ya no podrían salir con la libertad con la que ahora salen, no irían a fiestas, ella perdería a las amistades que ahora tiene, etc. En cambio si siguen como hasta ahora, ella y sus hijos seguirían teniendo libertad, ella se pondría a trabajar. La supervisora de la sesión le dijo lo siguiente: "Tu ex pareja te está poniendo una pistola en la cabeza, eso habla de que no te quiere, piensa bien si quieres regresar con él, si lo haces que sea por que tu lo quieres, y no porque es el padre de tus hijos, tu no necesitas que te mantengan, has sido capaz y eres capaz de salir adelante sola".

Intervenciones:

- Elogio por los cambios realizados: "Estamos sorprendidos por los cambios que has conseguido, vas muy bien y tus hijos lo están reflejando"
- Normalización de la conducta de los niños, en especial del niño menor.
- Alianza de los terapeutas con Ana en pro de controlar a sus hijos (empoderamiento de la madre)
- Intensidad. Ya que hubo una intervención por parte de la supervisora destinada a enfatizar un mensaje terapéutico, el cual se caracterizó por ser emitido con fuerza y determinación de tal forma que pudiera causar este efecto en la Sra. Ana.

Sesión 4 Personas que asisten: Sra. Ana

Ana nos dice que sus hijos ya están mejor, que ya no la meten en sus pleitos, que los ignora cuando pelean, les da premios cuando se portan bien, y cuando no la obedecen les aplica castigos. Respecto a esto último comenta que sus hijos mayores: Miriam y Michael se solidarizan para que Jonathan reciba su castigo cuando así lo merece, accediendo a dejar de ir al parque (ya que ir al parque es algo que le gusta mucho a Jonathan).

Se le preguntó qué es lo que ha obtenido de la terapia, y contestó que aquí le hemos dicho cómo tratar a sus hijos, que la hemos tranquilizado porque la escuchamos y le aconsejamos. A esto, le mencioné que ella ha sido la persona que ha realizado los cambios, porque es ella quien en su trato con los hijos lleva a cabo las acciones que le han traído los buenos resultados que observa.

La señora comentó que ya está consultando a un abogado porque quiere divorciarse de su esposo y recibir la pensión alimenticia justa para sus hijos. Y que ya no se deja manipular por él, que de hecho, ya habló con él y le puso "el alto" respecto a varias cosas (ya no deja que le grite a ella o a sus hijos cuando va a visitarlos, le ha exigido respeto) además, comentó que con Arturo, su actual pareja, también dejó clara su posición de no dejarse maltratar.

Se le hizo la pregunta de escala, en la que 1 es estar muy desesperada y 10 sentirse tranquila y segura. Ella comentó que en la primera sesión estaba en el 1 (mucha desesperación) dijo que actualmente estaba en el 8. Lo que ha hecho para escalar ha sido: Pedir ayuda, sentirse escuchada, tranquilizarse, pensar antes de aplicar ideas, sentirse bien con ella misma, ver al abogado, darse cuenta de que vale y que no se debe dejar maltratar, tomar sus propias decisiones, no callar lo que siente, vencer el miedo, proponerse cosas, decir "basta".

Se le preguntó hasta qué número le gustaría llegar y dijo que al 10, y que eso significaría estar trabajando y llevar a término el trámite de divorcio.

Intervenciones:

- Elogios por los cambios realizados: "Sin duda eres una mujer muy fuerte y capaz de lograr lo que te propones, estamos muy sorprendidos por los pasos que has dado y muy contentos por ti y por tus hijos".
- Pregunta de escala
- Equipo reflexivo: los comentarios expuestos fueron: estamos muy sorprendidos por los cambios que Ana ha realizado, nos preguntamos qué pasará con sus hijos con el ejemplo que ella les está dando, es muy probable que Miriam se convierta en una mujer que se dé a respetar con su pareja, y los hijos varones estén aprendiendo a tratar con respeto a las mujeres. Nos preguntamos también qué estarán pensando las amigas de la señora Ana, quizás esté viendo en Ana muchas cualidades y sentirán mucha admiración hacia ella, porque hay muchas mujeres que tardan mucho tiempo en dar los pasos que la Sra. Ana ha dado.

Sesión 5 Personas que asisten: Sra. Ana y sus tres hijos.

Se saluda a todos y se les pregunta sobre los cambios observados en su familia. Los niños mencionan que su mamá ya no les grita ni les pega, que ahora les da indicaciones y si no obedecen los castiga, pero cuando sí la obedecen los premia y que les agradan los premios. Jonathan, el menor, dice que a él no le gustan los cambios que ha hecho su mamá, porque ahora lo castiga. Entonces los demás niños expresaron que está bien que lo corrija porque en ocasiones Jonathan es muy travieso y si no lo corrige su mamá, puede llegar a convertirse en un delincuente.

En resumen, los niños expresaron que han visto que su mamá es más firme. En relación a su papá, han observado que su mamá se defiende y que su papá ya la trata con mayor cuidado. Cabe mencionar que los niños y la madre sonrían y evidentemente se les observa más tranquilos en comparación con la primera vez que los vimos.

Respecto a las peleas, los niños confirmaron que continúan peleándose pero que su mamá ya les dijo que no la metan en sus pleitos, y que ellos están aprendiendo a resolver solos sus diferencias, y que les gusta porque cuando sean grandes, ya sabrán resolver sus problemas por ellos mismos. También comentan que la mamá ya no les platica sobre sus diferencias con su papá, que hablan solo de la escuela, de que deben portarse bien y de los juegos, se les pregunta si esto les hace estar más tranquilos, ellos asienten. Cabe mencionar que ocurrió algo muy peculiar en la sesión: mientras la Sra. Ana estaba hablando de los cambios en su familia, Jonathan se levanta de su lugar y se sube en las piernas de su mamá intentando abrazarla, ella entonces le pide que se siente en su silla, el niño primero se niega, pero la mamá insiste y lo sienta en una silla junto a ella y continúa hablando (el equipo la felicita cuando observa esta interacción).

La Sra. Ana comenta que al escuchar a sus hijos se da cuenta de que lo que ha hecho en estas sesiones está bien, y que su objetivo de venir a la terapia se ha cumplido. Expresa que se siente bien consigo misma, ya que ha visto que sí puede controlar a los niños y que ahora está haciendo otros planes para ella misma, uno de ellos es que está buscando trabajo. Cabe mencionar que está iniciando el trámite legal de divorcio.

Ese día se le entrega a la Sra. Ana un diploma por ser una “madre firmemente amorosa y una mujer fuerte que pone límites” y se da de alta a la familia.

Intervenciones:

- Preguntas circulares: Ejemplo, “¿Qué hace tu hermano cuando tu mamá se porta más firme con él?”
- Preguntas de escala: Se obtiene un promedio de la familia de 8 (en el que 1 implica estar muy desesperados y 10 estar muy tranquilos). Los niños y la madre mencionan que para obtener el 10 necesitan continuar haciendo lo que hasta ahora han hecho (la Sra. Ana ser firme y poner límites y los niños, ocuparse en cosas de niños, obedecer a su mamá y en la medida de lo posible, convivir con su papá).
- Prescripción de la recaída: Se le pregunta a la Sra. Ana si hubiese algo que pueda hacerlos retroceder a la situación inicial de la terapia. La Sra. Ana dice que no, que ella va a continuar como hasta ahora, poniendo límites a sus hijos como a su ex pareja. A los niños se les pregunta lo mismo y ellos dicen que lo que podría hacerlos retroceder es que su mamá deje de ser firme pero confían en que no va a ocurrir porque la ven diferente.
- Felicitación por los cambios realizados y ceremonia de cierre: Cabe mencionar que cada miembro del equipo expresó palabras de felicitación y comentarios diversos acerca de los cambios observados en esta familia y expusieron pronósticos favorables: “Notamos un gran cambio en esta familia en relación a cómo llegaron la primera vez, estamos seguros de que van muy bien y, aunque probablemente en el camino encuentren dificultades que resolver, lograrán salir adelante en lo que se propongan porque han demostrado que pueden conseguirlo”.

d) Análisis del caso.

Ana y Alejandro se encontraban separados. Habían pasado por un proceso de desamor e insatisfacción (Kaslow, 1981) ya que, según expresó Ana, ella se sentía desilusionada respecto a las expectativas que en un principio tenía de su esposo y de su relación de pareja. Ella deseaba que su esposo fuera una especie de “libertador” que le permitiera hacer lo que en su familia biológica y en la otra familia que le dio alojamiento, no le permitieron: salir, tener amistades, desenvolverse en el ámbito social y profesional. Sin embargo, Alejandro, quien se caracterizaba por ser rígido y violento reaccionó de forma isomórfica a la familia de origen de Ana. Estas circunstancias llevaron a la pareja a la confrontación y a las peleas constantes. Este proceso de insatisfacción confluyó en la infidelidad y en la ruptura de la relación conyugal.

Esta familia, según Everett y Volgy (1991), cuando llegaron a terapia se encontraban en la etapa cuatro de la *separación física*, etapa en la que ya habían tardado tres años y parecían estar estancados, ya que ninguno de los cónyuges se decidía a realizar oficialmente el divorcio, podríamos decir que la pareja se hallaba en lo que Isaacs et al. (1995) describen como *crisis pre-separación*. La postergación del divorcio para Alejandro tenía el propósito de evitar tomar acuerdos responsables que favorecieran en primer lugar a los hijos y por otro lado, permanecer en un vínculo marital con Ana, que le permitía ejercer dominio sobre ella; para Ana, las posibles razones para no tomar la iniciativa del divorcio, pudieron ser el miedo y la baja autoestima, lo

cual le estorbaban para verse como una persona capaz de salir adelante sola, aunque también podría ser, una forma de vengarse o castigar a Alejandro negándole su soltería para poder casarse con la "otra", todo este proceso no hacía más que envolver a Ana y a Alejandro en un vínculo emocional intenso y desgastante por las múltiples peleas y episodios de violencia que además alargaba la incertidumbre de los hijos, quienes, se veían en medio de un conflicto de sentimientos y lealtades: Los sentimientos de los hijos eran desesperanzadores, mostraban su amor a la madre y a la vez, la tristeza por la ausencia del padre y resentimiento por lo que él les había hecho. Esta relación de amor y rencor hacia el padre, era una fuente muy importante de tensión, lo cual nos habla de la poca protección que ambos padres estaban dándole a sus hijos.

Por lo anteriormente mencionado podemos afirmar que esta familia se encontraba en un proceso de *divorcio difícil, que es aquella relación entre cónyuges que no protegen a sus hijos del choque provocado por el conflicto entre los adultos y por la desorganización de la vida familiar* (Isaacs et al., 1995). Ana arrastraba una serie de sentimientos que compartía con sus hijos: tristeza, ira, incertidumbre y resentimiento. Los niños habían sido sometidos a tomar partido, obviamente, por la madre. Ellos expresaban su coraje y rencor hacia el padre, porque la madre les había contado con detalle (como si fueran sus amigos adultos) lo mal que el padre se había portado. Ana se acercaba a sus hijos para que ellos la protegieran y no al revés. Los hijos intentaban proteger a la madre y presentaban síntomas que denotaban nerviosismo y angustia. Recordando lo que dice Minuchin (1984), esta familia se había convertido en una caja de resonancia en la que los miembros intentaban estrechar sus vínculos y se transmitían mutuamente el dolor y la angustia. Recuerdo que en una ocasión Ana expresó lo siguiente para justificar el por qué ella se desahogaba con sus hijos respecto al enojo y tristeza provocados por Alejandro: "es que yo sólo los tengo a ellos y ellos a mí". Cabe mencionar que los divorcios difíciles se caracterizan por alteraciones dolorosas en las redes sociales, esto se mostró en el caso de Ana. Ella y sus hijos parecían no tener redes de apoyo extensas antes de la separación, ahora, estas redes se había disminuido aún más. La madre expresó que tenía pocas amigas y los niños se relacionaban más al interior del sistema familiar que al exterior, ya que tenían que acompañar a la madre.

Los niños reaccionaban al estrés que se percibía en el sistema presentando síntomas como pelearse, morderse las uñas, comer en exceso, etc. Algo muy peculiar que quiero mencionar es la conducta de querer parecer adultos y negar su vulnerabilidad. Recuerdo que cuando les planteamos a los niños que su madre dejaría de platicar con ellos asuntos concernientes a adultos (quejas de su padre), Miriam se mostró muy seria y dijo que ella quería que su mamá le siguiera contando estos asuntos, porque ella podía ayudarla escuchándola. Obviamente el equipo insistió en la necesidad de clarificar límites y quitar carga a los niños dejándoles sólo actividades propias de su edad, y buscando alternativas para que la madre pudiera tener acercamiento con otras personas adultas que pudieran fungir como una red de apoyo adecuada.

Minuchin (1984) habla acerca de la capacidad que los padres deben tener para negociar los numerosos y radicales cambios exigidos por el divorcio y para reorganizarse de manera de resguardar el desarrollo de sus miembros. Ana tenía que establecer nuevos lineamientos para el funcionamiento adecuado del sistema. Mientras todos se hallaban en un proceso de transición, no debía perderse de vista la función del sistema familiar de educar a los hijos. Miriam, Michael y Jonathan necesitaban organizar su conducta mediante la clarificación de la jerarquía y de las reglas, las cuales son funciones de los padres. Para Ana era difícil el hecho de tener que redescubrir su ritmo individual y hacer frente a la carga principal de las funciones parentales ya que Alejandro ahora era un miembro periférico que sólo visitaba a los hijos una vez por semana

para llevarles dinero. Además, la situación emocional de Ana (su propio proceso de duelo por la ruptura) le tenía absorta por lo que había abandonado sus tareas como madre. Sin embargo, el dolor de Ana, no debía paralizarla más para ejercer sus funciones como madre, ya que las demandas de sus hijos eran inminentes y la necesitaban precisamente como madre, no como hermana ni como amiga.

El tratamiento de este caso estuvo basado en la propuesta de Isaacs et al. (1995) quienes son terapeutas sistémicos con *Enfoque Estructural*. Aunque cabe mencionar que también se retomaron intervenciones del *Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones* (O' Halon y Weiner-Davis, 1990).

Siguiendo los aspectos propuestos por Isaacs et al. (1995) se trabajaron las siguientes líneas generales para el tratamiento de la familia Gutiérrez Sánchez:

1. *La terapia se centró en los esfuerzos de la madre para reorganizar sus relaciones con Alejandro y con sus hijos.* Siguiendo el supuesto de estos autores, consideramos que si bien, una parte imprescindible de la terapia en casos de divorcio es el trabajo con las emociones (el enojo, la culpa, la decepción, etc.), es importante poner el acento en la resolución de problemas prácticos entre los padres y de los padres con los hijos. Por lo cual se dio especial atención a la reorganización de la estructura familiar en este momento de transición: se trabajó con Ana para retomar la jerarquía como madre y el control de la conducta de sus hijos (lo cual también respondía a la principal demanda por la que la Sra. Ana llegó a terapia), y a su vez en la necesidad de formalizar acuerdos con su esposo respecto a los hijos. A la par, se fueron rastreando y trabajando con aspectos importantes como lo son los sentimientos de Ana y de sus hijos.
2. *Se dio prioridad al bienestar de los hijos.* Siguiendo a estos autores, consideramos que lo más importante era que los progenitores cuidaran de sus hijos y que se desempeñen adecuadamente en sus funciones parentales durante todas las etapas del proceso de divorcio. Si la madre lograba recuperar la competencia en este sentido, sería un buen inicio para recuperar la competencia en otras áreas de su vida, lo cual ocurrió.
3. *La terapia trabajó con subsistemas dentro de la familia.* Desde el inicio de las sesiones, consideramos importante la clarificación de límites entre el subsistema conyugal y el subsistema de los hijos, ya que los hijos estaban siendo sobrecargados y triangulados en los conflictos de los padres. Una forma de establecer límites fue pedirle a la madre evitar platicar con sus hijos de temas relacionados con quejas y resentimiento hacia Alejandro, incluso evitar hablarles de su propia angustia, porque esto les propiciaba estrés a los hijos, en cambio se propuso buscar otras personas que pudieran escuchar a Ana y darle contención. Otra forma de establecer límites entre subsistemas fue citar a la madre sola, de esta forma pudimos trabajar con sus sentimientos y miedos además de brindar orientación para mejorar su eficacia en sus tareas parentales.

Cabe mencionar que el aspecto número cuatro que proponen Isaacs et al. (1995) referente al *encuentro controlado* entre cónyuges, no fue posible porque el Sr. Alejandro no estuvo dispuesto a colaborar con la terapia, sin embargo, los cambios producidos desde la Sra. Ana tuvieron repercusión en el comportamiento de Alejandro, ya que los niños y la madre reportaron que Alejandro ya les trataba con mayor respeto.

La terapia con esta familia fue exitosa en cuanto se cumplió con el objetivo del cliente, que era recuperar su competencia en las funciones parentales, y lograr salir del estancamiento en la etapa de divorcio en la que se encontraban, para así poder seguir dando los pasos

necesarios para lograr el *diez* que la familia se había propuesto. La terapia tenía como objetivo implícito que la familia retomara sus propios recursos para continuar lo más favorablemente posible su proceso de transición.

Pudimos observar que durante el proceso de terapia, la familia evidenció su recorrido por otras etapas del proceso de divorcio (Everett y Volgy, 1991), la etapa cinco de la *Pseudorreconciliación*, puesto que Alejandro propuso a Ana retomar la relación de pareja de una forma amenazante, y ella se sentía insegura en su negativa a esta propuesta, muy probablemente por su sentimiento de soledad en los deberes parentales; después pasaron por la etapa seis de las *Fantasías de Predivorcio*, etapa en la que Ana y Alejandro empiezan a discutir la posibilidad del divorcio de forma más abierta con los amigos y la familia de origen. Los hijos, por su parte, pudieron intentar maniobras de distracción que hicieran olvidar los problemas maritales y la decisión formal de la separación, como sus trastornos de conducta, quejas somáticas, conductas regresivas, conflictos con los hermanos, etc. Finalmente, la familia logró dar el salto a la etapa siete de la *Decisión de divorciarse, en la que Ana retoma un papel activo en el proceso y hace oficial el inicio del trámite de divorcio*. Esta noticia, aunque no fue deseada por los hijos, sí implicó un bienestar para ellos, finalmente la incertidumbre estaba llegando a su término y empezaba un proceso de *reacoplamiento estructural*, el cual también traerá tareas que resolver, entre ellas, la negociación con la ex pareja de asuntos referentes a los hijos, lo cual fue un aspecto que no se trabajó a profundidad en esta terapia, ya que no hubo la apertura necesaria de parte ambos cónyuges para poder llevarla a cabo, sin embargo, será una tarea que habrá de abordarse en los juzgados. Muy probablemente este rubro de toma de acuerdos que corresponde a las etapas nueve y diez (*Las disputas potenciales, y la custodia compartida después del divorcio*) no serán episodios muy fáciles para esta familia por la historia de conflicto entre los cónyuges, sin embargo, el recurso que la Sra. Ana retomó sobre su capacidad de establecer límites claros, respetarse y darse valor como persona, además de la idea de realizar acciones priorizando el bienestar de sus hijos, pueden ayudarla a tomar un papel activo y razonable en el momento de llegar a negociaciones.

Muy probablemente las últimas etapas que menciona Everett y Volgy, (1991) correspondientes a *El nuevo matrimonio, La reconstitución de la familia, El segundo matrimonio y El funcionamiento familiar dual*, que se refieren al momento en el que ambos ex cónyuges formalicen sus relaciones con otras parejas y se consolide una familia reconstruida, implicará para esta familia nuevas transiciones y metamorfosis, lo cual conllevará nuevos momentos de tensión e incertidumbre. Sin embargo, pronostico que la familia Gutiérrez Sánchez, aunque pase por momentos de angustia en este trayecto que aún falta por recorrer, tendrá la capacidad de retomar recursos que favorezcan el proceso, un recurso muy importante es el gran amor que se tienen y la capacidad de buscar ayuda en momentos de crisis y/o desorientación, así como la habilidad recién afinada para establecer reglas consistentes, la seguridad que la Señora Ana redescubrió en sí misma y su eficacia en el control de la conducta de sus hijos, quienes también redescubrieron el arte de ser niños obedientes y respetuosos de la jerarquía de su madre.

La familia Gutiérrez Sánchez me dejó una grata experiencia en el conocimiento y tratamiento de casos de separación y divorcio, ya que pude experimentar de cerca la gama de sentimientos que rodean la atmósfera de estas familias así como notar los recursos que la familia posee y que se hicieron evidentes en el proceso terapéutico. Ana, una mujer que llegó con una actitud desesperanzada y una autoestima disminuida, tuvo un proceso de empoderamiento, lo cual fue logrado por su dedicación y compromiso con la terapia, su puntualidad y cumplimiento preciso de las sugerencias terapéuticas. Ella y sus hijos me dejaron un gran aprendizaje personal y profesional.

Familia Acevedo Ruiz

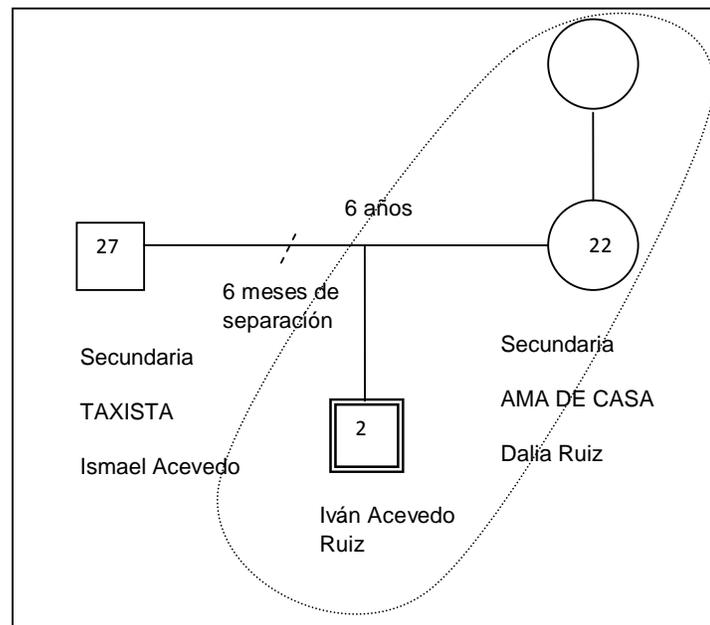
a) Datos generales

Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Supervisora: Dra. Iris Xóchitl Galicia y Dra. Luz de Lourdes Eguiluz.

Equipo de Supervisión: Mónica Ayala, Laura Núñez, Alejandra Pilloni, Cristian Treviño.

Familiograma:



b) Motivo de consulta

Los problemas de conducta de Iván, quien se muestra muy inquieto y desobediente. En la guardería reportan que se aísla de los demás niños, algunas veces se muestra agresivo y otras, llora mucho. Cabe mencionar que la encargada de la guardería les solicitó a ambos padres asistir a terapia familiar porque considera que la causa de los problemas de comportamiento de Iván es el proceso de separación de los cónyuges.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión 1 Personas que asisten: El Sr. Ismael, la Sra. Dalia, Iván.

Dalia mencionó que como pareja, su esposo y ella están separados desde hace aproximadamente 6 meses. El motivo de la separación fueron los muchos conflictos y peleas que tenían respecto al trabajo de músico que en ese entonces tenía el Sr. Ismael, quien solía llegar tarde a casa por lo que Dalia se molestaba, además, ella comenta que ya no se entendían en distintos aspectos, especialmente en el área sentimental.

Dalia fue quien tomó la iniciativa de separarse de Ismael, quien nunca estuvo de acuerdo con la separación porque opinaba que esto podría afectar a Iván. Ella decidió irse junto con su

hijo, a vivir con su familia de origen. En esa casa estuvo viviendo hasta hace 15 días, ya que Ismael le insistió en que Iván necesitaba su propio espacio, y que estar en casa de la familia de Dalia perjudicaba su salud, porque los familiares de Dalia fuman mucho, lo cual no es bueno para el niño, quien manifiesta síntomas de asma. Ella optó, entonces, por salirse e irse a vivir en un cuarto de alquiler. Dalia se llevó consigo, además de su hijo, a su mamá, quien es divorciada y desde hace varios años vivía en la misma casa junto con su ex pareja, porque argumentaba que no contaba con un lugar para vivir. Dalia y su madre hicieron el trato de que la madre cuidaría a Iván, quien ya no irá a la guardería, mientras Dalia trabaja medio tiempo.

