

21  
2E1

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA  
SERVICIO SOCIAL  
PSICOLOGIA

"LA FARMACODEPENDENCIA COMO SINTOMA QUE REGULA  
A LA FAMILIA DISFUNCIONAL"

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, A. C.,  
NEZAHUALCOYOTL INFORME DEL SERVICIO  
SOCIAL

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
GLORIA IRMA SANCHEZ VALENCIA

Aesor: Lic. José Antonio Pérez Avendaño

México, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA</b>   | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCCION</b>  | <b>5</b>  |
| <b>CAPITULO I FARMACODEPENDENCIA</b>   | <b>11</b> |
| I.1 CONCEPTOS BASICOS.   | 11        |
| I.2 TIPOS DE USUARIOS.   | 12        |
| I.3 CONDICIONES CONTEXTUALES QUE INCIDEN EN LA FARMACODEPENDENCIA.                   | 14        |
| <b>CAPITULO II ENFOQUES DE TERAPIA FAMILIAR</b>                                      | <b>17</b> |
| II.1 REVISION HISTORICA DE LA TERAPIA FAMILIAR.                                      | 17        |
| II.2 MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR Y TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA.                 | 20        |
| II.3.1 ENFOQUE ESTRATEGICO.  | 27        |
| II.3.2 ESCUELA DE MILAN.   | 28        |
| II.3.3 ENFOQUE ESTRUCTURAL.  | 30        |
| II.3.3.1 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.  | 32        |
| II.3.4 ESCUELA DE ROMA.  | 38        |
| <b>CAPITULO III PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.</b>                                 | <b>43</b> |
| III.1 TERAPIA BREVE FAMILIAR SISTEMICA.  | 43        |
| III.2 IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA BREVE FAMILIAR EN CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL. | 44        |
| III.3 METODOLOGIA.   | 45        |
| III.4 FASE DE EVALUACION.  | 46        |
| III.5 INDICACION TERAPEUTICA.  | 49        |
| III.5.1 DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO.   | 50        |
| III.6 MATERIAL DE SESIONES.  | 52        |
| III.6.1 COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.  | 55        |
| III.6.2 PROPUESTAS.  | 59        |
| <b>GLOSARIO</b>  | <b>61</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>  | <b>67</b> |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>71</b> |

## INTRODUCCION

En la actualidad la farmacodependencia es un grave problema social debido a la magnitud y características de la misma. Sin duda alguna, nos enfrentamos a un problema sumamente complejo que no tiene soluciones simples ni inmediatas. Sin embargo, considero que una forma de iniciar el planteamiento de esta situación, consiste en interrogarse: ¿a quiénes afecta la farmacodependencia?; ¿qué drogas son las más frecuentemente consumidas?. Para intentar responder a estas interrogantes consulte las encuestas realizadas a nivel nacional por:

- La Encuesta Nacional de Adicciones (1988), llevada a cabo por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ambos de la Secretaría de Salud.
- El IX Reporte de Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información de Drogas (1990), elaborado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- La Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos de la Farmacodependencia en la República Mexicana (1963) y su actualización (1990), preparadas por Centros de Integración Juvenil, A. C..
- La Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos de la Farmacodependencia en Países del Primer Mundo (1989) y su actualización (1991), realizadas por Centros de Integración Juvenil, A. C..

La información consultada arrojó los siguientes resultados: 1,306,000 hombres y 407,000 mujeres han consumido drogas alguna vez en la vida. Es decir, la relación es de tres hombres por una mujer.

Si se consideran los rangos de edad de los farmacodependientes; se tiene lo siguiente: el más alto índice se registra entre los 12 y 18 años siendo el 75%; y los rangos de 8 a 12 años y 18 a 34, con el 12.5% cada uno.

Por tipo de sustancia, la más utilizada resultó ser la marihuana, seguida de los inhalables y tranquilizantes.

Las cifras anteriores son a nivel nacional: para el Distrito Federal los rubros de qué sexo consume más y los del índice de edad son parecidos, variando únicamente en el tipo de drogas utilizadas; aquí se prefieren los inhalantes y luego la cannabis. Cabe agregar que existen variables que influyen en el consumo tales como el nivel educacional, económico, cultural y amistoso (el grupo de amigos o conocidos que frecuenta un individuo).

Los datos anteriores son solo una pequeña muestra que nos da una idea de la importancia del fenómeno de la farmacodependencia y la necesidad de dar tratamiento a dichas personas. En este sentido, los Centros de Integración Juvenil, A. C., forman una institución que se dedica a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la farmacodependencia.

En el área de tratamiento de esta institución se labora en tres modalidades terapéuticas: a nivel individual, a nivel familiar y a nivel grupal. Aunque privan diversos enfoques terapéuticos respecto a la problemática de la drogadicción, en el presente trabajo se eligió el enfoque familiar por creer que es el que tiene mayor impacto y trascendencia para erradicar la farmacodependencia de un miembro de una familia.

Considero que no debe enfocarse la farmacodependencia simplemente como un trastorno localizado en un solo individuo, ajeno por completo de la interacción de los demás miembros de la sociedad. Así pues, partiendo del hecho de que la familia es el grupo en que está inserto de manera inmediata el individuo, se ha observado y registrado en hallazgos clínicos, que todo el grupo familiar se encuentra incluido en el problema de la farmacodependencia.

En México la familia tiene un peso fundamental, por razones históricas, culturales y religiosas. En el seno de ésta se ve al farmacodependiente como una persona desadaptada, a la cual focalizan como "el enfermo", "el vicioso", "el irresponsable", etcétera. Estas familias demandan tratamiento exclusivamente para el farmacodependiente, sin asumir

que la familia es la que, de una forma u otra, ha contribuido para dar por resultado la conducta adictiva de uno de sus miembros. Se considera que la farmacodependencia es un síntoma indicativo de la disfuncionalidad en la familia (ver glosario); en otras palabras, la familia necesita un "chivo expiatorio" para regularse y continuar unida.

Dentro de la perspectiva de la terapia familiar se considera que los síntomas, ya sean físicos, psicológicos o de conducta tienen un significado y una función individual o familiar, porque representan cualquier cambio estructural o peculiaridad funcional que indica presencia de una enfermedad o trastorno en un individuo determinado que implica tanto al individuo como a su núcleo familiar.

Por otra parte, existen familias que tienen mayor deseo de lograr la recuperación de los miembros de su familia y están dispuestas a modificar pautas de su relación o su dinámica, que solucionen o ayuden a resolver el problema de la farmacodependencia. Cabe mencionar que no siempre es el adicto el más comprometido con los cambios ni, muchas veces, acepta tener problemas con las drogas; cuando esto ocurre generalmente no es el adicto quien busca ayuda terapéutica, sino la familia.

Desde hace muchos años, la familia ha sido considerada el núcleo social en el cual se dan relaciones que pueden producir enfermedad mental; sin embargo, también es posible observar que desde la propia familia se puede resolver este problema.

Esta manera de ver a la familia remite a los estudios que sobre ella se han realizado, y que presentan diferentes posiciones. Así, vemos que inicialmente (hace unos 20 años) se le consideró como una institución social en decadencia, ya que en los años setenta el enfoque predominante fue el materialismo histórico, que la consideraba como el núcleo donde se reproduce la desigualdad social y se fomenta la propiedad privada y la lucha de clases. Esta posición se opuso al funcionalismo que explicaba a la familia como elemento social que mantenía las relaciones entre los individuos y la sociedad en general y, por lo tanto, debía desempeñar la función de conservar a los individuos bajo ciertas reglas de comportamiento.

Por esta misma época, otras dos corrientes importantes en las ciencias sociales surgieron o tuvieron su momento de mayor fuerza; una fue el enfoque de la teoría crítica que pugna por la desaparición de la familia en tanto produjera los patrones culturales de poder y autoritarismo, por tanto, debía transformarse radicalmente para ser una institución más bien comunitaria. El otro punto de vista al que se alude es la antipsiquiatría, que la consideraba como un lugar en el cual se producía la esquizofrenia; es decir, que ciertas formas de relaciones familiares son tan confusas que un miembro al tratar de diferenciarlas era visto como un "loco".

Finalmente, un enfoque que ha organizado estas cuatro orientaciones apareció en los años ochenta y adquirió enorme fuerza, y es conocido como el enfoque sistémico, el cual considera esencialmente los procesos y las totalidades: todo está relacionado con todo.

La teoría general de los sistemas -un nuevo paradigma en la ciencia- plantea que la naturaleza se origina de manera circular y, por lo tanto, el pensamiento sobre los fenómenos de la naturaleza deben producirse de forma circular.

La terapia familiar se basa principalmente en la teoría general de los sistemas, desde donde se conceptualiza a la familia como un sistema abierto, es decir, una totalidad organizada y formada por varios miembros cuyas interrelaciones son significativas y determinantes para el sistema en general.

Centros de Integración Juvenil, A. C. donde llevé a cabo mi servicio social, ha instituido desde sus inicios el desarrollo de un área curativa dentro de su estructura, en la cual la psicoterapia breve familiar tiene un lugar preponderante, ya que la experiencia y los análisis han demostrado que el tratamiento del sujeto farmacodependiente tiene mayor posibilidad de éxito si se incluye a su familia. La institución adoptó, desde 1982, el enfoque sistémico para el tratamiento familiar con farmacodependientes, el cual se rige por ciertas premisas dentro de las que destacan (Minuchin, S. 1984):

- La familia es vista como un sistema, resaltando las relaciones que establecen todos sus miembros.

- El cambio en un miembro de la familia genera alteraciones en el resto de la misma.
- El síntoma es una metáfora de las relaciones familiares disfuncionales.
- El abordaje terapéutico se basa en la teoría del cambio.

El presente reporte contiene la metodología y los pasos seguidos para abordar y superar la problemática de la farmacodependencia, bajo un marco de terapia familiar, en referencia a un paciente identificado que solicitó ayuda; los resultados favorables obtenidos confirman los positivos alcances que permite el enfoque familiar para afrontar esta clase de problemática.

En el primer capítulo se abordan los principales conceptos empleados en Centros de Integración Juvenil sobre la farmacodependencia, teniendo como finalidad ubicar al lector en dicha terminología y contextualizar el trabajo realizado, manejándose términos como fármacos, dependencias y otros. E incluye, también, los tipos de adictos y las condiciones contextuales que la pueden generar.

En el capítulo dos se realiza una breve revisión de los principales enfoques de terapia familiar, para dar un panorama general de este cúmulo de conocimientos teóricos. Así, se revisaron las principales características de los siguientes enfoques:

- 1) Estratégico de Jay Haley,
- 2) Paradojal-Comunicacional de la Escuela de Milán,
- 3) Estructural de Salvador Minuchin y
- 4) Estratégico-Estructural de la Escuela de Roma.



Posteriormente, en el capítulo tres se describe un caso de terapia familiar, el cual fue llevado a cabo en Centros de Integración Juvenil Local Nezahualcóyotl, en el que formé parte del equipo terapéutico, pues esta modalidad lo requiere, para una mejor conducción diagnóstica y de tratamiento.

También en este capítulo se presenta información sobre la implementación de la terapia familiar en Centros de Integración Juvenil; y se complementa con la metodología específica utilizada, el diagnóstico de la familia que se trató, la descripción del tratamiento, así como el material de algunas sesiones, comentarios y conclusiones.

Como parte final expongo algunas propuestas, una sección de anexos y un glosario de términos utilizados en terapia familiar.

## CAPITULO I

### FARMACODEPENDENCIA

**"La drogadicción no es un deporte con espectadores. A la larga, toda la familia entra en el juego."**

**Joyce Rebeta-Burditt, 1977**

#### I.1 CONCEPTOS

Este apartado inicial tiene por objetivo presentar de manera sucinta los principales conceptos que se manejan en el fenómeno de la farmacodependencia, para enmarcar el presente informe de servicio.

Centros de Integración Juvenil concibe al farmacodependiente como un individuo con características y problemáticas propias, como resultado de una determinada dinámica familiar; reconoce que dicha familia está integrada a una sociedad específica, con aciertos y contradicciones y con todo lo que implica la conjunción de factores de diversa índole pero, con frecuencia, difíciles de modificar. De ahí la trascendencia de su labor en el campo de la prevención y el tratamiento del fenómeno de la farmacodependencia.

Para iniciar la disertación del tema, empezaremos con la definición de farmacodependencia, término compuesto por dos palabras, fármaco y dependencia.

En sentido estricto, fármaco es "cualquier sustancia extraña al organismo que produce modificaciones físicas o mentales" (Laurie, 1980). No obstante, en la sociedad actual se ha hecho una clasificación social del tipo de drogas, las aceptadas legalmente y las rechazadas o ilegales.

Del primer grupo mencionaremos las siguientes: alcohol (vinos, licores, cervezas); nicotina (tabaco); cafeína (café); teobromina (chocolates), etc. Las del segundo grupo son: solventes y pegamentos (inhalables); marihuana; alucinógenos; cocaína; opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína), etc.

Por su parte, el concepto de dependencia alude a un impulso incontrolable por consumir algún fármaco a consecuencia de la adaptación biológica hacia ese(sos) fármaco(s), conocida como dependencia física.

Sin embargo, existe otra dependencia conocida como psicológica, que consiste en un estado en el que el fármaco produce una satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer, satisfacción o bienestar, eminentemente psicológico. El sentido de dependencia puede variar, según sea la necesidad que lleva al consumo.

Un efecto de la dependencia es la tolerancia, fenómeno que se manifiesta cuando el organismo se ha adaptado a los efectos de la droga y va requiriendo poco a poco dosis más elevadas para que surta el efecto inicial de consumo; el consumo repetido y constante de alguna sustancia clasificada como tóxica, se conoce como habituación.

Otro de los términos utilizados para definir este fenómeno de la farmacodependencia es el abuso. Se considera abuso al consumo de una droga sin razón ni relación con el uso médico que pudiera dársele por causas necesarias y controladas; es un uso que se realiza en forma excesiva, ya sea de manera constante o periódica.

Por último, la definición de farmacodependencia adoptada por la Organización Mundial de la Salud, es un estado psíquico y a veces físico que es causado por la relación que se establece entre un organismo vivo y un fármaco.

## **I.2 TIPOS DE USUARIOS**

A los usuarios de fármacos se les ha clasificado en cuatro tipos, con la finalidad de ubicar la gravedad del problema y determinar el tipo de abordaje terapéutico. En este sentido, la frecuencia, la cantidad de ingesta y la funcionalidad del sujeto son los factores esenciales para determinar dicha clasificación.

El usuario experimental no es considerado un farmacodependiente, ya que el uso que hace de la droga es ocasional. Se cree que la etapa principal del usuario experimentador es la adolescencia, porque muchas veces se consume la droga en una sola ocasión debido a la curiosidad que implica usarla y al status social que confiere en determinados grupos sociales.

El usuario ocasional o social hace consumo de las sustancias tóxicas sólo en situaciones específicas, pasajeras o sociales, en donde se siente con la "obligación" de consumirla(s). También se presenta el uso de drogas con fines médicos "permanentes" (para controlar algún malestar o más comúnmente para conciliar el sueño), que pueden llevar a un consumo más estructurado y dependiente.

El usuario funcional presenta una gran dependencia hacia la sustancia que ingiere; son personas que "requieren" la droga para poder "funcionar" dentro de la sociedad, específicamente para poder desempeñarse de mejor manera en su trabajo, medio social y/o familiar. El ingerir la sustancia les da valor, fuerza, sensibilidad, inspiración o ánimo para funcionar; bajo los efectos de la droga son altamente productivos pues están motivados por la ingestión, su organismo está activado.

El usuario disfuncional es el que depende totalmente de la droga y necesita de ella en todo momento y para todo; se encuentra en una etapa en la que ya no funciona, ni social ni productivamente, no se motiva ante nada ni nadie; familia, trabajo, amigos, han dejado de ser importantes, su único motivo es la droga, su obtención y su consumo; prescindir de ella puede ocasionar graves problemas y daños, principalmente orgánicos, que aparecen con la privación.

