



01962
2 ej 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
AREA CLINICA

**APORTACION PARA LA EVALUACION Y EL
PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE
GRUPO EN LA TERAPIA FAMILIAR
CONJUNTA Y/O PAREJA**

**EVALUACION PSICODIAGNOSTICA DE DIEZ CASOS CLINICOS,
FAMILIAS Y PAREJAS EN PSICOTERAPIA CONJUNTA**

**TESIS DE GRADO
DE MAESTRIA**

JOSE BALLESTEROS MONROY

México, D. F.



1980



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 está 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.

I N D I C E.

INTRODUCCION	pag. 1
I. - REVISION DEL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y DE PAREJAS.	pag. 5
II. - LA FAMILIA COMO UNIDAD DE TRATAMIENTO: FUNDAMENTOS Y TECNICAS	pag. 17
III. - EL CONTEXTO MARITAL COMO EJE PRIMORDIAL DE LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y SU TRATAMIENTO ESPE CIFICICO DE PAREJA.	pag. 45
IV. - APORTACION PARA LA EVALUACION Y EL PSICODIAGNOS TICO INTERACCIONAL DE GRUPO EN LA TERAPIA FAMI LIAR Y/O DE PAREJA.	pag. 67
V. - BREVE CASUISTICA Y APLICACION PRACTICA DEL ESQUE MA DE EVALUACION PSICODIAGNOSTICA EN 10 FAMILIAS Y/O PAREJAS EN PSICOTERAPIA.	pag. 101
CONCLUSIONES.	pag. 193
BIBLIOGRAFIA SUMARIA.	pag. 205

INTRODUCCION

51

Son múltiples las disciplinas que se han lanzado sobre el estudio de la familia con una orientación particular de su profesión: antropología, psicología, sociología, y psicoterapia entre otras, y en ellas se han tratado campos de problemas que tocan muchos niveles esenciales como: la familia como institución social y su relación con otras instituciones, teoría de la familia y marcos conceptuales, el proceso de socialización y la formación de la personalidad, los psicodinamismos de la vida familiar, la selección de cónyuge, los roles familiares, etc.

Por otro lado los métodos de estudio y aproximación utilizados han variado considerablemente, su grado de complejidad y sutileza, su rigor metodológico: unos han utilizado datos estadísticos del censo en gran escala, otros más se han basado en observaciones clínicas o socio-culturales, algunos han establecido hipótesis formales y han hecho uso de grupos control que permitan experimentar algunas variables, etc.

La investigación científica exige que sistematicemos nuestro conocimiento y nos ajustemos a un conjunto de reglas fundamentales en la búsqueda de la "verdad" objetiva, para descubrir leyes que puedan generalizarse más allá del caso individual o particular. Pero, ¿Cuáles son los hechos científicos acerca de la experiencia humana de la vida familiar?, ¿cuáles son las dimensiones principales de la convivencia familiar?, ¿qué procesos se desarrollan en la interacción familiar? son algunos de los cuestionamientos que los estudiosos de la familia se han planteado, y que en la presente tesis con carácter más bien de ensayo pretenderé abordar teórica y empíricamente a través de una aproximación psicoterapéutica de un grupo familiar en crisis y su red familiar.

Casi todo lo que las ciencias del comportamiento saben acerca de las familias se deriva de cuestionarios o entrevistas individuales obtenidas de alguno o algunos de los miembros de las familias entrevistados a solas; no con la participación y presencia de todos los miembros de la familia, como se ha venido realizando recientemente en la práctica de la psicoterapia familiar. De ahí que los investigadores en este campo están comensando a revalorar la observación directa de las conductas que se dan en el seno de la vida familiar al entrevistar y explorar conjuntamente a la familia, lo que realmente hacen odejan de hacer, más que oír únicamente lo que dicen que hacen o sienten en un momento dado. Así por ejemplo, una madre que acude a consulta con su hija de cuatro años, puede comunicarnos verbalmente que quiere a su hija, en tanto que su comportamiento (comunicación-verbal) durante la entrevista puede ser de rechazo o indiferencia evidentes cuando la pequeña se le acerca para subirse a sus piernas.

Nuestro punto de partida en el presente ensayo considera a la familia como afirma Legero (3): "La familia es una unidad social en la que se da la institucionalización estabilizadora al mismo tiempo que se manifiesta como un lugar de cambio y encuentro conflictual múltiple: entre las subculturas masculina y femenina; entre las generaciones adulta y joven; entre el uso del poder y la servidumbre familiar; entre las tendencias individualistas frente a la socialización colectiva adaptante; entre la tradición frente a la revolución sexual y la moral de conciencia personalísima; entre las diversas familias como interrelación cruzada entre padre-madre-hijo-hija; entre la tendencia conyugal frente a la familia extensa; como dialéctica alternante de los ciclos por los cuales atraviesa la familia; como lucha constante entre las necesidades materiales y de subsistencia, frente a las

culturales y psicológicas; entre la tendencia al consumo, propio de la familia burguesa, frente a la búsqueda de reafirmación social y socialización colectiva".

Así mismo toma en cuenta la dinámica familiar como: "una colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad funcione bien o mal", como afirma Chagoya (1), es decir, como "una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y que les da el sentimiento de no estar aislados y de poder actuar con el apoyo de los otros miembros".

Deseo plasmar mediante esta tesis profesional que presento, para adquirir el -- grado de maestría en psicología clínica, una inquietud personal surgida conscientemente hace muchos años, en 1964, en el Distrito Sanitario XVI, en el Centro - de Salud Cárdenas de la Vega, cuando elaboré un programa de atención familiar en el que se estudiaron 90 familias, que me sirvió como tesis profesional para obtener el grado de Psicólogo. Inquietud que posteriormente se fué acrecentando al prestar mis servicios durante seis años en la casa Cuna, de la Dirección de Asistencia Materno Infantil de la S.S.A., trabajando fundamentalmente con niños expósitos, entrevistando y aplicando pruebas proyectivas a los futuros padres - adoptivos de esos niños y como miembro del Consejo Tutelar de dicha Dirección. Luego, en la consulta privada tuve oportunidad de colaborar con dos grupos pediátricos atendiendo fundamentalmente niños con problemas de conducta, lo cual me llevó a reafirmar más mi interés por el campo de la terapia familiar, al percatarme reiteradamente del manejo y utilización que los padres y la familia hacen del "paciente identificado" y de las ganancias secundarias que éste último ob-

tenía mediante su sintomatología, lo cual hacía sumamente difícil y en múltiples ocasiones imposible el tratamiento individual con el pequeño paciente, que muchas veces era sacado intempestivamente de la terapia, porque de alguna manera no se convertía en el "hijo ideal" que los padres esperaban.

Finalmente, de 3 años a la fecha en que he prestado mis servicios como asesor en el Centro Comunitario de Salud Mental del I.M.S.S., me he percatado de la creciente necesidad de proporcionar atención psicoterapéutica a nivel familiar y grupal y de prepararme más formal y profesionalmente en este campo por lo que solicité mi ingreso al curso de Psicoterapia Familiar que imparte el Instituto de la Familia, A.C. y el cual concluí el año pasado, después de dos años de estudio intenso y supervisión constantes, sin olvidar que al lado de estas motivaciones conscientes seguramente he puesto en juego otras motivaciones inconscientes más profundas, cuya génesis estaría en mi propia familia de origen y en mi familia actual que constituyen mi propia historia personal y son parte de mi propia vida.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Chagoya B. Leopoldo. "DINAMICA FAMILIAR Y PATOLOGIA", La Familia, medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Breviarios de Pediatría. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1975.
- 2) Framo L. James. "INVESTIGACION SISTEMATICA DE LA DINAMICA FAMILIAR" Terapia Familiar Intensiva Aspectos Teóricos y prácticos de Ivan Boszormeny-Nagy y James L. Framo - Editorial Trillas 1976.
- 3) Leñero Otero Luis "ESTEREOTIPOS TIPOS Y NEOTIPOS DE LA FAMILIA EN MEXICO" La Familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano Breviarios de Pediatría Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México 1975.

REVISION DEL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y DE PAREJAS.

Hasta mediados del Siglo XX la investigación familiar dependía de la opinión que los miembros de la familia aportaban acerca de sus vidas y la intervención terapéutica estaba orientada hacia los tratamientos individuales fundamentalmente.

Fue a partir de los años 50, cuando algunos terapeutas comenzaron a tratar familias completas, sin saber que otros profesionales también lo hacían. El modelo de psicoterapia tradicional partía de la idea de que una persona podía cambiar si se la sacaba de su contexto social y se la trataba individualmente en un consultorio particular o dentro de un hospital. Una vez cambiada volvería a su medio social, transformada porque se le habrían "aclarado" las causas intrapsíquicas que originaban sus problemas. De acuerdo con la teoría psicodinámica, el cambio más importante se efectuaba llevando al "paciente" a sus conflictos inconscientes mediante el "insight", eliminando así las fuerzas represivas que lo estaban incapacitando. De esta manera, el mundo real del paciente se consideraba secundario, ya que lo importante era su percepción del mismo, sus afectos, sus actitudes, los objetos que había introyectado y los conflictos programados dentro de él por su pasado.

Podría considerarse quizás, que el tratamiento familiar parece ser el resultado de haber reunido el terapeuta a todos los miembros de la familia para aclarar algo que le había dicho el paciente y lo había confundido o bien, para

recibir información de los padres y ofrecerles orientación respecto a los cambios observados en el "paciente identificado" en el desarrollo de una terapia infantil. En ambos casos aunque la entrevista a la familia era sólo con objeto de ayudar a uno de los miembros lo que el terapeuta veía que ocurría entre los padres y hermanos lo llevó a formarse una nueva visión de las causas de los problemas humanos. Otras veces el terapeuta notaba que cuando su paciente cambiaba en la terapia individual, este cambio tenía consecuencias dentro de la familia, algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse, o bien, retiraba al paciente identificado del tratamiento.

Así ocurrió por razones de diversa índole el cambio de orientación en la psicoterapia de lo individual e intrapsíquico, a lo familiar e interaccional reemplazando la orientación psicológica clínica tradicional por otra psicológica social, con este cambio se hizo más patente que nunca, que ni la psicoterapia tradicional individual ni la psicoterapia de grupo con grupos artificiales eran provechosas para las metas y técnicas de la psicoterapia familiar. La meta del tratamiento familiar no fué cambiar unas percepciones individuales, su afecto o su conducta entre sus miembros. Es decir el problema es la familia que es el medio en el que vive la persona, y no sacarla de este medio para intentar -- cambiarla a ella.

Al pensar en nuevos enfoques sobre el problema "la familia", los terapeutas familiares tuvieron que revisar sus conceptos sobre la importancia del mundo real, y del grupo familiar como tal; ya que por un lado se pensaba que el problema de una persona estaba en su introyección materna al analizar su pasado, que es diferente de pensar que el problema actual es con la esposa, al analizar

su conducta actual en el aquí y ahora y por otro, con la familia no estamos creando un grupo, sino que éste comenzó como tal como un proceso natural - muchos años antes de la terapia, persiste a lo largo de ésta y lo más importante de todo actuará en el futuro como un grupo. Por lo tanto, no es sólo un instrumento de la terapia, sino un fin en sí mismo y lo que nos concierne es promover su bienestar.

Era difícil conceptualizar una estructura teórica de trabajo para este nuevo enfoque. Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, se estaba gestando una nueva teoría donde encajar las prácticas y técnicas operativas empleadas en el trabajo terapéutico con familias. La terapia de grupo basada en grupos artificiales que se constituyen con individuos que lo componen temporalmente para alcanzar ciertos objetivos terapéuticos personales en un ambiente de grupo, que intenta reproducir transferencialmente algunas de las pautas familiares, no parecía tener aplicación práctica, ya que no implica la conducta habitual de intimidad que se da en la vida familiar o de pareja en el aquí y en el ahora, con una historia y un futuro conjuntos, que determinan mecanismos reguladores propios del sistema familiar, que a su vez controla los mecanismos de sus miembros y gobierna sus motivaciones individuales.

Sin que se pretenda negar el gran valor y las aportaciones de la psicoterapia de grupo, tenemos que señalar que un grupo de extraños no son un padre, una madre, un cónyuge, un hermano o una hermana y se presentan diferentes reglas, sentimientos y patrones de conducta, cuando uno está con los miembros

de su propia familia, cada miembro de la familia ejerce una influencia callada y poderosa sobre los demás a causa de la profunda inversión emocional que cada uno ha hecho en los demás. La lógica del punto de vista familiar, como afirma Haley (3), deriva de la idea de que una persona responde a su situación social.

A partir de 1960 la terapia y la investigación familiar y de pareja dejaron el estado pionero y se consolidaron en cuerpo de teoría y técnica, comensando a introducirse seriamente en el campo de la clínica general. Los terapeutas familiares parten de un método de exploración y aproximación que contempla factores intrapsíquicos lo mismo que factores relacionales o interaccionales que se observan en vivo en el aquí y en el ahora de la vida familiar, pero que tienen una historia previa, cuyos antecedentes se pierden en las respectivas familias de origen de cada uno de los cónyuges, y también un desenlace cuyos resultados podrán apreciarse en el futuro de los vástagos.

En términos históricos, fué el psicoanálisis el que subrayó el papel del conflicto familiar en la enfermedad mental, como menciona atinadamente Ackerman (1) El tratamiento psicoanalítico concentra su atención en las manifestaciones integrales del trastorno de la personalidad. El tratamiento familiar se concentra en los trastornos de conducta de un sistema de personalidades en interacción, el grupo familiar. Pero en ningún sentido hay que considerarlos como competidores o mutuamente excluyentes, pueden ser complementarios. En algunos casos la psicoterapia familiar o de pareja puede ser el único método de intervención, o bien el más indicado. En otros casos, puede constituir una preparación emocional necesaria para la psicoterapia individual, o tal vez se empleen paralelamente ambos tipos de terapia.

La base del tratamiento familiar es la entrevista terapéutica exploratoria con una unidad viva, el grupo familiar funcional: todos aquellos que viven juntos como una familia bajo un mismo techo, más todos los demás parientes que desempeñan un papel importante en la familia. El grupo familiar es la unidad de enfermedad y salud y la unidad para la influencia terapéutica; no el paciente aislado, es decir el padre, la madre, los hijos y a veces también los abuelos. En la terapia familiar se examina el funcionamiento de las adaptaciones recíprocas, de los papeles familiares y la organización psicosocial de la familia como un todo, tanto en el aquí y ahora como a lo largo de tres generaciones, trabajando algunas veces con todo el sistema familiar y otras con alguno de los subsistemas la pareja matrimonial, los hermanos o alguno de los padres con alguno o algunos de los hijos.

Inicialmente la familia se presenta en un estado de angustia, confusa y presa de la aflicción. Sus miembros saben que algo anda muy mal, pero no saben qué es, ni qué pueden hacer al respecto. El terapeuta se introduce de inmediato en el espacio vital de los conflictos actuales de la familia y toma parte en ellos, es un observador participante, un asistente, una fuente de estímulos y un reintegrador de los procesos familiares.

Al comienzo el terapeuta observa el orden de ingreso al lugar de la reunión y la manera en que los miembros de la familia disponen de los asientos espontáneamente. ¿Quién se sienta cerca de quién? ¿Quién se sienta lejos de quién? ¿Se miran entre sí? ¿Ven escuchan y hablan? ¿Cuál es la emoción o el estado de ánimo dominante: temor, odio, indiferencia, apatía o resignación? El terapeuta observa las reacciones. Se lanzan unos contra otros o se evitan, se mueven

tran despegados? ¿Quién quiere qué de quién y cómo? ¿Se manifiestan sus anhelos de manera insaciable o violenta? ¿O bien se los expresan con excesivo control, se los niegan o se los disimulan? ¿O bien los miembros ya no se piden nada ni esperan satisfacción alguna de los demás?

En cada sesión el terapeuta permanece alerta como observador participante - cuestionándose el comportamiento recíproco y todos los aspectos comunicacionales que se dan en el grupo familiar: expresión del rostro, postura, gestos, movimientos y estado de ánimo ya que las palabras pueden ser utilizadas para revelar una emoción o para ocultarla. El terapeuta neutraliza la tendencia común a despojar a las palabras de emoción y desalienta la expresión de trivialidades para lograr acceso a los aspectos emotivos y corporales más significativos de la comunicación, trata de que la entrevista sea una experiencia capaz de conmoverlos, trata de conmover y ser conmovido para que todos sientan tocada su sensibilidad.

El terapeuta percibe corrientes de desconfianza, de hostilidad, actitudes defensivas y tendencias afines a la separación afectiva. Observa la configuración de las escisiones afectivas dentro de la familia, las facciones en lucha y las alianzas protectoras. ¿Quién está en contra de quién? ¿Quién está aliado a quién? Provoca una admisión explícita de las ofensas y las barreras. Alienta una creciente conciencia de los temores, los apartamientos y la consiguiente fragmentación de las pautas de la relación. Presta especial atención al uso de algunos miembros de la familia como víctimas propiciatorias por otros. Evalúa la relación y la selección inconciente de un miembro de la familia como víctima, o bien observa la manera en que se elige inconcientemente a un miembro para que desempeñe el papel mitigador del conflicto familiar, reduciendo así los efectos

destructores que tiene la búsqueda de "chivos emisarios".

La oscilación dialéctica entre amor y odio está determinada inicial y básicamente por la actitud de la pareja, aunque estas actitudes están influenciadas a su vez, en forma muy importante, por la conducta de los hijos. Esta actitud de los padres depende de su estructura caracterológica, que es el resultado de su propio condicionamiento familiar temprano, de este modo transfieren sus experiencias a la situación actual, repiten patrones de conducta que sus padres tenían o si vivieron frustrados e insatisfechos en su propia infancia, puede ser que tomen actitudes exactamente opuestas a las que de pequeños observaron en sus padres. La forma en que los cónyuges muestran sus emociones entre ellos y hacia los hijos determina el clima emocional de la familia, le da un significado positivo o negativo. La presencia de conflicto puede provocar una situación de tensión y un ambiente hostil que, de no resolverse, amenazará la integración de la unidad familiar. Si los padres se aman y pueden expresarse afecto, el hijo no tendrá conflicto para expresar que quiere a ambos, sin embargo cuando existe hostilidad entre los padres, el hijo se ve compelido a establecer alianzas por el temor de perder el afecto o la aceptación del padre del lado opuesto, lo que provoca inhibición emocional, tensión y angustia. Dentro de esta dualidad de sentimientos la familia evoluciona: no persiste estática y monótona, ya que el cambio aunque sea sutil, es constante en la familia. Es imposible considerar el desarrollo del niño separado de la familia, ya que en todas y cada una de sus fases de crecimiento, su adaptación al medio familiar es un proceso biopsicosocial dinámico, en interjuego circular permanente. La satisfacción o insatisfacción que el hijo dé a los padres, en la medida que éstos sean capaces de reali-

zarse con él, incrementan la corriente afectiva, positiva o negativa hacia el hijo, éste a su vez, responde con una condición de progreso y desarrollo, o con una posición de rebeldía, inhibición o regresión. Las respuestas de padres e hijos son interpenetrantes e interdependientes y se influyen recíprocamente y constantemente.

Como afirman Macías y Chagoya (4): "La relación marital es el eje alrededor del cual se forman el resto de las relaciones familiares; así entendemos básicamente que una relación conyugal satisfactoria determina una familia más sana y una relación marital conflictiva afecta y altera la interacción paterna y materna y por ende las funciones de la familia".

La psicoterapia familiar y de pareja, es un campo que se inicia en México a partir de la década de los 70, con el Instituto de la Familia, A. C. cuyos miembros fundadores y maestros del curso de especialización en psicoterapia familiar de la Universidad Ibero-Americana, son los Dres. Raymundo Macías y Leopoldo Chagoya, quienes han formado ya cinco generaciones de psicoterapeutas familiares, contando para ello inicialmente con la colaboración de los Dres. Lauro Estrada y Mariano Barragán, y actualmente con la colaboración del Dr. Ignacio Maldonado, todos ellos psicoterapeutas familiares formados en Canadá, los E.E.U.U. y Argentina, además de los egresados del propio Instituto como los Dres. Victoria Castañón, Sara Meckler, Bertha Kolteniuk, y Flavio Sifuentes, quienes actualmente están impulsando este nuevo campo de la psicoterapia en México.

Sintetizando el tratamiento del grupo familiar y/o de pareja se inicia mediante una evaluación diagnóstica y pronóstica, así como la aplicación de una terapéutica que conduce a una profilaxis mucho más operativa que la que resulta de cen-

trar el problema en el "paciente" con exclusión de su medio familiar.

En relación a estos cuatro momentos de la operación terapéutica: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis, Pichon Riviere (5) menciona los siguientes postulados básicos.

1) En cuanto al Diagnóstico:

- 1.1. El "paciente identificado" en el grupo familiar es el emergente que adquiere la calidad de portavoz de la "enfermedad familiar".
- 1.2. La enfermedad del paciente constituye un "rol" dentro del sistema familiar.
- 1.3. El "paciente identificado" es el depositario de las ansiedades y tensiones del grupo familiar.
- 1.4. En este sistema es necesario considerar a) los depositantes, b) lo depositado y c) el depositario.
- 1.5. Contrariamente a lo que podría pensarse: "el paciente identificado" es el miembro dinámicamente más fuerte (no el más débil) ya que su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad familiar.
- 1.6. En el contexto familiar la dinámica es que el paciente enferma como una forma de "preservar" el resto de la familia del caos y la destrucción y pide ayuda (directa o indirectamente en un intento de resolver su curación).
- 1.7. En la medida en que es asumido el rol por el paciente, la familia logra mantener un cierto equilibrio y una cierta economía sociodinámica.
- 1.8. Aparecen, con respecto al paciente, mecanismos de segregación del seno familiar como un deseo de eliminar la enfermedad grupal.

2) En Cuanto al Pronóstico:

- 2.1. La estructura psicodinámica y psicosocial de la familia.
- 2.2. La estructura personal (dinámica y funcional) del paciente identificado
- 2.3. La imagen interna que el grupo tiene del paciente.
- 2.4. El grado de intensidad con que estos aspectos se dinamisan en el paciente y en el grupo.
- 2.5. El monto de los mecanismos de segregación

3. En cuanto al Tratamiento:

- 3.1. Romper con la delegación del rol por el grupo y la asunción del mismo por el paciente identificado.
- 3.2. Romper los demás estereotipos y disminuir los mecanismos de segregación.

4. En cuanto a la Profilaxis.

- 4.1. Prevenir la recurrencia de un nuevo episodio en el paciente
- 4.2. Prevenir que otro miembro pueda enfermar al mejorar el paciente identificado.
- 4.3. Profilaxis del grupo familiar en su totalidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Ackerman W. Nathan "PSICOTERAPIA FAMILIAR Y PSICOANALISIS: - IMPLICACIONES DE UNA DIFERENCIA". Original de Family Process Traducido y publicado en Familia y Conflicto Mental. Compilación del mismo autor. Ediciones Hormé. Buenos Aires, 1976.
- 2) Elderkin Bell John "UNA POSICION TEORICA PARA LA TERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR". Original del Family Process. Traducido y publicado en Grupoterapia de la Familia. Compilado por Nathan W. Ackerman, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1976.
- 3) Haley Jay "REVISION DEL CAMPO DE LA TERAPIA FAMILIAR" Publicado en Tratamiento de la familia. Ediciones - Toray, Barcelona, 1976.
- 4) Macías Raymundo y Chagoya Leopoldo "FORMAS DE AGRESION AL NIÑO EN LA FAMILIA" Publicado en la Revista APAL. Organó Oficial de la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana. Vol. III - No. 1, 1973-1974.
- 5) Maldonado Ignacio y Chagoya Leopoldo "A SHORT HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF THE FAMILY THERAPY IN MEXICO", ponencia - presentada en la reunión anual de la Revista Family Process, celebrada en Cancún, Q. Roo. Enero de- 1978.
- 6) Pichón-Rivière Enrique "TRATAMIENTO DE GRUPOS FAMILIARES: PSI-COTERAPIA COLECTIVA". Publicado en Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social, - Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires 2a. Edición 1977.

CAPITULO II

LA FAMILIA COMO UNIDAD DE TRATAMIENTO: FUNDAMENTOS Y TÉCNICAS.

Tratar a la familia como unidad significa tener a todos los miembros de la misma - presentes al mismo tiempo y en el mismo lugar, con uno o dos coterapeutas. La - aceptación de la familia como unidad de tratamiento en psicoterapia es consecuencia inevitable de la experiencia e investigación sobre este tema.

En la terapia familiar transferimos el foco, antes concentrado en lo que ocurre dentro del paciente individual y en la relación paciente-terapeuta, al contexto de unidad natural viviente. Este cambio de foco no significa que disminuye el interés en cada uno de los miembros del grupo, sino que proporciona al terapeuta un enfoque dinámico diferente de la entidad "persona-individual" a la entidad "grupo familiar".

Como afirma Mitchel (12): "Esta forma de evaluación e intervención terapéutica presenta un desafío que consiste en convertir los acontecimientos casuales en apariencia, algunas veces caóticos y habitualmente repetitivos que suceden en las sesiones de terapia, en experiencias significativas dinámicamente conectadas. La atención se dirige no sólo a la conducta sino a los sentimientos, gestos, posturas, actitudes varias, pensamientos simbólicos, sueños y aspiraciones. La terapia familiar incita a expresar motivaciones en toda su variedad de expresión, emociones hasta entonces amorfas o conflictos hasta ese momento negados y la estructura familiar de grupo conlleva necesariamente a que los miembros de la familia y el terapeuta, como un miembro más, escuchen, respondan y trabajen sobre ellos de manera multilateral.

Las sesiones familiares ofrecen nuevas oportunidades a muchas familias para aprender a expresar y a compartir de maneras más claras y directas lo que sucede entre-

sus miembros y dentro de cada uno de ellos.

Los modos nuevos y más satisfactorios de comunicarse como grupo dan lugar a experiencias correctivas. En gran parte es una oportunidad de adquirir percepciones nuevas de sí mismo y de los demás, de darse cuenta de los efectos que uno produce en los demás, no sólo de lo que le hacen a uno; de descubrir otros modos de resolver problemas y, mejor aún, de evitarlos y de desarrollar expectativas más apropiadas de sí mismo y de los demás. Las secuencias de reacción en cadena-sorprendentes e inesperadas-que se van modelando dentro de la vida familiar, mediante la terapia se controlan cada vez mejor.

El terapeuta generalmente encuentra en la familia un grupo de personas vacilantes, ansiosas, varias de las cuales sentirán que están allí contra su voluntad, presas quizá de sentimientos de vergüenza, culpa y depresión que temen revelar, porque fueron incapaces de manejar por sí solos sus relaciones familiares en forma adecuada e independiente. La posibilidad de cambio comienza en el instante en que quienes ejercen la autoridad y el control en la familia deciden, si bien en forma ambivalente, admitir dentro de su mundo familiar privado a un nuevo personaje con autoridad, el terapeuta que representa tanto amenaza como esperanza, todo mezclado con elementos de poderes mágicos y socialmente sancionados.

A partir del momento del saludo inicial a la familia, el terapeuta tiene que hacer contacto con cada uno de los miembros, y al mismo tiempo responder a las corrientes emocionales del grupo, sean verbalizadas o sugeridas en las expresiones faciales, tonos de voz u otros indicios de interacción dentro del grupo. Desde el comienzo, a través de lo que el grupo aporta o de lo que el terapeuta se da cuenta en sus propias respuestas, debe encontrar las formas de comprometer al grupo de manera que todos

sean partícipes y observadores. El terapeuta mismo está sometido al escrutinio del grupo a requerimientos de atención recíprocamente opuestos, y a la necesidad de escuchar, observar, participar de manera selectiva, distribuir su atención y comenzar a identificarse con más de una sola persona por vez. Gran parte de lo que se comunica entre la familia y el terapeuta o coterapeutas se expresa como se ha apuntado anteriormente mediante el tono de la voz, los gestos, las expresiones, las impresiones sensoriales, los sentimientos y multitud de otros estados casi incommunicables verbalmente, que constituyen el "proceso" de la terapia familiar. Sólo una pequeña parte del trato terapéutico, que se identifica como el "contenido", tiene lugar mediante palabras.

Es preciso reconocer que la psicoterapia familiar y conyugal poseen un conjunto de fundamentos y de técnicas específicas. Los fundamentos están dados por el conjunto de razones en que se basa la terapia, y las técnicas son los diseños o artificios que se ponen en práctica para lograr modificar el sistema familiar y poder restablecer un mejor equilibrio que satisfaga al grupo familiar.

Framo (6) señala diez fundamentos de la terapia familiar, a saber:

- 1) La esencia de un trastorno psiquiátrico o psicológico puede ser una manifestación familiar y el "paciente designado" es tan solo el síntoma más obvio, a través del cual el sistema familiar manifiesta su patología. Así por ejemplo, cuando uno ve por primera vez la familia de un esquizofrénico, es difícil concebir la esquizofrenia como un trastorno familiar, pues el paciente parece ser muy diferente de los demás miembros. Sin embargo, a menudo se confirma dramáticamente la interconexión de los problemas de la familia, al observar una sesión familiar después de un período de tratamiento e intentar señalar al miembro enfermo.

- 2) El sistema familiar posee mecanismos reguladores propios, que controlan los mecanismos colectivos de sus miembros individuales. Hay algo más que la dinámica inconsciente de cada persona; cada miembro de la familia utiliza a los demás para compensar su propia patología, los complejos procesos del sistema que está en marcha gobiernan las motivaciones individuales.
- 3) Cada miembro de la familia tiene que "encajar" en las reglas del juego familiar (Haley, 1959). El apartarse de este "acomodamiento" por algunos de los miembros, da lugar a una serie graduada de admoniciones, la más extrema de las cuales es la amenaza de abandono.
- 4) En las familias menos diferenciadas, es más probable que los padres no puedan ver a sus hijos o cada uno de los cónyuges al otro como lo que realmente son, sino, por el contrario, como pantallas en las cuales pueden proyectarse, o bien como máscaras a través de las cuales pueden tratar de aliviar anhelos y heridas del pasado, aún dolorosas, que nacen de sus experiencias originales con sus propias familias.
- 5) El "paciente identificado" acepta a medias su papel de "chivo expiatorio" y sacrifica su autonomía, a fin de llenar lagunas y vacíos en las vidas de sus padres o en la relación conyugal de éstos, para ajustarse a alguna noción preconcebida por los padres acerca de lo que él debería ser, o para preservar la estabilidad de sus progenitores. No puede evadir ninguno de los papeles asignados, ya sean de esposo, esposa, padre, madre, sustituto sexual, u objeto de ambición o de venganza, etc. Además, el paciente es atraído hacia los padres cuando éstos lo necesitan, o apartado e ignorado cuando sus propias necesidades pasan a primer plano. El franco rechazo nunca se expresa y si se expresase podría manejarse -

mejor que el continuo provocar al paciente con un amor prometido, que nunca se entrega del todo o se sostiene.

- 6) La perpetuación y lo "pegajoso" de las necesidades preverbales placentero-dolgorosas, constituye la resistencia principal al cambio en la familia, así, la madre que alimenta a su hijo cuando ella siente hambre puede convertir al niño en adicto a reaccionar a las necesidades inexpressadas verbalmente de la madre, y este fenómeno puede extenderse hasta convertirse en una omnipotencia y una magia que abarquen a toda la familia y pueden ser sumamente difíciles de deshacer. ¿Por qué habrían de cambiarse estas profundas satisfacciones por la realidad?
- 7) Donde quiera que hay hijos trastornados existe un matrimonio trastornado, aunque no todos éstos dan lugar a hijos trastornados. En algunas familias los padres han renunciado el uno al otro desde hace tiempo, y viven juntos con escaso o ningún sentido de relación real, salvo para cumplir la función de objetos para la hostilidad proyectada o como representativos de introyecciones. A fin de evitar el conflicto intimidad-despego, se pueden hacer diversos arreglos para mantener el divorcio emocional: absorción al ver la televisión cuando se encuentran juntos; aceptación de empleos por parte del esposo, que lo mantengan alejado del hogar; excesiva participación de la esposa o del esposo en clubes u organizaciones, intensificación de la relación de los padres con miembros de las familias de origen, etc.
- 8) La enfermedad mental puede servir también como medio para obtener ganancias secundarias para el paciente designado, primordialmente como estratagema para alcanzar alguna ventaja intrafamiliar. A menudo un acto de delincuencia juve-

nil puede interpretarse como la única manera "segura" de atraer la atención sobre la situación familiar intolerable.

9) El obstáculo más poderoso del éxito del tratamiento está constituido por los vínculos libidinales del individuo con sus introyecciones paternas, independientemente de lo que hayan sido los progenitores en la vida real; es necesario que cada persona lleve a cabo su lucha con los objetos internos incorporados, que están siendo objeto de acting outs con los otros miembros de la familia. El inconsciente aferrarse al perturbador mundo interno de objetos, está asociado con los intentos interminables de trocar a los otros en padres que lo quieran a uno incondicionalmente.

10) Tratar el sistema familiar de manera significativa resulta siempre mucho más amenazador para la familia, que tratar las defensas y conflictos de un sólo individuo. La incomunicación de los adolescentes sometidos a terapia individual, constituye a menudo un mudo testimonio de su reconocimiento interior de que no está siendo tratada la persona que debería serlo. El trabajo terapéutico con un niño frecuentemente es socavado en el hogar, y el trabajo con un paciente adulto a menudo es saboteado por una esposa, un padre, o un hermano, y es frecuente que el paciente y el otro miembro conspiran para mantener su "juego fantástico", bilateral y patológico.

Son múltiples las técnicas que intervienen en la terapia familiar conjunta y para los propósitos de esta tesis describí sólo algunas de ellas por ser las más utilizadas o comunes dentro del proceso terapéutico con familias o parejas, y para ello necesitamos abordar las diferentes fases de la terapia familiar.

FASES INICIALES:

Al igual que en cualquier terapia es necesario ser selectivo, tomando en cuenta, entre otras cosas, la actual gama de defensas individuales y del sistema, y la posibilidad de que la familia esté prestando atención a la intervención terapéutica y haciendo uso de la misma. Los terapeutas familiares, consideran toda la unidad familiar como si fuese un paciente y suelen estructurar la situación de tratamiento de manera que constituya una oportunidad para que los miembros de la familia exploren con los demás sus problemas.

Para la mayoría de los terapeutas, tratar a una familia junta no es sólo una perspectiva caótica e irrealizable, sino consideran también que hará fracasar todos los intentos de trabajar con las defensas y explorar motivaciones subyacentes. Parecería imposible seguir la pista de todos los factores que intervienen. Naturalmente muchas cosas se perderán, pero si son importantes reaparecerán de alguna forma.

¿Cómo puede uno tratar con cinco personas que se arrebatan la palabra y hablan a la vez?; ¿se puede creer en obtener algo que no sean superficialidades, como material para trabajar?; ¿se abrirán realmente en la situación terapéutica? Cuando las personas que componen una familia mantienen relaciones estrechas y quedan sujetas a la observación terapéutica, aparece siempre el interesante fenómeno de la "protección" que parece estar relacionado con la guarda y preservación de los intereses creados y las necesidades vitales que se satisfacen en la relación. La protección - puede aparecer de diversas maneras, las más de las veces en forma de bloqueo de la exploración terapéutica de un miembro por parte de otro, interrupciones, terminación de las frases del otro, tácticas para distraer etc.

Algunas familias presentan su patología de manera sorprendente desde el primer contacto. Revelan con exceso su dinámica. En otras familias es mucho más difícil advertir al principio la patología, todo mundo salvo el "paciente identificado", puede parecer razonable, convencional y bien equilibrado. Los padres parecen tener un notable insight sobre la enfermedad del hijo, y ser capaces de aceptar la parte de responsabilidad y contribución a la enfermedad que les corresponde. El matrimonio parece ser sano y aun cuando los terapeutas escuchan con gran atención, no pueden descubrir nada burdamente excepcional en la descripción que hace la familia de sus modos pasados o actuales de relacionarse. Todo el mundo parece decir lo indicado y suena como si hubieran aprendido de nuevo la lección. Se puede tardar mucho en apreciar las vetas extremadamente sutiles de patología entretejidas en el sistema: el "dulce" sacrificio de la madre, la supresión de la autonomía en el hijo, la competencia del padre, o una oculta alianza entre dos miembros de la familia, pueden ocultarse tras múltiples capas o ponerse de manifiesto tan solo delicadamente. Se necesita el proverbial "sexto sentido" para descubrir las fuentes patológicas específicas; sabe uno que está cerca de éstas, cuando la familia trata de eludir el tema o siente ansiedad al abordarlo. Tanto el sistema familiar abierto y cerrado como el expresivo y represivo, presentan sus propias clases de resistencia a la exploración.

Cuando se les dice a los padres que trabajamos con toda la familia, inicialmente aceptan la idea con ecuanimidad diciendo: "Sí, doctor, comprendemos. Deseamos hacerle saber que haremos todo lo que esté de nuestra parte para cooperar y conseguir el alivio de nuestro hijo o hija. Ningún sacrificio es demasiado grande". Comúnmente las familias no saben qué contestar a la pregunta general "¿cuáles son los problemas de la familia?" Tal pregunta suele dar origen a un silencio embarazoso, a crisis o a declaraciones como la siguiente: "no hay problemas en la familia salvo el de Juanito o

Marfa, refiriéndose al hijo o hija enfermos.

En vez de hacer preguntas directas, atacamos el problema indirectamente pidiendo a cada miembro, por turno, que hable acerca de sus experiencias en esta familia presente, acerca de las opiniones que tiene de cada uno de los demás miembros, que exprese sus ideas en torno a la vida de la familia, a fin de conseguir la historia de la familia, según la entiende cada uno de sus miembros. En el transcurso de las declaraciones habrá interrupciones frecuentes, cuando otros miembros se pongan a discutir algo que se ha dicho a su respecto o acerca de algún suceso o a reaccionar con asombro ante algo de lo que se haya dicho: "Juan, no imaginaba que te sintieses así durante todos estos años".