Aunque todavía no empiezan con trámites formales de divorcio, ambos padres están conscientes de que necesitan llegar a acuerdos para el bien de su hijo, por eso hace 15 días asistieron al Centro de Mediación y Conciliación, allí tomaron algunos acuerdos provisionales, los cuales fueron:

- Dalia saldría de casa de su familia

-En caso de existir algún problema con el dinero, lo platicarían y cada uno aportaría dinero para el bienestar de Iván.

-El régimen de visitas: Dalia cuidaría de Iván los días lunes, martes, jueves y viernes; Ismael vería al niño el miércoles por la tarde, sábados y domingos. Cabe mencionar que en estos días Ismael ve al niño menos tiempo del acordado, porque el edificio en el que vive está en reparación, por lo que la temperatura es fría y le causa malestar a Iván, quien presenta síntomas de asma.

-Los cónyuges se verían sólo para tratar asuntos del niño.

-Los cónyuges pondrán atención al niño, y asistirán a terapia.

Ismael y Dalia mencionaron que cuando vivían juntos y en los primeros días de su separación, se peleaban mucho, y su hijo observaba dichas peleas, por ese motivo creen que el niño se ha vuelto agresivo. Mencionaron que de la guardería los enviaron a recibir terapia porque el niño solía quedarse dormido mucho tiempo, no se integraba con los otros niños, a veces era agresivo (gritaba, le pegaba a los niños) o se ponía a llorar. Consideran que él se comportaba así porque estaba triste, ya que, según expresó Dalia, "él quería que estuviéramos juntos, pero yo le decía que no se podía, y poco a poco se fue acostumbrando" (cuando habló de esto, Dalia lloró). Ismael dijo que este comportamiento del niño, se debía a que él estaba acostumbrado a un hogar y de repente se encontró en otra familia: la familia de Dalia, en la que había otras costumbres. En este momento de la sesión, Iván empezó a gritar: "¡Ya cállense!, y lloró incontroladamente. Mientras Ismael intentaba ineficazmente controlar al niño, Dalia mencionó que este comportamiento del niño es muy frecuente: el niño se altera, y en ese momento no tienen ningún control sobre él, y no saben si está bien que le griten o que le peguen para controlarlo. La única forma de tranquilizarlo es dándole pecho o bien darle lo que él quiera, y dejar inconclusas las conversaciones. En la sesión se pidió a los padres que hicieran que su hijo dejara de gritar, ellos evidenciaron la falta de control de sobre la conducta de su hijo. Entonces se les sugirió una alternativa para controlarlo.

Intervenciones:

- Validación de la preocupación y de la angustia: "Es comprensible que haya sentimientos de tristeza e incertidumbre en ustedes como padres y en Iván, porque una separación no es un proceso sencillo."

- Definición de objetivos de la terapia: El objetivo principal que ambos cónyuges mencionaron fue mejorar sus funciones como padres y lograr que su hijo estuviera más tranquilo, aunque también deseaban que les ayudáramos emocionalmente porque había sido duro este proceso de separación.
- Elogio por los cambios previos a la sesión: “El equipo felicita a ambos padres por haber dado pasos importantes como lo es llegar a acuerdos y asistir a terapia, esto habla de que están interesados en el bienestar del niño”.
- Uso de la coparticipación desde una posición distante o de *experto*: “En muchas familias que pasan por un proceso de separación, los padres intentan compensar el posible dolor de los hijos, consintiéndolos mucho. En nuestra experiencia hemos concluido que si bien, los niños necesitan recibir afecto, también es necesario para todos los niños tener reglas que organicen su comportamiento”.
- Tarea: “Además de continuar cumpliendo los acuerdos previos, los padres acordarán reglas que indiquen qué se le va a permitir hacer a Iván y que es lo que no se le va a permitir hacer, ambos padres deben hacer cumplir dichas reglas en el tiempo en el que tienen al niño consigo”. Se les pidió que para la siguiente sesión sólo asistieran ambos padres.

Sesión 2 Personas que asisten: La Sra. Dalia y el Sr. Ismael

Los padres mencionan que acordaron que cuando Iván se porte mal lo van a regañar. El señor Ismael comenta que su hijo juega muy pesado con él, que no le obedece, que le intenta gritar o pegar para que lo obedezca y el niño se ríe y le pega más fuerte, como si fuera un reto. Eso es algo que le preocupa porque quiere que el niño lo respete. Dalia por su parte reconoce que Iván es un niño muy caprichoso que cuando lo llevan a algún lugar se empeña en que le compren cualquier cosa que vea, ellos suelen complacerlo pero reconocen que esto no está bien.

Se les cuestionó respecto a la historia de crianza de cada uno: ¿qué cosas de como los educaron les gustaron, qué funcionó y que quisieran repetir? El señor Ismael mencionó que él vivió en una “familia disfuncional”, no tuvo a su papá desde los 5 años, y su mamá estaba estudiando su carrera, por lo que quien lo cuidaba era la abuela. Menciona que no tenía límites ni orden en los horarios de comida, que su abuela le daba completa libertad. Quien sí ponía límites era la mamá, le decía que no saliera, que estudiara y que no tuviera malas amistades. Reglas que a él le gustaba romper, por eso se define como “rebelde” aunque menciona que esa conducta le trajo graves consecuencias en su vida. La señora Dalia menciona que a ella, por ser la hija más pequeña, la consentía mucho su papá, y quien sí ponía reglas era su mamá. Cabe mencionar que su mamá ponía reglas pero su papá las quitaba, estos desacuerdos entre sus padres y el hecho de que su papá la consintiera mucho, le afectaron notablemente. Lo que sí funcionó fueron los límites que su mamá le ponía, entre ellos el presionarla en la escuela (ya que gracias a ello recuerda que tenía buenas calificaciones) y el que le enseñara a comportarse bien en distintos contextos (gracias a esto ella se considera una persona prudente).

De estas experiencias relatadas se lleva a los padres a deducir que Iván necesita tener límites en su conducta y dejar de estar tan consentido. Después se les preguntó cómo le hacen para que Iván les obedezca en actividades concretas por ejemplo, recoger los juguetes. La mamá menciona que cuando el niño no quiere recoger los juguetes, ella se pone seria, le habla con voz firme y lo mira a los ojos fijamente. El niño entonces sí le hace caso porque sabe que

ella no está jugando. Menciona que otra cosa que hace para que Iván le obedezca es ignorarle cuando hace berrinche. El equipo felicitó a Dalia por tener estrategias para hacerse obedecer: ignorar el berrinche, cuidar la postura corporal para verse firme y mirarle a los ojos poniéndose a su nivel para hacerle llegar una orden directa. Cuando se le preguntó al señor Ismael respecto a las estrategias que utiliza para que Iván le obedezca, él no pudo mencionar una estrategia en concreto, sólo dijo que regaña al niño cuando no hace algo que le pide, sin embargo, le cuesta mucho hacerse obedecer.

Intervenciones:

- Uso de anécdotas: “un miembro del equipo les quiere platicar que él tenía un hijo que le pedía muchas cosas y él intentaba comprárselas, hasta que se dio cuenta que lo que a su hijo le hacía falta era amor y atención, y que este padre lo había intentado compensar con cosas materiales. Luego que se dio cuenta, le empezó a dar más amor a su hijo y menos cosas materiales”.
- Alianza del terapeuta con los padres para clarificar su jerarquía: “Es importante que ustedes hagan que Iván los obedezca, recuerden que ustedes son los adultos y él, un niño que necesita límites para estar bien”.
- Elogio a la Sra. Dalia por las estrategias eficaces que ha descubierto.
- Consejo especializado: “Les recomendamos que cuando den indicaciones, éstas sean claras, acordes a una relación de padre a hijo, no de iguales; también les sugerimos que premien las conductas aceptables de su hijo (estos premios pueden ser felicitaciones y no precisamente cosas materiales) y castiguen una conducta cuando no es aceptable. Los castigos y premios deben ser acordes a la edad del niño, e inmediatos”.
- Tareas: Se les pide aplicar las estrategias antes mencionadas.

Sesión 3 Personas que asisten: Sra. Dalia y Sr. Ismael

Los cónyuges mencionan que llevaron acabo las estrategias propuestas y que han notado cambios favorables en Iván, pues les obedece más y ha disminuido su habitual berrinche escandaloso. Ismael expresó que ha tratado de no consentir tanto a su hijo, aunque le cuesta trabajo, considera que va mejorando. Se les pregunta a ambos padres si alguien más ha notado cambios favorables en el niño, ambos dicen que sí. Dalia comenta que su mamá le ha dicho que observa que el niño ya no la hace ir por los juguetes en la noche o que ya no pide comida después de cenar como lo hacía antes. Ismael comenta que su familia también le ha dicho que lo ven cambiado, más obediente. Se felicita a los padres por los logros obtenidos.

Se les pregunta cómo van en cuanto a su decisión de separarse. Dalia comenta que ella se encuentra decidida a divorciarse. Según les informaron en el DIF, con el convenio previo realizado en el Centro de Mediación y Conciliación pueden tramitar un divorcio voluntario, pero por cuestiones relativas al dinero y a otros incidentes (como el cambio de casa, la preocupación por Iván, etc.) no se ha hecho. Ismael comentó que está muy confundido porque Dalia dice que quiere separarse pero últimamente han estado saliendo juntos. Mencionó, por ejemplo, que el sábado pasado Dalia le habló por teléfono “porque el niño le quería hablar”, pero después lo invitó a comer. También comentó que a veces Dalia le dice por teléfono frases como “te quiero mucho”, esto le hace pensar que hay esperanzas de reconciliación. Por su parte, Dalia menciona que Ismael también le dice cosas que la confunden, ya que cuando ella se mostraba más seria,

él le dijo que era muy grosera, que no era necesaria esa actitud, porque él ya había entendido que no regresarían, por eso últimamente se mostraba más cercana, ella daba por hecho que son buenos amigos.

El equipo les pregunta “¿qué cosas pueden hacer juntos como padres que no les confundan y qué cosas pueden confundirlos?” Respondieron que lo que no les confundiría sería salir con Iván para llevarlo a pasear, o platicar exclusivamente asuntos del niño, lo menos posible. Lo que sí puede confundirlos son los mensajes con frases cariñosas, las muchas llamadas telefónicas (que últimamente Dalia le manda a Ismael), el salir juntos para platicar sobre ellos, etc.

Ismael menciona que él no ha trascendido el duelo porque no se han separado por completo. El equipo le pregunta qué es lo que necesita para sanar, él responde que necesita mucha ayuda psicológica para no confundirse, porque ve las cosas como él las quiere ver y no como realmente son.

Al final de la sesión mencionan que un día de la semana pasada el niño se puso mal, parecía tener ataques de asma, pero cuando llegaron a ver al doctor, él les dijo que el niño no tenía nada, que esa era una forma de chantajearlos para mantenerlos juntos. Entonces se les preguntó si la confusión del niño se debía a la confusión de ellos. Ellos asintieron.

Intervenciones:

- Elogio por los logros obtenidos: “Les felicitamos por los cambios que han logrado en el comportamiento de su hijo, continúen siendo firmes pues ya han visto buenos resultados”.
- Preguntas de ampliación del cambio: “¿Quién más se ha dado cuenta de los cambios logrados en la conducta de Iván?”
- Cuestionamiento sobre posibilidades reales de reconciliación y/o divorcio.
- Validación de los sentimientos de ambos cónyuges: “Entendemos la tristeza que Usted (Ismael) nos expresa, además, es comprensible que se encuentre confundido”; “en cuanto a Usted (Dalia) nos imaginamos cuán compleja es para Usted esta situación...”
- Uso de la coparticipación desde una posición distante o de *experto*: “Según los casos que hemos visto, se observa mayor sufrimiento en los niños cuyos padres no se definen respecto a estar juntos o separados. Esta indefinición aumenta el nerviosismo, la angustia y la inestabilidad en los hijos...el niño puede enfrentarlo mejor si hay congruencia entre lo que se decide y lo que se hace”.
- Esclarecimiento de límites entre el subsistema parental y conyugal: “¿qué cosas pueden hacer como padres que no tengan que ver con ser pareja?”; “¿qué cosas pueden hacer juntos como padres que no les confundan y qué cosas pueden confundirlos?”

“Queremos proponerles que en estos días sólo se comuniquen para tratar asuntos relacionados con el niño, se comunicarán lo menos posible, aprovechando este tiempo para pensar acerca de las implicaciones de su decisión de divorciarse.”

Para la sesión siguiente se les pidió asistir por separado.

Esta fue la última sesión a la que asistieron.

d) Análisis del caso

La familia Acevedo Ruiz se encontraba en la fase que Everett y Volgy (1991) definen como *Desacoplamiento estructural*, ya que los cónyuges habían empezado con la gradual ruptura de vínculos mutuos y la adquisición de nuevos roles, tanto parentales como de pareja. La fase de desacoplamiento estructural, incluye una serie de etapas por las que Dalia e Ismael habían pasado antes de llegar a la terapia, las cuales son: *Aumento de la ambivalencia*, puesto que Dalia comentó que el motivo de la separación fueron las dudas sobre la relación, ya que percibía que Ismael se ausentaba de casa y solía llegar tarde con el pretexto de su trabajo, por lo que ella pensaba que su esposo les estaba abandonando y que probablemente tenía otros romances. Estos sentimientos de ambivalencia llevaron a la pareja al *Distanciamiento*, etapa que se caracteriza por la falta de disponibilidad afectiva y física junto con el aumento de las peleas y la agresividad. Ismael y Dalia reportan que tenían peleas muy intensas, no había golpes pero sí insultos y gritos. Esta situación de conflicto e insatisfacción propicio que la pareja llegara a la etapa de *Fantasías y Acciones pre-separación*, ya que, Dalia empezó a concebir ilusiones de reconstruir su vida y cubrir sus necesidades con otras parejas, deseando regresar a su familia de origen, y vivir una vida más libre de obligaciones conyugales al quedar de nuevo soltera. Estas fantasías le llevaron a realizar acciones pre separación: salir de casa de Ismael y regresar con su familia de origen, proponerle a Ismael la separación legal y asistir junto con él al Centro de Conciliación y Mediación. Finalmente, la pareja se instauró en la etapa de *Separación física*, periodo en el que duraron 6 meses y en el que les conocimos.

Esta familia presentaba distintas pautas que Minuchin (1984) enumera en los casos de divorcio. Por ejemplo, Ismael y Dalia mostraban mucha confusión respecto a sus sentimientos, respecto a la decisión de divorciarse, al desempeño de sus roles parentales, a la adecuación o inadecuación de los acuerdos pre y post divorcio, etc. Esta confusión de los cónyuges estaba siendo transmitida a su hijo, quien parecía desconcertado ante los radicales cambios que enfrentaba (la separación de los padres, los cambios de casa, de educadores, de reglas, etc.), por lo cual presentaba reacciones diversas en su conducta y en su salud. Cabe mencionar que estos síntomas podrían estar acrecentados por la conducta de los cónyuges de inmiscuir al niño como un pretexto para unirse: reunirse porque el niño estaba enfermo, llamarse por teléfono o enviarse mensajes con motivo de los problemas de conducta del niño, pero concluyendo con pláticas de asuntos personales y contacto afectivo. Este intento de los padres era captado por el niño, quien colaboraba con el sistema manteniendo sus síntomas o ideando otros como una maniobra de distracción o de unión de los cónyuges.

Por los sucesos antes mencionados podemos considerar que a este caso como un proceso de *divorcio difícil* (Isaacs et al., 1995) puesto que *los cónyuges no estaban protegiendo a su hijo del choque provocado entre adultos y de la desorganización familiar*. Aunque ambos padres decían estar interesados en su hijo, era evidente que en el proceso de conflicto no le había protegido adecuadamente, quizás sin darse cuenta, se habían servido de sus síntomas, además de haber dejado de lado el ejercicio eficaz de sus funciones educativas, debido a lo cual el niño estaba sumamente desorganizado en su conducta.

Cabe mencionar que esta familia estaba inmiscuida en un divorcio difícil propiciado por lo que Isaacs et al. (1995) definen como *Crisis Pre-separación*, ya que la pareja estaba atravesando una etapa relativamente prolongada de evitar dar el paso para tramitar el divorcio legal y reorganizarse como familia dividida. La crisis pre-separación se originaba en la ausencia de un acuerdo mutuo de separación, debido a que Ismael no deseaba separarse, más bien parecía interesado en hacer cambiar de opinión a Dalia para regresar a vivir juntos. Dalia, por su

parte, aunque decía estar convencida de querer separarse, en su actuar no se reflejaba esta convicción, probablemente lo que le hacía dudar eran las implicaciones emocionales y económicas que el divorcio traería. Además, entre Ismael y Dalia existía un vínculo afectivo muy intenso, posiblemente relacionado con el amor, o con la nostalgia. Sólo que, por la información expresada por Dalia, este vínculo no parecía ser suficiente para restablecerse como pareja; desafortunadamente para ambos, dicha situación implicaba un obstáculo para poder llevar a cabo una separación amistosa (Pitman, 1987).

Isaacs et al. (1995) hablan acerca de la necesidad de los cónyuges de negociar pautas en sus funciones como padres, aún a pesar de estar atravesando por las aguas amargas de una ruptura. Mientras el terreno de la continuidad o separación de la pareja era incierto, Dalia e Ismael se hallaban en la responsabilidad de no perder de vista sus funciones parentales, y llegar a negociaciones operativas concretas que permitieran el funcionamiento de un sistema familiar en transición, seguramente por eso buscaban espacios de mediación, los cuales fueron el *Centro de Conciliación y Mediación* y el espacio de *Terapia Familiar*, en el que llegaron primordialmente con la demanda de asesoría psicológica para mejorar en sus funciones de protección y educación de Iván, funciones que estaban descuidadas, seguramente por la situación personal de cada cónyuge: sus sentimientos de tristeza, frustración e indecisión respecto a su separación (Minchin, 1984). Especialmente, esto era expresado por Ismael, quien decía que le era difícil tener que redescubrir su ritmo individual y enfrentar sentimientos de soledad y desapego de su esposa y su hijo.

En ambos padres se evidenciaba un sentimiento de culpa por considerarse los causantes de los problemas de conducta y emocionales de Iván, por lo que intentaban compensarlo consintiéndolo mucho, de esta forma hacían inconsistentes los límites y reglas de su conducta, lo cual provocaba el incremento de la desorganización de la conducta del niño (Minuchin, 1993). No obstante, Dalia e Ismael notaban que su estrategia de consentir mucho estaba siendo poco benéfica para su hijo, y que necesitaban acordar nuevos lineamientos a seguir para mejorar sus funciones parentales, esto debían hacerlo independientemente de ser o no, pareja.

El tratamiento de este caso estuvo basado en el *Enfoque Estructural* (Minuchin, 1984, 1993; Isaacs et al. 1995). Aunque cabe mencionar que también se retomaron intervenciones del *Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones* (O' Halon y Weiner-Davis, 1990) y de *Modelo Estratégico* (Haley, 1980).

Siguiendo a Isaacs et al. (1995), *la terapia se centró en los esfuerzos del padre y de la madre para reorganizar sus relaciones recíprocas y con su hijo*, de esta manera se continuó con el proceso de mediación iniciado en las instalaciones del Centro de Conciliación y Mediación del Estado de México, lugar al que había acudido la pareja antes de llegar a la Clínica de Terapia Familiar. Se buscó propiciar que los padres consolidaran los acuerdos definidos anteriormente y que negociaran cómo continuar sus funciones parentales siendo cónyuges o no siéndolo. Esto responde a otra premisa de Isaacs, Montalvo y Abelson sobre *dar prioridad a los hijos* ayudando a los padres a recuperar la competencia en su rol de educadores y protectores emocionales, por ello se prestó atención al comportamiento incontrolable de Iván, y se asesoró a los padres para poder clarificar su jerarquía y establecer nuevas reglas y límites que ayudaran a Iván a organizar su conducta. Cabe mencionar que el objetivo que trajo a la familia a terapia fue precisamente el mejorar la eficacia de las funciones parentales y lograr cambios favorables en la conducta del niño. Dicho objetivo se cumplió en cuanto que los padres expresaron que el

niño les obedecía más y que había disminuido sus berrinches habituales. Estos cambios en el niño, denotaban una mejoría en el desempeño de las funciones parentales de Dalia e Ismael.

Otro aspecto que se abordó en la terapia fue el establecimiento de límites entre el subsistema parental, conyugal, y el subsistema del hijo (ya que esta falta de límites había confundido a todos, especialmente a Iván, a quien los padres transmitían sus dudas e incongruencias), por esta razón se trabajaron sesiones con los padres sin la presencia del hijo, buscando tener *encuentros controlados* entre cónyuges con miras a establecer pautas funcionales como padres en primer lugar, y después abordar cuestiones del subsistema conyugal referentes a su separación o en su defecto, a su unión. Desafortunadamente el proceso terapéutico se interrumpió prontamente, logrando solamente trabajar con los cónyuges en cuanto a sus funciones parentales.

Es importante mencionar que en el tratamiento de esta familia se trabajaron algunos aspectos que Everett y Volgy (1991) proponen en familias cuya etapa de divorcio es *Fantasías y Acciones Preseparación*:

- Se planteó de forma educativa las implicaciones del divorcio, tales como las pautas habituales de una familia en proceso de divorcio, las reacciones de los hijos, los deberes de los padres, etc. Para abordar dicho aspecto fue necesario que el terapeuta se colocara en distintas ocasiones, en posición de experto.
- Se cuestionó hasta qué punto ambos cónyuges querían divorciarse y las acciones individuales y conjuntas que habían emprendido para lograr dicho objetivo. Esto se abordó especialmente en la primera y en la última sesión.
- Se cuestionó respecto a las esperanzas, miedos y fantasías de cada cónyuge sobre lo que significa el divorcio. Encontrándose que, mientras para Dalia, el separarse implicaba libertad de responsabilidades respecto a su ex pareja, pero, incluía una fantasía de permanencia del vínculo afectivo; para Ismael, el divorcio significaba una ruptura indeseable y dolorosamente tajante, concepción que producía en él miedo de la pérdida de su hijo.

Finalmente, en la última sesión se intervino, haciendo evidente que la ambivalencia de los padres estaba provocando la confusión del niño y que, efectivamente, el niño con sus problemas de conducta y de salud estaba colaborando con el sistema, haciendo maniobras para unir a los cónyuges. Cuando este juego familiar se develó, los cónyuges dejaron de asistir a terapia, lo cual nos despierta varias hipótesis: una de ellas es que los padres dejaron la terapia porque sólo querían recibir de ella asesoría para mejorar sus funciones parentales, no deseaban que nos inmiscuyéramos en su forma de relacionarse como pareja o ex pareja, y al obtener de la terapia lo que solicitaron, dejaron de asistir; otra hipótesis podría ser que el síntoma de la conducta de berrinche de Iván tenían como función unir a los padres, el quitarlo dejó al sistema sin su habitual equilibrio, y empujaba a los padres a la penosa situación de divorcio, o bien, orillaba a Iván a manifestar otro tipo de síntomas como lo es el asma u otras enfermedades, ambas opciones eran poco deseadas, por lo que el sistema prefirió regresar a la situación inicial; una última hipótesis que considero pudo haber ocurrido es el paso a la etapa que Everett y Volgy (op cit.) definen como *pseudoreconciliación*, probablemente esta pareja, al llevar a cabo la tarea de no comunicarse sino exclusivamente para tratar asuntos del niño, experimentó sentimientos intensos y súbitos de pérdida, nuevos roles y responsabilidades con su hijo, la casa, etc., asuntos que no están preparados para manejar, o bien, sintió culpabilidad por la situación física,

conductual y emocional de su hijo. Todo ello pudo resultar cuantioso y llevó a una reconciliación que restaure, por un tiempo en el sistema, la seguridad.

