

250383



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS IZTACALA

“ UNA PROPUESTA DE TERAPIA  
FAMILIAR PARA APLICAR EN EL  
CENTRO DE ATENCION PSICOPEDA-  
GOGICA DE EDUCACION PREESCOLAR  
“ MIGUEL HIDALGO “

PO 1483/97

E.2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

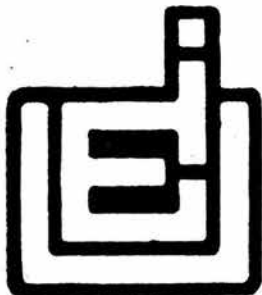
MARIA ELENA GRIMALDO GONZALEZ

ASESORAS:

Lic. en Psicología CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

Mtra. en Psicología MARIA ANTONIETA DORANTES GOMEZ

Lic. en Psicología CECILIA GUZMAN RODRIGUEZ



LOS REYES IZTACALA

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, EN ESPECIAL A  
LA E.N.E.P. IZTACALA Y A LOS PROFESORES QUE PARTICIPARON EN  
MI FORMACION PROFESIONAL.

A MIS PADRES QUE ME HAN DADO  
MUCHO MAS QUE LA VIDA:

JULIO GRIMALDO VEGA Y  
CONCEPCION GONZALEZ DE G.

A MIS HIJOS QUE CON SU AMOR  
ME MOTIVAN A SUPERARME:

JESSICA Y RENE ALTUZAR  
GRIMALDO

A MIS HERMANDOS, CUÑADOS Y SOBRINOS, CON QUIENES COMPARTO UN  
APOYO FAMILIAR, DEMOSTRACION DE AMOR. ESPECIALMENTE A  
CONY, CLAUDIA Y CUCU, YA QUE SIN SU COLABORACION, ESTE  
TRABAJO NO HUBIERA SIDO POSIBLE. A CLAUDIA LE AGRADEZCO EL  
ESPECIAL INTERES QUE PUSO AL DEDICARME SU VALIOSO TIEMPO,  
DEMOSTRAR PACIENCIA Y COMPARTIR EXPERIENCIAS QUE MEJORARON  
LA CALIDAD DE MI TRABAJO.

A MIS ASESORAS: SUSANA, TOÑITA Y CECILIA, POR SU  
DESINTERESADO APOYO A MI TRABAJO. EN ESPECIAL A SUSY POR  
SU PACIENCIA E IMPULSO EN LAS DIFICULTADES QUE TUVE QUE  
ENFRENTAR PARA CULMINARLO.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA APOYARON MI  
INTERES POR LOGRAR ESTE OBJETIVO, MANTUVIERON FIRME MI  
PROPOSITO Y ME ALENTARON A NO ABANDONARLO, ENTRE QUIENES SE  
ENCUENTRAN MIS AMIGAS: MA. LUISA ARGUELLES C.

MA. MERCEDES MARTINEZ S.

B. MARGARITA PEREZ M.

SILVIA MEJIA ELIAS.

## INDICE

### RESUMEN

Pág.

INTRODUCCION.....1

### CAPITULO I

#### PANORAMA DEL CENTRO DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA

"MIGUEL HIDALGO".....14

### CAPITULO II

MARCO TEORICO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA.....49

1.- La Teoría General de los Sistemas.....52

2.- La Terapia Familiar Sistémica.....73

2.1 Modelos de Terapia Familiar Sistémica.....77

a).- Modelo Estructural.....78

b).- Modelo Comunicacional.....82

c).- Terapia Breve Enfocada a las Soluciones.....89

d).- Terapia Breve Enfocada a los Problemas.....96

### CAPITULO III

#### PROPUESTA DE TERAPIA FAMILIAR BREVE PARA EL C.A.P.E.P.

"MIGUEL HIDALGO".....119

1.- Encuadre e Introducción al Modelo de Tratamiento....124

2.- Cuestionamiento y Definición del Problema.....126

3.- Estimación de las Conductas que Mantienen el Problema.....	127
4.- Establecimiento de las Metas de Tratamiento.....	128
5.- Selección y Diseño de las Intervenciones.....	129
6.- Terminación del Tratamiento.....	147

**CAPITULO IV**

<b>VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR BREVE PROPUESTO PARA EL C.A.P.E.P. "MIGUEL HIDALGO" Y CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>150</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>173</b>

## RESUMEN

En el presente trabajo se describe el funcionamiento del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar "Miguel Hidalgo", que proporciona atención a los menores inscritos en los Jardines de Niños oficiales. Los servicios que el Centro ofrece en el área de Psicología son estudios de diagnóstico, ciclo de orientación a padres, psicoterapia de juego y taller dinámico de orientación a padres. Un análisis los tratamientos psicológicos y de las características de la población que los recibe, nos permite percatarnos de la necesidad que existe por proporcionar un servicio que aborde los problemas de la familia como grupo, ya que hasta ahora los tratamientos giran alrededor del desarrollo individual del preescolar o de los padres de familia, y se ha dejado de lado la perspectiva familiar, olvidando su fundamental implicación en el proceso de desarrollo de los individuos.

Un modelo de terapia familiar, cuyas bases se encuentran en la Teoría General de los Sistemas, es propuesto para aplicarse en el C.A.P.E.P. "Miguel Hidalgo". Este tratamiento tiene las ventajas de: permitir la intervención terapéutica sea cual sea el problema que presente el menor preescolar (aún cuando éste no presente severos problemas, pero sí manifieste de alguna manera alteraciones en la dinámica y estructura familiar), es factible de aplicarse con toda la familia o partes o subsistemas de ella, trabaja directamente con el síntoma y su relación en la trama familiar y es de breve aplicación, por lo cual se considera adecuado para la población y la institución a las que se dirige.



## INTRODUCCION

A lo largo de la historia, el grupo social que ha tenido un papel muy importante en el desarrollo del hombre ha sido la familia. Al vivir en sociedad y/o formar grupos sociales, el hombre va encontrando la forma de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales que le permiten el desarrollo de sus capacidades y una plena realización y participación dentro de ella.

Por familia se entiende "el núcleo fundamental y primario para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente, deben encontrar plena respuesta a sus carencias como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo" (44). Una manera muy acertada de conceptualizar a la familia es determinar sus características, ya que ésta la diferencia de otros grupos sociales :

- a) la familia es una unidad fundamental de la sociedad;
- b) sus miembros se encuentran unidos por lazos de parentesco, así como en los aspectos social, legal y consanguíneo;

c) la define la existencia de miembros de, por lo menos, dos generaciones distintas : padres e hijos.

Recientemente hay una gran preocupación social por mantener unida a la familia y apoyarla en varios aspectos: el legal, el médico, el escolar, etc. Hay una gran inquietud por parte de padres, profesionistas de diferentes áreas, etc. por comprender el malestar manifiesto de la juventud, el aumento de divorcios, la delincuencia juvenil, la drogadicción, el abandono escolar, etc. Es innegable que las familias se encuentran en crisis, ya que una amplia gama de problemas sociales surgen o recaen en la familia.

Debido a esto han surgido una serie de estudios y tratamientos dirigidos a la familia, ya que si ésta no cumple con sus funciones se convierte en el principal agente motivador de conductas antisociales. Esto nos lleva a entender a la familia como unidad funcional, como sistema intermediario entre la sociedad y el individuo interactuante entre ambos sistemas, lo cual significa un enfoque o modelo conceptual complementario para la mejor comprensión de los problemas del ser humano.

En este sentido podríamos decir que el enfoque familiar puede ser aplicado en todos los problemas de salud mental para lograr una comprensión más amplia y completa, tanto del problema como de los recursos y las posibilidades

de abordaje o apoyo que podrían utilizarse para el manejo, aún individual, de cualquier caso.

Por otra parte, la familia puede ser, en sí misma, la unidad de estudio y de investigación que permita la evaluación adecuada de su funcionalidad o disfuncionalidad y, consecuentemente, la conveniencia o posibilidad de ser considerada a sí misma, la unidad de intervención (33). Sin embargo, tomar este criterio para evaluar las posibilidades de intervención familiar requiere también una apreciación de la actual familia mexicana.

La familia mexicana en particular ha mostrado una serie de cambios en su estructura, cambios que se han venido acentuando a lo largo del presente siglo. Según Iturriaga (23) el estallido de la revolución fue el origen de un fuerte debilitamiento de los lazos familiares. Este autor señala las causas que han provocado el debilitamiento de los lazos familiares en la familia actual :

-- núcleos importantes de la población rural siguen emigrando a los centros urbanos del país o al extranjero;

-- el crecimiento de las ciudades (que, entre otras cosas, ejerce una acción liberadora de muchas de las restricciones impuestas a la conducta individual por las comunidades pequeñas);

-- la creciente incorporación de la mujer a la población económicamente activa;

-- la pobreza existente en un sector muy considerable de familias;

-- la constante crisis socioeconómica que se ha vivido en las últimas décadas;

-- la imitación nacida de nuestra vecindad con Estados Unidos.

Desde luego que todas y cada una de estas causas tienen diversos impactos en los diferentes modelos de familias mexicanas, de ahí que las familias muestren una diversidad de problemas. En los últimos años la sociología moderna se ha dedicado a explorar un tema principal que es la creciente falta de cohesión en la familia. Esta falta de cohesión en la familia es consecuencia de las causas ya mencionadas y se refleja en los siguientes indicadores:

-- composición numérica de la familia que se ha distinguido por ser pequeña (lo cual no demuestra precisamente solidez, sino ausencia de cohesión);

-- las crecientes cifras sobre la delincuencia y drogadicción juvenil e infantil;

-- la proporción apreciable de uniones libres;

-- y la cada vez más frecuente práctica del divorcio.

Aunque una importante característica de la población mexicana es que existen diferentes modelos de familias, se ha observado (como consecuencia de los problemas ya mencionados) la incapacidad de la familia para funcionar adecuadamente en todos los aspectos. Se ha observado a la familia mexicana funcionar de una manera ineficaz en el aspecto emocional, pero, con todo y sus fallas, para muchos investigadores la familia es una institución que siempre tendrá que sobrevivir, porque es el núcleo central de la organización social (9).

Una posible causa de la sobrevivencia de la institución familiar es, seguramente, el reconocimiento franco de que la función básica de la familia consiste, actualmente, en satisfacer las necesidades psicológicas de los individuos que contraen la relación matrimonial. Esto es porque las condiciones de la sociedad moderna aumentan el carácter compulsivo de las necesidades psicológicas de lo que puede satisfacer el matrimonio. Asimismo, la sociedad enfrenta a los cónyuges insatisfechos a buscar y encontrar mejores condiciones para poner remedio a su situación. Por lo cual es común considerar que el matrimonio que no satisface las necesidades de los

cónyuges, no resulta operativo ni funcional, por lo tanto, actualmente existen muy pocas razones para insistir en su continuidad (32).

Sin embargo, estos cambios mencionados no son únicos del sistema familiar, tal vez la característica más notable de nuestro tiempo es el cambio, la transformación constante que ahora se percibe más acelerada. Algunos investigadores se cuestionan si los cambios en la familia obedecen a la evolución constante de la sociedad o se trata de una verdadera ruptura de las ligas que dan cohesión a la familia (17).

Considerando que ambos aspectos se conjugan en los cambios observados en la familia, se adoptan también cambios en la conceptualización, investigación y tratamiento de la familia, que ahora es considerada como un sistema.

El concepto de sistema se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional, se considera que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío. Ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia.

La familia es el sistema primario y, salvo raras excepciones, más poderoso al que pertenece una persona. Dentro de este marco la familia está compuesta por toda la red de familiares de, al menos, tres generaciones tal como existe en la actualidad y como ha evolucionado a través del tiempo.

Una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. Los esfuerzos de adaptación por parte de los miembros del sistema se reflejan en muchos niveles del mismo, desde el biológico, el intrapsíquico, hasta el interpersonal, es decir, la familia nuclear y anexa, comunidad, cultura y más allá. Además, las conductas familiares, incluyendo problemas y síntomas, derivan otro significado emocional y normativo en relación con el contexto tanto sociocultural como histórico. Por lo tanto, una perspectiva sistemática requiere la comprensión del problema en la mayor cantidad de niveles posibles (34).

Una alternativa que se ha puesto en marcha, como consecuencia del debilitamiento de los lazos familiares, la falta de cohesión o desintegración familiar, ha sido la intervención de red. La intervención en el nivel de la red social es un enfoque clínico para tratar los dolorosos problemas de una persona o de una familia donde un equipo terapéutico actúa como catalizador y donde amigos,

parientes o vecinos actúan como agente terapéutico (13). Desde luego que esta es una propuesta de varias que han surgido, debido a que las técnicas psicoterapéuticas rígidas se han mostrado inadecuadas para hacer frente a las necesidades de crecimiento del ser humano, las cuales cambian constantemente.

Satir (46) explica que las técnicas modernas de tratamiento psicológico deben tomar en cuenta tres aspectos:

-- el individuo necesita observarse a sí mismo en interacción con otros, incluyendo la parte que él actúa dentro del sistema familiar;

-- el individuo necesita darse cuenta de cómo su conducta y el concepto que tiene de sí mismo están limitados por el sistema en el que vive; y

-- el individuo necesita un refuerzo terapéutico para comunicar este conocimiento a los miembros de su familia, y ayudarlos a experimentar y practicar nuevas conductas en la interacción.