También se les pide a los padres que hablen acerca de sus familias de origen, de sus pérdidas y traumas importantes, de sus propios padres y de las relaciones que guardaban entre sí sus progenitores; así como de la historia de su actual matrimonio. Al principio, sólo se divulgan relatos expurgados de las personas y de los acontecimientos, bien protegidos y deformados; pero ésto carece de importancia en esta temprana etapa. Los hijos por lo común, se interesan muchísimo en oír historias acerca de los antecedentes y del matrimonio de los padres, y a veces se enteran de secretos por primera vez.

Al ir preparando todos estos campos, nuestra estrategia consiste no solamente en obtener esbozos de las introyecciones de los padres, a fin de comprender los problemas de la familia actual, sino también en ir descubriendo los elementos psicológicos familiares "enterrados". A medida que se van discutiendo estas diversas opiniones y puntos de vista, con frecuencia surgen nuevos problemas; los miembros de la familia interactúan y los patrones, divergencias, coaliciones, formas de influencia, com-

placidez cruzadas, técnicas persuasivas, luchas motivacionales y jerarquías, comienzan a aparecer poco a poco. Es entonces cuando se empieza a entender el significado real del procedimiento terapéutico familiar, gracias a esta exploración mutua intensiva, que por lo común provoca una notable ansiedad que puede manifestarse de diversas maneras: tal vez se hagan esfuerzos renovados y frenéticos para concentrar la atención de nuevo sobre el paciente: "bueno, doctor, mire es nuestro (a) hijo (a) el (la) enfermo (a)"; tal vez intentan apartarse del tratamiento familiar, valiéndose de toda una diversidad de razonamientos; o el "paciente identificado (a)" puede convertirse en vocero del miedo que siente la familia y decir: "No creo que me sirva la terapia, mis problemas nada tienen que ver con mi familia".

En estos momentos, muchas veces ocurre algo inesperado, por ejemplo uno de los padres se mueve con todo y silla para acercarse al terapeuta y comienza a recitar toda una historia pormenorizada de necesidades insatisfechas y decepciones, con lo cual se revela como el miembro más hambriento y airado de la familia. Comúnmente al paciente le producen gran sorpresa acontecimientos de esta clase, que pueden confirmar una vieja sospecha apenas consciente: que de alguna manera sus padres es-
tán peor que él o ella. A veces cuando el "paciente identificado (a)" está agudamente psicótico (a), está tan dispuesto (a), a sacrificarse para rescatar a sus padres o a llamar la atención sobre sí mismo (a), que tratará de bloquear la exploración de la familia recurriendo a tácticas de distracción consistentes en ponerse a divagar psicóticamente, a chillar, a responder en voz alta sus alucinaciones o a correr por la habitación etc.; en ocasiones es necesario callar simplemente al paciente, y en otras es preciso pedir a los padres que lo controlen.

En estas fases tempranas del tratamiento, el terapeuta puede combinar la exploración

con la confrontación o con la interpretación de bajo nivel que son dos técnicas que - permiten montar la escena para la futura terapia familiar en una fase más avanzada, diciendo: "son estas las cosas que tenemos que trabajar".

Cuando el terapeuta familiar expresa su impresión de la dinámica, quedan al descubierto algunas de las siguientes coaliciones ocultas y de los mitos de la familia: falta de participación profunda en la relación conyugal; el profundo apego de los padres a sus familias de origen; de qué manera los síntomas o los acting outs del paciente - están relacionados con lo que está aconteciendo en la familia; etc.

Cuando se mete la realidad en otras zonas prohibidas, el shock de la incredulidad, - el reconocimiento a medias o el miedo, aparecen en los rostros de los diversos - miembros de la familia. También a menudo se revelan secretos de la familia y es - interesante señalar la frecuencia con que estos tiene que ver con el sexo (nacimientos ilegítimos, enredos amorosos, matrimonios previos, etc.) Incluso podrá trabajarse algo con las introyecciones durante las fases iniciales, pero en estos momentos la - discusión llega a ser en gran parte intelectual y solamente más tarde se establecen algunas de las conexiones emotivas. Es pertinente señalar que gran parte del mate - rial descubierto en las primeras fases se repite en las intermedias, pero con más - pormenores y una mayor substancia emotiva.

Sobre todo durante las primeras fases, probablemente aparecerán "acting outs" fuera de las sesiones, así como problemas críticos, los cuales exigirán una mayor activi - dad de parte del terapeuta o coterapeutas. Estos descubren frecuentemente que es - necesario mantener un pie en los problemas de la realidad y otro en el sistema de la fantasía. Hay veces en las que se necesita ejercer control sobre las interpretaciones

flagrantemente falsas, los intentos de convertir a alguien en chivo expiatorio o la explotación de una víctima. Por ejemplo, cuando un matrimonio se ponía a discutir vehementemente y luego recurrían a los dos hijos pequeños para alcanzar la decisión final acerca de cuál de los dos tenía razón, el terapeuta intervenía para interpretar el uso de los hijos como padres y señalar las consecuencias de su conducta. Sin embargo, cuando uno de los padres dijo a los niños: "Nos entendíamos bien, hasta que nacieron ustedes", el terapeuta se indignó por la brutal injusticia de la afirmación.

En resumen las etapas preliminares de la terapia familiar sirven para definir el problema y saber que pasa con la familia. En ellas se solicita información primero de los padres y luego de los hijos aún de los pequeños, tratando de provocar una interacción familiar e invalidando la maniobra que frecuentemente transforma a alguien en "chivo expiatorio". Durante las primeras sesiones se intenta descubrir los subgrupos que hay dentro de la familia: ¿quién consuela a la madre cuando llora?, ¿quién está del lado de papá cuando la madre y el padre tienen pleito? ¿quién le da la victoria a quién, cuando los hermanos luchan, o cuando la madre y la hija mayor luchan? o bien, ¿qué pasa si todos los hombres se agrupan contra todas las mujeres? Las etapas iniciales de la terapia familiar están caracterizadas, en gran parte, por las adaptaciones y ajustes que tienen que efectuarse entre la familia y el terapeuta o los coterapeutas, la armonización en el equipo de coterapia si lo hay, la lucha por alcanzar posición, así como la comprensión parcial al menos de las interconexiones de la patología familiar. Son muchos los caminos que conducen a estas metas y algunas familias se mantienen en estas fases durante largo tiempo, sin avanzar jamás hacia el meollo real de la terapia familiar, o dicho de otra manera más escueta, en las primeras fases los terapeutas tratan de irrumpir en el sistema familiar y la familia

trata de tenerlos a raya si se llega a las fases intermedias, entonces los terapeutas están en la familia. Por último en esta fase inicial se establece un diagnóstico, se fijan los objetivos y se programa un plan del proceso de la terapia familiar.

FASES INTERMEDIAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

La esencia del verdadero trabajo en terapia familiar, consiste en el rastreo de las vicisitudes de las relaciones de objeto tempranas, en las variedades de la experiencia humana y en las transformaciones sobradamente intrincadas que se producen como función de la mezcla intrapsíquica y transaccional de los sistemas familiares antiguo y nuevo de los padres, así como en establecer la contribución de los hijos. El proceso es árduo, largo y tiene muchos niveles; se despiertan intensos sentimientos y los avances no son en línea recta. Cuando una persona marcha hacia adelante se rompe todo el equilibrio familiar y es preciso hacer numerosos ajustes dolorosos; tal vez se lleven a cabo frenéticos esfuerzos por restablecer el "statu quo" y volver a poner en vigor viejos patrones. Por ejemplo, después de que la esposa ha podido encarar el problema de la ira que sentía contra uno de sus padres, tal vez ya no necesite utilizar a su esposo como objeto malo para la transferencia de la cólera; pero el esposo puede seguir pidiéndolo aún después de haberse venido quejando de ello durante años.

La meta más general de estas fases intermedias en la terapia familiar, consiste en comprender y translaborar a través de la transferencia de unos para con otros y para con el terapeuta o los coterapeutas, las introyecciones de los padres, de manera que éstos puedan advertir y experimentar como estas dificultades que se manifiestan en el sistema familiar actual, provienen de sus intentos inconscientes para perpetuar o dominar viejos conflictos que provienen de sus familias de origen. En-

general los padres imponen los mismos actos de injusticia y de carga excesiva sobre sus hijos que en otro tiempo les fueron impuestos a ellos.

Una útil técnica terapéutica en la fase intermedia, consiste en concentrar la atención en la situación inmediata, en vez de perderse en formulaciones abstractas y señalar específicamente a la familia las conductas y maneras características que no percibe; por ejemplo: "se ha dado cuenta, señora Pérez que se queja de que su esposo no habla lo suficiente, pero cada vez que intenta hablar, usted lo interrumpe o termina por él sus frases? o bien "ustedes dos me hacen señales de asentimiento a lo que les estoy diciendo, pero no creo que estén prestando atención realmente a lo que digo", refiriéndose a otros dos miembros de la familia, cuando la atención de la familia se fija sobre estas conductas casi siempre hay negaciones, evasiones y justificaciones; pero a veces causan impresión y llevan a la familia a preguntarse por las mismas. Es especialmente útil concentrar la atención en los sentimientos del momento; por lo común este método penetra mucho más hondamente que el tratar con sentimientos descritos retrospectivamente. La técnica es especialmente útil en el caso de familias intelectualizadoras, que aíslan el afecto, por ejemplo: "señora Pérez, su hija le acaba de decir que se vaya de la habitación y sin embargo, usted lo único que ha hecho es sonreír, no hacer caso de sus palabras y luego enfadarse por alguna otra cosa".

Cada familia tiene sus propias tácticas, costumbres y mitos, los cuales, a causa de haber satisfecho las necesidades del sistema familiar durante largo tiempo, parecen lógicos, correctos y cómodos para los miembros de la familia; pero para observadores externos como el terapeuta pueden parecer raras e incomprensibles y a menudo desconcertantes y aún ofensivos. A veces el mito familiar constituye alguna flagrante injusticia que ha quedado aislada en la conciencia de todos. Por ejemplo: en una -

familia se reveló que la esposa era la única que ganaba dinero, lo manejaba todo, - le daba a su esposo una cantidad para sus gastos personales y había hecho que éste le entregase la propiedad exclusiva de la casa, por su "incompetencia". El terapeuta se encaró con el esposo: "¡por Dios! ¿cómo permitió usted tal cosa?".

Conforme la terapia familiar se vuelve estable, progresa hacia el trabajo más serio de producir cambios. Durante esta fase media de la terapia familiar hay algunas técnicas específicas que pueden ser útiles: una de ellas es la redefinición de los síntomas que los miembros de la familia han visto como problemas en su vida; el terapeuta los redefine como esfuerzos para crecer. Por ejemplo; la familia trata de neutralizar al terapeuta y la madre acusa al papá de infidelidad. Cuando la madre descubrió la infidelidad, el calor de su ira se transmitió y produjo una elevación de la temperatura en el termostato de la relación entre ambos. Si no hubieran estado listos para un cambio, no se hubieran atrevido a producirse el dolor de una explosión para salir del atolladero. Una vez que se establece la relación pueden agregarse muchos detalles prácticos de la intervención, que en una terapia individual parecerían movimientos inapropiados, pero que en el contexto de la familia se puedan hacer sin riesgo, ya que la familia utilizará lo que quiera y es perfectamente competente para descartar lo inútil. Por ejemplo, la señora que se cuelga de las lámparas debido a las quejas de los niños y la indiferencia del papá, se le puede ofrecer, en presencia de toda la familia la idea de que podría huir y refugiarse en casa de su mamá durante una semana y dejar que la familia se haga sus propias comidas. Resultan también de gran valor algunas modalidades primitivas que incluyen tocar el cuerpo de los pacientes, utilizar sarcasmos, usar lenguaje soez, o bien el idioma esquizofrénico de algunas familias psicóticas.

Son igualmente oportunos algunos cambios de lugar intrasesión o algunas esculturas que permiten dramatizar el ostracismo de la familia hacia uno de sus miembros, o bien el conflicto y la lucha conyugal que se libra entre los esposos que se lastiman mutuamente sin darse cuenta. También se puede reconocer la ignorancia o la perplejidad acerca de lo que está ocurriendo en la sesión, incluso interrumpir el diálogo de uno de los miembros de la familia, para enfatizar alguna interacción que en ese momento esté ocurriendo, por ejemplo cuando el padre o la madre están hablando de algo doloroso y el resto de los miembros de la familia esbozan alguna sonrisa asintónica con el sentimiento de los padres, etc.

Ha resultado valioso también, un procedimiento que consiste en trabajar transitoriamente con subsistemas familiares, ya que hay algunos sistemas familiares en los que existen tales conjuntos de condiciones, que resulta extremadamente difícil trabajar con el sistema en su conjunto. Este trabajo con los subsistemas de mayor o menor duración de acuerdo con la naturaleza de la dinámica tarde o temprano debe encajar en el cuadro general. Tal vez se tropiece con el inconveniente de crear ansiedad y desconfianza en los miembros de la familia transitoriamente excluidos, pero esta ansiedad puede constituir también una manera de abrir nuevos caminos.

Hay varios problemas familiares típicos, que aparecen repetidamente en esta fase. Uno de los más comunes proviene de que los padres están tan aplastados por sus introyecciones, que esencialmente no hay matrimonio y los hijos se dedican a tratar de salvar el matrimonio para su propia supervivencia. Otro problema se presenta cuando la madre se identifica con el hijo y obtiene paternidad a través de él, en tanto que el padre se identifica con la hija y obtiene maternidad a través de ella;

luego sus quejas acerca de sus compañeros como el padre o la madre tienen que ver con ellos mismos. Un patrón común es el de la madre excesivamente envuelta con su propia madre; desde esta alianza hostil-dependiente, las dos mujeres utilizan a los hombres como "chivos expiatorios," de manera que cuando un hijo enferma psíquicamente se debe a que el padre "no fue tal para los hijos". Enreda aún más estas situaciones el hecho de que cada miembro de la familia convierta a los demás en chivo expiatorio tras maniobras de camuflaje. A veces estas maniobras para convertir a alguien en chivo expiatorio, tienen que ver con toda una red de colusión de una diada contra un número mayor de personas, por ejemplo, ambos padres aliados inconscientemente contra la autonomía de los hijos, esforzándose tal vez por enfrentar a éstos entre sí.

En la exploración del sistema familiar en su totalidad, no deben pasarse por alto los problemas del paciente designado, la chispa que provocó la solicitud de terapia familiar. Es necesario que el paciente designado acepte la parte de responsabilidad que le corresponde, en lo que respecta a su conducta, sin olvidar también que realmente, cuando la terapia familiar ha comenzado a surtir efecto, los problemas del paciente designado, que solían ser la preocupación exclusiva de la familia, han pasado a ocupar desde hace mucho tiempo el pleno del fondo. Podremos decir que la familia está haciendo adelantos cuando sus miembros se muestran más sinceros respecto a los sentimientos que tienen entre sí.

Es igualmente importante considerar que en todas las familias se tropieza con una fase de resistencia masiva, una vez que han terminado los preliminares. Esta fase de resistencia masiva se produce comúnmente cuando se ha pasado la crisis inmediata del paciente señalado y el sistema familiar ya no está tan adolorido. La

resistencia hace su aparición de manera muy inocente, cuando el portavoz de la familia, que por lo común es el padre, incitado a hablar por la madre, pide que las sesiones se efectúen cada quince días y ya no semanalmente. O tal vez se quejen de que los niños están faltando mucho a la escuela.

En la terapia familiar, las resistencias pueden cobrar muchas y variadas formas y en última instancia puede convertirse en una cuestión de saber si los terapeutas pueden tolerarlas durante prolongado tiempo. Un tipo de resistencia particularmente frustrante, consiste en una especie de dominio pasivo practicado por la familia, en virtud del cual acuden sus miembros semana tras semana, aportan poco o ningún material y no relacionan sus sentimientos. Después de realizar valerosos esfuerzos por estimular y hacer actuar a la familia, el terapeuta o los coterapeutas terminan frecuentemente sintiéndose inútiles y vacíos como personas.

Sonne, Speck y Jungreis (1962) fueron los primeros en señalar que la manobra del miembro ausente era una de las resistencias principales con que se tropezaba en la terapia familiar. En lo esencial, la resistencia gira en torno a la cuestión del cambio, en la medida en que inevitables y poderosas fuerzas que protestan y tratan de mantener arreglos patológicos, actúan con mayor vigor cuando la terapia comienza a tratar zonas de conflicto, que en caso de ser abordadas y resueltas plenamente podrían dar como resultado el crecimiento y el cambio. Las familias consideran el cambio más como una privación que como una superación y, al más profundo nivel, temen una variación en el sistema familiar que puede tener como resultado la pérdida de alguna forma de relación vitalmente necesaria, aunque la relación tenga sus aspectos dolorosos. Los miembros de la familia se ven amenazados, en lo más íntimo de su ser, por la perspectiva de tener que renunciar a -

necesidades infantiles que ellos satisfacen o de los cuales esperan satisfacción, y habrán de hacer resistencia conjunta para no revelar estas motivaciones, y más aún, para abandonarlas.

Los problemas matrimoniales de las parejas ocupan también un plano destacado en la terapia familiar. Frecuentemente observamos parejas que se atacan con acusaciones y contraacusaciones, a medida que van pasando revista a ofensas obsoletas, culpan a las familias y antepasados del cónyuge y utilizan las sesiones de terapia para ganar aliados para su causa. Sin embargo, es curioso que una disputa de esta clase suela interrumpirse de pronto y entonces vemos a los padres señalar al paciente designado como el problema real de la familia; las controversias que sostienen les parecen extrínsecas y están aisladas de los problemas que presenta el paciente. A veces dan la impresión de que representa para ellos un alivio el tener - que lidiar con la enfermedad del hijo, de manera que no tengan que hacer frente - plenamente a sus sentimientos desesperantes y aterradores de hostilidad que tienen el uno para con el otro.

Muchas parejas sienten gran temor ante la idea de que se estudia su relación matrimonial y utilizan los problemas de los hijos como tácticas dilatorias para detener la exploración de sí mismas. Es útil en tales casos provocar una confrontación directa del terror que no se menciona: "¿Durante cuánto tiempo han sentido ambos que este matrimonio no ha existido de verdad?". A menudo se encuentra que estas parejas han renunciado desde hace mucho tiempo a la sinceridad en su relación. Al principio del matrimonio, probablemente hubo intentos de comunicar los sentimientos reales del uno para el otro, pero desembocaron en una gran frustración, porque ninguno de los dos pudo conseguir que el otro comprendiese su punto de vista. La comunicación se había vuelto imposible, porque cada uno habla -

empleado el lenguaje de su propia historia personal, en la que las palabras de amor, apego, celos, intimidad y agresión, tuvieron significados diferentes. Luego, los cónyuges llegaron a un modus vivendi rutinario, en virtud del cual se "cancelaron" el uno al otro y se pusieron a desempeñar un papel, consistente en no dejar conocer al otro sus sentimientos reales y por tácito consentimiento, sus problemas recíprocos dejaron de existir, aunque siguieron muy interesados en los problemas de los hijos. A medida que los terapeutas van explorando estos matrimonios, se puede producir la ruptura violenta de su contrato implícito consistente en "no te delataré, si tú no me delatas" (Carroll 1960). El cónyuge que rompe este acuerdo y comienza a "hablar", podrá ser víctima de un contra ataque, que tal vez empiece con las palabras: "¡bueno, si así lo quieres, atente a las consecuencias!".

Aunque en ambas clases de problemas de discordia matrimonial la callada y la explosiva, hay amenazas de divorcio, la posibilidad real de separación o de divorcio es casi inexistente; en el inconsciente la separación significa la muerte psíquica. En una de las mejores obras que se han publicado acerca del matrimonio Kubie (10) expone su tesis principal, en la que considera: "la fuente principal de desdicha entre esposo y esposa estriba en las discrepancias existentes entre las demandas conscientes e inconscientes que se hacen uno al otro y también al matrimonio, según se expresan primero en la elección de compañero y luego en la subsecuente evolución de su relación". Descubre el autor como ciertas fuerzas inconscientes derivadas de la familia de origen y basadas en la necesidad de "hacer desaparecer viejos dolores o cobrarse una vieja venganza", pueden crear una profunda discordia matrimonial y una gran separación emocional, en particular-

cuando los cónyuges han estado expuestos a las ilusiones de la tradición romántica. Se descubre entonces que los individuos buscan inconscientemente padres en vez de cónyuges, que se casan con quienes pueden demostrar o corregir algo acerca de sí mismos, con aquellos con quienes pueden reproducir o dominar una antigua relación conflictiva, etc., y concluye Kubie con la idea: "un matrimonio feliz puede ser un accidente feliz". Son éstas algunas consideraciones que constituyen insights de los aspectos dinámicos de los problemas matrimoniales analizados a la luz del pensamiento psicoanalítico.

La confirmación inconsciente y el ensamblamiento constituyen un doble proceso; cada cónyuge ha recibido la señal de su sistema emocional de "radar" que le permite reconocer que el otro dará satisfacción a las necesidades de objeto internas. Durante el noviazgo y la luna de miel, cada cónyuge por primera vez en su vida, acepta al otro y se siente aceptado por lo que es, con todos sus yoos diferentes, todos los objetos parciales restantes; los dos se fusionan en una unidad satisfactoria, "la pareja está enamorada". Sin embargo, gradualmente uno de los dos comienza a sentir que en vez de que se confirme su personalidad real, lo están entrenando para que se ajuste a la imagen interna proyectada de su compañero y que se comporte como tal; al mismo tiempo sin saberlo le está haciendo lo mismo a su cónyuge, y así cada uno comensará a sentir vagamente que se ha levantado un viejo fantasma para acosarlo. Esta es la razón por la cual las quejas que expresan mutuamente uno del otro, aunque contengan algunos elementos irracionales, pueden estar muy justificadas y el compañero puede ofrecer numerosos ejemplos de validez: "no es afectuosa", "es regañona", "no puedo contar con ella", "no me conoce realmente", "ya no le gusto", "es demasiado celosa", "es muy desarreglada", "todo el mundo tiene más importancia que yo para ella", -

"nunca me escucha", etc. Lo que no reconocen quienes se quejan es que no tienen más que "lo que se buscaron", cuando llega la decepción, como ocurre de alguna forma en todos los matrimonios - "no eres como yo creía" - el esposo o esposa "recuerda" las faltas durante el noviazgo, se siente traicionado (a) y luego transfiere al cónyuge el odio reactivado que originalmente sintió contra el objeto malo, tomado de su infancia. La decepción se produce las más de las veces al comienzo del matrimonio, a medida que los compañeros se van probando recíprocamente con sus ambivalencias infantiles, lo cual explica por qué se producen tantos divorcios en los primeros años de matrimonio. Sin embargo las crisis de desconfirmación pueden ocurrir más tarde, durante hitos y etapas decisivas del matrimonio: el nacimiento de los hijos, la inseguridad económica, las relaciones con parientes políticos, los acting outs por parte de uno o ambos cónyuges, la separación de los hijos del hogar, la jubilación, etc.

La mayor prueba de madurez emocional para la pareja, consiste en la capacidad de llevar a cabo en el matrimonio el ajuste, por demás complejo, a la existencia de otra persona, de tolerarse recíprocamente las luchas con objetos internos ambivalentes aborrecidos y permitir las regresiones del compañero, anhelos infantiles que están empotrados en el contexto de los lazos de afecto, del proceso de dar y tomar, de la aceptación de la responsabilidad de adulto y del derramamiento de amor sobre los hijos.

Es también necesario hacer hincapié en la fase intermedia, los diversos papeles que los hijos llegan a representar inducidos por las expectativas apreciadas o temidas de los padres, basadas en las introyecciones de sus progenitores. A veces se eligen papeles para los hijos desde antes del matrimonio, por ejemplo el

hijo que se concibe para "salvar el matrimonio". En ocasiones, un hijo puede - representar el "superego" de la familia y otro el "ello". En cada familia con - varios hermanos, existe "el mimado", "el estudioso", "el que representa la conciencia de la familia" o "el perdido"; los papeles asignados son infinitos. Los - hermanos "sanos" frecuentemente llenan lagunas en la familia y actúan como - mejores intérpretes entre los padres que el "paciente identificado" y a menudo se les aprecia mucho por esta razón. Por regla general estos hermanos "sanos" reflejan el sistema familiar durante las sesiones de terapia, lo ocultan o "le siguen la corriente", la mayoría de los mismos actúan como terapeutas auxiliares o como egos observadores, a causa de su disposición a poner al descubierto el sistema, revelar secretos de la familia, hacer comentarios sobre comunicaciones patológicas o revelar las duplicidades, por ejemplo, un hijo expresó: "vamos mamá, sabes perfectamente bien que odias estas reuniones y que no te gusta lo que te dice el doctor, pero cuando te pregunta, tú dices que te gustan". Debido a que comúnmente se muestran dispuestos a poner al descubierto el sistema familiar, con frecuencia la familia encamina a los hermanos "sanos" hacia el desempeño del papel de "miembro ausente", ya que es más raro que el "paciente designado" corra el riesgo de que se le considere traidor a la familia. Por otro lado en los hijos se puede desarrollar un gran conflicto de lealtad, cuando se - dan cuenta de que los terapeutas pueden tener una mayor preocupación por ellos, que por sus propios padres. Y éstos tal vez incitan indirectamente a sus hijos a oponerse al terapeuta, o incluso pueden llegar a tomar represalias contra él.

Es preciso también señalar que en la terapia familiar como toda situación terapéutica por su propia naturaleza lleva implícita la regresión. Se afirma que pa-

ra cualquier persona es casi imposible evitar el sentirse niño y no tener algunas expectativas profundas y únicas de transferencia frente al terapeuta, independientemente de lo que éste haga o deje de hacer. Los afectos que se transfieren son sobre todo mezclas complejas de miedo, esperanza, amor, odio, admiración, desprecio, asombro, humillación, vergüenza, etc. Por lo general, las interpretaciones de la transferencia suelen iniciarse ya bastante adelantada la terapia familiar, porque les resulta más difícil a los miembros de la familia utilizar las interpretaciones cuando se encuentran integrados sólo periféricamente a la terapia en sus fases iniciales. Sin duda alguna este fenómeno transferencial no se produce de la misma forma en la psicoterapia individual que en la familiar. La situación de la terapia familiar se ve complicada por la presencia simultánea de dos o tres generaciones y las deformaciones transferenciales de los miembros de la familia, no solamente se manifiestan respecto al terapeuta o coterapeutas, sino también respecto a cada uno de los miembros de la familia. Al mismo tiempo que se reacciona ante el terapeuta, tomándolo como abuelo, padre, madre, hermano, etc., por parte de cada uno de los miembros de la familia, nace una complejidad adicional del hecho de que cada uno percibe y apprehende los paradigmas de la transferencia individualmente, lo que produce efectos de retroalimentación. La terapia familiar ha revelado también una nueva clase de transferencia: la del sistema familiar en su conjunto, que es algo más que una colección de distorsiones individuales.

Es oportuno igualmente indicar otro fenómeno paralelo que se da en toda terapia por parte del terapeuta que es él de la contratransferencia, cuando los terapeutas reaccionan con sus propias inclinaciones y preconcepciones irracionales, sin darse cuenta de ello en el mismo instante del suceso a causa de lo "cargadas" que pueden estar las interacciones; es casi imposible no quedar atrapado en el

drama de la interacción familiar; existe por parte del terapeuta también una propensión casi magnética a querer remodelar a sus propios progenitores, y a convertirse en una madre o en un padre mejores a los que están siendo sometidos a observación.

Cuando se trabaja en equipo los coterapeutas como requisito previo deberán tener la confianza y la sensibilidad de uno para con el otro, para poder trabajar con familias. Al igual que en un matrimonio, una relación de equipo tiene su propia evolución y ha de llegarse a un entendimiento en lo que respecta a las ambivalencias existentes entre terapeutas, pues la familia a menudo las explota. La relación de equipo permite a los terapeutas tolerar amplias divergencias de estilo, así como las pruebas a que la familia someterá dicha relación. Un terapeuta podrá ocuparse del material de procesos primarios y el otro del material de los secundarios. Un terapeuta se mantendrá al margen del enredo familiar y rescatará a su coterapeuta cuando este pierda objetividad. Una de las pruebas más severas se presenta cuando la familia trata de dividir a los terapeutas en objetos malo y bueno, aislando al primero; si los terapeutas no se comunican el uno con el otro, la familia tampoco lo hará.

FASES FINALES Y/O AVANZADAS DE LA TERAPIA FAMILIAR.

Sabemos que las familias han mejorado, cuando apreciamos la continuidad en las sesiones y la familia se vuelve capaz de resolver los conflictos en el hogar, en vez de llevárselos al terapeuta para que los solucione. Sabemos que hay crecimiento cuando los miembros de la familia se utilizan menos unos a otros como figuras transferenciales y comienzan a parecer personas más reales, tanto a los terapeutas como a ellos mismos. Cuando se reduce la patología familiar,

los miembros de la familia pueden disfrutarse entre sí y vivir mejor. En esta fase descubrimos que se produce una mayor individualización, de manera que el ego compartido de la familia se afloja y puede tolerarse la separación de los miembros del sistema cada persona se vuelve más libre de explorar una definición individual de su yo, que puede ser harto diferente del papel que la familia le había asignado. El afecto que se descargaba en la familia se dispersa más y se le asigna un menor valor satisfactor primitivo; se pierde el viejo "atractivo" que tenía la enajenación familiar las fuerzas emocionales tienden a volverse - menos unificadoras de la familia; por ejemplo, las energías sexuales de los hijos pueden comensar a dirigirse hacia figuras extrafamiliares. La comunicación tiende a abrirse entre los padres y a pesar de la confusión, el sentimiento de futilidad y las decepciones iniciales, producidas al abrir realmente los ojos para verse el uno al otro, los cónyuges suelen terminar por verse con mayor simpatía y, por consiguiente aumenta la posibilidad de mantener una relación significativa. El mejoramiento del matrimonio va casi invariablemente seguido de un crecimiento emocional en los hijos. Y tal vez lo más importante es que las familias descubren que hay otras maneras de comportarse con los demás y seguir siendo una familia.

Durante esta etapa se movilizan los subgrupos, los triángulos se vuelven flexibles como para no ser demasiado dolorosos; los mediadores abandonan su papel de salvadores de la familia, lo cual permite que el grupo se vuelva flexible y - fluido. La familia empieza a tomar sus propias entrevistas y poco a poco va - adquiriendo la sensación de que el terapeuta lo único que proporciona es el - tiempo y el espacio para que la familia hable. El terapeuta comienza a sentir-

se muy desplazado y la familia prueba entonces su propia capacidad para salirse de los brazos consoladores del terapeuta, quizá la familia haga simplemente un comentario superficial acerca de la presencia del terapeuta. En este punto, el papel del terapeuta eguizá el del padre de un adolescente y se establece un equilibrio delicado entre el deseo del terapeuta de ser útil y su propia inseguridad, que puede empujarlo a dominar la entrevista y exigir que la familia le haga caso a él, aunque ellos ya no lo requieran ni lo necesiten.

En esta etapa final es importante que el terapeuta maneje la angustia de separación característica de esta situación, aparece una forma inicial de que los miembros de la familia obtengan confianza en sí mismos y puedan partir sin sentimientos de deuda y culpa acerca del "pobre viejo" terapeuta que trabajó con ellos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bossormenyi-Nagy I. "FAMILY CONCEPT OF HOSPITAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA", en J.H. Masserman, Current Psychiatric Therapies, Vol. II Nueva York: Grune and Stratton., 1962.
- 2) Bossormenyi-Nagy Ivan. "LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA COMO PROCESO", Terapia Familiar Intensiva, Aspectos Teóricos y Prácticos, Bossormenyi-Nagy y Framo. - Edit. Trillas, Capt. 3 México. 1976.
- 3) Bowen Murray "PSICOTERAPIA FAMILIAR DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL Y EN LA PRACTICA PRIVADA", Terapia Familiar Intensiva, Aspectos Teóricos y Prácticos, Bossormenyi-Nagy y Framo, Edit. Trillas, Capt. 5, México, 1976.
- 4) Carroll E.J. "TREATMENT OF THE FAMILY AS A UNIT" Penna Med. J. 63 57-62, 1960.

- 5) Chagoys Leopoldo y Belanger Robert "TECNQUES DE THERAPIE FAMILIALE", Les Presses de L'Université de Montreal, Montreal, Canadá, 1973.
- 6) Fairbairn W.R.D. "AN OBJECT-RELATIONS THEORY OF THE PERSONALITY" New York: Basic Books, 1952.
- 7) Framo L. James "FUNDAMENTOS Y TECNICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA". Terapia Familiar Intensiva, Aspectos Teóricos y Prácticos, Bossormenyi-Nagy y Framo, Edit. Trillas, Capt. 4, México, 1976.
- 8) Guntrip, H. "THE THERAPEUTIC FACTOR IN PSYCHOTHERAPY". Bnt. J. Med. Psychol. 26, 115-131, 1953.
- 9) Haley Jay "FAMILY OF THE SCHIZOPRENIC: A Model System". J. Nerv. Ment. Dist. 129 357-374, 1959.
- 10) Handlon J. H. "THE TREATMENT OF PATIENS AND FAMILY, A.S. A GROUP: IS IT GROUP PSYCHOTERAPY". Int. J. Grp. PSYCHOTHER, 12, 132-141, 1962.
- 11) Kubie, L.S. "PSYCHOANALYSIS AND MARRIAGE: PRACTICAL AND THEORETICAL ISSUES", en V. W. Eisenstein. Neurotic Interaction in marriage New York: Basic Books, capt. 2 1956.
- 12) Menninger, Karl. "THE THEORY OF PSYCHOANALITIC TECHNIQUE", - Basic Books New York, 1958.
- 13) Mitchell B. Celia. "PROBLEMAS Y PRINCIPIOS EN LA TERAPIA FAMILIAR" en Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar por - Ackerman N.W., Jackson D.O., Beatman L.F. y Sherman N.S., Edit. Proteo, Buenos Aires, 1970.
- 14) Sonne J.C., Speck R.R.V. y Jungreis J.E. "THE ABSENT-MEMBER MANEUVER AS A RESISTANCTE IN FAMILY THERAPY OF SCHIZOPHRENIA, Family Process. 1, 44-62, 1962.
- 15) Whitaker, A.C. y Napier Y.A. "TECNICAS DEL PROCESO DE TERAPIA FAMILIAR". Revista de Neurología-Neurocirugía y Psiquiatría, Vol. 14 Nos. 2-3, México, 1973.

EL CONTEXTO MARITAL COMO EJE PRIMORDIAL DE LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y SU TRATAMIENTO ESPECIFICO DE PAREJA

En los capítulos precedentes se ha hecho hincapié en el contexto marital como eje primordial de la terapia familiar, e indudablemente tarde o temprano la terapia familiar conduce paralelamente a una terapia de pareja, o desemboca en el tratamiento de los conflictos específicos de la pareja, que implican considerar problemas de muy diversa índole: filosóficos o culturales, sociales y políticos, además de los problemas económicos y técnicos inherentes a los tratamientos mismos.

Es indudable que los consultantes que se dirigen a un terapeuta de parejas expresan una demanda muy particular y, en ese sentido, se presentan como personas que sufren en el nivel de su relación, cuya dificultad en principio es localizada o no, está sustentada por factores más profundos que hasta entonces han permanecido ocultos e ignorados por ambos cónyuges.

A menudo el problema de la pareja se plantea en términos poco claros. Puede tratarse de cónyuges que fueran juntos a la consulta, pero cuya intención de vivir en común sería relativa, subordinada al mejoramiento de sus relaciones o a circunstancias externas. No obstante, también en este caso se trata de una pareja. Otras veces, aún cuando viven juntos, uno sólo de ellos es realmente el demandante, mientras que el segundo acepta venir únicamente para dar la impresión de que coopera, o para probar buenas intenciones que lo justifiquen. Es posible, incluso, que el segundo cónyuge, ya resuelto a romper, sólo con-

curra para tomar con buena conciencia una decisión que no manifestará sino más tarde, apoyándose en las declaraciones del otro cónyuge.

La pareja es un grupo muy específico, constituido por sí mismo, preexistente al tratamiento y que, en principio tiene la intención inicial de mantenerse después de la cura. Únicamente la pareja como ya vimos la familia, son grupos estructurados de este modo y constituidos antes de la intervención terapéutica. Además, la pareja ofrece características más particulares, primero por ser una diada luego porque está formada por una autoselección específica y espontánea, apoyada en afinidades inconscientes que corresponden a tendencias regresivas o a deseos parciales.

El terapeuta que acepta tratar a dos compañeros como afirma Lemaire (7): "no puede plantearse como objetivo a priori el mantenimiento de su vínculo conyugal, así como tampoco puede proponerse algún otro fin sistemático, aun cuando no faltan argumentos que justifiquen la importancia y el valor del vínculo conyugal". Hoy todos conocen y repiten la importancia que tiene para los niños el entendimiento entre los padres; nadie ignora los daños que producen sus desavenencias o su ruptura. Es ya clásico abordar una intervención en el nivel parental cuando el niño reacciona, con ansiedad o sentimientos de culpa, ante lo que él experimenta como una amenaza que se cierne sobre el lazo amoroso de sus padres; sin embargo, el terapeuta conyugal, no se muestra sistemáticamente favorable a la salvaguardia, contra viento y marea, de la pareja que lo consulta, aun cuando el problema del divorcio en este plano sea a menudo una solución desfavorable, pero quizás, menos destructiva que el mantenimiento del vínculo conyugal para la pareja en sí y para los hijos.

No obstante el planteamiento anterior, consideramos que la pareja ofrece las mejores condiciones para el desarrollo afectivo de gran parte de los individuos, incluidos aquellos que, después de una primera elección neurótica o deficiente, buscan un nuevo equilibrio personal en una elección posterior. Por esta razón nos parece justificado realizar un estudio preciso y más sistemático de las diversas funciones psíquicas y terapéuticas no sólo de la familia, sino de la pareja en sí, de la teoría de las interacciones que se establecen en ella, de su evolución y sus crisis.

Es imposible recapitular la problemática de la terapia de pareja sin examinar algunos aspectos sociológicos y su repercusión clínica en función de las circunstancias existenciales que plantean a las parejas un sinnúmero de problemas y - conflictos. Al volverse industrial y técnica la civilización, quita a la familia su función económica tradicional: el productor no es ya el grupo familiar colectivo; lo es el individuo. La distancia creciente que media entre el hogar y el lugar de trabajo, la mayor especialización, la importancia de las inversiones financieras y sus efectos en los ritmos de trabajo, la necesidad de desplazarse a grandes distancias favorecen la separación del individuo y su familia en los planes familiares y socio-cultural.