Desafortunadamente, no me fue posible conocer qué pasó con esta familia. Al intentar llamarles por teléfono para preguntarles las razones de su inasistencia, nunca contestaron las llamadas telefónicas. Sin embargo, al pensar en un posible pronóstico, considero que es muy probable que haya habido entre los cónyuges una reconciliación, pero sólo temporal, como parte de su proceso de divorcio, la decisión de llevar a cabo formalmente este proceso no será fácil para los cónyuges, quienes quizás vuelvan a la ambivalencia una y otra vez, pero, considero que su amor por su hijo puede ser una motivación para definirse en algún sentido y para ejercer lo mejor posible sus funciones parentales. Dalia se muestra más capacitada en cuanto a las funciones como madre de ejercer control sobre la conducta de su hijo, al tener más estrategias para hacerse obedecer, a diferencia de Ismael, a quien le cuesta mayor trabajo clarificar su jerarquía y hacerse obedecer por su hijo, sin embargo, ambos habían empezado a dar pasos en este sentido, muy probablemente continúen haciendo cambios en relación a su papel como padres. En cuanto a Iván, deduzco que habrá de pasar por inestabilidad en su conducta y en su salud hasta que sus padres definan su situación, si la separación se concreta, seguramente implicará una dosis de tristeza para todos, pero también de certeza y un equilibrio más saludable. Una vez que el divorcio se decida, vendrá la etapa de *Acoplamiento de la red* y después el *Reacoplamiento estructural*, los cuales serán fases más factibles si la familia utiliza sus recursos: la capacidad de negociación, la búsqueda del bienestar de quienes la integran, la capacidad para buscar orientación, y, enfatizo, el amor.

Al reflexionar sobre el tratamiento de este caso en relación con las propuestas teóricas antes estudiadas, considero que hubo algunos aspectos que, probablemente al atender de forma diferente pudieron brindar un mejor resultado. Por ejemplo, Isaacs et al. (1995) proponen que la terapia se amolde a la realidad estructural de la familia divorciada, trabajando de forma separada con los subsistemas que están siendo apartados: *En el caso de las familias que ya se han separado físicamente, conviene citar a un solo cónyuge para la primera reunión, pues así se respetan y se reafirman las fronteras trazadas.* Más adelante se realizan los encuentros controlados. En cambio, en el caso de la familia Acevedo, empezamos reuniendo a los padres en las sesiones y luego intentamos dividirlos, esto posiblemente nos hizo isomórficos al sistema y dificultó la delimitación de fronteras, asunto que era primordial para desatorar a la familia de la Crisis pre-separación. Sin embargo, esta medida fue tomada con el fin de consolidar en Ismael y Dalia, acuerdos como padres, y habilitar la competencia en este sentido. Otro asunto que quizás nos faltó abordar fue el trabajo terapéutico directo con Iván y atender de una forma más cercana los sentimientos de culpa, incertidumbre y tristeza de Ismael y Diana. Desafortunadamente, estos aspectos sí se habían tomado en cuenta en la agenda terapéutica para abordarse a continuación, pero la familia ya no quiso seguir con la terapia, muy probablemente el hecho de haber citado a la pareja por separado (se había citado en primer lugar al Sr. Ismael) implicaba que se asumía una decisión emocional de separación y se establecía distancia psicológica entre los cónyuges, y este no era el tiempo en que la familia deseaba encontrarse en dicha situación, quizás en este momento la pareja percibía que la ambivalencia les dejaba mayores ganancias que el cambio, recordemos que cada familia tiene su propio ritmo y tiempo para realizar transiciones.

El encuentro con la familia Acevedo Ruiz me dejó una significativa experiencia en cuanto al tratamiento de casos de divorcio. Aunque fueron pocas las sesiones que nos vimos, su proceso me deja distintos temas para reflexionar, entre ellos: el acercamiento con la ambivalencia en el divorcio, el papel de los hijos en estos casos, y la difícil tarea de efectuar

adecuadamente las funciones parentales de acuerdo al ciclo vital de los hijos, cuando la pareja se encuentra en su propio ciclo de ruptura. Estas reflexiones y experiencias, sin duda, me hacen analizar con mayor profundidad casos similares.

Familia Fernández Castro

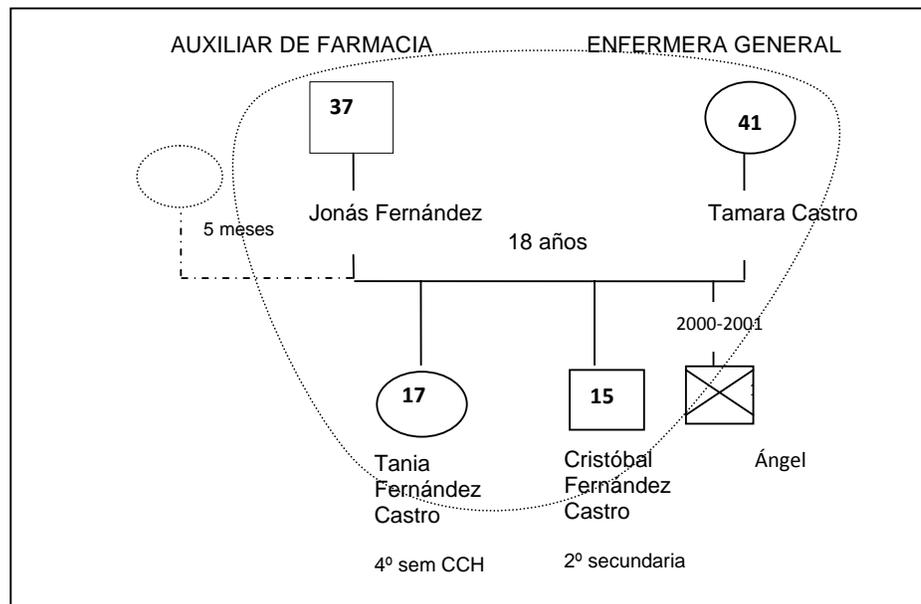
a) Datos generales

Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Supervisora: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Equipo de Supervisión: Mónica Ayala, Laura Núñez, Alejandra Piloni, Cristian Treviño.

Familiograma:



b) Motivo de consulta

La Sra. Tamara desea divorciarse de su esposo, él le ha pedido el divorcio. Recientemente descubrió que el Sr. Jonás le era infiel; sus hijos y ella se encuentran en crisis y desean apoyo psicológico para resolver su situación familiar.

c) Resumen del proceso terapéutico

Sesión 1 Personas que asisten: Sra. Tamara y su hijo Cristóbal.

Hace aproximadamente 4 o 5 meses la Sra. Tamara descubrió la infidelidad de su esposo. Ella lo sospechaba, además, hubo personas cercanas que se lo advirtieron. Un día lo fue a espiar al trabajo y lo descubrió con su amante. En ese entonces había problemas económicos, lo cual incrementó la difícil situación de la familia. La pareja empezó a separarse emocionalmente hasta el punto de no dirigirse la palabra. Sin embargo hasta ahora siguen viviendo en la misma casa.

La Sra. Tamara comentó que sus hijos están presentando problemas, en especial Cristóbal, quien se está portando rebelde y ha bajado de calificaciones. Ella considera que esto se debe a todos los cambios ocurridos en estos últimos meses.

Tamara expresó que había acudido a terapia porque necesitan ayuda profesional, dijo sentirse atrapada, porque su esposo ya no quiere estar con ellos, todos los días se va a ver a su amante, incluso en fin de semana, por lo que casi no platica con sus hijos y no aporta económicamente al hogar. Él ya le ha pedido el divorcio, pero le dice que no se irá con las manos vacías, que Tamara tiene que darle la parte que le corresponde respecto a una propiedad (casa).

Cristóbal, quien daba señales corporales de angustia (hablaba agitadamente, lloraba) menciona que su motivo de consulta es poder expresar lo que siente, lo cual, dijo, es falta de apoyo, especialmente por parte de su padre, con quien casi no se comunica; y que le duele esta situación que están pasando.

La Sra. Tamara mencionó que acepta que es un error el que ella esté involucrando a sus hijos en sus conflictos de pareja, ya que continuamente se queja con ellos de lo que le hace su esposo, menciona que Tania y Cristóbal en algunas ocasiones le han dicho que ya no quieren escuchar quejas ni comentarios negativos sobre su padre.

Intervenciones:

- Se normalizó la angustia que la familia siente respecto a la situación que está viviendo, colocándonos en una posición distante (postura de de experto): “Están pasando por un proceso de transición, generalmente, estos procesos son difíciles, porque implican cambios e incertidumbre en las familias, pero, a pesar de lo difícil que pudiera parecer, las familias logran salir adelante buscando nuevas formas de organizarse”.
- Se marcaron límites entre el subsistema conyugal y el subsistema de los hijos: “Le pedimos a Usted, Tamara, dejar de platicar con sus hijos asuntos concernientes a su esposo”.
- Redes de apoyo: Se le pidió a la Sra. Tamara buscar otras personas con quienes platicar sobre su angustia respecto a su relación con Jonás.
- Se alentó a Cristóbal para buscar la comunicación con su padre, desequilibrando el sistema al propiciar la ruptura de una posible coalición entre la madre y los hijos contra el esposo.

Sesión 2 Personas que asisten: Sra. Tamara, Tania y Cristóbal

Comentan que a partir de la sesión pasada, sintieron un pequeño pero significativo cambio: La Sra. Tamara evitó contarles a sus hijos acerca de sus problemas con su esposo, lo cual repercutió en mayor tranquilidad para ellos. Ambos hijos comentaron que se dieron cuenta de este cambio que hizo su mamá. Se le preguntó a Cristóbal si había pensado en estrategias para comunicarse con su papá, a lo cual él contestó que en la semana le había hablado más veces al celular (y más tiempo), y también que había procurado hacerle plática cuando estaban en su casa. Tania comentó que a ella no le interesaba comunicarse con su papá, sentía coraje hacia él.

Un asunto relevante que se trató en la terapia fue la soledad con la que cada miembro de la familia estaban enfrentando la crisis familiar, ya que entre ellos había estado faltando platicar acerca de cómo se sienten y aprender a detectar con claridad cuando otro miembro de la familia se sienten angustiados o enojados, y poder apoyarse (se aclaró que hablar de los

sentimientos propios es diferente a quejarse de la conducta de otro). Otro aspecto importante visto en la sesión fue el comentario que la Sra. Tamara hizo respecto a la muerte de un hijo llamado Ángel, quien murió de año y medio de edad hace aproximadamente 6 años. Este bebé murió de rotavirus, y a raíz de su muerte, toda la familia sufrió un periodo difícil de duelo. Especialmente la señora Tamara, quien se culpó de no haber podido salvar a su hijo, entró en un periodo de negación, además, no le platicaba a nadie acerca de lo ocurrido, tenía una depresión profunda, dolores de cabeza, llanto constante, etc. Su esposo le decía que ya no llorara tanto, porque sus hijos y él la necesitaban. En aquel tiempo los miembros de la familia no compartieron lo que estaban sintiendo, cada quien vivió su tristeza por su lado y con el tiempo fueron superándolo. Cuando la familia mencionó este suceso, se resaltó la dificultad que ahora, en esta nueva crisis, están evidenciando para buscar apoyo y la necesidad que tienen de contar con personas adecuadas que puedan servir de escucha y de soporte para cada uno de los miembros de la familia.

Al final de la sesión, la señora Tamara mencionó que ya ha llegado a un acuerdo con su esposo de no ofenderse, de tener respeto y que él ya no le ha mencionado nada acerca de divorciarse.

Intervenciones:

- Se iluminaron los comentarios y el lenguaje no verbal que hacían referencia a la dificultad de expresar los propios sentimientos y de pedir ayuda.
- Se propició el establecimiento de redes de apoyo entre los miembros de la familia y las redes con personas externas. Respecto a lo segundo, se les pidió pensar y de ser posible, buscar a personas que les parecieran confiables y platicar con ellas.
- Se propició, la disminución de la distancia psicológica al interior del subsistema fraterno, al pedirles a los hermanos que estuvieran más atentos para observar los indicadores de tristeza o de enojo del otro y brindarse apoyo.

Sesión 3 Personas que asisten: Sra. Tamara, Tania y Cristóbal.

Comentaron que en estos quince días se habían sentido mejor. Tania mencionó que en la semana pasada sus papás habían discutido pero que ella no se había enterado del motivo de la discusión, porque su mamá no le había querido contar.

Al preguntarles sobre la tarea que se les encargó respecto a pensar en personas significativas que pudieran ser un apoyo para ellos, la señora Tamara dijo que había platicado con compañeras de trabajo, con su mamá y con sus hermanas. Tania mencionó que ella pensó en su prima, una tía y una amiga, el inconveniente, mencionó, es que la tía y la prima son familia cercana de su papá y a su mamá le molesta que platique con ellas. En este momento de la sesión se intervino para cuestionar estas restricciones que realiza la madre respecto a las amistades de Tania para propiciar la ruptura de posibles coaliciones o triangulaciones.

Cristóbal, por su parte, mencionó que él ya no ha hablado con su amiga porque considera que la situación está más tranquila y que no pensó en hablar con otras personas.

La Sra. Tamara mencionó que ella vivió, cuando tenía seis años, el divorcio de sus padres, que fue una situación muy difícil porque su padre la llevó a conocer a otra pareja, sus hermanos resintieron la situación familiar mostrándose violentos y ella solía orinarse en la cama, en la escuela, en la calle, etc. No platicaba con nadie de lo ocurrido. Ella mencionó que no le

gustaría que todo esto lo vivieran sus hijos. Por lo cual se le pidió que en ese momento les expresara a sus hijos directamente qué es lo que ella cambiaría para que, en caso de divorciarse, sus hijos vivieran en mejores circunstancias. La Sra. Tamara les comentó que la situación con su papá estaba ya muy desgastada, y que en caso de una separación, ella siempre procuraría lo mejor para ellos, que les daría la libertad para ver a su padre, quien los ama mucho, a quien sus hijos también debían amar y respetar. Les pidió que nos los juzgaran a ambos, que intentaran comprenderlos. También les mencionó que podían platicar con ella acerca de lo que sienten, que recordaran que podían contar con ella, que ella nunca los dejaría solos.

Un miembro del equipo entró a la sesión y les dijo que admiraba la fortaleza que como familia estaban mostrando y que los felicitaba por estar ya, tomando decisiones. Después se les preguntó a Tania y a Cristóbal si habían detectado los estados de ánimo, uno del otro. Ambos dijeron que sí habían estado al pendiente uno del otro, que se dieron cuenta cuando estaban enojados y tristes. Se les preguntó cómo manejaban el enojo y la tristeza, Tania dijo que ella controla sus emociones escribiendo; Cristóbal lo hace escuchando música.

Intervenciones:

- Redes de apoyo
- Validación a la experiencia de vida de Tamara: “la consideramos una persona muy fuerte, que ha tenido una historia en la que ocurrieron sucesos dolorosos, de los cuales ha salido adelante”
- Se dio una utilidad a la recapitulación del pasado: mejorar el presente, “usted vivió el divorcio de sus padres, el cual fue muy difícil, pero ahora puede implementar cosas diferentes para que sus hijos vivan esta situación de una mejor manera”.
- Escenificación: se estimuló a los miembros de la familia a conversar entre ellos en la sesión (*provocar interacciones*), favoreciendo canales de comunicación que infundieran seguridad y apoyo (*ensayo de interacciones alternativas*).

Sesión 4 Personas que asisten: Sra. Tamara.

Asiste a la sesión únicamente la Sra. Tamara, pues comentó que necesitaba platicarnos sobre un suceso violento con su esposo. Su esposo le acusó de haber estado con alguien, le reclamó que tenían ya mucho tiempo de no tener intimidad, entonces le quitó su ropa interior y abusó sexualmente de ella.

Tamara menciona que antes, su vida sexual con su esposo era satisfactoria. Pero a partir de septiembre de 2006 empezó a notar diferencias muy desagradables, ya que el comportamiento de su esposo en la intimidad era egoísta y violento. Cuando la señora descubrió la infidelidad de su esposo, empezaron a dormir separados, pero un tiempo después, Tamara optó por volver a dormir con él haciéndose ilusiones de que, aunque anduviera con otra persona, él podía quererla más a ella. Actualmente siguen durmiendo juntos, pero desde hace un mes y medio no habían tenido relaciones sexuales hasta el pasado hecho violento.

Intervenciones:

- Se validó el coraje y la repugnancia que la señora Tamara expresó por el pasado hecho.

- Se redefinió su concepto de amor, marcando una diferencia entre el amor y la convivencia: El amor se definió como un sentimiento que involucra preocupación y cariño por el otro, sin embargo “uno puede amar a alguien pero eso no implica necesariamente vivir con dicha persona, a veces a pesar de amar a alguien, uno puede decidir separarse de esa persona si es que esto es lo más saludable para ambos”
- Se motivó a la Sra. Tamara a tomar decisiones para su protección y la de sus hijos, se le dieron recomendaciones para prevenir actos de violencia física y sexual, y se le proporcionaron números telefónicos de abogados con quienes pudiese solicitar asesoría para la protección legal, física y económica

Sesión 5 Personas que asisten: Sra. Tamara

Tamara consultó a una abogada, amiga suya y a un abogado del IMSS quienes le recomendaron demandar a su esposo por violentarla sexual, psicológica y económicamente. Esto traería como consecuencia la detención del Sr. Jonás, y el inicio del trámite de un divorcio necesario, ya que Jonás no se presta a platicar para llegar a acuerdos. Tamara aún no ha decidido si demandará o no a su esposo. Comentó tener miedo, ya que siente que su esposo anda vigilándola con el fin de encontrarle algo que la perjudique, además, dijo sentir miedo de que su esposo vuelva a agredirla física y sexualmente, por lo que procura no estar sola con él. Ya duermen separados.

Ella menciona que no tenía pensado divorciarse, ya que son muchos los años que ha compartido con su esposo y que son más las cosas buenas que ha vivido con él, que las cosas malas, comentó que aún siente “co-dependencia” de él, pero que sabe que tiene que entender que ya no está presente en la vida de él.

Tamara mencionó que a los 14 años fue violada por su padrastro y quedó embarazada. Los nueve meses de embarazo estuvo encerrada para que nadie se enterara de lo sucedido. Su bebé murió a los dos meses de nacido, por fiebre. La madre de Tamara la culpaba diciendo que ella le había destrozado su matrimonio. A pesar de lo ocurrido, el padrastro seguía viviendo con ellos hasta que decidió irse, siguió teniendo hijos con otras mujeres. Tamara comenta que le costó mucho “reconquistar a su mamá”, quien le apoyó con sus estudios y después de muchos años reconoció que no había sido culpa de Tamara lo ocurrido sino de la depravación del padrastro. Este suceso sólo lo conoce la madre y los hermanos de Tamara y hace aproximadamente cinco años Tamara se lo contó a Jonás, al parecer no fue buena idea contárselo porque él se lo recrimina.

Tamara dice que actualmente su mamá la escucha y la apoya. Le ha dicho que la infidelidad de su esposo es pasajera, que ella es bonita y si pudo superar lo de su pasado, podrá superar esto también y sacarse un diez.

Intervenciones:

- Validación y elogio a la Sra. Tamara: “es una mujer muy fuerte que ha pasado por muchos sucesos trágicos, de los cuales se ha levantado”
- Establecimiento de la diferencia entre el pasado y el ahora: “antes fue una víctima de las circunstancias, de lo ocurrido con su padrastro, de lo cual usted no tuvo ninguna culpa, en aquel tiempo era menor de edad y lo único que podía hacer era tolerar e intentar salir adelante. Actualmente, usted es una mujer adulta, capaz de tomar decisiones, capaz de buscar su beneficio y el de sus hijos”

- Alianza con la Sra. Tamara para empoderarla: “Usted no tiene porqué tolerar lo que no desea. Sólo es necesario tomar decisiones estratégicas, y decidir en qué quiere sacarse el diez”

Sesión 6 Personas que asisten: Sra. Tamara, Tania y Cristóbal.

Cuando se les preguntó como habían estado, Tania comentó que habían estado mal, porque sus papás discutieron el pasado martes, y de hecho, su papá le pegó a su mamá. Entonces la Sra. Tamara la llamó pidiéndole auxilio. Jonás le expuso a su hija una forma de solucionar la situación, que se refería a que la Sra. Tamara le diera a él una de sus dos casas (que es una casa que aún está pagando) para poderse ir. La Sra. Tamara no aceptó esta propuesta porque un abogado le asesoró diciéndole que no le convenía darle la casa, porque después no iba a poder sacarlo y ella tendría que seguir pagando. Además, le molestó mucho que su esposo, cómodamente, le pidiera una de las casas y le dijera que iba a contratar un carro de mudanza para llevarse muebles de la casa en la que actualmente viven.

Tania menciona que ella ya no quiere saber nada, que está harta, y que no está a favor de nadie, sólo quiere que su mamá haga algo para determinar la separación. Cristóbal menciona que él también quisiera que sus papás se separaran, que él se lo ha mencionado a su mamá; pero con su papá platica de otras cosas.

Intervención:

- Coro griego: un miembro del equipo entró y le explicó a la familia que el equipo estaba dividido, que una parte pensaba que en este momento era difícil que la Sra. Tamara hiciera algo, que la historia vivida con su esposo, la angustia y muchas cosas le impedía moverse y que habría que entenderla. Sin embargo, la otra parte del equipo decía que la Sra. Tamara se estaba arriesgando con esa actitud de inmovilidad y que esto angustiaba a sus hijos más que la determinación de la separación, que probablemente la familia sufriría muchos costos por esta postura de no querer decidirse por algo.

Sesión 7 Personas que asisten: Sra. Tamara

Tamara comenta que sus hijos no pudieron asistir porque estaban ocupados en las nuevas actividades que han emprendido: Tania empezó a trabajar en una cocina económica, por lo que la estaba viendo poco tiempo, pero que la notaba más tranquila; y Cristóbal empezó a tomar clases de guitarra con un primo, y al parecer estaba muy emocionado.

Nos comentó que ya se había asesorado legalmente acerca de los trámites del traspaso de una de sus casas, al mes de llevarse a cabo, empezaría con los trámites el divorcio. También nos comentó que ya había buscado asesoría jurídica en el *Centro de Conciliación y Mediación*. Le proporcionamos, además, el teléfono de otra instancia.

Posteriormente empezó a comentarnos que tomó de su automóvil (el cual generalmente usa su esposo) una bolsa con accesorios de un hotel. El esposo le reclamó, la insultó verbalmente y amenazó con golpearla si no le daba la bolsa y se la entregó.

Nos platicó también que, “por equivocación” revisó los mensajes que había en el teléfono de su casa, en los cuales la amante de su marido se escuchaba muy angustiada solicitándole al Sr. Jonás que regresara con ella, eran varios mensajes (nos dio la hora exacta de cada uno). Tamara nos comentó que suele aferrarse a las cosas, por lo tanto se aferraba al cariño de su

esposo, pero que ya no confiaba en él. Ella sabía que la relación ya había terminado pero que él no se iba a ir con las manos vacías y que eso le molestaba.

Intervenciones:

- Redefinición y Normalización. Se redefine la etiqueta "codependencia" por *angustia*, un sentimiento normal en casos de ruptura y separación.
- Iluminación de aquellas conductas que Tamara realiza con el fin de aferrarse a su esposo (vigilarlo y revisar sus cosas).
- Realización de la primera fase de un ritual de *cierre*: Se le pidió escribir en papeles las cosas y eventos positivos de su relación con Jonás. Empezó a escribirlos en sesión y se le pidió escribir lo que recordara al respecto a lo largo de la semana.