Para la finalidad de este trabajo es indistinto ubicar al farmacodependiente en cualquiera de estas categorías, puesto que lo consideramos como el portador de la sintomatología de la familia. En este sentido, sólo nos interesa la evolución desde su aparición hasta la actualidad del síntoma.

### **L3                   CONDICIONES CONTEXTUALES QUE INCIDEN EN LA FARMACODEPENDENCIA**

Existen algunos elementos básicos que inciden en la aparición de la farmacodependencia. De manera didáctica, se reconocen tres: individuales, sociales y familiares.

El hecho de que un sujeto recurra a las drogas es entendido como un síntoma y como una expresión de conflicto emocional, que está condicionado por las relaciones que ha tenido desde sus primeros años, fundamentalmente dentro de su familia, y posteriormente en la escuela, por influencia del ambiente que le rodea.

A nivel individual, podemos observar que la adolescencia es una etapa de "crisis de identidad y desarrollo", en donde aunado a los problemas familiares y sociales, el individuo puede iniciarse en la farmacodependencia como una forma de resolver sus conflictos.

Un análisis de la realidad mexicana, con base en el Censo de Población de 1990, nos muestra que más del 54 % de los habitantes del país no exceden los 19 años. Es innegable, entonces, que somos una nación de jóvenes y niños, insertos en esta realidad de subdesarrollo con sus consecuentes vicisitudes.

En la práctica, se observa que el adolescente tiene más conflictos en dos etapas; una de ellas, es cuando en su desarrollo sexual empieza una competencia por el sexo opuesto y si se percata de que su imagen no concuerda con los estándares establecidos, le crea incomodidades. También existe una lucha entre el despertar sexual y el no querer dejar la etapa de la niñez, o cuando los adultos no aceptan que el individuo ha dejado la niñez para pasar a la adolescencia.

La segunda etapa es cuando elaboran lo que Piaget llama operaciones formales, que es donde crean sus propios pensamientos que conllevan una búsqueda de identidad, la cual puede verse influida negativamente por el medio, lo que traerá como consecuencia una personalidad distorsionada, el joven busca prototipos, gente a seguir o a imitar.

Asimismo, se han encontrado rasgos comunes de personalidad en los farmacodependientes, los más frecuentes son: presentan dificultad para enfrentar sus conflictos; son incapaces de tolerar demora o frustración; poseen una gran inestabilidad y carecen de responsabilidad. Todo ello propicia la búsqueda de experiencias nuevas y excitantes a través del uso de drogas.

La importancia de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo es indudable, ya que es en ella en donde se puede gestar la salud o la enfermedad, física y/o mental.

La calidad del funcionamiento familiar (en el que cada miembro es afectado por los demás y por la familia como un todo), se manifiesta con el farmacodependiente como portador de la patología familiar.

Por ello, existe el criterio de que en una familia desestructurada y conflictiva, es más propicio el campo para que en alguno de sus miembros se recurra al abuso de las drogas. Las familias que favorecen la aparición de la farmacodependencia, presentan múltiples y variadas características, por lo anterior resulta difícil llegar a generalizaciones; sin embargo, entre los factores más frecuentemente observados como elementos de desintegración familiar, se encuentran: conflictos entre padres e hijos, madres sobreprotectoras, padres autoritarios y/o ausentes física y/o emocionalmente, ausencia de manifestaciones afectivas, roles familiares difusos, rechazo y/o abandono.

El consumo no puede considerarse exclusivamente como un problema individual o limitado a determinados grupos, sino como una problemática de la sociedad en que se produce. Los fenómenos sociales han favorecido la propagación del consumo de drogas; algunos son comunes en diferentes sociedades y otros son particulares.

Algunas de las causas sociales que pueden encontrarse como favorecedoras de la farmacodependencia son: la falta de alternativas laborales, sobre todo para la población joven; la falta de alternativas educativas y la carencia de lugares de recreo o esparcimiento público.

En el municipio de Nezahualc6yotl destaca por su importancia la inmigraci6n de gente del interior del pa6s, que proviene de los estados de Michoac6n, Puebla y Oaxaca; dichas personas tienen una idiosincrasia con valores y costumbres propios de su regi6n, las cuales se entremezclan propiciando un choque con las nuevas generaciones de individuos nacidos en ese municipio.

Otro de los factores incidentes se debe a que una gran cantidad de nezahualcoyenses tiene su lugar de trabajo en el D. F., lo que implica un peregrinar perpetuo de su hogar al trabajo, utilizando su hogar s6lo como dormitorio; por ello Nezahualc6yotl ha sido considerado como el "dormitorio" m6s grande de M6xico.

Esto trae consecuencias como la ausencia de las figuras paternas y la l6gica distensi6n en los roles educativos y/o autoritarios en las familias.

Tampoco se puede quedar al margen la participaci6n de los medios masivos de comunicaci6n, que "aportan" modas, valores o costumbres ajenos a la realidad del ciudadano com6n de Ciudad Nezahualc6yotl, quienes en ocasiones al no tener acceso a los satisfactores promovidos frustran sus aspiraciones y adoptan caminos alternos, siendo uno de ellos la farmacodependencia.

Por medio de la publicidad, los medios masivos de comunicaci6n crean una necesidad de consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco, haciendo creer que al consumirlas, se forma parte de grupos selectos o se tiene autoridad.

Ninguna de estas condiciones contextuales, por s6 mismas, dan explicaci6n al fen6meno de la farmacodependencia o a otro tipo de "patolog6a social", es decir, no es s6lo una circunstancia la motivadora de un trastorno, todas ellas determinan en gran medida el origen de dichas patolog6as. La articulaci6n de todos los elementos antes mencionados resulta fundamental, para definir cualquier fen6meno social, en este caso la farmacodependencia.

## CAPITULO II

### II.1 BREVE REVISION HISTORICA DEL CAMPO DE LA TERAPIA FAMILIAR

La familia se ha estudiado desde muchos puntos de vista, tales como el biológico, antropológico, social, económico, psicológico, etc. Cada estudioso de la familia la ha analizado desde su punto de vista y, en muchas ocasiones, ha querido que su conocimiento sea el primordial para entenderla; sin embargo, olvida cómo se originó ésta y los factores que han influido en su desarrollo. Teniendo en cuenta lo anterior, se debe concluir que cada enfoque aportará sólo una parte más para el estudio de la familia y que será el conjunto de todos los estudios, lo que nos permita conocer mejor a la familia como una institución.

Si comprendemos que los seres humanos somos resultado de un proceso evolutivo el cual se inició en seres vivos inferiores, podremos analizar de acuerdo a los estudios de la conducta de los animales, que desde las aves se puede considerar que existían formas de organización en cuanto a la relación de la pareja como al cuidado de los hijos, y es cuando se inicia quizás la institución llamada familia, que culmina con el hombre en quién las funciones de la misma son complejas pues la familia constituye, la base de todas sociedades. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un constante proceso de evolución.

Una definición de familia, sería que es una unidad básica de la sociedad, concebida como sistema abierto, compuesto por elementos (abuelos, padres, hijos, etc.), que se encuentran interactuando entre sí y los cuales determinan que se desempeñen funciones específicas con la finalidad de que sus integrantes se desarrollen, como individuos, pero simultáneamente se promueve el desarrollo integral del sistema familiar. Dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, psicológico, social y ecológico.

Conceptualizada, entonces, como una célula de la sociedad, la familia desplegará todas sus funciones naturales: nacer, crecer, reproducirse y morir; en estas fases de su proceso



evolutivo, tendrá situaciones de tensión, de ternura, de alegría, etc., lo cual puede influir para que la familia continúe su camino, se detenga o retroceda.

Tradicionalmente, la intervención terapéutica estaba orientada hacia los tratamientos individuales, por lo que la investigación familiar prácticamente no existía; la información que se llegaba a analizar dependía esencialmente de la opinión que los miembros de la familia aportaban acerca de sus vidas.

A mediados de este siglo, principalmente en Norteamérica, los trabajos de los investigadores y los terapeutas se orientaron por primera vez hacia la observación directa de familias enteras, en lugar de depender de lo que una persona contaba acerca de la vida de su familia; actualmente el investigador la observa relacionándose con ella. Con este tipo de observaciones se han conseguido logros en el conocimiento de los problemas humanos de importantes consecuencias.

Paradójicamente, este movimiento hacia la terapia con familias completas ocurría justamente cuando el concepto dinámico del tratamiento individual psicoanalítico había cobrado poder y prestigio, debido probablemente a los positivos efectos generados por el tratamiento de un paciente con relación a su ámbito familiar. En efecto, a veces el tratamiento familiar parecía 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; en ocasiones el terapeuta notaba que cuando su paciente cambiaba en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia, algún otro de los miembros desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. Este tipo de cambios llevaron a pensar en la función social de la psicopatología individual.

Como los psicoterapeutas empezaron a ver el problema psiquiátrico como una expresión familiar, reconceptualizaron la terapia. A principios de la década de los sesenta estaba claro que la terapia familiar era un importante concepto de cambio, más que un método adicional de tratamiento para completar la psicoterapia individual y de grupo. La meta del tratamiento familiar era cambiar la estructura de una familia y los patrones de conducta en un grupo de íntimos.

Era difícil conceptualizar una estructura teórica de trabajo para esta nueva manera de pensar. Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, parecía que se estaba luchando para encontrar una teoría donde encajar las prácticas. Por ello, el modelo más popular utilizado fue una teoría sobre el sistema, derivada de la cibernética. Este modelo podía tratar con los elementos interactuantes respondiendo a uno y a otro de una forma autocorrectora, que es la forma en que parecen comportarse los miembros de una familia.

A partir de 1960 la terapia y la investigación familiar dejaron el estadio pionero, consolidándose un cuerpo de doctrina y técnica, por lo que comenzó a introducirse seriamente en el campo de la clínica general. La década de 1960-1970 conllevó la introducción de los conceptos de familia a programas clínicos de los departamentos de psiquiatría, psicología y asistencia social.

Asimismo, la unidad de tratamiento se amplió todavía más. El lenguaje "de la familia" comenzó a aplicarse a todos los sistemas con una historia y un futuro conjunto, fuesen parientes directos, organismos económicos o sistemas políticos. En relación a la terapia familiar, se empezó a tener en cuenta el contexto familiar, por lo que a veces la unidad de tratamiento era un amplio campo ecológico de descripciones enmarañadas. A partir de aquí, algunos terapeutas familiares consideraron una área de relación más amplia, debido en parte a la importancia de los problemas de la comunidad y a las necesidades de los centros de salud mental que eran responsables ante un grupo más amplio que la familia, y en parte como resultado de una orientación de los sistemas que inevitablemente conducían a una vigilancia de la influencia del contexto.

La investigación en 1960 exploraba distintos tipos de familia que proporcionaban más incertidumbre acerca de lo que puede ser una familia tipo. Más que establecer una tipología se inclinaba hacia una mayor apreciación de los pasos del desarrollo familiar como un factor crucial en el desarrollo de la sintomatología. Algunos terapeutas familiares actualmente piensan que un "tipo" de familia no produce un "tipo" de paciente, pero que una alteración en una familia en cierto momento, más la intervención conjunta de un agente externo, produce la conducta sintomática en uno o más miembros de esta familia.

Durante la década de los sesentas, se insistió en el marco ecológico de la familia. Al crecer la unidad han entrado en juego las teorías sociológicas. Durkheim propuso que todo grupo necesitaba un miembro desviante. La función del desviante es la de comportarse de modo impropio para que sus compañeros de grupo puedan saber sus propias reglas de conducta. Argüó que si el grupo carecía de un miembro desviante, se inventaría uno para poder funcionar. Si esto es así, todo grupo natural, sea la familia u otro, necesitaría siempre un miembro desviante.

En la actualidad el campo de tratamiento familiar es una metáfora de la Torre de Babel, en la cual cada investigador habla su propio lenguaje; así tenemos que Salvador Minuchin busca la organización jerárquica y sus fronteras; Murray Bowen elige el concepto de triangulación y grados de diferenciación para su trabajo; Jay Haley y Cloé Madanes trabajan con la estructura de poder y abocan sus esfuerzos a alterar esta estructura; Norman Paul "escarba" buscando lealtades de tres generaciones y Selvini Palazzoli busca paradojas sistémicas, por ser estos los puntos centrales de sus respectivas intervenciones.

Los párrafos anteriores son una pequeña muestra de cómo los investigadores o terapeutas familiares eligen trabajar de una forma particular con la familia, sin embargo su principal objetivo es "aliviar" a la familia.

En el anexo I se detalla en un esquema el desarrollo de cada uno de los enfoques de terapia familiar, que nos permite observar algunas características de ellos y ubicarlos cronológicamente.

## **II.2 MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR**

Desde la década de los años 50s, que es cuando tiene sus inicios la Terapia Familiar, hasta nuestros días, han existido diversos modelos los cuales han intentado clasificar los diferentes métodos de tratamiento.

De manera somera en este apartado se mencionarán los más relevantes.

Los modelos que sirven de guía a los esfuerzos terapéuticos realizados con las familias contienen conceptos implícitos o explícitos sobre los elementos que hacen que una familia sea funcional o disfuncional; por consiguiente, son la expresión y consecuencia de determinados paradigmas y, a su vez, de determinadas epistemologías (ver glosario).

Los modelos de terapia familiar pueden clasificarse desde diversas perspectivas (al respecto, se sugiere consultar el anexo 2). El principio de clasificación usado en Heidelberg sitúa a los diferentes modelos de terapia familiar a lo largo de un eje de tipos ideales. Los tres modelos del Sistema de Clasificación de Heidelberg: Curación mediante el encuentro (modelo del encuentro), Curación mediante el cambio sistémico (modelo sistémico) y Curación mediante una reestructuración activa (modelo estructural), si bien en parte son mutuamente excluyentes, ofrecen algunas posibilidades de hacer una integración de modelos y muchas oportunidades para experimentar con modelos de terapia novedosos. Por ejemplo, el apoyo activo así como también el cuestionamiento directivo a miembros de la familia seleccionados (como lo aplica Minuchin en la **terapia familiar estructural**) puede parecer que obstruye la intervención **paradójica** (ver glosario, **paradoja**) de todo el sistema al final de la sesión. Empero, algunos elementos del modelo estructural pueden integrarse con una estrategia de intervención sistémica; por ejemplo, prescribiendo rituales (ver glosario) al final de la sesión. Los terapeutas con años de práctica pueden también integrar el modelo de encuentro con una **terapia sistémica** según el tipo de problema que presente la familia, la fase del **ciclo de vida familiar** (ver ciclo vital de la familia) e individual en que se encuentre y la clase de estructura (ver glosario) que tengan las relaciones familiares.

Otro principio clasificatorio fue introducido por Stanton (1984) como parte de su teoría del "equilibrio geodinámico". En esta formulación, los métodos o técnicas terapéuticos pertenecen a una o dos categorías generales: "diversión" o "comprensión". Los métodos de diversión son los que tienden a destruir directamente o modificar las coaliciones (ver glosario) o modelos familiares por medio del bloqueo, el desequilibrio, la confrontación o la sustitución, trabajando así contra los modelos o estructuras familiares/interpersonales vigentes. Ejemplos de estos métodos son la terapia estructural, la terapia centrada en los problemas, las técnicas conductistas, la terapia de la realidad, la terapia racional-emotiva y el enfoque del intermediario. En cambio, los métodos de comprensión están orientados

a acrecentar o intensificar un modelo existente -fomentándolo o comprimiéndolo- hasta el punto de su neutralización. Por ejemplo, se puede alentar a las personas a "hacer más de lo que están haciendo", como intensificar un acto compulsivo. Las técnicas paradójicas, la terapia implosiva, la terapia provocativa, los cambios totales, el regreso a casa, la elaboración del pesar y la terapia de relegitimación son todos ejemplos de una dinámica comprensiva. Stanton postula que los métodos de diversión y comprensión siguen direcciones diferentes pero complementarias para modificar las órbitas interpersonales que recorren los miembros de la familia.