Las contradicciones sociales se ven hoy exacerbadas por el contraste existente entre la igualdad jurídica proclamada por un lado, y la desigualdad económica real, por el otro; esta última determina muchas veces una auténtica dependencia maternal de la mujer, que, en caso de separación o divorcio, se encuentra en una posición mucho más desventajosa que su exmarido. Por consiguiente, y con independencia de los problemas emocionales, las mujeres en mayor medida que los hombres deben mantenerse dentro de un contexto conyugal debido

a la coacción de los factores materiales y financieros, sobre todo aquellas - que por el hecho de tener varios hijos, apenas cuentan con la posibilidad de encontrar trabajo o no adquirieron suficiente capacitación profesional.

Destacan desde el punto de vista clínico algunos factores precipitantes de crisis conyugales que pueden ser producidas por una diferencia de edad importante entre los cónyuges, que hace desempeñar el papel de progenitor al más adulto, retrasando la maduración del más joven hasta un período en que el - más adulto le cuesta mucho tolerar esa evolución. Otras crisis parecen ser desencadenadas por una relación insana de "oprimido-opresor" en la que, - quien padeció durante mucho tiempo, casi sin saberlo, la situación de "oprimido", se percató de ello en forma súbita, mientras que el compañero, muy tranquilo aún, sin sentirse de ningún modo "opresor", trata de contener el - statu quo y no comprende en absoluto la rebelión del otro.

Son de vital importancia desde el punto de vista clínico psicológico los factores narcisistas que se satisfacen en la relación matrimonial o de pareja. La elección conyugal debe considerarse sintomática en tanto expresa deseos narcisistas. Es cierto que la elección de un cónyuge está determinada por factores sociológicos y limitada en la realidad a cierto medio social correspondiente al del sujeto. Pero también es preciso reconocer que la elección de una persona está parcialmente determinada, en el plano psicológico, por los avatares de la evolución narcisista del sujeto. Los fenómenos de fusión pulsional se - manifiestan con toda intensidad precisamente en el seno de la relación amorosa, y sobre todo cuando ésta se profundiza, estabilizándose en una unión matrimonial perdurable.

El contexto matrimonial es particularmente propicio para constituir el centro de manifestaciones regresivas muy importantes. Se lo vive como lugar donde se descansa, se reposa, se duerme, se obtiene placer y se cumplen las diversas funciones biológicas; es vivido como lugar que ofrece seguridad. Representa el tiempo de la relajación y la regresión más natural, después que el individuo ha enfrentado las obligaciones materiales y sociales de la vida cotidiana. ¿Qué tiene de extraño el hecho de que allí, en ese marco que ofrece seguridad y protección, se manifiesten, más que en otra parte, las tendencias insatisfechas del ser?

La función misma de la institución del matrimonio, mediante esa seguridad - simbólica que ofrece, parece reforzar en muchos individuos las posibilidades de satisfacer las tendencias que no pueden manifestarse libremente en la vida real, llena de limitaciones; a ello se debe la gran importancia que adquieren en la elección conyugal, las necesidades o los deseos insatisfechos, inhibidos en su objetivo o prohibidos por la sociedad. Principalmente las tendencias de fusión, encuentran en la unión amorosa la oportunidad de satisfacerse, sobre todo cuando el objeto con el que se fusionan las pulsiones responde a esos deseos, aceptando su consagración definitiva.

Teruel (10) menciona: "Cuando un hombre y una mujer se unen traen a la relación, indefectiblemente, su propio mundo interno. Cuando las relaciones - madre-niño fueron insatisfactorias, ya sea en la realidad o en la fantasía del niño, estas relaciones se traen a la nueva y se desarrolla una especie de situación de prueba con la otra persona, para ver si estas necesidades, frustraciones, deseos inconscientes son significativos para la otra persona, funcionan como una especie de radar. Estos remanentes inconscientes tempranos, que

proviene de las relaciones muy primitivas constituyen elementos dinámicos - que operan automáticamente cuando se enfrenta una nueva relación. Si la futura esposa responde a estas pruebas inconscientes, se prepara el terreno para una relación, que va a repetir relaciones tempranas con un objeto real o fantaseado, proveniente de la dinámica inconsciente".

El matrimonio es un asunto extraordinariamente complejo y sometido a modificaciones constantes. No se pueden seleccionar unos cuantos aspectos de la relación matrimonial e insistir en ellos por separado sin falsear la relación - increíblemente complicada de dos personas que han vivido juntas durante muchos años. Cuando un hombre y una mujer deciden que su unión sea solemne y legalizada con una ceremonia matrimonial, se enfrentan con un problema que persistirá durante todo su matrimonio: ¿permanecen juntos, una vez casados, porque lo desean o porque están obligados a ello? El matrimonio parece funcionar mejor cuando existe un equilibrio entre aspectos voluntarios y obligados de la relación.

Por otra parte como afirma Haley (4): "El matrimonio obligado es como la relación entre los compañeros de celda en una cárcel. Marido y mujer están solos por obligación, pero no saben si en caso de poder escoger seguirían juntos voluntariamente". Y más adelante dice: "La gente muestra una notable habilidad para escoger la pareja capaz de satisfacer sus necesidades, aunque más tarde insistan en que se casaron sin pensar en ello. La muchacha que necesita malos tratos suele encontrar alguien que se los da; el hombre que cree valer muy poco tiende a buscar una mujer que también se desprecia, con lo que ambos encuentran lo que quieren".

La vida en común ofrece gran cantidad de aspectos en los que la pareja debe ponerse de acuerdo. ¿Ha de escoger el marido su trabajo o es el afán de prestigio social de la mujer el que ha de decidir? ¿Puede el marido opinar libremente sobre la forma en que la mujer lleva la casa o ésta es dominio exclusivo de ella? ¿Quién ha de planear y llevar el presupuesto familiar? ¿Tiene que mostrarse la mujer cariñosa con su marido cuando fracase en algo o ha de echárselo en cara? ¿Hasta qué punto permitirán que los familiares y amigos se entrometan en los asuntos del matrimonio? ¿Quién ha de tener más responsabilidad, el marido o la mujer?

En los primeros días de matrimonio, tanto él como ella se muestran dispuestos a conceder autoridad al otro en los diversos aspectos de la relación, pero siempre acaba de establecerse una lucha a este respecto. De igual manera las parejas se sorprenden frecuentemente a sí mismas luchando con gran intensidad emocional y de la forma más irracional por cuestiones sin importancia. Una causa importante en estas luchas es que marido y mujer se han educado en el seno de familias distintas, donde se les ha inculcado una serie de reglas implícitas y explícitas acerca de como deben tratarse entre sí las personas; así, la persona que se casa entra en trato íntimo con otra educada en una institución diferente. Es difícil darse cuenta de lo sutiles que son las formas de conducta que aprendemos en nuestras familias de origen, donde estamos expuestos a millones de mensajes a lo largo del tiempo.

En un matrimonio razonablemente feliz la pareja es capaz de establecer relaciones complementarias y simétricas en los diversos aspectos de su vida matrimonial. El marido puede cuidar de su mujer y ésta aceptarlo y viceversa, siendo ambos capaces de intercambiar el mismo tipo de conducta. Cuando la

pareja es incapaz de formar uno de estos tipos de relación el matrimonio queda limitado. Si uno de los cónyuges tuvo experiencias desgraciadas con ciertos tipos de relación, es posible que no las permita en su matrimonio. Así, por ejemplo, si la mujer se ha sentido rechazada en las relaciones complementarias con sus padres, responderá a los intentos de cuidado afectuoso por parte de su marido dando a entender que prefiere una relación simétrica.

La imposibilidad de aceptar una serie de tipos de relación crea un matrimonio que, hasta cierto punto, somete a privaciones a ambos esposos.

Henry V. Dicks (10) fundador de la Unidad Matrimonial de la clínica Tavistock y autor de un libro sobre conflictos matrimoniales y dinámica conyugal citadas por Teruel, considera el matrimonio como un sistema de relaciones interpersonales más o menos estable o duradero según el grado en que alcanza las cualidades de un compuesto o diada integrada, a partir de una iniciación de uno a más uno, cuya fuerza y estabilidad dependen de la existencia de un saldo positivo general de satisfacciones respecto de las insatisfacciones de ambos cónyuges, sin que esto implique ausencia de conflicto o "felicidad".

Sluski y Bleichmar (9) consideran a la pareja como un sistema interaccional, cuyo conjunto es cualitativamente diferente de las partes que lo constituyen. Para estos autores la pareja humana constituye una diada cuyas características la hacen particularmente compleja. "Está compuesta por seres que poseen un conjunto de pautas internalizadas que, en un nivel, son comunes a la cultura a la que pertenecen, y en otro a la microsociedad familiar que los culturalizó y que otorgó su tinte particular, su retraducción, a las normas de la cul-

tura"... "Cada pareja tiene, además, una historia en común, un lapso durante el cual construyeron una imagen del otro, una imagen de la imagen que el otro posee de ellos, una imagen de la imagen que el otro tiene de la imagen que ellos tienen del otro y así sucesivamente. Durante ese lapso aprendieron a predecir las conductas que provocarán en el otro sus propias actitudes y desarrollan un cúmulo de reglas tácitas de interacción. Aprendieron también, correctamente o con gruesos errores, el significado comunicativo de conductas con frecuencia irrelevantes para un observador ingenuo-gestos, ritmos y tonos de voz, posturas, el uso de ciertas palabras, etc. Cada pareja, puede decirse, posee un lenguaje propio; desarrollado en el curso de su historia en común, lenguaje sin cuya comprensión sólo se puede entender en forma muy especial".

Para poder llevar a cabo una tarea exitosa, el terapeuta debe aprender el lenguaje propio de la pareja, deducir sus reglas de infracción y discriminar entre lo atribuido como mensaje por el receptor y lo que intenta comunicar el emisor.

Berenstein (1), considera que la pareja conyugal modela la relación entre marido y mujer, así como entre éstos y sus hijos, e impone ciertas obligaciones de cooperación. "Se trata de una relación diádica heterosexual, de larga duración, ocasionalmente temporaria y en la cual la interacción incluye relación genital".

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La primera condición requerida es que ambos compañeros deseen mejorar mutuamente su relación común. Lo mejor es, por supuesto, que ambos cónyuges hayan comprobado su dificultad mutua y decidido de común acuerdo, tratar de

sortearla recurriendo a la consulta.

Ocurre sin embargo, a menudo, que sólo uno de ellos describe los hechos, con la aparente aprobación del otro; pero, esta aprobación es con frecuencia pasiva, se le da como concesión y constituye, en consecuencia, objeto de un conflicto que a veces se manifiesta de manera más o menos clara entre ellos, sobre la base de motivaciones distintas. Este acuerdo, aparente pero en realidad conflictivo es ya un síntoma representativo de las relaciones existentes dentro de la pareja, y se convertirá de inmediato en un obstáculo para la cooperación de uno de los cónyuges. No obstante en muchos casos es posible proseguir la terapia conjunta, en particular si se interviene primero en ese nivel para dar un sentido explícito al conflicto latente, el cual se halla en la base de ese desacuerdo sobre el tratamiento solicitado.

En otros casos dicho acuerdo aparente responde a una estructura diferente de la pareja dominada por la asimetría "actividad-pasividad" de las relaciones que mantienen entre sí sus miembros. Suele ocurrir que uno de ellos tome decisiones, y el otro las tolera en forma pasiva, le resulten agradables o no, sin que ésto le impida protestar luego contra ellas.

La entrevista conjunta tiene pocas aplicaciones útiles cuando se trata de parejas establecidas hace mucho tiempo, divididas, moralmente separadas, - que no tiene suficientes deseos de restablecer una relación amorosa que ha sido ya olvidada, incluso cuando concurren juntos a la consulta con la aparente determinación de proseguir su vida en común.

Las entrevistas conjuntas tienen un interés tanto menor cuanto menos existe

la pareja, o cuanto más débil es la catectización libidinal del compañero y de la pareja. Este es el caso de matrimonios "de razón", que ocasionan intereses objetivos, vivientes o materiales, antes que afectos; de los matrimonios "concertados", donde las primeras relaciones, aunque más o menos erotizadas a veces, en realidad no han comprometido afectivamente a ambos cónyuges; o incluso de las parejas más antiguas que, por razones sociales tienen interés en mantener una vida en común que se experimenta como obligación, pero sin que exista el deseo real de mantenerla. En estos casos no se trata de contraindicación en sentido estricto, sino más bien de los escasos resultados profundos que pueden preverse en el nivel de la propia pareja. Sin embargo, estos casos son frecuentes, y a menudo se necesita efectuar una intervención, aunque sea de profundidad limitada, en determinado sector aún catectizado por ambos cónyuges.

Una fisura grave y reciente entre dos cónyuges todavía muy catectizados mutuamente, aunque fuera en forma agresiva, entraña en principio una mejor indicación que un desapego lento, gradual y apenas aparente en una pareja cuyos miembros coexisten de manera más o menos pacífica debido al contexto social en que se hallan. Sin embargo, ésto es posible si la intensidad del conflicto o los acontecimientos del pasado no han hecho que uno de los cónyuges decidiera ya separarse definitivamente.

La terapia específica de pareja puede aportar aún grandes beneficios a las parejas que han resuelto separarse, pero desean llegar a algún acuerdo o arreglo particular cuando las circunstancias les imponen prolongar sus relaciones, por otra parte temidas; por ejemplo, cuando la existencia de hijos exige un mínimo de relaciones.

En todas las situaciones descritas hasta aquí podríamos considerar que las -
 contraindicaciones para la terapia conjunta de pareja son relativas o transi-
 torias, o que obligan a limitar los objetivos terapéuticos. Las verdaderas -
 contraindicaciones son de orden psiquiátrico, representadas por el delirio de
 celos o por los deseos pasionales de uno de los cónyuges. Señalan los exper-
 tos en este campo, imprudente emprender una terapia que termina por desta-
 car la ausencia del sentido autocrítico en estos enfermos, cuyo carácter uni-
 direccional de su razonamiento paranoico, sólo puede confirmar en forma sey-
 dorracional los dictados de su afectividad irracional, que frecuentemente pug-
 de conducirlos a una actuación de vengansa, de resultados mortales, en res-
 puesta a un gesto interpretado como desprecio, confesión o negativa a confe-
 sar una infidelidad de la que el delirante no duda ya.

El melancólico ejerce de igual modo su actividad crítica aunque en forma -
 opuesta, reteniendo sólo lo que confirma sus sentimientos de culpa y sus au-
 torreproches. Puesto que no puede ya discriminar, con el riesgo de no rete-
 ner lo que expresa su compañero sino lo que confirma su falta y el daño pro-
 ducido, agravándose así el peligro de suicidio. En condiciones tales el proble-
 ma de la pareja pasa a segundo plano hasta la curación del síndrome melancó-
 lico.

ENCUADRE DE LA TERAPIA CONJUNTA DE PAREJA.

La terapia de pareja constituye una situación trádica, en la que los integran-
 tes de la pareja tienen una historia en común y un tipo de vínculo que es cua-
 litativamente distinto del que puede tener cada uno de ellos con el terapeuta.
 Más allá de las coaliciones que puedan ocurrir en el curso de la interacción

(que se formen parejas transitorias entre el terapeuta y uno u otro de los integrantes de la pareja), la situación de fondo, la estructura básica, es la del terapeuta como un tercero frente a la pareja. La terapia de pareja incluye un encuadre nuevo y distinto por la inclusión de tres integrantes, pero donde uno de ellos, el terapeuta, se ofrece como tercero presente-ausente. Se puede decir que cuando una pareja acude al tratamiento ha entrado en un período de crisis, lo que significa un período de desorganización cuyo resultado puede: a) desintegrar el vínculo; b) cambiar el tipo de equilibrio; c) favorecer la relación en forma más madura.

Cuando una pareja acude al psicoterapeuta, la mera existencia del triángulo psicoterapéutico posibilita la presentación de cambios en la relación matrimonial. La mayoría de las parejas se las arreglan para conseguir que parientes, amigos íntimos o incluso los hijos, tomen parte en sus conflictos en favor del uno y en contra del otro. Al tratar imparcialmente a uno y otro esposo, el psicoterapeuta se comporta de una forma totalmente diferente a la de los demás. No dejándose provocar en contra ni a favor de nadie desarma a la pareja y evita muchas de sus maniobras habituales. Por ejemplo, un marido que maneje a su esposa empleando por sistema el silencio, no encontrará fácil seguir con esta maniobra en presencia del terapeuta; la mujer, en vez de verse incapacitada por el silencio podrá utilizarlo para demostrar su razón ante el terapeuta, por lo que el marido se verá obligado a cambiar de táctica. Así muchas de las maniobras que los esposos usan habitualmente para provocar la respuesta del otro, pueden perder su eficacia cuando se emplean contra dos personas a la vez, especialmente si la tercera no se deja provocar fácilmente.

Además de mediar en el matrimonio con su mera presencia, el psicoterapeuta interviene activamente redefiniendo la interacción de las dos personas entre sí. En las primeras fases del tratamiento sus comentarios e instrucciones tienden a ser permisivos, mientras estimula a los esposos a que se expresen en un contexto en el que cada uno de ellos puede contar con una atención imparcial. Conforme la pareja va expresando sus ideas y sentimientos, el terapeuta hace comentarios que o bien suelen remarcar el lado positivo de la interacción terapéutica o bien redefinen la situación como diferentes, si no opuesta, a la definición que los esposos dan de ella.

El énfasis en lo positivo se realiza típicamente cuando el psicoterapeuta redefine los motivos o propósitos de la pareja. Si por ejemplo, el marido protesta de las continuas regañinas de su mujer, el terapeuta comentará que tal vez ella intenta acercarse a su marido y conseguir más intimidad con él. Si la mujer protesta de que su marido se aparta constantemente de ella, definirá al marido como una persona que quiere evitar discordias y busca una relación afable. Las maniobras bruscas o brutales son particularmente redefinidas como respuesta a la frustración y no como una conducta grosera. En general siempre que resulte posible el psicoterapeuta define la situación como si la pareja intentara conseguir una intimidad con medios equivocados o dejándose llevar por fuerzas más allá de su control.

También el retrato que cada uno de los cónyuges hace del otro se redefine de una forma positiva. Si el marido presenta a la mujer como persona irresponsable y desorganizada, el terapeuta puede definir tales características como femeninas. Si el marido es pasivo e inactivo, puede calificársele como esta-

ble y paciente. Cuando el psicoterapeuta redefine positivamente a uno de los cónyuges, no se trata sólo de darle apoyo, sino que dificulta el que la pareja continúe con su sistema usual de clasificación. Además, el terapeuta se califica a sí mismo como aquel que clasifica la pareja: insistiendo en lo positivo, lo hace de tal modo que no es fácil oponérsele.

Otra técnica consiste en poner de manifiesto lo contrario de lo que la pareja dice. Si ambos cónyuges insisten en que permanecen juntos porque están obligados a ello por razones religiosas o por el bien de los hijos, el psicoterapeuta habla de los aspectos voluntarios de la relación. Remarcando que se escogieron el uno al otro y que han permanecido unidos durante muchos años, con lo cual resta importancia al aspecto compulsivo de la relación. Cuando marido y mujer manifiestan que su relación es estrictamente voluntaria y que podrían separarse en cualquier momento, el psicoterapeuta pone de relieve que han permanecido tanto tiempo juntos a pesar de sus dificultades y que es evidente que no desean en el fondo terminar su unión.

El terapeuta redefine también el tipo de relación de la pareja. Así por ejemplo, si la mujer afirma que ella es la única persona responsable en la familia y que se ve obligada a vigilar a su marido, no se limita a compadecerla por las privaciones a que se somete al aceptar este estado de cosas, sino que comenta también los actos responsables del marido y, además puede sugerir que quizá éste dispone la situación de tal forma que ella sea la responsable, con lo que pone en duda quién es el que vigila a quién. Igualmente si el marido dice que su mujer es una inútil, el psicoterapeuta le ayuda a describir que no lo es tanto como parece. Insistiendo simultáneamente en el aspecto opuesto o diferente de una relación, socava los medios que utilizan los cónyuges para re-

definir la relación de forma distinta y por lo tanto, a experimentar un cambio.

Otra técnica consiste en estimular a la pareja a que cada uno hable del otro lo cual permite hacer explícitas muchas de las reglas matrimoniales implícitas o disimuladas. Si existe, por ejemplo, un acuerdo implícito de visitar a los parientes del marido pero no a los de la mujer, el psicoterapeuta puede preguntar el porqué de esta preferencia; si el tema no había sido tratado explícitamente queda entonces sobre el tapete y es posible tomar una decisión. También puede darse el caso, de un acuerdo implícito según el cual la mujer no deja hablar nunca al marido. Cuando el psicoterapeuta señala que la mujer parece interrumpir al marido antes que pueda decir nada, aquella le resultará más difícil hacerlo, aun cuando no esté sugiriendo un cambio sino simplemente comentando lo que sucede. También es posible restar eficacia a los mecanismos de protección mutua mediante un comentario; sugiriendo al marido - por ejemplo, que su esposa parece tratarle como una planta delicada; se provoca una discusión más directa. Los conflictos sobre las reglas a seguir pueden resolverse animando a la pareja a discutir su vida en común y elaborar compromisos con un psicoterapeuta que remarca los aspectos positivos. En cambio, los conflictos acerca de quién ha de dictar las reglas requieren una dirección más activa por parte del psicoterapeuta.

Es en realidad extremadamente difícil encontrar el modo de dirigir a la pareja hacia un cambio de sus formas habituales de conducta cuando éstas son conflictivas. La mujer que insiste en ser persona responsable en el matrimonio suele ser irresponsable en otro nivel. Así por ejemplo, es posible que se responsabilice hasta tal punto del presupuesto familiar que se comporte de una-

forma irresponsable atormentando con este tema a su marido y a sus hijos. -

Pedirle que cometa algún acto irresponsable no supone necesariamente pedirle algo nuevo. Igualmente, el marido que nunca dice "no" directamente a su mujer, suele ser un hombre que está diciendo continuamente "no" con su resistencia pasiva. Pedirle que diga "no" es solicitarle que cambie su conducta tan sólo parcialmente. Incluso pedir a un marido que trata fríamente a su mujer que se muestre más considerado con ella no equivale siempre a solicitarle un cambio de conducta porque el trato frío puede resultar considerado para cierto tipo de mujer. De hecho, si el marido la tratara más afablemente podría temer que se le iba a exigir demasiado o verse abrumada por tales sentimientos de culpabilidad que la conducta súbitamente afable de él sería en realidad una falta de consideración.

Estimular a una pareja a seguir su conducta habitual es paradójicamente, una de las formas más rápidas de producir un cambio. Tal es el caso, por ejemplo, de un marido que durante muchos años había intentado por todos los medios que su mujer disfrutara de un orgasmo sexual. Llegó a dar tal importancia a esta cuestión y se enojaba y desesperaba de tal manera con ella que el tema adquirió las características de un conflicto grave. El terapeuta le dijo a la mujer, en presencia del marido, que uno de aquellos días posiblemente disfrutaría del placer sexual y que, en tal ocasión, tenía que decirle al marido que no había disfrutado. Perseguía así varios propósitos, entre ellos, el de crear un ambiente de incertidumbre y liberar así al marido (que sufría de eyaculación precoz) de su excesiva preocupación por el placer de su mujer. No obstante, también había en lo dicho cierta indicación paradójica de que la mujer podía disfrutar sexualmente y negarlo, con lo que en realidad el conse-

jo equivalga a estimular su conducta habitual.

La pareja que tiene dificultades tiende a perpetuar su conflicto intentando resolverlo de tal forma que continua a pesar de sus múltiples esfuerzos. El propósito del terapeuta no es tan sólo cambiar o ampliar los tipos de relación de la pareja, como hemos visto, sino también provocar un cambio en sus formas de mantener estabilidad del sistema matrimonial. Para ello es preciso modificar las variables correctivas del sistema, a fin de que éste mismo pueda cambiar.

La consulta de una pareja al psicoterapeuta de matrimonios es en esencia un intento por su parte de encontrar medios más satisfactorios de perpetuar su relación, y el psicoterapeuta tiene diversos medios de proporcionar una oportunidad para el cambio: estimula la discusión para resolver el conflicto, hace de consejero razonablemente imparcial, estimula a la pareja a examinar motivaciones de las que pueden no estar conscientes, explicita muchas maniobras usadas por el matrimonio y de esta manera las dificulta, y engendra el hábito de tratar los temas más delicados. Aparte de la discusión, la estimulación de la comprensión y los nuevos puntos de vista que se ofrecen en el curso de la psicoterapia conyugal o de pareja, existe otra causa de cambio: la situación paradójica en que se coloca a la pareja si continúa su conducta conflictiva en el curso del tratamiento.

La pareja se encuentra ante una paradoja, o conflicto entre mensajes a diferentes niveles, cuando el terapeuta ofrece ayuda benévola en una situación que supone para ellos una prueba penosa que han de sentir como punitiva. No es fácil para una pareja exponer sus problemas y conflictos y menos si se tie

ne en cuenta que los temas más delicados para ellos son los que suelen explorarse más a fondo. Todavía se presenta una nueva dimensión paradójica cuando el terapeuta los estimula a continuar su conflicto mientras les comunica a otro nivel que les está ayudando a superarlo.

Resumiendo, el papel del psicoterapeuta como apunta Kardener (6): "Consiste en ayudar a la parte adulta de cada uno de los consortes, o miembros de la pareja, a percibir lo que exige perentoriamente la parte infantil para sentir seguridad; a reconocer claramente que así tuvo que ser en otra época; y sobre todo a darse cuenta de que si bien en esa época no había otras opciones, no sucede lo mismo ahora. Luego de una clara identificación de los sistemas de seguridad internos de tipo infantil y del esclarecimiento de su origen en las pautas de conducta de los padres respectivos, el tratamiento consiste en explorar y alentar el ejercicio de opciones accesibles para el adulto. Inicialmente el terapeuta tiene que estar preparado también para reinterpretar la reciprocidad de la anterior interacción de la pareja. Después de todo, la manera de interactuar no obedecía sólo a las necesidades de seguridad, sino que era también la manera más familiar de relacionarse. Cuando la pareja comprende todo esto y gana confianza al conducirse de un modo diferente, puede asumir el papel de terapeuta y evitar el peligro de regresar a los modos anteriores de relacionarse, pues comprende las necesidades que fueron satisfechas por esos roles. Pueden así ensayar nuevas opciones que antes consideraron imposibles e impedir que los niños que están en su interior perjudiquen su propia actividad de adultos".

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Berenstein, Isidoro.** " CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA DE LA PAREJA CONYUGAL ", publicada en *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
- 2) **Fry F., William.** " EL CONTEXTO MATRIMONIAL DE UN SINDROME DE ANSIEDAD ", publicado en *Psicopatología de la Pareja y Psicoterapia de la Pareja*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
- 3) **Gear M., Carmen y Liendo C., Ernesto.** " PSICOTERAPIA ESTRUCTURAL DE LA PAREJA Y DEL GRUPO FAMILIAR ", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
- 4) **Haley, Jay.** " PSICOTERAPIA DE MATRIMONIOS " Cap. VI de *Estrategias en Psicoterapia*, Editorial Barcelona, 1966.
- 5) **Jackson D., Don.** " EL QUID PRO QUO MATRIMONIAL " publicado en *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
- 6) **Kardener H., Sheldon** " SISTEMAS CONVERGENTES DE SEGURIDAD INTERNA, FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA CONYUGAL " original del Family Process, traducido y publicado en *Grupo terapia de la familia*, compilado por Ackerman, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1976.
- 7) **Lemaire, Jean.** " TERAPIAS DE PAREJA ", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.
- 8) **Schefflen G., Albert.** " RELACIONES BIPERSONALES REGRESIVAS " Publicado en *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
- 9) **Sluski E., Carlos. Bleichmar B., Hugo.** " EL ENFOQUE INTERACCIONAL EN TERAPIA DE PAREJAS ", publicado en *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.

- 10) **Teruel T. Guillermo** "NUEVAS TENDENCIAS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CONFLICTO MATRIMONIAL" publicado en *Psicoterapia de Parejas y Grupo Familiar con Orientación Psicoanalítica*, Editorial Galerna, - Buenos Aires, 1970.
- 11) **Teruel T. Guillermo** "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PAREJAS EN CONFLICTO", *Psicopatología del Proceso Matrimonial*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.

CAPITULO IV

APORTACION PARA LA EVALUACION Y EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIO
NAL DE GRUPO EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA
Y/O DE PAREJA

Antes de entrar propiamente en la exposición de la aportación de esta tesis, deseo señalar algo que constituye un mito y que se refiere a la autonomía de la familia en nuestra sociedad. "La familia célula fundamental de la sociedad", dice desde hace siglos el discurso oficial, es la portadora de los modelos de sujeto necesitados por la estructura social y es el agente de esa sujeción.

La familia, considera Braunstein (8): "es una institución que tiene su tarea y sus leyes que le están asignadas desde afuera de ella misma. Es necesario tener claridad acerca de las múltiples funciones de la familia. Empíricamente se la puede señalar como: a) el lugar donde un hombre y una mujer llegan a ver concretada la satisfacción sustitutiva del deseo infantil de poseer y de identificarse con sus progenitores; b) el ámbito en que tiene lugar una satisfacción exteriormente regulada y codificada de la sexualidad; c) el terreno donde se realiza la reproducción biológica de los individuos determinándose el momento, la cantidad y las modalidades de los nacimientos humanos y d) el lugar donde el niño en crecimiento se identifica con la ley reprimiendo el deseo y donde se determina la modalidad de relación de los futuros integrantes de la sociedad con la autoridad, con el poder, con el trabajo, con el placer, con el saber, con la violencia, etc. En el lenguaje convencional pero cargado de sentido el lugar donde se "forma" al niño y donde él aprende cuál es su lugar".

Y al referirse a la violencia el autor hace ciertas aclaraciones: La "violencia" no es sólo la agresión física directa del adulto sobre el niño. A esa violencia física que es facultativa, que puede o no existir, debe agregarse una violencia simbólica, siempre presente, que juega un papel protagónico en el proceso de domesticación. Su principal mecanismo de acción es la amenaza, formulada o no, de la pérdida de amor hacia el niño. Debido a la absoluta y prolongada dependencia del niño respecto de quienes lo rodean, la experiencia del desamparo ante la falta de protección es ineludible y conlleva la angustia extrema. Para (sobre)vivir hay que tener en cuenta las expectativas y los dictados del otro. "Si no haces lo que te pido no te quiero más" es el esquema de la fórmula que, pronunciada o no, con mil variantes es repetida hasta que el niño adquiere una clara conciencia de su lugar, del sistema de autorizaciones y prohibiciones, de recompensas y castigos que lo transforman en un nudo dentro de la red de relaciones entre las personas. Es también la violencia simbólica la que viene a poner término al complejo de Edipo (de los varones al menos). La castración no se opera nunca en forma real; es la fantasía de castración la que fuerza al niño a renunciar al objeto de su deseo y a deponer los sentimientos de hostilidad hacia el tercero que se interpone en el camino de tal deseo. La castración aparece así como el representante simbólico de toda frustración, de toda privación, de todo bloqueo legal a la acción que pudiera realizar el deseo y alcanzar el placer. La familia es el escenario del drama edípico y este drama termina, en la tragedia de Sófocles, con Edipo ennegueciéndose voluntariamente para no ver las consecuencias del doble crimen que inconscientemente cometió. "Cada niño es ya Edipo antes de nacer: deseará a la madre y aborrecerá al padre, abrigará la fantasía del incesto y la del parricidio. Esta fantasía tendrá un nivel de -

realidad psíquica que hará necesaria la presencia de otra fantasía, esta vez de reparación y autocastigo, equivalente del mítico arrancamiento de los ojos de Edipo. La sexualidad y su consecuencia ulterior, la agresividad, deberán ser reprimidas. El "no ver" de "Edipo Rey" se transforma en la amnesia del deseo y de su trágico final".

La violencia en la familia es pues, en primera instancia, violencia simbólica. A ella puede agregarse o no la violencia física de los castigos y las penitencias directas que fundamentan y refuerzan los efectos de la amenaza (real o fantaseada) de castración. Resulta claro que esta institución no es en absoluto primaria sino que es secundaria a una determinada modalidad de organización de la sociedad que, tácita o expresamente, le encarga el cumplimiento de esas tareas. Y sabemos también que en la familia existe un modo dominante de imposición de normas que es la violencia simbólica que recurre a coerciones ideológicas para asegurar la ubicación de sus miembros en los lugares asignados y un modo accesorio que entra en acción cuando fracasa el primero: la violencia física. Podemos decir que la familia configura un aparato ideológico de la sociedad que tiene entre otras la función de producir y reproducir los seres humanos necesitados - por esa sociedad, es decir, sujetos con ciertas características.

En nuestra sociedad, la familia convencional (que está en trance de modificación) que sirve de modelo a los hijos, el hombre se ocupa de ganar el sustento afuera de la casa y la mujer de los quehaceres domésticos. En esa familia convencional el hombre-padre ocupa una posición de relativo privilegio frente a la mujer-madre. El poder en esta institución se mide por la capacidad de posesión de objetos y de disposición de personas. El "jefe" de la familia podrá delegar ese poder en

la esposa y ésta ejercerlo sobre los hijos preferentemente y, cuando las hay, - sobre personas pertenecientes a clases socialmente inferiores.

Así, cada ser humano que nace en nuestra sociedad occidental, llega para ocupar un lugar que lo espera; su nacimiento es deseado o no, un grupo humano, su familia, se ha preparado para asignarle un puesto determinado, se le asigna un nombre al que deberá responder, se le designan las experiencias que podrá y - las que no podrá tener, dependiendo de la clase social a la que pertenezca, las personas que lo conocerán, la instrucción que podrá alcanzar y el uso que habrá de hacer de la misma, los alimentos que tendrá o que le faltarán, las capacidades personales que podrán germinar y que quedarán mutiladas, la clase social a la que habrá de pertenecer. En cada uno de los casos están prescritos los pensamientos y las conductas que son congruentes con el grupo asignado.

La familia tradicional de nuestra sociedad burguesa capitalista reproduce así, - en cada uno de sus miembros sujetos olvidados del proceso de producción de sí mismos y enajenados en el proceso de producción de bienes de consumo, con su ilusión de autonomía y singularidad, ocupando el lugar que les asignan, para que funcionen o deban funcionar como una herramienta eficaz que cumple con las tareas que la estructura social y familiar le fijó. Así cada miembro de la familia que nace en esa red ocupará un lugar, tendrá un nombre, será una imagen para los otros, su nombre quedará ligado a esa imagen y deberá utilizar ese sistema preformado por la estructura social, que lo habilitará para pensar y decir lo que ese sistema permite, haciendo propios los requerimientos formulados. Por ejemplo, los hombres aprenden a ejecutar sus actividades de acuerdo a las prescripciones de relojes y almanaques y creen que son ellos los que actúan cuando lle-

gan puntualmente a su trabajo y marcan en el momento oportuno su tarjeta en el reloj. Ignoran que la regulación del tiempo les fué infundida de entrada en el seno de su propia familia como ritmo de la alimentación y de la excreción, posteriormente de la escuela, de las vacaciones, del trabajo y del esparcimiento. El sujeto desconoce esa estructura inaparente que gobierna y regula "su" tiempo. Igualmente de modo "natural", "evidente" y "espontáneo" cada miembro de la familia puede experimentar la sensación de ser un sujeto singular, distinto de los otros, dueño de sí mismo, "libre", para que este efecto ilusorio pueda producirse, es necesario que previamente se haya borrado el recuerdo del proceso de incorporación de todas las normas familiares que regulan en el hacer y el pensar, lo permitido y lo prohibido. Esta sujeción (en el doble sentido de proceso de formación del sujeto y de acción de atar, de ligar) se ha cumplido en lo esencial durante los primeros años de la vida y ha sido olvidada, es decir, ha desaparecido del campo de lo que podemos recordar.

Este proceso que acabamos de descubrir no es consciente ni para las familias de clases dominantes, ni para las familias de clases dominadas. Precisamente los procesos de sujeción operan de modo inconsciente y se presentan como el paradigma de lo "natural", lo "lógico", lo "inevitable". Es, en otras palabras, una cuestión de "sentido común", de tal manera que cada familia debe "guardar su lugar"; sea de las de arriba o de las de abajo. Eso significa "vivir en la regularidad". Y para que sus miembros sean eficientes, es necesario que se contemplan a sí mismas como "autónomas e independientes" y no como una herramienta al servicio de la estructura social a la que pertenecen. Paradójicamente, la toma de conciencia del proceso de sujeción y de asignación de los lugares - que se ocupan constituye un prerrequisito para el abandono de esa condición de

herramienta, es decir, para la desujetación. Pues la toma de conciencia permite el distanciamiento respecto del proceso y la adopción colectiva de conductas tendientes a torcerlo y a crear distintas condiciones de vida.

Como afirma Braustein, parafraseando con Althusser (1): "Podríamos decir que el recién nacido, cuando nace, nace viejo. Tiene todos los años de los padres que lo han puesto en marcha en su seno familiar. Llega para ocupar un puesto asignado consciente o inconscientemente por los padres o por quienes tienen su función. Deberá responder a las expectativas conscientes y a los deseos inconscientes de sus familiares. Con frecuencia su lugar es el de "lo que le falta" a cada uno: el pene de la madre, la revancha del padre frente a sus aspiraciones irrealizadas, la unión de una pareja escindida por cotidianos fracasos previos, "el sustituto de un objeto amoroso que ha perdido su valor" (Freud), la recomposición de una unión fantaseada con el padre o la madre de la niñez de los padres, el varón o la mujer deseados antes del nacimiento e independientemente de que el sexo biológico de la criatura corresponda a eso esperado, etc. La lista sería inacabable; el recién nacido se planta en la intersección de deseos muchas veces contrapuestos. La existencia humana de la vida familiar es, de hecho, conflictiva desde antes de nacer en cada uno de sus miembros. El niño deberá encarnar esos deseos ajenos que lo constituyen. Siempre está la presencia de otro dictaminando "serás lo que debas ser y si no, no serás nada". Pero, ¡atención!, estas consideraciones no autorizan ningún reduccionismo ni menos aún postulaciones mecanicistas capaces de retrotraernos al mito de la predestinación (cuya "verdad" empezamos a comprender)... Resumamos nuestra exposición: 1) el individuo no es autónomo, debe comprendérselo a partir de un proceso de sujeción que tiene a la familia como primer escenario, 2) la familia tam-

poco es autónoma debe cumplir un encargo social que le es formulado tácitamente por la estructura que organiza a la sociedad".