Esta autora sostiene que el adulto actual se apoya en aquella persona que aprendió a ser durante su niñez, ya que la infancia es la época en que se cimentan los fundamentos



de la vida y éstos son establecidos por los adultos que tienen a su cargo el proceso de crianza. De ahí la necesidad de intervención en la familia, ya que este proceso terapéutico repercutirá de manera encadenada en los miembros que acudan a terapia en la modalidad familiar (45).

Tomando el medio escolar como un punto de intervención con niños con problemas (ya sean de conducta, aprendizaje, etc.) es posible tener acceso a ese sistema emocional tan complicado que de alguna manera está manifestando alteraciones en su interior y que, como ya se señaló anteriormente, es el que provee a la sociedad el producto de sus funciones o disfunciones.

Es frecuente encontrar lecturas pedagógicas y psicopedagógicas en las que se resalta la necesidad de orientar, guiar, educar o sensibilizar a los padres acerca de las conductas problemáticas que presentan los pequeños preescolares y escolares. Ejemplo de esto son: "Errores en la crianza de los niños" (4), "Antes de que nazca un niño" (7), "Cuando tu hijo te pregunta" (8), "Mini-siquis" (11) y "Mis malos niños" (43), obras en las que se trata sobre problemas y temas específicos, y en las que se percibe la necesidad de tomar en cuenta a la familia para encontrar soluciones.

Debido a que mi práctica profesional es en un Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, me he percatado de la creciente necesidad que existe por proporcionar un servicio alternativo a los pedagógicos ya existentes, que abarque al sistema familiar. Es cada vez más frecuente encontrar, en la población que se atiende, una desorganización y pobre estructura familiar que se observa en la inadecuada función de los padres de familia, escasa vinculación emocional, inadecuada o nula estimulación de los hijos y bajo rendimiento de éstos en uno o varios aspectos relacionados con su maduración integral, entre otros problemas. El objetivo del presente trabajo es presentar una propuesta de Terapia Familiar Sistémica, como un servicio más para aplicarse en dicho Centro; ésto con el propósito de abatir las problemáticas que interfieren con la adecuada evolución de los casos atendidos en el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar y sobre todo de los casos que, como ya se mencionó, muestran alteración en la dinámica y estructura familiar. El contenido del trabajo es el siguiente : en el capítulo I se describe el funcionamiento del Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar "Miguel Hidalgo"; en el capítulo II se realiza una revisión teórica del Modelo de Terapia Familiar Sistémica que se propone, desde sus orígenes en la Teoría General de los Sistemas, hasta el Modelo de Terapia Familiar Breve; en el capítulo III se describe el modelo

propriadamente dicho, tal como se sugiere aplicar en el Centro mencionado; por último, en el capítulo IV se realiza un análisis del modelo propuesto.

A manera de presentación, que a la vez despierte el interés por la Terapia Familiar Sistémica, proporciono los siguientes datos breves acerca de lo que se podrá encontrar en el contenido del trabajo :

La Terapia Familiar es un movimiento que se ha desarrollado como una extensión del psicoanálisis en la década de 1950, en el intento de encontrar estructuras cognitivas y métodos de terapia más eficaces que el enfoque intrapsíquico en los casos de graves conflictos emocionales, que implican directamente tanto al individuo como al contexto familiar en el que se halla inserto. El movimiento, como tal, está en continua evolución, en busca de un lenguaje "creativo", capaz de acuñar nuevas formulaciones teóricas que den conceptualizaciones más adecuadas, y a un tiempo eficaces, en la intervención clínica del planteamiento relacional (6).

La terapia familiar contemporánea se basa en los conceptos de la Teoría General de los Sistemas, que presenta al hombre y a cualquier otro organismo como parte de una secuencia de sistemas mayores (familia, vecindad, país, etc.) y a la vez, compuesto de otra serie de sistemas

menores (órganos, tejidos , células, etc.). Un sistema, según esta conceptualización, es un compuesto de elementos en estado de interacción, por lo tanto, la familia constituye un sistema (5). La familia humana es un sistema que sigue las leyes dinámicas de los sistemas naturales, los cuales son siempre objeto de estudios específicos e interdisciplinarios que se proponen profundizar en las interacciones.

La terapia familiar concibe al individuo como parte de este sistema y supone que el cambio en la conducta de un solo miembro de la familia necesariamente tendrá como resultado variaciones, no solamente en el papel que éste acostumbra desempeñar dentro de la familia, sino a la vez en las interacciones que él mismo desarrolla con los demás. En otras palabras, en la terapia familiar se considera que cualquier intervención (aún en el caso de que el paciente sea un individuo) es una intervección en el sistema familiar y, por lo tanto, que solamente ocurrirán cambios en el individuo, si el sistema familiar cambia. El resultado lógico de esta teoría es que el terapeuta idealmente ve a la familia en conjunto y que maneja el caso en base con las acciones y relaciones interpersonales que percibe dentro de la sesión terapéutica (19).

El objetivo terapéutico, dentro de esta teoría, es que, a través de la comprensión de las reglas y del modo de

funcionar del sistema en su totalidad, la familia se convierta en una experta, capaz de lograr no sólo el equilibrio en los momentos de crisis aguda, sino también en situaciones similares de tensión que eventualmente se puedan repetir con el paso del tiempo. En este sentido el terapeuta asume una función principal, que es preparar a la familia para pensar en sí misma en términos relacionales y sistémicos, más que para reaccionar en un nivel meramente contradictorio y sensitivo. Y ya que es precisamente la capacidad de pensar la cualidad exclusiva que distingue al hombre de los otros seres vivos, podría no ser tan complicado lograr este objetivo.

## CAPITULO I : PANORAMA DEL CENTRO DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA "MIGUEL HIDALGO"

Antes de presentar la organización actual de lo que es el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar y su funcionamiento, es importante señalar que estos centros tuvieron sus inicios desde hace 32 años. En 1965 se inició un proyecto de atención especializada, dirigida a los preescolares que la requerían, quedando constituido el "Laboratorio de Psicotecnia de Preescolar" con un equipo integrado por profesoras de educación preescolar y psicólogas, en un total de siete personas. En el año de 1968 se cambió el nombre de este servicio quedando como "Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía". Desde sus inicios se fué incrementando el número y la diversidad de especialistas que atendían las necesidades del servicio. De igual forma este servicio se fue abriendo camino en los diversos Estados de la República Mexicana. En 1978 el programa de atención se fortalece con el establecimiento de órganos administrativos y técnicos que norman su funcionamiento y el "Laboratorio" cambia su rubro por el de "Departamento de Psicología y Psicopedagogía".

A partir de ese año se vienen gestando cambios y reajustes internos que, junto con el crecimiento del servicio, promueven la necesidad de formar una nueva

estructura orgánica acorde con las necesidades. Esto genera reajustes, tanto en procedimientos como en instrumentos de trabajo, promoviendo el cambio del personal técnico-normativo y administrativo dentro del núcleo central de los que, desde 1982 se llaman "Centros de Atención Compensatoria de Educación Preescolar" y que en 1983 quedan definidos como "Centros de Atención, Psicopedagógica de Educación Preescolar" (abreviado como "C.A.P.E.P.").

En la actualidad se cuenta con 220 C.A.P.E.P. en la República Mexicana, cuya organización se presentará posterior a su ubicación dentro de la Secretaría de Educación Pública.

La Secretaría de Educación Pública es la dependencia oficial responsable de cumplir y hacer cumplir las disposiciones que en materia educativa emita el Poder Ejecutivo y cuenta con un marco legal en el artículo 3º Constitucional y en la Ley General de Educación. En dichos estatutos se establece que la educación es fundamental para contribuir al desarrollo del individuo y la transformación social para acrecentar y transmitir la cultura y los conocimientos, así como para formar en el hombre el espíritu de solidaridad.

Delimitando el accionar de la S.E.P. se encuentra la Dirección de Educación Preescolar que es la encargada de dar inicio a la formación escolar de la niñez mexicana, proporcionando las bases para una salud física y mental. Para hacer viables estos propósitos se encuentra la Subdirección de Operación de Educación Preescolar que cuenta con dos departamentos :

-- Departamento de Supervisión que se encarga de llevar un control de los servicios que ofrece la Dirección de Educación Preescolar, vigilando que éstos sean los adecuados y que sean llevados a cabo bajo las normas y lineamientos marcados para sus operación.

-- Y el Departamento de Operación del Servicio que está compuesto por tres coordinaciones o zonas en las que se ha dividido el Distrito Federal.

En el último Departamento se encuentran propiamente integrados los Servicios que ofrece la Dirección de Educación Preescolar, los cuales se proporcionan en los Jardines de Niños y en los C.A.P.E.P.

Al mismo nivel que la Subdirección de Operación se encuentra la Subdirección de Apoyo Técnico Complementario, ésta tiene como funciones planear, programar, normar, desarrollar y actualizar los métodos y técnicas pedagógicos



encaminados a elevar la calidad de la educación preescolar, así como la de dirigir acciones concernientes a la atención de los preescolares con alteraciones que impiden su óptimo desarrollo. Con respecto a esta última función la Subdirección de Apoyo Técnico Complementario ha especificado los siguientes objetivos y acciones hacia los C.A.P.E.P. (41).

OBJETIVOS DEL C.A.P.E.P. :

-- Proyectar las acciones psicopedagógicas que faciliten la integración del preescolar a su medio social (escolar y familiar)

-- Advertir en las etapas tempranas del desarrollo las alteraciones que en el futuro pudieran afectar al niño.

-- Detectar, diagnosticar y evaluar al preescolar que presente alteraciones en su desarrollo para canalizarlo y, posteriormente, darle tratamiento en el C.A.P.E.P.

-- Proporcionar atención especializada a los preescolares de los Jardines de Niños del Sistema Oficial que manifiesten alteraciones psicomotoras o de lenguaje, problemas de aprendizaje, de conducta, de privación ambiental y carencias afectivas, fincando así las bases de una personalidad sana, útil a la sociedad.

-- Difundir entre los padres de familia los conocimientos que les permitan manejar adecuadamente las diferentes etapas del desarrollo infantil.

-- Asesorar a las educadoras de los Jardines de Niños oficiales en los aspectos psicopedagógicos necesarios que contribuyan a mejorar la educación integral del preescolar.

#### ACCIONES DEL C.A.P.E.P. :

-- Reforzar permanentemente las relaciones de la Educación Preescolar con la sociedad, para dar respuesta a sus necesidades, orientando adecuadamente su transformación y desarrollo.

-- Establecer y preservar las condiciones que favorezcan el desarrollo armónico de la personalidad del niño.

-- Apoyar continuamente la labor multidisciplinaria del C.A.P.E.P. para garantizar la calidad de la atención integral que recibe el preescolar.

-- Promover la investigación de las características psicopedagógicas del preescolar mexicano con miras a elaborar las hipótesis y teorías congruentes.

-- Capacitar a los recursos humanos indispensables para satisfacer las necesidades localizadas en los C.A.P.E.P.

-- Implementar acciones que eleven el nivel profesional del personal encargado de prevenir, detectar y tratar a los preescolares.

-- Extender y regular la atención especializada a los preescolares en función de las necesidades del país y de los recursos disponibles.

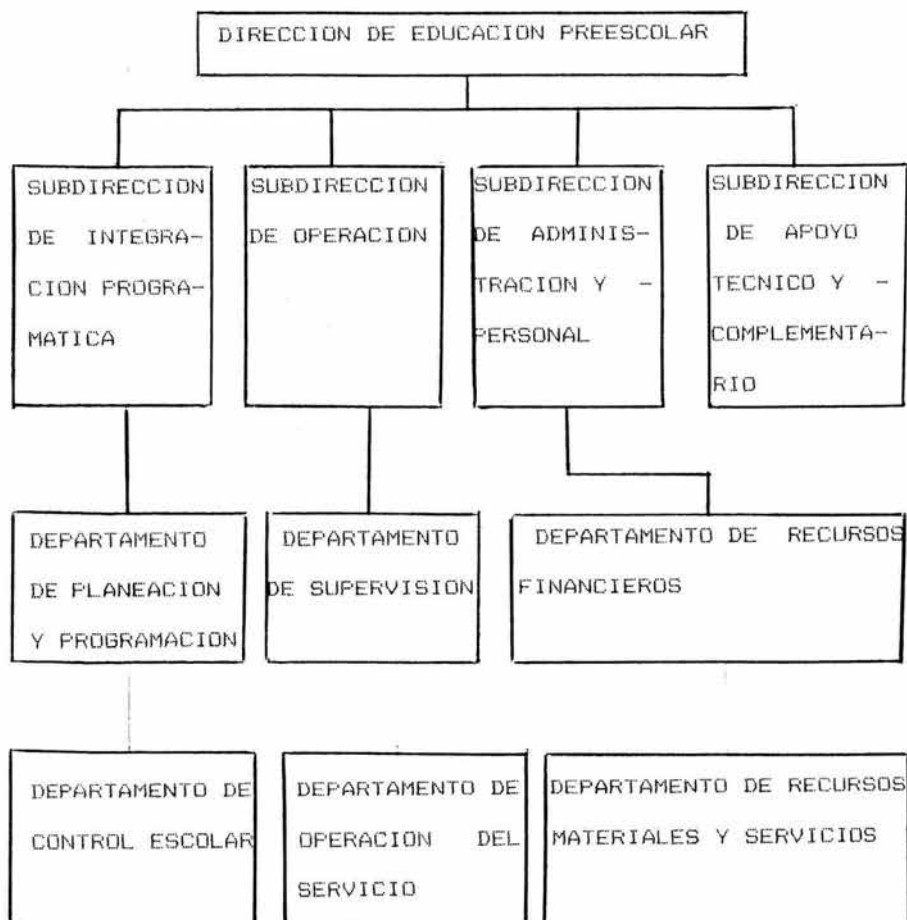
-- Mantener contactos permanentes con las instituciones del sector salud y otras dependencias oficiales y privadas para lograr la atención del preescolar.