En 1977, Madanes y Haley definieron siete dimensiones que sirven para comparar los modelos de terapia familiar: 1) atribución de importancia al pasado o al presente; 2) empleo de la interpretación en lugar de directivas terapéuticas para la acción en la sesión o entre sesiones; 3) la solución del problema actual como meta básica en lugar de insistir en el crecimiento de la familia (y el terapeuta); 4) uso de un método formal de tratamiento aplicado a todos los casos en lugar de un procedimiento específico para cada familia o problema; 5) dar importancia a las unidades de una, dos o tres personas; 6) dar importancia a la calidad del status entre los miembros de la familia en lugar de preocuparse por las cuestiones relativas a la jerarquía (ver glosario) y al poder de la familia, y 7) modalidades analógicas en lugar de digitales para describir la conducta y la comunicación. Madanes y Haley evaluaron las escuelas de terapia con respecto a su enfoque aplicando cada una de estas dimensiones. Compararon métodos de terapia familiar estratégicos, estructurales, conductistas, experienciales, psicodinámicos y relativos a la familia extensa. Un hecho interesante es que parece que hubo modificaciones en los métodos desde que se publicó el estudio de estos autores en 1977, y las distinciones entre las escuelas resultan ahora menos claras, probablemente porque las ideas han cambiado y han sido integradas parcialmente en enfoques que antes eran opuestos.

En el *Handbook of Family Therapy* editado por Gurman y Kniskern (1981) se distinguen doce modelos o escuelas de terapia que se identifican con diversas escuelas de terapia individual (psicoanálisis, terapia conductista, terapia de la *Gestalt*, etcétera) o con personalidades precursoras (fundadoras) como, por ejemplo, Ivan Boszormenyi-Nagy, Murray Bowen, Jay Haley y Salvador Minuchin. Doherty y otros (1984, 1985)

analizaron esos doce modelos de acuerdo con la importancia que se atribuyen en ellos a las dimensiones de inclusión (fronteras, compromiso, pertenencia, autonomía), control (influencia, poder, adopción de decisiones) e intimidad (autodescubrimiento, amistad, participación personal profunda). En primer término categorizaron los conceptos fundamentales de cada modelo en cada una de estas tres dimensiones y seguidamente estimaron la importancia relativa dada a cada dimensión o tema en los capítulos del *Handbook*. Se llegó a un análisis conceptual definitivo tras realizar una retroalimentación de los autores: "En tres de los doce modelos se daba una importancia fundamental a la inclusión: el Estructural (Aponte y VanDeusen), Bowen (Kerr), el Contextual (Boszormenyi-Nagy y Ulrich) y el Funcional (Barton y Alexander). En otros cuatro se insistía primordialmente en el control: el Estratégico (Stanton), el Interaccional (Bodin), el Centrado en los problemas (Epstein y Bishop) y el Conductista (Jacobson). En cinco se subraya la intimidad como una esfera principal: el Grupo sistémico abierto analítico (Skinner), Contratos de parejas (Sager), Familia de origen (Framo), Simbólico-experiencial (Whitaker y Keith) e Integrativo (Duhl y Duhl)". Además a menudo eran importantes los intereses secundarios. Por ejemplo, en la Terapia Familiar estructural, se mostraba un fuerte interés por el control (poder) además del enfoque fundamental de la inclusión (fronteras), y se asignaba una importancia sólo terciaria a la intimidad. Las comparaciones realizadas por Doherty y otros (1985) revelan interesantes esferas de superposición entre los modelos de Terapia Familiar corrientes al mismo tiempo que sigue habiendo diferencias. Tal vez, en estudios futuros, puedan compararse el proceso y los resultados de la Terapia Familiar cuando el modelo de terapia se ajuste o no se ajuste al problema o preocupaciones de la familia.

A medida que la Terapia Familiar va alcanzando la mayoría de edad, hay intentos cada vez mayores de lograr la integración clínica y conceptual de los diversos modelos diferentes o, al menos, cierta comprensión de sus diferencias y similitudes. Dado el hecho de que pueden construirse gran cantidad de modelos que cumplen muchos objetivos distintos, la perspectiva de lograr una "gran integración" es bastante improbable, pero ha sido propuesta con éxito para modelos afines como la terapia estructural, la terapia sistémica y la terapia estratégica.

Siendo difícil una integración de los distintos modelos de terapia familiar, propongo revisar las principales características de algunos enfoques, por ejemplo:

- 1) Estratégico de Jay Haley,
- 2) Paradojal-Comunicacional de Milán,
- 3) Estructural de Salvador Minuchin y
- 4) Estratégico-Estructural de Roma.

Dada la relevancia que tiene para la formulación de una terapia efectiva, el establecimiento de las características concretas de la comunicación de los involucrados en la problemática que se trata de resolver, a continuación se hace una síntesis de los aspectos centrales de la teoría de la comunicación, en especial de las reglas que determinan la interacción familiar.

La teoría de la comunicación humana es una expresión general para diversas modalidades de terapia basadas en conceptos cibernéticos. El marco teórico, la formulación de las hipótesis y las estrategias de intervención se basan en las conclusiones de la teoría de la comunicación, la teoría de los sistemas y la teoría del juego. Dentro del campo de la terapia de la comunicación se puede distinguir entre terapia estratégica y la terapia sistémica.

Los fundadores intelectuales de estas modalidades de terapia fueron Gregory Bateson (quien empezó a interesarse en la cibernética) y Milton Erickson. Tras años de experimentación en investigaciones de campo-antropológicas que, entre otras innovaciones, dieron origen al concepto de esquizmogénesis. La aplicación de los esquizofrénicos, dieron como resultado el desarrollo de la hipótesis del doble vínculo (ver glosario).

Los autores que participaron en el desarrollo de esta hipótesis figuran, además de Bateson, Jay Haley, John Weakland, William Fry y Don D. Jackson; este último introdujo además el concepto de homeostasis familiar (ver glosario). La sintomatología o "locura" del paciente no se redujo simplemente a las características de su personalidad,

sino que se rastrearán las estructuras de comunicación existentes en su familia y en otros contextos sociales.

Desde su formulación inicial, esta idea extraordinariamente fecunda ha sido investigada y ampliada en el *Mental Research Institute* (Instituto de Investigaciones Mentales) de Palo Alto, California. Entre los miembros de este Instituto se cuentan: John E. Bell, Arthur Bodin, Richard Fisch, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir, Carlos Sluzki, Paul Watzlawick y John Weakland. En sus publicaciones y sus métodos teóricos y terapéuticos, estos estudiosos han seguido en gran medida la orientación de las estrategias de intervención de Milton Erickson. En particular, Haley y Weakland analizaron las técnicas hipnóticas, las intervenciones paradójicas y los procedimientos manipuladores de Erickson (Haley, 1976). Los métodos de terapia breve, desarrollados originalmente en Palo Alto, y aplicados actualmente en otros muchos lugares, no podrían haberse desarrollado sin las bases sentadas por Bateson y Erickson.

En 1967, Watzlawick, Beavin y Jackson publicaron *Pragmatics of Human Communication*, un estudio de las premisas teóricas básicas y los aspectos pragmáticos de la interacción humana. La publicación de Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) de sus formulaciones sobre los principios del cambio en los seres humanos puede verse como un intento de integrar el trabajo teórico de Bateson con los principios prácticos de Erickson.

En cambio, la terapia sistémica fue desarrollada en el Instituto de Estudios de la Familia en Milán, Italia, fundado en 1967 bajo la dirección de Mara Selvini Palazzoli. Mientras que la *Terapia Estratégica* se concentra en la comprensión de los problemas actuales y en la intervención en ellos, la terapia sistémica pone el acento en la captación y modificación de los mecanismos de retroalimentación que se automantienen en la familia. El Grupo de Milán está más interesado en los planteos de Bateson como, por ejemplo, los procesos de evolución y coevolución, entropía y negentropía, así como también en la epistemología de los individuos y los sistemas.

En particular, la teoría pragmática de la comunicación, ha resultado ser de capital importancia para la teoría y la terapia de la familia. Watzlawick, Beavin y Jackson en 1967 combinaron los datos clínicos con las ideas, observaciones e investigaciones de la



hipótesis del doble vínculo de Bateson y otros (1956), y postularon principios, más precisamente cinco "axiomas pragmáticos", los cuales, a su juicio, podrían explicar todas las formas de comunicación funcional interpersonal. (La cita siguiente se ha tomado de Watzlawick y otros, 1967).

**AXIOMA 1:** En un contexto interpersonal "un individuo no puede no comunicarse" (pág. 51). En consecuencia, toda conducta contiene un mensaje. De ahí la situación paradójica de una persona que no trata de comunicarse y, sin embargo, se comunica; la no comunicación en sí es un modo de comunicación.

**AXIOMA 2:** "Toda comunicación tiene una dimensión de contenido y otra de relación, de modo que la segunda clasifica a la primera y es, por consiguiente, una metacomunicación" (pág. 54).

**AXIOMA 3:** Este axioma se refiere a los fenómenos de puntuación y postula que el carácter de una relación entre dos personas está determinado por la manera en que marcan la comunicación entre ellas.

**AXIOMA 4:** "Los seres humanos se comunican digital y analógicamente. El lenguaje digital tiene una sintaxis lógica poderosa y muy compleja pero carece de una semántica adecuada en el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no tiene una sintaxis adecuada para definir sin ambigüedad el carácter de las relaciones" (págs. 66-67).

**AXIOMA 5:** "Todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia" (pág. 70).

Con auxilio de este marco teórico es posible comprender procesos de comunicación muy complicados, en especial las reglas que rigen la interacción familiar. La imposibilidad de no comunicarse significa que todas las situaciones interpersonales son situaciones de comunicación. Sus características relacionales son de interés primordial.

La diferenciación entre la modalidad digital y analógica de la comunicación es importante, por que los mensajes analógicos y la definición de la relación presentan un alto grado de isomorfismo. La ambigüedad implícita en el intercambio simultáneo de mensajes relativos a la relación en sí y a cosas externas a la relación da origen a problemas de interpretación y traducción que, si no se aclaran, terminan por producir estructuras de interacción patológicas.

El concepto de puntuación permite hablar de la reciprocidad de las relaciones humanas de una manera diferente de la correspondiente al modelo de conducta tradicional estímulo-respuesta y, a la vez, más compleja. Por último, los conceptos de relaciones simétricas y complementarias introducen los importantes aspectos referidos a la evaluación mutua y su relatividad en las relaciones interpersonales. Si bien es discutible que estos conceptos y axiomas de la comunicación contengan la multifacética gama de los procesos de comunicación humana, es relevante su importancia en el campo de la terapia familiar.

### II.3.1 ENFOQUE ESTRATEGICO

Este enfoque estudia los problemas familiares como la expresión de esquemas organizativos disfuncionales como, por ejemplo, fronteras generacionales difusas, formación patológica de triángulos (triangulación), confusiones en la jerarquía familiar, así como también perturbaciones de adaptación en el contexto del ciclo de vida familiar. El terapeuta comienza negociando las metas de la terapia con la familia y seguidamente procede a desarrollar una estrategia para alcanzar esas metas.

Los terapeutas con orientación estratégica preguntan constantemente: "¿Cómo sirven los síntomas para sostener la homeostasis familiar?", "¿Cómo se está utilizando el síntoma para ayudar a la familia a dominar una crisis en el contexto de ciclo de vida familiar?", "¿Cómo y porqué la presencia de un síntoma no sirve para resolver el problema?". Puesto que no es posible determinar la función o el significado de un síntoma en el nivel del individuo solo, los problemas del paciente identificado tienen que ser comprendidos y modificados en el contexto del sistema familiar. Por consiguiente, las metas de la terapia estratégica son modificar las secuencias, las reglas y el significado de la interacción familiar.

La terapia estratégica se desarrolla normalmente en varias etapas. En la etapa inicial, el terapeuta, usando estrategias posicionales, establece contacto con la familia y reúne información sobre los motivos que la llevaron a recurrir a la terapia. El terapeuta acepta el punto de vista de la familia sobre el problema, aun cuando en él se incluya la idea de que el paciente identificado es el problema real y "el resto de nosotros estamos muy bien". A partir de esta información inicial, junto con la familia elabora la definición de las metas terapéuticas. Le pregunta a cada miembro de la familia cuál es en términos concretos, su objetivo mínimo en la terapia, y de qué modo reconocerá cada uno de ellos que ha sido logrado ese objetivo (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). El terapeuta, manteniéndose lo más cerca posible del nivel de conducta (quién hace qué y cuándo), trata de discernir los aspectos problemáticos de las reglas interaccionales de la familia, pero evitando verse implicado en una lucha por el poder con ella.

En la siguiente etapa, suele emplear métodos de intervención sumamente directivos. Estos métodos son valiosos desde un punto de vista terapéutico y del diagnóstico porque le permiten comprender la estructura organizativa de la familia, sus estrategias para resolver los problemas y su flexibilidad, observando la reacción de la familia ante las intervenciones directivas. El terapeuta trata de modificar los esquemas interpretativos y los modelos de comunicación de la familia y, en especial, mediante métodos de reencuadre, connotación positiva de los síntomas, estrategias de prescripción e intervenciones paradójicas, de eliminar los bloqueos que obstaculizan su desarrollo.

Los terapeutas de orientación estratégica, parecen tener una tendencia clara hacia la terapia breve, muchos otros ponen en tela de juicio la eficacia de un tratamiento que supere las diez sesiones o quince (Zuk, 1975).

### **II.3.2 ESCUELA DE MILAN**

En 1968 las ideas del grupo de Bateson cruzaron el océano y arraigaron en tierra italiana. Mara Selvini Palazzoli, analista de niños, decepcionada por sus resultados e impresionada por los informes que llegaban de Palo Alto, acerca del tratamiento y la investigación de

familias, decidió descartar todos los elementos psiquiátricos y adoptar una orientación puramente sistémica.

En 1971, Palazzoli organizó el Instituto de Estudios Familiares en Milán formando parte de este grupo Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin. En sus comienzos tuvo como consultor a Watzlawick, del Mental Research Institute.

El Instituto de Milán, aunque influido por el Grupo de Palo Alto, evolucionó en otra dirección con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o, como lo llamaron ellos después, sistémico.

Lo que destaca de este enfoque son dos técnicas que constituyen la marca distintiva del Grupo de Milán. La primera de ellas, la connotación positiva, la cual consiste en un mensaje por medio del cual el o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto (Boscolo, L. y otros, 1987). La segunda (quizá el rasgo más distintivo y creativo de su enfoque), es su manejo de la construcción paradójica (contraparadoja), que ha elevado esta técnica a nuevas alturas. Brevemente descrita, se puede indicar que en lugar de limitarse a directivas vinculadas en principio al síntoma o al paciente, se establecen directivas que incluyan a la totalidad del sistema familiar. Por ejemplo, pueden indicar a todos los miembros que continúen con los patrones de conducta específicamente relacionados con el síntoma que habfan estado desarrollando, dando por sentado que la familia puede resistirse a las exhortaciones de hacer algo diferente, es decir, cambiar. Palazzoli y sus colaboradores vuelven esta resistencia contra sí misma, en cierto sentido, le piden a la familia que "permanezca tal como es".