Regresando al objetivo de este capítulo; casi todo lo que las ciencias de la conducta saben acerca de las familias se deriva de cuestionarios y entrevistas obtenidos de los miembros de la familia, entrevistados a solas, no en presencia de los demás miembros. La mayoría de los estudios nos dan datos basados en informes y juicios conscientes, y están sujetos a las deformaciones de la memoria y las predisposiciones y falsificaciones conscientes e inconscientes que siempre logran abrirse paso en esta clase de investigación indirecta. Multitud de datos de vital importancia acerca de las familias escaparon a la observación, hasta que se contempló a todos los miembros de la familia interactuando juntos; - por ejemplo, la organización emocional de la familia, los patrones de su comunicación, sus asignaciones abiertas o veladas de papeles, sus formas de influencia, etc., cosas todas de las que la familia suele no percatarse.

En el capítulo sobre la investigación sistemática de la dinámica familiar publicado por Framo (12) en su libro sobre Terapia Familiar Intensiva, afirma: -

"Hasta que familias enteras fueron observadas durante un período prolongado en la Terapia Familiar, no comensamos a conocer la verdad acerca de lo que ocurría realmente en ellas y cuáles eran en verdad las actitudes disfrasadas, y se empesó a penetrar más allá de los informes superficiales que los miembros de la familia ofrecían para el consumo público (frente al entrevistador) o más allá del tipo de conocimiento social fortuito que los vecinos tienen acerca de la familia". De ahí que como más adelante señala el mismo autor al final del capítulo: "Todo el que se disponga a realizar una investigación de la dinámica familiar deberá familiarizarse con la bibliografía del tratamiento de la -

familia y observar a ésta en la excepcional situación de tratamiento... La ejecución de la terapia familiar nos ha ayudado a percatarnos de algunos parámetros familiares que no sabíamos que existiesen... A todo aquel que haya podido contemplar a las familias bajo el impacto emocional del tratamiento, le será difícil volver a ejecutar la investigación familiar a la manera tradicional. Por vez primera estará viendo a la familia ahí donde vive emocionalmente, y obtendrá más conocimientos acerca de ella, que los que podría haber conseguido leyendo una colección de libros o artículos, y, también por vez primera, comenzará a formarse un cuadro fiel de las clases de conducta extravagante que se practican tras las puertas cerradas, las cuales sospechamos que, en algún grado y forma se ponen en práctica en todas las familias... donde comúnmente se engendra lo mejor y lo peor de lo que hay en el hombre".

¿Quién podría soportar a ese marido o a esa esposa? ¿qué quiso decir realmente cuando uno de los dos afirmó que su propia infancia había sido idílica?, ¿Advertieron cómo la paciente comensaba a chuparse los labios cada vez que el padre ganaba la atención de la madre? ¿No les parece que todos quieren poseerse unos a otros, pero a la vez tienen que empujarse y repelerse para no dejarse devorar? Es difícil creer lo que uno observa y descubrir los vigorosos intercambios emocionales que tienen lugar entre los miembros de la familia, que de alguna manera trasladan a los observadores y a los terapeutas hasta las atmósferas emotivas de sus familias en su propia infancia. Cualquier observador ajeno pensaría que todas esas disputas significan que se odian unos a otros. La madre se considera a sí misma la teta perfecta. El padre aparentemente callado y tranquilo, es potencialmente un asesino. El chico es realmente la esposa del padre, es la única persona de la familia que significa algo para él. ¿Por qué-

la paciente comensó a reír, o sacó el espejo para acicalarse cuando se tocaron algunos puntos capitales en la sesión? La manera en que el hijo critica a sus padres, hace pensar que les está diciendo: "no quieren que viva, entonces impondré que ustedes lo hagan". ¿No es asombrosa la manera en que el padre insiste en preguntarle a la paciente qué es lo que ella pueda darle a la familia? ¿Oyó usted a la hermana cuando hizo la estúpida declaración de que la madre come algunas "cositas impuras"?.."

La ciencia exige, por supuesto, que sistematicemos nuestras observaciones y nos ajustemos a un conjunto de reglas fundamentales en la búsqueda de la objetividad. Pero, ¿cómo podría uno llevar a cabo la investigación sistemática sobre esta dinámica familiar tan intrincada? ¿Basta llevar a cabo un método que pueda ser llamado científico para que su aplicación dé un resultado científico?, o bien, ¿cómo reconocer lo que hace de un procedimiento dado un método científico para nuestro propósito?

En su introducción al problema de los métodos en psicología, Pasternac (18), - en el capítulo 5 de su libro "psicología: ideología y ciencia" responde a las dos últimas preguntas que nos hemos hecho, de la siguiente manera: "no es el método el que, por ser científico da valor de conocimiento a su resultado. Es la estructura compleja de objetos de conocimiento, conceptos teóricos y procedimientos apropiados la que permite asignar a estos últimos el valor de métodos científicos".

Ahora bien, si de acuerdo con los diccionarios de la lengua, definimos la palabra "método", encontraremos que se refiere a "todo procedimiento ordenado -

seguido para alcanzar un objetivo", y si buscamos en alguna enciclopedia una respuesta más clara sobre el método científico, leeremos, por ejemplo: "es el orden que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla", con lo cual se da por sentado que "la verdad" existe independientemente y antes del procedimiento utilizado para "hallar" dicha "verdad". Entonces "el orden que se sigue", consistirá en la búsqueda ordenada (de la dinámica, en este nuestro caso particular), donde se encuentra escondida (en el grupo familiar ó conyugal) para finalmente encontrarla y mostrarla.

Siguiendo al mismo autor antes mencionado nos indica que: "toda práctica científica tiene por referencia a la realidad como existencia material (aunque sea mediadamente)... Mas la palabra realidad, nos remite a una cuestión muy delicada, en efecto, ¿a qué nos referimos cuando decimos "la realidad"?... llamamos realidad a las representaciones y percepciones de que disponemos. Ellas constituyen lo que solemos denominar como "lo concreto" (sinónimo ingenuo y a veces supuestamente prestigioso de lo real). Preferimos designarlo con el nombre de concreto aparente para dejar claro sus alcances y sus límites... De tal modo, por un proceso de análisis realizado a partir de representaciones múltiples y caóticas se obtienen las nociones que son unidades elaboradas analíticamente en la práctica precientífica".

En nuestro campo un ejemplo propio que puede explicarnos lo anterior sería: cuando un esposo se lamenta diciendo que no puede evitar el experimentar constantes celos de su mujer y que a la vez considera carentes de fundamento, de un engaño por parte de ella, pero que una y otra vez acude a una serie de rituales para evitarlo. En este caso, de acuerdo con nuestra experiencia clínica y -

los conocimientos de la semiología psiquiátrica, diremos que ese marido tiene "ideas obsesivas". Identificar este fenómeno y designarlo, no implica sin embargo, haberlo explicado: es una "elaboración nocional". Hemos hasta aquí obtenido el resultado del trabajo en el seno de una práctica precientífica que, por análisis, llega a descubrir ciertas regularidades propias de lo empírico, es decir, hemos obtenido información sistemática sobre la realidad aparente.

Ahora bien, el psicólogo investigador del grupo familiar, mantiene con su objeto empírico -los miembros de la familia y su interacción- una relación, que se encuentra inmersa en la familiaridad de lo cotidiano con el conjunto de representaciones ficticias que el lenguaje ordinario traduce y que adquiere pretensiones-técnico-científicas facilitadas por su aparente evidencia: "tener conciencia", - "sentir afecto", "experimentar sensaciones", "comprender" etc., por el supuesto conocimiento que todos tenemos de lo humano y lo social dado que lo experimentamos en carne propia. Lo cual lejos de facilitar la tarea científica, llega a constituir en ocasiones un obstáculo adicional que atrapa al estudioso del comportamiento humano en el seno del grupo familiar.

"No puede haber conocimiento al margen de la práctica... todo conocimiento auténtico nace de la experiencia directa... se origina en las sensaciones que el hombre obtiene del mundo exterior objetivo a través de los órganos de los sentidos", expone Mao Tse Tung (22) en su disertación sobre la relación entre el conocimiento y la práctica, entre el saber y el hacer, en la primera de sus cinco tesis filosóficas; y con extraordinaria sencillez explica: "Así se ve que el primer paso en el proceso del conocimiento es el contacto con las cosas del mundo exterior; éste corresponde a la etapa de las sensaciones. El segundo es sintetizar los datos proporcionados por las sensaciones, ordenándolos y elaborándolos; éste co-

responde a la etapa de los conceptos, los juicios y los razonamientos. Sólo cuando los datos proporcionados por las sensaciones son muy ricos (no fragmentarios e incompletos) y acordes con la realidad (no ilusorios), pueden servir de base para formar conceptos correctos y una lógica correcta".

El conocimiento comienza con la experiencia; este es el materialismo de la teoría del conocimiento, continúa Mao: "En el orden que sigue el proceso del conocimiento, la experiencia sensorial viene primero. El segundo punto es que el conocimiento necesita profundizarse, necesita desarrollarse de la etapa sensorial a la racional: ésta es la dialéctica de la teoría del conocimiento. Pensar que el conocimiento puede quedarse en la etapa inferior, sensorial, y que sólo es digno de crédito el conocimiento sensorial y no el racional, significa caer en el "empirismo", error ya conocido en la historia. El error de esta teoría consiste en ignorar que los datos proporcionados por las sensaciones, aunque constituyen reflejos de determinadas realidades del mundo exterior objetivo, no pasan de ser unilaterales y superficiales reflejos incompletos de las cosas que no traducen su esencia. Para reflejar plenamente una cosa en su totalidad, para reflejar su esencia y sus leyes internas, hay que proceder a una operación mental, someter los ricos datos suministrados por las sensaciones a una elaboración que consiste en desechar la cáscara para quedarse con el grano, descartar lo falso para conservar lo verdadero, pasar de un aspecto a otro y de lo externo a lo interno, formando así un sistema de conceptos y teorías; es necesario dar un salto del conocimiento sensorial al racional... La función activa del conocimiento no solamente se manifiesta en el salto activo del conocimiento racional a la práctica. El conocimiento que alcanza las leyes del mundo hay que dirigirlo de nuevo a la práctica transformadora del mundo, hay que aplicarlo nuevamente a

la práctica de la producción, así como a la práctica de la experimentación científica. Este es el proceso de comprobación y desarrollo de la teoría, la continuación del proceso global del conocimiento. El problema de saber si una teoría corresponde a la verdad objetiva no se resuelve; ni puede resolverse completamente en el arriba descrito movimiento del conocimiento desde lo sensorial a lo racional. El único medio para resolver completamente este problema es dirigir de nuevo el conocimiento racional a la práctica social, aplicar la teoría a la práctica y ver si conduce a los objetivos planteados".

¿Cómo se constituye una ciencia?, Braunstein (7) en el primer capítulo de su libro "psicología, ideología y ciencia" ofrece la respuesta a esta interrogante proponiendo tres caminos posibles, a saber:

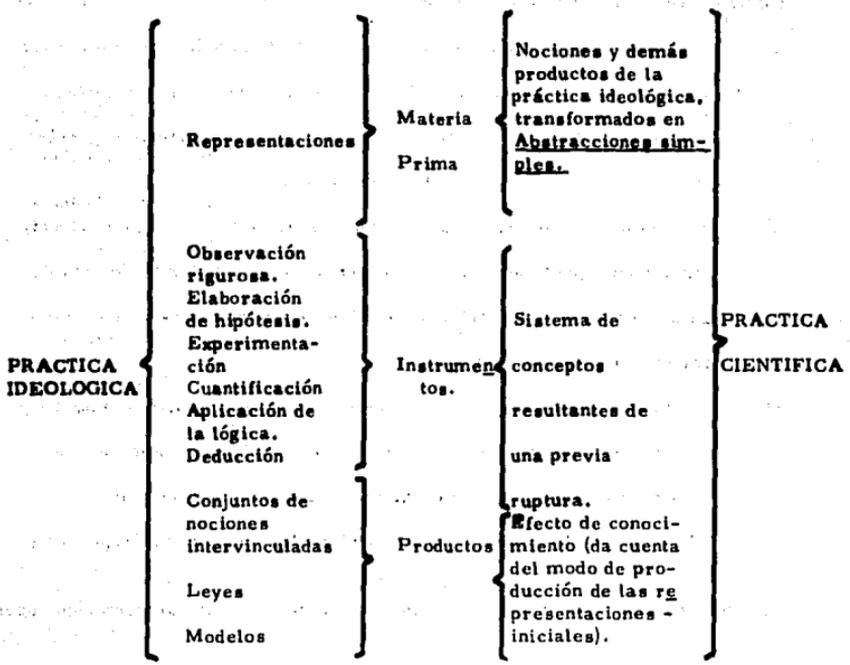
- a) "Se afirma que la ciencia se constituye yendo de lo más simple a lo más complejo y que comienza por el conocimiento directo que los sentidos nos dan de las cosas. En otras palabras por un movimiento progresivo que lleva desde lo evidente a lo desconocido.
- b) Se postula la existencia de una facultad especial del intelecto o del espíritu humano que le permite aprehender la esencia de los fenómenos de un modo repentino y exacto, trascendiendo las engañosas apariencias - que pudiesen ocultar esa esencia y,
- c) Se sostiene que la ciencia no se apoya en las apariencias ni tampoco tiene como objetivo la búsqueda de esencias escondidas, que la ciencia se construye merced a un trabajo de producción de conceptos enfrentando a los datos de la experiencia sensorial y a las convicciones espontáneas"

El autor nos aclara que sus proposiciones corresponden a una presentación super

simplificada de las tres concepciones epistemológicas dominantes: a) empirista b) intuicionista y c) la práctica teórica o materialista; considerando que la concepción intuicionista se encuentra actualmente superada, ya que está fundada en viejos prejuicios filosóficos que han sido derrocados por la constitución y el desarrollo teórico de las ciencias.

Para poder resumir lo expuesto hasta aquí sobre el proceso del conocimiento científico valdría la pena presentar la esquematización que Braunstein expone en su segundo capítulo del mismo libro:

PLANO DE LA REALIDAD (Ontológico)
PLANO DEL CONOCIMIENTO (Gnosológico)



Del análisis del esquema anterior el autor extrae las siguientes conclusiones necesarias: "En primer término, hay dos planos que no deben confundirse: el "Plano de la Realidad" o "Plano Ontológico" que existe independientemente de los fenómenos que en él se dan sean conocidos, pero del cual nada puede afirmarse sin un proceso de conocimiento, y otro "Plano del conocimiento o Gnosológico", en el que se pretende, a través de prácticas específicas, llegar a una apropiación teórica de la realidad ontológica. Dentro del plano gnosológico hay dos tipos de prácticas diferenciadas, la práctica ideológica, que parte de representaciones y termina en nociones, leyes y modelos que reproducen de un modo elaborado esas representaciones y la práctica científica que toma como punto de partida las abstracciones simples producidas por la práctica ideológica y desemboca en un efecto de conocimiento de la realidad". Braunstein (8).

En el proceso de producción de conocimientos hay siempre un lugar reservado para la observación, y es, esta última el punto de contacto que presentan los métodos clínico y experimental, como lo señala Paternac (19) en su revisión del método experimental y el método clínico en psicología y define la experimentación como una observación rigurosa cuyo ideal es reconocer las variaciones de una sola característica (variable dependiente) en un elevado número de sujetos, en tanto que el método clínico trata de registrar la observación del mayor número posible de variables en un sólo individuo o caso, es decir, para nuestro propósito tomaríamos una pareja o familia.

Lo que caracteriza al método clínico en una primera aproximación, es el estudio en profundidad y en extensión de un caso (la familia Pérez, por ejemplo). El "caso clínico" explorado en todas sus variables evoca la situación inversa de -

la del método experimental donde se intenta explorar las modificaciones de una sola variable en multitud de casos (100 familias) que constituyen ya sea la totalidad de un universo o una muestra representativa del mismo. El método clínico se caracteriza en nuestro caso particular por centrar la investigación sobre comportamientos relacionados por la familia o pareja en tratamiento (su "historia"), reacciones observables en el curso de la relación terapéutica establecida con la pareja o la familia y otras reacciones específicamente provocadas en condiciones sistemáticas constantes con el fin de comprenderlas y explicarlas en sus particularidades.

Sabemos también que el método experimental no puede ni debe ser rechazado ni aceptado a priori en psicología. Su valor como en cualquier otra disciplina, es el de la teoría que ponen a prueba los experimentos. Cuando esta teoría existe permite construir un cuerpo sistemático de hipótesis con vistas a su confirmación o invalidación experimental.

Hemos expuesto hasta aquí cómo el razonamiento científico consiste en basarse en los hechos y desprender de ellos las hipótesis que, después de ser sometidas a comprobación, se convierten en explicaciones científicas o en leyes, las que, a su vez, se integran en hipótesis cada vez más generales y que constituyen la teoría científica. También hemos explicado brevemente dos de los métodos utilizados en psicología para aproximarnos y conocer la interacción que se da en los grupos de pareja y familiares, por lo cual consideramos como método de aproximación más apropiado el método clínico orientado hacia la comprensión de la familia o la pareja, basado principalmente en la observación en situación terapéutica y en evolución y en el análisis profundo de cada caso en particular.

Para poder aplicar el método clínico necesitamos saber ¿qué es observación? Los textos la definen como la "comprobación de los hechos tal y como se presentan espontáneamente" ¿Y qué son los hechos? las cosas o acontecimientos abordables por la observación, son fenómenos u objetos de la experiencia. En este procedimiento hay lógicamente un observador u observadores (el terapeuta o coterapeutas) y los observados (el grupo familiar). Estos últimos se comportan, actúan y hablan en la situación terapéutica, siendo estas formas de conducta las que se registran en la observación. El observador (psicoterapeuta) debe consignar los hechos observados con la mayor rigurosidad, su formación profesional supone la capacidad para ese registro sobre la marcha de cualquier observable.

Conviene también para los propósitos de esta tesis señalar que la observación puede ser ocasional o sistemática. La primera se ofrece en todo momento al psicólogo que presta suficiente atención a los acontecimientos que se producen (conductas). La observación sistemática implica una reducción del campo de observables estudiados realizada por el observador en función de un proyecto preciso de investigación, que será el que a continuación se expone.

El proyecto de investigación de esta tesis pretende los siguientes objetivos:

- 1o. Descubrir algunos de los procesos psicodinámicos de interacción que se dan en la pareja y en el grupo familiar.
- 2o. Identificar la interacción correspondiente a cada uno de los procesos psicodinámicos que se dan en el grupo familiar y en la pareja.
- 3o. Estructurar un esquema de evaluación para el psicodiagnóstico interaccional de grupo, que facilite el psicodiagnóstico y la evaluación de la pa

reja y la familia en la terapia familiar y/o de pareja.

- 4o. Presentar la evaluación psicodiagnóstica de 10 familias y/o parejas en psicoterapia (esta evaluación será presentada en el siguiente capítulo).

Para descubrir algunos de los procesos psicosociales que se dan en la pareja y/o en el grupo familiar, necesitaremos primeramente definir ¿qué entendemos por - proceso psicodinámico? Proceso psicodinámico es el conjunto de fases sucesivas de la interacción que tienen una finalidad común para el grupo en estudio u observación, y que pueden ser identificados y descritos mediante las actitudes, acciones y comportamientos recíprocos de sus miembros. A su vez la interacción es el proceso por el cual cada miembro de la pareja y/o familia toma en cuenta y responde a su cónyuge o a los demás que lo están tomando en cuenta. La interacción alude a conductas que son a la vez estímulo y respuesta y que pueden tener un significado como estímulo y otro como respuesta.

Freud en la introducción de su trabajo "Psicología de las masas y análisis del yo" (13) señala claramente: "La oposición entre psicología individual y psicología social o colectiva, que a primera vista puede parecernos muy profunda, - pierde gran parte de su significación en cuanto la sometemos a un más detenido examen. La psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que él mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales, le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes. En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, "el otro" como modelo, objeto, auxiliar o adversario y de este modo - la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología so-

cial, en un sentido amplio, pero plenamente justificado".

Como señala Pichon - Riviere (20) al tomar a Freud como punto de partida de la psicología social: "Se refiere luego Freud a las relaciones del individuo con sus padres, con sus hermanos, con la persona objeto de amor y con su médico relaciones estas que han sido sometidas a la investigación psicoanalítica (e interaccional, agregamos nosotros) y que pueden ser consideradas como fenómenos sociales", y más adelante afirma: "Toda la vida mental inconsciente, es decir, el dominio de la fantasía inconsciente, debe ser considerado como la interacción dialéctica con los objetos del mundo exterior... esto es, toda psicología en un sentido estricto, es social".

Es también Pichon - Riviere (20) quien al abordar la prevención en el ámbito del grupo familiar nos propone: "La Salud Mental resulta evaluable en términos de calidad de comportamiento social. Este comportamiento, su operatividad o su deterioro, está íntimamente ligado a factores de orden socioeconómico y familiar, que intervienen o determinan en forma positiva o negativa, una adaptación activa a la realidad, en la que el sujeto se compromete con el medio en una relación creativa y modificadora".

Como lo revisamos en el segundo capítulo de esta tesis el enfermo es el portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato, la familia. Pero a su vez, es también el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz, como el mismo autor arriba citado señala, de su inseguridad y su clima de incertidumbre. "Curarlo es adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio y transformarnos nosotros también en elementos del cambio".

El carácter de estructura del grupo familiar surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica padre, madre, e hijo, como ya también lo hemos mencionado, emergentes de las relaciones y diferencias biológicas. Situación triangular básica y universal, con sus posibles variables culturales propias, que determinan el modelo que seguirán las interrelaciones familiares.

Para nuestros propósitos este carácter estructural del grupo familiar nos permite abordarlo como unidad de análisis, en el sentido de poder aproximarnos a él encarándolo como unidad diagnóstica, pronóstica, terapéutica y de profilaxis, como también lo expusimos en la última parte del primer capítulo.

La familia y dentro de ella, la pareja como unidad básica de interacción, aparece como el instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional. Su funcionalidad y movilidad de dicha posición señalarán el grado y naturaleza de adaptación en ese contexto grupal, del que cada sujeto resulta portavoz, y como afirman Glick y Kessler (14) en su disertación para comprender el concepto de la familia como un sistema: "Matrimonio y familia constituyen el más importante sistema, o grupo, en relación al desarrollo psicológico individual, interacción emocional y mantenimiento de la propia autoestima. Para muchos de nosotros la familia es el grupo en el cual experimentamos nuestros intensos amores y nuestros fuertes odios, en el cual disfrutamos nuestras profundas satisfacciones y sufrimos nuestros más dolorosos desengaños". Consideran así mismo, estos autores, que la familia o el matrimonio como unidad difieren desde la simple suma de sus componentes y señalan que el conocer los atributos de cada uno de sus miembros

no es lo mismo que entender el sistema como una entidad, pues la acción de cada uno de sus miembros afectará a la familia completa.

La pareja que se compromete en una relación permanente para satisfacer sus respectivas necesidades, constituye un grupo en el que tanto el hombre como la mujer se han elegido para crear y recrear su propio vínculo de acuerdo a sus respectivas experiencias previas y en este sentido el grupo familiar recién formado es en parte electivo, pero con el nacimiento de los hijos esta particularidad se convierte en impuesta ya que nadie elige a sus padres, y así la familia adquiere a través de su propia historia esta significación dinámica, porque mediante su funcionamiento, provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles distintivos, pero mutuamente vinculados a través de la interacción del padre, de la madre y del hijo, que constituyen los roles básicos en todas las culturas. Si estas diferencias son negadas o desatendidas aunque fuera por un sólo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, alterándose la interacción y creándose un estado de confusión y de caos. Luego entonces el objeto de nuestro estudio será la interacción que se da entre los miembros del grupo familiar.

El proceso de interacción es la característica principal de la pareja y del grupo familiar, que expresa el hecho de que cualquiera de sus miembros en situación social, lo que toma en cuenta y hace es al mismo tiempo una respuesta a lo que los otros han tomado en cuenta y hecho, y también constituye potencialmente, un estímulo para lo que otros tomarán en cuenta y harán. Alude a conductas recíprocas que podemos desglosar en actitudes, acciones y comportamientos que son a la vez estímulo y respuesta y que pueden tener un significado como estí-

mulo y otro como respuesta. En otras palabras estas conductas (actitudes, acciones y comportamientos) que requieren un mínimo de reciprocidad entre los miembros de la pareja o de la familia es lo que entendemos por interacción (ver el siguiente esquema.)

ESQUEMA TEÓRICO DEL PROCESO PSICODINAMICO

DE INTERACCION DE LA PAREJA Y/O DEL

GRUPO FAMILIAR

<u>INTERACCION:</u> Conductas recíprocas entre los miembros	<u>ACTITUDES:</u> Disposiciones para realizar una acción o dejarla de realizar.	Indiferencia Segregación Desconfirmación. Marginación Evasión Deficiencia	} INTERACCION DISOCIATIVA
	<u>ACCIONES:</u> Actos o movimientos que determinan una conducta sencilla.	Aceptación Fragmentación Rechazo Coartación Rivalización Insuficiencia	} INTERACCION RESTRICTIVA
	<u>COMPORTAMIENTOS:</u> Conductas más complejas que se dan entre los miembros de la pareja o familia.	Identificación Integración Confirmación Cooperación Realización Eficiencia	} INTERACCION ASOCIATIVA

Como puede apreciarse a través del esquema teórico del proceso psicodinámico de la interacción, las conductas recíprocas que se dan entre los miembros de la pareja o de la familia pueden ser desglosadas en actitudes, acciones o comportamientos dependiendo del grado de simplicidad o complejidad de las interacciones.

Entendiendo por actitudes todas aquellas disposiciones, por parte de alguno o algunos de los miembros, para realizar una acción o dejarla de realizar: por acciones, los actos o movimientos que determinan una conducta sencilla, y por comportamientos algunas conductas más complejas que se dan entre los miembros de la pareja o familia.

A su vez, la interacción puede ser clasificada en disociativa, restrictiva o asociativa dependiendo de la cualidad de la misma si favorece la asociación, la disociación o la restricción entre los miembros componentes de la pareja o de la familia. Así tenemos que cuando se aprecia indiferencia, segregación, desconfirmación, marginación, evasión y deficiencia entre los miembros, la interacción resultará predominantemente disociativa para la pareja o el grupo familiar. Cuando se aprecia aceptación, fragmentación, rechazo, coartación, rivalización e insuficiencia en las conductas recíprocas de los componentes de la pareja o familia, la interacción observada será restrictiva. Finalmente, cuando observamos identificación, integración, confirmación, cooperación, realización y eficiencia entre los integrantes de la pareja o de la familia, la interacción apreciada será asociativa.

Ahora bien, estas conductas recíprocas o interacciones se combinan para formar secuencias progresivas de participación que tienden a facilitar el equilibrio homeostático del grupo y constituyen lo que identifico como procesos psicodinámicos de interacción (Consultar antecedentes de estos procesos en mi tesis profesional de psicología (2), en un artículo que publiqué en la revista de Psiquiatría, sobre los procesos psicosociales y la interacción (3)), y en mi tesina de postgrado de especialización en Terapia Familiar (4).

Podríamos así definir entonces como proceso psicodinámico de interacción a to

das aquellas secuencias progresivas de participación que facilitan el equilibrio homeostático del grupo y que pueden ser detectables mediante la observación clínica "in situ" de las conductas recíprocas (interacción) de los miembros integrantes de la pareja o familia en consulta.

A través de la práctica terapéutica con parejas y con familias he podido identificar seis procesos psicodinámicos de interacción que permiten elaborar un psicodiagnóstico interaccional de la pareja y/o del grupo familiar (ver esquema siguiente, pág. 89).

En el esquema teórico se precisan seis de los principales procesos psicodinámicos de interacción que estructuran al grupo como tal y facilitan el equilibrio homeostático del mismo como un sistema dialéctico de fuerzas que provienen a) de los integrantes del grupo mediante su propia conducta recíproca que es al mismo tiempo estímulo y respuesta para los demás, b) de la amplia gama de interacciones que se combinan en procesos psicodinámicos continuos de interacción, de los cuales he detectado e identificado seis procesos que son los que se señalan y definen en el esquema teórico c) de la combinación de estos procesos que estructuran al grupo en sistema, y d) de las fuerzas que provienen de la estructura social a la que pertenece el grupo (cuya influencia es esencialmente ideológica y socioeconómica, - como lo hemos hecho explícito al inicio del presente capítulo).

Así mismo, se señalan e identifican con claridad las interacciones (actitudes, - acciones o comportamientos recíprocos) correspondientes a cada proceso psicodinámico continuo de interacción, con el objeto de poder sistematizar nuestra - observación clínica participativa en la consulta terapéutica del grupo familiar - y/o de la pareja; en la que, el énfasis recae más en el proceso interaccional en el "aquí y en el ahora", que en el contenido de las verbalizaciones que la pareja

ESQUEMA TEORICO DE LOS PROCESOS PSICODINAMICOS DE
INTERACCION DE LA PAREJA Y/O DEL GRUPO FAMILIAR
Y SU CORRESPONDIENTE INTERACCION ESPECIFICA

PROCESOS PSICODINAMICOS
CONTINUOS DE INTERACCION

PERTENENCIA:

Proceso que favorece la identidad del grupo, mediante la internalización de los demás miembros, y a su vez permite establecer la identidad propia como miembro autónomo al desempeñar su rol correspondiente dentro de la familia o pareja. Responde a la necesidad de seguridad emocional e identificación entre los miembros del grupo.

COHESION:

Proceso que favorece la integración del grupo, a través de la adhesión y solidaridad de cada uno de los miembros de la pareja o familia, y a su vez permite que cada integrante alcance una síntesis que hace al grupo como grupo, y que lo constituye.

Responde a la necesidad de integración y vinculación de los miembros del grupo.

COMUNICACION:

Proceso fluido y multifacético de muchos modos de conducta (verbal, tonal, postural, contextual etc.) que implican un compromiso entre los miembros de la pareja o del grupo familiar y por ende definen su relación al imponer conductas.

Responde a la necesidad de relación o contacto entre los miembros del grupo.

PARTICIPACION:

Proceso que permite el tomar parte activa y favorece la intervención directa de cada uno de los miembros de la pareja o familia en las tareas y metas a desarrollar por el grupo.

Responde a la necesidad de participar con los demás miembros del grupo y ser tomado en cuenta por ellos.

TAREA:

Proceso que conduce al grupo hacia el logro de sus objetivos, es una praxis que se establece sobre la base de roles diferenciales entre los miembros de la familia o de la pareja con una trayectoria común en un hacer dialéctico hacia una finalidad.

Responde a la necesidad de complementariedad en un grupo capaz de logros instrumentales, afectivos y situacionales.

INTERACCIONES O CONDUCTAS RECIPROCAS.

INDIFERENCIA
ACEPTACION-RECHAZO

IDENTIFICACION

SEGREGACION

FRAGMENTACION

INTEGRACION

DESCONFIRMACION

RECHAZO-ACEPTACION

CONFIRMACION

MARGINACION

COARTACION

COOPERACION

EVASION

RIVALIZACION

REALIZACION

**PROCESOS PSICODINÁMICOS
DE INTERACCIÓN**

**INTERACCIONES O CON-
DUCTAS RECÍPROCAS.**

EFICACIA:

Proceso que facilita la precisión y capacidad con que los miembros de la pareja o familia realizan sus tareas y cumplen con las metas del grupo que se han propuesto.

Responde a la necesidad de aprendizaje y al cumplimiento eficaces de las tareas y los logros.

DEFICIENCIA

INSUFICIENCIA

EFICIENCIA

o la familia puedan hacer respecto a su conflicto actual o a su propia historia, sin que ésto signifique que ignoremos el devenir histórico tan determinante muchas veces para la salud o patología familiar o de la pareja, o bien la verbalización del conflicto actual que nos permite generalmente conocer el motivo aparente de la consulta, tras del cual pueden esconderse las causas verdaderas que una familia o una pareja tienen para solicitar ayuda profesional.

Estas interacciones, como puede apreciarse en el esquema teórico anterior, se combinan entre sí constituyendo los procesos psicodinámicos continuos de interacción, a través de los cuales pretendo elaborar un psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la pareja y/o de la familia; que quizás pueda hacerse extensivo también a otros grupos terapéuticos u operativos como pueden ser los grupos de enseñanza o de trabajo en los que se dé una relación directa cara a cara.

El Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Grupal en la Terapia Familiar y/o de Pareja, constituye la síntesis de la aportación personal de esta tesis al campo de la psicoterapia familiar y/o de pareja, que es el campo de la psicoterapia grupal más actual y reciente, en

proceso aún de estudio e investigación, que ofrece mayores ventajas preventivas desde el punto de vista social y de salud mental comunitaria, al ubicar al "hombre en su contexto social original", ya sea su familia inicial o su familia actual; de mayor interés personal para mí, ya que acabo de terminar mi preparación como terapeuta familiar en el Instituto de la Familia, A.C., y ha sido el tipo de práctica profesional que he venido desempeñando en los últimos dos años tanto a nivel institucional dentro del I.M.S.S., en el Centro Comunitario de Salud Mental como en la práctica privada (ver esquema de evaluación. Página # 92)

El Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional, ofrece la posibilidad de llegar a precisar un psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la pareja o la familia consultante, a través de la observación clínica-participante, detectando primeramente el tipo de interacción (actitudes, acciones o comportamientos recíprocos) entre los miembros de la pareja o familia, que puede ser predominantemente asociativa, restrictiva o disociativa, como puede apreciarse en las tres columnas centrales del esquema; al identificar las interacciones predominantes más significativas en el proceso de la consulta terapéutica y cotejarlas con el esquema de evaluación, podemos correlacionar a qué proceso psicodinámico corresponden dichas interacciones al regresarnos a la primera columna; lo cual nos permite detectar en segundo término cada uno de los procesos psicodinámicos continuos de interacción; y por último, habiendo detectado estos procesos, llegar mediante la combinación por pares de los mismos a establecer un psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la pareja o familia que aparece en la última columna del esquema, como se describe enseguida.

**ESQUEMA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO
INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA FAMILIAR**

Y/O DE PAREJA

PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	(Actitudes, Acciones y Comportamientos Recíprocos) I N T E R A C C I O N			PSICODIAGNOSTICO- INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA GRUPAL
	DISOCIATIVA	RESTRICTIVA	ASOCIATIVA	
PERTENENCIA	INDIFERENCIA	ACEPTACION RECHAZO	IDENTIFICACION	Familia { Integrada % o { Fragmentada % Pareja { Segregada %
COHESION	SEGREGACION	FRAGMENTACION	INTEGRACION	Familia { Cooperativa % o { Coartada % Pareja { Evasiva %
COMUNICACION	DESCONFIRMACION	RECHAZO ACEPTACION	CONFIRMACION	Familia { Eficiente % o { Insuficiente % Pareja { Deficiente %
PARTICIPACION	MARGINACION	COARTACION	COOPERACION	
T A R E A	EVASION	RIVALIZACION	REALIZACION	
EFICACIA	DEFICIENCIA	INSUFICIENCIA	EFICIENCIA	

Así; al describir más detalladamente las posibilidades que ofrece este esquema de evaluación tenemos en la primera columna detectados seis procesos psicodinámicos continuos de interacción, con sus respectivas interacciones correspondientes en las tres columnas siguientes, y finalmente en la quinta columna el psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la familia o pareja consultante en evaluación o psicoterapia; lo cual nos permite apreciar el grado en que la familia o pareja se encuentra integrada, fragmentada o segregada, dependiendo de cómo se dé la interacción correspondiente a los procesos de pertenencia y cohesión; es decir qué tanta identificación e integración, aceptación y fragmentación, indiferencia y segregación se dé entre sus miembros.

También permite diagnosticar el grado en que la pareja o familia en cuestión es cooperativa, coartada o evasiva, dependiendo de cómo se den los procesos de comunicación y participación y su correspondiente interacción, es decir, qué tanta confirmación y cooperación, rechazo y coartación, desconfirmación y marginación se estime entre sus integrantes.

Facilita igualmente la estimación diagnóstica con que la familia o pareja está cumpliendo con sus tareas y permite apreciar el grado en que es eficiente, insuficiente o deficiente en el cumplimiento de las mismas, al estimar las interacciones correspondientes a los procesos de la tarea y eficacia, que son realización y eficiencia, rivalización e insuficiencia, evasión y deficiencia.

En un análisis más minucioso aún del cuadro encontramos a nivel interaccional que si predominan la indiferencia respecto al proceso de pertenencia y la segregación respecto al proceso de cohesión el grupo familiar o marital es "segregado"; en tanto que si observamos aceptación y fragmentación entre sus miembros por

lo que se refiere a los mismos procesos de pertenencia y cohesión el diagnóstico nos indica que la pareja o familia se encuentra fragmentada; y cuando encontramos identificación e integración en los mismos procesos respectivamente nuestro diagnóstico señala que la familia o pareja está integrada. (ver Esquema de Evaluación, pág. anterior).

El mismo análisis puede hacerse respecto a los dos procesos siguientes de comunicación y participación respectivamente, cuando notamos que entre los integrantes de la familia o pareja hay desconfirmación y marginación en sus conductas recíprocas estamos frente a un grupo familiar o marital evasivo; mientras que si sus interacciones denotan rechazo y coartación, la pareja o familia es diagnosticada como coartada; y si entre sus miembros se aprecia confirmación y cooperación, el grupo marital o familiar es cooperativo.

También podemos evaluar si el grupo realiza sus tareas y la precisión con que éstas son realizadas dependiendo de la interacción correspondiente; así cuando detectamos evasión y deficiencia en el cumplimiento de las mismas la pareja o familia consultante es deficiente; si observamos rivalización e insuficiencia en sus roles o funciones, el diagnóstico es de insuficiente; y por último si existe realización y eficacia, el grupo familiar o marital que nos consulta es eficiente.