-- Colaborar en la coordinación que la Dirección de Educación Preescolar establezca con las autoridades de los Estados en la atención preventiva de los preescolares que la requieran.

EDUCACION PUBLICA

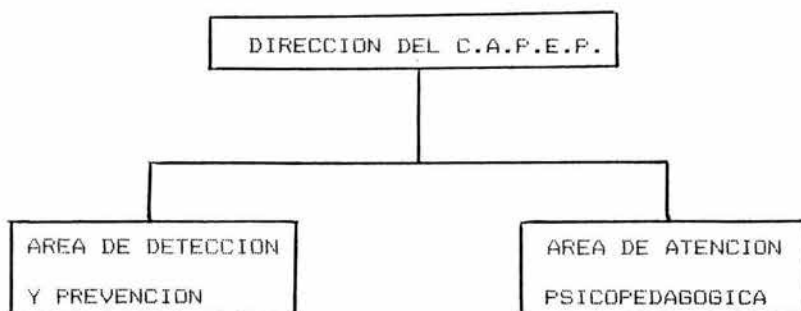
DIRECCION DE EDUCACION PREESCOLAR

ESTRUCTURA DICTAMINADA, S.H.C.P.



## ESTRUCTURA ORGANICA DEL C.A.P.E.P.

Para coordinar las actividades de los diversos especialistas encaminadas a la realización eficaz de los propósitos establecidos por el C.A.P.E.P, se presenta la siguiente organización :



La estructura que se presenta para el C.A.P.E.P. prevee tres órganos básicos :

a) El primero es la Dirección del Centro que desarrolla funciones de planeación, dirección y control de la prestación del servicio, de los Programas de Atención Psicopedagógica y de Detección y Prevención.

b) El segundo es el Área de Detección y Prevención cuyas funciones son las de organizar, coordinar y aplicar las acciones para la detección de alteraciones leves que puedan presentar los preescolares de los Jardines de Niños

oficiales, brindando orientaciones psicopedagógicas a educadoras y padres de familia que participan en el programa.

c) El tercero es el Area de Atención Psicopedagógica cuyas funciones son las de organizar, coordinar y aplicar los estudios psicológicos y psicopedagógicos a efecto de diagnosticar y proporcionar la atención requerida por cada educando.

#### JUSTIFICACION DE LOS SERVICIOS DEL C.A.P.E.P.

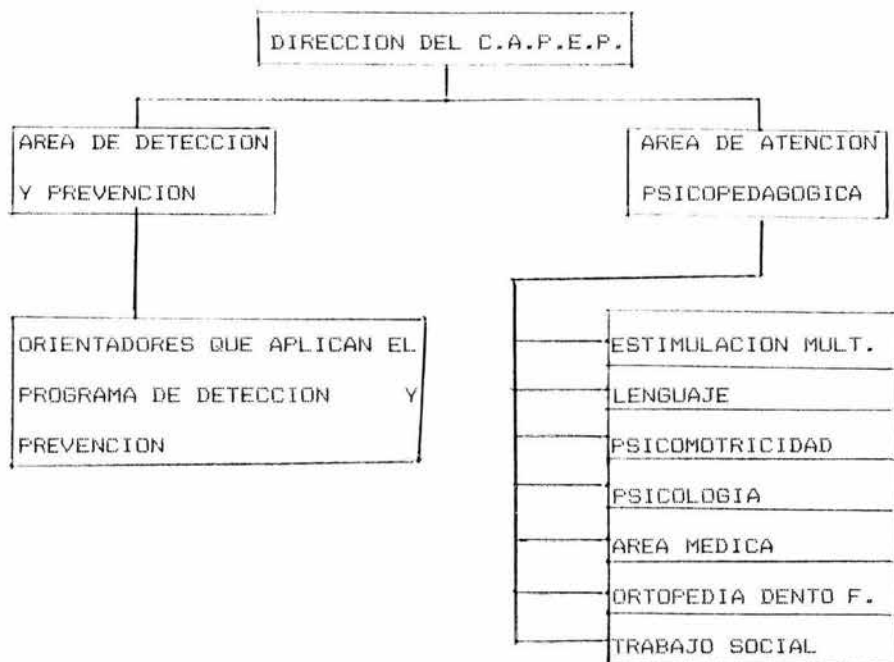
La educación preescolar tiene como finalidad ofrecer una educación de calidad a todos los niños que la demanden, que fortalezca la identidad nacional y los valores culturales desde los primeros años de escolaridad y que estimule sistemáticamente el desarrollo del niño en un contexto pedagógico adecuado a sus características y necesidades.

El ritmo de la evolución de cada niño es diferente, observándose en algunos pequeños dificultades en su adaptación al proceso educativo, por lo que resulta necesario elaborar programas que respondan a las necesidades de los educandos, que por diversas causas muestran signos de inmadurez o alteraciones leves en el

desarrollo susceptibles de ser superadas dentro y fuera del aula.

Los resultados estadísticos en los últimos años indican que el 35% de la población escolar que asiste a los Jardines de Niños Oficiales, manifiesta alteraciones en su desarrollo; consistiendo un 15% aproximadamente de población que requiere de la atención especializada que se proporciona en los C.A.P.E.F., y alrededor del 22% manifiesta alteraciones leves que no requieren ser canalizados a dichos centros, pero sí de un programa de trabajo que apoye a las educadoras, permitiendo que estos niños detectados permanezcan en su grupo recibiendo una atención acorde a sus necesidades.

La atención psicopedagógica tiene como fin promover el desarrollo integral de los educandos de los Jardines de Niños Oficiales que, por diversas causas, muestran signos de inmadurez o alteraciones leves en el desarrollo, que se traducen en problemas de lenguaje, conducta o aprendizaje y lo sitúan en condiciones de desventaja respecto al resto del grupo.



Por lo tanto, la atención psicopedagógica es un programa de apoyo psicológico y pedagógico del Sistema Regular de Educación Preescolar.

A continuación se presenta el funcionamiento de cada uno de los servicios que se ofrecen en el C.A.P.E.P., mencionando el objetivo y los parámetros de aceptación en cada área.



## AREA DE DETECCION Y PREVENCION

El primer contacto que C.A.P.E.P. tiene con los Jardines de Niños es a través del Area de Detección y Prevención, cuyo objetivo consiste en detectar a los preescolares de los terceros grados que manifiesten alteraciones en su desarrollo y brindar orientaciones psicopedagógicas a los padres de familia y educadoras a fin de que estos niños superen la problemática presentada. A partir de un listado de niños con problemas, los orientadores aplican los criterios para canalizar al C.A.P.E.P. a los menores que requieren atención especializada y aplican un programa de "Prevención" a los menores cuya problemática sea susceptible de ser superada dentro de su grupo del Jardín de Niños (24).

Los preescolares que el Area de Detección canaliza al C.A.P.E.P. pueden presentar alguna (s) de las siguientes alteraciones :

- pobre integración del esquema corporal
- dificultad para establecer relaciones temporo-espaciales
- atención dispersa
- fallas en memoria (inmediata y mediata)

-- lenguaje limitado y/o dislalias funcionales

-- conducta motriz insegura e ineficiente

-- comportamiento torpe y dificultad para el manejo correcto de los objetos

-- problemas de conducta

Con una descripción detallada de cada caso particular elaborada por la educadora, los menores ingresan a los servicios de C.A.P.E.P., ya sea para recibir atención o para ser canalizados a otra institución.

#### AREA DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA

Estimulación Múltiple : tiene como objetivo proporcionar atención psicopedagógica graduada e integral a los preescolares que presentan alteraciones generalizadas en su desarrollo, con la finalidad de que superen la problemática que manifiestan y se incorporen al Sistema Educativo Regular con mayores posibilidades de éxito.

Esta área proporciona atención en grupos de 20 niños que asisten en el horario regular de los Jardines de Niños todos los días de la semana y durante el ciclo escolar, al

término del cual, se determina el resultado final del tratamiento.

Los menores que son canalizados a los Grupos de Estimulación Múltiple deben ser preescolares cuya edad cronológica oscile entre los cuatro y seis años de edad, dando preferencia a los de cinco años en adelante. Otra característica es que, con base en el estudio psicométrico, presenten un desfase de hasta un año y seis meses entre su edad cronológica y su edad mental.

Las alteraciones que pueden presentar estos niños son (25) :

-- atención y memoria disminuídas, dificultad para integrar conceptos, elaborar juicios, razonamiento, hacer análisis y síntesis de situaciones específicas, alteraciones perceptuales (incluyendo nociones corporales, espaciales y temporales).

-- trastornos de lenguaje (alteraciones en su comprensión).

-- alteraciones en su coordinación motora gruesa y/o fina.

-- alteraciones en su conducta que dificultan su adaptación o integración al medio ambiente familiar, social y/o escolar.

-- preescolares que requieran continuar en Grupo de Estimulación Múltiple con buen pronóstico y cuya edad cronológica sea de seis años seis meses al primero de septiembre del año escolar que se inicie (estos son casos de niños subsecuentes).

En el Grupo de Estimulación Múltiple no son aceptados los preescolares que presentan trastornos psiquiátricos o que requieran tratamiento de educación especial o rehabilitación física, estos casos son canalizados a las instituciones correspondientes.

Área de Lenguaje : tiene como objetivo proporcionar servicios de diagnóstico y atención especializada a los preescolares que presentan alteraciones leves en el lenguaje para facilitar su integración al medio familiar, escolar y social.

La terapia de lenguaje se proporciona en sesiones individuales de 45 minutos, o grupales de una hora cada semana; el tiempo de tratamiento varía según la evolución individual en cada caso.

Los menores que se integran a la terapia de lenguaje son niños cuya comprensión debe ser acorde a su edad cronológica y que presentan en su comunicación lingüística alguna (s) de las siguientes alteraciones (26) :

- dificultad en la articulación de algunos fonemas
  
- lenguaje ininteligible por múltiples alteraciones articulatorias
  
- alteraciones en los órganos fonarticuladores (labios, paladar o dientes) cuyas condiciones postoperatorias o de tratamiento sean las adecuadas para llevar a cabo la atención y que no se encuentren recibiendo terapia en otra institución
  
- inadecuada utilización de categorías gramaticales (alteraciones morfosintácticas) y/o alteraciones articulatorias
  
- retardo en la adquisición del lenguaje
  
- escaso vocabulario por deprivación ambiental y/o cultural
  
- dificultad en el ritmo de la expresión verbal (tartamudez), estos casos deberán ser vistos conjuntamente por el Área de Psicología.

Area de Psicomotricidad : tiene como objetivo favorecer el desarrollo integral del educando que presenta alteraciones psicomotoras, a través del conocimiento y movimiento de su cuerpo, con la finalidad de lograr una mejor adaptación a su medio familiar, escolar y social.

La terapia de psicomotricidad también se proporciona en sesiones individuales de 45 minutos o grupales de una hora cada semana; la duración de la terapia también depende de la evolución individual de cada caso.

Los niños canalizados a la terapia de psicomotricidad pueden presentar alguna (s) de las siguientes características (28) :

-- desconocimiento y/o falta de integración del esquema corporal, así como de sus funciones

-- representación gráfica del esquema corporal fragmentada o incompleta

-- torpeza motora

-- inconsistencia en el tono muscular

-- equilibrio inestable

-- lateralidad no definida o contrariada

-- alteraciones perceptuales correspondientes a la coordinación fina y visomotora

-- alteraciones en la organización temporo-espacial y estructuras rítmicas

-- inquietud excesiva, atención dispersa, poca posibilidad para relacionarse o adaptarse a su medio ambiente

-- timidez e inseguridad para participar en las actividades escolares

En la terapia de psicomotricidad se atiende a los preescolares que presentan secuela de P.C.I., hemiplejia, hemiparecia y distrofia muscular, siempre y cuando presenten constancia de que asisten al Jardín de Niños y constancia médica de que fueron dados de alta en rehabilitación física.