Una táctica terapéutica específica desarrollada por el grupo de Milán es el "ritual familiar" (Palazzoli, 1977, 1978). Se trata de un método que prescribe a los miembros de la familia que pongan en acción un acto o serie de actos destinados a alterar las reglas de un "juego" en el cual habfan estado involucrados hasta ese momento. La prescripción incluye una secuencia regular de pasos que la familia debe llevar a cabo en donde prácticamente todos los detalles están explicitados por los terapeutas: tiempo, lugar, número de repeticiones, quién habrá de decidir o de hacer algo, en qué orden, etc. No es

necesariamente un ejercicio paradójico, pero frecuentemente incluye elementos llamados a alterar la estructura familiar.

El Grupo de Milán reconoció que el campo de la terapia incluía a todo profesional que estuviera ligado con la familia, por lo que determinó que era conveniente discutir con la familia por qué ha sido derivada y cuál ha sido su relación con la fuente de derivación.

En años recientes un número de terapeutas de los Estados Unidos han estado aplicando en distintos casos variaciones de las técnicas desarrolladas por el Grupo de Milán. Uno de ellos es Thomas Todd. Luego están Peggy Papp y Olga Silverstein quienes hacen investigación y entrenamiento en el Instituto Nathan Ackerman de Nueva York.

### II.3.3 ENFOQUE ESTRUCTURAL

El enfoque estructural adoptó muchas ideas comunicacionales para la terapia de familias de clase baja, con las cuales no había resultado útil la terapia tradicional (Minuchin, 1974). Este enfoque es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia; cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo; como resultado se modifican las experiencias de cada individuo.

Minuchin propuso un modelo normativo para una familia que esta funcionando bien; el terapeuta de orientación estructural tendrá en mente este modelo y entonces se dará a la tarea de evaluar las estructuras disfuncionales de la familia que acude a él, como, por ejemplo la confusión en la jerarquía familiar. Desde un punto estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo.

Se parte de la suposición de que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y que si la organización familiar se vuelve más "normal" el síntoma automáticamente desaparecerá; sin embargo, este enfoque no se preocupa por las

particularidades del síntoma, simplemente analiza la forma en que la familia está organizada y la cambia de un estado menos normativo a otro más normativo.

El marco conceptual de Minuchin, debe mucho a la teoría de sistemas, y sin embargo se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético. Su lenguaje parece derivarse en su mayor parte de la teoría de organización y la teoría de roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, coaliciones, triangulaciones, etcétera.

De gran importancia terapéutica es la inclusión del terapeuta, por Minuchin, como intruso activo, que cambia el campo de la familia con su sola presencia. ¿A quién habla?, ¿quién está autorizado a hablar?, ¿a quién eleva él?, ¿a quién desafía?, ¿a qué personas une?, ¿qué es lo que está separando?, ¿con quién está haciendo una coalición?, ¿con quién no la está haciendo?, las anteriores cuestiones son de extrema importancia para el terapeuta, mediante tales pasos, él empieza a reestructurar el sistema de relación en la familia y a alterar el contexto que supuestamente alimenta al síntoma.

Además, existe la creencia generalizada de que es esencial que el terapeuta se "conecte" (conexión) con la familia, lo cual significa sincronizarse con el modo en que la familia piensa, habla y siente. El terapeuta suele imitar el estilo de la familia y adopta sus imágenes, expectativas y metáforas. Puede "rastrear" la interacción familiar permitiendo, o aun alentando, el despliegue natural de las configuraciones familiares antes de intervenir abiertamente.

El método de Minuchin de "trazar el mapa" del terreno psicopolítico de una familia ahorra mucho tiempo al terapeuta, ya que la naturaleza de la organización de la familia da al terapeuta estructural las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de relaciones en la familia. En el capítulo V de *Familia y Terapia Familiar*, Minuchin muestra su propio método de seguir la huella de los grupos familiares, indicando factores importantes como la pertenencia a coaliciones, la naturaleza de los límites y cómo están estructurados los subsistemas (Minuchin, 1981). Al delinear la forma que toman estos aspectos en una familia que acude en demanda de

tratamiento, y al revisar el mapa conforme progresa el tratamiento, Minuchin nos da un método gráfico con que documentar las etapas de la terapia.

En los siguientes cuadros se pueden observar la variedad de técnicas utilizadas en este enfoque. (Ver anexo 3)

### **II.3.3.1 CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

Un aspecto importante para el Enfoque Estructural es encuadrar al individuo y a su familia dentro del Ciclo Vital de la familia; es por ello conveniente describirlo, antes de continuar con la revisión de los demás enfoques.

El Dr. Lauro Estrada Inda sugiere que el ciclo vital abarca seis fases, en las que el núcleo familiar sufre modificaciones y debe adaptarse a ellas. Así, es de gran importancia conocer en detalle las características de estas fases y cobrar plena conciencia de las posibilidades de mejoramiento de las condiciones internas del sistema familiar. Dos son las ventajas que ofrece trabajar con esta herramienta:

1. El concepto de ciclo vital ofrece un instrumento de organización y sistematización para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos a la evaluación.
2. Brinda, además la oportunidad de revisar casos clínicos que suelen dar pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.

Esta pequeña organización llamada familia, se puede describir como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí. Por ello se supone que cada uno de sus miembros en algún momento buscará dentro de su seno la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales. Las familias que niegan cualquier matiz del espectro emocional, se encontrarán asimétricas y desbalanceadas, pudiendo llegar a producir niños con zonas emocionales ciegas o apagadas. Se puede ver que la unión familiar es una especie de respuesta a las diferentes

presiones que un ambiente dado ejerce sobre el individuo. Es una lucha por encontrar un equilibrio, o un intento de alcanzar alguna forma de organización capaz de proveer satisfacciones -al menos mínimas- a las necesidades individuales. Cuando la organización familiar es tal que puede enfrentar las diferentes presiones y demandas, el ambiente que privará en la familia será, por lo general, firme y estable.

No es fácil describir la estructura emocional de la vida familiar. Lo podemos entender mejor si pensamos solamente en la complejidad que implica describir lo que son los roles emocionales.

En este sentido, para caracterizar los roles emocionales se busca el grado de ternura y afecto entre sus miembros, el balance existente entre el dominio de los padres y la clase y grado de proyección de los roles, principalmente el de éstos hacia los hijos.

Si tomamos estos conceptos y visualizamos al "sistema" recorriendo un ciclo vital encargado de una misión, tendremos que cuestionarnos cuáles son sus objetivos principales en cada una de las etapas del ciclo; dos son los objetivos principales en cada etapa:

- 1) Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.
- 2) Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

Dentro de cada fase existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia que, el Dr. Lauro Estrada divide en cuatro áreas de re-orientación: 1. área de Identidad; 2. área de sexualidad; 3. área de la economía; y 4. área de fortalecimiento del yo.

Todas estas áreas difieren en peso y contenido de acuerdo a la fase del ciclo vital en que atraviesa la constelación familiar. La relación saludable se basa en el suficiente



intercambio de satisfactores materiales y emocionales que permitan solucionar los problemas y tareas a lo largo del ciclo vital.

Cuando existan fallas en alguna de estas áreas, se producirán síntomas, según sea el caso; se impedirá que se desarrolle apropiada y congruentemente la fase del ciclo por el que transcurre. Existen otras situaciones que pueden desplazar la falla de un área a otra, entorpeciendo la labor diagnóstica.

Con este marco, pasemos a revisar cada una de las fases propuestas por las que atraviesa la pareja.

### **PRIMERA FASE: EL DESPRENDIMIENTO**

Ocurre cuando los hijos siendo ya adolescentes con capacidad de responsabilizarse de sus actos, se desprenden de la familia de origen para relacionarse con otra persona del sexo opuesto e iniciar así la formación de otro núcleo familiar. En el proceso de este desprendimiento se presentan tanto en el adolescente como en su familia dos tendencias: una que favorece que el adolescente sea independiente y otra que le impide crecer y lo sujeta al sistema familiar.

La predominancia de una u otra tendencia va a depender de qué tan preparados estén los padres para tal desprendimiento y de qué tanto el adolescente es capaz de ser autónomo y tener responsabilidad en sus actos. Dicho proceso es doloroso para ambas partes, el adolescente y sus padres, pero si se entiende como parte del desarrollo se aceptará y manejará más adecuadamente.

Se inicia a partir de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el cónyuge (necesidad de sentirse amados y seguros). Pero también se ven casos en los que la selección se basa en la búsqueda de otros aspectos: la compatibilidad, la apariencia física, sentimientos de soledad, la salida de diferentes situaciones, etc.

## **SEGUNDA FASE: EL ENCUENTRO**

Es la etapa de transición y adaptación temprana; se presenta cuando se integra la pareja, bien sea por unión libre o por casamiento. En esta etapa ambos cónyuges tratarán de interrelacionar sus ideas, costumbres, actitudes, etc., que traen de lo aprendido en su medio familiar y cuando uno trate de imponer al otro las ideas y costumbres propias, entonces surgirán conflictos.

En esta fase tendrán que adaptarse a este cambio, adaptarse a nuevos hábitos, nuevas demandas y también a las satisfacciones que aporta vivir en pareja, ya que durante el noviazgo ambos se presentaban de una forma diferente, tratando de mostrar sus cualidades y ocultando sus defectos, pero al existir vida en pareja, esto es mostrado abiertamente y parecería que por ello, la relación pudiera terminar.

En esta etapa son frecuentes las discusiones y los pleitos entre la pareja que pueden ayudar a resolver conflictos; esto tiene una parte positiva para el desarrollo de la pareja. De otra forma, si éstos no se resolvieran pueden aparecer consecuencias negativas para el futuro, apareciendo resentimientos y reproches que deterioran la relación.

El contrato matrimonial establece reglas bien definidas, pero la pareja en base a sus expectativas empieza a generar otras reglas que a veces no se hablan, no se analizan, se dan por sobre-entendidas y cuando aparecen las quejas por violar la regla emergen los conflictos y dependiendo de la disponibilidad de la pareja para aclarar las confusiones, será como continúe o bien se desintegre el matrimonio. Aquí la comunicación es un punto importante ya que la pareja empieza a adoptar formas de comunicación, no sólo a través de la palabra sino, también, utilizando el lenguaje corporal (gestos, posturas, etc.).

Dichas reglas explícitas e implícitas abarcan todas las áreas de la pareja (sexual, de la comunicación, de los afectos, de los paseos, etc.).

### **TERCERA FASE: LOS HIJOS**

Reafirmación como pareja y paternidad. Se presenta cuando nacen los hijos. Es importante mencionar que se ha escrito mucho en relación a que se da por hecho de que toda la familia se considera como tal sólo cuando existen hijos. Esto es erróneo, pues existirán parejas que por muy diversas circunstancias no pueden o no quieren tener hijos, sin embargo constituyen una familia.

Otro error importante es que los hijos sirven para unir a los padres. Podemos afirmar, en base a los estudios de los profesionales que se han dedicado al estudio de la pareja y la familia, que la pareja se une por sus motivaciones propias, sus afectos, ideales, costumbres, etc., por lo tanto en una pareja bien integrada los hijos vendrán a unirlos más, siempre y cuando ambos hayan estado de acuerdo en planearlos y desearlos, para lo cual tuvo que haber pasado un tiempo determinado para que ambos tuvieran la posibilidad de valorar tal situación.

En tanto que con una pareja con serios conflictos y posiblemente próximos a separarse, los hijos no vendrán a unirlos más, sino que es posible que uno de los cónyuges los utilice para tal fin, casi siempre con resultados infructuosos. También ocurre que uno de los cónyuges utilice a los hijos como medio para agredir al otro esposo, lo que traerá consecuencias emocionales en el desarrollo de los niños.

### **CUARTA FASE: LA ADOLESCENCIA**

Surge con el advenimiento de la adolescencia en los hijos, es tal vez uno de los eventos que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. En esta etapa se combinan varios factores:

- 1) En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.
- 2) Los padres, aún cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez muy a su pesar, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia.

3) La edad de los abuelos es crítica; esto es motivo de otra preocupación.

Todo esto se conjuga en un sólo momento para poner a prueba el sistema familiar en varias formas. Una de ellas está en la tendencia de los padres a regresar a etapas anteriores del desarrollo; otra sería que mediante mecanismos de sobreprotección, es posible mantener un adolescente sin crecer indefinidamente. Esto se debe a algún problema que les impide pasar a las etapas subsecuentes de madurez y adultez.

El mecanismo difícil y necesario para todos los padres es saber soltar a sus hijos y para tal efecto la relación de los padres debe mantenerse firme pero flexible al mismo tiempo y sintiéndose ambos apoyados mutuamente, para impedir que el adolescente los manipule.

Los hijos siempre representan un aspecto importante en todas las familias, ponen a prueba las funciones parentales tales como autoridad racional sin llegar al autoritarismo, ni ausencia de autoridad.

#### QUINTA FASE: EL RE-ENCUENTRO

Lo característico de esta etapa es que las actividades de crianza de los hijos terminó, pero además se presentan otros elementos como los siguientes:

- a) El hecho de que los padres tienen que aceptar a los cónyuges de sus hijos.
- b) Nacen los nietos.
- c) En el área laboral surge la jubilación y si no se han preparado al respecto pueden surgir serios cuadros depresivos, sintiéndose que ya no son útiles.

Por todas estas características la pareja entra en fase depresiva, cuando se percatan que van pasando a la edad madura y a la vejez, y que como consecuencia de ello hacen

presencia las enfermedades propias de la edad y se agudizan las que ya tenían por el mismo proceso de la edad. Además, también en esta etapa fallecen habitualmente los abuelos.

Es la etapa en donde pueden aparecer conflictos por los cambios físicos y orgánicos como son la pérdida de atractivo, habilidades, menopausia, etc.

Ante tales situaciones existenciales, la pareja tiene un reencuentro que le es necesario para poder enfrentar todo lo que se ha planteado y además para sentirse satisfechos por lo que han hecho en la vida como esposos, como padres y como individuos.

## **SEXTA FASE: LA VEJEZ**

Al ocurrir la vejez tanto la esposa como el esposo ven aproximarse la muerte y esto crea ansiedad y tristeza, aunado además a que se van perdiendo capacidades importantes como la vista, la audición, coordinación motora, carencias propias del envejecimiento, pero además como secuelas de otras enfermedades que se presentaron en la etapa madura.

### **II.3.4 ESCUELA DE ROMA**

Una de las conceptualizaciones del proceso y uso de la instrucción paradójica más completa y sofisticada fue propuesta por un equipo de la Sociedad Italiana de Terapia Familiar, Roma (Italia). Bajo la conducción de Maurizio Andolfi, el grupo incluye a Paolo Menghi, Anna Nicoló, Carmine Sacci y otros; el modelo que han desarrollado surge de su trabajo con familias de esquizofrénicos (Andolfi, 1980). El procedimiento general consiste en comenzar con un enfoque estratégico y concluir la terapia con una veta más estructural.

El terapeuta se dirige al juego entre los dos componentes fundamentales de un sistema terapéutico, la familia por un lado y el terapeuta por el otro; dentro de cada componente

hay un equilibrio entre la tendencia que aboga por la homeostasis ("que se mantenga igual") y la capacidad o tendencia a transformar, es decir, a cambiar. El terapeuta modula hasta qué punto favorecerá o empujará hacia un comportamiento familiar homeostático, de acuerdo con: a) las inclinaciones homeostáticas de la familia en ese momento, y b) la etapa específica a la que haya arribado la terapia.

Este es un buen momento de contrastes relativos, armados en etapas, en el cual el terapeuta intenta ubicarse un paso más allá que la familia y, hasta etapas posteriores, presiona casi invariablemente hacia una mayor homeostasis de aquella que le resulte cómoda a la familia. En cierto sentido se coloca "uno arriba", y con la resistencia de la familia frente a sus directivas ésta empieza a cambiar en la dirección contraria. Un ejemplo permitirá aclarar esto.