Resumiendo, la aportación expuesta hasta aquí, intenta ofrecer un esquema teórico de evaluación para el psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal en la Terapia familiar y/o de pareja que puede ser un instrumento valioso de observación en el Trabajo Terapéutico con parejas y/o familias que acuden a consulta solicitando ayuda. En él se desglosan suscintamente las interacciones o conductas recíprocas que se pueden dar entre los miembros del grupo familiar

o marital y que corresponden a un proceso dialéctico continuo, que a su vez ha sido subdividido en seis procesos psicodinámicos de interacción que conforman la estructura familiar o marital, y favorecen el equilibrio homeostático del sistema, lo cual permite establecer un diagnóstico de la estructura grupal, mediante la observación clínica participante de las interacciones correspondientes a los miembros de la pareja o familia en consulta y poder así determinar el grado en que una u otra pueda estar integrada, sea cooperativa y eficiente; o bien se encuentre fragmentada, coartada y sea insuficiente; o se diagnostique segregada, evasiva y sea deficiente.

Considero que estos diagnósticos pueden darse en diferentes proporciones dependiendo de las combinaciones que puedan hacerse respecto a la estimación clínica de las interacciones respectivas, de tal manera que difícilmente encontraremos familias o parejas plenamente integradas, cooperativas y eficientes así como también será difícil que nos lleguen a consulta parejas o familias totalmente segregadas, evasivas y deficientes, porque éstas quizás no existan ya, se hayan desintegrado o estén en proceso de desintegración y por lo tanto no acuden a solicitar ayuda. Para tener una noción más clara y precisa de la utilidad práctica de este esquema como instrumento de trabajo, en el siguiente capítulo presento la evaluación de 10 casos clínicos en tratamiento que fueron diagnosticados y evaluados a través de este Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Integrecional de la Estructura Grupal en la Terapia Familiar y/o de Pareja, y que recibieron psicoterapia familiar y/o conyugal en el C. C. S. M., del I. M. S. S., y/o en consulta privada.

BIBLIOGRAFIA

1. **Althusser, Louis.**
" IDEOLOGIA Y APARATOS IDEOLOGICOS DEL ESTADO ". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina, 1974.
2. **Ballesteros Monroy, José.**
" LA PSICOLOGIA SANITARIA APLICADA A LA SALUD FAMILIAR ", Estudio, Control y Atención del Grupo Familiar, en 90 familias del Distrito Sanitario XVI, Tesis Profesional UNAM., Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. México, D. F., 1964.
3. **Ballesteros Monroy, José.**
" LOS PROCESOS PSICOSOCIALES Y LA INTERACCION EN LOS GRUPOS HUMANOS ". Revista Psiquiátrica, Organó de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Vol. 5, No. 3, - Sep - Dic. 1975.
4. **Ballesteros Monroy, José.**
" EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL GRUPAL EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y/O DE PAREJA " Tesis de Postgrado de Especialización en Psicoterapia Familiar, Instituto de la Familia, A.C. México, 1978.
5. **Ballesteros Monroy, José.**
" EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA ". Ponencia al Simposium de Psicoterapia Familiar de la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., 27 de Abril al 1o. de Mayo de 1979. Morelia, Mich.
6. **Benedito, Gloria.**
" EL PROBLEMA DE LA MEDIDA EN PSICOLOGIA ", Cap. 7 de Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo XXI Editores, 4a. Edición, - México, 1978.
7. **Braunstein A., Nestor.**
" ¿ COMO SE CONSTRUYE UNA CIENCIA ? " Capítulo I de Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo XXI Editores, 4a. Edición. México 1978.
8. **Braunstein A., Nestor.**
" ¿ QUE ENTIENDEN LOS PSICOLOGOS POR PSICOLOGIA ? ". Capítulo 2 de Psicología, - Ideología y Ciencia, Siglo XXI Editores, 4a. Edición, México, 1978.
9. **Braunstein A., Nestor.**
" RELACIONES DEL PSICOANALIS CON LAS DEMAS CIENCIAS " Cap. 4 de Psicología Ideología y Ciencia. Siglo XXI Editores, 4a. Edición, México, 1978.

- 10) Braunstein A. Negtor "ANÁLISIS DEL ENCARGO SOCIAL EN CADA RAMA DE LA PSICOLOGÍA; LA PSICOLOGÍA SOCIAL" Capítulo 15 de Psicología, Ideología y Ciencia. Siglo XXI Editores, 4a. Edición, México, 1978.
- 11) Braunstein A. Negtor "EL ENCARGO SOCIAL Y LAS PREMISAS OPERANTES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA", Capítulo 16 de Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo XXI, Editores, 4a. Edición, México, 1978.
- 12) Framo L. James "INVESTIGACION SISTEMÁTICA DE LA DINÁMICA FAMILIAR", Capítulo II de Terapia Familiar Intensiva, Aspectos Teóricos y Prácticos, Edit.-Trillas, México, 1976.
- 13) Freud Sigmund "PSICOLOGÍA DE LAS MASAS Y ANÁLISIS DEL YO", Cap. XIII, Volumen I Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- 14) Glick, D. Ira y Kessler R. David "EVALUATING THE FAMILY", Cap. 4 of Marital and Family Therapy, Grune and Stratton Inc. New York, 1974.
- 15) Glick D. Ira y Kessler R. David "RESEARCH ON FAMILY PROCESS", Cap. 14 of Marital and Family Therapy, Grune and Stratton Inc. New York, 1974.
- 16) Hill Reuben "PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA". original del Family Process, Traducido y publicado en el Capítulo 2 de Familia y Conflicto Mental, Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1976.
- 17) Langer Marie, Bauleo Armando y Col. "CUESTIONAMOS 1 y 2" Psicoanálisis Institucional y Psicoanálisis sin Institución, Garnica Editor, Buenos Aires, Argentina, 1973.
- 18) Pasternac Marcelo "INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DE LOS MÉTODOS EN PSICOLOGÍA", Capítulo 5 de Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo XXI Editores, 4a. Edición, México, 1978.
- 19) Pasternac Marcelo "EL MÉTODO EXPERIMENTAL Y EL MÉTODO CLÍNICO EN PSICOLOGÍA", Capítulo 6 de Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo XXI Editores, - 4a. Edición, México, 1978.
- 20) Pichon-Rivière Enrique "EL PROCESO GRUPAL" Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Ediciones Nva. Visión, Buenos Aires, Argentina, 2a. Edición, 1977.

- 21) **Rabkin Y; Leslie** "LA FAMILIA DEL PACIENTE: METODOS DE INVESTIGACION" original del Family Process, traducido y publicado en el capítulo 3 de Familia y Conflicto Mental, Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1976.
- 22) **Tse Tung Mao** "SOBRE LA RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRACTICA ENTRE EL SABER Y EL HACER" en la primera de sus cinco Tesis filosóficas, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 3a. Impresión, Pekin, 1975.
- 23) **Watslawick Paul, Helmick B, Janet y Jackson D. Don.** "TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA", Interacciones patológicas y paradojas, Editorial - Tiempo Contemporáneo, 4a. Edición, Buenos Aires, Argentina, 1976.

BREVE CASUISTICA Y APLICACION PRACTICA DEL ESQUEMA DE EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA

En este penúltimo capítulo de la tesis pretendo exponer en forma objetiva la aplicación práctica del Esquema de Evaluación Psicodiagnóstica Interaccional de la Estructura Grupal en la Psicoterapia Familiar y/o de Pareja Conjunta, para - ello trataré primero de describir detenidamente el instrumento; en seguida expondré la hoja de Evaluación Psicodiagnóstica Interaccional diseñada para hacer más operacional el instrumento y lograr captar mejor las interacciones que pueden darse en la consulta familiar conjunta y/o de pareja; y tercero expondré la aplicación práctica del esquema en 10 casos clínicos de parejas y/o familias en tratamiento conjunto.

DESCRIPCION DEL ESQUEMA O INSTRUMENTO DE EVALUACION PSICODIAGNOSTICA,

Si observamos detenidamente el Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional, (pág. 92) en la primera columna se enuncian los procesos psicodinámicos que se dan en el grupo familiar o de pareja. En las tres columnas - subsiguientes se detectan las interacciones (actitudes, acciones, o comportamientos recíprocos) que conforman la dinámica propia de los procesos de interacción, que pueden darse en diferentes grados: disociativas, restrictivas, o asociativas. Y en la última columna aparece el psicodiagnóstico interaccional de la estructura Grupal de la familia o pareja, resultante de la combinación por pares de los procesos psicodinámicos de interacción. Así tenemos que la Pertenencia y la -

Cohesión de la pareja o el grupo familiar como procesos psicodinámicos de interacción van a facilitar la estimación en que la familia o pareja se encuentra integrada, fragmentada o segregada dependiendo de sus respectivas conductas recíprocas, como se aprecia en las fórmulas siguientes:

<u>PROCESOS PSICODINAMICOS DE INTERACCION</u>	<u>INTERACCIONES</u>	<u>PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL</u>
PERTENENCIA	ASOCIATIVAS	FAMILIA O PAREJA INTEGRADA
COHESION	RESTRICTIVAS	FAMILIA O PAREJA FRAGMENTADA
	DISOCIATIVAS	FAMILIA O PAREJA SEGREGADA

Continuando con la descripción analítica del Esquema de Evaluación y con el propósito de facilitar su manejo y operatividad al aplicarlo mediante la observación clínica participante en la consulta conjunta familiar y/o de pareja, los procesos psicodinámicos de Comunicación y Participación, a través de su interacción correspondiente facilitan la estimación en que la familia o pareja llega a ser cooperativa, coartada o evasiva, como se aprecia en las siguientes fórmulas:

PROCESOS PSICODINAMICOS
DE INTERACCION

PSICODIAGNOSTICO
INTERACCIONAL

COMUNICACION	ASOCIATIVAS	CONFIRMACION	FAMILIA O PAREJA
		COOPERACION	
PARTICIPACION	RESTRICTIVAS	RECHAZO-ACEPTACION	FAMILIA O PAREJA
		COARTACION	COARTADA
	DISOCIATIVAS	DESCONFIRMACION	FAMILIA O PAREJA
		MARGINACION	EVASIVA

Para terminar con este análisis descriptivo del Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Grupal de la Pareja o Familia en la Terapia Conjunta, los dos últimos procesos psicodinámicos de interacción que he detectado son la Tarea y Eficacia, cuya interacción respectiva nos permite apreciar si la familia o pareja es eficiente, insuficiente o deficiente en el cumplimiento de sus funciones o tareas a desarrollar como se aprecia en el cuadro siguiente:

PROCESOS PSICODINAMICOS
DE INTERACCION

INTERACCIONES

PSICODIAGNOSTICO
INTERACCIONAL

T A R E A	ASOCIATIVAS	REALIZACION	FAMILIA O PAREJA
		EFICIENCIA	
E F I C A C I A	RESTRICTIVAS	RIVALIZACION	FAMILIA O PAREJA
		INSUFICIENCIA	INSUFICIENTE
	DISOCIATIVAS	EVASION	FAMILIA O PAREJA
		DEFICIENCIA	DEFICIENTE

Así quedan integrados los seis procesos psicodinámicos de interacción que permiten captar el proceso continuo y dialéctico de interacción entre los miembros de la pareja o del grupo familiar que se da en diferentes grados y combinaciones en cada familia o pareja consultante. Al realizar la evaluación a partir del análisis de la interacción (actitudes, acciones y comportamientos recíprocos) correspondiente a cada proceso psicodinámico se pueden establecer diversos grados y proporciones (%) en que la familia o pareja consultante puede estar integrada, es cooperativa y eficiente; o bien se encuentra fragmentada, coartada y es insuficiente; o por el contrario está segregada, es evasiva y deficiente; lo cual constituye el psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la pareja o familia. (Ver esquema de evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional pág. 92).

DESCRIPCION DE LA HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DEL GRUPO FAMILIAR Y/O LA PAREJA.

Con el objeto de facilitar la aplicación práctica del Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Grupal en la Terapia Familiar y/o de Pareja, he diseñado la Hoja de Evaluación que aparece en la siguiente página. Esta Hoja de Evaluación Psicodiagnóstica contiene los procesos psicodinámicos continuos de interacción que se dan en la pareja o familia consultante; a continuación se aprecian varias columnas subsecuentes en las que se observa la identificación de c/u de los miembros integrantes del grupo; la primera corresponde al padre, la segunda a la madre, la tercera al hijo (a) mayor, la cuarta al segundo hijo (a), la quinta a el tercer hijo (a), la sexta al cuarto hijo (a), la séptima al quinto hijo (a) y así sucesivamente en caso de que la familia esté constituida por más de cinco hijos; en estas columnas existen espacios blancos que -

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM.	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO								CASO CLINICO FAMILIAR NO.		
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE	MADRE	1er. Hijo (a)	2o. Hijo (a)	3er. Hijo (a)	4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)				PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA											Familia { Integrada % o { Fragmentada %
COHESION											Pareja { Segregada %
COMUNICACION											Familia { Cooperativa % o { Coartada %
PARTICIPACION											Pareja { Evasiva %
TAREA											Familia { Eficiente % o { Insuficiente %
EFICACIA											Pareja { Deficiente %

corresponden a las interacciones (actitudes, acciones y comportamientos recíprocos) respectivas de cada uno de los miembros correspondientes a cada uno de los seis procesos psicodinámicos de interacción, y en ellos deberán anotarse sus interacciones correspondientes a las conductas recíprocas observadas en la consulta; lo cual permitirá establecer de acuerdo con el Esquema de Evaluación la proporción (%) en que las interacciones respectivas son asociativas y determinar así la proporción (%) en que la familia o pareja se encuentra integrada, es cooperativa y eficiente; o bien la proporción (%) en que las interacciones detectadas son restrictivas y determinar a su vez la proporción (%) en que la familia o pareja se encuentra fragmentada, es coartada e insuficiente; o la proporción (%) en que las interacciones estimadas son disociativas y diagnosticar así la proporción (%) en que la familia o pareja está segregada, es evasiva y deficiente; - con esto se logra establecer el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Familiar y/o de la Pareja en consulta como puede verse en los casos clínicos - que a continuación se exponen.

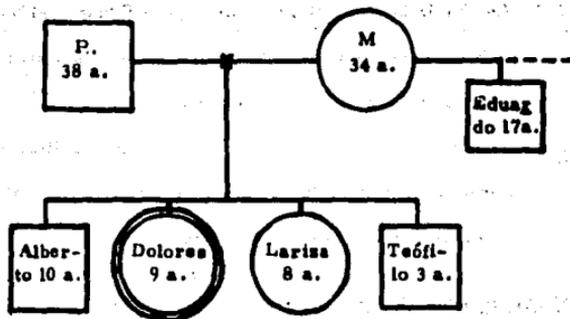
EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL DE 10 CASOS CLINICOS DE FAMILIAS Y/O PAREJAS EN PSICOTERAPIA CONJUNTA:

1er. CASO CLINICO FAMILIA P. G.

Se trata de una familia constituida por el padre de 38 años, de profesión Contador Público, la madre de 34 años, con instrucción básica, dedicada al hogar, cuatro hijos de la pareja: dos varones, Alberto de 10 años y Teófilo de 3 y dos niñas - Dolores de 9 años (la paciente identificada) y Lariza de 8 respectivamente. Los tres mayores asisten a la escuela primaria a 4o, 3o, y 2o, respectivamente. - Además vive con la familia otro hijo mayor de la Sra. Eduardo de 17 años, que

estudia preparatoria y le ayuda al Sr. en su trabajo realizando algunos pagos y trámites en las oficinas correspondientes.

FAMILIOGRAMA ("P. G.")



Esta familia acudió al Servicio de Higiene Mental en el Hospital de Pediatría del C.M.N., por la mayorcita de las niñas Dolores, quien al decir de su madre presentaba "alucinaciones" por las noches (léase "terrores nocturnos"), con sudoración profusa y sueño inquieto (despertaba frecuentemente llorando y quejándose de que veía animales que le daban miedo). Es pertinente hacer notar que anteriormente, cuando Eduardo cursaba el 5o. grado de primaria, habían ya identificado problemas en él, como falta de atención, retraimiento y dificultades del aprendizaje, motivo por el cual fué canalizado de su escuela a la Clínica de la Conducta para su atención. Durante el tratamiento se apreció también que en la medida en que Dolores mejoró de sus síntomas, Alberto comenzó a mostrar también dificultades escolares.

Detección de Problemas:

En esta familia se detectaron tanto problemas instrumentales como afectivos durante la fase de exploración.

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 Les hacía falta mobiliario: camas para Eduardo el hijo mayor de la Sra. quien generalmente dormía en la sala y para Teófilo que dormía con los padres en su cama.
- 1.2 Se apreció una mala distribución del gasto familiar por no disponer de una cantidad fija quincenal o semanal y por algunas compras innecesarias de parte de la madre.

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 Se estimó en la pareja una relación esquizo-paranoide (perseguidor perseguido), con exacerbada celotipia de la Sra. hacia su esposo.
- 2.2 Una profunda insatisfacción mutua en su convivencia, con frecuentes pleitos y discusiones en las que involucraban como testigos a los hijos.
- 2.3 Predominio de los afectos de emergencia: como la cólera y la rabia en la madre por la indiferencia notoria del esposo hacia ella, sus frecuentes llegadas tarde por la noche y sus constantes viajes para participar en competencias de ciclismo los fines de semana a las que invitaba tanto a la esposa como a los hijos. Así como el temor de los hijos de llegar a ser abandonados por sus padres.

Áreas de Psicopatología Familiar:

- 1o. Dificultad para expresarse mutuamente sus sentimientos positivos de -

afecto y ternura.

- 2o. Tensión progresiva con frecuentes explosiones desproporcionadas de cólera y pleitos continuos entre los padres, que generan temor e incertidumbre en los hijos.
- 3o. Dificultad para tolerar la depresión y la incertidumbre, ya que ambas constituyen una amenaza que pone en peligro la precaria unidad familiar.
- 4o. Intolerancia a ciertas zonas de autonomía e individualidad.
- 5o. Frecuentes mensajes de rechazo y desconfirmación.
- 6o. Roles inadecuados e idiosincrásicos
- 7o. Inconsistencia en los límites y el control de los hijos.

EVALUACION INICIAL PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA GRUPAL.

Observando la interacción familiar en las primeras sesiones de evaluación psicodiagnóstica y aplicando el esquema de evaluación propuesto en el capítulo anterior (ver esquema de evaluación pág. 92) se estableció el psicodiagnóstico interaccional siguiente (ver página 109):

FAMILIA "P. G."	}	INTEGRADA:	14.4%
		FRAGMENTADA:	42.8%
		SEGREGADA:	42.8%
		COOPERATIVA:	14.3%
		COARTADA:	50.0%
		EVASIVA:	35.7%
		EFICIENTE:	0.0%
		INSUFICIENTE:	64.3%
		DEFICIENTE:	35.7%

Lo cual nos indica que la familia P.G. al acudir a consulta inicialmente se encontraba pobremente integrada, más bien fragmentada y segregada, predominantemente coartada y evasiva, con escasa cooperación entre sus miembros; y era bastante insuficiente e incluso deficiente para cumplir con sus funciones y desempeñar adecuadamente sus roles respectivos, como puede apreciarse con mayor claridad en hoja de evaluación correspondiente en la siguiente página en la que se describen las interacciones respectivas a cada uno de los miembros.

Es pertinente aclarar aquí cómo pueden precisarse los porcentajes que se han obtenido en este caso particular y cómo podríamos obtenerlos en otros casos diferentes. Si revisamos la descripción del esquema o instructivo de evaluación psicodiagnóstica que hicimos nos damos cuenta que la integración la obtenemos de la interacción correspondiente a los procesos psicodinámicos de pertenencia y cohesión, la cooperación de los procesos psicodinámicos de comunicación y participación con su respectiva interacción; y la eficiencia de la interacción correspondiente a la tarea y eficacia. En la familia P.G. tenemos 7 miembros - (el padre, la madre y 5 hijos) por lo tanto detectamos 7 interacciones o conductas recíprocas que corresponden a cada uno de los miembros integrantes de dicha familia; ahora bien si para obtener el grado o proporción (%) de integración, cooperación y eficiencia necesitamos analizar la interacción correspondiente a dos procesos psicodinámicos de interacción el número de interacciones (actitudes, acciones o comportamientos recíprocos) en esta familia será el doble del número de miembros, es decir 14, puesto que son 7 miembros, si tuviéramos una familia pequeña con 4 miembros serían 8 las interacciones correspondientes (una por cada proceso, dos por cada miembro). Ahora bien, si aplicamos una regla de tres simple tenemos que para la familia P.G., com

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "P.G."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO					CASO CLINICO FAMILIAR NO. 1		
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 38 años	MADRE 34 años	1er. Hijo (a) Alberto 10 años	2o. Hijo (a) Dolores (p.i.) 9.a.	3er. Hijo (a) Larisa 8 años	4o. Hijo (a) Teófilo 3 años	5o. Hijo (a) Eduardo 17 años	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Aceptación	Identificación	Indiferencia	Indiferencia	Familia { Integrada % 14.4 o Fragmentada % 42.8
COHESION	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Fragmentación	Segregación	Pareja { Segregada % 42.8
COMUNICACION	Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Desconfianza	Confirmación	Rechazo	Desconfianza	Familia { Cooperativa % 14.3 o Coartada % 50.0
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Coartación	Coartación	Cooperación	Coartación	Marginalización	Pareja { Evasiva % 35.7
TAREA	Evasión	Rivalización	Evasión	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Familia { Eficiente % 0.0 o Insuficiente % 64.3
EFICACIA	Insuficiencia	Deficiencia	Deficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Insuficiencia	Pareja { Deficiente % 35.7

puesta por 7 miembros, en cada par de procesos psicodinámicos de interacción obtenemos 14 interacciones o conductas recíprocas que son las anotadas en la hoja de evaluación (ver hoja de evaluación, pág. anterior). Estas 14 interacciones constituyen el 100% de las interacciones dadas por cada par de procesos. Si contamos cuántas corresponden a identificación e integración obtenemos: 2 (Identificación 1 + Integración 1 = 2); si continuamos contando cuántas corresponden a aceptación o rechazo y fragmentación obtenemos: 6 (Aceptación-rechazo 2 + Fragmentación 4 = 6); y si contamos las que corresponden a indiferencia y a segregación tenemos que son también: 6 (Indiferencia 4 + Segregación 2 = 6) y con ellas y el total de interacciones aplicamos la regla de 3 simple que nos da las siguientes fórmulas:

14 : 100 :: 2 : x = 14.4%	INTEGRADA
14 : 100 :: 6 : x = 42.8%	FRAGMENTADA
14 : 100 :: 6 : x = 42.8%	SEGREGADA

Como aparece en la hoja de evaluación respectiva a la familia P.G., de donde se infiere que la fórmula general es:

No. Tot. de interacciones correspondientes a c/par de procesos	: 100 ::	No. interacciones asociativas : x
No. Tot. de interacciones correspondientes a c/par de procesos	: 100 ::	No. interacciones restrictivas : x
No. Tot. de interacciones correspondientes a c/par de procesos	: 100 ::	No. interacciones disociativas : x

Estas fórmulas se aplican para cada par de procesos psicodinámicos continuos de interacción.

Siguiendo en este primer caso de la familia P.G. que he tomado como ejemplo para la aplicación de las fórmulas correspondientes, se aprecia en la ho-

ja de evaluación que se estimó : 1 confirmación + 1 cooperación = 2 que serían las interacciones asociativas respectivas a los procesos de comunicación y cooperación; 3 rechazo-aceptación + 4 coartación = 7 interacciones restrictivas; y 3 desconfirmaciones + 2 marginaciones = 5 interacciones disociativas de los mismos procesos antes mencionados; lo cual al aplicar las fórmulas enunciadas nos da:

$$14 : 100 :: 2 : x = 14.3 \% \quad \text{COOPERATIVA}$$

$$14 : 100 :: 7 : x = 50.0 \% \quad \text{COARTADA}$$

$$14 : 100 :: 5 : x = 35.7 \% \quad \text{EVASIVA}$$

Así mismo, si observamos la hoja de evaluación inicial de la familia P.G. encontramos que respecto a los procesos psicodinámicos continuos de interacción de Tarea y Eficacia, la conducta recíproca o interacción detectada fue 2 Evasión + 3 Deficiencia = 5 interacciones disociativas; y 5 rivalización + 4 insuficiencia = 9 interacciones restrictivas, que aplicando las fórmulas correspondientes nos dan:

$$14 : 100 :: 5 : x = 35.7 \% \quad \text{DEFICIENTE}$$

$$14 : 100 :: 9 : x = 64.3 \% \quad \text{INSUFICIENTE}$$

(Ver hoja de Evaluación Inicial, Fam. P.G. caso clínico No. 1). Lo cual hace más objetivo y medible el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Grupal de la familia y/o pareja consultante.

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA CONJUNTA

Esta familia recibió un total de 35 sesiones de psicoterapia conjunta impartida semanalmente; es decir, estuvo 9 meses en tratamiento aproximadamente. De

estas sesiones 15 fueron dedicadas al grupo familiar y 20 a la pareja exclusivamente para evitar el involucramiento de los hijos en la problemática específica de la pareja y al finalizar el tratamiento se obtuvieron los siguientes logros:

1o. En relación a los problemas instrumentales planteados inicialmente:

1.1 Se obtuvo después de casi seis meses la compra de una litera y un sofá que permitió una redistribución más adecuada de los hijos para su descanso nocturno.

1.2 El Sr. empezó a proporcionar el gasto semanalmente en lugar de hacerlo diariamente como lo venía haciendo.

2o. En relación a los problemas afectivos:

2.1 Disminuyeron considerablemente los celos de la señora quien se muestra todavía desconfiada respecto al comportamiento de su esposo por haber andado con otras mujeres. Conviven un poco más y realizan algunas distracciones juntos (van al cine y salen de paseo con la familia).

2.2 Encuentran una mayor satisfacción en su convivencia, los pleitos son menos frecuentes y en sus discusiones son capaces de escucharse mutuamente sin arrebatarle la palabra y de escuchar también a terceras personas como a los hijos y al terapeuta.

Han logrado establecer una esfera de relativa mayor tranquilidad emocional.

Las amenazas de divorcio y abandono por parte de la madre se han reducido al mínimo y los hijos aceptan con menos temor las diferencias y dificultades conyugales.

EVALUACION FINAL PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA GRUPAL.

Estimando la interacción familiar que se dio en las últimas sesiones de tratamiento, registrada en la Hoja de Evaluación Final (ver página siguiente), tomando como referencia al Esquema de Evaluación propuesto en el capítulo anterior (pág. 93) se estableció el psicodiagnóstico interaccional siguiente:

FAMILIA

"P. G."

INTEGRADA:	71.4 %
FRAGMENTADA:	28.6 %
SEGREGADA:	0.0 %
COOPERATIVA:	59.1 %
COARTADA:	24.4 %
EVASIVA:	16.5 %
EFICIENTE:	28.6 %
INSUFICIENTE:	71.4 %
DEFICIENTE:	0.0 %

Lo cual nos indica que el proceso de la terapia familiar y/o conyugal en esta familia incidió fundamentalmente en el logro de una mejor integración familiar y una más clara y adecuada comunicación y participación de los miembros entre sí, así como comensaba a darse una relativa eficiencia en el cumplimiento de sus roles y tareas.

Como puede apreciarse al comparar los resultados del psicodiagnóstico inicial con el último diagnóstico (comparar hojas de Evaluación Inicial con Final págs. 109 y 114):

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION FINAL

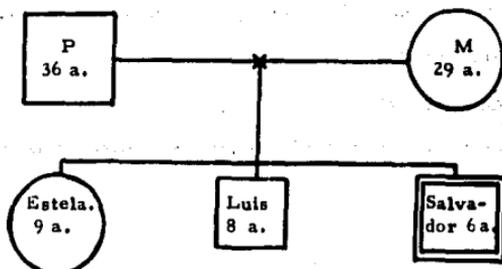
FAM. P.G.	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO										CASO CLINICO FAMILIAR NO. 1	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 36 años	MADRE 34 años	1er. Hijo (a) Alberto 10 años	2o. Hijo (a) Dolores (p.i.) 9.a	3er. Hijo (a) Larissa 8 años	4o. Hijo (a) Teófilo 3 años	5o. Hijo (a) Eduardo 17 años					PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación					Familia { Integrada % 71.4 o { Fragmentada % 28.6
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Integración	Integración	Fragmentación					Pareja { Segregada % 0.0
COMUNICACION	Desconfir mación	Desconfir mación	Confirma ción	Confirma ción	Confirma ción	Confirma ción	Aceptación					Familia { Cooperativa % 59.1 o { Coartada % 24.4
PARTICIPACION	Coarta ción	Coarta ción	Coopera ción	Coopera ción	Coopera ción	Coopera ción	Coarta ción					Pareja { Evasiva % 16.5
TAREA	Rivaliza ción	Rivaliza ción	Rivaliza ción	Rivaliza ción	Rivaliza ción	Rivaliza ción	Rivaliza ción					Familia { Eficiente % 28.6 o { Insuficiente % 71.4
EFICACIA	Insuficien cia	Insuficien cia	Insuficien cia	Eficien cia	Eficien cia	Insuficien cia	Insuficien cia					Pareja { Deficiente % 0.0

	<u>Evaluación Inicial</u>		<u>Final</u>	
FAMILIA "P.G."	INTEGRADA	14.4%	71.4% Mejoró en	57.0%
	FRAGMENTADA	42.8%	28.6% Disminuyó en	14.2%
	SEGREGADA	42.8%	0.0% Disminuyó en	42.8%
	COOPERATIVA	14.3%	59.1% Mejoró en	44.8%
	COARTADA	50.0%	24.4% Disminuyó en	25.6%
	EVASIVA	35.7%	16.5% Disminuyó en	19.2%
	EFICIENTE	0.0%	28.6% Mejoró en	28.6%
	INSUFICIENTE	64.3%	71.4% Aumentó en	7.1%
	DEFICIENTE	35.7%	0.0% Disminuyó en	35.7%

Este cuadro comparativo permite apreciar la mejoría alcanzada por la familia P.G. al modificar sus procesos psicodinámicos continuos de interacción cuya resultante se estima objetivamente en los diferentes niveles de integración, - cooperación y eficiencia logrados por el grupo familiar después de 9 meses - ininterrumpidos de tratamiento una vez por semana.

2o. CASO CLINICO FAMILIA "M.N."

FAMILIOGRAMA ("M.N.")



Familia formada por el padre de 36 años de edad, agente vendedor de libros - con estudios primarios únicamente, madre de 29 años dedicada a las labores domésticas, con estudios secundarios y de mecanografía y 3 hijos: Estela de 9 años, Luis de 8 y Salvador de 6 años el paciente identificado; quien ha presentado repetidas crisis asmáticas que han ameritado hospitalización en 12 ocasiones, en el Hospital de Pediatría del C.M.N., siendo éste el motivo de la consulta familiar, pues cada vez que Salvador enferma de las vías respiratorias les angustia el tener que volver a hospitalizarlo. La madre se muestra más sobre-protectora que el padre, quien considera más bien que el niño ha encontrado la forma de chantajearlos y los hermanos se quejan de que algunas veces no los dejan salir a jugar por culpa de Salvador.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 El padecimiento asmático de Salvador, el p.i....
- 1.2 La distribución geográfica del espacio, la madre duerme con Salvador, por considerar que requiere de una mayor vigilancia por las noches - que es cuando generalmente presenta los accesos de asma.
- 1.3 La inestabilidad laboral del Sr. (ha tenido que cambiar con relativa frecuencia de editorial y teme probar en otro ramo).
- 1.4 La situación económica limitada por el tiempo que en ocasiones tarda en conseguir trabajo (1 a 2 meses).

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 La relación matrimonial fría, distante e insatisfactoria entre los padres.

- 2.2 La sobreprotección con que ambos han actuado con sus respectivos hijos especialmente con Salvador para compensar sustitutivamente las carencias afectivas entre ambos.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

- 1o. Fuerte dependencia de ambos cónyuges en relación a sus respectivas familias de origen con las que existían aún fuertes lazos.
- 2o. El conflicto de la pareja expresado a través de una actitud pasivo-agresiva del esposo y la permanente insatisfacción y depresión de la esposa; así como el desplazamiento, la sustitución y la usurpación de roles entre los padres y sus hijos.
- 3o. Sobreprotección y dificultad para favorecer la autonomía y el desarrollo de la individualidad en los hijos.
- 4o. Comunicación enmascarada desplazada e indirecta entre sus miembros.
- 5o. Intolerancia e incertidumbre frente a las situaciones ambiguas generadas por los frecuentes cambios de trabajo del padre.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL INICIAL

La evaluación inicial practicada en las primeras sesiones de Terapia Familiar mediante el Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional de la Estructura Grupal permitió establecer el siguiente psicodiagnóstico (ver hoja de evaluación en la sig. pág):

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "M.N."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO										EVALUACION INICIAL		
		CASO CLINICO FAMILIAR NO. 2										PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA		
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 36 años	MADRE 29 años	1er. Hijo (a) Estela 9 años	2o. Hijo (a) Luis 8 años	3er. Hijo (a) Salvador (p.i.) 6.a	4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)						
PERTENENCIA	Indiferencia	Indiferencia	Aceptación	Identificación	Aceptación	Indiferencia								Familia { Integrada % 10 o Fragmentada % 50
COHESION	Segregación	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Segregación								Pareja { Segregada % 40
COMUNICACION	Desconfianción	Rechazo	Rechazo	Rechazo	Rechazo	Desconfianción								Familia { Cooperativa % 0 o Coartada % 60
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Coartación	Coartación	Coartación	Marginalización								Pareja { Evasiva % 40
TAREA	Evasión	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Evasión								Familia { Eficiente % 0 o Insuficiente % 60
EFICACIA	Deficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Deficiencia								Pareja { Deficiente % 40

FAMILIA "M. N."	INTEGRADA	10 %
	FRAGMENTADA	50 %
	SEGREGADA	40 %
	COOPERATIVA	0 %
	COARTADA	60 %
	EVASIVA	40 %
	EFICIENTE	0 %
	INSUFICIENTE	60 %
	DEFICIENTE	40 %

El diagnóstico inicial nos indica que la familia M. N. cuando acudió inicialmente a consulta se encontraba predominantemente fragmentada y segregada; era fundamentalmente coartada y evasiva con nula cooperación entre sus miembros; así como insuficiente y deficiente en el desempeño de sus roles y funciones respectivos.

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA CONJUNTA

Esta familia recibió un total de 28 sesiones de psicoterapia conjunta impartidas con relativa irregularidad ya que en ocasiones aplasaban su cita por tener que acudir a consulta con Alberto el p.i. al C.M.N., o por situaciones de trabajo del esposo, de tal forma que el tratamiento se prolongó durante 10, $\frac{1}{2}$ meses. Del total de las consultas 10 fueron familiares y 18 de exploración con la pareja, habiendo obtenido los logros siguientes:

1o. Por lo que hace a problemas instrumentales:

- 1.1 Se logró una notable mejoría en cuanto al cuadro asmático, las crisis se fueron espaciando a tal grado que Salvador fue dado de alta en el Hospital de Pediatría del C.M.N., donde también se le hicieron pruebas inmunoalergisantes y se impartió tratamiento.
- 1.2 Se corrigió la distribución geográfica del espacio, la madre regresó a dormir con el esposo tolerando al principio la angustia que sentía por dejar al p.i. solo con los demás hermanos en el otro cuarto.
- 1.3 Se logró que el padre se asentara en un trabajo.
- 1.4 Se obtuvo una relativa estabilidad económica al conseguir el padre un trabajo más estable.

2o. En relación a los problemas afectivos detectados inicialmente.

- 2.1 Se modificó la relación marital acercándose y aceptándose mutuamente e independizándose un poco de sus respectivas familias de origen.
- 2.2 Se logró establecer un trato más adecuado y equitativo de los padres hacia los hijos especialmente hacia Salvador el p.i.
- 2.3 Se ha propiciado cierta autonomía e independencia de los hijos quienes colaboran realizando algunos mandados que implican tener que cruzar algunas calles (cosa que inicialmente no permitían).

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL FINAL:

La estimación de la interacción familiar que se dió en las últimas sesiones de tratamiento registrada en la hoja de evaluación correspondiente (ver pág. sig.) permitió establecer el psicodiagnóstico interaccional de la estructura-grupal siguiente:

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "M.N."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							EVALUACION FINAL
		CASO CLINICO FAMILIAR NO. 2							
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 36 años	MADRE 29 años	1er. Hijo (a) Estela 9 años	2o. Hijo (a) Luis 8 años	3er. Hijo (a) Salvador (p.i.) 6 a.	4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación			Familia { Integrada % 60 o Fragmentada % 40
COHESION	Fragm. tación	Integra- tación	Integra- tación	Integra- tación	Fragm. tación	Fragm. tación			Pareja { Segregada % 0
COMUNICACION	Aceptación	Confirma- tación	Confirma- tación	Confirma- tación	Confirma- tación	Rechaso			Familia { Cooperativa % 50 o Coartada % 50
PARTICIPACION	Coarta- tación	Coopera- tación	Coopera- tación	Coarta- tación	Coarta- tación	Coarta- tación			Pareja { Evasiva % 0
TARDA	Realiza- tación	Realiza- tación	Realiza- tación	Rivaliza- tación	Rivaliza- tación	Rivaliza- tación			Familia { Eficiente % 50 o Insuficiente % 50
EFICACIA	Insuficien- cia	Eficiencia	Eficiencia	Insuficien- cia	Insuficien- cia	Insuficien- cia			Pareja { Deficiente % 0

FAMILIA
"M. N."

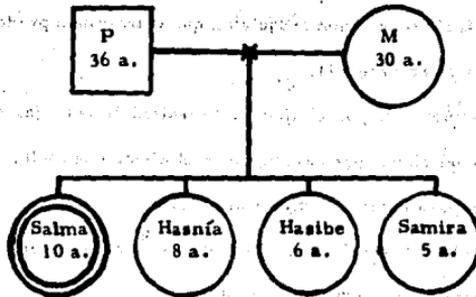
INTEGRADA	60 %
FRAGMENTADA	40 %
SEGREGADA	0 %
COOPERATIVA	50 %
COARTADA	50 %
EVASIVA	0 %
EFICIENTE	50 %
INSUFICIENTE	50 %
DEFICIENTE	0 %

Esta apreciación psicodiagnóstica nos permite ver objetivamente los cambios propiciados por la terapia familiar y/o conyugal en la familia M.N., al compararla con la evaluación inicial se observa que la integración mejoró en 40%, la cooperación en 50% y la eficiencia también mejoró en 50%.