Area de Psicología : tiene como objetivo contribuir a la integración del diagnóstico interdisciplinario y apoyar la atención psicopedagógica de los preescolares que asisten al C.A.P.E.P.. Para cumplir tal objetivo, los psicólogos realizan diversas actividades, siendo la aplicación del

estudio diagnóstico la única actividad que comparten todos los especialistas en el área de psicología.

Los psicólogos que no aplican tratamiento se dedican a aplicar estudios de diagnóstico y a proporcionar orientaciones a padres, ya sea en grupo, o de manera individual. El estudio de diagnóstico se compone de la aplicación de las siguientes pruebas : Test de F. Goodenough, Bender Gestalt y Test de Terman Merrill (forma L-M); una vez integrado el informe del estudio psicológico, el menor puede ser canalizado a tratamiento en Grupo de Estimulación Múltiple o a Psicoterapia de Juego, además puede ser canalizado a alguna terapia de apoyo (lenguaje o psicomotricidad); también puede ser canalizado a alguno de los servicios complementarios como Area Médica, Ortopedia Dentofacial o Trabajo Social, si el caso lo requiere; como última alternativa, el menor puede ser canalizado a otra institución, si es que el C.A.P.E.P. no cuenta con los servicios que el caso requiere, o bien, si el menor no cumple con los parámetros de aceptación del área a la que correspondiera atenderlo.

Las Orientaciones a Padres que realiza el psicólogo de diagnóstico pueden ser en forma individual o grupal. Esencialmente estas orientaciones son de tipo pedagógico, sin embargo y debido a que los padres sugieren los temas a tratar, también se manejan aspectos psicológicos en los



1

cuales los padres tienen la oportunidad de resolver sus dudas y sentirse más hábiles en cuanto al manejo de sus hijos; los padres que son atendidos en forma individual se separan del grupo debido a que presentan una problemática que no comparte el resto del grupo. Las sesiones de Orientación Grupal se proporcionan semanalmente durante ocho semanas con una duración de hora y media, y las Orientaciones Individuales se proporcionan en sesiones de una hora cada semana durante el tiempo que el caso lo requiera, sin pasar de diez sesiones.

El Tratamiento en el Área de Psicología se proporciona en dos modalidades : Psicoterapia de Juego y Taller Dinámico de Padres (ambos con una base teórica psicoanalítica); la primera basada en técnicas de psicoanálisis infantil y la segunda en técnicas de grupos operativos.

En la modalidad de Psicoterapia de Juego el psicólogo recibe a los niños que ya pasaron por el estudio de diagnóstico y que presentan alguno (s) de los siguientes problemas (29) :

-- problemas reactivos ante situaciones traumáticas

-- problemas de relación y comunicación interpersonal (inhibición marcada)

-- problemas emocionales en las relaciones objetales (pérdida de figuras parentales o figuras representativas en la vida del niño)

-- problemas mixtos (orgánico y emocional) cuya sintomatología principal sea de mal control de impulsos.

Esta terapia se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de auto-expresión que utiliza el niño y es una oportunidad para que exprese sus sentimientos y problemas. Por medio de dicha actividad, de acuerdo a la capacidad del niño para simbolizar y expresar sus problemas, el terapeuta le ofrece la oportunidad para solucionarlos y experimentar el crecimiento o desarrollo de su personalidad bajo las condiciones más favorables y lograr desplazar las soluciones a su medio natural, consiguiendo con esto los cambios deseados. La velocidad de estos cambios depende de la reorganización de las experiencias que el niño haya acumulado, así como de sus actitudes, pensamientos y sentimientos que hacen posible llegar a la introspección, requisito indispensable para que la terapia tenga éxito (2).

La Psicoterapia de Juego se proporciona en sesiones semanales de una hora; debido a la severa problemática que presentan los casos y a la flexibilidad en el método de trabajo, la duración de la terapia es larga y suele suceder

que, al término del año escolar, el menor no puede ser dado de alta aún, entonces es canalizado a otra institución en la cual pueda continuar con el mismo tipo de tratamiento.

La otra modalidad de tratamiento psicológico es el Taller Dinámico de Padres, también llamado Grupo Dinámico de Orientación a Padres, el cual es un programa enfocado a llevar a cabo un proceso de reflexión que abarca : la historia personal de cada uno de los padres, su participación dentro del grupo, la repetición de los modelos de educación adquiridos en la infancia, los diferentes estilos de padres, el reconocimiento de los hijos y su problemática y finalmente la elaboración de un proyecto personal de interacción familiar. El programa consta de diez sesiones semanales con 90 minutos de duración, en las cuales se aplican técnicas grupales basadas en la Teoría de Grupos Operativos (42).

El Taller Dinámico de Padres se forma con 8 integrantes como mínimo y 16 como máximo, se intenta constituirlo con el mayor número de parejas posible. Las vías de solicitud para ingresar son a través de :

-- equipo de prediagnóstico

-- el personal de Detección y Prevención

-- terapeutas de grupos permanentes y terapias complementarias

-- por solicitud espontánea de los padres que acuden a cualquier servicio de C.A.P.E.P.

Cada candidato a ingresar al grupo es evaluado por medio de una entrevista previa aplicada por el equipo coordinador del programa (compuesto por dos psicólogos) para determinar si cumplen con los requisitos de aceptación para el trabajo en grupo, así como si son acordes las expectativas de los padres con las que ofrece este programa.

Estos grupos están integrados por padres de familia que reúnen alguna (s) de las siguientes características (42) :

-- falta de concientización acerca del problema que sus hijos presentan

-- poco control de impulsos hacia los niños (padres que gritan, golpean y castigan sin reflexionar sobre sus actos)

-- dificultades en la comunicación y expresión afectiva con sus hijos

- fallas en el ejercicio de su autoridad como padres
  
- desacuerdos entre los padres en la forma de educar a sus hijos
  
- interferencias constantes de familiares en la educación de los hijos que restan autoridad de los padres y que son permitidas por éstos
  
- padres que solicitan de un apoyo para desempeñar de mejor manera su rol dentro del marco familiar
  
- inconsistencia en el método disciplinario utilizado

El Taller Dinámico de Padres no se recomienda en los casos de familiares que atraviesan por situaciones críticas, tales como :

- divorcios o separaciones
  
- pérdidas de seres queridos (por muerte)
  
- enfermedad crítica de alguno de los padres
  
- pérdida del trabajo

-- padres con problema de personalidad que requieran de atención psiquiátrica

-- casos de drogadicción o alcoholismo crónico en alguno de los padres

Las familias que reúnen alguna de estas características son canalizadas a otro servicio o institución en donde reciban la atención especializada que el caso requiera.

Hasta aquí se han mencionado las áreas que proporcionan atención psicopedagógica en el C.A.F.E.P., ahora se describirán las áreas complementarias que sirven de apoyo a las ya mencionadas :

Área Médica : tiene como objetivo detectar y prevenir en forma oportuna las alteraciones biológicas y sociales que interfieren en el desarrollo integral del preescolar, estableciendo un plan de tratamiento a través del cual se propiciará que se disminuya o supere el problema detectado en el niño. También tiene como objetivo coordinar acciones de tratamiento con el Sector Salud para obtener mejores resultados.

El servicio de Area Médica se proporciona en sesiones periódicas que son determinadas por el especialista de

acuerdo a la severidad del caso. Los menores que son canalizados a este servicio son (31) :

-- niños que en la aplicación de la Historia Psicopedagógica (entrevista que aplica el psicólogo de diagnóstico) presentan datos de importancia en los apartados de :

- antecedentes hereditarios de importancia para el padecimiento actual
- antecedentes pre, peri y post natales
- antecedentes personales patológicos
- evolución del lenguaje
- antecedentes de desarrollo psicomotriz
- hábitos de sueño

-- niños que, con base en el resultado del estudio de diagnóstico, manifiestan probable existencia de disfunción cerebral o daño en el Sistema Nervioso Central

-- niños que, con base en las observaciones realizadas por el especialista que los atiende, manifiestan problemas severos de conducta que dificultan su adaptación al grupo

-- niños que manifiestan problemas visuales, auditivos, anatómicos, psicológicos, nutricionales, de higiene personal, procesos infecciosos (agudos o crónicos), sospecha del Síndrome del Niño Maltratado, etc.

Muchos de los menores que son remitidos al Área Médica sólo asisten una sola vez, ya sea porque el médico no encontró datos significativos de posible alteración orgánica, o bien porque el especialista que los atiende en otra área sólo los envía a una revisión general para completar el expediente integral de los preescolares atendidos en el C.A.P.E.P.

Área de Ortopedia Dentofacial : tiene como objetivo detectar, en los preescolares que asisten al C.A.P.E.P., las alteraciones que les impiden un correcto funcionamiento y desarrollo de su aparato fonarticulador, estableciendo el plan de atención que cada caso requiera.

Los menores que son remitidos al Área de Ortopedia Dentofacial presentan alteraciones en órganos fonarticulatorios como : labios, lengua, dientes, encías, carrillos, piso de boca, paladar (duro y blando), frenillos, glándulas salivales (mayores y menores) y articulaciones temporomandibulares (27).

El servicio de Ortopedia Dentofacial también se proporciona en sesiones periódicas que son determinadas por el especialista de acuerdo a las necesidades de cada caso. La mayoría de los menores canalizados a esta área son enviados por los terapeutas de lenguaje para descartar la posibilidad de alteración orgánica en los niños que se



atienden en dicha área, o bien, para establecer el tratamiento que el caso requiera.

Area de Trabajo Social : tiene como objetivo contribuir al bienestar social de la población que asiste al C.A.P.E.P., abarcando los aspectos de protección e integración familiar, educación, salud, alimentación, recreación y vivienda.

El servicio de Trabajo Social se ofrece en sesiones periódicas de una hora y se da por terminado cuando el especialista considera logrados los objetivos que se ha planteado para cada caso.

Los casos que se canalizan al Area de Trabajo Social son (30) :

-- familias en donde se reporta que alguno de los padres no asume su rol, entorpeciendo con esto, la atención psicopedagógica que se brinda al preescolar

-- abandono total o parcial y maltrato del preescolar por parte de su familia de origen que afecte su desarrollo

-- familias que, durante el período de atención que recibe el preescolar, enfrentan situaciones traumáticas como :

muerte de alguno de los miembros, divorcio, separación, agresiones o enfermedades

-- familias en las cuales uno de los miembros altera la dinámica por presentar problemas de alcoholismo, drogadicción o psiquiátricos (estas familias sólo serán valoradas y canalizadas al servicio de asistencia social correspondiente para su atención)

-- familias que, durante la atención psicopedagógica que recibe el preescolar, muestran poca participación o inconformidad hacia la misma

-- familias en las que se reportan malos hábitos de higiene y de alimentación

Específicamente el trabajador social sensibiliza a los padres de familia sobre la importancia de su papel en la formación de sus hijos y orienta a la familia sobre las alternativas de solución a los problemas que interfieren en el tratamiento del menor. Para cumplir su objetivo tan amplio, el Trabajador Social coordina el enlace entre el C.A.P.E.P. y otras instituciones para brindar ayuda a la población que presenta problemas de tipo social (salud, educación, vivienda y apoyo legal).

Después de la anterior exposición de las actividades que realizan las diferentes áreas del C.A.P.E.P., se describirá el proceso que atraviesa el preescolar para integrarse a dichos servicios.

A finales del año escolar (durante el mes de junio) las educadoras de los segundos grados de los Jardines de Niños elaboran una lista de los menores en los que han observado problemas durante el ciclo escolar que está por concluir; los problemas que ellas observan se pueden clasificar en tres grandes rubros : conducta, lenguaje y aprendizaje. El orientador de la zona proporciona a la educadora el formato "Guía de Observación del Preescolar" para su llenado, a partir de ese momento los niños son denominados "predetectados". La Directora del Jardín de Niños realiza una junta con los padres de los niños predetectados para informarles acerca de los servicios que el C.A.P.E.P. ofrece y que sus hijos serán canalizados al mismo, para recibir atención a principios del siguiente año escolar. Durante las dos primeras semanas del mes de septiembre los niños predetectados son recibidos en el C.A.P.E.P. y se programan citas individuales en las que los menores acuden acompañados de sus padres o tutores.

El primer estudio que se aplica a los niños se llama "prediagnóstico" y en él participan dos especialistas de diferentes áreas; las funciones de los especialistas se

dividen en dos partes : uno de ellos aplica a los padres de familia la "primera entrevista" en la cual se explora acerca del motivo de consulta por el cual fue remitido el niño, también se exploran aspectos generales acerca del desarrollo del niño y aspectos familiares; al mismo tiempo que se aplica la primera entrevista, el otro especialista aplica al niño los siguientes instrumentos : dibujo libre, dibujo de la figura humana, reproducción de figuras geométricas simples, exploración breve de psicomotricidad y exploración breve de lenguaje. Posterior a esta aplicación los dos especialistas realizan un análisis del rendimiento del niño, de la información proporcionada por los padres y de las conductas observadas por ambos, incluyendo la información proporcionada por la educadora en la "Guía de Observación del Preescolar". A partir de este análisis, el menor ya puede ser canalizado para ingresar a una terapia de apoyo como lenguaje o psicomotricidad; también en este momento los padres del niño pueden ser canalizados a Orientación a Padres, en la modalidad que se considere pertinente; otras alternativas hasta este momento pueden ser Área Médica, Ortopedia Dentofacial y Trabajo Social, si es que se considera necesario. Una última alternativa de canalización en este momento es enviar al niño a otra institución, si es que presenta una problemática para la cual el C.A.P.E.P. no cuenta con los servicios especializados para su atención, o bien el menor presenta

un bajo rendimiento que no se ajusta a los parámetros de aceptación en el área que requiere atención.