La familia llega al tratamiento esperando que el terapeuta empuje hacia la transformación ("la etapa de expectativas"). Ellos prevén que el terapeuta enfle hacia la alteración de la conducta del paciente identificado para hacerlo "menos loco". A esta altura se los moviliza para que resistan al terapeuta enviéndoles el doble mensaje de que desean ser ayudados pero que es imposible; su inversión homeostática es enorme. Hasta pueden tratar de provocarlo explicándole cómo fracasaron en el pasado otros terapeutas al tratar de ayudarlos. De este modo intentan hacer que el terapeuta se ocupe directamente del paciente identificado para determinar así su fracaso; sin embargo, el terapeuta no cae en esta trampa.

Es decir, el terapeuta visualiza al paciente identificado como puerta de entrada a la familia, lo ve como una persona que regula la comunicación entre los miembros y entre la familia y los de afuera; el paciente identificado se transforma en su controlador y su locura le otorga un poder desmedido. El terapeuta desafía el sistema al no aceptar al paciente identificado como puerta, niega la locura, rotula al comportamiento sintomático del paciente identificado como lógico y voluntario. (Sabe que apenas perciba al paciente identificado como loco se volverá parte del sistema y perderá eficacia como terapeuta).

Cuando el terapeuta pregunta ¿por qué acuden a mí?, se entra en la etapa de la "batalla"; a través de esta afirmación el terapeuta deviene más loco que el paciente identificado,

tornándose disponible para la familia en un nivel diferente. Niega la utilidad de la terapia, con lo que desafía al sistema ya que su inversión en la homeostasis parece ser mayor que la de ellos. Se vuelve más rígido permitiendo, por contraste, que la familia sea más flexible.

A medida que el paciente identificado mejora en las sesiones de la terapia entra en la etapa de "mejoría estratégicamente no reconocida". Andolfi observa que las familias severamente disfuncionales no pueden aceptar fácilmente la individuación o diferenciación por parte del paciente identificado, de modo que negarán esta mejoría. La tarea del terapeuta es ganarles de mano y negar el cambio positivo antes que ellos. Podrá aseverar que las cosas están empeorando, mirar al paciente identificado y afirmar "se te ve mal" o a la familia y denunciar "debe haber sucedido algo malo"; alternativamente, podría predecir que las cosas empeorarán.

Otra manera consiste en decirles "si quieren mi ayuda tienen que colaborar conmigo para mantener todo sin cambiar", es decir, prescribe el no-cambio. Al rotular a cualquier mejoría como peligrosa se anticipa al miedo de la familia ante el cambio. El mensaje "no cambien" presiona a la familia hacia atrás, hacia la homeostasis, permitiéndole de este modo cambiar realmente.

Así deviene el "ridículo" dentro de un sistema familiar constituido por controladores (personas que no permiten el espacio personal), y que se aferran a un tipo de espacio interpersonal que se superpone a todos los miembros de la familia. La conducta ridícula del terapeuta lo ubica en un nivel más alto, más controlador. Al anticiparse y hacer el apuntador de sus pasos homeostáticos se ubica en la posición de poder decirles qué hacer. Si tal como lo indica su tendencia habitual siguen su dirección homeostática, le otorgan poder y control; se vuelve el controlador de los controladores y la única manera en que lo pueden desbancar es cambiando.

En la etapa de "reestructuración" la familia empieza a estar en desacuerdo con el terapeuta afirmando que, en realidad, las cosas mejoran nuevamente. El terapeuta los desafía una vez más creando tensión al enfatizar repetidamente que no cree que la familia haya cambiado (ni que debería cambiar). Declara que no confía en ellos exhortándolos a

"demostrárselo", advirtiéndoles que "sean cuidadosos" o denunciando que están "locos". Los miembros de la familia pueden estar encantados de demostrarle que se equivoca, pueden movilizarse para trabajar en contra de él; por medio de sus acciones el terapeuta establece un nuevo nivel de locura. Aún más, la transición de la anormalidad a la normalidad no puede lograrse sin pasar a través de esta nueva etapa "loca".

Hacia el final de la etapa de reestructuración el paciente identificado se volverá menos central, los miembros de la familia comenzarán a presentarse como grupo de personas antes que como un sistema masivamente negativo. En este momento el terapeuta puede preferir movimientos estructurales más convencionales tales como la creación de límites y otras formas de reestructuración.

La etapa final es la de escisión con el sistema terapéutico; existe un equilibrio entre las tendencias homeostáticas y transformacionales, dentro de la familia así como entre la familia y el terapeuta. Los miembros de la familia notan que las cosas han cambiado y que pueden continuar progresando; aseguran que pueden hacerlo por su cuenta, el terapeuta les pide que le muestren cómo lo harán. A medida que él se dirige hacia la terminación y el desenganche les advierte que "tengan cuidado" en el futuro.

El sistema de Andolfi y sus colegas representa un claro progreso que sirve como guía terapéutica, en especial con familiares severamente disfuncionales.



**NO  
EXISTE  
PAGINA**

## CAPITULO III

### PRESENTACION DE UN CASO

En este apartado se presentan los fundamentos teóricos de un reporte de caso de tratamiento familiar; se describen los objetivos de la terapia breve, posteriormente en qué consiste, y la mecánica de implementación en Centros de Integración Juvenil. La descripción de dichos conceptos se manejarán a través de la narración de las sesiones que se llevaron a cabo en dicho tratamiento.

#### III.1 ¿QUE FINALIDAD TIENE LA TERAPIA BREVE FAMILIAR?

La Terapia Breve es un procedimiento terapéutico que se desarrolló a partir de las implicaciones de los conceptos contenidos en la teoría de los sistemas. Una interpretación del cambio de segundo orden ha demostrado que la estructura de un sistema es capaz de experimentar una modificación discontinua y errática. La terapia breve tiene por objeto eliminar las barreras que frenan el desarrollo y la adaptabilidad de los sistemas familiares (coevolución), y restaurar el potencial de autoorganización de la familia.

En los enfoques de terapia breve basados en el psicoanálisis, necesariamente se limitan a enfocar un solo problema; en el tratamiento psicoanalítico ellos suponen que el cambio se produce gracias a un trabajo continuo. El éxito de ese cambio se relaciona en gran medida con la duración del tratamiento, el número de sesiones, etc..

Por otra parte, en los procedimientos con orientación familiar sistémica se trata de realizar, con pocas intervenciones, un cambio discontinuo o de segundo orden en las estructuras de toda la familia y de cada uno de sus miembros. Las estrategias de intervención de la terapia sistémica son por lo general directivas. La terapia breve consiste en un número limitado de sesiones (por lo general de seis a quince) espaciadas en intervalos de una a seis semanas. Estas sesiones se orientan hacia los problemas, aplicándose a veces en la terapia de apoyo y/o en la terapia psicoeducacional, cuando se trata de intervenir en la crisis y prevenirla (terapia familiar de crisis). Cuando la terapia breve es además sistémica, el terapeuta se esfuerza por modificar las bases

epistemológicas del problema. El proceso decisivo del cambio suele no producirse en las sesiones mismas sino, en cambio, en los intervalos.

### **III.2      COMO SE IMPLEMENTA LA TERAPIA BREVE SISTEMICA EN CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL**

A fines de los años 70, se reconoció en Centros de Integración Juvenil la necesidad de abordar el problema de farmacodependencia desde una perspectiva más amplia. Esta nueva óptica fue basada en una visión sistémica que caracterizó los años 80s., y que afectó el quehacer preventivo de educación para la salud e incidió en el ámbito del tratamiento; en este terreno el Paciente Identificado (P. I.) no es el único sujeto de atención, sino es únicamente una parte del mismo, aunque podría decirse que es el portavoz de la disfuncionalidad de la familia.

Así fue como se empezó a considerar a la familia como un "puente" entre el individuo y la sociedad, convirtiéndola entonces en el objeto de estudio y de trabajo terapéutico.

En el año 1982 se consideró en los Centros de Integración Juvenil la posibilidad de formalizar un entrenamiento para los terapeutas, mediante una formación ad hoc, incluyendo el conocimiento de fundamentos teóricos y las técnicas propuestas por las diferentes escuelas sistémicas para conformar así un modelo de atención familiar institucional en el marco de las terapias breves, con objetivos definidos (Cisneros y Monroy, 1986).

Es importante recordar que previa a cualquier intervención terapéutica que se realice e independientemente del enfoque que se vaya a utilizar, se llevará a cabo la elaboración de una Evaluación Familiar, que permitirá conocer y analizar las características de la familia y por ende, permitir al terapeuta la elaboración de hipótesis a trabajar en relación con la problemática.

El espacio terapéutico en donde deben ser llevadas a cabo las sesiones de Terapia Breve Familiar, será preferentemente en una Cámara de Gessell, en la cual únicamente el terapeuta y el coterapeuta (en algunas ocasiones) trabajarán directamente con la familia y los demás terapeutas y/o miembros del equipo médico técnico, fungirán como

observadores detrás de la Cámara cuando pueda existir esa disponibilidad e interés de los miembros, pudiendo hacer sus comentarios y observaciones cuando el terapeuta o coterapeuta lo soliciten. Esta manera de trabajar permite tener un panorama más amplio de la conflictiva y comunicación de la familia, así como de los patrones de interacción, lo cual favorece y facilita el logro de los objetivos terapéuticos.

La duración usual del tratamiento es de 10 a 12 sesiones de 90 minutos; algunas familias necesitan menos y otras requieren hasta de 18 sesiones, por lo que básicamente el tiempo del tratamiento estará en función de los avances que vaya teniendo la familia.

### **III.3 METODOLOGIA**

En el desarrollo del tratamiento de este caso, se requirió de tres terapeutas, los cuales se rolaron en las sesiones, siendo dos los que permanecieron con la familia y uno fungió como observador por fuera.

El espacio donde se llevaron a cabo las sesiones fue en una cámara de Gesell de 5 x 4 metros, la cual contenía un intercomunicador y sillas dispuestas en forma circular, con luz y ventilación adecuadas. Esta manera de trabajar permite tener un panorama amplio de la conflictiva y comunicación de la familia, así como de los patrones de interacción.

La duración del tratamiento fue de doce sesiones periódicas, una por semana con duración aproximada de 90 minutos cada una, retroalimentando a la familia de lo acontecido durante la sesión, previa reunión de los terapeutas.

### **PROCEDIMIENTO DE LA ELECCION**

Para seleccionar a la familia utilizamos los siguientes criterios:

- a) La presencia de un miembro farmacodependiente identificado con, al menos, uno de los padres.
- b) Contar con la asistencia, como mínimo, de tres miembros de la familia (incluyendo al paciente).

- c) El Paciente Identificado debía vivir aun en la casa de los padres sin haber formado una familia propia.
- d) Que no existiera daño orgánico o patología severa en el Paciente Identificado.

La familia seleccionada fue la de Jesús, quien anteriormente había recibido tratamiento a nivel individual en el mismo Centro Local, obteniéndose "logros parciales" que no erradicaron el síntoma principal, la farmacodependencia.

### III.4 PROCESO DE EVALUACION: PRESENTACION DEL CASO

#### INTERES DEL TERAPEUTA

La presentación de este caso fue motivada porque el Paciente Identificado (P. I.) había asistido a tratamiento a nivel individual en el mismo centro local obteniéndose "logros parciales" que no erradicaron el síntoma principal, la farmacodependencia. Se partió del supuesto de que la Terapia Familiar era una buena opción para este caso, tomando en cuenta la demanda de los miembros de la familia, así como las características de la misma.

#### DATOS GENERALES

|               |  |
|---------------|--|
| Nombre:       | Jesús (solo se presentará el nombre del P. I. para guardar anonimato). |
| Edad actual:  | 26 años.   |
| Estado civil: | soltero  |
| Sexo:         | masculino  |
| Escolaridad:  | 3º de secundaria incompleto.   |

## **MOTIVO DE LA CONSULTA**

Asisten los familiares solicitando el reingreso del P. I. a tratamiento (hace ocho años asistió a psicoterapia individual). Mencionaron estar en la mejor disposición de realizar todo aquello que se les indicara.

## **DEMANDA**

La familia de Jesús solicita ayuda para "aliviar" a éste, pues él persiste en inhalar solventes, incluso dentro del hogar. De manera implícita, la demanda consistió en recibir una orientación de qué hacer para controlar la conducta de Jesús y no sentirse culpables de la misma.

## **ANTECEDENTES**

Jesús se inició en la farmacodependencia a la edad de 14 años, siendo los inhalantes la única sustancia utilizada por espacio de 12 años con una frecuencia diaria, difiriendo en cantidad.

La madre del P. I. es originaria del Estado de Chihuahua y el padre es del Distrito Federal; ella acudió a Neuróticos Anónimos y él es alcohólico; el hermano mayor también es alcohólico, aunque tiene dos años de no consumir alcohol. El resto de la familia está integrada por otras siete hermanas, el P. I. ocupa el séptimo lugar.

Seis hermanos viven fuera de la familia nuclear, puesto que son casados; sin embargo, no existe un deslignie hacia su familia de origen y están sobreinvolucrados en los conflictos de la misma.

Su nivel educativo es de un promedio de secundaria concluida, y el económico es medio bajo. (Ver anexos 4 y 5, en los que se describen la ficha de identificación y el familiograma).

## IMPRESION DIAGNOSTICA ESTRUCTURAL

Familia aglutinada con límites difusos y poca tendencia al cambio, encontrándose en la etapa de desprendimiento del ciclo vital de la familia. (Ver descripción del ciclo vital de la familia, apartado II.3.3.1)

En esta familia las jerarquías se encuentran "cambiadas", es decir, el rol del padre y la autoridad son asumidos por la madre; por tal motivo en cuestión de jerarquías es ella quién tiene el poder, seguido del padre.

También se encontró que existían alianzas entre los hermanos, ya que ellos se unían para proteger al P. I.; las coaliciones estaban dadas en términos de la unión entre hermanos y madre para eliminar o hacer a un lado la figura paterna.

Es una familia en la cual el subsistema conyugal se encuentra en conflicto debido a que el padre desde el inicio de su vida matrimonial ha bebido alcohol con frecuencia, creando situaciones difíciles para la familia (los golpeó, los corrió de la casa, los dejó sin apoyo económico y moral); en su rol de padre ha carecido de control y de orientación, pues jamás ha existido comunicación entre ellos. Esta comunicación se da mediante la madre, quien ha sido el medio de unión entre el padre y los hijos.

La madre ha ejercido dos roles diferentes: ser madre y padre a la vez; en su función de madre ha sobreprotegido a todos sus hijos, y en el de padre ha presentado un control rígido de las normas y leyes internas de la familia, aunque también ha asumido el rol de mediador.

¿Qué papel juega Jesús en su familia?, o en otras palabras ¿qué función juega el síntoma, (la conducta adictiva de Jesús) en esta familia?. Jesús ha servido a esta familia desde nuestro particular punto de vista, como desviante del conflicto conyugal, es decir, él se ha "sacrificado" para que sus padres no peleen entre sí, uniéndolos con el hecho de drogarse pues ello motiva la unión y la comunicación entre ellos "se ponen de acuerdo de cómo van a tratar a Jesús".

Además en el subsistema fraterno, el P. I. era el "chivo expiatorio" de todas sus culpas. (En el anexo 5 se demuestra de una manera gráfica el anterior diagnóstico).

### III.5 INDICACION TERAPEUTICA

- a) El pronóstico sin tratamiento para la familia, es no favorable, ya que ésta continuará con sus conflictos en los diferentes subsistemas, pues no se han solucionado los mismos; es una familia rígida con dificultades al cambio.
- b) Pronóstico con tratamiento, una vez realizado el diagnóstico, es favorable para la rehabilitación del P. I.; sin embargo, a condición de que se eliminen los principales motivos que propician la conducta adictiva, como son los conflictos en los subsistemas conyugal y fraternal.