3er. CASO CLINICO FAMILIA "K.S."

Familia que acudió al Servicio de Higiene Mental en el Hospital de Pediatría del C.M.N. El padre, de 36 años, con escolaridad media hasta preparatoria, actualmente dedicado al comercio (en una tienda de su padre). Ha estado en tratamiento neurológico por crisis epilépticas, pero con facilidad deja de tomar los medicamentos porque le producen "alergia". La madre, de 30 años, cursó la carrera de contador privado y actualmente se dedica al hogar, le han detectado un quiste ovárico que posiblemente requiera intervención quirúrgica, pero ha abandonado los estudios correspondientes por lo molesto y doloroso que le resultan. Han procreado cuatro niñas Salma la p.i. de 10 años, Hasnia de 8 años, Hasibe de 6 años y Samira de 5 años.

FAMILIOGRAMA ("K.S.")



El motivo de la consulta en este caso fue Salma la p.i. quien al decir de sus -
padres presenta "alucinaciones visuales y auditivas" desde hace dos años aproxi-
madamente, afirmaron que la niña veía manchas, luces y objetos imaginarios y
escuchaba voces que le platicaban y generalmente le provocaban miedo. Presen-
taba también alteraciones de conducta como nerviosismo y actitudes sádicas con
las hermanas a quienes dañaba con frecuencia, se retraía con facilidad evitando
el contacto con los demás y en ocasiones se masturbaba.

DETECCION DE PROBLEMAS1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 El padecimiento neurológico del padre y el abandono de su tratamiento médico.
- 1.2 La dependencia económica por línea paterna (padre empleado en la tienda del abuelo), y las dificultades que ésto ocasiona para cubrir y distribuir adecuadamente el gasto familiar.

20. Problemas Afectivos:

- 2.1 La involucración afectiva de la pareja es narcisista y simbiótica con características sadomasoquistas que determinan predominio de las emociones de emergencia.
- 2.2 La competencia por el afecto y la lealtad de las hijas con las que forman coaliciones para reemplazar el afecto que mutuamente se niegan, o bien para herir y lastimar al otro.
- 2.3 Control caótico del comportamiento de las hijas e inconsistencia en el otorgamiento de premios o castigos.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

10. El evidente cisma marital en que ambos cónyuges están inmersos en virtud de sus propias dificultades de personalidad y su incapacidad crónica para lograr complementariedad.
20. Las constantes amenazas de separación.
30. El predominio machista del padre que denigra y menoscaba constantemente a la esposa frente a las hijas.
40. La constante ambivalencia e incertidumbre a que son sometidas las hijas con quienes frecuentemente la madre trata de competir.
50. La precaria autonomía de ambos cónyuges en relación a sus respectivas familias de origen.
60. La frecuente violación de límites intergeneracionales tanto descendente como ascendente.

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "K.S."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO					CASO CLINICO FAMILIAR NO. 3			
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 36 años	MADRE 30 años	1er. Hijo (a) Salma (p.i.) 10-a.	2o. Hijo (a) Hasnia 8 años	3er. Hijo (a) Hasibe 6 años	4o. Hijo (a) Samira 5 años	5o. Hijo (a)		PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Rechazo			Familia { Integrada % 0 o { Fragmentada % 58.3
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación			Pareja { Segregada % 41.7
COMUNICACION	Desconfianza	Rechazo	Desconfianza	Rechazo	Rechazo	Aceptación			Familia { Cooperativa % 0 o { Coartada % 58.3
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Marginalización	Coartación	Marginalización	Coartación			Pareja { Evasiva % 41.7
TAREA	Evasión	Rivalización	Evasión	Rivalización	Evasión	Rivalización			Familia { Eficiente % 0 o { Insuficiente % 41.7
EFICACIA	Deficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Deficiencia	Deficiencia	Insuficiencia			Pareja { Deficiente % 58.3

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL INICIAL.

La interacción familiar detectada en las consultas iniciales de evaluación permitieron establecer el diagnóstico interaccional de la estructura familiar como sigue:

FAMILIA " K. S. "	INTEGRADA	0.0 %
	FRAGMENTADA	58.3%
	SEGREGADA	41.7%
	COOPERATIVA	0.0%
	COARTADA	58.3%
	EVASIVA	41.7%
	EFICIENTE	0.0%
	INSUFICIENTE	41.7%
	DEFICIENTE	58.3%

Esto indica que la familia K.S. inicialmente se encontraba básicamente fragmentada y segregada, era coartada y evasiva en su comunicación y en su participación y desempeñaba sus roles y tareas deficiente e insuficientemente.

LOGROS EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y/O DE PAREJA.10. En relación a los problemas instrumentales enunciados.

- 1.1 Se logró que el padre acudiera a su clínica correspondiente a tratamiento neurológico e ingiriera los medicamentos prescritos.
- 1.2 Se trabajó el aspecto económico también, logrando una más adecuada distribución del gasto familiar.

2o. Respeto a los problemas afectivos:

- 2.1 Se favoreció el proceso de individuación de la pareja para debilitar la involucración narcisista y simbiótica y facilitar el proceso de involucración afectiva en un nivel más adulto.
- 2.2 Se fomentaron nuevas alianzas (Salma del lado de mamá, Hasnia del lado del padre) con el fin de deshacer las coaliciones que dividen a la familia y desbaratar el cisma marital.
- 2.3 Se obtuvieron controles del comportamiento más flexibles y consistentes acordes con las normas familiares propias, logrando una mayor firmeza y claridad en el manejo conductual de las hijas y estableciendo límites intergeneracionales.
- 2.4 Se logró en las hijas una mayor tolerancia a la ambivalencia y a la incertidumbre a que son sometidas por los constantes pleitos que disminuyeron también. Las pesadillas y terrores nocturnos de Salma remitieron.

La familia K.S. recibió psicoterapia familiar conjunta y/o de pareja durante 9 meses aproximadamente, se les proporcionaron un total de 36 consultas, 18 familiares y 18 de pareja alternadamente. La sintomatología que Salma presentó como motivo de consulta pronto pasó a segundo término como fondo del problema familiar en el que resaltó casi desde las primeras sesiones el conflicto marital.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL FINAL.

En las últimas sesiones cuando se les comunicó la idea de darlos de alta la familia presentó una recaída que provocó crisis debido a que surgieron ciertas

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION FINAL

FAM. "K.S."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO						CASO CLINICO FAMILIAR NO. 3	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 37 años	MADRE 31 años	1er. Hijo (a) Salma (p.i.) 11.a.	2o. Hijo (a) Hasnia 9 años	3er. Hijo (a) Hasibe 7 años	4o. Hijo (a) Samira 5 años	5o. Hijo (a)	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Acceptación	Identificación	Acceptación	Acceptación	Acceptación	Identificación		Familia { Integrada % 41.7 o { Fragmentada % 58.3
COHESION	Fragmentación	Integración	Fragmentación	Integración	Fragmentación	Integración		Pareja { Segregada %
COMUNICACION	Rechazo	Acceptación	Acceptación	Confirmación	Acceptación	Confirmación		Familia { Cooperativa % 50.0 o { Coartada % 50.0
PARTICIPACION	Coartación	Cooperación	Cooperación	Cooperación	Coartación	Cooperación		Pareja { Evasiva %
TAREA	Rivalización	Realización	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Realización		Familia { Eficiente % 33.3 o { Insuficiente % 66.7
EFICACIA	Insuficiencia	Eficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia		Pareja { Deficiente %

amenazas de separación porque el padre-esposo golpeó a la esposa-madre - cuando intervino defendiendo a Hasnia, quien se había mostrado rebelde con él; sin embargo lograron recuperarse y salir de la crisis y elaborar el abandono del terapeuta un mes después de anunciada la terminación del tratamiento. La evaluación practicada en las dos últimas sesiones del tratamiento permitió establecer un psicodiagnóstico-interaccional de la estructura familiar que a la vez que proporciona elementos importantes del cambio apreciado en los logros, nos revela también algunos indicadores de resistencia a dicho cambio, como podemos estimar en el psicodiagnóstico siguiente:

FAMILIA "K . S . "	}	INTEGRADA	41.7 %
		FRAGMENTADA	58.3 %
		SEGREGADA	0.0 %
		COOPERATIVA	50.0 %
		COARTADA	50.0 %
		EVASIVA	0.0 %
		EFICIENTE	33.3 %
		INSUFICIENTE	66.7 %
		DEFICIENTE	0.0 %

Como elementos importantes de cambio se obtuvieron: 41.7% de integración y 50.0% de cooperación entre sus miembros; así como 33% de eficiencia para desempeñar sus papeles y cumplir con sus tareas. Integración, cooperación y eficiencia que inicialmente no tenían, y como resistencia al cambio se observó la fragmentación que continuó en la misma proporción 58.3, la coartación que

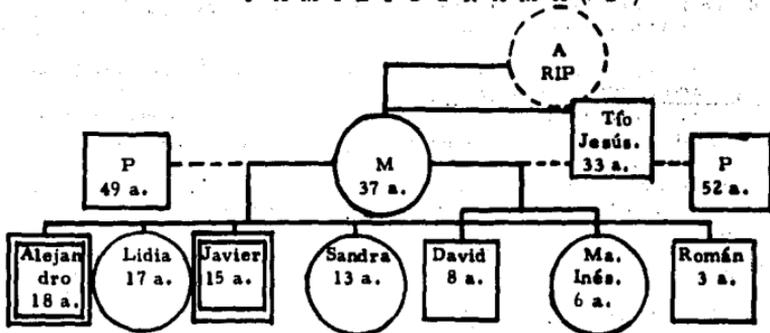
también casi igual 50.0% (tenían inicialmente 58.3) y la insuficiencia que ascendió de 41.7 a 66.7% (ver hojas de evaluación inicial y final págs. 125 y 128).

4o. CASO CLINICO FAMILIA "S".

La familia "S" era una familia desorganizada de nivel socioeconómico bajo, con hijos de diferentes padres, dos por lo menos, con gran tendencia a la desintegración a partir de la muerte de la abuela materna (un año antes de haber acudido a consulta), quien era considerada por todos como una segunda madre que veía más por ellos que su propia madre, que contaba con 37 años de edad cuando fue entrevistada, afirma que los cuatro hijos mayores y el menor (Alejandro de 18 años, Lidia de 17, Javier de 15, Sandra de 13 y Román de 3 años), son hijos del mismo padre, pero no ha hecho nada en común con ellos, ni se ha responsabilizado de mantenerlos; en tanto que David de 8 años y Ma. Inés de 6, son hijos de otro señor con quien tampoco llegó a establecer relaciones permanentes. La madre tiene estudios hasta tercer año de primaria únicamente, trabaja como empacadora de carnes en un supermercado durante 6 días a la semana y - prácticamente sólo en la noche llega a ver a sus hijos cuando están, pues algunas veces Alejandro y Javier aún no han llegado.

El paciente identificado en esta familia fue Javier quien presentó dermatosis crónica en los pliegues de la piel que se ha agudizado en las extremidades superiores (pliegues del brazo-antebrazo) y se acentuó a raíz de la muerte de la abuela materna hace poco más de un año y del matrimonio del tío Jesús, quien vivía con ellos y lo trataban como a un padre y a quien podían acudir para solicitar apoyo.

FAMILIOGRAMA ("S")



Y Alejandro, quien se siente fracasado porque no ha podido con la secundaria y aunque trabaja como obrero en una fábrica de bolsas de papel se ha refugiado en la drogadicción para mitigar sus pobrezas y penalidades.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 La situación económica precaria en que viven dependiendo casi todos del ingreso de la madre, pues Alejandro y Javier contribuyen sólo esporádicamente con alguna ayuda que le dan.
- 1.2 El hacinamiento en que viven, cuentan con sólo dos cuartos
- 1.3 La deficiente distribución de las tareas que recaen fundamentalmente en Lidia la hermana mayor.
- 1.4 La posibilidad de un nuevo embarazo de la madre.

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 La tristeza y profunda depresión que inunda a la familia por la muer-

te de la abuela materna, provocando en todos ellos una sensación de -
desamparo y desvalimiento.

- 2.2 El resentimiento mutuo y el predominio de los afectos de emergencia que les hace reñir constantemente entre sí a pesar de sentir tanta necesidad de afecto.
- 2.3 La gran dificultad que tienen para expresar y demostrarse sus sentimientos mutuos de cariño y ternura.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

- 1o. Las carencias socioeconómicas y emocionales a que se ha visto sujeta la familia como producto de una clase social marginada, en la que la organización familiar gira alrededor de la madre, quien mediante trabajos exhaustivos sostiene y lleva a costas el hogar, ya que el padre es una figura ausente que se conforma con gastar al hijo y vivir un corto tiempo al lado de la mujer-madre para después abandonarla y repetir activamente lo que sufrió pasivamente en la infancia.
- 2o. La atmósfera de desesperanza y fracaso que experimentan al verse sometidos a constantes frustraciones y carencias reales, que favorecen en ellos la sensación de inferioridad o invalidez.
- 3o. El duelo no resuelto de las figuras significativas y sustitutivas de la madre en la abuela y el padre en el tío, que son vividos como un nuevo abandono semejante al que sufrieron de sus respectivos padre y madre.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL INICIAL:

La evaluación inicial practicada en las dos primeras sesiones de exploración con la familia "S" aplicando el esquema para el psicodiagnóstico interaccional

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

		EVALUACION FINAL								
FAM. "S"	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO								CASO CLINICO FAMILIAR NO. 4	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE los abandonó	MADRE 37 años	1er. Hijo (a) Alejandro (p.i.) 18a.	2o. Hijo (a) Lidia 17 años	3er. Hijo (a) Javier (p.i.) 15 a.	4o. Hijo (a) Sandra 13 años	5o. Hijo (a) David 8 años	6a. Hija Ma. Inés 6 años	7o. Hijo Ramón 3 años	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA		Aceptación	Rechazo	Identificación	Aceptación	Rechazo	Identificación	Identificación	Identificación	Familia { Integrada % 37.6 o Fragmentada % 56.2
COHESION		Fragmentación	Segregación	Integración	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Fragmentación	Fragmentación	Pareja { Segregada % 6.2
COMUNICACION		Aceptación	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Familia { Cooperativa % 25. o Coartada % 68.8
PARTICIPACION		Cooperación	Marginalización	Cooperación	Cooperación	Coartación	Cooperación	Coartación	Coartación	Pareja { Evasiva % 6.2
TAREA		Rivalización	Evasión	Realización	Rivalización	Rivalización	Realización	Realización	Realización	Familia { Eficiente % 37. o Insuficiente % 50.
EFICACIA		Insuficiente	Deficiente	Eficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Pareja { Deficiente % 13.

de la estructura grupal en la terapia conjunta familiar y/o de pareja, permitieron establecer el psicodiagnóstico siguiente (ver hoja de evaluación pág. sig.):

FAMILIA

" S " .

INTEGRADA	12.3%
FRAGMENTADA	43.8%
SEGREGADA	43.9%
COOPERATIVA	12.0%
COARTADA	63.0%
EVASIVA	25.0%
EFICIENTE	12.0%
INSUFICIENTE	44.0%
DEFICIENTE	44.0%

Este diagnóstico nos indica que el acudir inicialmente a consulta la familia S. se encontraba esencialmente segregada y fragmentada; estaba primordialmente coartada; y era bastante deficiente e insuficiente en el desempeño de sus roles y funciones, encontrándose escasamente integrada, con alguna cooperación y eficiencia entre sus miembros.

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA:

La familia "S" acudió a sólo 10 sesiones de psicoterapia conjunta, interrumpiendo el tratamiento por motivos "escolares y de trabajo" que fueron incompatibles con los horarios que se les proporcionaron y tal vez por una resistencia al cambio que se hizo patente desde la 3a. sesión en Alejandro que fue de ahí en adelante el miembro ausente y por la resistencia expresada verbalmente por Lidia quien mostró mayor dificultad para intentar el reacomodo en sus horarios de clase; no obstante a pesar de la brevedad del tratamiento se obtu

vieron algunos logros:

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 Se logró una mejor disposición en Alejandro y Javier para contribuir semanalmente con una pequeña cantidad de su ingreso al gasto familiar.
- 1.2 Se redistribuyeron las tareas entre la madre y los hermanos a fin de que Lidia pudiera dedicarse más a sus estudios y no perdiera la beca que tenía.
- 1.3 Se brindó orientación a la Sra. para que acudiera a los servicios de planificación familiar a fin de que evitara la posibilidad de un nuevo embarazo.

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 Se reflejó la tristeza de la familia y se intentó la elaboración de las pérdidas materna-paterna desplazadas en la muerte de la abuela y el matrimonio del tío.
- 2.2 Se logró la expresión de algunos resentimientos mutuos como el de Alejandro hacia sus padres, de Lidia hacia sus hermanos, de la madre para con sus hijos de quienes anhela reconocimiento.
- 2.3 Se obtuvo la expresión de algunos de sus sentimientos.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA FINAL.

No obstante la brevedad del tratamiento se estimaron algunos cambios en la interacción que sugieren un equilibrio más adecuado que favoreció una mayor integración y cooperación entre sus miembros y un mejor desempeño y cumplimiento en sus roles y tareas, como puede observarse en el psicodiagnós-

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "S"		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							EVALUACION INICIAL		
		CASO CLINICO FAMILIAR NO. 4									
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE Los abandonó	MADRE 37 años	1er. Hijo (a) Alejandro (p.i.) 18. a	2o. Hijo (a) Lidia 17 años	3er. Hijo (a) Javier (p.i.) 15. a	4o. Hijo (a) Sandra 13 años	5o. Hijo (a) David 8 años	6a. Hija Ma. Inés 6 años	7a. Hija Ramón 3 años	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA			Indiferencia	Indiferencia	Identificación	Indiferencia	Indiferencia	Identificación	Aceptación	Aceptación	Familia { Integrada % 12.3 o Fragmentada % 43.8 Pareja { Segregada % 43.9
COHESION			Fragmentación	Segregación	Fragmentación	Segregación	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	
COMUNICACION			Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Familia { Cooperativa % 12 o Coartada % 63 Pareja { Evasiva % 25
PARTICIPACION			Coartación	Marginaación	Cooperación	Coartación	Marginaación	Cooperación	Coartación	Coartación	
TAREA			Evasión	Evasión	Rivalisaación	Evasión	Evasión	Realizaación	Rivalisaación	Rivalisaación	Familia { Eficiente % 12 o Insuficiente % 44 Pareja { Deficiente % 44
EFICACIA			Deficiencia	Deficiencia	Eficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	

tico final (ver hoja de evaluación) en el que se obtuvieron los resultados siguientes:

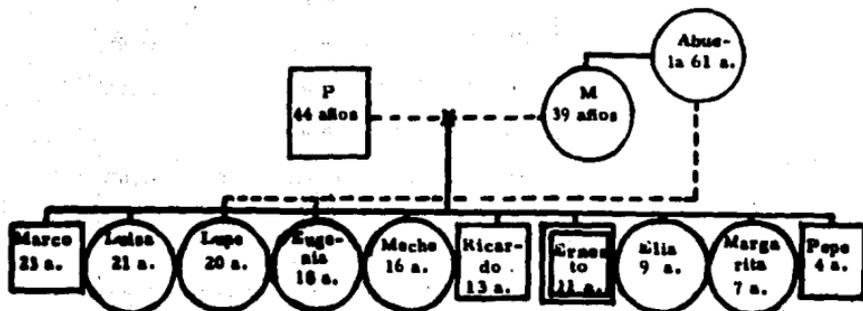
FAMILIA " S "	INTEGRADA	37.6%	mejoró	25.3%
	FRAGMENTADA	56.2%	"	12.4%
	SEGREGADAS	6.2%	"	37.7%
	COOPERATIVA	25.0%	"	13.0%
	COARTADA	68.8%		
	EVASIVA	6.2%	"	18.0%
	EFICIENTE	37.0%	"	25.0%
	INSUFICIENTE	50.0%		
	DEFICIENTE	13.0%	"	31.0%

Sp. CASO CLINICO FAMILIA "M.N."

La familia "M.N." es una familia numerosa: El padre, de 44 años de edad, - dedicado a las labores del campo, en su pueblo natal en el Edo. de Puebla; la madre de 39 años, dedicada al hogar, estudió primeros auxilios y se ayuda poniendo inyecciones; y 10 hijos (4 varones y 6 mujeres): Marco de 23 años - quien vive independientemente aquí en México y ha formado su propia familia; Luisa, de 21 años, casada también, vive en Puebla; Guadalupe, de 20 años, - soltera trabaja como obrera en una fábrica de Sta. Clara, Edo. de México; - Ma. Eugenia de 18 años está terminando la secundaria e hizo carrera comercial, vive con Lupe y su abuela materna en Sta. Clara; Mercedes, tiene 16 - años y ayuda a su madre a los quehaceres domésticos en el pueblo; Ricardo de 13 años, está por terminar la primaria y vive aquí al lado de sus hermanas; Ernesto de 11 años, vivía también temporalmente aquí con las hermanas y la abuela; Elia, de 9 años; y Margarita de 7 años que viven en el pueblo y van a -

la escuela elemental; y José de 4 años que vive también en el pueblo con sus padres. Tienen limitaciones económicas y ésto ha hecho que los mayores se hayan desplazado a la periferia del D. F. en busca de mejores perspectivas, sin que realmente puedan satisfacer sus aspiraciones por las limitaciones - propias de su clase y las barreras inherentes a su propio desarrollo afectivo.

FAMILIOGRAMA ("M. M. ")



Esta familia desorganizada también, de nivel socioeconómico bajo, acudió al Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México, presentando como p. i. a Ernesto, quien a pesar de su corta edad se les ha escapado en repetidas ocasiones hasta por dos o tres meses sin que lleguen a saber nada de él. Ernesto manifiesta rencor por el comportamiento al parecer promiscuo de parte de la madre y desprecio por el padre borracho que no ha sabido darles un hogar como él anhela, y por ello prefiere irse de la casa y hacer su propia vida sólo, se siente desalentado y a disgusto en casa, afirma que se va a volver a ir de aventón con los trailereros como lo ha hecho en tres ocasiones anteriores, ha viajado por casi toda la República, y dice conocer desde Mexicali hasta Can Cún, siente que los trailereros lo entienden mejor

que en su propia casa. (A la entrevista inicial asistieron sólo la madre, Magco, Lupe, Eugenia, Ricardo y Ernesto).

DETECCION DE PROBLEMAS:

10. Problemas Instrumentales:

- 1.1 La estrechez socioeconómica que sujeta y limita a los miembros de la familia, no sólo para lograr una movilidad ascendente respecto a su estrato socioeconómico, sino aún para tener acceso al tratamiento en sí, por la lejanía de su lugar de residencia y el costo-tiempo que para ellos representa el venir a tratamiento, además de las cargas propias que en sí tienen para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, ropa y habitación.

20. Problemas Afectivos:

- 2.1 El distanciamiento progresivo de los padres provocado al parecer por la ineficacia e incapacidad del padre para afrontar la responsabilidad familiar por su alcoholismo y el modo pasivo agresivo en que socava la débil autoridad materna; el desafecto de la madre y la competitividad respecto a la autoridad impositiva del padre, que determinan predominio de las emociones de emergencia en su relación mutua.
- 2.2 El resentimiento de los hijos por la conducta irresponsable de ambos padres, empeñados al parecer, en satisfacer por fuera sus necesidades narcisísticas insatisfechas (el padre emborrachándose y la madre buscando aventuras extramaritales).

- 2.3 La insatisfacción de Marco Antonio el hijo mayor, quien se siente atrapado en una relación con una mujer con quien vive, a la que no quiere, y con quien ha procreado una hija, a la que quiere y de quien se siente responsable. Así como su insatisfacción laboral como encargado de una palettería en la que trabaja desde hace más de cuatro años con escasas perspectivas de mejoría.
- 2.4 La incertidumbre de Guadalupe para lograr una relación permanente de pareja (siente que los muchachos sólo la buscan como objeto sexual y en cuanto accede a sus deseos pierden interés por ella), - siente temor y desconfianza hacia los hombres.
- 2.5 El manifiesto malestar de Ernesto y sus constantes amenazas de - volverse a ir de casa si no le conceden sus caprichos.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

- 1o. La escisión de la pareja paterna y del grupo familiar en sí en dos subgrupos que viven separados y distantes (los hijos mayores que emigraron a Sta. Clara y los menores que permanecen en su pueblo natal).
- 2o. La irresponsabilidad, el desinterés y la carencia de control para modelar la conducta y el comportamiento de los hijos.
- 3o. La complicidad inconsciente de la madre y de los hermanos en la rebelión compulsiva de Ernesto, quien cumple activamente y sin saberlo, a través de sus repetidas fugas, los deseos reprimidos de huida y abandono que tanto la madre como los hermanos han sufrido pasivamente y fantasearon alguna vez, como lo llegaron a manifestar en la terapia familiar conjunta.

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "M.M".	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							CASO CLINICO FAMILIAR NO. 5			
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	No Asistió PADRE 44 años	MADRE 39 años	1er. Hijo (a) Marco, 23 años	No Asistió 2o. Hijo (a) Luis 21, años	3er. Hijo (a) Lupe, 20 años	4o. Hijo (a) Ma. Eugenia 18 a.	No Asistió 5o. Hijo (a) Mercedes 16 años	6o. Hijo Ricardo, 13 años	7o. Hijo Ernesto (p.i.) 11 a.	No Asistieron: E.M., Margarita, José 9 a., 7 a., 4 a.	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Indiferencia	Rechazo		Rechazo	Rechazo		Indiferencia	Indiferencia		Familia { Integrada %
COHESION	Segregación	Segregación	Fragmentación		Segregación	Fragmentación		Segregación	Segregación		o { Fragmentada % 35.8
COMUNICACION	Desconfianza	Desconfianza	Rechazo		Desconfianza	Rechazo		Desconfianza	Desconfianza		Pareja { Segregada % 4.2
PARTICIPACION	Marginalización	Marginalización	Coartación		Marginalización	Coartación		Marginalización	Marginalización		Familia { Cooperativa %
TAREA	Evasión	Evasión	Rivalización		Evasión	Rivalización		Evasión	Evasión		o { Coartada % 28.6
EFICACIA	Deficiencia	Deficiencia	Ineficiencia		Deficiencia	Ineficiencia		Deficiencia	Deficiencia		Pareja { Evasiva % 71.4
											Familia { Eficiente %
											o { Insuficiente % 28.6
											Pareja { Deficiente % 71.4

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL INICIAL:

En las primeras sesiones de exploración con la familia "M.M.", permitieron detectar la interacción correspondiente al subgrupo familiar integrado por - los padres (aun cuando el padre no estuvo presente) y los cinco hijos que radicaban en ese momento en Sta. Clara y que asistieron junto con la madre a consulta en el Hospital Infantil de México, obteniendo el siguiente psicodiagnóstico interaccional:

FAMILIA "M.M."	}	INTEGRADA	0.0%
		FRAGMENTADA	35.8%
		SEGREGADA	64.2%
		COOPERATIVA	0.0%
		COARTADA	28.6%
		EVASIVA	71.4%
		EFICIENTE	0.0%
		INSUFICIENTE	28.6%
		DEFICIENTE	71.4%

Como puede apreciarse en la hoja de evaluación inicial esta familia al solicitar consulta se encontraba básicamente segregada, era predominantemente evasiva y deficiente en el desempeño de sus roles y el cumplimiento de sus tareas (ver pág. anterior).

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA:

La familia "M. M." por sus características propias de escisión, desorganización y nivel socioeconómico bajo acudió a consulta cada 15 días y ha -

recibido tratamiento conjunto durante 6 meses consecutivos en un total de 16 consultas aproximadamente, en las que se han obtenido los siguientes logros:

En relación a problemas instrumentales:

- 1o. Se ha planteado la posibilidad de que Marco ingrese a trabajar a una fábrica textil en la que trabaja su suegro, con el fin de que obtenga un mejor sueldo con un horario más reducido que le permita tener un puesto en una plaza, pues su anhelo es dedicarse al comercio.
- 2o. También se ha trabajado con Lupe la posibilidad de que aproveche las mañanas en algún curso práctico que la capacite para conseguir algunos ingresos extras o para que cuando se case no sea totalmente dependiente del ingreso que su marido le proporcione.
- 3o. Se ha planteado la posibilidad de que Ma. Eugenia consiga algún trabajo al terminar la secundaria a principios de 1979, ya que tiene además - terminada la carrera comercial como secretaria.

Respecto a los problemas afectivos:

- 1o. Se ha ventilado la insatisfacción de la madre en su relación marital reteniéndose frente a los hijos su comportamiento extramarital para disminuir los reproches de los hijos y la vergüenza y culpabilidad de la madre.
- 2o. Paralelamente se ha trabajado el resentimiento de los hijos por la irresponsabilidad de ambos padres.
- 3o. Se ha sugerido la posibilidad de que Marco Antonio solicite consulta - conyugal en el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de Mé

xico (ya que actualmente no se encuentra asegurado), para que revise su relación marital.

40. Se han trabajado el temor y la desconfianza de Lupe hacia el sexo opuesto.

50. Se intentó inicialmente trabajar el malestar y la inconformidad de Ernesto (durante las 4 primeras sesiones), pero actuó sus impulsos y yegose en dos ocasiones de casa, la primera a Veracruz con su hermano Ricardo quien lo hizo regresar a la semana siguiente y la segunda un mes después el sólo sin que supieran a donde se había ido, hasta tres meses después en que recibieron noticias de que un Sr. de una población pequeña en el Edo. de Yucatán, estaba dispuesto a hacerse cargo de él y solicitó informes a la presidencia municipal de su pueblo natal en el Edo. de Puebla y los padres accedieron a enviar la información solicitada ya que ese Sr. proponía meterlo a la escuela.

EVALUACION FINAL PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL:

Esta evaluación se efectuó con un miembro menos: Ricardo que se regresó a vivir a Puebla con el otro subsistema familiar y con la ausencia tanto del padre como de Ernesto que fueron evaluados en base a la interacción actual manifestada por los demás miembros y se obtuvo el diagnóstico siguiente:

FAMILIA

"M. M".

INTEGRADA	15.8%
FRAGMENTADA	49.9%
SEGREGADA	33.3%
COOPERATIVA	15.8%
COARTADA	49.9%
EVASIVA	33.3%

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "M.M."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO CASO CLINICO FAMILIAR NO. 5										EVALUACION FINAL	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	No Asistió PADRE 44 años	MADRE 39 años	1er. Hijo (a) Marco 23 años	No Asistió 2o. Hijo (a) Luisa 21 años	3er. Hijo (a) Lupe. 20 años	4o. Hijo (a) Ma. Eugenia 18 años	No Asistió 5o. Hijo (a) Mercedes 16 años	No Asistió 6o. Hijo Ricardo 13 años	No Asistió 7o. Hijo Ernesto (p. i. jll. a)	No Asistieron 8ta. Margarita, Jose			PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Identificación		Aceptación	Identificación			Rechazo			Familia { Integrada % 15.8 o Fragmentada % 49.9	
COHESION	Segregación	Fragmentación	Fragmentación		Segregación	Fragmentación			Segregación			Pareja { Segregada % 33.3	
COMUNICACION	Desconfianza	Rechazo	Aceptación		Rechazo	Aceptación			Desconfianza			Familia { Cooperativa % 15.8 o Coartada % 49.9	
PARTICIPACION	Margina ción	Coarta ción	Coopera ción		Coarta ción	Coopera ción			Margina ción			Pareja { Evasiva % 33.3	
TAREA	Evasión	Rivaliza ción	Realiza ción		Rivaliza ción	Realiza ción			Evasión			Familia { Eficiente % 15.8 o Insuficiente % 49.9	
EFICACIA	Deficien cia	Insuficien cia			Insuficien cia				Deficien cia			Pareja { Deficiente % 33.3	

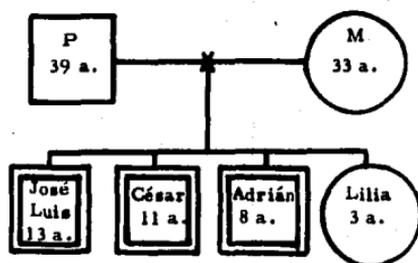
Continua... Familia "M.M."

EFICIENTE	15.8%
INSUFICIENTE	49.7%
DEFICIENTE	33.3%

Al comparar esta última evaluación (ver pág. ant.) con la evaluación inicial se aprecian modificaciones importantes a nivel interaccional que sugieren algunos pequeños intentos de integración, cooperación y eficiencia por lo menos con el subgrupo que trabajamos, aunque en una tercera parte proporcional puede todavía considerársele segregada evasiva y deficiente, y en casi un 50% puede considerársele fragmentada, coartada e insuficiente.

6o. CASO CLINICO FAMILIA "E.B".

FAMILIOGRAMA "E.B."



La familia E. B. acudió al Centro Comunitario de Salud Mental del I.M.S.S. por problemas escolares de aprendizaje de José Luis el mayor de los hijos, quien recibió entrenamiento perceptivo motor durante 3 meses por inmadurez en esta área, además César y Adrián presentaban encopresis y enuresis. La familia como puede apreciarse en el familiograma está formada por el -

padre, de 39 años, con instrucción secundaria no terminada, trabaja como agente de ventas en una fábrica de flejes y empaques para carga; la madre de 33 años, con instrucción básica de primaria, trabaja como perforista - en un departamento de computación electrónica del I.M.S.S. y 4 hijos, 3 varones y una niña de 13, 11, 8 y 3 años respectivamente.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 Tienen problemas económicos a pesar de que ambos padres trabajan, por que el marido tiene un sueldo base que es el salario mínimo y sobre ese sueldo percibe comisiones en proporción a las ventas que hace y en ocasiones estas comisiones no llegan a cubrir sus necesidades de renta o colegios por ejemplo:
- 1.2 Originalmente con los problemas de aprendizaje de José Luis, lo cambiaron a una escuela particular y fue cuando los dos hermanos menores César y Adrián presentaron su regresión con la encopresis y enuresis.

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 Se aprecia un conflicto subyacente en la pareja paterna que mantiene una fachada aparente de bienestar tras la cual se observa una relación de dominio-subordinación, en la que la esposa-madre asume la actitud dominante y autosuficiente, y el esposo ocupa la posición sumisa, dócil, dependiente y pasivo-agresiva, que socava la autoridad materna.
- 2.2 La ambivalencia del padre para asumir su rol de esposo-padre, que

por un lado compete con los hijos por el cariño de la madre-esposa y por otro se siente temeroso de ser muy autoritario con los hijos y cuando osa ordenarles algo la esposa-madre lo inhibe y a la vez se siente culpable de ordenarles algo a los hijos y no se atreve a establecer los límites para con ellos.

2.3 La incertidumbre e inseguridad en los hijos provocada por el conflicto paterno y la ambivalencia del padre para asumir su propio rol, que genera en ellos algunas actitudes sumisas de tipo pasivo-agresivo o bien rebeldes en forma abierta.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR

- 1o. La asimetría de la pareja que genera un conflicto velado o enmascarado que da la apariencia de estabilidad y armonía en ambos consortes.
- 2o. La involucración simbiótica del padre y del hijo mayor y el interés de la madre con escasa involucración afectiva de la madre y el segundo hijo.
- 3o. La dificultad para asumir sus respectivos roles y desempeñar adecuadamente sus tareas tanto de los padres como de los hijos.
- 4o. La excesiva dependencia, pasividad y temor del padre que se refleja también en José Luis el hijo mayor, quien ha logrado una gran identificación con el padre.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL INICIAL:

La evaluación inicial de la familia "E. B.", estimada mediante los procesos psicodinámicos continuos de interacción nos permitieron obtener el psicodiag-

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "E.B."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO										CASO CLINICO FAMILIAR NO. 6
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 39 años	MADRE 33 años	1er. Hijo (a) José Luis 13 años	2o. Hijo (a) César 11 años	3er. Hijo (a) Adrián 8 años	4o. Hijo (a) Lilia 3 años	5o. Hijo (a)			PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA	
PERTENENCIA	Indiferencia	Aceptación	Indiferencia	Rechazo	Aceptación	Aceptación				Familia { Integrada % o { Fragmentada % 66.7	
COESION	Segregación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación				Pareja { Segregada % 33.3	
COMUNICACION	Rechazo	Desconfianza	Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Aceptación				Familia { Cooperativa % o { Coartada % 66.7	
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Marginalización	Coartación	Coartación	Coartación				Pareja { Evasiva % 33.3	
TAREA	Evasión	Rivalización	Evasión	Rivalización	Rivalización	Rivalización				Familia { Eficiente % o { Insuficiente % 66.7	
EFICACIA	Deficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia				Pareja { Deficiente % 33.3	

FAMILIA

" E . B . "

INTEGRADA	0.0%
FRAGMENTADA	66.7%
SEGREGADA	33.3%
COOPERATIVA	0.0%
COARTADA	66.7%
EVASIVA	33.3%
EFICIENTE	0.0%
INSUFICIENTE	66.7%
DEFICIENTE	33.3%

Si observamos la hoja de evaluación correspondiente (pág. ant.) encontramos que esta familia se encontraba al iniciar su tratamiento, básicamente fragmentada, coartada e insuficiente en un 66.7% y el 33.3% restante indica que era una familia segregada evasiva y deficiente.

LOGROS MEDIANTE LA PSICOTERAPIA CONJUNTA FAMILIAR Y/O DE PAREJA.

La familia "E.B." ha recibido tratamiento durante diez meses consecutivos, con un total de 38 consultas conjuntas de las cuales aproximadamente 30 han sido de pareja y 8 familiares en las que se han obtenido los siguientes logros:

1o. En relación a los problemas instrumentales:

- 1.1 Se ha logrado una mayor conscientización de la pareja respecto al encubrimiento que hacen de su problemática afectiva en la problemática económica, mediante la cual el marido aparentemente dócil y

sumiso, responde de manera pasivo-agresiva a la actitud dominante y autosuficiente de la esposa, disminuyendo su contribución al gasto familiar al realizar menos ventas y obtener una menor comisión. Se ha planteado también la posibilidad de buscar un nuevo trabajo que le resulte más productivo al esposo.