Los preescolares que no recibieron ninguno de los resultados anteriormente mencionados, continuarán con su proceso de evaluación en el C.A.P.E.P. para determinar su ingreso a los servicios que requieren una evaluación más completa y que son : Estimulación Múltiple y Psicoterapia de Juego. Entonces el menor se integra al estudio denominado "Diagnóstico" el cual es aplicado por un psicólogo y consiste en la aplicación de una entrevista llamada "Historia Psicopedagógica" a los padres del niño y en la aplicación de las pruebas "Bender" y "Terman" al menor. Una vez integrados los resultados de este estudio diagnóstico el menor es canalizado a la terapia que requiera dentro del C.A.P.E.P. o a otra institución, en caso necesario, con un informe de los estudios realizados dentro del C.A.P.E.P.

En este panorama sobre el C.A.P.E.P. y sus actividades se puede apreciar que el objetivo principal es corregir los problemas que el menor pueda presentar en la edad preescolar para que continúe su educación en condiciones óptimas. Desde el punto de vista terapéutico se puede apreciar que la institución cuenta con un amplio equipo de trabajo para atender a todas las necesidades que pudieran surgir en el tratamiento con preescolares. También es

importante señalar que todos los especialistas tienen la posibilidad de apoyar su tratamiento con otras instituciones que cuentan con el equipo técnico para realizar estudios más específicos.

Es pertinente mencionar que todos los especialistas de C.A.P.E.P. cuentan con la capacidad y tienen, entre sus funciones, la oportunidad de proporcionar orientación a padres acerca de los temas relacionados con su terapia; esto implica que los logros que debe obtener el menor, deberán darse y reforzarse dentro del núcleo familiar. De acuerdo a como se proporcionan las orientaciones a padres en el C.A.P.E.P., este objetivo no va más allá del de "reforzar" los avances del niño en la terapia.

La concepción de la participación de la familia en la solución de los problemas del niño, desde el punto de vista sistémico, no se analizará en el presente capítulo, sólo cabe señalar que para el C.A.P.E.P. el papel de los padres se centra en una especie de "co-terapeuta" y que, con su apoyo, la terapia logrará sus objetivos en corto tiempo.

Hasta el momento sólo se percibe la atención de tipo pedagógico, que no toma en cuenta el proceso familiar como concomitante de los diferentes eventos (problemáticos o no) que ocurren durante las diversas etapas de la vida familiar.

En cuanto a las Orientaciones a Padres Grupales (O.P.G.) y las Orientaciones a Padres Individuales (O.P.I.), los temas que se tratan son manejados desde una perspectiva de tipo "escuela para padres" que tampoco se enfoca desde el punto de vista sistémico, ya que sólo se ofrece información acerca del desarrollo del niño y alternativas para un mejor manejo en el hogar.

Respecto a los tratamientos propios en el área de psicología, que son Psicoterapia de Juego y Taller Dinámico de Padres, éstos tampoco se ofrecen desde una perspectiva sistémica ya que ambos surgen de teorías y técnicas psicoanalíticas, como se mencionó anteriormente. La principal dificultad que ambos tratamientos enfrentan es la resistencia de los pacientes a involucrarse en una situación de análisis que se encuentra muy alejada de sus expectativas más bien de tipo pedagógico. Además de ser una labor ardua y prolongada, no deja de ser intraindividual, motivo por el cual es difícil que los resultados puedan abarcar al sistema familiar; al contrario, ocurre que los participantes en dichas terapias suelen entrar en conflicto más grave al tratar de lograr cambios en su personalidad y conducta que no son reconocidos por el resto de la familia, y su esfuerzo suele ser infructuoso y desgastante. Esto no quiere decir que dichos tratamientos sean inútiles, ya que tienen la cualidad de la perseverancia, pero se considera que no son

apropiados por el tipo de población y las exigencias normativas de la institución en cuanto a lograr resultados óptimos dentro del ciclo escolar y la edad preescolar del menor en tratamiento.

Un análisis más detallado de estos tratamientos se realizará en el capítulo IV, por ahora se termina de exponer lo que es un C.A.P.E.P. y cómo funciona. Ya que a partir de este panorama se percibe la necesidad de incluir en el C.A.P.E.P. una modalidad de tratamiento psicológico que involucre al sistema familiar, se propondrá el Modelo de Terapia Familiar Breve. En el siguiente capítulo se expondrá el marco teórico del Modelo de Terapia Familiar Breve, desde sus orígenes y evolución, hasta los modelos actuales en que se ha diversificado la Terapia Familiar Sistémica, para tener un panorama completo acerca de su desarrollo y sus posibilidades terapéuticas.



## CAPITULO II : MARCO TEORICO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

El presente capítulo consiste en una revisión del marco teórico de la Terapia Familiar Breve, cuyos orígenes se encuentran en la Teoría General de los Sistemas.

Para poder introducir al desarrollo de la Teoría General de los Sistemas, de la cual parte la Terapia Familiar Sistémica, se hace necesario presentar un panorama general acerca del comportamiento científico, y específicamente del campo de la Psicología, anterior a lo que puede llamarse la "revolución sistémica".

El pensamiento científico tradicional se encontraba impregnado de una filosofía mecanicista y de causalidad lineal, unidireccional. Desde esta perspectiva un acontecimiento "A" produce otro acontecimiento "B", "B" produce "C", y así sucesivamente; de este modo toda explicación o investigación de un acontecimiento debía recurrir al análisis del pasado, ya que éste representaba la causa del presente y, de manera irrevocable, su comprensión y modificación. La forma de interpretación científica desembocaba en una tendencia general de reducir la realidad a unidades cada vez más pequeñas, con el fin de determinar la causa de los hechos individuales.

De igual manera que otras conceptualizaciones científicas, las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas, se encuentran inmersas dentro de este modelo científico. Una de las premisas fundamentales de la Psicología es que el conocimiento del origen y desarrollo de un problema en el pasado, es la condición previa para solucionarlo en el presente (37). Tal vez por la necesidad de adherirse al método científico tradicional o por la irresistible necesidad de conocer el pasado, los modelos psicológicos progresaron dentro de esta validez científica basada en la casualidad estrictamente determinista.

Los métodos tradicionales de la práctica clínica en psiquiatría y psicología se enfocan al diagnóstico y tratamiento de individuos "emocionalmente trastornados". Y, de igual manera que se conducen los experimentos científicos, los procesos cognitivos, emocionales y conductuales, son tratados como funciones aisladas, como si no hubiera relaciones entre ellos y el medio que los rodea (15).

Desde los orígenes del psicoanálisis se llegó a una profunda comprensión del mundo intrapsíquico del individuo, desaprobando la intervención de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento. Esto es, se enfatizaba sacar del medio familiar a la persona "afectada", realizar un tratamiento de cubículo y luego devolverla a su medio.

Cuando se trata con niños emocionalmente perturbados, la psicología clínica trabaja con este modelo individual enfocada hacia el niño. Esta forma de tratamiento "intrapersonal" excluye la posibilidad de integrar a la familia en las diversas formas de psicoterapia y sólo existe un mínimo interés (cuando lo hay) por tomar en cuenta las fuerzas que ciertos factores ambientales ejercen sobre la problemática del individuo.

Los terapeutas que se han apartado "aparentemente" del tratamiento individual son los que han desarrollado diversos modelos de psicoterapias de grupo; sin embargo, esto no se aleja mucho de la perspectiva terapéutica tradicional, ya que por lo regular, se reúnen grupos de extraños que no comparten una historia común, ni la posibilidad de un futuro juntos (15). Por lo tanto se trata de reunir un grupo de "pacientes identificados" que pasan por una situación terapéutica juntos y, después de haber resuelto los conflictos en grupo, se vuelven a su medio natural, a sus familias que no han pasado por ningún proceso terapéutico.

Con toda la validez científica a la que se oponen y, a riesgo de recorrer un arduo camino para ser reconocidas, surgen nuevas perspectivas en diversos ámbitos científicos que se manifiestan de manera formal en la Teoría General de los Sistemas.

A continuación se presentarán los fundamentos de la Teoría General de los Sistemas y, durante la descripción de sus aportaciones, se irán descubriendo las divergencias que surgen en relación con la concepción científica tradicional.

## 1.- LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas fué presentada en Estados Unidos en el año de 1947 por su autor Ludwin Von Bertalanffy, biólogo nacido en Austria en el año de 1901. Durante los años anteriores a la presentación de la teoría, es decir al tiempo en que fue desarrollándose, el autor fue influenciado por las ideas imperantes de su época. En su país natal sufrió la separación del Imperio Austro-Húngaro en que se presentaba la disyuntiva entre la democracia capitalista y el socialismo. Sin embargo, la amenaza del nazismo y la segunda guerra mundial provocaron la desaparición de esas ideas debido al impulso surgido en el positivismo lógico y el materialismo histórico dialéctico. Estas dos corrientes, más la formación académica de Bertalanffy en el área de la Biología, de la cual se deriva un mecanicismo y organicismo, se consideran las bases ideológicas en las que se gestó la Teoría General de los Sistemas.

Según su autor, la Teoría General de los Sistemas es una "reorientación que se ha vuelto necesaria en la ciencia general en toda la gama de las disciplinas, que va de la Física y la Biología a las Ciencias Sociales, y del comportamiento hasta la Filosofía" (5). El objetivo general que se propone el autor, es que esta nueva ciencia "rompa con la actual superespecialización", es decir, se trata de sistematizar el paralelismo de principios cognoscitivos generales en diferentes campos de la actividad científica y social del hombre; se propone una estructura teórica que sea retomada por los diversos campos para explicar respectivamente los fenómenos de que se trate.

El autor indica que en campos muy diversos de la ciencia han surgido conceptos, modelos y leyes en forma independiente debido a que los investigadores se basan en hechos distintos. Sin embargo se pueden encontrar principios idénticos, con esfuerzos independientes, ya que en su desaforada carrera científica, los investigadores no se percataban de que dicha estructura teórica que buscaban, ya se encontraba muy adelantada en otro campo.

a) LA SOCIEDAD PARA LA INVESTIGACION GENERAL DE LOS SISTEMAS

En el año de 1954, se estableció en Estados Unidos la Sociedad para la Investigación General de los Sistemas, con la participación de (además de L.V. Bertalanffy) el economista Kennet Boulding, el biólogo-matemático Anatol Rapoport y el fisiólogo Ralph Gerard con el fin de impulsar el desarrollo de los sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento. Las funciones de dicha Sociedad son :

- 1.- Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en los diversos campos y fomentar la transferencia de un campo a otro.
- 2.- Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos.
- 3.- Minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos.
- 4.- Promover la unidad de la ciencias, mejorando la comunicación entre especialistas.

Los anuarios de dicha Sociedad han servido como un órgano para difundir y continuar con la labor conciliatoria

entre los campos científicos necesitados de ideas y exploración sistémica.

b) LA CIENCIA COMO MATERIA DE ESTUDIO DE LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Se ha observado que en varias disciplinas de la ciencia moderna han ido surgiendo concepciones y puntos de vista generales semejantes. Anteriormente la ciencia trataba de explicar los fenómenos observables reduciéndolos a unidades elementales investigables, independientemente una de otra. Según los fundamentos de Bertalanffy, se podría decir que la única meta de la ciencia se basaba en el análisis determinado por la división de la realidad en unidades cada vez menores, con resultados aislados.

Sin embargo, en la ciencia contemporánea aparecen actitudes que se ocupan de lo que se puede llamar "totalidad", como por ejemplo : problemas de organización, fenómenos que no pueden descomponerse en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas, etc. Esto quiere decir que se perciben organismos o fenómenos sociales a los que puede denominarse "sistemas" de varios órdenes que no son comprensibles, para su investigación, en forma aislada.

Puede decirse que la Teoría General de los Sistemas es una ciencia general de la "totalidad", ya que trata de dar una explicación científica de los eventos que se comportan como totalidades organizadas que, anteriormente eran considerados como metafísicos, ya que rebasaban los alcances de la ciencia. Dichas "complejidades organizadas", son concebidas como un conjunto de objetos o sucesos cuya descripción implica muchas variables, entre las cuales existe una fuerte liga de interdependencia.

c) LAS METAS GENERALES DE LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Estas metas que a continuación se mencionarán, deberán ser asumidas por aquellos científicos interesados en una nueva estructura científica :

1.- Tendencia general hacia la integración de todas las ciencias, naturales y sociales.

2.- Dicha tendencia debe girar en torno a una teoría general de los sistemas.

3.- Tal teoría debe ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.



4.- Al elaborar principios unificadores que corren "verticalmente" por el universo de las ciencias, esta teoría debe acercarnos a la meta de la unidad de la ciencia.