Sesión 8 Personas que asisten: Sra. Tamara

Tamara, trae consigo la tarea que se le había pedido, y junto con los papeles que hablaban de cosas positivas, trajo otros papeles que se referían al resentimiento que siente por su esposo. Se le pidió que leyera uno a uno los papelitos del primer grupo (eventos y sentimientos positivos en su relación de pareja) y que los depositara en una caja, después, se le pidió que forrara la caja en forma de regalo y que la guardara en un lugar especial de su casa simbolizando el conservar aquellos recuerdos lindos de la relación con su esposo. El otro grupo de papelitos, los que hablaban de resentimiento y odio se quemaron: un miembro del equipo entró y le platicó a Tamara acerca de la costumbre de los aztecas del *fuego nuevo* que purifica el espíritu, después de escuchar la pequeña anécdota, Tamara aceptó quemar esos papeles. Cabe mencionar que la Sra. Tamara dijo que traía consigo una grabación de los mensajes que la amante le envía a su esposo con el fin de escucharlos en sesión, después de reflexionar un poco, concluyó que no era útil ni beneficioso escucharlos más.

Intervenciones:

- Ritual de curación. A través del ritual se buscó una curación personal de Tamara y de su vínculo con su esposo. Este ritual, señalaba el cierre de una etapa, facilitando la expresión del amor y la nostalgia por los buenos momentos, así como del resentimiento y del dolor; apuntando a la preparación de Tamara para continuar dando pasos en pro de mejorar su situación.
- Tarea: se le sugirió seguir escribiendo pensamientos o sentimientos diversos y que los trajera para la próxima sesión, también se le solicitó la elaboración de una pequeña bolsa.

Sesión 9 Personas que asisten: Sra. Tamara

La Sra. Tamara trae consigo la tarea que se le había pedido: una bolsa hecha a mano, y papeles en los cuales vienen plasmados pensamientos, reflexiones de ella misma y de algunas otras personas. Se le pidió que leyera cada papel y se seleccionaron aquellos papeles que hablaban de cosas positivas para su vida futura, los cuales se depositaron dentro de la bolsa y se recomendó que cada día sacara de esa bolsa un papel y lo leyera para sí misma.

Tamara comentó que en la semana su papá le habló por teléfono para cantarle una canción que le daba ánimo, y además, le recordó que cuenta con su apoyo, de igual forma, los hijos de la Sra. Tamara han dado muestras de cariño a su mamá, aunque, están ocupados en sus respectivas actividades.

Además, la Sra. Tamara comentó que en una noche de la semana pasada, su esposo se metió en su cama e intentó tener relaciones sexuales con ella, asunto al que ella se negó, y decidió ser firme y explicarle a su esposo que ya no tenía caso que hubiesen eventos sexuales entre ellos, él entonces la dejó tranquila.

Intervenciones y tarea propuesta:

- Tarea ritualizada: sacar cada día papeles de la bolsa, los cuales hablan de consejos y motivaciones para salir adelante.
- Elogio por los límites que Tamara estaba mostrando hacia su esposo: "Nos parece que usted enfrentó muy bien la situación con su esposo, está dando pasos importantes y la felicitamos por ello".
- Felicitación por los límites que se han establecido entre el sistema conyugal y fraterno: "Notamos que Tania y Cristóbal han logrado deslindarse de asuntos que son de usted y Jonás, y están haciendo sus propias actividades, eso es muy bueno para ellos".
- Redes de apoyo: "Nos alegra mucho esta reciente cercanía de usted con su padre, que bueno que usted esté buscando estrechar lazos con personas que pueden apoyarle en estos momentos".

Cabe mencionar que llegó el periodo vacacional de verano y dejamos de ver a la Sra. Tamara por aproximadamente un mes.

Sesión 10 Personas que asisten: Sra. Tamara

Tamara llegó a sesión comentando que ella y sus hijos han estado más tranquilos. En este periodo vacacional realizó algunas cosas, por ejemplo, le entregó las llaves de la otra casa a su marido, diciéndole que ya se fuera, y acordando con Jonás, que él continuaría pagando la casa en cuanto se mude. Mencionó también que hizo cambios en su aforo y en su testamento. Además, en la semana pasada le habló por teléfono a la amante de su marido para decirle algunas palabras altisonantes y expresarle su enojo.

La Sra. Tamara reporta que cambió la chapa de su casa para no dejar entrar a su marido pero después el marido se brincó la barda, realizó algunas maniobras y finalmente pudo entrar otra vez. Jonás le ha realizado comentarios sobre "¿qué cosas me puedo llevar?" por lo que Tamara afirma que está segura de que él sólo se irá de la casa si consigue llevarse "un tráiler lleno de mudanza". Los hijos le han expresado a su mamá que quieren que su papá se vaya, porque se la pasa hablando por teléfono con la amante, no aporta nada a la casa y se arregla "como un adolescente" para verla. Pero al parecer Jonás no piensa irse.

Intervenciones:

- Felicitación por los cambios realizados en este tiempo: "La notamos con una actitud más activa, con disposición de hacer cosas en pro del beneficio de usted y de su familia, la felicitamos por esto".
- Se dio a conocer a la señora Tamara, el escenario que el equipo observaba, con el fin de impulsarla a seguir tomando decisiones, dejando en claro que es imposible no moverse, ya que haciendo o dejando de hacer, de todas formas su conducta tiene un mensaje y un efecto que implicará costos y beneficios. Se le dijo que el equipo pensaba que ella tenía tres caminos a escoger:

- a) Decidir quedarse como está realizando acciones pero siendo éstas no definitivas ni tajantes, la ganancia será evitar el lío del divorcio y mantener a su esposo con Usted, aunque el costo será soportar la actitud desobligada de él.
- b) Decidir divorciarse, implicará un proceso doloroso y quizás laborioso, puesto que su esposo muy probablemente no estará dispuesto a cumplir con dar y recibir lo que es justo, y habrá que lidiar con él, pero, seguramente después de llevar a cabo el proceso, esto proporcionará estabilidad y tranquilidad para sí misma y para sus hijos.
- c) Decidir no decidir y dejar que su esposo tome las decisiones. La ganancia quizás sea que Usted se evite la fatiga de tomar la iniciativa de terminar con esta situación. El costo será que al dejarle a Jonás la determinación del tiempo y de las condiciones de su estancia en casa, él entonces podrá hacer lo que le plazca sin límite alguno.

Sesión 11 Personas que asisten: Sra. Tamara.

Tamara nos comenta que sus hijos ya no quieren asistir a terapia. La razón es que no ven cambio alguno en las decisiones de su mamá, quien está dejando que su padre haga lo que quiera sin la mayor vergüenza. Incluso, Tamara expresa que se da cuenta que está escogiendo la opción *decidir quedarse como está*, ya que, aunque anhela una vida distinta, aun siente "codependencia" con su esposo, menciona que él no se ha ido de casa, que sigue llamando a sus amantes desde la casa donde vive ella y sus hijos. Comentó que le recogió a Jonás las llaves de la otra casa, porque él no se fue y ya pensó que no se las daría porque no quiere darle un lugar para su amante. Se siente muy triste y frustrada por la aparente imposibilidad para moverse, pero comenta que aún quiere a su esposo y que al menos, viviendo con ella, aunque no como marido, sino como otro hijo adolescente, está siendo una figura paterna para sus hijos y ella puede estar al pendiente de que no le pase nada malo.

Intervenciones:

- Se realizan preguntas circulares explicativas, reflexivas y estratégicas respecto a la situación de la familia.
- Se prepara el terreno para una intervención paradójica, connotando positivamente la actitud abnegada de la Sra. Tamara: el equipo ofrece una disculpa ya que no se había percatado de este deseo de conservar unido el sistema familiar y de cuidar de su esposo, a pesar de los costos.
- Tarea paradójica: Se redacta una carta de parte del equipo, que la Sra. Tamara deberá repetir todos los días por las mañanas en voz alta frente a un espejo. La carta, en resumen expresaba lo siguiente: "He decidido sacrificarme a mí misma, dejando de lado la opción de vivir tranquila con mis dos hijos. También renuncio a la idea de encontrar a un hombre que realmente me ame y me valore. Además, he decidido sacrificar la serenidad de mis hijos, quienes tendrán que aguantar que su padre se comunique desde casa con sus amantes y destine su dinero y su tiempo a ellas. Todo lo sacrifico en pro de mantener conmigo a este hombre con quien viví momentos felices en el pasado, pero quien ya no me ama en el presente, y mi sacrificio es para que él si pueda disfrutar de una vida sexual plena, para que no esté aburrido y no tenga responsabilidades, para que tenga un techo siempre, comida y ropa limpia".

Nota: Cabe mencionar que esta fue la última sesión en la que vimos a la Sra. Tamara. Al llamarle telefónicamente para saber el motivo de su inasistencia, reportó que había tenido una fractura en su cadera y estaba en reposo, por lo cual ya no podría seguir asistiendo a terapia, pero que nos agradecía el apoyo brindado a ella y a su familia. Mencionó que, respecto a nuestra última tarea,

sólo había leído la carta la primera semana, porque después había definido que no era eso lo que deseaba para ella y para sus hijos. Aún no sabía que iba a hacer, aprovecharía este tiempo para pensar en cómo resolver su situación.

Le llamamos cuatro meses después para saber cómo se encontraba y qué había pasado en su familia. Tamara fue breve, sólo mencionó que ya se había restablecido completamente de su salud, que su esposo aún seguía viviendo con ellos y presentando su habitual conducta irresponsable, pero que ella y sus hijos se encontraban tranquilos.

d) Análisis del caso

La familia Fernández Castro, llegó a terapia encontrándose en las primeras etapas del proceso de divorcio que Everett y Volgy (1991) exponen en su propuesta teórica: *Ambivalencia*, *Distanciamiento*, y *Fantasías y Acciones de Pre-separación*. La *ambivalencia* implica dudas sobre la relación, agresividad, fantasías de romances, de abandono de la relación. Tamara nos expresó esta ambivalencia en todo el proceso terapéutico respecto a querer y no querer estar con su esposo, dudas sobre amarlo y no amarlo, y decidir o no, un divorcio; Jonás por su parte, también manifestaba dudas sobre querer estar con Tamara como pareja o sólo como amparadora de su manutención y de su seguridad económica, ambivalencia entre querer ser un hombre de casi 40 años o un adolescente. Evidenciaba violencia física, psicológica y económica, sobre todo un patente abandono de sus funciones como esposo y como padre.

El *distanciamiento emocional* entre Tamara y Jonás, pudo haber comenzado desde hace mucho tiempo atrás, especialmente desde aquel periodo de duelo en el que toda la familia estuvo involucrada debido a la muerte de Ángel, en este periodo, el esposo reclamaba la ausencia emocional de su pareja y su falta de disposición para mantener una relación activa con él y con los hijos. Esta falta de disponibilidad afectiva y física, fue acompañándose con el aumento de la agresividad y el resentimiento mutuo; dicho resentimiento y distanciamiento se evidenció mediante relaciones extramaritales.

En este escenario pudieron surgir las *fantasías* de Jonás de dar un giro a su existencia queriendo gozar de una vida libre de obligaciones conyugales y parentales al intentar convertirse nuevamente en un joven enamorado de alguien que pudiera estar sexual y afectivamente más conectado con él. Para Tamara, quien además había tenido una historia de vida muy dura, este proceso de desamor con su pareja le produjo una serie de sentimientos que la abrumaban, lo cual se traducía en una crisis que le impedía moverse para tomar decisiones, ya que, aunque intentaba realizar algunas acciones: consultar abogados, cambiar la chapa de la puerta, entregar y recoger las llaves de la casa a su esposo, etc. Estas maniobras sólo eran *acciones de pre-separación*, el divorcio como tal todavía no era una realidad asumida.

Por lo anterior podemos decir que esta familia estaba pasando por una *Crisis de pre-separación* (Isaacs et al., 1995) puesto que la pareja vacilaba en permanecer o no juntos por distintas razones: según lo expresó Tamara, ella sentía "codependencia" hacia su esposo, lo cual implica un vínculo emocional intenso, posiblemente de amor o de añoranza por los viejos tiempos felices, lo cual le impedía dar el paso hacia la ruptura oficial de la relación; aunque también estaban implicadas otras variables que dificultaban la separación de la pareja como lo eran las propiedades y bienes materiales: "Jonás no se iría a menos que pudiera llevarse una casa y un tráiler de mudanza", pero Tamara no lo permitiría y esta era una forma de retener a su esposo con ella y de vengarse al no "darle nada para la amante". Esta lucha entre cónyuges, además de privarles de la tranquilidad, ya que ahora cada quien tenía que cuidarse de las

acciones del otro, alteraba la serenidad de sus hijos y les provocaba incertidumbre y enojo. Dichas características nos llevan a concebir este caso como un *divorcio difícil* (Isaacs et al., 1995), puesto que la situación de desavenencia familiar era muy desgastante, la ruptura emocional, física y sexual ya había empezado, sin embargo era dificultoso para ambos cónyuges llevar a cabo una definición de su situación. Aunado a esto, era muy evidente la poca protección que en el proceso de discordia, habían prestado a sus hijos.

Según los autores antes mencionados, cuando las personas están involucradas en un proceso de ruptura, se hacen evidentes distintos sentimientos: Tamara se encontraba envuelta en la tristeza, la ira, la desilusión y la desesperanza; todos estos sentimientos y el momento de crisis en el que se hallaba, había tocado también a sus hijos, es decir, la madre estaba transmitiéndoles a sus hijos su angustia e intentando usarlos como "colchones" en los cuales descansar (Minuchin, 1984), lo cual era una carga muy pesada para ellos.

Cabe mencionar que una característica de los divorcios difíciles es la ausencia de las funciones parentales (Pitman, 1990), lo cual se mostró en Tamara, quien al verse tan absorta en su propia crisis, había olvidado ejercer su rol como madre. Tania, la hija mayor, estaba más al pendiente de su hermano Cristóbal, que sus padres, ella era hija parental, pero eso no era todo, ambos padres la ocupaban como escucha, mediadora y consejera en la relación conyugal, lo que la ponía en una situación insostenible. Aunque en las sesiones Tamara siempre afirmaba que no quería meter a sus hijos en su conflicto de pareja, en la práctica recurría a ellos para ponerlos de su lado y asegurarse de que la apoyarían más a ella que al padre, es decir, buscaba la coalición con sus hijos en contra de su esposo. Además, otro asunto importante en los *divorcios difíciles* observado en esta familia es la alteración que los implicados sufren en sus redes sociales: los hijos de Tamara y ella misma experimentaban soledad puesto que, mientras al interior del sistema familiar había una falta de claridad en los límites entre subsistemas, al exterior dichos límites eran rígidos. Por ejemplo, Tania y Cristóbal se mostraban confundidos y enojados por la restricción de parte de su madre respecto a su amistad con familiares del Sr. Jonás, ya que Tamara no quería que se vincularan con ellos para evitar que le dieran información al "bando contrario" y amenazaran de esta forma su status. Esto afectaba enormemente a los hijos, quienes estaban sufriendo varias pérdidas y se encontraban siendo objeto de distintas triangulaciones. La falta de límites claros, así como la poca atención emocional que los padres estaban brindándoles a sus hijos, se manifestaba a través de síntomas en su conducta: el bajo rendimiento escolar y la conducta disruptiva de Cristóbal; y las alteraciones en el estado de ánimo de Tania (Minuchin, 1984).

Es necesario subrayar que la adolescencia es una etapa del ciclo vital caracterizada por cambios físicos, emocionales y la búsqueda de valores propios, por lo que hay un conflicto entre los valores del adolescente y los de los padres (Gómez, 2003). Entonces, de por sí para los adolescentes su etapa de vida implica crisis en la identidad y en las relaciones con los adultos, y si sumado a este proceso se encuentran inmiscuidos en una situación familiar de infidelidad y *divorcio difícil*, el resultado es la experiencia de un lapso muy complejo, lleno de contradicciones entre valores, conceptos y sentimientos. Dicho suceso es el que enfrentaban Tania y Cristóbal, ya que percibían muchas incongruencias en los valores morales y éticos de sus padres, especialmente había una confusión en el valor de la lealtad, del respeto propio y de respeto por los otros, en el concepto del *amor*, y un evidente conflicto en relación al panorama familiar real, versus, el ideal. Por ello, muchas veces confrontaban a su madre respecto a tomar pronto la decisión de la separación, exigiéndole manifestarse como la "madre ideal" que es respetuosa de sí misma y que marca límites a la conducta desconsiderada del esposo, asunto que no era sencillo para Tamara, puesto que existían muchos dilemas en cuanto a las ganancias

y pérdidas que traería un divorcio, dilemas que para los adolescentes eran incomprensibles y desesperantes.

El tratamiento de este caso estuvo fundamentado principalmente en el *Enfoque Estructural* (Minuchin, 1984; Isaacs et al., 1995), aunque también se utilizaron algunas intervenciones del *Modelo de Milán* (Selvini et al., 1980, 1988).

Lo primero que se trabajó en las sesiones fue dar contención a los miembros que acudieron, ya que venían en una situación de crisis. Por ello, la terapia fue, en primer lugar, un espacio para el desahogo y la expresión del dolor y la angustia, acompañado de validaciones y mensajes esperanzadores. También se trabajaron algunos aspectos que Isaacs et al. (1995) proponen:

- *Reorganización de las relaciones al interior como al exterior del sistema:* Se intentó reajustar las relaciones entre los cónyuges para facilitar su desempeño parental, desafortunadamente el padre nunca acudió, aunque se le hizo la invitación de asistir. Sin embargo, se trabajó desde quienes acudieron, el marcar límites entre el subsistema parental, el conyugal, y el fraterno, evidenciando que independientemente de las dificultades amorosas entre Tamara y Jonás, no se debía evitar el contacto entre el padre y los hijos, de esta forma se propició la ruptura de la coalición entre la madre y los hijos permitiendo a éstos la cercanía con el padre; también se sugirió permitir que los hijos se relacionaran con la familia de origen del Sr. Jonás aminorando las pérdidas en los vínculos sociales y emocionales de Tania y Cristóbal.
- *Dar prioridad a los hijos y buscar su protección:* Se favoreció el deslinde de los hijos respecto a los conflictos de los padres; se hizo hincapié en el crecimiento y la autonomía de los adolescentes y su inserción en actividades propias de su edad que propiciaran la ampliación de su mundo social.
- *Trabajar con subsistemas:* Se coadyuvó en el establecimiento de límites claros entre la madre y los hijos con el fin de quitarles carga a ellos, para favorecer este objetivo se citó en distintas ocasiones a la Sra. Tamara por separado. También se propició la unión y el apoyo entre el subsistema fraterno a través de tareas terapéuticas llevadas a cabo en casa.
- *Redes de apoyo.* Se trabajó este aspecto con la madre y con los hijos, al sugerirles el contacto con distintas personas, familiares, amigos y expertos que pudieran dar contención en el terreno afectivo, legal, y social.

Gran parte del proceso terapéutico estuvo centrado en Tamara, con quien se trabajaron emociones tales como la tristeza, la pérdida, el resentimiento, la desesperanza y la confusión a través del uso de rituales y tareas ritualizadas (Imber-Black, Roberts y Whiting, 1991).

Cabe mencionar que también se intervino confrontando y cuestionando a Tamara según lo proponen Everett y Volgy (1991) en la etapa de *Fantasías y acciones pre-separación* abordando los siguientes puntos:

- *Hasta qué punto ambos cónyuges querían divorciarse.* Aunque Tamara llegó a la terapia expresando que su esposo le había pedido el divorcio y que ella quería apoyo psicológico para poder divorciarse, se le cuestionó acerca de las ventajas y desventajas que conllevaría esta decisión para conocer el grado de convencimiento al respecto,

indiscutiblemente se encontró que esta pareja realmente no estaba convencida de querer separarse.

- *Acciones individuales o colectivas que hayan emprendido.* Se pidió a Tamara expresar qué acciones en concreto estaba realizando con el fin de separarse, y qué tanto estas acciones realmente estaban provocando cambios. Se encontró que ella había realizado algunas cosas (consultar a abogados, hacer cambios en el testamento, dar a su esposo las llaves de una casa, etc.) pero sin ser éstas determinantes de una verdadera decisión de divorciarse.
- *Las esperanzas, miedos y fantasías sobre lo que significa el divorcio.* Según lo observado en las sesiones, Tamara presentaba algunos miedos que se desprendían de su concepto de divorcio, como lo son: "dejar a sus hijos sin una figura paterna", la "desintegración de su familia", "abandonar a un ser amado"; probablemente mantenía también fantasías y esperanzas de volver a ser tomada en cuenta como mujer y ser amada por su esposo si continuaban así como estaban: en la *indefinición*; y que el tiempo se encargaría de devolverle el cariño de Jonás, no obstante, si se decidía por iniciar trámites de divorcio, se anularía por completo su esperanza de reconciliación. Todas estas ideas respecto al divorcio sumadas a las pérdidas materiales que traería, le impedían optar por moverse en pro de la separación.
- *Efectos que tendrá el divorcio sobre los hijos.* Se le mencionaron a Tamara algunas consecuencias positivas que el divorcio traería sobre los hijos: mayor estabilidad y tranquilidad.
- *Respuestas típicas que se suelen tener ante un divorcio, así como las reacciones probables de los hijos.* Se platicó con Tamara acerca de las emociones que comúnmente experimentan las personas cuando están pasando por un proceso de divorcio, en particular, se habló de la angustia, el enojo y la tristeza. También se comentaron algunos efectos que suelen presentarse en la conducta y en los sentimientos de los hijos (problemas escolares, síntomas físicos, cambios en el estado de ánimo, etc.), y se realizaron sugerencias para hacer más llevadero el proceso para ellos: romper coaliciones, infundirles seguridad y protección, marcar límites para evitar dañarlos, etc.
- *Discusión de aquellos tópicos que la pareja está manejando de forma irracional o que evita.* Hicimos evidente y conversamos con Tamara sobre las triangulaciones en las que colocaba a sus hijos, su deseo y obsesión por espiar a su esposo e indagar el estado de su relación con la amante, su actitud de inmovilidad en la toma de decisiones, la prioridad que otorgaba a los bienes inmuebles por encima de la salud psicológica, etc.
- *Discusión sobre cómo empezar el proceso de adaptación.* Se platicó con Tamara sobre los nuevos roles que ella tenía que aprender al quedarse como la principal ejecutora de las funciones parentales, ya que su esposo estaba colocándose como un padre periférico; también se le dio orientación respecto a las tareas que había de completar en el terreno legal, psicológico y social, por ello se le refirió con instancias que pudiesen darle asesoría. Se buscó llevar a Tamara a contemplar los aspectos positivos que la separación podría traer, insistiendo en que los sentimientos de tristeza, pérdida y desamparo son adaptativos y preludio de la fase de aceptación y planificación del futuro.

El pronóstico que podríamos intuir para este caso es complejo, ya que la variable *infidelidad* está latente en el escenario. La cual constituye un mecanismo comportamental que altera las distancias de los cónyuges, de los hijos y de sus respectivas familias de origen; altera la vida diaria, las conductas más rutinarias y lleva a la familia a una nueva configuración en la que está presente el o la amante (Vargas e Ibáñez, 2005).

Esta nueva configuración en la pareja, o como algunos autores lo nombran, *triángulo amoroso* (Vargas e Ibáñez, 2005), en el que se encuentran los cónyuges y la amante de uno de ellos, podría encerrar por mucho tiempo a los implicados, hasta que alguno o algunos decidan abandonar su lugar y propiciar verdaderos cambios, lo cual es poco probable que pueda realizarse si no existe un adecuado nivel de *diferenciación* (Bowen, 1978) en el terreno emocional, social y económico. Tamara en distintas ocasiones mencionó que presentaba "codependencia de su esposo" lo cual quiere decir que carece de esta diferenciación emocional, por lo que puede tolerar la situación, aunque no le guste, con tal de que Jonás permanezca en el matrimonio. Quizás en algún momento del proceso, y en base a esta experiencia de infidelidad, Tamara logre afianzar su diferenciación emocional y comience a separarse afectivamente de Jonás, logrando que la relación con él deje de importarle y entonces lleve a cabo la decisión de divorciarse. Considero que es muy probable que Jonás continúe con relaciones extramatrimoniales, buscando de esta manera cubrir más completa y plenamente sus necesidades emocionales (English, 1971), pero sin dejar la estabilidad económica que le brinda el matrimonio con Tamara. Sin embargo, también podría ocurrir que en algún momento Jonás renuncie a sus relaciones extramatrimoniales y regrese con mayor intensidad a Tamara, pero este juego de confianza versus desconfianza, amor versus comodidad, cariño versus resentimiento, dificultarán, sin duda, el establecimiento de una relación cordial entre estos cónyuges. Sin embargo, si existe un verdadero deseo de reconciliación de ambos cónyuges, ésta puede ser posible, trabajando terapéuticamente su situación para lograr reparar y reactivar la relación (Baizán, 2007).