- 1.2 Se logró que César y Adrián ingresaran también al mismo colegio que José Luis, para evitar el trato preferencial que a este último se le estaba otorgando.
- 1.3 Se logró tanto en José Luis como en César la remisión del síntoma que motivó la consulta.
- 1.4 Se ha planteado la posibilidad de un tratamiento individual para el padre, a fin de reestructurar y fortalecer su débil personalidad y evitar la sensación de amenaza con que vive las sesiones de pareja.

2o. Respecto a los problemas afectivos:

- 2.1 Se les ha hecho consciencia de su relación asimétrica y se ha propiciado una relación más complementaria que llegue a suplir su anterior relación.
- 2.2 Se ha trabajado la ambivalencia del padre, tratando de darle seguridad al reafirmar sus decisiones como padre y confirmar también su rol de esposo para mermar la competencia que tiene con sus hijos por el cariño de la madre-esposa, con quien también se han tratado de clarificar sus funciones para evitar que continúe haciéndole el juego al marido como si éste fuese su hijo mayor.
- 2.3 Se ha logrado que los hijos adquieran una relativa seguridad respecto a la actuación paterna que ha favorecido la remisión de los sínto-

mas en José Luis con la ayuda del entrenamiento perceptual que recibió y le proporcionó también seguridad en el aprendizaje escolar y en César que han desaparecido tanto la encopresis como la enuresis.

Evaluación Final.

El psicodiagnóstico Interaccional de la estructura grupal en la terapia conjunta con la familia "E.B.", nos permite apreciar los cambios que a nivel familiar se han obtenido desde el punto de vista interaccional:

FAMILIA "E. B. "	}	INTEGRADA	58.3%
		FRAGMENTADA	41.7%
		SEGREGADA	0.0%
		COOPERATIVA	33.3%
		COARTADA	66.7%
		EVASIVA	0.0%
		EFICIENTE	25.0%
		INSUFICIENTE	75.0%
		DEFICIENTE	0.0%

Estos cambios como puede apreciarse en la hoja de evaluación final (pág. siguiente) nos permiten ver un proceso integrativo importante en la familia que se ha acompañado de una cooperación y eficiencia que inicialmente no se daban; aún cuando persiste en un porcentaje elevado la fragmentación, la coartación y la insuficiencia. (ver hoja de evaluación inicial pág. 149)

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

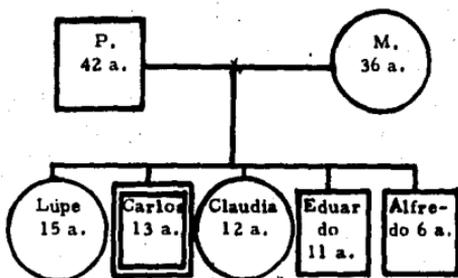
EVALUACION FINAL

FAM. "E.B."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							CASO CLINICO FAMILIAR NO. 6
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 39 años	MADRE 33 años	1er. Hijo (a) José Luis 13 años	2o. Hijo (a) César 11 años	3er. Hijo (a) Adrián 8 años	Lilia 3 años 4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Rechazo	Identificación	Rechazo	Indentificación	Identificación	Identificación		Familia { Integrada % 58.3 o { Fragmentada % 41.7 Pareja { Segregada %
COHESION	Fragmentación	Integración	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Integración		Pareja { Segregada %
COMUNICACION	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación		Familia { Cooperativa % 33.3 o { Coartada % 66.7 Pareja { Evasiva %
PARTICIPACION	Coartación	Cooperación	Coartación	Cooperación	Cooperación	Cooperación		Pareja { Evasiva %
TAREA	Rivalización	Realización	Rivalización	Realización	Rivalización	Realización		Familia { Eficiente % 25 o { Insuficiente % 75
EFICACIA	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia		Pareja { Deficiente %

70. CASO CLINICO FAMILIA "R. Z."

La familia "R. Z.", fué vista inicialmente en el Servicio de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del C.M.N. del I.M.S.S. para exploración y con tinuaron su tratamiento en el C. C. S. M., habiéndoseles proporcionado 18 - consultas conjuntas, de las que 8 fueron familiares y 10 de pareja. La fami lia está formada por el padre de 42 años, C. P. T., la madre de 36 años, quien estudió la carrera comercial y está dedicada a las labores del hogar y 5 hi jos: Lupe de 15 años, Carlos de 13 años quien es el paciente identificado, - Claudia de 12 años, Eduardo de 11, y Alfredo de 6 años.

FAMILIOGRAMA "R. Z."



El motivo de la consulta fué Carlos, el p. i. quien tiene una hemiplejía is- quierda de causa no determinada con diagnóstico de "Atrofia Subcortical - Severa" en hemisferio cerebral derecho. Fué producto de un segundo em- baraso que cursó normalmente; parto eutócico atendido en la Unidad de Gi- neco-obstetricia No. 1 del I.M.S.S. La madre se dió cuenta de la hemiplej ia de Carlos desde los 3 meses de edad del p. i. A los 18 meses presentó

crisis convulsivas y ha estado bajo tratamiento neurológico a base de carbamazepina. Al iniciar la terapia familiar presentaba trastornos de conducta caracterizados por agresividad exagerada, irritabilidad, e inestabilidad emocional. Se mostraba impositivo y difícil de controlar y agredía a sus propios padres. Había presentado también algunos intentos de suicidio.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas Instrumentales:

- 1.1 La dificultad para que Carlos, el p.i., tome sus medicamentos oportunamente.
- 1.2 La escasa colaboración que la madre recibe para hacer los quehaceres
- 1.3 El alcoholismo ocasional del padre que es incapaz de limitarse en las reuniones sociales.

2o. Problemas Afectivos:

- 2.1 La dificultad de la familia para aceptar el daño orgánico de Carlos el p.i., y elaborarlo como una pérdida temprana que les ha producido una gran tristeza y dolor, que ocultan defensivamente tras una actitud hostil de permanente inconformidad e insatisfacción.
- 2.2 Un abierto conflicto conyugal en el que la esposa-madre asume una actitud cambiante de "víctima" algunas veces y otras de gran dominio frente a un esposo también ambivalente, unas veces "victimario" y otras dócil y sumiso, con una relación sado-masoquista mutua en la que ambos se menosprecian y socavan frente a los hijos la autoridad del otro.

2.3 El malestar de Carlos el p.i., su constante irritabilidad y escasa tolerancia a la frustración que lo convierte en un tirano y en una permanente fuente de malestar para toda la familia, porque se siente rechazado por todos incluyendo a sus padres, y, o bien toma actitudes abiertamente defensivas de rebeldía y coraje, o bien se deprime con deseos de muerte y pensamientos suicidas que en dos ocasiones por lo menos ha intentado concretar (en la primera cogtándose superficialmente las venas y la segunda amenazando con tirarse de un balcón en su escuela).

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

10. La participación afectiva entre los miembros de la familia es narcisista con predominio de los sentimientos negativos.
20. Su comunicación es enmascarada e indirecta por lo que sus mensajes frecuentemente crean tensión y confusión en la familia.
30. Existen algunos roles idiosincrásicos claramente establecidos que rigidizan su participación y limitan el cumplimiento de sus tareas. (como el de "víctima" que asume la madre, el de "victimario" que asume el padre o los hijos y el de "enfermo" que asume el p.i.)
40. El control del comportamiento es caótico, en ocasiones rígido, en otras flexible y en otros momentos laissez-faire, lo cual determina una total inconsistencia en las actitudes de los miembros de la familia, frecuentemente la madre se siente impotente para manejar las situaciones y con poco apoyo de parte de su esposo que permanece impassible o bien se exalta golpeándolos o castigándoles severamente.

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "R.Z."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							EVALUACION INICIAL		
		CASO CLINICO FAMILIAR NO. 7									
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 42 años	MADRE 36 años	1er. Hijo (a) Lupe, 15 años	2o. Hijo (a) Carlos(p.l.) 13.a.	3er. Hijo (a) Claudia 12 años	4o. Hijo (a) Eduardo 11 años	5o. Hijo (a) Alfredo 6 años			PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Aceptación			Familia { Integrada % o { Fragmentada % 4.3
COHESION	Segregación	Fragmentación	Segregación	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación			Pareja { Segregada % 35.7
COMUNICACION	Desconfianza	Desconfianza	Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Rechazo			Familia { Cooperativa % o { Coartada % 57.2
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Marginalización	Marginalización	Coartación	Coartación	Coartación	Coartación			Pareja { Evasiva % 42.8
TAREA	Evasión	Rivalización	Evasión	Evasión	Rivalización	Rivalización	Rivalización	Evasión			Familia { Eficiente % o { Insuficiente % 35.7
EFICACIA	Deficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Deficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Deficiencia	Deficiencia			Pareja { Deficiente % 4.3

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA INTERACCIONAL:

Las entrevistas de exploración inicial permitieron establecer el psicodiagnóstico interaccional siguiente:

FAMILIA "R. Z."	}	INTEGRADA	0.0%
		FRAGMENTADA	64.3%
		SEGREGADA	35.7%
		COOPERATIVA	0.0%
		COARTADA	57.2%
		EVASIVA	42.8%
		EFICIENTE	0.0%
		INSUFICIENTE	35.7%
		DEFICIENTE	64.3%

Psicodiagnóstico que permite estimar como la familia "R. Z." se encontraba esencialmente fragmentada y coartada con deficiencia en el cumplimiento de sus roles y tareas (ver hoja de evaluación pág. ant.)

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA CONJUNTAS:1o. Respecto a los problemas instrumentales:

- 1.1 Se responsabilizó a los padres para que vigilaran la ingesta de los medicamentos recetados por el neurólogo.
- 1.2 Se logró la colaboración de los hijos para que ayuden a la madre en algunas de las tareas, como tender las camas y lavar los trastos en que toman sus alimentos.
- 1.3 Se logró que el padre se limitase en la ingestión de bebidas en las

reuniones sociales.

20. En relación a problemas afectivos:

- 2.1 Se elaboró el duelo y la depresión causada por el daño cerebral de Carlos el p.i., como una pérdida, primero con los padres y el paciente y luego con toda la familia para que aceptaran más la invalidez producida por la atrofia subcortical.
- 2.2 Se trabajó el conflicto conyugal modificando la actitud cambiante de ambos padres para que abandonen su posición idiosincrásica, asuman su rol correspondiente y establezcan una relación más armónica y acorde con las limitaciones de su hijo Carlos, aceptándolo con la hemiplejía izquierda.
- 2.3 Se logró disminuir el malestar de Carlos mediante la elaboración de su propio duelo y la aceptación de sí mismo con sus limitaciones e invalidez.
- 2.4 Se logró que los padres establecieran un control más claro y definido de las situaciones.

EVALUACION PSICODIAGNOSTICA FINAL:

El psicodiagnóstico interaccional final que se obtuvo fue como sigue (Ver - Hoja de Evaluación pág. sig.):

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "R.Z."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							EVALUACION FINAL		
									CASO CLINICO FAMILIAR NO. 7		
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 42 años	MADRE 35 años	1er. Hijo (a) Lupe 15 años	2o. Hijo (a) Carlos (p.i.) 13.a.	3er. Hijo (a) Claudia, 12 años	4o. Hijo (a) Eduardo, 11 años	5o. Hijo (a) Alfredo, 8 años			PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Aceptación	Identificación	Identificación	Aceptación			Familia { Integrada % 28.6 o { Fragmentada % 71.4 Pareja { Segregada %
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Integración	Fragmentación			
COMUNICACION	Rechazo	Rechazo	Aceptación	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Aceptación			Familia { Cooperativa % 31.5 o { Coartada % 78.5 Pareja { Evasiva %
PARTICIPACION	Coartación	Cooperación	Coartación	Coartación	Cooperación	Cooperación	Cooperación	Coartación			
TAREA	Rivalización	Realización	Rivalización	Rivalización	Realización	Realización	Rivalización	Rivalización			Familia { Eficiente % 28.5 o { Insuficiente % 64.2 Pareja { Deficiente % 7.3
EFICACIA	Insuficiente	Eficiente	Insuficiente	Insuficiente	Eficiente	Eficiente	Insuficiente	Deficiente			

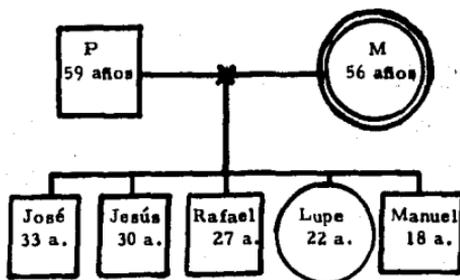
FAMILIA
"R. Z."

INTEGRADA	28.6%
FRAGMENTADA	71.4%
SEGREGADA	0.0%
COOPERATIVA	31.5%
COARTADA	78.5%
EVASIVA	0.0%
EFICIENTE	28.5%
INSUFICIENTE	64.2%
DEFICIENTE	7.3%

Lo cual permite apreciar ya un cierto proceso de integración, cooperación y eficiencia en la familia "R. Z." que podrá incrementarse en la medida en que se resuelva el conflicto conyugal y se elabore el duelo y la aceptación de pérdida tanto por el p. i. como por el resto de la familia.

80. CASO CLINICO FAMILIA "G. L."

FAMILIOGRAMA "G. L."



La familia G.L., está formada por el padre, de 59 años, taxista; la madre de 56 años, quien es la paciente identificada presenta un cuadro psicótico, con labilidad emocional, sentimientos de extrañeza, despersonalización, - conducta rara, algunos delirios e ideas suicidas; y 5 hijos: José de 33 años, Jesús de 30, Rafael de 27, Lupe de 22 y Manuel con 18 años. Esta familia acudió al C. C. S. M., en busca de ayuda psiquiátrica, relatan los hijos que hace aproximadamente dos años en que su madre vendió un puesto de periódicos que tenía en las calles de Puente de Alvarado, comensó a sentirse muy triste y ha ido perdiendo poco a poco el interés por lo que la rodea, permaneciendo la mayor parte del tiempo sentada con las manos en las rodillas (autismo), manifiesta que ya no sirve para nada y que mejor desearía quitarse la vida. La paciente atribuyó sus malestares a una dieta que siguió y a los medicamentos que le envió un médico que visitó, piensa que le hacen falta algunas vitaminas para reponerse pues se le ha ido el apetito. El padre ha sido alcohólico, frío, distante con la señora y autoritario con los hijos sobre todo cuando éstos estaban pequeños. Actualmente los hijos están casados, excepto José que se separó de la esposa y Manuel que es soltero aún. La p.i. vive con su esposo. - sus hijos José, Lupe, su yerno y sus nietos en una casa que es de su propiedad.

DETECCION DE PROBLEMAS:

Problemas instrumentales:

- 1o. El cuadro psicótico de la Sra. quien requirió una valoración psiquiátrica para establecer un diagnóstico diferencial entre una depresión involutiva v/s un estado paranoide involutivo.
- 2o. La ingesta de medicamentos que requieren la supervisión de parte de -

algunos de los familiares (esposo y su hija Lupe).

- 3o. La casa habitación en que viven la paciente identificada, su esposo, y - sus hijos José y Guadalupe con su yerno y sus nietos, ya que esta casa inicialmente se adquirió mediante un enganche que pusieron entre la Sra. y su hijo Jesús, quien vivió inicialmente en dicha casa, y le hizo algunas mejoras.

Problemas Afectivos:

- 1o. El predominio en la familia de las emociones de emergencia como la - depresión severa de la Sra. y el temor y la angustia en los demás miembros de la familia.
- 2o. La involucración simbiótica y narcisista que prevalece entre los miembros de la familia, en especial de la madre para con sus hijos, que quisiera que ellos pensarán, sintieran y actuaran de acuerdo a sus propias necesidades, sin aceptar que sus hijos son individuos separados que pueden tener otras necesidades (dinámicamente la enfermedad de la madre sería un intento desesperado por evitar que la familia se desintegre y cada uno pueda hacer su propia vida independiente; como si fuera una - gallina con sus polluelos que no quisiera que ninguno se le saliera bajo sus alas).
- 3o. La comunicación perturbada que provoca tensión y confusión en la familia al emitir mensajes enmascarados e indirectos.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

- 1o. La alteración en los roles familiares que ha producido la adopción de - algunos roles idiosincrásicos como el de la p.i., como la "enferma" que

se comporta como la débil y achacosa y es tratada con deferencias por el resto de los miembros de la familia, o bien Lupe como la "madre" y José como el "Padre", que vigilan y están pendientes de los malestares de mamá

- 2o. La excesiva dependencia de los hijos con la madre que favorece la aparatosa sintomatología que presenta la p.i., y dificulta la autonomía de los primeros.
- 3o. El débil vínculo afectivo de la pareja que ha propiciado la insatisfacción de la madre, quien se ha volcado en los hijos, pretendiendo encontrar en ellos lo que no ha podido tener de su esposo, y al casarse éste y quedar ella sola en su etapa involutiva siente, lo que Erickson en sus etapas del desarrollo describe como, la desintegración del yo (repartido entre los hijos) y la desesperación que ahora experimenta, de que el tiempo que le queda es demasiado corto para intentar otros caminos hacia la propia integridad personal, aunado posiblemente a que en sus primeras etapas experimentó también el abandono del padre que generó en ella una desconfianza básica, vergüenza y duda, tal vez culpa e inferioridad y cierta confusión de identidad y aislamiento.

EVALUACION INICIAL:

La interacción familiar detectada en las primeras sesiones de tratamiento con la familia G. L., es como sigue:

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "G.L."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO										CASO CLINICO FAMILIAR NO. 8
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 59 años	MADRE P.I. 56 años	1er. Hijo (a) José 33 años	2o. Hijo (a) Jesús 30 años	3er. Hijo (a) Rafael 27 años	4o. Hijo (a) Luz 22 años	5o. Hijo (a) Mansel 18 años				PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Indiferencia				Familia { Integrada % 21.4 o { Fragmentada % 57.2
COHESION	Segregación	Fragmen- tación	Segrega- ción	Fragmen- tación	Fragmen- tación	Fragmen- tación	Segrega- ción				Pareja { Segregada % 21.4
COMUNICACION	Desconfi- mación	Desconfi- mación	Rechazo	Rechazo	Rechazo	Acepta- ción	Desconfi- mación				Familia { Cooperativa % o { Coartada % 57.2
PARTICIPACION	Margina- ción	Coarta- ción	Margina- ción	Coarta- ción	Coarta- ción	Coarta- ción	Margina- ción				Pareja { Evasiva % 42.8
TAREA	Evasión	Rivaliza- ción	Evasión	Rivaliza- ción	Rivaliza- ción	Realiza- ción	Evasión				Familia { Eficiente % 7.2 o { Insuficiente % 50.0
EFICACIA	Deficien- cia	Insuficien- cia	Deficien- cia	Insuficien- cia	Insuficien- cia	Insuficien- cia	Deficien- cia				Pareja { Deficiente % 42.8

FAMILIA

"G. L."

INTEGRADA	21.4%
FRAGMENTADA	57.2%
SEGREGADA	21.4%
COOPERATIVA	0.0%
COARTADA	57.2%
EVASIVA	42.8%
EFICIENTE	7.2%
INSUFICIENTE	50.0%
DEFICIENTE	42.8%

Psicodiagnóstico interaccional en el que se observa el predominio de una familia básicamente fragmentada, coartada e insuficiente con una elevada proporción de evasión y deficiencia en sus roles y tareas.

LOGROS EN LA TERAPIA FAMILIAR:

La familia "G. L." recibió psicoterapia familiar conjunta durante seis meses aproximadamente un total de 22 consultas y paralelamente se solicitó consulta médico-psiquiátrica para establecer diagnóstico diferencial de la p.i. y proporcionarle tratamiento farmacológico en los últimos tres meses y que continuará recibiendo durante el tiempo que el psiquiatra tratante lo considere pertinente. En relación a la terapia familiar propiamente dicha se obtuvieron los siguientes logros:

Problemas Instrumentales:

- 1o. Se obtuvo la anuencia de la paciente para ser valorada psiquiátricamente a pesar de su resistencia inicial debida al cuadro paranoide que obstaculizaba la intervención médica.

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "G.L."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							EVALUACION FINAL	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 59 años	MADRE P.i. 56 años	1er. Hijo (a) José 33 años	2o. Hijo (a) Jesús 30 años	3er. Hijo (a) Rafael 27 años	4o. Hijo (a) Luz 22 años	5o. Hijo (a) Manuel 18 años	CASO CLINICO FAMILIAR NO. 8	
PERTENENCIA	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Identificación	Identificación	Identificación	Indiferencia			Familia { Integrada % 38.5 o { Fragmentada % 57.2
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Integración	Segregación			Pareja { Segregada % 4.3
COMUNICACION	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Confirmación	Desconfianza			Familia { Cooperativa % 38.5 o { Coartada % 57.2
PARTICIPACION	Coartación	Coartación	Coartación	Cooperación	Cooperación	Cooperación	Marginalización			Pareja { Evasiva % 4.3
TAREA	Realización	Realización	Rivalización	Rivalización	Realización	Realización	Evasión			Familia { Eficiente % 45.7 o { Insuficiente % 50.0
EFICACIA	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Deficiencia			Pareja { Deficiente % 4.3

- 2o. Se logró también el convencimiento de la p.i. y se responsabilizaron a los dos hijos que viven con ella José y Guadalupe de la administración oportuna de los medicamentos.
- 3o. Se ventiló lo relativo a la casa habitación lográndose un acuerdo entre José y Jesús, para que este último recuperara alguna parte proporcional de la inversión hecha por él.

Problemas Afectivos:

- 1o. Se logró que la Sra. hablara de su desesperación y de su temor a la muerte, así como de la soledad y el abandono que experimentó en sus primeros años y que ha vuelto nuevamente a experimentar, lo cual proporcionó una catarsis a la Sra. y a los demás miembros aliviando su tensión y angustia por la enfermedad de mamá en la medida en que fueron remitiendo los síntomas con el tratamiento farmacológico proporcionado paralelamente por el psiquiatra.
- 2o. Se logró una involucración más afectiva que facilitara la aceptación de la individualidad de cada miembro como alguien distinto a los demás, - sobre todo en la medida en que se fue logrando la recuperación de la p.i. y disminuyeron sus quejas y demandas.
- 3o. Se mejoró la comunicación de la familia logrando que ésta sea más clara y directa.
- 4o. Se logró un desempeño más acorde con sus roles familiares.

EVALUACION FINAL:

INTEGRADA	38.5%
FRAGMENTADA	57.2%
SEGREGADA	4.3%

FAMILIA "G. L."	COOPERATIVA	38.5%
	COARTADA	57.2%
	EVASIVA	4.3%
	EFICIENTE	45.7%
	INSUFICIENTE	50.0%
	DEFICIENTE	4.3%

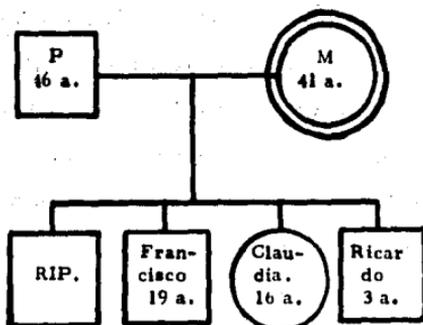
Como puede apreciarse al comparar esta evaluación con la inicial, no se estiman cambios importantes en la interacción predominante que continúa siendo fragmentada, coartada e insuficiente, si se aprecian, sin embargo, cambios respecto a una mayor proporción de integración, cooperación y eficiencia familiar (Ver hojas de evaluación correspondientes).

9o. CASO CLINICO FAMILIA "B. L."

La familia "B. L." está compuesta por el padre, de 46 años de edad, médico cirujano con especialidad en pediatría, quien presta sus servicios en una institución de seguridad social, ha padecido un infarto cardíaco y fue intervenido quirúrgicamente hace dos años aproximadamente; la madre, de 41 años, con estudios profesionales de química bacteriológica que dejó inconclusos sin haberse recibido, está dedicada a su hogar, y seis hijos- de los cuales viven únicamente tres, pues dos de ellos gemelos murieron en las dos primeras semanas de vida debido a que fueron internados en la sala de prematuros del Hospital Infantil de México, mientras los padres efectuaban un cambio de casa y ahí adquirieron una septicemia, en virtud de que el residente de la sala de prematuros le había tocado también hacer guardia en la sala de infectología; el otro hijo que perdieron fué Homero, el hijo mayor, quien falleció accidentalmente a los 19 años de edad, hace

poco más de un año, habiendo participado con unos amigos en el asalto a una gasolinera.

FAMILIOGRAMA ("B. L. ")



Esta familia fue referida al C. C. S. M. , por el psiquiatra de su clínica correspondiente, por una severa depresión de la Sra. a consecuencia de la muerte del hijo mayor, depresión de la que ya estaba en franca remisión después de casi un año de tratamiento mediante farmacoterapia y psicoterapia de grupo y fué referida para tratamiento conyugal y familiar por desajuste matrimonial y familiar, pues se detectó distanciamiento en la pareja y serias dificultades en la relación tanto marital como familiar. La Sra. atribuye la muerte de Homero el hijo mayor a su esposo, por la deficiente relación que existía entre ambos, ya que en los días previos Homero había sufrido un accidente automovilístico, cuya reparación ascendía a cerca de \$8,000.00 con los que el hijo no contaba de momento y el padre le exigió la reparación del daño; actitud que el Sr. negó afirmando que incluso le había conseguido un trabajo en vacaciones y como no logró ajustar la cantidad requerida él le ofreció completarla y manifestó que no estaba dispuesto a -

tolerar que su esposa constantemente lo esté culpando de la muerte accidental del hijo, por lo que accedió acudir a la terapia conyugal y familiar como último recurso, e incluso está dispuesto a la separación si no logra modificar su actitud. A estas dificultades propias de la pareja debe añadirse una deteriorada relación madre-hija con escasa o nula tolerancia de ambas partes y cierta complacencia de parte del padre, quien responde aliándose a la hija para socavar la autoridad materna y dirimir subrepticamente los conflictos de relación con la esposa.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas Instrumentales:

1.1 La redistribución de las cargas de tarea doméstica para que los hijos colaboren en el cuidado, orden y aseo de sus respectivas recámaras, ya que la Sra. no cuenta con ayuda externa y el esposo y los hijos cooperan en algunos quehaceres domésticos comunes, pero frecuentemente se hacen desentendidos con sus cuartos y con sus respectivas pertenencias provocando con ello frecuentes conflictos y disgustos con la madre.

2o. Problemas Afectivos:

2.1 El cisma conyugal que involucra una crónica ausencia de complementación en los roles respectivos, una deficiente comunicación con intentos de enmascaramiento y crónica desvalorización del otro cónyuge ante los hijos con una tendencia prominente a competir por la lealtad de los hijos que aunada a la relación marital fría, distante, e insatisfactoria favorece el desarrollo de coaliciones con los hijos, que han respondido sustitutivamente a las carencias afectivas

entre ambos padres (Padre-Claudia, Madre-Homero -).

- 2.2 El doble duelo no resuelto, primero de los gemelos que perdieron recién nacidos y segundo de Homero, el hijo que falleció accidentalmente, duelos en los que se perciben sentimientos de culpabilidad que resultan intolerables y por lo tanto son rechazados de la conciencia, impidiendo con ello la posibilidad de elaboración.
- 2.3 La soledad y falta de apoyo en que la madre ha quedado desde la muerte de Homero, con quien mantenía una alianza que le permitía satisfacer sustitutivamente algunas de sus necesidades afectivas.
- 2.4 La cada vez más deteriorada relación madre-hija, que ha sido favorecida por la coalición del padre con la hija para socavar la autoridad materna y expresar indirectamente su conflicto conyugal que ha sido desplazado a la relación madre v/s hija.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

- 1o. La constante tendencia del padre y los hijos (Francisco y Claudia) a intelectualizar, racionalizar y conceptualizar sus trastornos de relación, para justificar sus respectivas actitudes, acciones y comportamientos y evitar con ello el compromiso afectivo y la posibilidad de una relación más estrecha.
- 2o. La persistente depresión de la madre, indiferencia e intolerancia de los demás miembros de la familia ante las pérdidas sufridas (hijos y hermanos).
- 3o. La rebelión compulsiva de Claudia frente a la autoridad materna, fomentada y tolerada por la coalición de la hija con el padre.

40. La excesiva sobreprotección que la familia (padres y hermanos) tiene hacia Ricardo, el menor.
50. La continua resistencia de la familia al tratamiento y al cambio, expresada abierta o veladamente por el padre o algún otro miembro de la familia mediante descalificaciones irónicas o ausencias.
60. Las fuertes tendencias impulsivas-autodestructivas que constituyen un serio riesgo al tratar de resolver sus conflictos actuándolos aun cuando puedan llegar a ser de consecuencias funestas, como de hecho lo han sido ya la pérdida de los hijos gemelos y Homero el hijo mayor.

PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL INICIAL

La evaluación inicial practicada en las primeras sesiones de exploración - primero con la pareja y luego con la familia "B.L.", permitieron establecer el psicodiagnóstico siguiente, que se encuentra plasmado en la hoja de evaluación (ver pág. sig.):

FAMILIA "B. L."	}	INTEGRADA	0%
		FRAGMENTADA	50.0%
		SEGREGADA	50.0%
		COOPERATIVA	0.0%
		COARTADA	60.0%
		EVASIVA	40.0%
		EFICIENTE	0.0%
		INSUFICIENTE	80.0%
		DEFICIENTE	20.0%

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "B.L."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							CASO CLINICO FAMILIAR NO. 9		
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 46 años	MADRE 41 años (p.i.)	1er. Hijo (a) Francisco 19 años	2o. Hijo (a) Claudia 16.a. (p.i.)	3er. Hijo (a) Ricardo 3 años	4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)			PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Indiferencia	Indiferencia	Aceptación					Familia { Integrada % 0 o { Fragmentada % 50
COHESION	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación						Pareja { Segregada % 50
COMUNICACION	Desconfianza	Rechazo	Rechazo	Desconfianza	Aceptación						Familia { Cooperativa % 0 o { Coartada % 60
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Coartación	Marginalización	Coartación						Pareja { Evasiva % 40
TAREA	Insuficiente Rivalización	Rivalización	Rivalización	Evasión	Rivalización						Familia { Eficiente % 0 o { Insuficiente % 80
EFICACIA	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Deficiente	Insuficiente						Pareja { Deficiente % 20

Lo cual nos indica que la familia "B.L." al acudir inicialmente a consulta se encontraba básicamente fragmentada y segregada en un 50% respectivamente, predominantemente coartada en un 60% y evasiva en un 40%, y era bastante insuficiente e incluso deficiente para cumplir con sus tareas y funciones mostrando carencia total de integración, cooperación y eficacia.

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA:

Esta familia ha recibido un total de 16 consultas de psicoterapia conjunta - en 4 meses, de las que sólo 4 han sido familiares y el resto conyugales, - habiendo obtenido hasta el momento de elaborar esta tesis, los siguientes logros:

1o. Problemas Instrumentales

1.1 La Sra. cuenta actualmente con una ayuda externa para las tareas domésticas.

2o. Problemas Afectivos:

2.1 La relación marital se ha modificado favoreciendo el acercamiento mutuo de la pareja, aun cuando todavía tienen una actitud enmascarada, defensiva y temerosa de herirse o rechazarse mutuamente.

2.2 Poco a poco y a pesar de la renuencia del Sr., se han ido elaborando las pérdidas sufridas tanto de los gemelos como de Homero el hijo mayor y se han ventilado los sentimientos despertados con dichas pérdidas, que el padre pretendía haberlas superado al considerarlas como sucesos funestos imprevistos que terminó por reconocer como dolorosas pérdidas que lo lastimaban profundamente.

2.3 Ambos padres han comenzado a trabajar la posibilidad de restablecer

su relación marital, sobre todo la indiferencia y el abandono afectivo en que mutuamente se habían estado manteniendo lo cual acentúa los sentimientos de soledad de la madre y la falta de apoyo que experimentaba de parte de su marido y el involucramiento que sustitutivamente habían hecho cada uno por su parte con Homero y con Claudia, la madre y el padre respectivamente.

- 2.4 Se ha logrado una nueva alianza entre los padres y se ha debilitado la coalición existente entre el padre y la hija, que lucha denodadamente por sabotear esa nueva alianza.

PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL FINAL:

La estimación de la interacción familiar apreciada cuatro meses después de iniciado el tratamiento conjunto registrada en la hoja de evaluación correspondiente (ver pág. sig.), permitió establecer el siguiente psicodiagnóstico de la estructura grupal de la familia:

FAMILIA "B.L."	}	INTEGRADA	30%
		FRAGMENTADA	60%
		SEGREGADA	10%
		COOPERATIVA	30%
		COARTADA	70%
		EVASIVA	0%
		EFICIENTE	40%
		INSUFICIENTE	40%
		DEFICIENTE	20%

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

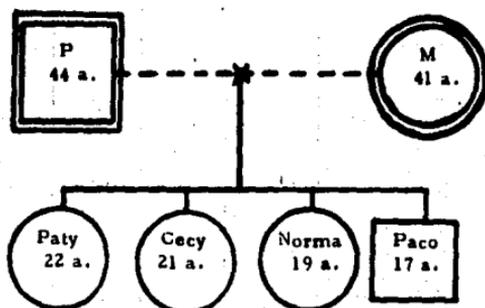
EVALUACION FINAL

FAM. "B.L."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO							CASO CLINICO FAMILIAR NO. 9
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 46 años	MADRE 41 años (p.i.)	1er. Hijo (a) Francisco 19 años	2o. Hijo (a) Claudia 16 a.(p.i.)	3er. Hijo (a) Ricardo 3 años	4o. Hijo (a)	5o. Hijo (a)	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Aceptación	Identificación	Identificación	Rechazo	Identificación			Familia { Integrada % 30 o { Fragmentada % 60
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación			Pareja { Segregada % 10
COMUNICACION	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Aceptación			Familia { Cooperativa % 30 o { Coartada % 70
PARTICIPACION	Coartación	Cooperación	Cooperación	Coartación	Cooperación			Pareja { Evasiva %
TAREA	Realización	Realización	Realización	Evasión	Realización			Familia { Eficiente % 40 o { Insuficiente % 40
EFICACIA	Insuficiencia	Insuficiencia	Insuficiencia	Deficiencia	Insuficiencia			Pareja { Deficiente % 20

Esta apreciación psicodiagnóstica permite apreciar los cambios obtenidos hasta el momento de la evaluación que se practicó con el propósito de observar el progreso que aunque es significativo no ha sido lo suficiente como para poderlos considerar dados de alta. Ciertamente la familia ha logrado avanzar hacia una mayor integración 30%, cooperación 30% y eficiencia 40% que anteriormente carecía, pero existe aún un remanente de segregación - 10% y deficiencia 20% y se ha incrementado la fragmentación y la coartación (comparar evaluación inicial con final), lo cual hace más palpable la homeostasis del sistema familiar.

10o. CASO CLINICO, FAMILIA "G.M."

FAMILIOGRAMA ("G.M.")



Esta familia acudió a consulta particular inicialmente como pareja en situación de crisis aguda por desajuste matrimonial, su relación conyugal se había ido deteriorando hasta volverse insoportable y producirse la separación después de 22 años, el señor se había mudado hacía mes y medio a un departamento amueblado en el que vivía sólo. La madre permanecía inconforme, insatisfecha y amargada en su hogar al lado de sus hijos. Las espec-

tativas al solicitar ayuda eran totalmente opuestas, el Sr. quería revisar su relación de pareja y definir si su separación sería temporal o definitiva, La Sra. se sentía muy lastimada por la actitud del marido y su propósito era conseguir el regreso de su esposo al hogar.

El padre de 44 años de edad, con estudios de ingeniería hasta 30^o de profesional, ocupaba un alto puesto ejecutivo dentro de un consorcio industrial, puesto que logró escalar a base de tesón y dedicación y que le permitía viajar semanalmente por toda la República. La madre de 41 años, con estudios elementales, había estado dedicada siempre al hogar, hasta hace 2 ó 3 años en que su inquietud la llevó a tomar clases de teatro, que aún continúa recibiendo. Patricia de 22 años, cursó estudios de diseño y decoración que terminó, hacía poco más de un año había estado a punto de casarse, pero su novio tuvo un accidente automovilístico en el que falleció. Cecilia, de 21 años cursaba el 3er. año de psicología en una universidad particular. Norma de 19 años, acababa de terminar la preparatoria e ingresó a estudiar ciencias de la comunicación en la misma universidad que Cecilia. Y Francisco de 17 años, cursaba el 1o. de Bachillerato.

DETECCION DE PROBLEMAS:

1o. Problemas instrumentales:

- 1.1 La escasa o nula colaboración de los hijos en el orden y aseo de sus respectivas recámaras en el hogar.
- 1.2 Los conflictos provocados por el uso inadecuado de los automóviles de la madre y la hermana mayor por los otros hermanos.

1.3 El uso excesivo o indebido del equipo de sonido de Francisco que en algunas ocasiones molestaba al resto de la familia.

1.4 La escasa libertad de los padres para poder disfrutar su hogar, sin la presencia constante de amigos o compañeros de los hijos.

Problemas Afectivos:

- 1o. La relación conyugal asimétrica, en la que el padre se muestra fuerte y sustentador, mientras que la madre es en extremo sumisa y masoquista, así como el divorcio afectivo que se dió mucho antes de la separación de la pareja.
- 2o. La involucración simbiótico-narcisista de la pareja en la que el marido espera que su esposa sienta, piense y actúe de acuerdo a sus propias necesidades, en tanto que la esposa depende de los pensamientos y sentimientos del marido a tal grado que se somete con tal de no contrariarlo, sin llegar a aceptar que su esposo y ella son dos personas distintas.
- 3o. La perturbada comunicación afectiva tanto de la pareja como de la familia, en cuyos mensajes enmascarados e indirectos se percibe el temor a perder el afecto y la aprobación del otro.
- 4o. La alteración de roles tradicionales por roles idiosincrásicos, cuya función era preservar el balance familiar alterado, en el que la madre inicialmente y después cada uno de los hijos fueron jugando alternativamente el papel de "víctima," como blanco y receptores de los sentimientos negativos, las fuerzas destructivas y tensión de la familia, así como los unificadores o conciliadores (los hijos, aunque más específicamente Cecilia y Norma) que buscaron siempre unir o conciliar a los padres.