5.- Esto debe conducir a una integración, que hace mucha falta, en la estructura científica.

d) CONCEPTOS BASICOS DE LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Los conceptos básicos que a continuación se mencionarán, no son palabras nuevas inventadas por el autor de la teoría, sino significados claros y precisos de las definiciones que deben manejarse para un buen uso de la teoría.

1.- SISTEMA.- Conjunto de elementos que se relacionan entre sí para conformar algo, pero sólo a través de esta interacción de los elementos. En toda la naturaleza existen sistemas y toda la gama de la ciencia, de alguna manera, maneja sistemas.

2.- SISTEMAS CERRADOS.- Los sistemas cerrados son aquéllos que se encuentran aislados del medio circundante. Estos sistemas no permiten el intercambio entre los elementos de dentro con los de fuera; las relaciones entre los elementos de dentro dan por resultado un nivel de

entropía, cuando ésta aumenta al máximo, los elementos se mueven hacia una desorganización total para lograr un equilibrio. Los sistemas cerrados son manejados en la Física-Química, especialmente en la Termodinámica, ahí la entropía es manejada como medida del desorden interno o como estado de probabilidad de desorganización.

3.- SISTEMAS ABIERTOS.- Se considera que todo organismo viviente es un sistema abierto. Los sistemas abiertos se mantienen en continua incorporación y eliminación de materia o información, construyendo y destruyendo a sus componentes sin alcanzar un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme o estable. El sistema abierto es definido como un sistema que intercambia materia con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales. Se podría decir que esta característica es propia del fenómeno fundamental de la vida llamado metabolismo, que corresponde a las ciencias químicas.

4.- TOTALIDAD.- Este es un estado o característica de los sistemas; indica que los sistemas están formados por una serie de elementos individuales y la conducta de cada uno de ellos perturba a todos los miembros del sistema. Esta perturbación conduce a la introducción de un nuevo estado de equilibrio o a una función superior; ésto es lo

que podría llamarse mecanización progresiva o característica de autorregulación del sistema. Con este estado de totalidad es posible llegar a una especialización o "centralización" de algunos componentes, lo cual indica la pérdida de potencialidades de los demás componentes del sistema. Esta característica se aplica a los sistemas abiertos, ya que en los sistemas cerrados se da un estado de sumatibilidad, en el cual los elementos que forman el sistema se encuentran aislados y su conducta sólo depende de ellos mismos, como resultado se da la mecanización creciente.

5.- ORDEN JERARQUICO.- Este es otra característica de los sistemas abiertos. Se indica que cada sistema establece niveles de importancia de acuerdo a las diferentes conductas o funciones de sus elementos. Este concepto se encuentra íntimamente ligado con la diferenciación, especialización y centralización mencionadas en el concepto de totalidad. En la medida en que cada miembro del sistema se conduzca de acuerdo a su función, tomando la función como un orden de procesos, será establecido un orden jerárquico.

6.- EQUIFINALIDAD.- Esta es la tendencia hacia un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos. Este concepto se aplica a los sistemas abiertos y se basa en la interacción

dinámica de sus elementos que da por resultado un estado uniforme. En los sistemas cerrados el sistema final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales, si se alteran las condiciones iniciales o el proceso, el estado final también cambiará.

e) ¿QUE ES EL ISOMORFISMO DE LAS CIENCIAS?

Los antes mencionados son los conceptos principales en que se fundamenta la Teoría General de los Sistemas. Bertalanffy explica que no se trata de presentar un catálogo de las ciencias con definiciones en las que puedan encajar los conceptos principales. Se trata de establecer un isomorfismo, es decir, un dispositivo regulador de las ciencias que, metodológicamente, debe ser un importante medio de controlar y estimular la transferencia de principios de uno a otro campo, con el fin de evitar las múltiples repeticiones del descubrimiento de los mismos principios en diferentes terrenos, hasta ahora aislados entre sí.

Desdeña Bertalanffy un concepto mal entendido de isomorfismo que puede ser aplicado para dar importancia o validez a su teoría; el isomorfismo de que se trata va más allá de simples analogías. Las leyes o conceptos de la Teoría General de los Sistemas, serán válidos siempre y

cuando puedan aplicarse abstracciones y modelos conceptuales a fenómenos diferentes.

De tal forma que señala tres limitaciones en la descripción de los fenómenos que deberán apearse a isomorfismos estructurales generales :

1.- En primer nivel se encuentran las analogías o similitudes superficiales entre fenómenos que no corresponden ni en factores casuales, ni en las leyes pertinentes. Por ejemplo : la comparación entre el desarrollo de una población con el ciclo vital de un organismo. Este tipo de transferencias, no es válido.

2.- En otro nivel se encuentran las homologías que se presentan cuando difieren los factores eficientes, pero las leyes respectivas son formalmente idénticas. Las únicas que son válidas para la Teoría General de los Sistemas son las homologías lógicas. Por ejemplo : si un objeto es un sistema o es considerado como tal, entonces debe tener ciertas características de los sistemas, sin importar de qué sistemas se trate. La homología lógica, además de permitir el isomorfismo, conduce hacia consideraciones correctas y a la explicación de los fenómenos aislados que aún no se hayan podido investigar.

3.- En un tercer nivel se encuentra la explicación, es decir, el enunciado de condiciones y leyes específicas que son válidas para un objeto separado o para una clase de objetos. Toda explicación científica requiere el conocimiento de leyes específicas y es posible que también en las leyes específicas se observen homologías lógicas, pero la estructura de las leyes puede diferir según el caso. Por lo tanto, no se puede dar el isomorfismo cuando se observan leyes específicas homólogas lógicamente si su estructura difiere.

Subraya Bertalanffy el hecho de que ciertos principios se apliquen a los sistemas en general. También señala que el desarrollo moderno de la ciencia ha permitido, en sus diferentes campos, el desarrollo de conceptos y leyes que se corresponden, provocando el notable paralelismo que la ha caracterizado en las últimas décadas. Es así como se observa la aparición o el manejo de conceptos como totalidad y suma, mecanización, centralización, orden jerárquico, estado uniforme, equifinalidad, etc. en diferentes campos de las ciencias naturales y sociales, incluyendo la Psicología y Sociología.

Pudiera pensarse que una de las principales dificultades de la Teoría General de los Sistemas es encontrar principios afines a las ciencias sociales y a las ciencias naturales. El autor no percibe esto como un gran

problema, ya que la distancia entre ambas se reduce enormemente en tanto que se observan similitudes estructurales. No se trata de reducir los conceptos sociales a conceptos biológicos o viceversa, sino de hacer hincapié en los isomorfismos estructurales generales entre diferentes niveles que, al mismo tiempo, defiendan la autonomía y posesión de leyes específicas en cada área.

f) LA CIBERNETICA Y LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas es frecuentemente identificada con la Cibernética y mecanismos de control, y ésto es incorrecto. La Teoría de la Cibernética fue creada por Norbert Weiner en el año de 1948 y reformada en 1950 para tratar los fenómenos de retroalimentación (53). Con esta teoría se demuestra que algunos mecanismos de naturaleza retroalimentadora fundamentan el comportamiento intencionado, tanto en las máquinas como en los organismos vivos y en los sistemas sociales.

La Cibernética está ubicada como una teoría basada en los conceptos de información y retroalimentación de los sistemas que, por medio de estos procesos, son capaces de exhibir propiedades de autorregulación. De esta forma, la Teoría de la Cibernética resulta ser una parte de la Teoría General de los Sistemas.

Un ejemplo del modelo de retroalimentación se encuentra en el fenómeno biológico llamado homeostasia, que consiste en mantener el equilibrio en el organismo vivo y su ejemplo clásico es la termorregulación en los organismos de sangre caliente. El enfriamiento de la sangre estimula ciertos centros cerebrales que "echan a andar" a los mecanismos productores de calor en el cuerpo; la temperatura del cuerpo es registrada, a su vez, por aquellos centros, de manera que la temperatura es mantenida a nivel constante.

Es importante mencionar ciertas cuestiones de la Teoría General de los Sistemas en cuanto a sistemas abiertos con la Teoría de la Cibernética, por lo que respecta a los mecanismos de regulación. La base del sistema abierto es la interacción de sus componentes, y la base del modelo cibernético es el ciclo de retroalimentación. En el concepto de totalidad antes mencionado, se señaló que existe una autorregulación del sistema abierto; se dijo que este proceso de autorregulación es provocado por la actividad o interrelación que se da entre sus elementos; esto es muy semejante al proceso de retroalimentación del modelo cibernético y a ello se debe el error de mencionar indistintamente ambas teorías.



Hasta aquí queda explicada la Teoría General de los Sistemas que, en palabras de su autor, podría considerarse como una "segunda revolución industrial" en el campo de las computadoras, la cibernética y la automatización. Esta teoría ha sido presentada a diversos grupos de científicos y autoridades en distintas áreas y, aunque ha tenido una evolución corta, ha dado pasos seguros en sus aplicaciones. La Teoría General de los Sistemas se ha introducido en la industria militar; en la política, enfocándola hacia problemas como la contaminación, la congestión del tráfico, la plaga urbana, la delincuencia juvenil, el crimen organizado, la planeación de ciudades, etc.; también se ha aplicado al campo de la psiquiatría, la sociología y la psicología; en esta última con vistas a ser llamada la tercera revolución en psicología, después de la psicoanalítica y la conductista.

A partir de los años 40 y 50, debido a los diversos acontecimientos políticos, económicos y sociales la teoría sistémica se aplica ampliamente en el campo humanístico y social.

La segunda guerra mundial y sus consecuencias provocaron una fuerte reacción hacia la conservación de la familia, que ya se veía amenazada por dichos acontecimientos (12). Cabe mencionar que, durante estos años, la psicología clínica estaba dominada por el

psicoanálisis, que ya enfrentaba movimientos renovadores, al igual que las ciencias naturales y otras ciencias del comportamiento.

g) LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Las primeras aplicaciones de la Teoría General de los Sistemas en el ámbito de la Psicología Clínica corresponden a Gregory Bateson, antropólogo que en el año de 1948 abandona sus investigaciones sociales para dedicarse al campo de la psiquiatría.

Las investigaciones de este autor son determinantes para la evolución posterior en el campo de la Terapia Familiar apoyada en la Teoría General de los Sistemas, ya que fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético (22).

Es importante hacer un breve paréntesis para señalar que, desde el principio de esta nueva perspectiva terapéutica, sus iniciadores, especialmente Bateson, escribieron acerca del cambio hacia la epistemología circular como opuesta a la tradicional epistemología lineal; Bateson establece una distinción entre el mundo de los objetos físicos y el mundo de las formas vivas (3).

Hacia el año de 1956 Gregory Bateson junto con Don D. Jackson, Jay Haley y John Weakland realizan una serie de investigaciones sobre la comunicación y el origen de la esquizofrenia.

Encontraron que existen dificultades, en los pacientes esquizofrénicos para distinguir entre el lenguaje literal y el lenguaje metafórico; establecieron una clasificación de la comunicación por niveles :

-- niveles de significado

-- niveles de tipo lógico

-- niveles de aprendizaje

Plantearon que, llegando a una comprensión de estos niveles de comunicación, se podrían comprender los misterios del habla y del comportamiento de los pacientes esquizofrénicos. Al ir avanzando sobre estos aspectos de la comunicación, comenzaron ya a tomar en cuenta a la familia del esquizofrénico como parte creadora y activa de los patrones de comunicación a los que denominaron "doble vínculo". De esta manera quedó establecida la "Teoría del Doble Vínculo y la Esquizofrenia" en la que se señala que la familia, no solamente provoca estos patrones de comunicación, sino que los fomenta (exigiendo un paciente

identificado) y los necesita para manifestar que se está requiriendo un cambio en ese "sistema de información cerrado" (22). Dicho de otra forma, el "doble vínculo" no debe concebirse como la relación de un verdugo y su víctima, sino como la relación que se establece entre dos personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictuales de la relación (12).

Esta teoría del Doble Vínculo está muy relacionada con la teoría de la Comunicación (que será descrita posteriormente) y se apoya también en la teoría de los Tipos Lógicos que, según el autor de esta última, forma parte de la teoría de las comunicaciones.

La Teoría de los Tipos Lógicos fue expuesta por Whitehead y Russell en el año de 1913 y en ella se habla de la paradoja y de su estructuración en dos tipos lógicos distintos, donde la clase pertenece a un tipo lógico diferente del que pertenecen las subclases.

Según la hipótesis del Doble Vínculo, el esquizofrénico tiene incapacidad para discriminar entre tipos lógicos. Es decir, el individuo se encuentra involucrado en una relación intensa, en la cual siente que es importante que discrimine acertadamente qué clase de mensaje se le está comunicando para responder de manera adecuada. Sin embargo, el individuo no es capaz de lograr

esta discriminación y, además, recibe mensajes que se encuentran en conflicto. Aunado a esto él está tan atrapado en dicha relación que es incapaz, no sólo de discriminar el significado correcto del mensaje, sino de comentar el mensaje que se le expresa para corregir su discriminación (3).