### ESTRATEGIA GLOBAL

Nosotros realizamos tres sesiones diagnósticas y nueve de tratamiento en las cuales se procedió a elaborar las estrategias que se aplicaron para cambiar a la familia; siendo el principal objetivo de las mismas, eliminar en forma total la farmacodependencia de Jesús.

Los objetivos específicos fueron:

- 1o. Eliminar los conflictos en el subsistema conyugal,
- 2o. Permitir o lograr que los miembros de la familia asumieran su rol correspondiente,
- 3o. Fomentar alternativas que consolidaran el proceso de cambio y
- 4o. Propiciar diversas actividades en el P. I., como trabajar, estudiar, etc. diferentes a su farmacodependencia.



### III.5.1 DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Durante las sesiones de tratamiento la familia atravesó diferentes etapas; la primera fue respecto a una descalificación total del padre, debido a su alcoholismo, ya que los hijos únicamente prestaban atención a la madre. Para contrarrestar tal efecto "elevamos" la autoridad paterna, incluso el terapeuta varón se puso de lado del padre haciendo caso omiso de las mujeres, sólo hablaron los dos, el señor tenía derecho de callarlas cuando alguna de ellas intentaba hablar. En estas sesiones se pudo redefinir el rol del padre.

En otra fase del tratamiento se manejó la separación de los hermanos casados, para que dejaran solo al matrimonio (los padres) con sus decisiones; esta labor tenía la finalidad de romper con las "mamás" de Jesús, pues cada una a su modo lo sobreprotegía, por ejemplo, cuando la madre lo corría de la casa, alguna de ellas lo acogía dándole lo necesario, ya fuera comida o simplemente lo dejaban dormir en su casa.

En general, el desligue fue lento pero exitoso al final del proceso. En las sesiones de desligue, el P. I. incrementó su adicción, para lo cual se le envió un mensaje paradójico, que fue transmitido por todos los miembros de la familia al P. I. El mensaje decía que "realmente él no necesitaba de un psicólogo, lo que necesitaba era continuar drogándose, pues eso es lo que quería realmente".

La reacción del P. I. fue incrementar su consumo de droga. Se empezó a drogar dentro de su casa, descuidó su aseo y su aspecto personal y el de su habitación; la familia respondía con una actitud "persecutoria", quitándole el cemento y regañándolo. También en esta época el P. I. adquirió temor por salir a la calle. Las indicaciones dadas fueron en el sentido de que dejaran de ser tan persecutorios y que manejaran el mensaje paradójico. Se tuvo como resultado, a los 15 días aproximadamente, un decremento en su conducta adictiva.

En otra fase del tratamiento sucedió que, cuando la conducta del P. I. iba en decremento y cuando empezó a cuidar su aseo personal, la madre cayó en un estado de depresión, ahora era ella la que descuidaba su aspecto personal, mostraba un cuadro de baja presión, sin apetito y dolores de cabeza. Suponemos que este incidente ocurrió debido a que ya se

estaban desligando sus hijos de ella y el mismo P. I., también estaba empezando a desligarse, ya que estaba llevando a cabo las tareas que anteriormente se le habían encomendado, como asear su habitación y cuidar su aspecto personal y ayudarle a su padre en las labores de herrería.

También su depresión funcionó como un síntoma que pretendía aglutinar nuevamente a la familia para conservar su homeostasis o su no-cambio. Anteriormente a esta conducta sintomática, se había prescrito que alguien de la familia iba a funcionar como regulador, que no sabíamos quién iba a ser ni que conducta iría a presentar.

Para dar solución a los estados depresivos de la madre, se le prescribió que en lugar de preocuparse por el P. I., dedicara mayor atención a su nieta, la cual vivía con ellos.

En otra fase del proceso terapéutico, una vez estabilizada la señora, se presentaron otros sucesos: "la rebelión" de sus dos hijas solteras; una expresó su inconformidad hacia el "yugo" materno, no continuando con sus estudios de nutriología, decidiendo estudiar danza clásica. Esto causó un severo disgusto a la madre, tanto que llegó a rechazarla corriéndola de casa. Esta hija trató de aliarse con la terapeuta, buscando el apoyo de ella, en cuanto a su decisión, y también para descalificar la autoridad materna y con ello sentir menos culpa de haber abandonado los estudios que "con tantos sacrificios" le había brindado su madre.

Por otro lado, la hija menor incrementó su conducta rebelde, ignorando a su madre, no respetando el horario de llegar a casa y no llevando a cabo sus quehaceres domésticos. Para dar solución a esta situación conflictiva, se trabajaron tres sesiones aproximadamente, para analizar la comunicación que entre ellas existía desde años atrás, en la que aparentemente se comunicaban, concluyendo que las hijas realmente no tenían la confianza suficiente, o no eran asertivas con su madre, pues no expresaban abiertamente sus gustos o disgustos o ideales, por temor a ser rechazadas, regañadas. Una vez analizada la falta de asertividad se procedió a dejarles tareas, como el que las tres hablaran de algo en común durante mínimo 15 minutos al día y que trataran de expresar sus pensamientos y su sentir. También se les manejó la metáfora de que "entre ellas existían murallas que ninguna de ellas se había atrevido a saltar".

Casi al término del tratamiento, el P. I. dejó de drogarse y comenzó a buscar trabajo, obteniéndolo por él mismo; siendo esto un logro significativo, pues los empleos que anteriormente había tenido, los consiguió a través de sus hermanos.

Como resultado de todas las fases anteriores, hizo acto de presencia el conflicto principal, el del subsistema conyugal. En una de las sesiones la madre tuvo un "estado catártico", en donde mencionó los problemas que desde los primeros días de casados ha tenido con su marido, los cuales son: falta de responsabilidad y de cumplimiento con sus obligaciones, el maltrato con golpes físicos desde el primer día, siendo esta conducta frecuente, generalmente cuando tomaba alcohol, inclusive golpeaba a sus hijos. Actualmente no los golpea, pero manifiesta su inconformidad incrementando su alcoholismo y apartándose de su familia. Suponemos que su inconformidad está dada por la descalificación de su rol como padre y de su autoridad, sintiéndose relegado y abandonado por su familia.

Al término del tratamiento se mencionó que ellos habían llegado con la finalidad de que Jesús abandonara la farmacodependencia, misma que fue provocada por los conflictos que como padres y como familia han tenido desde su desarrollo, y que estos conflictos rebasaban por mucho los objetivos planteados al inicio. Sin embargo, aclaramos dicha situación (los conflictos) y se les dijo que ahora a ellos les correspondía solucionarlos de la manera que mejor les pareciera, mediante las indicaciones que a lo largo de las sesiones de tratamiento se mencionaron.

Una vez extinguida la conducta adictiva de Jesús, procedimos por dar finalizado el tratamiento. Tuvimos tres sesiones de seguimiento para conocer la evolución del caso y apoyar los logros obtenidos.

### **III.6 MATERIAL DE SESIONES: FASE DE TRATAMIENTO**

A continuación se describen algunas de las sesiones más relevantes del trabajo terapéutico; están divididas en hipótesis inicial y estrategias de intervención. El orden en

que están descritas no refleja el progreso real de la terapia familiar sino que ilustran los aspectos más significativos.

**A) HIPOTESIS INICIAL**

Existe una sobreinvolucración de la madre con el P. I., lo que provoca que el padre no tome su rol de autoridad; al mismo tiempo, los hermanos casados siguen interviniendo en su familia nuclear, presentando también involucramiento con el P. I. . Todos toman el rol parental, incluso el hermano y la madre se alfan a los hijos para descalificar al padre, quien lo acepta y se hace a un lado ingiriendo alcohol.

**ESTRATEGIAS**

Paradoja, Connotación Positiva y propiciar alianza madre-padre.

En un primer momento se connota positivamente al padre, "elevando" su función, diciéndole que "cómo ha logrado controlar a tanta mujer". Posteriormente se le plantea unirse a la madre para lograr que ella suelte a sus hijos y al P. I., principalmente. Se le dice lo difícil que es para la madre ver que sus hijos se vayan. ¿Qué haría en ese caso?.

**OBJETIVO**

Plantear la necesidad de separación de todos los hijos de la familia de origen.

**B) HIPOTESIS INICIAL**

El padre no quiere asistir, porque piensa que lo vamos a culpar del problema de la familia debido a su alcoholismo y por haber invitado a su hijo mayor a tomar con él.

**ESTRATEGIAS**

Reforzar la directiva paradójica e invitar al señor a venir, a través de connotar positivamente el control que tiene con las mujeres de su casa.

**OBJETIVO**

Insistir en la asistencia del padre.

**C) HIPOTESIS INICIAL**

Los hijos no han podido desligarse de la familia. La madre continua con la autoridad; sin embargo, ella sigue apoyando el aglutinamiento de la familia, al depositar autoridad al hijo mayor sobre el comportamiento del P. I.: "él será el encargado de corregirlo".

**ESTRATEGIA**

Esclarecer el rol de los padres en las familias de cada quién y redefinir el rol de cada miembro de la familia.

**OBJETIVO**

Conseguir que las hermanas se ocupen de sus cosas y que no sobreprotejan a los padres y al P. I.. Quitar el rol de autoridad a la madre y apoyar al padre.

**D) HIPOTESIS INICIAL**

La familia ha construido ritos en torno a la inhalación del P. I., porque cada vez que se droga algún miembro de la familia le quita el cemento regañándolo. Lo anterior ocasiona que dicha conducta se mantenga, pues a través de ésta, Jesús ha encontrado atención. Suponemos que alterando esta circularidad dejará de drogarse.

**ESTRATEGIA**

Mensaje Paradojal.

Le mencionamos a toda la familia que no le quitaran el cemento a Jesús y que a cambio le dijeran que "efectivamente él no necesita de un psicólogo, lo que necesita es un sepulturero".

**OBJETIVO**

Enviar el mensaje paradojal, para eliminar el ritual y disminuir su farmacodependencia.

**E) HIPOTESIS INICIAL**

El padre acudió a la sesión, por temor a ser abandonado por su esposa, ya que ésta le dijo que si no asistía se iría de la casa, abandonándolos a él y al P. I.. En este sentido, ella reafirma su jerarquía sobre la de su esposo.

**ESTRATEGIA**

Connotación Positiva hacia el padre, por su asistencia a la sesión.

**OBJETIVO**

Lograr que el padre continúe asistiendo en forma periódica. Los hermanos manifestaron su alegría por la asistencia de su padre, ellos mencionaron estar felices de verlo ahí.

**F) HIPOTESIS INICIAL**

El P. I. dejó de drogarse, empieza a buscar trabajo, su hermano tiene problemas con su esposa.

**ESTRATEGIAS**

Fortalecer paradoja, animar a la madre a ser firme.

**OBJETIVO**

Independizar al P. I. de su familia.

**RESUMEN**

Las hermanas y la madre informan que ya no tienen problemas con Jesús, que ahora los tienen con el hermano mayor.

**III.6.1 COMENTARIOS SOBRE EL MATERIAL**

En el trabajo clínico, la elaboración del diagnóstico tiene una dificultad extrema, ya sea a nivel individual o familiar. Dicha dificultad radica, principalmente, en la distinción de las

conductas "sanas" o "enfermas", pues todos estos conceptos son arbitrarios, relativos. Sin embargo, se debe partir de un parámetro para catalogar lo anterior; por ejemplo, si aceptamos como válido que una familia enferma está definida como aquella que fracasa progresivamente en el cumplimiento de sus funciones (las cuales están determinadas por la sociedad y por el grupo o contexto en que se inserta la familia), existirán, por consecuencia, diversos grados de "fracaso".

Así pues, proponemos graduar la profundidad y lo nocivo del fracaso en la adaptación familiar, de acuerdo con el nivel en el que la familia maneja sus problemas, mediante los siguientes niveles:

1. La familia enfrenta sus problemas, los delimita correctamente y logra una solución realista para ellos.
2. Aunque incapacitada para lograr la solución realista, la familia puede, sin embargo, contener el problema y controlar los efectos potencialmente nocivos, mientras que se otorga a sí misma un período más largo para encontrar la solución.
3. Incapaz de encontrar una solución eficaz o de contener los efectos destructivos del conflicto, la familia reacciona a la tensión del fracaso con una conducta impulsiva, inadecuada, autodestructiva, dañina (tipo "acting out"), etc. A veces la familia como grupo busca un "chivo emisario". En esta condición, la familia como tal no puede mantener sus defensas por mucho tiempo.
4. Con fracasos persistentes en los tres niveles precedentes, la familia muestra síntomas progresivos de desequilibrio emocional, que en algunas circunstancias pueden culminar en la desorganización de los lazos familiares.

La familia del presente reporte se encontraba en el nivel cuatro; presentaban síntomas neuróticos varios miembros de la misma. Solicitaron ayuda por no encontrar solución a sus conflictos, siendo la farmacodependencia de uno de ellos, la "gota que derramó el vaso".

Por otra parte, las familias se sitúan en dos tipos diferentes de interacción: exterior e interior; lo que dificulta la elaboración de un diagnóstico preciso, ya que las familias son análogas a células vivas que modifican constantemente sus condiciones por efecto de sus interacciones internas y externas. A continuación analizaremos estas interacciones.

Las interacciones internas de una familia son las funciones y roles de cada miembro que la compone, así como las relaciones entre éstos. Entre los tipos de relación se encuentran las alianzas, las coaliciones o las triangulaciones, las cuales se modifican constantemente.

Las interacciones externas son las relaciones que tiene cada uno de los miembros de la familia y la familia como unidad total, con el exterior. Tales interacciones, al modificarse permanentemente por efecto de la vida social, influyen en la elaboración de un diagnóstico preciso porque a una misma familia será factible diagnosticar preliminarmente de diversos modos, dependiendo en qué etapa de su desarrollo se encuentre al momento de establecer la entrevista inicial. De manera más elemental, no se elabora el mismo diagnóstico para la misma familia en enero de 1990, que en enero de 1993; como ejemplo de lo anterior en nuestro caso, no detectamos al inicio una triangulación entre madre-hijo vs. padre, sino durante el proceso terapéutico.

Por lo expuesto anteriormente, se deduce que al realizar un diagnóstico se debe partir de una hipótesis inicial, misma que se reafirmará, modificará o se rechazará, pero que conforma el punto de partida para la elaboración de un plan terapéutico.

Ahora bien, en cuanto al tratamiento, nuestros comentarios girarán en torno a dos puntos; el primero es la necesidad de manejar constructos teóricos de diferentes posturas teóricas y el segundo es acerca de las situaciones que limitan u obstaculizan el tratamiento mismo.

Con respecto al primer punto hay que advertir acerca de las diferencias entre eclecticismo y pluralismo; no tratamos de ser eclécticos en el sentido de tomar partes significativas de diversas teorías, para realizar una propia, así entendemos al eclecticismo. Lo que proponemos es conocer los diferentes enfoques de terapia familiar y retomarlos con un fin único, solucionar la conflictiva familiar.



Creemos importante señalar el punto, porque existen personas que se casan con una sola teoría y son teóricos ortodoxos, lo que obstaculiza su trabajo terapéutico; retomando a Bachelard, se forma un obstáculo epistemológico.

Del segundo punto mencionaremos en forma breve lo siguiente: al identificarse algún miembro de la familia con cierta clase de conflictos intrapsíquicos, es posible derivarlo hacia terapia individual; en nuestro caso particular, la madre no permitió un tratamiento de su familia libremente, lo rezagaba, pues sus conflictos internos no le permitieron dejar la autoridad a un lado, sentía esa necesidad, al igual que la de aglutinar a su familia para mandar sobre ellos. No obstante, no fue canalizada a tratamiento individual.

Otro obstáculo observado en el tratamiento fueron las características de cada uno de los terapeutas, y las contradicciones que entre nosotros surgieron, pues así como en ocasiones favorecimos el tratamiento, en otras lo retrasamos; de ello, se desprende la propuesta de formar un equipo en el cual exista una relación empática, de camaradería, tanto teórica como afectivamente.