En caso de que, en algún momento, se opte formalmente por el divorcio, las etapas que proceden según Everett y Volgy (1991) implicarán retos para esta familia, especialmente el momento de la *separación física* será un suceso trascendente y quizás dramático, ya que evidentemente los cónyuges lo han estado posponiendo, sin embargo, posiblemente el desinterés emocional que Jonás expresa por Tamara puede facilitarle esta decisión, y a ella quizás le ayude la certeza de que está haciendo lo mejor en pro de la tranquilidad de sus hijos. Otra etapa que considero que no será fácil para estos cónyuges serán *las disputas potenciales* por los bienes, la pensión alimenticia y otros asuntos que deben negociarse, ya que Tamara y Jonás no parecían estar dispuestos a ceder lo que consideran "les pertenece", sin embargo, el amor por sus hijos y el recuerdo por los buenos momentos que vivieron juntos en el pasado, pueden llevarles a volverse un poco más flexibles en las negociaciones. Finalmente, otra etapa que sin duda será compleja es la *reconstitución de la familia*, que se refiere al establecimiento formal de la relación de pareja de alguno de los cónyuges. El acercamiento de los hijos con la nueva pareja de Jonás, en caso de ser ésta la misma persona con quien se le descubrió cometiendo la infidelidad, será desagradable para Tania y Cristóbal, quienes tendrán que lidiar con cuestiones como el perdonar, y comprender el embrollo de razones y decisiones de sus padres.

En todo este proceso de divorcio, los recursos que pueden ayudar a esta familia son: la disposición de Tamara de buscar ayuda y orientación en todos los sentidos, lo cual se muestra en la habilidad que recientemente afianzó de hacer nuevas amistades y recuperar viejas relaciones con personas significativas, quienes pueden representar una red de apoyo para ella y para sus hijos; el establecimiento de límites entre subsistemas, lo cual libera de coaliciones y quita cargas que no corresponden; el apoyo entre Tania y Cristóbal, así como su deseo de seguir creciendo y vivir lo que les corresponde de acuerdo a su etapa del ciclo vital, independientemente de lo que ocurra entre sus padres, lo cual les permitirá mantenerse a salvo

emocionalmente; el amor que se traduce en la búsqueda del bienestar y la salud del otro, esta clase de amor se encuentra latente en esta familia, y si es utilizado constructivamente, puede llevar a este sistema a la toma de decisiones que le permitan evolucionar a la configuración necesaria para asegurar el crecimiento y la estabilidad saludable para todos.

Finalmente quiero mencionar que este caso implicó en mi experiencia como terapeuta un periodo de confusión, en muchas ocasiones de frustración, y subrayo, de aprendizaje. Esta familia fue la primera que atendí en la Residencia de Terapia Familiar, una familia que llegó a la clínica con “el corazón destrozado” y “la angustia a flor de piel”, compartiéndome su tristeza, confusión, enojo, ansiedad por hablar y recibir ayuda. Agradezco mucho los consejos y la guía de mi supervisora, quien no sólo me ayudó a dar contención a la familia, sino que a mí misma me brindó contención. Sin embargo, debo mencionar que muchas veces me sentí “atorada”, porque percibía que la familia, en especial, la Sra. Tamara estaba “atorada” en una crisis de la que mi equipo y yo intentábamos moverla, pero ella regresaba al punto de la inmovilidad, lo cual a todos nos llenaba de frustración, bueno, no a todos, porque recuerdo las palabras de mi supervisora: “*no es que la familia esté atorada, ella tiene su propio proceso, más bien, tú deseas llevarla por el rumbo que consideras correcto*”. Estas palabras me traen a la memoria a aquellas pronunciadas por Salvador Minuchin:

Los terapeutas que ven familias durante el período de transición pueden diagnosticar erradamente la búsqueda de nuevas pautas y el consecuente dolor. Podemos considerar desviado lo que es en realidad un intento creador de un organismo familiar de desarrollar una nueva forma... Cuando miramos seriamente a la gente que interactúa midiendo sus interacciones y aplicando las normas generalizadas a la interpretación de nuestros hallazgos, nuestros resultados pueden provocar preocupación o risa... (Minuchin, 1984, p.30).

Considero que pudo haber sido una falta de sensibilidad y experiencia lo que nos llevó al equipo y a mí a buscar la forma de presionar a la Sra. Tamara y al sistema familiar para dar pasos hacia el divorcio, que si bien, estaba justificado por el deseo de sacar a la familia de una crisis de pre-separación y de sus posibles repercusiones en los hijos desde lentes de autores como Isaacs, Montalvo y Abelson; también pudo implicar, desde otras lentes como las de Baizán Balmori (op cit.), una falta de respeto a las decisiones individuales y de la pareja, puesto que en este momento de crisis ellos no estaban preparados para tomar decisiones, por lo que no era prudente, ni recomendable obligarlos a hacerlo, ya que, como menciona esta autora:

...Cada persona llega hasta donde puede y cuando puede, el terapeuta no debe acelerar este proceso ni influir en la toma de decisiones... La terapia sólo debe proponerse reparar, no castigar...

Todas las personas tienen sus propios tiempos, y lo que cada quien es capaz de hacer o quiere hacer, y cuándo lo puede hacer, es una decisión personal, no del terapeuta (Baizán, 2007, p.167).

Cuando llamé por teléfono a la Sra. Tamara, después de 4 meses de nuestra última sesión y me confesó que la situación aparentemente estaba igual, porque su esposo seguía viviendo en casa y continuando su relación con su amante (debo aceptar que en ese momento sentí que ¡todo el trabajo había sido en vano!), ella expresó también palabras que se referían a agradecimiento por el “apoyo brindado en un periodo doloroso para su familia”, me dijo, además, que nosotros fuimos su primera red de apoyo, pero que ahora “ellos habían encontrado la forma de estar tranquilos en medio del conflicto”. Tomando en cuenta estas últimas palabras, podemos considerar como exitosa la terapia, y al reflexionar sobre el caso, no me queda más que expresar mi agradecimiento a esta familia por la confianza que nos otorgó, y por permitirnos acompañarla en esta etapa de algo, que ahora puedo entender es su *propio proceso de transición*.

Consideraciones finales

Como pudimos observar, en los tres casos presentados existen similitudes en cuanto a las características del sistema familiar y a la etapa de divorcio por la que estaban pasando, así como algunas diferencias, quiero ahondar brevemente en dichos aspectos.

Las tres familias son consideradas casos de *divorcio difícil* por cuanto la relación entre los cónyuges estaba caracterizada por presentar un vínculo emocional intenso, lo cual se evidenciaba con la presencia de conflictos constantes y la dificultad de la toma de acuerdos en pro del bienestar de los hijos, a quienes se les había ubicado en medio del conflicto entre cónyuges, ya sea como mediadores, como aliados de una de las partes, o bien, como el pretexto para intentar unir a las partes. Por estar absortos en su propia crisis, los cónyuges no se daban cuenta de que habían olvidado ejercer sus roles parentales y proteger a sus hijos del desorden que el sistema familiar estaba experimentando, por el contrario, los padres les estaban dejando la tarea a los hijos de ayudarles a resolver sus problemas, lo cual llenaba a los hijos de angustia y favorecía la presencia de síntomas que afectaban su salud física y emocional.

Cabe mencionar que en cada una de las familias se presentó una especial preocupación por los hijos, en los dos primeros casos, la conducta de los hijos fue explícitamente el motivo de consulta, en el último caso, aunque no era el motivo principal de consulta, sí era una parte importante que la madre pidió abordar en terapia.

En el tratamiento de las tres familias, por tanto, consideramos importante ayudar a los cónyuges a recuperar la eficacia en sus funciones parentales y proteger a sus hijos, aún a pesar de estar viviendo una crisis personal por la ruptura marital. Esto se logró mediante el establecimiento de límites entre subsistemas, especialmente entre el subsistema de los cónyuges y el subsistema de los hijos, lo cual contribuyó en la disminución de la tensión y la angustia en éstos; se insistió, además, en que los padres debían aplicar reglas de acuerdo a la etapa del ciclo vital de sus hijos; se propició la ruptura de coaliciones, y la búsqueda de redes de apoyo.

Las tres familias se encontraban en la fase de Desacoplamiento Estructural, especialmente en la etapa de la crisis de pre-separación, el tratamiento intentó abordar la resolución de dicha crisis, cuestionando a las familias sobre su decisión de divorciarse, los recursos para realizar este proceso y la adaptación posterior a él.

Hubo diferencias evidentes entre las familias consultantes, por ejemplo, la etapa del ciclo vital familiar en la que se encontraban: una de las familias estaba pasando por la etapa de crianza de niños pequeños, otra, por la etapa de crianza de niños en edad escolar y la última, con hijos propiamente adolescentes; por lo que existieron algunas variantes en cuanto a las recomendaciones terapéuticas.

Sólo una de las familias fue dada de alta oficialmente, las otras dos desertaron por causas particulares. Sin embargo, cada familia continúa viviendo su propio proceso, en el cual, seguramente les serán de utilidad los recursos que poseen, varios de los cuales fueron evidenciados en el espacio terapéutico.

Respecto al modelo base utilizado en el tratamiento de estas familias, el cual fue el *enfoque estructural*, quiero mencionar que representó una importante guía en el trabajo realizado, puesto que nos permitió realizar intervenciones que facilitaran el funcionamiento práctico y eficaz de los sistemas familiares en este periodo de transición. El trabajo fue

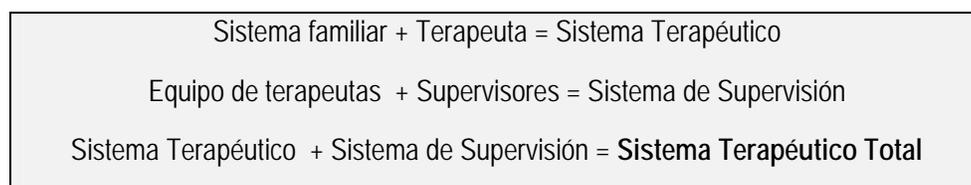
enriquecido además con estrategias de otros modelos, lo cual nos brindó una visión e intervención más completa.

Finalmente, quiero mencionando que la ruptura de las parejas y sobre todo, el *divorcio difícil* está propiciando tensiones y dificultades emocionales complejas en todos los miembros de la familia, lo cual está siendo un motivo de consulta frecuente. Nosotros como terapeutas familiares necesitamos estar informados de los cambios que están ocurriendo en las configuraciones familiares y de los nuevos retos que estas configuraciones traen consigo, para poder llevar a cabo intervenciones prudentes, que faciliten el periodo de transición. Es importante conocer estrategias e intervenciones centradas en las posibilidades creativas de las familias y aprender el oficio de ser excelentes mediadores, ya que, es preciso que *los consortes divorciados acepten sus experiencias pasadas como válidas y aprendan a ver la presente configuración constituida por el divorcio como un distanciamiento necesario y convenido que aún conserva un compromiso cooperativo amistoso en el cumplimiento de las funciones paternas* (Minuchin, 1984, p.30).

3.1.3. Análisis del sistema terapéutico total: observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en los escenarios de trabajo.

La práctica clínica de la Terapia Familiar Sistémica está basada en las premisas epistemológicas de la Cibernética de 2º Orden (Cibernética de la Cibernética). Ésta menciona al concepto de *Autorreferencia*, el cual afirma que cualquier observación o definición que un sujeto realiza sobre un fenómeno incluye la subjetividad de dicho observador, por lo tanto se considera que el observador es parte de la realidad observada y no organizador de ésta; la Cibernética de 2º Orden también hace referencia a la existencia de *Sistemas Observantes*, que son procesos cibernéticos más complejos, en los que existen sistemas pertenecientes a otros sistemas, es decir, individuos que forman parte de diversos órdenes de organización recursiva, por lo que unos pueden observar a otros (Foerster, 1984).

En el trabajo clínico se distinguen los siguientes Sistemas Observantes (Aurón y Troya, 1988):



Familias, Terapeutas y Supervisores se incluyen dentro del universo de la terapia. Son sistemas pertenecientes a otros sistemas, los cuales están interactuando y participando en la construcción y mantenimiento de una realidad particular.

La existencia de supervisores responde a la necesidad de contar, en el espacio terapéutico, con un observador de segundo orden, es decir, *un observador orientado a la observación de observadores y sus respectivas observaciones*. Desde su posición no sólo pueden observar lo que sus observados indican y describen, sino también captar los esquemas de diferencias con que marcan tales observaciones y trazan sus distinciones (Cathalifaud, 1998).

Puesto que el terapeuta no puede verse así mismo en el momento en el que está interactuando con la familia, y por lo tanto, no puede hacerse consciente de las limitantes que conlleva su parcialidad, necesita de otro u otros que le observen y le indiquen aquellas estructuras latentes en su desempeño que pueden ser benéficas o bien, que pueden obstaculizar el proceso terapéutico de la familia consultante.

De ahí que es muy importante que todo psicólogo que se esté formando como terapeuta, tenga práctica supervisada en vivo. Ya que la supervisión, además de ser un espacio de integración teórico- metodológica, es también un espacio para la retroalimentación, la reflexión y la contención que un terapeuta necesita cuando está iniciándose en el tratamiento de otras personas. Cabe resaltar que lo ideal sería que no importando los años de experiencia del terapeuta, éste se diera la oportunidad de ser supervisado por algún colega, lo cual beneficiaría enormemente su práctica clínica. Desafortunadamente, no siempre es posible contar con esto. Yo agradezco mucho el haberme formado como terapeuta en la UNAM y bajo la cobertura de las terapeutas de la FESI, cuya supervisión fue invaluable para mí.

A continuación mencionaré algunas reflexiones sobre mi experiencia en los distintos sistemas que conforman el sistema terapéutico total.

Mi experiencia como miembro del equipo de observadores.

Dentro del sistema de supervisión se incluye el equipo de observación en el cual estuve presente en el primer semestre de la residencia. Esta fue mi primera experiencia dentro del trabajo clínico. El equipo de observadores estaba integrado por 5 personas, quienes, junto con el equipo de terapeutas y supervisores, estábamos ubicados del otro lado del espejo, agudizando nuestros sentidos para lograr captar lo más posible, lo que estaba ocurriendo entre el familia y su terapeuta asignado.

Fue una experiencia muy enriquecedora haber participado como observadora en el sistema terapéutico total de la Clínica de Terapia Familiar del CCHA y del ISSSTE. Las sesiones se realizaban los días martes y jueves, respectivamente, con una duración de una hora por sesión. Los terapeutas encargados de dirigir las sesiones eran alumnos, que en ese tiempo, cursaban el tercer semestre de la residencia. Las supervisoras encargadas eran la Mtra. Carmen Susana González Montoya y la Mtra. Rosario Espinosa Salcido.

Recuerdo que me llamaba mucho la atención observar las intervenciones que el terapeuta realizaba y las reacciones que estas intervenciones provocaban en la familia consultante. Un momento especial para mí, era escuchar, al final de cada sesión, las preguntas que las supervisoras le realizaban al terapeuta asignado respecto a *cómo se había sentido, qué le había costado trabajo y qué le había gustado de la sesión*. Estas preguntas responden al cuidado que las supervisoras tenían de la persona del terapeuta, ya que éste es un factor clave en el proceso terapéutico, por lo tanto, ellas se mostraban sensibles a la situación personal del terapeuta animándole antes y después de terminar la sesión. Una vez que el terapeuta exponía cómo se había sentido y cómo había percibido a la familia consultante, los miembros del equipo terapéutico expresaban cómo habían notado al terapeuta (sus aciertos y dificultades) y sus impresiones sobre la familia. Después, las supervisoras nos preguntaban a cada uno de los integrantes del equipo de observadores nuestro punto de vista respecto al trabajo realizado.

El trabajo de nosotros como equipo de observadores era tomar nota de lo que ocurría en cada sesión: con la familia, con el terapeuta y con su equipo terapéutico, además de intercambiar ideas acerca de las técnicas y directivas aplicadas. Este trabajo se tradujo en

aprendizaje para nosotros, ya que podíamos relacionarnos con otros terapeutas en formación que llevaban recorrido un poco más del camino, además de empezar a familiarizarnos con la forma de trabajo clínico de la residencia.

Mi experiencia como miembro del sistema terapéutico

Fue en segundo semestre cuando mi equipo dejó de ser *equipo de observadores*, para convertirse en los *terapeutas asignados* de casos diversos. Mis primeros encuentros con una familia, ya como terapeuta principal, estaban impregnados por la ansiedad que me producía el aplicar los conocimientos teóricos a un caso real. Temía no poder elaborar en el momento oportuno las preguntas y estrategias que propiciarán cambios en los usuarios.

Sin embargo, no había considerado que realmente no estaba sola frente a la familia. Detrás de mí estaba todo un equipo y una supervisora que me apoyarían en el trabajo, dándome ideas y desatorándome cuando ya no sabía qué decir. Conforme iba desarrollándose el proceso terapéutico de las familias, yo misma me sorprendía de los cambios que puede propiciar el enfoque terapéutico sistémico y posmoderno en los usuarios; además, cada vez me sentía más fluida en mis intervenciones y más segura en mi posición de terapeuta.

En el transcurso de la maestría fui notando mi propio crecimiento como terapeuta a través de observar las videograbaciones de los primeros casos y compararlas con los últimos. Esto fue logrado, primero, mediante la formación teórica que la residencia me brindó, pero sobre todo, mediante la experiencia que da la práctica terapéutica.

Mi experiencia con el sistema de supervisión

Al inicio de mi formación, debo aceptar que me preocupaba mucho pensar en que mis supervisoras podrían evaluarme desfavorablemente. Estas fantasías de concebir a la supervisión como un juez estricto fueron desapareciendo mientras transcurría el tiempo, a través del apoyo y la contención de las supervisoras. Debo admitir también, que hubo otro momento de mi formación en el que concebí a la supervisión como un ente salvador, que ayuda a generar las ideas oportunas para el tratamiento de las familias y que te libra de las consecuencias de un error. Esta idea, me generaba inseguridad, ya que temía no ser eficaz en las intervenciones sin la presencia de las supervisoras. Esta fantasía también fue disminuyendo conforme pude acumular mayores recursos tanto teóricos como metodológicos.

Mi relación con todas las supervisoras fue buena, considero que aprendí mucho de su forma de trabajo, la cual era distinta, ya que cada supervisora tiene un estilo propio y gusta de algún modelo en especial.

La supervisión fue sumamente valiosa para mi formación. Mis supervisoras me ayudaron a afinar mis propios recursos y me brindaron una guía para el trabajo clínico. En ocasiones, también me corrigieron cuando lo consideraron necesario. Sin embargo, aún las correcciones fueron realizadas con un sincero respeto y sensibilidad a mi persona.

Mi experiencia como miembro del equipo terapéutico

Es muy rico cuando se trabaja en equipo, realmente se estrechan lazos y se aprende de las habilidades del otro. El participar de un equipo terapéutico me permitió aprender a escuchar otras voces, aprendí a compartir la responsabilidad en el tratamiento de las familias y a dar contención a otros terapeutas en formación.

En cada sesión, con cada familia, no importando si yo era la terapeuta asignada o era alguien más de mis compañeros, era nuestra responsabilidad asistir puntualmente a las sesiones, estar atentos a las interacciones de la familia, planear junto con el terapeuta asignado las estrategias a seguir, elaborar hipótesis, mensajes y tareas para la familia consultante.

Considero que esta modalidad de trabajo en equipo terapéutico es muy importante porque ayuda a hacer eficiente el trabajo con las familias, ya que, como somos varios terapeutas trabajando por cada caso, hay variedad de ideas y caminos alternativos a seguir, lo cual permite ampliar nuestra perspectiva sobre varios temas, además de poder llevar a cabo estrategias creativas en las que el equipo tiene un peculiar papel.

En general, todos los actores pertenecientes al sistema terapéutico total son factores trascendentes en el trabajo clínico: la disposición de la familia consultante, la preparación y compromiso del terapeuta asignado en colaboración con su equipo terapéutico, así como la actitud de respeto de los observadores y la acertada guía de las supervisoras, coadyuvan para el éxito en el proceso terapéutico.

3.2. Habilidades de Investigación.

Como parte de las habilidades que se pretenden desarrollar en los alumnos de la Maestría en Psicología de la UNAM, se encuentran las habilidades en el manejo de métodos, técnicas y procedimientos de investigación científica que respondan a problemáticas sociales de interés general. El conocimiento de dichos procedimientos fue impartido en dos asignaturas de tronco común: Métodos de Investigación Aplicada I y II. En la primera asignatura (Métodos de Investigación I) se abordó el tema de la Investigación Cuantitativa, y se diseñó un proyecto de investigación de esta índole. En la segunda asignatura (Métodos de Investigación Aplicada II) se consumó el proyecto de investigación cuantitativa y se llevó a cabo un proyecto de investigación cualitativa. Ambos proyectos tuvieron como objetivo explorar la relación entre el funcionamiento familiar percibido por los adolescentes y su desempeño escolar.

El rendimiento académico en nuestro país es un tema sumamente preocupante, ya que son evidentes las deficiencias que muchos estudiantes presentan en los niveles básicos de educación. De ahí que es deber de nosotros como profesionales en el ámbito social y de la salud, buscar posibles variables implicadas en este fenómeno, una de estas variables es el sistema familiar.

A continuación presento una síntesis de los dos proyectos de investigación realizados, así como el análisis de sus resultados.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.

Percepción del funcionamiento familiar en alumnos de alto y de bajo rendimiento académico

Violeta Adlai Hernández Martínez y Víctor Manuel Mendoza Lara

Resumen

El estudio evaluó la relación entre el rendimiento académico, definido como el promedio global de calificaciones escolares y la percepción del funcionamiento familiar en 83 estudiantes de nivel secundaria, con edades de 13 y 14 años, distribuidos en dos grupos: 41 alumnos con calificaciones de 90 o más (alto rendimiento), y 42 alumnos con

calificaciones de 70 o menos de (bajo rendimiento). Para estimar la percepción del funcionamiento familiar se utilizó el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar EFF (Atri y Zetune, 2006). Utilizando al prueba t para comparar los valores de las medias, el análisis de los resultados indica que no existen diferencias significativas entre los grupos en relación a las subescalas del cuestionario, las cuales son: Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de comunicación Disfuncional, Patrones de Comunicación Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta. Sin embargo, si se presentan correlaciones significativas entre las subescalas al analizarlas organizando la muestra por género y promedio de calificaciones.

El rendimiento académico ha sido tema de análisis en diversos trabajos. Su estudio se ha incrementado en el transcurso del tiempo hasta la actualidad. Se le ha definido como el producto que da el alumnado en los centros de enseñanza y que habitualmente se expresa a través de las calificaciones escolares (Martínez-Otero, 1997). Bajo esta perspectiva, se ha estudiado al rendimiento académico asociándolo a variables internas o personales y a otras variables, que involucran el aspecto familiar, el educativo y el social (Jadue, 1997).

Los estudios relacionados a los aspectos no personales, subrayan al funcionamiento familiar como una variable sumamente relacionada con el rendimiento académico (August, 1997; Breidablik y Meland, 1999). Por su parte, autores como Campbell y Mandel (1990), Cervini (1997), y Chamblás (2000) han realizado estudios que relacionan la percepción del individuo acerca de algunas características de su familia con el rendimiento académico. Estos autores nos presentan la idea de que, más allá de cómo suceden realmente los hechos, es la percepción que los actores tienen de esos hechos lo que importa para explicar los resultados de su comportamiento. Apoyados en este supuesto, podríamos pensar que, más allá del funcionamiento real u objetivo de la familia, sólo aquello que es percibido como funcional o disfuncional por el individuo, redundará en su comportamiento y en los resultados de éste. Uno de esos resultados podría ser el rendimiento académico.