50. La conflictiva relación padre-hijo, favorecida por la coalición de este último con su madre, para socavar la autoridad paterna y oponerse a sus rigides e inflexibilidad.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA FAMILIAR:

10. El cisma marital en el que ambos cónyuges se encuentran inmersos en sus propias dificultades de personalidad, exhibiendo una incapacidad crónica para lograr complementaridad de propósitos, cuyos ejes competitivos eran dominados por el marido, un hombre enérgico y exitoso, pero de una suspicacia paranoide, que trataba de afirmar su dominio masculino en grado patológico, y con la necesidad manifiesta de una esposa que satisficiera sus necesidades narcisistas insaciabiles y sus rígidas expectativas; lo cual decepcionó y desilucionó a esta última, porque la figura paterna del marido con quien se había casado se mostraba incapaz de percibir sus propias necesidades emocionales y provocaba en ella actitudes de desaffo.
20. Las repetidas amenazas de separación que culminaron mes y medio antes de acudir a consulta, después de 22 años de ir postergando el conflicto conyugal, mediante intentos por enmascarar el desaffo y evitar así el enfrentamiento abierto.
30. El resentimiento mutuo debido a los vínculos que ambos cónyuges seguían manteniendo con sus respectivas familias de origen, destacándose el vínculo del marido con su madre que acentuaba el resentimiento de su pareja.
40. La división de la familia en dos facciones provocada por el cisma ma-

rital, el menoscabo y el desafío recíprocos que favorece las coaliciones entre padres e hijos a través de los cuales logran satisfacer las necesidades que el otro cónyuge les niega abierta o veladamente.

- 5o. La pseudo mutualidad en las relaciones familiares que permitía mantener una cierta distancia entre cada uno de los miembros, evitando así el involucramiento y la intimidad correspondientes a su vida familiar.

PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL INICIAL

Aunque en esta familia acudieron inicialmente sólo los padres quienes tenían conciencia de su desajuste matrimonial que los había llevado a la separación, después de mes y medio de trabajar con la pareja se citó a la familia completa y ésta aunque en principio se resistía a venir llegó a colaborar ampliamente hasta la reintegración de la pareja paterna.

La evaluación psicodiagnóstica inicial practicada con la familia completa fué (ver hoja de evaluación, pág. siguien.) como sigue:

FAMILIA "G. M."	}	INTEGRADA	0%
		FRAGMENTADA	50%
		SEGREGADA	50%
		COOPERATIVA	8%
		COARTADA	42%
		EVASIVA	50%
		EFICIENTE	0%
		INSUFICIENTE	42%
		DEFICIENTE	58%

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

EVALUACION INICIAL

FAM. "G.M."	IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO										CASO CLINICO FAMILIAR NO.10	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION	PADRE 44 años (p.i.)	MADRE 41 años (p.i.)	1er. Hijo (a) Paty 22 años	2o. Hijo (a) Cecy 21 años	3er. Hijo (a) Norma 19 años	4o. Hijo (a) Francisco 16 años	5o. Hijo (a)				PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA	
PERTENENCIA	Indiferencia	Rechazo	Indiferencia	Rechazo	Aceptación	Indiferencia					Familia { Integrada % 0 o Fragmentada % 50 Pareja { Segregada % 50	
COHESION	Segregación	Fragmentación	Segregación	Fragmentación	Fragmentación	Segregación						
COMUNICACION	Desconfianza	Rechazo	Rechazo	Desconfianza	Aceptación	Desconfianza					Familia { Cooperativa % 8 o Coartada % 42 Pareja { Evasiva % 50	
PARTICIPACION	Marginalización	Coartación	Marginalización	Coartación	Cooperación	Marginalización						
TAREA	Evasión	Rivalización	Evasión	Rivalización	Rivalización	Evasión					Familia { Eficiente % 0 o Insuficiente % 42 Pareja { Deficiente % 58	
EFICACIA	Deficiente	Insuficiente	Deficiente	Deficiente	Insuficiente	Deficiente						

Evaluación que indica que la familia "G.M." al solicitar ayuda psicoterapéutica se encontraba esencialmente fragmentada y segregada, estaba básicamente evasiva y coartada y se mostraba primordialmente deficiente e insuficiente en la realización de sus funciones y tareas comunes a desarrollar.

LOGROS EN LA PSICOTERAPIA DE PAREJA Y/O FAMILIAR CONJUNTA:

La familia "G.M." fue vista inicialmente en sesiones de pareja durante mes y medio a razón de 2 consultas semanales (14 sesiones aprox.), después comenzó a participar la familia en sesiones alternas (una familiar por una de pareja) durante tres meses aproximadamente (24 sesiones más) prosiguió y terminó con sesiones familiares únicamente, durante cinco meses más, - de las cuales los dos últimos meses se les impartió una sola sesión semanal (32 a 33 consultas aprox.) En total recibieron 26 a 28 consultas de terapia de pareja y 44 a 45 de psicoterapia familiar conjunta. La participación de los hijos en la terapia familiar fue decisiva, en este caso, para que la pareja reconsiderara su separación y volvieran a vivir juntos; sin embargo, después de este logro se cerraron defensivamente como si temieran una nueva ruptura, limitando considerablemente los logros de la psicoterapia que fueron como sigue:

10. Problemas Instrumentales:

- 1.1 Los hijos y el padre se repartieron algunas tareas para tener orden y aseo tanto en sus respectivas recámaras como en la estancia común, los fines de semana en que no contaban con el servicio.
- 1.2 El padre compró otro automóvil para los hijos y tuvieron un mutuo acuerdo para hacer un uso más racional del mismo jerarquizando

las necesidades de desplazamiento a los centros de estudio.

1.3 Francisco moderó el uso excesivo del equipo de sonido.

1.4 Los hijos consideraron la privacidad que los padres deseaban tener respecto a su hogar y moderaron la presencia de amigos y compañeros en casa.

Problemas Afectivos:

1o. Se logró la reconciliación de la pareja, el Sr. volvió a convivir al lado de la esposa y de los hijos, logrando una relación relativamente satisfactoria con frecuentes períodos inestables que se estabilizan con dificultad, a pesar de lo cual los períodos estables llegan a ser satisfactorios.

2o. La pareja logró establecer mutuamente un involucramiento y participación afectiva más empática, tratando de entender y aceptar los sentimientos y la individualidad del otro.

3o. La comunicación afectiva, tanto de la pareja como de la familia en sí, se restableció de manera más clara y directa.

4o. Se restablecieron los roles tradicionales de esposo-padre, esposa-madre, hijo-hermano, hija-hermana.

PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL FINAL:

El psicodiagnóstico interaccional final que se obtuvo después de nueve meses y medio en que de común acuerdo decidieron suspender temporalmente la psicoterapia familiar fue como sigue:

FAMILIA**"G.M."**

INTEGRADA	8%
FRAGMENTADA	84%
SEGREGADA	8%
COOPERATIVA	33%
COARTADA	58%
EVASIVA	9%
EFICIENTE	25%
INSUFICIENTE	58%
DEFICIENTE	17%

Si comparamos esta evaluación última con la evaluación familiar (ver pág.183)

practicada inicialmente, encontramos que la familia "G.M.", en el momento de suspender la terapia, había experimentado un cambio favorable movilizan- do muchas de sus actitudes, acciones y comportamientos disociativos volvién- dolo más restrictivos y/o asociativos; así por ejemplo como se aprecia en las respectivas hojas de evaluación (págs. 183 y 187) dejó de ser una familia considerablemente segregada, evasiva y deficiente, para comensar a inte- grarse, ser más cooperativa y eficiente en 8%, 25% y 25% respectivamente, como resultado del cambio en sus actitudes, acciones y comportamientos- asociativos; sin embargo predominaron aún en esta familia las actitudes, - acciones y comportamientos restrictivos, ya que, como puede apreciarse en la evaluación final la familia "G.M." se encontraba básicamente frag- mentada en 84%, coartada e insuficiente en 58%.

Con esta familia terminamos la breve casuística expuesta en este V Capítu- lo, en el que intentamos presentar la aplicación práctica del Esquema de

HOJA DE EVALUACION PARA EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL

DE LA ESTRUCTURA GRUPAL EN LA TERAPIA CONJUNTA

FAMILIAR Y/O DE PAREJA

FAM. "G.M."		IDENTIFICACION E INTERACCION DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO						EVALUACION FINAL	
								CASO CLINICO FAMILIAR NO. 10	
PROCESOS PSICODINAMICOS CONTINUOS DE INTERACCION		PADRE 44 años. p.i.	MADRE 41 años p.i.	1er. Hijo (a) Paty 22 años	2o. Hijo (a) Cecy 21 años	3er. Hijo (a) Norma, 19 años	4o. Hijo (a) Francisco 16 años	5o. Hijo (a)	PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y/O DE PAREJA
PERTENENCIA	Rechazo	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Rechazo	Identificación	Rechazo	Familia { Integrada % 8 o Fragmentada % 84	
COHESION	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Fragmentación	Segregación	Pareja { Segregada % 8	
COMUNICACION	Rechazo	Rechazo	Aceptación	Aceptación	Aceptación	Confirmación	Rechazo	Familia { Cooperativa % 33 o Coartada % 58	
PARTICIPACION	Coartación	Coartación	Cooperación	Cooperación	Coartación	Cooperación	Marginalización	Pareja { Evasiva % 9	
TAREA	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Rivalización	Realización	Rivalización	Realización	Evasión	Familia { Eficiente % 25 o Insuficiente % 58	
EFICACIA	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Insuficiente Realización	Deficiente Realización	Pareja { Deficiente % 17	

Evaluación Psicodiagnóstica Interaccional, desarrollado en el capítulo IV, que constituye la aportación principal de esta tesis de maestría en psicología clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ballesteros Monroy José. "EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL GRUPAL EN LA TERAPIA FAMILIAR CON JUNTA Y/O DE PAREJA" Tesis de Postgrado de Especialización en Psicoterapia - Familiar, Instituto de la Familia, A. C. México 1978.
2. Jackson D. Fon. "INTERACCION FAMILIAR, HOMEOSTASIS FAMILIAR Y PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA". Cap. 6 de Interacción Familiar, Aportes fundamentales sobre Teoría y Técnica, Edit. Tiempo Contemporáneo 2a. Edición Buenos Aires, Argentina, 1974.
3. Jackson D. Fon. "EL ESTUDIO DE LA FAMILIA", Artículo original del Family Process, Traducido en Grupoterapia de la Familia, Ediciones Hormé Buenos Aires, Argentina, 1976.
4. Kardener H. Sheldon. "SISTEMAS CONVERGENTES DE SEGURIDAD INTERNA, FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA CONYUGAL" Artículo Original del Family -- Process, Traducido en Grupoterapia de la Familia, Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1976.
5. Lidz Theodore, Cornelison R. Alice, Fleck Stephen y Terry C. Dorothy. "EL MEDIO INTRAFAMILIAR DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS: CISMA Y SESGO - MARITAL". Cap. 2 de Interacción Familiar, Aportes fundamentales sobre Teoría y Técnica, Edit. Tiempo Contemporáneo 2a. Edición, Buenos Aires, Argentina, 1974.
6. Meissner W. W. "ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL ESTUDIO DE LA FAMILIA". Artículo original del Family Process, Traducido en Grupoterapia de la Familia, Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1976.

(Continua...)

BIBLIOGRAFIA

7. Wynne C. Lyman,
Ryckoff M. Irving,
Day Juliana y Hirsch
I. Stantey
- "PSEUDOMUTUALIDAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS ESQUIZOFRENICOS, Cap. 4 de Interacción Familiar, Aportes Fundamentales sobre Teoría y Técnica, Edit. tiempo contemporáneo, 2a. Edición, Buenos Aires, Argentina, - 1974.
8. Zuk. N. Gerald
- "EL PROCESO DE INTERMEDIACION EN LA TERAPIA FAMILIAR" Capt. 9 de Interacción Familiar, Aportes Fundamentales sobre Teoría y Técnica, Edit. Tiempo Contemporáneo, 2a. Edición, Buenos Aires, Argentina, 1974.

CONCLUSIONES

Como hemos podido apreciar a lo largo de esta tesis, que presento ante la División de Estudios Superiores de la Facultad de Psicología, de la U.N.A.M. para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica, trato primeramente de hacer una breve revisión histórica del campo de la terapia familiar conjunta y de parejas, que surge a mediados del presente siglo como una necesidad social y como producto de la evolución de la teoría y la práctica de la psicoterapia en un medio social convulsionado que está sufriendo una transformación radical con un ritmo sin precedentes, caracterizado por cambios explosivos e imprevisibles, producto de las contradicciones del sistema socioeconómico y político de nuestra época, en el que los bienes de capital y los medios de producción se concentran en unos cuantos hombres, que emplean a otros muchos que venden su fuerza de trabajo para poder cubrir algunas de sus más elementales necesidades.

En estas condiciones a las que se añade el aumento constante de población, las formas terapéuticas tradicionales de la terapia individual, que enfrentan sólo a dos personas y que requieren de un medio más estable, ya no son eficaces y resultan inaccesibles e inoperantes para el grueso de la población trabajadora de clase media y baja. Es por tanto imperativo, ampliar la esfera de la función terapéutica para abarcar las fuentes patogénicas de influencia en el medio social primario en el que nace y se desarrolla el ser humano y hacer extensivos los beneficios de la psicoterapia a un mayor número de personas.

Expongo a continuación los fundamentos y algunas de las técnicas que se emplean en las diferentes fases de la terapia familiar tomando a la familia como unidad de tratamiento, lo cual implicará reemplazar la orientación psicológica clínica tradicional e individualista, por otra orientación psicológica social, en la que se plantea la terapia familiar como una terapia independiente, ecléctica y distinta de la terapia individual y de la terapia de grupo orientada también hacia el individuo.

En este segundo capítulo se plantean algunas diferencias fundamentales que sustentan a la familia como unidad de tratamiento, cuya perturbación radica en el sistema de personalidades en interacción, no en el "paciente identificado" como originalmente la familia consultante pretende, con lo cual logramos una nueva dimensión en el enfoque de la psicopatología al considerar el trastorno psicológico no en el paciente aislado, sino en el padre, en la madre, en los hermanos y a veces también en los abuelos, cuando éstos tienen una convivencia directa con el núcleo familiar. En este contexto se define al grupo familiar como la unidad de enfermedad y salud y al mismo tiempo la unidad para la influencia terapéutica tanto en "el aquí y el ahora" como a lo largo de tres generaciones (la familia de los padres y la familia actual).

Esta nueva dimensión en el enfoque de la terapia familiar requiere una continua correlación de la vida anímica interior y el comportamiento exterior, de la experiencia intrapsíquica y la interpersonal o interaccional entre los diferentes miembros de la familia, e impone la continua yuxtaposición de lo consciente y lo inconsciente, lo real y lo irreal, la experiencia interior y la exterior, el individuo y el grupo.

Al tratar el conflicto el terapeuta familiar persigue los siguientes objetivos:

- 1o. Ayudar a la familia a alcanzar una percepción más clara y correcta de su conflicto.
- 2o. Sacar a la luz los conflictos interpersonales no manifiestos para introducirlos en los procesos actuales de interacción familiar, donde su solución es más accesible.
- 3o. Elevar el conflicto intrapsíquico hasta el nivel interaccional del proceso interpersonal, en el que se lo puede afrontar más eficazmente.
- 4o. Neutralizar el menoscabo y uso como "víctima" de una parte de la familia por otra, cuyo propósito es liberar al miembro perseguido de una carga excesiva de ansiedad, contrarrestando desplazamientos inapropiados de hostilidad y conflictos.
- 5o. Remontar el conflicto hasta su fuente original en el grupo familiar, que casi siempre se halla en la pareja de los padres, que en una fase importante de la terapia familiar llegan a ser el eje primordial de éxito o fracaso.
- 6o. Promover un más alto nivel de integración, cooperación y eficiencia en las relaciones familiares entre los distintos miembros que componen la familia.

A continuación, en el capítulo tercero, se plantea el contexto marital como eje primordial de la terapia familiar conjunta y su tratamiento específico de pareja, cuyo primer requerimiento, en principio, es que ambos compañeros deseen mejorar mutuamente su relación en común.

Podemos considerar que la demanda de intervención psicoterapéutica en relación con parejas emana de dificultades relacionales o psicopatológicas procedentes de tres fuentes principales:

- 1o. La psicopatología de adultos, en la que observamos a uno o los dos miembros de la pareja que sufren descompensaciones psicóticas o neuróticas más o menos reactivas, en las que la elección del cónyuge ha llegado a ser muy significativa, precisamente en función de las tendencias neuróticas o psicóticas, latentes o manifiestas complementarias, que equilibran la relación patológica (pseudorelación) de la pareja.
- 2o. La psicopatología pediátrica, donde el trastorno del niño o del adolescente muestra una correlación muy alta con el trastorno del medio familiar y el tratamiento del "paciente identificado", impone tratar a la pareja parental, que en principio no efectúa demanda para sí misma, pero que a través de la terapia familiar se descubre el conflicto conyugal.
- 3o. Las alteraciones psicosomáticas y algunos trastornos orgánicos, que remiten el trastorno corporal a la situación social de la persona en su medio y a sus problemas afectivos.

Destacan así mismo tres modalidades de intervención en la terapia conjunta de pareja:

- 1o. La terapia de pareja que pone el acento en el mejoramiento de la comunicación entre ambos cónyuges y su interrelación.
- 2o. La terapia de pareja centrada fundamentalmente en el grado de maduración sucesiva y simultánea de ambos cónyuges.
- 3o. La terapia psicoanalítica de pareja, caracterizada por la toma de conciencia por parte de cada uno de los cónyuges y, simultáneamente de -

ambos- de procesos inconscientes profundos, en particular de las inhibiciones; que al ser eliminadas permiten a cada compañero desarrollarse en el plano de la maduración e comunicarse en la pareja.

Es necesario señalar que en la práctica resulta difícil delimitar las fronteras de estas tres modalidades de psicoterapia que se yuxtaponen y en un momento dado el terapeuta puede interpretar el conflicto intrapsíquico y hacerlo consciente tal y como se presenta con sus raíces en el pasado, o bien elevar este conflicto hasta el nivel interaccional del proceso interpersonal, para confrontarlo más directamente y con ello la pareja pueda lograr una solución más accesible en "el aquí y el ahora" de la relación marital alterada.

En el capítulo cuarto que constituye la aportación básica de esta tesis como una contribución personal al problema de la evaluación y el psicodiagnóstico interaccional de grupo en la terapia familiar y/o de pareja, se analiza primeramente el escenario en el que nace, crece y se desarrolla la familia como producto de un estrato o clase social, que determina de antemano un encargo social que la sujeta, como reproductora a su vez, de otras células familiares semejantes capaces de mantener y reproducir las mismas condiciones de vida al servicio de la estructura social (dominada v/s dominadora) a la que pertenecen.

Se destaca a continuación la importancia de la investigación sistemática de la interacción y de la dinámica familiar en la excepcional situación clínica de tratamiento, bajo el impacto emocional de los conflictos que surgen de la convivencia cotidiana de la pareja (marido y mujer) y de la familia propiamente-

(padres e hijos y hermanos entre sí); aplicando la dialéctica de la teoría del conocimiento, en primer término a través de la experiencia directa sensorial, la profundización del conocimiento adquirido mediante esa primera experiencia que nos lleva en segundo lugar a desarrollar hipótesis que confirman los hechos y dirigiendo de nuevo ese conocimiento racional adquirido a la práctica social para observar si se confirma o no la teoría del conocimiento propuesta como tal.

Siguiendo así los pasos del razonamiento científico antes enunciados al aplicar la dialéctica de la teoría del conocimiento tendremos primeramente que basarnos en los hechos observables, que nos proporciona la interacción de la pareja y/o del grupo familiar, interacción que consiste en conductas recíprocas entre los miembros de la pareja o familia, que para nuestros propósitos de evaluación y diagnóstico he desglosado en tres: actitudes, acciones y comportamientos dependiendo del grado de complejidad en que se puedan dar dichas conductas; de tal manera que las actitudes serían todas aquellas disposiciones de uno o más miembros para realizar una acción o dejarla de realizar; las acciones serían los actos o movimientos que determinan una conducta sencilla; y los comportamientos las conductas más complejas que incluyen una serie de acciones que se dan entre los miembros de la pareja o familia. Hasta aquí estaríamos en el nivel de la experiencia directa sensorial.

En un segundo nivel de la teoría del conocimiento del razonamiento científico, mediante la profundización de esa primera experiencia a través de los hechos observables se puede constatar que la interacción que se da entre los miembros de una familia o pareja puede ser asociativa, restrictiva o disociativa; -

encontrando que la interacción es asociativa cuando las actitudes, acciones o comportamientos que observamos nos indican identificación, integración, confirmación, cooperación, realización y eficiencia; o bien puede ser restrictiva cuando se dan aceptación o rechazo, fragmentación, coartación, rivalización e insuficiencia en las interacciones respectivas; y por último la interacción puede ser disociativa cuando percibimos indiferencia, segregación, desconfirmación, evasión, marginación y deficiencia en las conductas recíprocas entre los integrantes de la familia o pareja.

Ahora bien, como estas interacciones se combinan en grados diversos para facilitar el equilibrio homeostático del grupo (pareja o familia), he formulado algunas hipótesis que constituyen lo que identifiqué como procesos psicodinámicos de interacción, a través de los cuales se puede establecer un psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal de la familia o pareja en tratamiento.

Estos procesos psicodinámicos continuos de interacción son los que estructuran al grupo como tal y favorecen el equilibrio homeostático del mismo como un sistema dialéctico de fuerzas en interacción constante que proviene de las conductas recíprocas de los componentes de la pareja o familia en psicoterapia, por lo tanto al estudiar objetivamente la combinación en que estos procesos psicodinámicos (pertenencia, cohesión, comunicación, participación, tarea y eficacia) se dan, se puede obtener un psicodiagnóstico proporcional interaccional que permite estimar la proporción de integración, fragmentación o segregación alcanzada por una familia que acude a terapia inicialmente, durante alguna fase del tratamiento o al final del mismo; así como, la cooperación, coartación o evasión con que sus miembros participan; y la eficiencia,

insuficiencia y deficiencia con que desempeñan sus roles y realizan sus tareas.

El Esquema de Evaluación para el Psicodiagnóstico Interaccional de Grupo en la Terapia Familiar y/o de Pareja, constituye la síntesis de mi aportación personal en esta tesis de maestría, al campo de la psicoterapia familiar conjunta y/o de pareja, que es el campo de la psicoterapia grupal más actual y reciente, en proceso aún de investigación y estudio, que ofrece mayores ventajas preventivas desde el punto de vista social y de salud mental comunitaria, al ubicar y tratar al hombre en su contexto social original, ya sea en su familia inicial o su familia actual; de mayor interés personal para mí por mi especialización como terapeuta familiar egresado del Instituto de la Familia, A. C., y ha sido el tipo de práctica profesional que he venido desempeñando en los últimos tres años tanto a nivel institucional dentro del I.M.S.S., en el Centro Comunitario de Salud Mental, como en la práctica privada.

Considero que esta aportación para establecer un Psicodiagnóstico Interaccional de Grupo en la Terapia Familiar y/o de Pareja, ofrece algunas ventajas significativas:

1o. Sistematizar la observación clínica participante del Terapeuta en la consulta familiar conjunta y/o de pareja; en la que el énfasis recae más en el proceso interaccional en "el aquí y el ahora", que en el contenido de las verbalizaciones que la pareja o familia puedan hacer respecto a su conflicto actual o a su propia historia, sin que ésto signifique que ignoremos el devenir histórico tan determinante muchas veces para la salud o patología familiar o de la pareja, o bien la verbalización del conflicto actual que nos permite generalmen

te conocer el motivo aparente de la consulta, tras del cual pueden esconderse las causas verdaderas que una familia o pareja tienen para solicitar ayuda profesional.

20. Poder desglosar el proceso terapéutico en seis procesos psicodinámicos de interacción que conforman la estructura familiar o marital de la pareja o familia consultante, y favorecen el equilibrio homeostático del sistema.
30. Llegar a establecer el psicodiagnóstico interaccional de la estructura grupal en la terapia familiar y/o de pareja, a través de la observación clínica participante del psicoterapeuta y el análisis de las interacciones o conductas recíprocas correspondientes a cada uno de los miembros de la familia o pareja en consulta.
40. Convertir la estimación cualitativa de las conductas recíprocas - observadas y detectadas en el proceso de la consulta terapéutica, a proporciones cuantitativas manejables numéricamente, al aplicar una regla de tres simple que consiste en sumar el número de interacciones asociativas, restrictivas y disociativas de cada par de procesos psicodinámicos de interacción: pertenencia - cohesión; comunicación - participación; tarea - eficacia; siendo esta suma - uno de los factores a multiplicar por 100, para dividir el resultado entre el número total de conductas recíprocas dadas en cada par de procesos psicodinámicos, como lo expresan las siguientes fórmulas:

No. Tot. de interacciones

correspondientes a c/par : 100 :: No. de interacciones : X
de procesos psicodinámicos asociativas

No. Tot. de interacciones

correspondientes a c/par de : 100 :: No. de interacciones : X
procesos psicodinámicos restrictivas

No. Tot. de interacciones

correspondientes a c/par de : 100 :: No. de interacciones : X
procesos psicodinámicos disociativas

Lo cual permite apreciar el grado o proporción en que la pareja o familia - consultante se encuentra integrada, fragmentada o segregada; es cooperativa, coartada o evasiva; y es eficiente, insuficiente o deficiente en el cumplimiento de sus roles o funciones.

Finalmente, es necesario dirigir este conocimiento teórico racional a la práctica terapéutica para ver si se confirma o no la teoría de los procesos psicodinámicos de interacción, propuesta en esta tesis, para establecer un psicodiagnóstico interaccional de grupo en la terapia familiar conjunta y/o de pareja, con este objetivo presento la evaluación de 10 casos clínicos en psicoterapia conjunta, en el capítulo V de esta tesis.

Considero que la práctica y el ejercicio profesional de la terapia familiar - y conyugal me permitirán a la postre afinar aún más el esquema de evaluación para el psicodiagnóstico interaccional de la estructura de grupo en la terapia

familiar conjunta y/o de pareja y podrá también enriquecerse este esquema - con la colaboración y crítica de los colegas que ejercen la psicoterapia familiar y conyugal, que han recibido un entrenamiento previo para ello.

Invierno de 1979/1980.

BIBLIOGRAFIA SUMARIA

1. Ackerman W. Nathan "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES" Ediciones Hormé. Buenos Aires, Argentina, 1961.
2. Ackerman W. Nathan y colaboradores ● "GRUPOTERAPIA DE LA FAMILIA", Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, - 1976.
"FAMILIA Y CONFLICTO MENTAL", Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1976.
"PSICOTERAPIA FAMILIAR Y PSICOANALISIS: IMPLICACIONES DE UNA DIFERENCIA" Original del Family Process. Traducido y publicado en Familia y Conflicto Mental, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1976.
"TEORIA Y PRACTICA DE LA TERAPIA FAMILIAR", Editorial Proteo, Buenos Aires, - 1970.
3. Althusser Louis "IDEOLOGIA Y APARATOS IDEOLOGICOS -- DEL ESTADO", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.
4. Ballesteros Monroy José "LA PSICOLOGIA SANITARIA APLICADA A LA SALUD FAMILIAR". Estudio Control y -- Atención del Grupo Familiar en 90 familias -- del Distrito Sanitario XVI, Tesis Profesional, U.N.A.M., Facultad de Filosofía y Letras, - Colegio de Psicología, Méx. D.F. 1964.
"LOS PROCESOS PSICOSOCIALES Y LA INTERACCION EN LOS GRUPOS HUMANOS". Revista de Psiquiatría, Organo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Vol. 5 No. 3 Sep-Dic. 1975.
"EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL - GRUPAL EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA Y/O DE PAREJA". Tesina de Postgrado - de Especialización en Psicoterapia Familiar, Instituto de la Familia, A.C., México D.F., - 1978.
"EL PSICODIAGNOSTICO INTERACCIONAL - EN LA TERAPIA FAMILIAR CONJUNTA". Ponencia al Simposium de Psicoterapia Familiar en la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., en Morelia Michoacan, del 27 de Abril al 1o. de Mayo de 1979.
5. Benedito Gloria "EL PROBLEMA DE LA MEDIDA EN PSICOLOGIA". Cap. 7 de Psicología, Ideología y - Ciencia, opus cit, siglo XXI Editores, 4a. Edición, México, 1978.

6. Berenstein Isidoro
 "CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA DE LA PAREJA CONYUGAL", publicada en *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
7. Bosormenyi - Nagy Ivan y Framo L. James.
 "TERAPIA FAMILIAR INTENSIVA". Caps. - 3, 4, 5 y 11. Editorial Trillas, México, - - 1976.
 "FAMILY CONCEPT OF HOSPITAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA" en J.H. Massegman, *current Psychiatric Therapies*, Vol. II New York: Grune and Stratton, 1962.
8. Bowen Murray
 "PSICOTERAPIA FAMILIAR DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL Y EN LA PRACTICA PRIVADA". Cap. 5 de *Terapia Familiar Intensiva*, opus cit; Editorial Trillas, México, 1976.
9. Braunstein A. Nestor y otros.
 "PSICOLOGIA, IDEOLOGIA Y CIENCIA" Cap. 1, 2, 4, 15 y 16, Siglo XXI Editores 4a. Edición, México 1978.
10. Carroll E.J.
 "TREATMENT OF THE FAMILY AS A UNIT" *Penna Med. Journal*. 63 57-62, 1960.
11. Chagoya B. Leopoldo
 "DINAMICA FAMILIAR Y PATOLOGIA". La Familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano *Breviarios de Pediatría*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1975.
12. Chagoya B. Leopoldo y Belauger Robert
 "TECHNIQUES DE THERAPIE FAMILIALE". - Les Presses de L' Université de Montreal, -- Montreal 1973.
13. Elderkin Bell John
 "UNA POSICION TEORICA PARA LA TERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR" Original del *Family Process*. Traducido y publicado en *Grupoterapia de la Familia*, opus cit. Ediciones Hormé Buenos Aires, 1976.
14. Fairbairn W.R.D.
 "AN OBJET-RELATIONS THEORY OF THE PERSONALITY". New York, Basic Books, - 1952.
15. Freud Sigmund
 "PSICOLOGIA DE LAS MASAS Y ANALISIS DEL YO" Cap. XIII, Vol. I *Obras Completas*

- Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
16. Fry, F. William "EL CONTEXTO MATRIMONIAL DE UN SINDROME DE ANSIEDAD". Publicado en Psicopatología y psicoterapia de la pareja. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires. 1975.
17. Gear M. Carmen y Liendo C. Ernesto "PSICOTERAPIA ESTRUCTURAL DE LA PAREJA Y DEL GRUPO FAMILIAR". Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1973.
18. Glick D. Ira y Kessler-R. David "MARITAL AND FAMILY THERAPY" Grune and Stratton Inc. New York, 1974.
19. Guntría, N. "THE THERAPEUTIC FACTOR IN PSYCHOTHERAPY" Bnt. Journal Medical Psychology 26, 115-131, 1953.
20. Haley Jay "ESTRATEGIAS EN PSICOTERAPIA" Editorial Barcelona, 1966.
"TECNICAS DE TERAPIA FAMILIAR", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.
"TRATAMIENTO DE LA FAMILIA" Ediciones Toray, Barcelona, 1976.
"FAMILY OF THE SCHIZOPHRENIC: A MODEL SYSTEM" J. Nery Ment. Dist. 129 357-374, - 1959.
21. Handlon J.H. "THE TREATMENT OF PATIENTS AND FAMILY, AS A GROUP: IS IT GROUP PSYCHOTHERAPY" International Journal Group Psychotherapy, 12, 132-141, 1962.
22. Hill Reuben "PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LA INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA", original del Family Process, Traducido y Publicado en el Cap. 2 de Familia y -- Conflicto Mental, opus cit, Ediciones Hormé, - Buenos Aires, 1976.
23. Jackson D. Don "EL ESTUDIO DE LA FAMILIA" original del Family Process, traducido en Grupoterapia - de la Familia, opus cit. Ediciones Hormé, - Buenos Aires, 1976.
"EL QUID PRO QUO MATRIMONIAL" publicado en psicopatología y psicoterapia de la pareja, opus cit, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
"INTERACCION FAMILIAR, HOMEOSTASIS

24. Kardener H. Sheldon

24. Kardener H. Sheldon

25. Kubie, L.S.

26. Langer Marie y colaboradores.

27. Lemaire Jean

28. Leñero Otero Luis

29. Lids Theodore y col.

30. Macías Raymundo y Chagoya Leopoldo

31. Maldonado Ignacio y Chagoya Leopoldo

FAMILIAR Y PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA". Cap. 6 de Interacción Familiar, opus cit. Edit. Tiempo Contemporáneo, 2a. Edición, Buenos Aires, 1974.

"SISTEMAS CONVERGENTES DE SEGURIDAD INTERNA, FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA CONYUGAL" original del Family Process, traducido en Gruposoterapia de la Familia, opus cit. Ediciones Hormé, - Buenos Aires, 1976.

"PSYCHOANALYSIS AND MARRIAGE: PRACTICAL AND THEORETICAL ISSUES", V.W. - Eisenstein. Neurotic Interaction in Marriage New York, Basic Books, Cap. 2 1956.

"CUESTIONAMOS 1 y 2" Psicoanálisis Institucional y Psicoanálisis sin Institución, Garnica Editor, Buenos Aires, 1973.

"TERAPIAS DE PAREJA". Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1974.

"ESTEREOTIPOS, TIPOS Y NEOTIPOS DE LA FAMILIA EN MEXICO". La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, Breviarios de Pediatría, opus cit. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1975.

"EL MEDIO INTRAFAMILIAR DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS: Cisma y -- SESGO MARITAL". Cap. 2 de Interacción Familiar, Aportes fundamentales sobre teoría y técnica, opus cit. Edit. tiempo contemporaneo, 29 Edición, Buenos Aires, 1974.

"FORMAS DE AGRESION AL NIÑO EN LA FAMILIA". Publicado en la Revista APAL. Organó oficial de la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana Vol. III No. 1, 1973-1974.

"A SHORT HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF THE FAMILY THERAPY IN MEXICO", - ponencia presentada en la Reunión Anual de la Revista Family Process, celebrada en Cancún, Q.Roo, Enero de 1978.

32. Meissner W.W.

"ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL ESTUDIO DE LA FAMILIA", Original del Family Process, traducido en Grupos de la Familia, opus cit, Ediciones Hormé Buenos Aires, 1976.

33. Meninger Karl

"THE THEORY OF PSYCHOANALYTIC TECHNIQUE" Basic Books, New York, 2958.

34. Mitchell B. Celis

"PROBLEMAS Y PRINCIPIOS EN LA TERAPIA FAMILIAR", Original del Family Process, traducido en Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar, opus cit. Edit. Proteo Buenos Aires, 1970.

35. Pasternac Marcelo

"INTRODUCCION AL PROBLEMA DE LOS - METODOS EN PSICOLOGIA", Cap. 5 Psicología, Ideología y Ciencia, opus cit. Siglo XXI Editores 4a. Edición México, 1978.

"EL METODO EXPERIMENTAL Y EL METODO CLINICO EN PSICOLOGIA" Cap. 6 de Psicología, Ideología y Ciencia, opus cit. Siglo XXI Editores 4a. Edición México D.F. 1978.

36. Pichon Rivière

"EL PROCESO GRUPAL" Del Psicoanálisis a la Psicología Social Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires 2a. Edición, 1977.

37. Rabkin y Leslie

"LA FAMILIA DEL PACIENTE: METODOS DE INVESTIGACION", Original del Family Process, traducido en Familia y Conflicto - Mental. Opus cit. Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1976.

38. Schetlen G. Albert

"RELACIONES BIPERSONALES REGRESIVAS" publicado en Psicopatología y Psicoterapia de la pareja. opus cit. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.

39. Sluzki E. Carlos y colaboradores

"INTERACCION FAMILIAR" Aportes fundamentales sobre teoría y técnica, Editorial - tiempo contemporáneo, Buenos Aires, 1971.
"PSICOPATOLOGIA Y PSICOTERAPIA DE LA PAREJA" Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.

40. Sonne J.C. y col.

"THE ABSENT-MEMBER MANEUVER AS A RESISTENCE IN FAMILY THERAPY OF THE SCHIZOPHRENIA", Family Process, 1, 44-62, 1962.

41. Teruel Guillermo
"NUEVAS TENDENCIAS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CONFLICTO MATRIMONIAL", publicado en Psicoterapia de parejas y grupo familiar con Orientación Psicoanalítica, Editorial Galerna, - Buenos Aires, 1970.
"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PAREJAS EN CONFLICTO", Psicopatología - del proceso Matrimonial, Edit. Paidós, -- Buenos Aires, 1974.
42. Tse Tung Mao
"CINCO TESIS FILOSOFICAS", Ediciones en lenguas extranjeras, 3a. Impresión, -- Pekín, 1975.
43. Watslawick Paul y col.
"TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA" Interacciones patológicas y paradojas. Edit. Tiempo contemporáneo 4a. Edición, Buenos Aires, 1976.
44. Whitaker A.C. y Napier Y.A.
"TECNICAS DEL PROCESO DE TERAPIA - FAMILIAR". Revista de Neurología- Neurocirugía y Psiquiatría Vol. 14Nos. 2-3, México, 1973.
45. Wynne C. Lyman y col.
"PSEUDOMUTUALIDAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS ESQUIZOFRENICOS". Cap. 4 de Interacción Familiar. - Opus cit. Edit. Tiempo Contemporáneo 2a. Edición, Buenos Aires, 1974.
46. Zuk N. Gerald
"EL PROCESO DE INTERMEDIACION EN LA TERAPIA FAMILIAR" Cap. 9 de Interacción Familiar Opus Cit. Edit. Tiempo Contemporáneo, 2a. Edición Buenos Aires, 1974.