### III.6.2 PROPUESTAS

En los Centros de Integración Juvenil, A. C., acuden pacientes farmacodependientes que son casos *sui generis*, con los cuales el tratamiento a nivel familiar es quizá el más idóneo, por el contexto en el que se va desarrollando dicha conducta. Esto permite al psicólogo interesado en el tratamiento familiar poner en práctica sus conocimientos teóricos y desarrollar habilidades propias de un terapeuta familiar.

Los conocimientos adquiridos en las aulas deben ser sometidos a la praxis, ya que solamente esta vía permite generar un verdadero conocimiento. Los psicólogos que deseen aplicar sus conocimientos en el área de psicología clínica y/o social, tienen un campo fértil en este tipo de instituciones.

El trabajo en equipo permite una mayor maniobra terapéutica y mejor control sobre la familia; ya que en el caso de que se elija desarrollar la terapia de manera individual, se corre el riesgo de involucrarse y/o aliarse "inconscientemente" con los miembros de la familia. Pero si se tiene supervisión (por ejemplo, colegas en la cámara Gesell), que indiquen las fallas o aciertos del tratamiento, es decir, que permitan una realimentación del proceso terapéutico, se obtendrán mejores resultados en cuanto a la solución del problema presentado.

Por otra parte, es necesario que los prestadores de servicio social insistan en aplicarse en las áreas de terapia familiar. Esta propuesta se sustenta en el hecho de que son pocos los psicólogos que se dedican a esta actividad, que ha revelado ser fructífera. Sin embargo, hay que tener en consideración que en ocasiones la misma institución donde se presta el servicio social, limita estructuralmente desarrollar una terapia familiar; en este caso, la insistencia tal vez tenga que darse a nivel de los directivos del organismo.

Existe otra limitante seria para desarrollar la terapia familiar, que consiste en que no todas las familias son aptas para esta clase de tratamiento. En este caso, es conveniente aplicar criterios de selección que permitirán identificar a las familias aptas para este tratamiento.

De lo anterior se desprende que en los casos en que no sea recomendable la terapia familiar (por ejemplo, en el caso de que un paciente presente una sintomatología generada por un contexto ajeno al familiar), el psicólogo debe tener la suficiente habilidad y formación profesional para canalizarlo a la terapia que resulte adecuada. Se puede resumir lo anterior indicando que no se debe adoptar una postura rígida por parte del psicólogo con un solo enfoque, sino ser un tanto eclécticos y recomendar la terapia ad hoc para cada caso.

Además, se tiene que estar alerta ante el fenómeno de transferencia, indicado por el psicoanálisis. La historia familiar del psicólogo puede influir en un momento del tratamiento, por lo que es requisito indispensable para cada terapeuta familiar, hacer un análisis de su propia familia.

A nivel facultad considero necesario y fundamental, incluir en el plan curricular, una sección que forme a los estudiantes en el campo de la terapia familiar; ya que en la actualidad no existe, lo cual deja un vacío en la formación del psicólogo zaragozano.

## GLOSARIO

- ALIANZA:** Designa una afinidad positiva entre dos unidades del sistema. No se trata de una definición formal, sino del uso popular del término. Una alianza es potencialmente neutra, pero es inherente a ella la virtualidad de ir dirigida de manera efectiva contra un tercero. En los casos en que las alianzas se sitúan en oposición a otra parte del sistema, se puede hablar de coaliciones. (Véase Coalición)
- CAMBIO:** Desde el punto de vista sistémico, es posible que sobrevenga cambio en caso de que presiones internas del grupo familiar traigan por resultado el desplazamiento hacia un diseño sistémico diferente y hacia un nuevo vínculo homeostático, o en caso de que fuerzas externas a la familia, como lo es el terapeuta, introduzcan crisis y por eso presionen en el sentido de la adopción de conductas diferentes. El proceso de cambio puede no producirse de manera continua y por pasos, sino de manera discontinua, por saltos repentinos hacia pautas nuevas de organización. Es preciso que las partes y todo cambien guardando cierta recíproca conjunción, pero no es necesario que lo hagan simultáneamente.
- COALICION:** Es un ordenamiento, en que por lo común participan varios miembros de la familia, con una postura combativa, de exclusión, o de chivo emisario, en perjuicio de un tercero. En la acepción corriente, coalición designa entendimientos entre más de dos personas.
- COEVOLUCION:** Sistema "estocástico" de cambio evolutivo, entendiendo por estocástico que los sucesos tienen lugar de un modo parcialmente casual.
- CRISIS:** Un período del proceso familiar en que están bloqueados los caminos habituales de respuesta a estímulos, lo que origina una experiencia de intercambios conductuales de ensayo y error colectivo, y casos de conmoción de individuos. Minuchin (Minuchin y Barcai, 1969) contraponen crisis a "emergencia", que designa la recurrencia crónica de un síntoma y los esfuerzos que la familia hace por resolverlo con estrategias familiares.
- DISFUNCIONALIDAD:** Dice de las conductas que rompen con el esquema normal de funcionamiento (homeostasis) de una familia.
- DOBLE VINCULO:** Es "una situación en la que, haga lo que haga una persona, no

puede "ganar". Este concepto es parte de un enfoque general de la comunicación para el estudio de una amplia gama de conductas humanas, y que incluye a la esquizofrenia como un caso fundamental.

**ENTROPIA:** Es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, o la falta de un modelo en la estructuración de un sistema.

**EPISTEMOLOGIA:** Designa una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Varios terapeutas de la familia también emplean este término para referirse a la estructura del conocimiento o al conocimiento de la estructura.

**ESQUISMOGENESIS:**

Caracteriza modelos familiares y clínicos de relación. Es un sistema de categorías, introducido en el campo de la antropología cultural para describir el proceso de diferenciación de las normas de la conducta individual resultantes de la interacción acumulativa entre los individuos.

**ESTRATEGIA:** Es un plan de acción, un modus operandi en situaciones relativamente predecibles, que permite tomar decisiones, las cuales probablemente facilitarán el logro de una meta específica.

**ESTRUCTURA:** Las pautas de interacción que ordenan u organizan a los subsistemas que componen a una familia, en relaciones que presentan algún grado de constancia. Estas relaciones constantes son duraderas en el tiempo, pero lo son menos que la actividad continuada del sistema total supraordinado. Es decir que el sistema como entidad continúa durante la vida entera de la familia, mientras que sus diversas estructuras u ordenamientos organizativos de componentes, se desplazan y cambian de tiempo y tiempo. Se disciernen estructuras en subsistemas relativamente estables, en alianzas y en jerarquías que caracterizan el mapa organizativo de una familia. Las estructuras se pueden considerar también procesos lentos, de larga duración. (Véase Proceso)

**FRONTERA:** Frontera es metáfora de transacciones particulares, de regular ocurrencia, entre subsistemas. Estas transacciones regulan la cantidad y la clase de información, y la energía que fluye de un subsistema a otro. La mención del carácter relativamente "cerrado" o "abierto" de una frontera simboliza aquella variación de flujo. Las fronteras pueden cobrar también forma tangible, por ejemplo una casa cuyas ventanas están cubiertas por espesas

cortinas y cuyas puertas tienen doble cerradura, o casas en que no existen puertas que separen los ambientes ni estructuras físicas diseñadas para separar funciones subsistémicas. Frontera es también un enunciado metafórico de la asequibilidad de un subsistema.

**HOMEOSTASIS:** El estado interno de relativa constancia en que un sistema permanece durante períodos considerables y se mantiene mediante la autorregulación. Homeostasis es un equilibrio dinámico; mientras este dura, el sistema funciona sin tensiones inconvenientes sobre las partes que lo componen. Representa un período idealizado de equilibrio, y se lo suele contraponer a períodos de crisis o desequilibrio.

**INDUCCION:** La inadvertida convivencia del terapeuta con las estructuras de interacción y las reglas de comunicación del sistema familiar. La inducción es una acomodación inadvertida a las pautas de la familia, es frecuente en las fases iniciales de terapia.

**INFORMACION:** Es el término que se utiliza en teoría general de sistemas para designar las señales, verbales y no verbales, que un sistema, o sus subsistemas, emplean para comunicar a los participantes cuánto se adecúan a las metas y los propósitos establecidos del grupo familiar, y cuánto se apartan de estos. La transmisión de esa información es vital para que el grupo familiar pueda responder de manera adaptativa y sana a las cambiantes exigencias de su ambiente.

**JERARQUIA:** En su acepción dentro de la teoría general de sistemas, designa una regla de ordenamiento que subordina elementos de un sistema a otros elementos. Todos los sistemas vivos se organizan en ordenamientos jerárquicos a fin de promover la diferenciación de partes del sistema y la complejidad creciente del todo. El ordenamiento jerárquico hace que cada elemento pueda ser simultáneamente un todo abarcador de partes subordinadas y una parte de un todo supraordinado.

**LIMITES:** Los límites o fronteras internos son reconocibles por las diferentes reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.

**METACOMUNICACION:**

Es comunicación sobre la comunicación.

**METAFORA:** Traslación del sentido recto de una palabra a otro figurado. Si bien la metáfora es una "figura del lenguaje", tiene mucho en común con la comunicación analógica; en las dos hay una analogía entre la imagen y lo que se trata de expresar.

**NEGENTROPIA:** Se refiere en términos generales al grado de orden u organización de un sistema cerrado.

#### **PACIENTE**

**IDENTIFICADO:** Aquel miembro de la familia cuya conducta se rotula problemática. Aplicar ese rótulo a un individuo puede llevar a clasificar de manera incorrecta a la familia entera, por ejemplo si se habla de "familias esquizofrénicas" o de "familias drogadictas".

**PARADIGMA:** S. Kuhn (1962) empleó el término para describir fenómenos que consideraba específicos en el desarrollo de la ciencia. Definió los paradigmas como "logros científicos" reconocidos universalmente, que durante un tiempo proporcionan problemas y soluciones modelo a una comunidad de profesionales.

**REENCUADRE:** Consiste en una estrategia terapéutica que produce una alteración en el modelo interno del mundo (mapa) que tiene el paciente o la familia. Este "encuadre" dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento. En este sentido, es comparable a las reglas de un juego o un código que permite reunir información y crear configuraciones de un significado a partir de los sucesos fenomenales. Cuando el cambio es eficaz, es previsible un cambio en la conducta.

**REGLA:** Una configuración persistente, en interacciones familiares, puede adquirir el estatuto de una regla. Hay reglas que se proclaman y se siguen intencionalmente, por ejemplo si una familia se presenta a sí misma "muy unida y sin querellas". Pero las reglas más importantes suelen pasar inadvertidas a la familia, y consisten en las conductas repetitivas que constituyen las rutinas de su vida cotidiana. Esas conductas están gobernadas por reglas, puesto que toda desviación de la rutina lleva a advertir que ha ocurrido algo nuevo.

**ROLES:** Se refieren a la totalidad de expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a la posición y conducta de un individuo en el grupo. En consecuencia, un rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados.

**SINTOMA:** Dentro de la perspectiva de la terapia familiar se considera que los síntomas ya sean físicos o psicológicos o de conducta tiene un

significado y una función individual o familiar. Cuanto más cumple un síntoma una función familiar, tanto mayor es la probabilidad de que, en una estructura estática la desaparición o modificación de los síntomas de uno de los miembros de la familia de origen a la formación de síntomas en otros miembros. La teoría psicodinámica y la teoría de sistemas sostienen que un síntoma indica círculos más amplios de patología, pero el punto de vista familiar entiende que el síntoma se puede constituir en foco de intervención así como de tratamiento del contexto interpersonal en que está inserto.

**SISTEMA:** Un sistema es un conjunto de unidades, organizadas ellas mismas en un todo interdependiente, que en su condición de fenómeno vivo es diferente y es más que una simple sumación de las partes. Un sistema tiene capacidad de duración en el tiempo, por más que elementos del sistema, y el sistema mismo, experimenten períodos de transformación, según los imponen presiones en el sentido del cambio, provenientes de dentro y de fuera del sistema.

**SUBSISTEMA:** Es un elemento del sistema total. Puede incluir a una sola persona o a varias unidas por criterios compartidos de pertenencia, como edad, sexo, objetivos comunes. Estos subsistemas existen en un estado de intercambio dinámico con subsistemas contiguos. Se organizan en torno de la ejecución de funciones que son decisivas para su propio bienestar y el del sistema total.

**TRIANGULACION:** Se refiere a la expansión de una relación diádica agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (hijo, terapeuta, etc.), lo cual da por resultado el "encubrimiento" o la "desactivación" del conflicto.



**NO  
EXISTE  
PAGINA**

## BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. W.**, "Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares" (Psicodinamismos de la Vida Familiar), Ed. Horme, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- Andolfi, M.**, "Terapia Familiar", Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1990.
- Bateson, G.**, "Espíritu y Naturaleza", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1990.
- Bateson, G.**, "Pasos Hacia una Ecología de la Mente" (Una Aproximación Revolucionaria a la Autocomprensión del Hombre), Ed. Planeta, México, D. F., 1992.
- Bertalanffy, V. L.**, "Teoría General de los Sistemas", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1988.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Guía de Orientación a Familiares de Farmacodependientes, Reyes del Olmo, P., Departamento de Tratamiento y Rehabilitación, Oficinas Centrales.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Guía para la Presentación de Material Clínico de Psicoterapia, Tubert Oklander, J. y Zepeda, G. R., Investigaciones Psicoterapéuticas y Sociales, S. C., México, D. F., 1991.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Conclusiones de la Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos de la Farmacodependencia en la República Mexicana, Sánchez, H. R. y Ortiz, M. R., México, D. F., 1983 y su actualización 1991.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Investigación Documental Sobre Estudios Epidemiológicos de la Farmacodependencia en Países del Primer Mundo, 1989 y su actualización 1991.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, La Importancia de los Geneogramas en el Diagnóstico Familiar, Franco B. R., Departamento de Tratamiento y Rehabilitación, México, D. F., 1992.
- Centros de Integración Juvenil A. C.**, "Manual de Capacitación Para el Voluntariado", México, D. F.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Mecanograma Interno, Cisneros y Monroy, México, D. F., 1986.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, Mecanograma Interno, "Metodología y Casos Clínicos en Psicoterapia Familiar con Adictos a las Drogas", Cisneros, S., México, D. F.
- Centros de Integración Juvenil, A. C.**, "Modalidades Terapéuticas", León, L., Galindo, C. y otros, Mecanograma Interno, Departamento de Tratamiento y Rehabilitación, México, D. F., 1992.

**Centros de Integración Juvenil, A. C., Psicoterapia Breve Familiar vs. Orientación a Familiares de Farmacodependientes**, Franco, B. R., Seminario Clínico de C. L. y U. I., México, D. F., 1993.

**Centros de Integración Juvenil, A. C., "Una Respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia"**, México, D.F., 1985.

**Centros de Integración Juvenil, A. C., "La Terapia Familiar en las Instituciones de Salud Mental: Experiencias en el Trabajo Teórico-Clinico"**, Simposium Guadalajara, Jalisco, 1992.

**Coplamar, "Necesidades Esenciales en México. Salud, Situación Actual y Perspectivas al Año 2000"**. Tomo 4, Ed. Siglo XXI, México, D. F., 1992.

**Dulanto, G. E., "La Familia, Medio Propiciador e Inhibidor del Desarrollo Humano"**, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1975.

**Durkheim, E., "Las Reglas del Método Sociológico"**, Ed. Quinto Sol, México, D. F., sin fecha.

**Estrada Inda, L., "El Ciclo Vital de la Familia"** Ed. Posada, México, D. F., 1991.

**Fernández, V., "Psicoterapia Estratégica" (Procedimientos)**, Ed. Somos, Universidad Autónoma de Puebla, 1984.

**Fish, R. Weakland, J. H. y Segal, L., "La Táctica del Cambio" (Cómo Abreviar la Terapia)**, Ed. Heder, Barcelona, España, 1984.