Objetivos de investigación.

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la percepción del funcionamiento familiar, y el rendimiento académico. Se estudió la percepción acerca del funcionamiento familiar en dos poblaciones de nivel secundaria: un grupo de estudiantes que presentaban alto rendimiento académico y un grupo de estudiantes de bajo rendimiento académico.

Participantes.

Se utilizó una muestra no probabilística de participantes voluntarios integrada por 83 alumnos de segundo grado de la Escuela Secundaria Federalizada México num. 128: 41 alumnos que tenían un promedio global de 90 ó mayor y 42 alumnos que tenían un promedio global de 70 ó menor (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Instrumento de medición.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). Cuyos autores son: Raquel Atri y Zetune. Es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. El instrumento tiene una estructura multifactorial de 6 factores que agrupan los constructos teóricos propuestos inicialmente por el modelo McMaster de funcionamiento familiar. A nivel de análisis por escalas, el patrón del factor refleja, en términos generales comunalidades que varían entre leves de 0.35 y excelentes de 0.76 según Cromrey. Las dimensiones o áreas originales se redefinieron y quedaron 6 sub-escalas relevantes:

- 1.- Involucramiento afectivo funcional (17 reactivos)
- 2.- Involucramiento afectivo disfuncional (11 reactivos)
- 3.- Patrones de comunicación disfuncionales (4 reactivos)
- 4.- Patrones de comunicación funcionales (3 reactivos)
- 5.- Resolución de problemas (3 reactivos)
- 6.- Patrones de control de conducta (2 reactivos)

Total de preguntas: 40

Escala tipo Liker

Diseño y procedimiento de la investigación.

Diseño:

Transversal con dos grupos. Este consiste en la medición de dos grupos simultáneamente en una sola variable y en un momento determinado. Ambos grupos difieren en alguna forma inherente, en este caso será el rendimiento académico. El diseño puede describirse como comparación de grupo estático o de grupo no equivalente (Hernández et al., 1998). La razón de la elección de este diseño es que permite la comparación de dos grupos: los de mayor rendimiento y los de menor rendimiento académico de una forma sencilla.

Procedimiento:

El proyecto se desarrolló en las siguientes fases: Se contactó a los sujetos a estudiar, se aplicó el instrumento de medición, se calificaron los cuestionarios y se realizó el análisis estadístico de los mismos. Se utilizó la prueba t para identificar la significancia de la diferencia entre medias de los grupos y la r de Pearson para evaluar la correlación entre las subescalas del cuestionario.

Análisis de los resultados.

El análisis de los resultados indicó que no existen diferencias significativas entre los grupos en relación a las subescalas del cuestionario, las cuales son: Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Patrones de Comunicación Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta. Sin embargo, sí se presentan correlaciones significativas entre las subescalas al analizarlas organizando la muestra por género y promedio de calificaciones:

En alumnos de alto rendimiento académico la escala *Involucramiento Afectivo Funcional* tuvo correlación significativa con todas las subescalas del cuestionario. Lo cual podría revelar que la percepción de presencia y expresión de afecto en la familia, es un factor clave relacionado con el alto rendimiento académico.

En alumnos de bajo rendimiento académico se observó que el involucramiento afectivo disfuncional está relacionado con la disfuncionalidad en los patrones de comunicación. Además, se puede advertir que las deficiencias en la expresión de afecto están unidas a deficiencias en la expresión en general, es decir, a la incapacidad de comunicarse adecuadamente.

Cabe mencionar que, tanto en hombres como en mujeres, se observa una estrecha relación entre tres aspectos, es decir: el involucramiento afectivo, los patrones de comunicación y las estrategias de resolución de problemas. En hombres y en mujeres de alto promedio, esta relación está dada dentro de la funcionalidad, es decir, el involucramiento afectivo funcional

correlaciona positivamente con los patrones de comunicación funcionales y los patrones de control de conducta. En cambio, en mujeres de bajo promedio, la relación entre estos aspectos está dada dentro de la disfuncionalidad: el involucramiento afectivo disfuncional correlaciona negativamente con los patrones de comunicación funcionales y con los patrones de control de conducta. En los hombres cuyo promedio es bajo, se observa, una relación positiva entre el involucramiento afectivo disfuncional y los patrones de comunicación disfuncionales.

La percepción de las habilidades de comunicación de la familia, aunada a la valoración de la expresión y calidez en los afectos, conjuntamente con las estrategias de control de conducta y las estrategias de resolución de problemas que se visualizan dentro del núcleo familiar, parecen ser los indicadores de la percepción del funcionamiento familiar más destacados en este estudio.

El objetivo de esta investigación subrayó estudiar la relación entre rendimiento académico y algunos indicadores de la percepción del funcionamiento familiar en adolescentes, los análisis realizados nos muestran peculiares formas en las que se relacionan dichos indicadores aunados al género y al promedio escolar.

Nota: La investigación cuantitativa fue publicada en la Revista Mexicana de Pedagogía, Edición No. 100, mayo-junio 2008.

3.2.2. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.

Evaluación cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar en un alumno de bajo rendimiento académico

Violeta Adlai Hernández Martínez

Después de haber realizado un proyecto de investigación de tipo cuantitativo, en el que se estudió la relación entre el rendimiento académico y algunos indicadores específicos de la percepción del funcionamiento familiar (Atri y Zetune, 2006), se decidió realizar otro estudio cuya metodología permitiera obtener mayor información sobre la percepción del funcionamiento familiar en un alumno de bajo rendimiento escolar, se optó, por tanto en realizar un estudio de tipo cualitativo.

Las preguntas de investigación eran las siguientes: "¿cuál es el significado que un estudiante de bajo rendimiento académico ha construido respecto de sí mismo, y de su familia?", "¿cuál es el significado que este estudiante tiene acerca del afecto, la comunicación, las formas de controlar la conducta y las maneras de resolver los problemas en el interior de su núcleo familiar?", "y desde su perspectiva, ¿cuáles serían las fallas en cuanto al funcionamiento de su familia, y cuáles serían los aciertos?"

Análisis metodológico

Tipo de estudio cualitativo realizado.

Se decidió realizar un *estudio de caso* (Vázquez y Angulo, 2003). Se estudió a un individuo adolescente, estudiante de nivel secundaria, que presentaba bajo rendimiento académico, a quien se le nombra *Miguel*.

Se optó por hacer un estudio de caso próximo a lo que Valles (2000) clasifica como *estudio de caso biográfico*, ya que, aunque no se indagó a profundidad la historia de vida del individuo, si se estudiaron distintos *relatos de su vida*, en relación a su experiencia familiar, con el fin de obtener información sobre cómo percibe y experimenta el afecto, la comunicación, las reglas y demás estrategias de control de conducta y de solución de problemas en su familia.

Decisiones muestrales adoptadas.

Las decisiones muestrales que se llevaron a cabo, se refieren a tres aspectos básicos: muestreo de casos, muestreo de material y muestreo de información para la presentación (Flick, 2004). En cuanto al *muestreo de casos*, se utilizó el criterio *tipicidad y conveniencia* ya que Miguel fue uno de los alumnos, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Atri y Zetune, 2006) en un estudio de corte cuantitativo, y obtuvo puntuaciones bajas en todas las escalas de funcionalidad, lo cual ocurre típicamente en estudiantes de bajo rendimiento escolar. Y por otro lado, se seleccionó este caso porque fue propuesto por las autoridades de la institución educativa a la que pertenece, por lo que se tuvo fácil acceso a este individuo, a quien se le explicó en qué consistía el estudio y se le solicitó su participación voluntaria. Respecto al *muestreo de material*, cabe mencionar que, a lo largo del proceso de investigación, se fue seleccionando aquellos datos que se consideraron significativos porque aportaban respuestas a las interrogantes propuestas y, al final del proceso, se seleccionó *la información* prudente y demostrativa de los hallazgos encontrados en este estudio.

Tipo de estrategias utilizadas en la recolección de datos.

Se utilizó como técnica de recopilación de información *la entrevista a profundidad semiestructurada* (Valles, 2000). El guión de la entrevista realizada contenía los siguientes aspectos:

- I. Variables demográficas de los integrantes de la familia
- II. Percepción de sí mismo (autoevaluación del comportamiento)
- III. Indicadores de la percepción del funcionamiento familiar
 - a) Involucramiento afectivo: *Percepción de la presencia, intensidad y frecuencia en la expresión de emociones.
*Percepción de afecto y apoyo en la familia.
 - b) Patrones de comunicación *frecuencia y calidad de la comunicación intrafamiliar
 - c) Patrones de Control de Conducta
*Reglas y límites
*Castigos
 - d) Patrones de resolución de problemas
*Acuerdos
*Estrategias implementadas para la resolución eficiente de los problemas.

Una vez que se realizó la entrevista, fue transcrita textualmente y esta información fue puesta en formato digitalizado para su posterior análisis mediante el programa Atlas/Ti, el cual está basado en los principios de la Metodología Teóricamente Fundamentada, "*Grounded Theory*" (Mella, 1998).

Análisis de los resultados

El análisis de la entrevista realizada a Miguel, ha permitido conocer algunos elementos importantes acerca de la percepción que este adolescente tiene respecto de sí mismo, y respecto al funcionamiento familiar.

En cuanto al autoconcepto, Miguel se valora como una persona que goza de habilidades sociales, considera que tiene favorable aceptación entre sus iguales, por lo que se siente satisfecho en este sentido. Además, se percibe como un joven con intereses y habilidades musicales, las cuales le permiten sentirse útil y virtuoso en áreas distintas a las escolares, y establecer un vínculo afectivo con alguien de su familia: su hermano mayor.

Sin embargo, en el ámbito académico, es consciente de sus dificultades, en ocasiones, pareciera que se juzgara a sí mismo de forma muy negativa por presentar estos problemas, sin embargo, considera que estos problemas tienen mayor relación con la flojera, que con verdaderas deficiencias a nivel intelectual.

En cuanto a la percepción de Miguel respecto al funcionamiento de su familia, especialmente hablando del involucramiento afectivo, conceptualiza la expresión del afecto como algo vergonzoso. Al parecer, esto se debe a que en su familia no es común observar que se expresen abiertamente las emociones, además, Miguel percibe a sus padres como ausentes y/o lejanos de él la mayor parte del tiempo

Miguel percibe negativamente los patrones de comunicación intrafamiliar. Se infiere que este fenómeno se relaciona con el poco vínculo afectivo que Miguel percibe respecto a sus padres. Además, Miguel menciona que a él no le gusta hablar con su familia de lo que le pasa, probablemente, porque percibe en el ambiente poca confianza.

En cuanto a los Patrones de Control de Conducta se observa que Miguel percibe las reglas y los castigos como algo que necesita ser reformulado, ya que considera poco adecuadas estas medidas. Para Miguel, las reglas sirven para tomar decisiones respecto a una falta, pero critica a sus padres por no tomar decisiones congruentes y acordes a la falta cometida. De ahí que se detecte un círculo vicioso entre el castigo que los padres aplican para sancionar la conducta académica de su hijo y la reacción de este: empeorar su conducta.

Respecto a las estrategias de resolución de problemas, Miguel percibe algunas deficiencias ya que menciona que a su familia le cuesta trabajo pensar en alternativas de solución distintas al castigo, además, considera que las alternativas que emplea la familia, muchas veces parecen ser las más prácticas, pero no las más eficaces.

Los resultados obtenidos en este estudio han servido para aproximarnos a clarificar las interrogantes surgidas a partir del estudio cuantitativo, respecto a los significados y procesos que un individuo elabora de respecto a sí mismo y a su familia y cómo estas percepciones mantienen una relación significativa con su rendimiento escolar. En ambos estudios, se ha observado la asociación de un bajo rendimiento escolar con una percepción desfavorable de algunos indicadores del funcionamiento familiar, como lo son: el Involucramiento afectivo, los Patrones de Comunicación, Los Patrones de Control de Conducta y las Estrategias de Solución de Problemas.

El objetivo de este estudio de corte cualitativo, fue ahondar en los significados que un joven con bajo rendimiento escolar elabora acerca del funcionamiento familiar. Los hallazgos encontrados son similares a aquellos presentes en otros estudios de corte cuantitativo, lo cual nos permite corroborar, desde otro escenario, este mismo fenómeno.

Cabe mencionar que este estudio ha permitido acercarnos a la subjetividad, a la experiencia de vida y a las explicaciones que un individuo elabora respecto a su situación familiar. No obstante, esta forma de percibir a la propia persona y las dificultades que enfrenta la familia, pueden ser construcciones cognitivas presentes en otros casos similares al de Miguel, así que, haber estudiado este adolescente, podría aportar ideas de lo que puede estar ocurriendo en las familias de otros jóvenes de bajo rendimiento escolar.

3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria.

3.3.1. Elaboración de productos tecnológicos

Una parte importante en mi formación como terapeuta fue la elaboración de productos que pudieran servir como herramientas didácticas para la formación de futuros terapeutas. Este requerimiento que nos hacía el programa fue realizado con mucho entusiasmo por mi grupo de colegas, quienes solíamos trabajar lo más creativamente posible para obtener cada uno de los videos y los manuales de los distintos modelos psicoterapéuticos revisados en cada semestre. Mi grupo era dividido en dos equipos de cinco personas para la elaboración de los videos, mientras que los manuales se realizaban de forma individual. En total, se realizaron 4 videos y 3 manuales.

ELABORACIÓN DE VIDEOS DIDÁCTICOS

1) Video didáctico del Modelo Estructural

Objetivo: Servir como material de apoyo en la enseñanza del modelo de terapia estructural a futuras generaciones de terapeutas.

Justificación: Este video fue realizado con el respaldo bibliográfico y la asesoría de la Mtra. Rosario Espinosa Salcido, quien fue la persona encargada de impartir la asignatura *Taller de Terapia Estructural*, que se incluye dentro de los contenidos correspondientes a la Residencia en Terapia Familiar. Considero que la elaboración de este video fue acertada, porque además de permitirme reafirmar los conocimientos vistos en clase y llevar a la práctica estas aportaciones teóricas, este material podrá utilizarse en un futuro en el entrenamiento de nuevos terapeutas.

Resumen: Este video ilustra las técnicas del modelo estructural. Tiene una duración aproximada de 30 minutos. En él se explica brevemente el marco teórico del modelo y se dramatizan casos en los que las técnicas del modelo estructural son adecuadamente utilizadas por un terapeuta.

2) Video didáctico del Modelo Estratégico

Objetivo: Servir como material de apoyo en la enseñanza del modelo de terapia estratégica a futuras generaciones de terapeutas

Justificación: Este video fue realizado con el respaldo bibliográfico pertinente y bajo la asesoría de la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, quien fue la docente que impartió la asignatura *Seminario de Modelo Estratégico*, que se incluye dentro de los contenidos correspondientes a la Residencia en Terapia Familiar. La elaboración de este video es de suma importancia, ya que favoreció al aprendizaje del modelo, además, de permitirnos colaborar con este material para el entrenamiento de futuros terapeutas.

Resumen: El video narra brevemente la biografía de Haley, quien es el principal representante de este modelo, posteriormente se presentan las técnicas de la terapia estratégica (intervenciones directas e intervenciones indirectas) y se dramatiza un caso en los que cada técnica es adecuadamente utilizada por un terapeuta. Cabe resaltar que en el video se ilustran también, los pasos de la entrevista inicial propuestos por Haley los cuales son: etapa social, planteamiento del problema, etapa de interacción, y etapa de fijación de metas. Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

3) Video del Modelo de Terapia Breve del MRI

Objetivo: Servir como material de apoyo en la enseñanza del modelo de terapia breve del MRI a futuros alumnos de la residencia y/o terapeutas en formación.

Justificación: Este video fue realizado bajo la supervisión de la Mtra. Carmen Susana González Montoya, titular del *Seminario de Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas*, que se incluye en el plan de estudios de la Residencia en Terapia Familiar. Es un material de apoyo en la formación de terapeutas, ya que expone de forma completa y amena las bases teóricas del modelo, así como su aplicación práctica.

Resumen: El video tiene una duración de 40 minutos. En el video se muestra una introducción acerca de las características principales y postulados del modelo de terapia breve del MRI, y enseguida se ejemplifica cada una de las intervenciones, las cuales se clasifican en dos grandes rubros: Intervenciones principales e Intervenciones generales. Además, se ilustra la propuesta de entrevista inicial que plantea el modelo de terapia del MRI, ejemplificando el trabajo del terapeuta en cada fase de dicha entrevista. Las fases son: definición clara del problema, intentos de solución, cambio mínimo hacia la meta, expectativas hacia la terapia y hacia el terapeuta.

4) Video didáctico del Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones

Objetivo: Servir como material de apoyo en la enseñanza del modelo de terapia breve orientada a soluciones a futuros alumnos de la residencia y/o terapeutas en formación.

Justificación: El video fue realizado con el respaldo bibliográfico pertinente y bajo la asesoría de la Mtra Carmen Susana González Montoya, quien fue la persona encargada de impartir la asignatura *Seminario de Terapia Breve Orientada a Soluciones*, que se incluye dentro de los contenidos correspondientes a la Residencia en Terapia Familiar. Este video es de suma utilidad, ya que muestra un resumen de los aspectos más relevantes del modelo, por lo que puede servir como introducción al estudio de éste.

Resumen: En este video se narran brevemente los antecedentes del modelo, así como sus principales premisas teóricas. Finalmente, se presentan las técnicas más comunes que emplea y se dramatiza un caso en los que cada técnica es utilizada por un terapeuta. Cabe resaltar que en el video se ilustran, también, aspectos de la entrevista inicial propuestos por los principales

representantes del modelo: Steve de Shazer, Kim Berg, William O' Halon, Michelle y Weiner-Davis, y Matthew Selekman. Tiene una duración aproximada de 25 minutos.

ELABORACIÓN DE MANUALES

a) Manual de Terapia Estructural

En este manual se exponen las estrategias y técnicas utilizadas en el Modelo Estructural. Ha sido diseñado con un lenguaje sencillo, ya que pretende servir como material didáctico.

En su primera parte se expone una reseña de la vida y el trabajo de Salvador Minuchin, quien es el principal representante del modelo estructural; después se presenta un resumen del marco teórico, y enseguida se expone cada técnica acompañada por ejemplos. Finalmente, se concluye con la presentación de comentarios generales.

Al igual que los videos, este manual ha sido diseñado para ser utilizado como material de apoyo en la formación de futuros terapeutas. Puede ser muy útil en la enseñanza del modelo porque muestra de una forma breve y práctica cada una de sus intervenciones, con el objetivo de que nuevos estudiantes puedan estudiarlas, comprenderlas y aplicarlas fácilmente.

b) Manual de Terapia Breve del MRI

Se elaboró un manual que brevemente explica los puntos clave del Modelo de Terapia Breve del MRI, y expone sus técnicas ejemplificándolas de forma sencilla y clara.

Las dos grandes categorías de intervenciones y/o técnicas denominadas *intervenciones generales* e *intervenciones principales* han sido explicadas en este manual, junto con otros aspectos básicos de dicho enfoque: la entrevista inicial y la identificación y utilización de la postura del cliente.

Es necesario subrayar que este manual no pretende enseñar las técnicas del modelo como *recetas de cocina* que el terapeuta en formación deba memorizar y aplicar mecánicamente, por el contrario, plantea que la terapia es un proceso creativo y que las técnicas deben comprenderse para después ser diseñadas a la medida del cliente y de sus objetivos.

La elaboración de este manual ha permitido enriquecer el aprendizaje teórico y práctico del modelo de Terapia del MRI, además de que puede ser utilizado como material de apoyo en la formación de terapeutas.

c) Manual de Terapia Breve Orientada a Soluciones

Este manual pretende enseñar con lenguaje sencillo las bases teóricas del Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones, además de exponer sus técnicas a través de ejemplos. Ha sido diseñado pensando en personas que no tienen conocimiento previo de la materia, por lo que es corto en extensión pero consistente en contenido.

El manual inicia con una breve introducción respecto a los antecedentes del modelo y de sus representantes. Enseguida se plantean las premisas básicas que dan sustento a la parte técnica. Después se explica y ejemplifica la primera entrevista. La parte medular es la que

menciona y explica las técnicas más utilizadas: preguntas presuposicionales, preguntas sobre excepciones, pregunta del milagro, preguntas de escala, preguntas orientadas al futuro, la normalización, la validación, las reetiquetaciones positivas, los elogios y las intervenciones sobre patrones. Finalmente el manual expone comentarios generales sobre el desarrollo actual del modelo y su perspectiva a futuro.

La elaboración de este manual ha permitido enriquecer el aprendizaje teórico y práctico del modelo de terapia breve orientado a soluciones, y puede ser utilizado como material didáctico para nuevos terapeutas.

3.3.2. Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria

La residencia en Terapia Familiar Sistémica, establece en su programa que los estudiantes deben ofrecer sus conocimientos y habilidades a la comunidad en general, a través de la participación en actividades como talleres, conferencias, pláticas, etc.

En mi estancia en la residencia tuve la oportunidad de participar como ponente en un ciclo de conferencias de una escuela secundaria, con el tema: "La Familia como apoyo al Rendimiento Académico de los hijos"; también participé en la organización y realización de un curso-taller Escuela para Padres en el CCH Azcapotzalco. Expondré una síntesis de estas actividades.

a) Ciclo de conferencias de la Escuela Secundaria Federalizada "México"

Participación como ponente con el tema: "La Familia como apoyo al Rendimiento Académico de los hijos"

Fecha: 29 de Mayo de 2007

Población con la que se trabajó. Padres de familia con hijos adolescentes

Objetivo general. Informar a los padres acerca de algunos factores que intervienen en el rendimiento escolar de los adolescentes, especialmente sobre la importante contribución de la familia para propiciar un adecuado desempeño escolar.

Objetivos específicos.

Reflexionar sobre las características de la etapa de la adolescencia

Hacer referencia a los factores relacionados con el hogar que propician un alto y un bajo rendimiento escolar

Explicar los estilos de educación parental y su influencia en el desempeño escolar.

Mencionar algunas acciones que los padres pueden llevar a cabo para favorecer el desempeño académico de sus hijos.

Justificación. El nivel educativo correspondiente a *secundaria* en nuestro país, se caracteriza por presentar problemas en el control y en el rendimiento académico de los estudiantes. Las familias con hijos adolescentes comúnmente se ven enfrascadas en un periodo de crisis por no saber cómo favorecer el crecimiento personal y académico de sus hijos, por lo que requieren informarse de algunas estrategias que la psicología, especialmente, la terapia familiar puede aportar. Esta conferencia tuvo la finalidad de colaborar con las familias representadas en el

auditorio, y con la institución organizadora del evento, para propiciar cambios que beneficien la situación social y académica de los adolescentes.

Resumen.

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, cognitivos y sociales. El adolescente se caracteriza por presentar un enorme crecimiento en su capacidad de reflexión, desea probar hipótesis y es crítico. En ocasiones, puede mostrarse egocéntrico y no mide riesgos en su conducta. Por lo tanto, es deber de los padres y maestros orientar a los adolescentes a través del establecimiento de reglas y límites claros a su conducta.

Existen diversos factores relacionados con el bajo rendimiento escolar, entre éstos se distinguen tres principales: causas relacionadas con la institución escolar; autoconcepto y motivación del adolescente; y causas relacionadas con el hogar. Respecto a las causas relacionadas con el hogar se encuentran los cambios drásticos en la estructura familiar, las dificultades para acordar y establecer límites y reglas consistentes, la poca claridad en las jerarquías, la carencia de la expresión de afecto, la ineficacia en la comunicación, las ineficientes estrategias para resolver problemas en distintos aspectos de la vida familiar y el poco involucramiento de los padres en las actividades escolares de sus hijos.