Bateson y su grupo de investigadores observaron que los pacientes esquizofrénicos, ya rehabilitados en el hospital, provocaban una crisis en la familia al regresar al hogar. A partir de estas observaciones en varios pacientes se estudió su medio ambiente y, siendo éste la familia, se ubicó a la esquizofrenia como un problema que principalmente involucra a dos personas de la familia, siendo invariablemente la madre el sujeto superior y el esquizofrénico el sujeto inferior.

Las características de una relación de doble vínculo o atrapamiento en una doble relación de la madre-hijo son :

1.- Dos personas unidas por una relación afectiva, a una de ellas se le designa como "víctima"; puede haber una tercera persona que se alía con el "poderoso".

2.- Experiencia repetida : se considera que las experiencias traumáticas no logran establecer una relación de doble vínculo si no se dan repetidamente (Bowen,

importante investigador con familias de esquizofrénicos, menciona que debe haber, por lo menos, tres generaciones de personas afectadas) (6).

3.- Un mandato primario negativo, que implica una amenaza para la "víctima".

4.- Un mandato secundario que está en conflicto con el primero.

5.- Un mandato terciario que prohíbe a la víctima escapar, metacomunicarse o cuestionar.

A partir de este enfoque Bateson considera a la familia como un sistema homeostático gobernado por un conjunto de reglas, de modo tal, que si un miembro del grupo presenta algún problema, la intervención terapéutica no debe limitarse a ese miembro, sino extenderse a toda la familia, que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma.

Posteriormente a esta Teoría del Doble Vínculo y la Esquizofrenia, aparece la Teoría de la Comunicación Humana, elaborada por Don D. Jackson (del grupo de investigadores de Bateson), Paul Watzlawick y J. B. Beavin, en el año de 1967. Las investigaciones que apoyan esta teoría se realizaron con el "Mental Research Institute" (M.R.I.,

Instituto de Investigaciones Mentales), fundado por Don D. Jackson en el año de 1959 para aplicar las nuevas investigaciones realizadas por el equipo de Bateson.

Los autores de la Teoría de la Comunicación Humana, sostienen que cualquier conducta es comunicación ya que, aunque no se hable nada, esto implica algo y ese algo se está comunicando; también parte de analizar no sólo lo que se dice, sino cómo se dice, para observar el efecto total del mensaje. Los postulados de la Teoría de la Comunicación Humana, rompen con la explicación tradicional del modelo de comunicación lineal que se basa en el concepto de emisor-receptor (51) estos son :

1.- Toda conducta es comunicación y, por lo tanto, no es posible no comunicarse, así como tampoco podemos dejar de comportarnos.

2.- Hay dos niveles de comunicación : nivel de contenido y nivel de relación; con esto se intenta observar qué se dice y cómo se dice.

3.- Puntuación : la puntuación o secuencia de los eventos, se refiere a los cortes segmentos que se hacen para analizar un continuo de comunicación.

4.- Nivel analógico y nivel digital : el nivel analógico se refiere a un lenguaje no estructurado para todas las personas, ya que comprenden conductas motoras, el lenguaje de un pintor, de un músico, etc. El nivel digital se refiere a un lenguaje estructurado, que comprende una forma más común de comunicación para todas las personas (letras, números, signos).

5.- Simetría y complementariedad : estos son procesos de comunicación en su totalidad. La simetría se refiere a que dos personas que se comunican se encuentran en un mismo nivel de igualación y semejanza. Un ejemplo de esto puede ser : cuando una persona agrede verbalmente a otra y ésta también tiende a agredir a la primera. Es decir, las dos se semejan en un proceso de comunicación parecido a una competencia hasta llegar a un umbral de tolerancia. La complementariedad se refiere a diferencias y oposiciones en la comunicación, en las cuales se da un patrón de más-menos. Un ejemplo de esto se da cuando una persona tiende a la agresión y la otra tiende a disminuirla.

Con los antecedentes antes mencionados, se considera que el movimiento líder en la psiquiatría (como investigación, centro de formación y terapia) fue el surgido en el M.R.I. de Palo Alto, California con la Teoría de la Comunicación Humana. Todo este movimiento, que tuvo su origen en la Teoría General de los Sistemas, dio como



resultado una serie de escuelas que se han dedicado a la investigación y terapia con familias, considerando los principales conceptos de aquélla. Estas se conocen como Escuelas de Terapia Familiar Sistémica debido a su origen en la Teoría General de los Sistemas.

## 2.- TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

Al señalar las ventajas que la Teoría General de los Sistemas ofrece a la ciencia y, en especial a la Psicología, se encuentran dos ideas fundamentales que cambian respecto a la psicología tradicional : el hombre deja de llamarse "unidad biopsicosocial histórica" para llamarse "sistema hombre"; y la Psicología ya no hará un "análisis de la persona", sino un análisis de las "interrelaciones entre sistemas" (10). Este autor enfatiza que, aunque el psicoanálisis reconoce cada vez más la complejidad de los fenómenos de que se ocupa, se sigue esforzando en describir y conceptualizar situaciones organísmicas altamente complicadas, conservando el concepto de sistemas sencillos de causa y efecto. Esto impide contar con teorías verdaderas que requieren de la formación de estructuras psíquicas o de aprendizaje, ya que tienen el defecto de ir amontonando conceptos aislados.

Esta diferencia esencial entre la ciencia tradicional y la "ciencia de los sistemas" es señalada por otros

autores como la incongruencia entre el "modelo intrapersonal" y el "modelo interpersonal" (18). Esta incongruencia es encontrada tanto en los principios teóricos como en los modelos de tratamiento y nunca podrán ser complementarios uno del otro. Más filosóficamente Cicero afirma que pensar en y como sistemas abiertos es la tendencia hacia la "vida" y estancarse en los sistemas cerrados o aislados (como lo hace el psicoanálisis) es regresar hacia lo "inorgánico". Partiendo de este principio se continuará a presentar el modelo de Terapia Familiar basado en la Teoría General de los Sistemas.

La visión contemporánea o evolución que se ha dado en la Terapia Familiar es que el terapeuta se aleja de la ideología y práctica individual, así como de sus principios, en la medida que adquiere más práctica y experiencia tratando con familias.

El enfoque sistémico estudia los problemas por los que actualmente esta pasando la familia, es decir, lo importante es lo que sucede ahora y no lo que sucedió antes. El terapeuta sistémico observa muy de cerca la manera como interactúan los miembros de una familia y se dirige especialmente hacia la estructura y la comunicación; su preocupación es cambiar la secuencia del comportamiento de los miembros de la familia y conceder mayor importancia a los resultados, no al método.

Las teorías y conceptos mencionados anteriormente, son los más importantes de los que dieron origen a la concepción sistémica del estudio y tratamiento de la familia.

Desde el enfoque sistémico, la familia adquiere tres aspectos relevantes que la definen (1) :

a).- La familia es un sistema en constante transformación, es decir, se adapta a las diferentes exigencias de las diversas etapas de su desarrollo, para asegurar continuidad y crecimiento a los medios que la integran.

b).- La familia es un sistema intrínsecamente activo; esto indica que la familia se autogobierna, mediante el desarrollo y establecimiento de reglas que se modifican en la constante evolución de la familia misma. Este establecimiento de reglas permite a los integrantes conocer y experimentar lo que está o no permitido (por medio del ensayo y el error) hasta llegar a una estabilidad de relaciones, de tal forma que el individuo llega a ser una unidad del sistema determinada por las relaciones establecidas en el mismo.

c).- La familia es un sistema abierto y en interacción constante con otros sistemas (otras familias, escuelas,

trabajo, etc.) que influyen y a la vez son influenciados por ella.

La anterior definición de familia como sistema es ampliamente aceptada por los terapeutas familiares con el enfoque sistémico y nos conduce a definir a la terapia familiar como : el proceso por el cual se toma a una familia que se ha estancado en algún punto de su desarrollo, creando una crisis que la empujará en el sentido de su propia evolución (36).

El terapeuta opera bajo las siguientes suposiciones básicas :

a) La "enfermedad" manifiesta de un miembro de la familia no proviene sólo de él, sino de sus interacciones con uno o más miembros.

b) Uno o mas miembros quizá funcionen aparentemente bien debido a que otro de ellos muestra síntomas de mala adaptación.

c) La relación de los padres tiene influencia sobre las relaciones de todos los demás miembros de la familia.

Redefiniendo lo anteriormente mencionado se puede decir que : la alteración emocional en la familia es un

fenómeno interpersonal; la salud emocional de cada miembro afecta directamente a la salud de cada uno de los demás; cuando un miembro presenta síntomas, los demás también resultan afectados. "Es la gente la que enferma a la gente y esto es especialmente cierto dentro de la familia" (40). Se reafirma la idea de que cada familia busca mantener un equilibrio emocional (homeostático) el cual se logra a través de los hábitos, comportamientos y expectativas propias de la familia; por lo tanto, cada miembro tiene una función en el mantenimiento de dicho equilibrio emocional y familiar. Sin embargo puede suceder que un miembro sea incapaz de cumplir su función y los demás reaccionan para establecer el equilibrio emocional. De esta manera se observa que el cambio en la familia conduce a más cambio.

## 2.1 MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La Terapia Familiar Sistémica, durante su evolución, ha dado por resultado varios modelos de tratamiento. Los dos modelos con mayor difusión en nuestro país, son el Estructural y el Comunicacional, los cuales se describen en este apartado.

También se describirán los dos modelos de Terapia Familiar Breve que más se han divulgado en nuestro país, que son Terapia Breve Enfocada a las Soluciones y Terapia Breve Enfocada a los Problemas; estos tratamientos

proliferaron a finales de los años sesentas y setentas. Aunque se han observado diferencias específicas, se encuentran aspectos fundamentales que comparten, como lo son : sustento epistemológico, evolución de las técnicas de Milton Erickson, concepto de terapia breve, concepto del problema, la necesidad de un cambio y otros que serán revisados en su exposición.

#### a).- MODELO ESTRUCTURAL

El Modelo Estructural de Terapia Familiar tiene como representante a Salvador Minuchin quien, durante 10 años dirigió la Philadelphia Child Guidance Clinic como centro de investigación y enseñanza, contando con la participación de Jay Haley y Braulio Montalvo. En 1975, era una de las pocas clínicas que iniciaron servicios especializados para niños en Estados Unidos, donde todo el tratamiento es familiar. Como centro de investigación se desarrollaron modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicósomáticos en el niño (35).

Minuchin concibe a la familia como un sistema organizado en el cual, la serie de elementos que lo conforman se comportan y relacionan a través de múltiples interacciones que dan forma (en su repetición constante) a la estructura del sistema. Este modelo pone especial atención en los problemas estructurales de la familia y no

en el síntoma presentado, a excepción de los problemas que pueden poner en peligro la vida del paciente identificado (como por ejemplo anorexia o diabetes). Es decir, se asume que las conductas disfuncionales reflejan una estructura inadecuada en el sistema familiar. Por ejemplo, al permitir los padres que un niño entre al subsistema parental, logran que el conflicto marital se haga difuso, sin embargo esto produce un hijo disfuncional.

Un concepto fundamental en el Modelo Estructural, es considerar que el sistema familia está formado por holones o subsistemas, como son : el parental, el conyugal y el filial; la definición de éstos implica las funciones y roles que estos subgrupos tienen dentro de la familia (36).

El conflicto familiar se identifica como fallas de comunicación que van más allá de la comunicación misma, dirigiéndose a la estructura familiar. Dentro de la estructura de la familia se observa cómo se encuentran los límites, los vínculos, la jerarquía, el territorio y la geografía.

Los límites se definen por la necesidad de roles para lograr que cada miembro cumpla con sus funciones, especifican quiénes participan y cómo; son barreras invisibles que rodean a los individuos y a los subsistemas y regulan el contacto con otros. Los límites pueden ser

rígidos, de tal forma que, se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los individuos y entre los subsistemas. Los límites pueden ser difusos, lo cual indicaría la falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares; los límites difusos suelen proveer una sensación de apoyo entre algunos individuos que no corresponden al mismo subsistema. Lo ideal es que los límites sean claros, los cuales permiten a los miembros de los subsistemas el adecuado desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, permitiendo también el contacto entre todos los miembros del sistema.

En relación a los vínculos, se analiza en qué dirección se están dando vínculos positivos o negativos, para descubrir las alianzas, los conflictos o coaliciones en que se encuentra cada integrante del sistema.

La jerarquía habla del poder y la fuerza con que se cumplen los roles y funciones en el interior de la familia. Se considera que, dentro de la familia, la jerarquía la tienen los padres y, si éstos no la saben manejar, se pueden ocasionar conflictos. El poder es la influencia relativa de cada miembro como resultado de una actividad.

El territorio describe los límites espaciales existentes dentro de la familia; el que tiene más jerarquía



ocupa más territorio en el hogar. La geografía indica los espacios físicos de la casa que ocupan los miembros.

Aunque esencialmente las técnicas utilizadas en el Modelo Estructural consisten en cuestionamiento del síntoma, de la estructura y de la realidad familiar, el terapeuta hace uso de las siguientes habilidades :

-- Establecer alianzas con algunos miembros de la familia que se encuentran en desventaja y requieren algún apoyo. El terapeuta puede usar a su persona para establecer alianzas momentáneas.