**Fritz, B. S., Helm, S. y Lyman, C. W., "Vocabulario de Terapia Familiar"**, Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1988.

**Haley, J. y Hoffman, L., "Técnicas de Terapia Familiar"** Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1976.

**Haley, J., "Terapia no Convencional" (Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson)**, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1989.

**Haley, J., "Terapia para Resolver Problemas" (Nuevas Estrategias para una Terapia Familiar Eficaz)**, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1990.

**Hoffman, L., "Fundamentos de Terapia Familiar" (Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas)**, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1987.

**Hudson, W. O. y Weiner-Davis, M., "En Busca de Soluciones" (Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia)**, Ed. Paidós, Barcelona España, 1990.

**IFAC, "La Dinámica y Psicoterapia de la Familia"**, Simposium México, D. F., 1981.

**Instituto Mexicano de Psiquiatría, "IX Reporte de Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información de Drogas"**, 1990.

**Instituto Mexicano de Psiquiatría y Dirección General de Epidemiología, "Encuesta Nacional de Adicciones", 1988.**

**I.N.E.G.I., "XI Censo de Población y Vivienda", Resumen General 1990,**

**Keeney, B. y Ross, J., "Construcción de Terapias Familiares Sistémicas" (Espíritu en la Terapia), Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1987.**

**Keeney, B. y Silverstein, O. "La Voz Terapéutica de Olga Silverstein", Ed. Paidós, México, D. F., 1988.**

**Laurie, P., "Las Drogas" (Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales), Ed. Alianza, Madrid, España, 1981.**

**Laing, R. D., "Cordura, Locura y familia", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1967.**

**Madanes, C., "Terapia Familiar Estratégica", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1989.**

**Minuchin, S. y Fishman, H., "Técnicas de Terapia Familiar", Ed. Paidós, Barcelona, España, 1990.**

**Minuchin, S., "Familia y Terapia Familiar", Ed. Gedisa, México, D. F., 1985.**

**Organización Mundial de la Salud, (OMS), "Informe Técnico", No. 526, México, D. F., 1973.**

**Papp, P., "El Proceso de Cambio", Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina, 1983.**

**Pittman III, F., "Momentos Decisivos" (Tratamiento de Familias en Situación de Crisis", Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1990.**

**Rossmann, B. y Fishman. "El Cambio familiar" (Desarrollo de Modelos), Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1990.**

**Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Encuesta Nacional de Adicción a las Drogas, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Dirección General de Epidemiología, México, D. F., 1990.**

**Selvini, P. M., Cirillo, S. y otros, "Los Juegos Psicóticos en la Familia", Ed. Paidós, Barcelona, España, 1990.**

**Selvini, P. M., Boscolo, L. y otros, "Paradoja y Contraparadoja", Ed. A. C. E., Buenos Aires, Argentina, 1982.**

**Serie Técnica, Volumen 2, "Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente", (Perfil Familia), Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., 1985.**

**Serie Técnica, Volumen 3, "Experiencias de Trabajos con la Familia del Farmacodependiente", (Perfil Familia), Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., 1989.**

**Serie Técnica, Volumen 4, "La Farmacoddependencia y su Prevención Dentro de la Comunidad", (Perfil Comunidad), Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., 1986.**

**Serie Técnica, Volumen 5, "Investigación Documental de Estudios Epidemiológicos Sobre Farmacoddependencia en la Ciudad de México", Aportaciones Teóricas y Prácticas para el Conocimiento de la Farmacoddependencia, Sánchez, H. R. y Ortíz, M. R., Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., 1985.**

**Stanton, M. D. y Todd, T., "Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas", Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1988.**

**Stanton, M. D. y Todd, T., "Terapia Familiar Estructural con Adictos a las Drogas", Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1986.**

**Stanton, M. D., "Una Reseña de los Abordajes Comprensivo Estratégicos de la Terapia Familiar. II: Técnicas de Tratamiento Específicas The Handbook of Family Therapy, New York, Brunner and Mazel, 1986.**

**Umbarger, C., "Terapia Familiar Estructural", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1983.**

**Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R., "Cambio" (Formación y Solución de Problemas Humanos), Ed. Herder, Barcelona, España, 1986.**

**Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jackson, D. D. "Teoría de la Comunicación Humana" (Interacciones, Patologías y Paradojas), Ed. Herder, Barcelona, España, 1989.**

# ANEXOS

ANEXO 1

RESEÑA HISTORICA DE LA TERAPIA FAMILIAR

| FREUD   | SULLIVAN  | N. ACKERMAN  | BATESON   |
|---|---|--|---|
| <p>Formación del aparato mental.</p> <p style="text-align: center;">YO<br/>ELLO<br/>SUPERYO</p> <p>Represión</p> <p>Sexualidad</p> <p>Etapas:<br/>Oral<br/>Anal      Complejo de<br/>Fálica      Edipo<br/>Genital</p> <p>Relación internalizada de los padres y el hijo/a.</p> <p>Relación<br/>Terapia intrapsíquica<br/>Viena (1900).</p> | <p>Estudia la relación yo - yo.</p> <p>Enfasis en la relación; el cambio estaba entre el paciente y el terapeuta.</p> <p>Terapia individual.</p> <p>Relación cara a cara.</p> <p>Inglaterra (1930).</p> | <p>Desde lo intrapsíquico plantea que hay situaciones que tienen más peso desde lo social y desde ahí la familia es un espacio macrosocial.</p> <p>Surge el concepto de "chivo expiatorio", el miembro de la familia es sacrificado para expiar culpas de los demás.</p> <p>Instituto Ackerman de Nueva York (1945).</p> | <p>Trabaja con pacientes esquizofrénicos e investiga su relación con sus padres.</p> <p>El marco teórico principal es la Teoría de la Comunicación. El resultado es el concepto de "Doble Vínculo".</p> <p>Fundamentación y aplicación de la Teoría General de los Sistemas a problemas de salud mental.</p> <p>Palo Alto, California (1952).</p> |

ANEXO 1

RESEÑA HISTORICA DE LA TERAPIA FAMILIAR

| JACKSON, HALEY, WEAKLAND   | M. BOWEN  | HALEY  | C. WITHAKER   |
|--|---|--|---|
| <p>Aplicación de la Teoría del Doble Vínculo a la práctica clínica, propiamente la Psicoterapia Familiar en términos relacionales.</p> <p>Jackson postula su concepto de "Homeostasis Familiar"</p> <p>Terapia Interpersonal.</p> <p>Instituto de Investigaciones Mentales (1955).</p> | <p>Al trabajar con pacientes esquizofrénicos, postula que para que exista un esquizofrénico, deben existir cuando menos tres generaciones.</p> <p>"Teoría Trigeneracional".</p> <p>Habla de la familia como una "masa yoica indiferenciada", por lo que su técnica apunta hacia promover la diferenciación del self (sí mismo).</p> <p>Trabaja hospitalizando a familias enteras.<br/>Washinton (1955).</p> | <p>Plantea la Terapia Estratégica. Basada en las pautas de la comunicación entre los familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación Digital.</li> <li>- Comunicación Analógica.</li> </ul> <p>Trata de adoptar las técnicas convencionales de Milton Erickson.</p> <p>(1960).</p> | <p>Se basa en la Teoría de la Expansión Experiencial.</p> <p>Su línea es analítica al retomar el pasado de la familia.</p> <p>Hace Terapia Familiar a largo plazo y trabaja con coterapeuta.</p> <p>Atlanta (1965).</p> |



ANEXO 1

RESEÑA HISTORICA DE LA TERAPIA FAMILIAR

| LAING   | MINUCHIN   | ESCUELA DE MILAN  | B. KEENEY, O. SILVERSTEIN  |
|---|--|---|--|
| <p>Retoma la Teoría del Doble Vínculo. Desarrolla la Teoría Interpersonal, plantea que existen mecanismos de defensa que son transpersonales.</p> <p>Menciona que el aparato mental debería estar compuesto por tres instancias (yo, ello y superyo) y además por un "tú".</p> <p>Enfatiza el aspecto relacional.</p> <p>Inglaterra (1968).</p> | <p>Al trabajar con familias marginadas, principalmente emigrantes, desarrolla su Terapia Estructural.</p> <p>Se basa en la importancia de la estructura.</p> <p>Enfatiza las técnicas de desafío.</p> <p>Instituto de la Familia en Fidadelfia (1969).</p> | <p>ESCUELA DE ROMA</p> <p>Da importancia al proceso individuación/separación.</p> <p>Retoma elementos clínicos de manera ecléctica, teniendo una visión sistémica.</p> <p>Conecta el contenido alrededor del síntoma.</p> | <p>Utilizan el concepto de constructivismo.</p> <p>"La realidad no existe, la construimos".</p> <p>Reconstruyen la historia familiar.</p> <p>Surge el Modelo Narrativo.</p> <p>Modelo de Comunicación Múltiple, 2a. Cibemética.</p> <p>Instituto Ackerman Nueva York (1980).</p> |

**MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR**

MODELOS DEL SISTEMA DE CLASIFICACION DE HEIDELBERG

MODELO DEL ENCUENTRO  
MODELO SISTÉMICO  
MODELO ESTRUCTURAL

MODELOS DE LA TEORÍA DEL EQUILIBRIO GEODINÁMICO DE STANTON

CATEGORÍA DE DIVERSIÓN  
  
CATEGORÍA DE COMPRENSIÓN

MODELO ESTRUCTURAL  
MODELO CENTRADO EN LOS PROBLEMAS  
MODELO CONDUCTISTA  
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

TECNICAS PARADIGMATICAS  
TERAPIA IMPLORATIVA  
TERAPIA PROLOCUTIVA  
TERAPIA DE RELEGITIMACION

MODELOS DEL HANDBOOK OF FAMILY THERAPY DE GURMAN Y JOHNSON

IMPORTANCIA A LA INCLUSIÓN  
  
IMPORTANCIA AL CONTROL:  
  
IMPORTANCIA A LA INTIMIDAD:

ENFOQUES QUE LO RETOMAN

ENFOQUE CONTEXTUAL  
ENFOQUE ESTRUCTURAL  
ENFOQUE FUNCIONAL

ENFOQUES QUE LO RETOMAN

ENFOQUE ESTRATÉGICO  
ENFOQUE INTERACCIONAL  
ENFOQUE CENTRADO EN LOS PROBLEMAS  
ENFOQUE CONDUCTISTA

ENFOQUES QUE LO RETOMAN

ENFOQUE SISTEMICO ABIERTO - ANALITICO  
ENFOQUE CONTRATO DE PAREJAS  
ENFOQUE FAMILIA DE ORDEN  
ENFOQUE SIMBOLICO-EXPERENCIAL  
ENFOQUE INTEGRATIVO

ANEXO 3

ENFOQUE ESTRUCTURAL

| I. CUESTIONAMIENTO DEL SINTOMA   | II. CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR   | III. CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR  |
|--|---|---|
| <p><b>1) ESCENIFICACION</b></p> <p>1er. momento: observar escenas espontáneas.</p> <p>2º momento: pedir que hagan allí lo que vienen haciendo.</p> <p>3º momento: pedir que hagan cosas nuevas, dirija nuevas interacciones.</p> <p><b>2) ENFOQUE</b></p> <p>A) Repetición de mensajes.</p> <p>B) Repetición de interacciones isomórficas.</p> <p>C) Cambio de estencia.</p> <p>D) Cambio de tempo.</p> <p>E) Resistencia a la presión familiar.</p> <p><b>3) INTENSIDAD</b></p> | <p><b>1) FIJACION DE FRONTERAS</b></p> <p>A) Distancia psicológica.</p> <p>B) Duración de la interacción.</p> <p><b>2) DESEQUILIBRAMIENTO</b></p> <p>A) Alcance con los miembros de la familia.</p> <p>B) Alcance alterna.</p> <p>C) Ignorar a miembros.</p> <p>D) Coalición contra miembros de la familia.</p> <p><b>3) COMPLEMENTARIEDAD</b></p> <p>A) Cuestionamiento del problema (sumar la explotación del problema).</p> <p>B) Cuestionamiento del control lineal.</p> <p>C) Cuestionamiento del modo de registrar sucesos.</p> | <p><b>1) CONSTRUCCIONES COGNITIVAS</b></p> <p>A) Símbolos universales.</p> <p>B) Verdades familiares.</p> <p>C) Consejo especializado.</p> <p><b>2) PARADOJAS</b></p> <p>A) Redefinición.</p> <p>B) Prescripción.</p> <p>C) Restricción.</p> <p><b>3) LADOS FUERTES</b></p> |

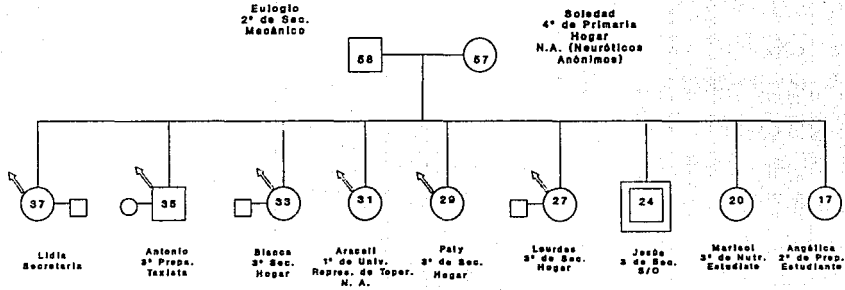
## ANEXO 4

## DIAGNOSTICO FAMILIAR

## FICHA DE IDENTIFICACION

| NOMBRE   | EDAD | SEXO | EDO. CIVIL | ESCOLARIDAD     | OCUPACION  | PARENTESCO |
|----------|------|------|------------|-----------------|------------|------------|
| EULOGIO  | 58   | M    | CASADO     | 2° Secundaria   | Mecánico   | Padre      |
| SOLEDAD  | 57   | F    | CASADA     | 4° Primaria     | Hogar      | Madre      |
| LIDIA    | 37   | F    | CASADA     | Secretaria      | Hogar      | Hermana    |
| ANTONIO  | 35   | M    | CASADO     | 3° Preparatoria | Taxista    | Hermano    |
| BLANCA   | 33   | F    | CASADA     | 3° Secundaria   | Hogar      | Hermana    |
| ARACELI  | 31   | F    | CASADA     | 1° Universidad  | Hogar      | Hermana    |
| PATRICIA | 29   | F    | CASADA     | 3° Secundaria   | Hogar      | Hermana    |
| LOURDES  | 27   | F    | CASADA     | 3° Secundaria   | Hogar      | Hermana    |
| MARISOL  | 20   | F    | CASADA     | 3° Nutrición    | Hogar      | Hermana    |
| ANGELICA | 17   | F    | SOLTERA    | 2° Preparatoria | Estudiante | Hermana    |

# FAMILIOGRAMA



SIMBOLOGIA

|     |                       |           |                       |
|-----|-----------------------|-----------|-----------------------|
| S   | SISTEMA               | —————     | LIMITES RIGIDOS       |
| Sa  | SUBSISTEMA            | - - - - - | LIMITES CLAROS        |
| Es  | ESPOSO                | • • • • • | LIMITES DIFUSOS       |
| Ea  | ESPOSA                | ====      | ALIANZA               |
| P   | PADRE                 | ====      | SOBRE INVOLUCRACION   |
| M   | MADRE                 | } }       | COALICION             |
| Hno | HERMANO               | — — —     | CONFLICTO             |
| Hna | HERMANA               | □         | PACIENTE IDENTIFICADO |
| P I | PACIENTE IDENTIFICADO | ○         | MUJER                 |
| Hp  | HUJO (A) PARENTAL     | □         | HOMBRE                |

MAPEO

MAPA ESTRUCTURAL