Existen tres estilos de padres: el autoritario, el permisivo y el democrático. Mientras que los dos primeros estilos se evalúan como poco eficaces, el último se reconoce como un estilo que puede ser benéfico para los hijos en distintas áreas de su vida, una de ellas, el rendimiento escolar. Un padre democrático es aquel que motiva a su hijo a conocer sobre distintos temas; propicia la participación de su hijo en las conversaciones y en las decisiones familiares; es negociador con aquello *negociable* y marca reglas claras y consistentes en los aspectos no negociables (como las responsabilidades escolares y familiares); un padre democrático otorga estímulos y algunas libertades a su hijo si éste realiza sus responsabilidades acordadas previamente, pero también ejecutan sanciones cuando los hijos no han cumplido con lo acordado; un factor muy importante es que estos padres se vinculan con la educación de sus hijos.

Finalmente se mencionó que la adolescencia no tiene que ser necesariamente una etapa temida para padres e instituciones, el calor humano parece fomentar el desarrollo de la autoestima y las habilidades sociales en los adolescentes. Cuando los padres brindan afecto y, a su vez, muestran interés y firmeza en el establecimiento de reglas que permitan orientar el comportamiento de sus hijos, estarán favoreciendo el desarrollo de virtudes como la responsabilidad y el adecuado desempeño escolar.

Resultados. Acudieron aproximadamente 50 padres de familia, los cuales se mostraron interesados en el contenido de la conferencia. Hubo una participación activa a través de preguntas y respuestas, propiciándose un agradable intercambio de ideas y alternativas de solución a la problemática del bajo rendimiento escolar.

Nota: La constancia de mi participación en este evento se muestra en el Anexo 2.

b) Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco 2007-2008
Sesión: "Ciclo vital del adolescente y la familia"

Fecha: 8 de marzo de 2008

Población con la que se trabajó. Padres de familia con hijos adolescentes

Objetivo general. Que los padres de familia conozcan las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, así como los retos que conlleva cada etapa.

Objetivos específicos.

Exponer cada una de las etapas del ciclo vital de la familia

Reflexionar sobre el inevitable proceso de cambio y crecimiento de los miembros de la familia

Analizar con los asistentes sobre de las ganancias y pérdidas que se viven en cada etapa, especialmente en la etapa de los hijos adolescentes.

Sensibilizar a los asistentes sobre la función de la familia como facilitadora del desarrollo de sus miembros.

Justificación. Las etapas del ciclo vital de la familia implican momentos de crisis que los sistemas familiares deben enfrentar haciendo uso de sus recursos, y adecuándose a las demandas de crecimiento de sus miembros y a los cambios en el contexto social. Las familias, por tanto, necesitan conocer cuáles son aquellas etapas que habrá de experimentar y que estrategias pueden ser eficaces para poder responder a las necesidades de sus miembros.

Resumen.

Las personas cambiamos conforme transcurre el tiempo. Los cambios generan pérdidas que en ocasiones derivan en dolor. Crecer implica cambiar constantemente y sufrir pérdidas inevitables aunque también se reciben ganancias. Las familias evolucionan desde su formación hasta la muerte de sus miembros, pasan por una serie de etapas las cuales conllevan tareas y retos. Las etapas del ciclo vital de la familia son:

Formación de la pareja: Es el momento de conocerse y adaptarse a vivir con otro u otra. La pareja recién casada debe elaborar una cantidad de acuerdos sobre cómo manejarse con sus familias de origen, amigos, los aspectos prácticos de la vida en común, y enfrentar las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos.

Familia con hijos pequeños: Con el nacimiento del primer hijo, la pareja tiene que hacer frente a nuevos retos, uno de ellos es lograr que el niño se integre sin interferir en las relaciones conyugales. En los niños muy pequeños predominan las tareas de crianza; los padres, de una u otra forma desarrollan sus capacidades para alimentar adecuadamente a sus hijos, brindarles afecto, jugar con ellos, y estar pendiente de su salud en todos los sentidos.

Familia con hijos en edad escolar: Los padres contribuyen en gran medida con la escuela, validando las capacidades del niño, reconociendo sus logros, lo que contribuye a la formación de la autoestima. De igual forma, contribuyen corrigiendo comportamientos, marcando límites y estableciendo reglas.

Familia con hijos adolescentes: La adolescencia hasta cierto punto pone a prueba la solidez de una pareja, que puede adoptar distintas posiciones. Resulta común que haya constantes ensayos del adolescente por buscar su propio espacio y diferenciación respecto a los demás miembros de la familia.

Familia con hijos adultos: La pareja vuelve al inicio del ciclo cuando los hijos se van de casa. Sin los hijos han de retomar la relación conyugal. Durante esta etapa la pareja deberá enfrentarse a la jubilación, lo cual provoca cambios en todas las actividades y en la economía familiar.

Resultados. Hubo una asistencia de 50 padres de familia los cuales participaron entusiastamente en las actividades del taller. Este espacio permitió que asistentes y organizadores dialogáramos respecto a la temática propuesta y co-construyéramos conocimientos.

Nota: La constancia de mi participación en este evento se muestra en el Anexo 3

3.3.3. Reporte de asistencia y presentación de trabajos en foros académicos

La asistencia y participación en foros académicos representó la oportunidad de intercambiar ideas con otros profesionales, compartir aquellos conocimientos adquiridos mediante la formación en la residencia, y aprender del trabajo que otros colegas están realizando.

Durante mi formación pude acudir a seis foros académicos. En cuatro de ellos participé como asistente y en 2, como ponente.

PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE EN FOROS ACADÉMICOS

Curso-Taller “Soluciones en Terapia Breve con Parejas”

Centro de Crecimiento Personal y Familiar, S.C. Instituto Milton H. Erickson de Monterrey

Fecha: 30 y 31 de Agosto del 2006

Este curso tuvo una duración de 15 horas, se llevó a cabo en la Ciudad de México. El curso fue impartido por el Terapeuta Ruperto Charles Torres, quien expuso estrategias para abordar problemas de pareja utilizando el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones. (Ver constancia en el Anexo 4).

25 Aniversario, X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano “Ciencia, Arte y Espiritualidad”

Asociación Mexicana de Terapia Familiar

Fecha: 23 al 26 de noviembre del 2006

Este congreso fue realizado en la ciudad de Acapulco, Guerrero. Las conferencias hacían referencia al uso de las actividades artísticas (como la música, la literatura, la dramatización, etc.) y religiosas como herramientas terapéuticas. Se expusieron distintos trabajos de investigación y se abrieron espacios para la discusión de la efectividad de modelos psicoterapéuticos recientes. (Ver constancia en el Anexo 5).

Conferencia-Taller "Mitos hacia el amor"

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Jefatura de la Carrera de Psicología

Fecha: 24 de Mayo del 2007

La conferencia fue impartida por la Dra. Lourdes Fernández Ruis, quien es docente e investigadora de la Universidad de la Habana, Cuba. Tuvo una duración de tres horas. El contenido consistió en una reflexión sobre el proceso de amor y desamor, y el papel de los terapeutas en el tratamiento de cuestiones que tienen que ver con la creencias en torno a estos fenómenos. (Ver constancia en el Anexo 6).

II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio "El suicidio acaba con más de una vida"

Secretaría de Salud de Michoacán
Asociación Mexicana de Suicidología A.C.

Fecha: 22 y 23 de Noviembre de 2007

En este foro se expuso la problemática del suicidio en México, la cual desafortunadamente cada vez es más frecuente. En este espacio concurren expertos en el tema, quienes daban propuestas de intervención. La terapia familiar sistémica fue presentada como una alternativa para explicar e intervenir en esta problemática. (Ver constancia en el Anexo 7).

PARTICIPACIÓN COMO PONENTE EN FOROS ACADÉMICOS

Tema de la ponencia: "Reflexiones sobre las familias de los terapeutas"

Nombre del evento: IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología

Instituciones que lo organizaron: Asociación mexicana de Alternativas en Psicología, FENAPSIME, ULAPSI, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Colegio de Psicólogos de Michoacán, A. C.

Lugar: Morelia Michoacán

Fecha: 7 al 10 de Marzo de 2007

Resumen: Se expone un estudio realizado con 10 terapeutas en formación. El objetivo de la investigación fue identificar y analizar los procesos generacionales y la dinámica de las familias de este grupo de terapeutas. Los instrumentos de recolección de datos fueron la elaboración de Genogramas y Entrevistas Semiestructuradas. Los resultados indican que la estructura familiar de los terapeutas estudiados se caracteriza por el aglutinamiento, por mantener roles tradicionales (el padre de familia tiene a su cargo el rol ejecutivo, mientras la madre es cuidadora de los hijos) y por compartir valores como la responsabilidad y el amor por el trabajo. Cabe mencionar que en todos los casos el terapeuta juega el rol de mediador, es hijo parental, y se concibe a sí mismo como el consejero de la familia. Se concluye mencionando que realizar este tipo de ejercicios forma parte de un proceso de sensibilización y autoconocimiento que todo terapeuta necesita, ya que las vivencias y la historia familiar pueden proveer al terapeuta de recursos valiosos pero también de posibles limitantes que deben cuidarse para beneficio personal y de los usuarios.

Nota: La constancia de participación en este evento se encuentra en el Anexo 8.

Tema de la ponencia: "Percepción del funcionamiento familiar en alumnos de alto y bajo rendimiento académico"

Nombre del evento: 5º Congreso Internacional sobre la "Salud del adolescente"

Instituciones que lo organizaron: Universidad Autónoma del estado de México

Lugar: Toluca, México.

Fecha: 20 de Octubre de 2007

Resumen: Se presentó en las modalidades de ponencia y cartel, el trabajo de investigación realizado en la asignatura *Métodos de Investigación I* (Ver constancias en Anexos 9 y 10).

Este trabajo es de corte cuantitativo, y muestra la relación entre el rendimiento académico, definido como el promedio global de calificaciones escolares y la percepción del funcionamiento familiar en 83 estudiantes de nivel secundaria, con edades de 13 y 14 años, distribuidos en dos grupos: 41 alumnos con calificaciones de 90 o más (alto rendimiento) y 42 alumnos con calificaciones de 70 o menos de (bajo rendimiento). Para estimar la percepción del funcionamiento familiar se utilizó el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar EFF (Atri y Zetune, 2006). Las variables relacionadas al rendimiento académico fueron las subescalas del cuestionario, las cuales son: Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Patrones de Comunicación Funcional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta. Los resultados indicaron que sí existen correlaciones significativas entre las subescalas al analizarlas organizando la muestra por género y promedio de calificaciones. Los promedios más altos muestran el mayor número de correlaciones entre las subescalas que miden funcionalidad en la familia, mientras que en los promedios bajos, se enfatizan las correlaciones entre las subescalas negativas.

Cabe mencionar que en las dos modalidades, tanto en la ponencia como en la exposición del cartel, el trabajo presentado despertó el interés de los asistentes y permitió intercambiar ideas, propuestas y fraguar nuevos proyectos respecto al tema.

La participación como ponentes, nos permitió enriquecer nuestra experiencia profesional y compartir con otros este trabajo que implicó esfuerzo y dedicación, características importantes desarrolladas en esta maestría.

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1. La ética profesional

Ética es la disciplina filosófica que reflexiona de forma sistemática y metódica sobre el sentido, validez y licitud (bondad o corrección) de los actos humanos individuales y sociales en la convivencia social. Para esto utiliza la intuición experiencial humana, tamizada y depurada por la

elaboración racional. Ética, entonces, hace referencia al modo subjetivo que tiene una persona o grupo humano determinado de encarar valores morales (Franca-Tarragó, 1996).

La ética se ocupa, pues, de encontrar las convergencias axiológicas racionalmente justificables para todo ser humano, aún cuando estas convergencias sean muy reducidas y haya todavía mucho por recorrer en su búsqueda. Su intento siempre consistirá en evitar la arbitrariedad y, en ese sentido, una de las funciones del especialista en ética es la de ser testigo crítico de las prácticas profesionales arbitrarias.

El término "profesional" proviene del latín "professio". Professio indica confesión pública, promesa o consagración (Franca-Tarragó, 1996). En la edad Media, el término professio se aplicaba específicamente a la consagración religiosa monástica, es decir, al hecho de que alguien ingresara a la vida religiosa mediante un compromiso público. Posteriormente fue usado en las lenguas romances en donde fue convirtiéndose lentamente en la palabra profesión la cual empezó a usarse para definir a las personas que ejercen determinada actividad humana con dedicación y consagración.

Actualmente, los sociólogos conceptualizan la palabra "profesión" como aquel grupo humano que se caracteriza por tener un cuerpo coherente de conocimientos específicos, además de poseer capacidades y técnicas particulares basadas en esos conocimientos; haciéndolos acreedores de un prestigio social reconocido, lo cual genera en la sociedad expectativas de confiabilidad moral, la cual debe estar presente en todo momento en cada una de las intervenciones del profesional, si es que en verdad es un profesional.

Entonces podríamos decir que la ética de un profesional es el conjunto de aquellas actitudes, normas y valores específicos que deben mostrarse en la práctica de cada una de sus funciones, las cuales conforman una tradición de las conductas profesionalmente correctas que están estipuladas en un código ético. La ética profesional se traduce en un conjunto de aspectos que entre colegas deben fomentarse de modo que la relación de éstos con las personas pueda proporcionar beneficios y no perjuicios. Cada una de las personas que se dedican a una profesión en particular debe mantenerse fiel a su responsabilidad profesional, evitando toda posible desviación de los patrones considerados como adecuados.

Los psicólogos y específicamente, los psicoterapeutas, como profesionales en el área de la salud tienen la responsabilidad de mostrar actitudes, normas y valores que permitan el sano desempeño de su profesión. Para que un terapeuta pueda mantener una relación profesional y ética con sus usuarios, debe conocer, además de las bases teóricas y técnicas de su ejercicio, cuáles son sus premisas de la realidad, su concepto de hombre y su escala de valores. Estar consciente de cuáles son estas ideas le ayudará a actuar de manera honesta, auténtica y congruente. El terapeuta debe contar con esta capacidad de autoanálisis para poder establecer relaciones interpersonales que promuevan el desarrollo individual y social.

Berman y Lief (1975) proponen una serie de cuestionamientos que el terapeuta debe formularse en su proceso de relación interpersonal, estas preguntas se refieren a:

- a) ¿me gusta ejercer poder sobre el otro o prefiero compartir dicho poder?
- b) En cuanto a la intimidad, ¿qué tan cerca de la persona puedo trabajar? ¿cuál es la distancia afectiva en dónde me siento a gusto?
- c) ¿qué criterios de inclusión y exclusión utilizo? ¿puedo o quiero participar en esta relación?

Biro (1979) señala que el terapeuta debe preguntarse que tan satisfechas están sus necesidades básicas, ya que en el ejercicio de su profesión corre el peligro de usar a sus pacientes para cubrir, tapar y/o negar sus carencias internas. Debe preguntarse también con qué sentido de honestidad, consciencia y responsabilidad maneja el poder que le da la información que posee de sus clientes, en tanto que es una herramienta con la que se puede destruir o construir.

La psicología debe estar al servicio de las personas, esto demanda del psicólogo y/o del psicoterapeuta una actitud de honestidad y respeto consigo mismo y con los demás. De forma similar como ocurre en otras profesiones, para lograr regular el comportamiento profesional del experto en psicología se ha estipulado un código ético.

Código ético del Psicólogo

Un código de ética profesional es una organización sistemática de las responsabilidades morales que provienen del rol profesional y de las expectativas que las personas tienen derecho a exigir en la relación con un profesionista, en este caso, con el psicólogo y/o terapeuta. En este sentido, es un medio muy útil para promover la confianza mutua entre el profesional de la Psicología y una persona o institución.

En nuestro país existe un código ético para los psicólogos (Sociedad Mexicana de Psicología, 1984), el cual comprende distintas áreas de especial interés, entre las cuales mencionaremos las siguientes:

1. Responsabilidad. La cual debe estar presente en todas las prácticas profesionales realizadas por el Psicólogo. Especialmente porque el psicólogo se dedica a modificar comportamientos, actitudes y pensamiento de seres humanos.
2. Competencia: Es deber del psicólogo actualizarse constantemente, seguir estudiando, estar preparado para dar servicios efectivos y benéficos a sus usuarios.
3. Aspectos morales y legales. El psicólogo debe tener especial cuidado en los juicios de valor que emite a sus pacientes respecto a creencias, religión, y respecto a aspectos legales, los cuales deben ser abordados con toda seriedad, estando conscientes de las posibles repercusiones que sus opiniones pueden propiciar.
4. Confidencialidad. Como psicólogos, tenemos el compromiso de respetar la información íntima de los usuarios evitando divulgar aquello que nos confían, a menos que sea estrictamente necesario.
5. Evitación de la tergiversación de información sobre sí mismo. Es importante ser honestos al expresar el grado de estudios y el nivel de preparación que se tiene, evitando aceptar trabajo que supera nuestra preparación.
6. Relaciones con los pacientes: Un psicólogo tiene el deber de ofrecer a sus clientes una relación estrictamente profesional.
7. Honorarios: Un psicólogo, al igual que otro profesional de la salud, debe estar dispuesto a ofrecer sus servicios a sus pacientes de acuerdo al nivel de ingresos de éstos.
8. Respecto a las evaluaciones psicológicas: El psicólogo lleva a cabo evaluaciones psicológicas vigilando eficazmente el procedimiento, entregando los resultados únicamente a la persona indicada, explicando con claridad los mismos.
9. Respecto a los procedimientos que utiliza el psicólogo. En primer lugar, el psicólogo guiará su acción privilegiando la premisa del gran valor que tiene la vida humana, por lo cual, todas las acciones estarán en función de preservar la vida en un alto nivel.

3.4.2. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional en terapia familiar sistémica y posmoderna

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna es un enfoque relativamente reciente, sin embargo, sus bases teóricas y metodológicas retoman los principios de la ética profesional del Psicólogo inscritos en el código ético. En este enfoque de terapia se tiene un especial respeto por la persona del paciente, por sus valores, creencias y explicaciones de la realidad. Se consideran de suma importancia las descripciones que el usuario realiza de su problema, sus expectativas y objetivos de la terapia, la evaluación que realiza del proceso terapéutico, así como su notificación de haber superado la crisis o la situación difícil que le llevó a terapia.

Durante mi formación en la residencia, a través de las clases teóricas y de las horas de práctica clínica supervisada, pude entender que nuestra profesión como terapeutas requiere de una profunda sensibilidad hacia los problemas humanos, que los terapeutas necesitamos tener los conocimientos necesarios para responder con calidad y eficacia a la confianza que los usuarios nos brindan al compartirnos secretos íntimos, sentimientos y situaciones que quizás con nadie más se atreverían a abordar. Nuestro trabajo es con personas, las cuales son valiosas sólo por el hecho de existir, de ahí que nuestra responsabilidad es seria, por lo que debemos ser cautelosos en cada momento de la interacción con los usuarios, ya que lo que digamos, o lo que no digamos (de forma verbal o no verbal) tendrá un efecto en el otro, que le hará sentirse mejor o peor.

Cabe mencionar que nuestra responsabilidad ética no sólo está presente en el momento en el que estamos frente a la familia consultante, sino en el trabajo elaborado previo y posterior a los encuentros con ella, me refiero, por ejemplo, a la cuidadosa planificación que debemos hacer de las sesiones terapéuticas, al manejo confidencial de la información de los usuarios y al respeto que debemos mostrar hacia las familias cuando comentamos entre terapeutas los casos en una post sesión.

Debo agradecer a mis maestras y supervisoras de la residencia, el que a mí y a mis compañeros, nos hayan formado adecuadamente en los aspectos antes mencionados, ya que, desde que teníamos los datos de una familia en nuestro poder para realizar la entrevista telefónica, se nos exigía seriedad en el cumplimiento de nuestra labor: nosotros debíamos informar a la familia la realidad de la forma de trabajo en las sedes, especialmente lo referente a la videograbación de las sesiones y la presencia de más terapeutas del otro lado del espejo, si ellos aceptaban las condiciones del trabajo entonces empezábamos con el proceso.

En el momento de las sesiones, se nos enseñó a ser sensibles al dolor y a la preocupación de los usuarios, validando dicho dolor, ofreciendo una mirada cálida y una actitud respetuosa a los comentarios, creencias y valores que los usuarios expresaban, aunque en lo personal, nosotros no compartiéramos dichas formas de concebir la realidad; cada intervención debía tener un objetivo y se emitía sin dañar la integridad de la persona a quien iba dirigida.

Después de las sesiones, nuestro compromiso era ser verdaderamente confidenciales y cuidadosos de la información obtenida, no podíamos hablar sobre los casos en los pasillos de la escuela, o mostrar los videocasetes de las sesiones a personas ajenas al equipo de terapeutas, los casos sólo se comentaban con fines didácticos y con motivo de la planeación del tratamiento de los usuarios.

Otra forma de mostrar la ética en el trabajo psicoterapéutico con familias fue la insistencia de trabajar con la persona del terapeuta. Se nos pidió en distintos momentos hacer un autoanálisis de nuestros lados fuertes y de aquellos temas que nos causaban conflicto. Por ejemplo, se nos preguntó por algún tipo de situación o de usuarios que nos causaran enojo, ansiedad o que nos recordaran experiencias abrumadoras de nuestra propia historia, lo cual podría paralizar nuestra acción o hacernos perder el timón de la sesión. Al hacer una cuidadosa y honesta autoreflexión sobre nuestra historia, nuestros miedos y deseos, pudimos prevenir en la medida de lo posible, fallas en nuestro trabajo con las familias consultantes. Cabe mencionar que el uso del equipo y la supervisión, implicaron recursos invaluable que permitieron estar atentos a la persona del terapeuta para ayudarlo a ver sus puntos ciegos, sus propias creencias, valores y demás características personales que pudieran interferir en el trabajo psicoterapéutico.

La ética en el tratamiento de las familias se evidenció también, en el compromiso con los usuarios para acompañarles en su proceso de cambio, incluso cuando ya había terminado el semestre escolar, ya que teníamos la responsabilidad de continuar con los casos dándoles seguimiento aún sin la presencia de la supervisora.

El trabajo de equipo terapéutico implicó una forma peculiar de mostrar compromiso ético con las familias consultantes, ya que, incluso sin ser el terapeuta titular de los casos, todos los miembros del equipo debíamos asistir puntualmente a las sesiones y participar de la planeación de las intervenciones, así como de las reflexiones sobre cada caso.

Finalmente, quiero concluir hablando de la *competencia* que es un factor clave cuando hablamos de ética en el desempeño de las profesiones. La Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica le ha dado una especial relevancia a este aspecto, ya que busca que la atención psicológica que se brinda a las familias sea de calidad, por ello se nos exigió ser terapeutas preparados teórica y metodológicamente para tratar la problemática que presentaban nuestros pacientes y ser supervisados en nuestra práctica clínica. Precisamente el trabajo conjunto entre un terapeuta, aunado a un equipo de terapeutas y a la supervisión por parte de un experto que respalda el trabajo y vigila que éste se realice de forma cuidadosa y eficiente, tiene el objetivo de brindar un servicio eficaz y ético a la comunidad que lo solicita.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Mi formación en la residencia en Terapia Familiar Sistémica dejó en mí un significativo aprendizaje en distintos aspectos, entre los cuales quiero mencionar los siguientes:

- Conocimientos teóricos de la epistemología que subyace a la terapia familiar sistémica, así como conocimientos teórico-metodológicos de cada uno de los modelos de psicoterapia que se circunscriben en el enfoque sistémico y posmoderno. Estos conocimientos se fueron adhiriendo a mi pensamiento, por lo que pude implementarlos en mi práctica clínica.
- Habilidades de docencia, ya que en muchas ocasiones tuvimos la oportunidad de exponer temas en el espacio del salón de clases, pero también en otros espacios como lo fueron las escuelas de nivel básico y medio superior en donde impartí talleres y conferencias.
- Habilidades de investigación, cubriendo los rubros de investigación cuantitativa y cualitativa. Aprendí a elaborar proyectos de investigación, a aplicarlos y a reportarlos en foros académicos, también tuve la oportunidad de que una de mis investigaciones fuera publicada en una revista científica.
- Habilidades en la elaboración de productos tecnológicos, me refiero a la realización de videos y manuales destinados a contribuir con la formación de futuros terapeutas, materiales que requerían un trabajo teórico y artístico a la vez, por lo que al elaborar dichos materiales, mis compañeros y yo, además de aprender el modelo, aprendimos a ser guionistas, actores, productores, etc.
- Habilidades interpersonales, me refiero a la habilidad de trabajar en equipo, de ser empático, de saber propiciar el diálogo, de saber escuchar y ser sensible para encontrar el momento oportuno para realizar comentarios. Habilidades que desarrollé en el espacio clínico, en el salón de clases y en el contacto con la comunidad en general.
- Habilidades intrapersonales. La capacidad de autoanálisis y reflexión sobre mi propia historia, mis cualidades y aquellos aspectos de mi persona que no favorecían un adecuado desempeño. Estos descubrimientos sobre mí misma, los fui notando gracias a los contenidos de las asignaturas y al contacto con mi equipo y con la supervisión.
- Habilidades terapéuticas. Aprendí a establecer un adecuado contacto psicológico con los usuarios, a definir motivos de consulta junto con los pacientes, a realizar preguntas que propiciaran la reflexión, a realizar hipótesis sistémicas, a aplicar estrategias y técnicas para resolver conflictos, a utilizar la conversación terapéutica y los recursos del paciente para propiciar cambios, a observar y evaluar el proceso terapéutico, así como a concluirlo.

Cabe mencionar que el contacto con diferentes modelos teóricos, diferentes tipos de familias, diferentes tipos de problemáticas, así como con diferentes estilos de supervisión, favorecieron en mí la habilidad de adaptación a los cambios, la flexibilidad para moverme en distintos caminos que llevaran a los usuarios a alcanzar sus objetivos y con ello, el éxito en el trabajo clínico.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial.

La incidencia en la comunidad del trabajo realizado en la residencia, sin duda fue importante, ya que tuve la oportunidad de estar presente en el proceso terapéutico de 44 familias consultantes, ya sea en un papel de terapeuta asignado, como parte del equipo de observadores, o como parte del equipo terapéutico. Además, en las conferencias y talleres impartidos tuvimos incidencia en grupos relativamente extensos de padres de familia, lo cual repercutió en sus sistemas familiares y probablemente la información recibida pudo ser compartida a otras personas, que representan a su vez, otros sistemas familiares. Las exposiciones de los trabajos de investigación y de nociones sistémicas compartidas en foros académicos, sin duda, también pueden estar teniendo repercusión en las ideas de otros profesionales, quienes pueden estar considerando en su trabajo algunos elementos de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

Considero que el servicio a la comunidad es uno de los objetivos más relevantes del programa de esta maestría, los beneficios que pudimos ofrecer son pequeños en comparación con la necesidad social de educación, investigación y atención psicoterapéutica. Sin embargo, los logros obtenidos en el trabajo realizado en estos dos años pueden implicar un semillero que genere en aquellos, con quienes tuvimos contacto, alternativas y cambios en la visión e intervención de distintos problemas en el seno de nuestras familias.

4.3. Reflexión y análisis de la experiencia.

Cuando recibí la noticia de que había sido aceptada en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM, con sede en la FES Iztacala, me sentí muy feliz, puesto que esto implicaba una excelente oportunidad de crecimiento profesional, aunque también representaba un momento determinante de cambio en mi vida personal. En ese entonces yo me encontraba viviendo en un pequeño pueblo del Estado de Veracruz, y se oían muchos comentarios negativos sobre la peligrosa situación social de la Ciudad de México. Sin embargo, para mí el estudiar una maestría en la UNAM era un sueño que yo había deseado y ninguna razón me haría dejar la oportunidad que se abría para mí.

Los primeros días fueron dificultosos, con todo lo que implica adaptarse a vivir en un lugar muy diferente al que se está acostumbrado, conocer nuevas personas y aprender nuevos contenidos, que en ocasiones parecían ser complejos, por lo que llegué a sentirme ansiosa, a enfermarme con frecuencia y a sentirme insegura al enfrentar el trabajo en el aula y en los escenarios clínicos.

Agradezco infinitamente el apoyo de mis compañeros, a muchos de ellos les considero amigos muy cercanos. También agradezco el apoyo de mis profesoras y supervisoras, quienes con paciencia me infundieron ánimo y seguridad en momentos en los que parecía difícil el trabajo como estudiante en una maestría de alto nivel.

Con el paso del tiempo, el aprendizaje de los contenidos y la ayuda de mi equipo y mis supervisoras, empecé a descubrir a la terapeuta exitosa que podía ser, corroboré que no me había equivocado al decidir iniciar con esta aventura académica y personal, porque mi profesión como terapeuta me llenaba y me sigue llenando de muchas satisfacciones y crecimiento.

Poco a poco, fui cambiando la ansiedad por la curiosidad de saber más sobre cómo

intervenir en las problemáticas de las familias, me sorprendían los buenos resultados que la aplicación de la terapia sistémica podría generar, y la audacia y profesionalismo de mis maestras, ya que cada una de ellas es excelente en el trabajo que realiza.

Sin duda, el trabajar con un equipo de terapeutas fortaleció los vínculos entre nosotros como compañeros de la residencia, nos ayudó a aprender a colaborar como uno solo en beneficio de una familia consultante; compartimos logros, frustraciones, entusiasmo, desánimo, y muchos momentos de diálogo, lo cual nos hizo aprender unos de otros y fortalecernos mutuamente.

Estos dos años de de formación han sido determinantes en mi profesión, considero que es muy valioso el programa que se nos brinda en la residencia, así como todas las docentes, tutoras y supervisoras de la sede, quienes nos comparten su experiencia, pero también sus valores y nociones de la realidad, las cuales nos ayudan a complejizar nuestros propios "mapas del mundo".

4.4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Al analizarme, podría hacer una distinción de quien era antes y después de la residencia, no sólo en mi profesión como psicóloga, sino en mi persona. Antes solía buscar causas para los problemas y solía pensar que existía una forma única y correcta de explicar la realidad. Ahora, conceptos como *sistema, circularidad, complementariedad, construcción de la realidad*, me han ayudado a dejar muchas posturas rígidas de actos y pensamientos, y a aproximarme a una forma más compleja de explicar y abordar los fenómenos que ocurren a mi alrededor, mis propios problemas, las dificultades en mi familia y en otras instituciones a las que pertenezco.

Actualmente mi práctica clínica se sustenta en la epistemología sistémica y posmoderna, esto me invita a trabajar desde las interacciones y no desde la patología interna de una persona, por lo cual traigo a la sesión de forma real o imaginaria a las personas involucradas en el sistema familiar, que de alguna forma colaboran en el mantenimiento del problema; he aprendido a cuestionar las construcciones o creencias rígidas que provocan sufrimiento en los usuarios y a co- construir con ellos mejores formas de verse y describirse a sí mismos, a sus relaciones y a su realidad; me son de mucha utilidad los modelos aprendidos y las técnicas y estrategias que de ellos emanan; y , aunque ya no trabajaré con un equipo de terapeutas, si procuraré traer a las sesiones de las familias que consulte, de forma imaginaria, a mi equipo, y cuando sea posible, abriré espacios para intercambiar ideas con colegas respecto a los casos, asimismo, buscaré momentos de supervisión con alguno de ellos.

Finalmente quiero expresar mi gratitud a nuestra Máxima Casa de Estudios por escogerme entre cientos de aspirantes para estudiar esta maestría. Agradezco a todas las personas involucradas en mi formación. Sé que esto no es el final de mi preparación, sino el comienzo, porque me queda claro que me falta mucho por aprender y tengo el compromiso de seguir escalando peldaños para ser mejor terapeuta, y sobre todo, mejor persona.

ANEXO 1

Carta de Consentimiento para la Filmación de las sesiones

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUERIORES IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La FES IZTACALA, en sus diferentes sedes, ofrece entre sus diversos servicios, la atención a la comunidad: Terapia Familiar o de Pareja, a través de su programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar.

Como parte del modelo con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o video las entrevistas realizadas con el objeto de que puedan ser estudiadas con mayor detenimiento, y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos. Esto es una práctica común en los programas más avanzados de la Terapia Familiar en México y en el mundo. Los videos y el material clínico que se generan son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en él respetarán la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México, D.F. a _____ de _____ del _____.

Clientes

Terapeuta

ANEXO 2

LA DIRECCION DE LA ESCUELA SECUNDARIA FEDERALIZADA

“ MÉXICO ”

CLAVE: ES-354-128

C.T. 15DESO267Y

OTORGA EL PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A la Lic.:

VIOLETA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Por su destacada colaboración en el ciclo de Conferencias para los adolescentes con el tema "La familia como apoyo al Rendimiento Académico de los hijos".

LOS REYES IZTACALA MEX, A 29 DE MAYO DE 2007.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



Secretaría Educativa Integral del Estado de México
Dirección de Educación Media y Superior de Apoyo - Departamento de Educación Secundaria General
Escuela Secundaria Federalizada "MÉXICO"
ES 354-128 15DESO267Y
Los Reyes Iztacala - Los Reyes Iztacala - Tlaxcala, Edo. de Mex.

ATENTAMENTE

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA


PROFR. VICTOR MANUEL DIAZ TORRES

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I)
Azcapotzalco

La Dirección del Plantel Azcapotzalco, extiende la presente constancia a:



VIOLETA ADLAI HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Por su participación en la sesión: ***Ciclo vital del adolescente y la familia***, del **Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco 2007-2008**, en las instalaciones del plantel y en coordinación con la FES Iztacala.

Mtro. Andrés Hernández López

México, DF a 8 de marzo de 2008

ANEXO 4



Consultoría de Sistemas y Terapia Breve Sistémica

*" Ama no sólo lo que eres, sino
también lo que puedes llegar a ser "*

México, D. F., Agosto 31 del 2006

A quien corresponda:

Por la presente hacemos constar que la:

Lic. Violeta Adlai Hernández Martínez

asistió y participó en el Curso-Taller **SOLUCIONES EN TERAPIA
BREVE CON PAREJAS.**

Dicho curso se impartió los días 30 y 31 de Agosto del 2006, con
duración de 15 horas.

Se extiende la presente para los fines que el interesado estime
convenientes.

A t e n t a m e n t e

LIC. RUPERTO CHARLES TORRES, M. Ps.
Director/Instructor

DR. JAIME MONTALVO REYNA
Coordinador

20 de Noviembre 857 Sur, Col. Obispaño, C.P. 64060, Monterrey, N. L., México, Tels. (0181) 83435102 y 83435103

www.centrodecrescimiento.com



Se otorga la presente

C O N S T A N C I A

a la

Violeta Adlai Hernández Martínez

Por su ASISTENCIA al

**25 Aniversario, X Congreso Nacional, 1er. Iberoamericano
"Ciencia, Arte y Espiritualidad",**

realizado del 23 al 26 de noviembre del 2006 en
Acapulco, Guerrero. México

Dra. Emma Espejel Aco
Coordinadora de la Comisión Científica

Dr. Francisco R. Avilés-Gutiérrez
Presidente 2005-2006

ANEXO 6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
JEFATURA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA



OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A: VIOLETA ADLAI HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Por su asistencia a la Conferencia –Taller "**MITOS HACIA EL AMOR**", impartido por la Dra. Lourdes Fernández Rius, de la Universidad de la Habana, Cuba, se llevo a cabo el 24 de mayo del 2007, en las Instalaciones de FES-IZTACALA, con horario de 17:00 a 20:00 horas.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Los Reyes Iztacala, 24 de Mayo 2007.


Mtro. José R. Velasco García
Jefe de la Carrera

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
F.E.S. IZTACALA



JEFATURA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

ANEXO 7





Reconocimiento

a: Violeta Adlai Hernández Martínez
por su participación con la ponencia
Reflexiones sobre las familias de los terapeutas
dentro del programa académico del

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana
IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007
Morelia, Michoacán, México



Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso

ANEXO 9

La Universidad Autónoma del Estado de México
A través de la
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados
y el
Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Otorga el presente

Reconocimiento

A: VIOLETA ADLAÍ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Por su destacada participación como autor del trabajo libre:

“Percepción del funcionamiento familiar en alumnos de alto y bajo rendimiento académica”

En el 5º Congreso Internacional sobre la “Salud del Adolescente” llevado a cabo en el Edificio Administrativo de la UAEM.

Toluca, Méx. 20 de Octubre de 2007

ATENTAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo

“2007, 50 Aniversario Luctuoso del Poeta Enrique Cervantes”
Y ESTUDIOS AVANZADOS

DR. en C. AGR. CARLOS ARRIAGA JORDÁN
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEM

MC. ESP. TYO GERARDO HULLÓN BRAVO
Coordinador General del CICMED

LIC. en PSIC. MARCELA VEYITA LÓPEZ
Coordinadora del 5º Congreso



La Universidad Autónoma del Estado de México
A través de la
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados
y el
Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Otorga el presente

Reconocimiento

A: VIOLETA ADLAÍ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Por su destacada participación como autor del cartel:

“Percepción del funcionamiento familiar en alumnos de alto y bajo rendimiento”

En el 5º Congreso Internacional sobre la “Salud del Adolescente” llevado a cabo en el Edificio Administrativo de la UAEM.

Toluca, Méx. 20 de Octubre de 2007

ATENCIAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo

“2007, 50 Aniversario Huasteco del Poeta Enrique Cervantes”
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

DR. en C. AFR. CARLOS ARRIAGA JORDÁN
Secretario de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEM

Centro de Investigación en Ciencias Médicas
MC. ESP. TITO GERARDO HUSTRÓN BRAVO
Coordinador General del CICMED

LIC. en PSIC. MARCELA VEYTIÁ LÓPEZ
Coordinadora del 5º Congreso



REFERENCIAS

- Alcántara, L. (2007). Déficit en el número de padres en México: INEGI y CONAPO. recuperado el día 25 de mayo de 2008, de: <http://www.infogenerosonora.com>
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1995). Reflexionando sobre la reflexión con familias. En: S. MacNamee y K. Gergen (eds). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andersen, T., Epstein, E. (2002). Contribuciones de Harry Goolishian. *Sistemas familiares* 18 (3).
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En S. Friedman (comp). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Involving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27 (4), pp.371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: S. McNamee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, pp. 45-59.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, III Legislatura, Código Civil para el Distrito Federal. Ley publicada en el Diario oficial de la Federación el 26 de Mayo de 1928.
- Atri y Zetune, R. (2006). *Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*, pp. 46-52. Mexico, Distrito Federal.
- August (1997). Family Structure, School Context, and Eight Grade Math and Reading Achievement. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 3, 734-746.
- Aurón, F. y Troya, E. (1988). La diferenciación de los constructos de terapia en la supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso nacional de AMPAG. Querétaro, Qro.
- Baizán, M. (2007). El paso de la muerte en la pareja: de la fidelidad a la infidelidad. En: L. Eguiluz (comp). *Entendiendo a la pareja*. México: Pax.
- Barker, P. y Herlache, M. (1997). Expanding the view of treatment with an MPD client and her family. *Journal of Systemic Therapies*, 16 (1), pp. 47-59.
- Bateson, G. (1977). *Doble vínculo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L (comp). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.

- Berg, I. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. Nueva York: Norton.
- Berg, I., Miller, S. (1992). *Working with the problema drinker: A solution-focused approach*. Nueva York: Norton.
- Berman, E., y Lief, H. (1975). Mental Therapy from a Psychiatric Perspective: An Overview. *The American Journal of Psychiatric*, 132, 2, 583-592.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Biro, C. (1979). La universidad popular efímera. *Didac. Serie Negra*, 4, 29-40
- Bonjean, M. (1989). Solution-focused psychoterapy with families caring for an Alzzheimer patient. En G. Houghston, V. Christopherson y M. Bonjean, eds. *Aging and family therapy: Practitioners perspectives on Golden Pond*. Nueva York: Haworth Press.
- Bowen, M. (1978). La terapia familiar en la práctica clínica. Bilbao: Desclée de Browuer.
- Breidablik, H. y Meland, E. (1999). *Experience of family break-up during childhood-health and health behavior in adolescence*. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 119, 2331-2335.
- Campbel, J. y Mandel, F. (1990). Connecting Math Avhievement to Parental influences. *Contemporary Educational Psychology*, 15, 64-74.
- Cathalifaud, M. (1998). Recursos para la investigación Sistémico/Constructivista. La Observación de Segundo Orden, Cinta de Moebio, 3. Recuperado el día 1 de septiembre de 2008, de <http://77rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames50.html>
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 5 (1).
- Cervini, R. (1997). Participación familiar y logro académico del alumno. *Revista Colombiana de educación*, 2, 43-58. Recuperado el día 25 de noviembre de 2006, de http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/43_07inve.pdf
- Chamblás, I., Mathiesen, M. E., Mora, O., Navarro, G., Castro, M. (2000). Funcionamiento familiar. Una mirada desde los hijos/ estudiantes de enseñanza media de la provincia de concepción. Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción.
- De la Fuente Ramírez (2007). La desigualdad constituye el más grave problema social del país. En entrevista realizada por León Zaragoza el 23 de Mayo de 2007. Recuperado el 5 de junio de 2008, de: <http://www.problemas sociales en méxico> La desigualdad constituye el más grave problema social del país De la Fuente, La Jornada.mht
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L. Eguiluz (comp). *Terapia Familia. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Jackson, W. M. (1975). Diccionario Hispánico Universal. Enciclopedia Ilustrada en lengua México: Autor.

- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. Nueva York: Norton.
- Durrant, M. (1995). *Creative strategies for school problems: Solutions for psychologists and teachers*. Nueva York: Norton.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala - Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- English, O. (1971). The positive values of the affair. En: H. Otto (ed.). *The new sexuality*. Palo Alto CA: Science & Behaviors Books.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: L. Eguiluz (comp). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax
- Espinosa, M. y González, M. (1998). Terapia Familiar Sistémica: Definición y Alcances en salud mental. En M. Mureta y Cols. *Psicología de la familia*. México: UNAMI-AMAPSI.
- Everett, C. y Volgy, S. (1991). Treating Divorce in Family-Therapy Practice. En: A. Gurman y D. Kniskern. *Handbook of Family Therapy*, 2.
- Fish, R., Weakland, J., Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Foerster, H Von (1984). Construyendo una realidad. En: P. Watzlawick (ed). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Foley, V. (1974). An introduction to family therapy. En: I. Ochoa de Alda, (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Foucault, M. (1966). *Les most et les choses. Une archeologie des sciences humaines*. París: Gallimard.
- Foucault, M. (1990). *Vigilar y castigar*. Madrid: Editorial Siglo XXI
- Franca-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética*. España: Editorial Desclée de Brouwer
- Galicia, I. (2004). Terapia estratégica. En: L. Eguiluz (comp). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Galván, E. (2008, 19 de mayo). Dinero. Sombría cuenta: 48 periodistas asesinados. ¿Son los medios cómplices del narco? Oligopolio triguero. *La Jornada*, p.6.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Gómez, J. (2003). El adolescente en la familia y la escuela. En L. Eguiluz (comp): *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Gómez, I., Castro, J., Ruz, F. (2002). Discordia entre esposos y alteraciones psicopatológicas en sus hijos. *Apuntes de Psicología*, 20, 2, pp. 295-306.
- González S. y Espinoza, M. (2004). Parejas jóvenes y divorcio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (1). Recuperado el día 3 de Agosto de 2008, de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
- Glaserfeld, E. (1989). El constructivismo radical. Dos perspectivas. *Psicoterapia y Familia*, 2 (2), 36-40
- Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Packman (comp). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Gurman, A. (1981). *Handbook of family therapy*. En: I. Ochoa de Alda (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. En A. Martínez (Ed.). *Análisis de Datos*. México, Distrito Federal: Mc Graw Hill.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). Portal de internet del INEGI. Información estadística. Recuperado el 1 de mayo de 2008, de: <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). Portal de internet del INEGI. Información sobre matrimonios y divorcios, México en corto; Estadísticas Vitales. Recuperado el 1 de junio de 2008, de: <http://www.inegi.gob.mx>
- Isaacs, M., Montalvo, B., Abelsohn, D. (1995). *Divorcio difícil. Terapia para los hijos y la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaslow, F. (1981). Divorce and divorce therapy. En J. Navarro, J., Pereira (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Legislación Civil, Código Civil del Estado de México. Recuperado el día 5 de Agosto de 2008, de: <http://www.testamentos.gob.mx/documentos/civil/9codciv.pdf>
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lipchik, E. y Kubicki, A. (1996). Solution-focused domestic violence views: Bridges toward anew reality in couples therapy. En S. Miller, M. Hubble y B. Duncan, eds. *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass
- Jadue, G. (1997). Factores ambientales que afectan el rendimiento escolar de los niños provenientes de familias de bajo nivel socioeconómico y cultural. *Estudios Pedagógicos*, 23, 58-75, Valdivia.
- Macías, R. (1988). Notas para la historia de la terapia familiar en México. *Psicoterapia y familia*, 1, (1) 18-24.
- Madanes, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marquez, D. (2008, 19 de mayo). Reporte económico. América latina y México. Revisión de perspectivas económicas. *La Jornada*, p.30
- Martínez-Otero, V. (1997). Claves del rendimiento escolar. Comunidad Escolar. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el día 3 de abril de 2007, de http://comunidad_escolar.pntic.mec.es/700/tribuna.html
- Maturana, H. y Varela, F. (1997). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En: M. Packman (comp). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa
- Mc Name, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE.
- Minuchin, S. (1984). *Caleidoscopio familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*, Cambridge: Harvard University Press
- Minuchin, S. y Fishman, (1993). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Morgado, B. y González, M. (2001). Divorcio y ajuste psicológico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. *Apuntes de Psicología*, 9, 3, pp.387-402
- Navarro, J., Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Octavio Paz (1958). *Letras mexicanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Pakman, M. (1991). *Semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Larousse S. A. de C. V. (1984). *Pequeño Larousse Ilustrado*. México: Autor.

- Pérez, M. (2008, 19 de mayo). Plan de emergencia ante la carestía y la escasez de comestibles, exigen campesinos. *La Jornada*, p.24.
- Pittman, F. (1987). *Turning points. Treating the family in transitions and crisis*. Nueva York: Norton Press
- Pitman, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Polaino-Lorente y Dómenech (1988). La depresión en los niños españoles de 4º E.G.B. En I. Gómez, J. Castro y F. Ruz. *Apuntes en psicología*, 20, 2.
- Ripoll-Miller, A. (2000). Mediación familiar. En: J. Navarro y J. Pereira (comp.). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Robles, F. (2005). Reporte de experiencia profesional. Maestría en Psicología. México: UNAM.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19, (1).
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Shaffer, J. y Lindstrom, C. (1989). *How to raise an adopted child*. Nueva York: Crown.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología (1984). *Código ético del psicólogo: Normas de conducta, resultados de trabajo, relaciones establecidas*. México: Trillas.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: L. Eguiluz (comp). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Tomm, K. (1997). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En: M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Torrente, G. y Ruiz, J. (2005). Procesos familiares relacionados con la conducta antisocial de adolescentes en familias intactas y desestructuradas. *Apuntes de Psicología*, 23,1, pp. 41-52.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En: C. Gomes, *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp.23-65.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Vargas, J. & Ibáñez, E. (2005). Problemas maritales. La infidelidad desde una perspectiva de vínculo. *Entrevista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 (1). Recuperado el día 3 de julio de 2008, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>

- Vargas, P. (2004), Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: L. Eguiluz (comp). Terapia familiar. Su uso hoy en día. México: Pax.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). Introducción al estudio de casos: Los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: Ediciones Aljibe.
- Wallerstein, J., Vorbin, S., Lewis, J. (1988). Los hijos del divorcio: un estudio de 10 años. En: F. Marmolejo y A. Jiménez, *Apuntes en psicología*, 23, 2.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J y Fish, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1997). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetic: Or contrl and comunication in the animal and the machine*. Nueva York: The technology Press.