-- Se establecen reglamentos que forzan a la familia a reordenar sus patrones de interacción asociados con el problema presentado.

-- Se establecen tareas con la familia, lo cual conduce a nuevas transacciones con metas específicas; estos son intentos para alterar la estructura actual del sistema.

Todo lo anterior se dirige hacia el cambio de la estructura por medio del cambio de las transacciones de la familia y se pueden observar los siguientes eventos : se adhieren o se separan los subsistemas, se exageran los síntomas, se desfazan los síntomas, se mueven los síntomas,

se rehabilitan los síntomas y finalmente se refuerzan nuevos patrones de interacción.

En este modelo de terapia el terapeuta es activo, usa el lenguaje, la conducta y el estilo de interacción de la familia, usa el sentido del humor y demanda acción en la terapia. La función más importante del terapeuta consiste en determinar en dónde falla la estructura del sistema para conducir adecuadamente sus técnicas y habilidades.

La evaluación del tratamiento está dirigida hacia los siguientes puntos : cuando el problema presentado ha sido adecuadamente definido y se ha identificado la disfunción de la estructura, el terapeuta deberá enfocarse hacia ese problema hasta que haya sido resuelto; los pequeños cambios en las interacciones serán aceptados como progresos; se enfatiza lograr cambios en la estructura dentro de la sesión y fuera de ella, a lo largo de las tareas asignadas; es importante lograr que los miembros de la familia refuercen los nuevos patrones de interacción logrados durante el tratamiento.

#### b).- MODELO COMUNICACIONAL

El Modelo de Terapia Comunicacional ha tenido como representantes a Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fish y su objetivo está centrado en los patrones de

comunicación familiar. La Escuela Comunicacional surge de los estudios sobre comunicación en sujetos esquizofrénicos y sus familias realizados durante los años cincuenta por Gregory Bateson y colaboradores. En el año de 1959 se fundó el Instituto de Investigaciones Mentales (M. R. I.) en Palo Alto, California, para realizar estas investigaciones y en 1962 quedaron integrados al mismo sus principales representantes, ya mencionados.

Durante los primeros años de investigación, varias fueron las teorías que influenciaron los principios de M. R. I. : la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Cibernética, los escritos de Jackson sobre comunicación (realizados también durante los años cincuenta con Jules Riskin y Virginia Satir), las técnicas hipnóticas de Milton Erickson y las anteriores investigaciones del equipo (18).

El principal objetivo de este modelo es modificar las pautas de comunicación disfuncional que se establecen entre los miembros de la familia y, se considera que ésto se logra por medio de la modificación de las relaciones entre los miembros. El fundamento principal de esta forma de trabajo se basa en introducir cambios en las vías de comunicación, lo cual provocará transformaciones en la forma de relacionarse que tienen los miembros de la familia.

Dentro de la terapia se hace un análisis de las funciones que cada uno de los miembros de la familia tiene para detectar si alguno de ellos, en forma encubierta, está desempeñando un papel que no le corresponde o no cumple con la función que le exige su posición en la familia.

La Terapia Comunicacional opera sobre los siguientes supuestos generales :

-- La definición de un sistema implica un proceso de comunicación y la naturaleza de las relaciones entre sus miembros.

-- Casualidad circular que implica que la conducta puede ser simultáneamente causa y efecto.

-- Principio de equifinalidad que afirma que en un sistema vivo se puede lograr un mismo resultado, aunque se parta de condiciones iniciales diferentes.

-- Equipotencialidad concepto en el que principios similares pueden producir resultados diferentes.

-- Totalidad como opuesto a sumatividad, aquí se señala que la totalidad del sistema no puede ser la suma de sus partes.

-- Axiomas comunicacionales : una persona no puede no comunicarse.

-- Niveles de comunicación, el de contenido y el de relación : el primero se refiere al uso de lenguaje verbal y el segundo al no verbal; se considera que los conflictos se presentan cuando hay incongruencia entre los dos niveles y los participantes tienden a tratar de resolverlos a nivel de contenido.

-- Principio de puntuación o secuenciamiento de la interacción que implica que, aunque una interacción pueda tener un principio y un final, es difícil captar la circularidad para los comunicantes.

-- Se considera que no se debe marcar como buena o mala la conducta de un individuo, sino más bien la posición normativa o no normativa acerca de sus familiares. El M. R. I. no interviene en esta área a menos que los miembros de la familia discriminen la conducta del paciente.

-- Se sugiere que es inapropiado discutir la realidad del paciente, ya que los propósitos de la conducta humana gratifican sus premisas y percepciones, las cuales son gobernadas por sus propias interpretaciones de los eventos y relaciones que establecen.

-- La meta de la terapia es la solución del problema presentado.

-- El problema presentado representa lo que el cliente quiere remover y debe ser usado como un índice de cambio.

-- Toda la conducta buena o mala, es moldeada y mantenida por el sistema en el cual ocurre. La conducta es reforzada por las interacciones sociales en el medio ambiente inmediato.

-- Cambio de primer orden : es el cambio que ocurre dentro de un sistema, aún cuando el sistema se mantiene sin cambiar. Es un cambio que no fuerza a un cambio en la estructura del sistema. En muchas situaciones un cambio de primer orden es suficiente para desviar el cambio presentado.

-- Cambio de segundo orden : es un cambio en la estructura del sistema que la fuerza a nuevas reglas en su orden interno.

-- El mal manejo de un problema crea un problema mayor : al negar que hay un problema se necesita la acción, pero no es llevada a cabo; al no haber un problema por solucionar, se lleva a cabo una acción innecesaria; intentar un cambio de

primer orden cuando sólo un cambio de segundo orden aleja el problema.

Las técnicas usadas en este modelo de tratamiento consisten en establecer tareas (usualmente fuera de la sesión) para alejar el problema presentado. Se considera que el problema existe porque todos los intentos iniciales para detenerlo estuvieron mal manejados y, como consecuencia, la situación ha empeorado. Todas las prescripciones para el cambio requieren que el cliente haga algo diferente de lo que ha hecho antes. Esto requiere que el terapeuta consiga una descripción detallada del problema y de lo que se ha hecho para eliminarlo. Se enfatiza sobre el hecho de que la interacción en la vida diaria mantiene la conducta indeseada y cómo los cambios en la interacción afectan el problema presentado.

El papel del terapeuta es directivo y se asume como un hecho su habilidad para distribuir adecuadamente las prescripciones. La evaluación del tratamiento se basa específicamente en las funciones del cambio.

Este modelo de terapia familiar se ha caracterizado por no requerir necesariamente, la asistencia de toda la familia a la sesión de terapia; ni siquiera la presencia del miembro que presenta el problema, sino que se puede trabajar con la persona más afectada por el mismo.

Generalmente este modelo interviene en época de crisis de la familia y se enfoca directamente hacia el cambio de la conducta problemática. Basta con que se de un cambio mínimo enfocado hacia el objetivo final para considerar que la terapia ha tenido éxito ya que los pequeños cambios tienen un efecto en cadena. Debido a que, generalmente se trabaja durante diez sesiones, este modelo también es conocido como Terapia Familiar Breve.

Sin embargo, la transición del Modelo Comunicacional al Modelo de Terapia Familiar Breve, no es un paso que se defina por la cantidad reducida de sesiones, más bien consiste en la naturaleza de la terapia cuya meta no es, en sí misma la brevedad. Los autores consideran que la brevedad es una consecuencia de las premisas fundamentales acerca de la naturaleza y el manejo de los problema (52).

La conceptualización de la Terapia Breve implica como meta (casi única) modificar una interacción problemática, ya sea familiar o individual, en la que el paciente y el terapeuta dirigen sus esfuerzos, precisamente, a la tarea definida entre ambos. A diferencia de otras terapias en las que la relación terapeuta-paciente persigue una reestructuración de la personalidad o la búsqueda de significados o el desarrollo individual, lo principal es resolver los problemas que interfieren con el logro de metas y satisfacciones de las personas involucradas. Otra



diferencia fundamental entre este tipo de terapia y las terapias convencionales, es el énfasis que ponen éstas en la conciencia o "insigth". En la Terapia Breve el "insigth" puede darse o no y, en ocasiones, hasta puede considerarse contraindicado (16).

#### c).- TERAPIA BREVE ENFOCADA A LAS SOLUCIONES

Los planteamientos teóricos de la Terapia Breve Enfocada a las Soluciones fueron desarrollados por un grupo de investigadores que formaron el Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee, en el año de 1978. Dicho grupo inició sus actividades con : Steve de Shazer, Insoo Berg, Eve Lipchik, Elam Nunnaly y Alex Molnar, quienes formaron el Centro como un programa de investigación y entrenamiento en el cual cada integrante se dedicaba a investigar algún aspecto específico de la teoría. De Shazer comenzó a realizar y estudiar terapia breve desde 1969 y durante la época de los setentas fue madurando la teoría que a continuación se presenta.

Se considera que la epistemología subyacente a este modelo de terapia breve es sistémica, ya que es un modelo que surge de la terapia familiar que concibe a la familia como un sistema. Sin embargo De Shazer hace un señalamiento acerca de la forma en que se han aplicado las características de un sistema cerrado a los sistemas

abiertos (como son las familias), considerando que los modelos de terapia del sistema familiar adolecen de una epistemología de causación lineal, ya que dividen o cosifican los componentes de una totalidad (la situación terapéutica) en "cosas" presuntamente independientes (el sistema familiar y el sistema terapéutico) y los enlazan con relaciones de causa y efecto. Como los centros dedicados a la investigación terapéutica también han sido centros de formación y entrenamiento, que incluyen un grupo de observadores detrás de una pantalla de visión unidireccional y un equipo de video, este autor considera que el grupo de observadores también forma parte del equipo terapéutico y también había sido ignorado como parte del nuevo sistema que se está intercomunicando. Cuando la descripción de la terapia incluye al sistema terapeuta (que a su vez incluye al grupo situado detrás de la pantalla) y al sistema familiar, entonces se examina a un nuevo "suprasistema"; esta observación implica un diferente modo de pensar, conocer y decidir denominado "epistemología ecosistémica" (48). Esta epistemología traza sus propios límites metodológicos en torno de los subsistemas de la familia y de los de terapeutas, ahora entendidos todos como componentes del ya dicho nuevo suprasistema.

Durante la terapia, cada subsistema forma parte del ambiente o contexto del otro; y como ambos subsistemas se comunican entre sí (cumpliendo la condición de un sistema

abierto), su interacción se vuelve circular, dejando de ser lineal.

Al igual que muchos modelos actuales de terapia, la Terapia Familiar Breve tuvo sus orígenes en la Terapia Estratégica realizada por Milton Erickson, quien practicó un método terapéutico muy alejado del psicoanálisis desde finales de los años veinte hasta finales de los años setenta. Se considera que el enfoque de Erickson no sólo era breve (sin proponérselo, además) sino completamente diferente de los métodos aplicados en su época. O'hanlon menciona que la principal dificultad para entender los métodos de Erickson se debe a que éste no tenía ninguna teoría o, al menos, no tenía ninguna teoría psicopatológica en la cual sustentar su terapia (38).

Una de las ideas que más influencia han tenido sobre esta modalidad de terapia breve es que Erickson especulaba muy poco sobre el origen de los problemas; igualmente imperante es el principio de que la terapia debe ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincracia de cada cliente. Ajustándose a estos principios, la clave de la Terapia Breve consiste en utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades, de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo (con sus propios recursos).

En cuanto a la importancia de definir el problema O'hanlon menciona que la Terapia Breve Enfocada a las Soluciones, también tuvo sus orígenes en el modelo enfocado a la resolución de los problemas; en este último se hace énfasis en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema. Sin embargo, el equipo de Milwaukee abandonó este enfoque para identificar lo que sí funciona (tomándolo como parte de la solución) y amplificándolo como secuencia de solución. De esta manera se considera que el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve dejó de enfocarse en los problemas, enfocándose ahora en las soluciones. Asimismo se sostiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Según este autor lo que importa es la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura (38). Una premisa central de la Terapia Breve Enfocada a las Soluciones, es que, para que una intervención se adecúe o ajuste fructuosamente no es necesario un conocimiento detallado de la queja, ni siquiera es necesario poder construir con algún rigor el modo en que la perturbación se mantiene, sino que en una situación problemática cualquier conducta realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en la terapia (47).

La brevedad de la terapia o el concepto que se tiene de su brevedad es una consecuencia de la visualización que el terapeuta tiene acerca de la relación que existe entre la meta del cliente y su síntoma, ya que ambos apuntan hacia el aspecto central del enfoque, que es la solución. Para De Shazer el objeto de la terapia no consiste en la "eliminación del síntoma" sino en ayudar al cliente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita. Como puede verse, la terapia breve es un refinamiento y desarrollo de los principios de Erickson para la resolución de problemas clínicos (47).

Una de las circunstancias que abrió el camino para este enfoque centrado en las soluciones es el haber observado la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas que el equipo desarrolló para solucionar las quejas. El grupo de Milwaukee encontró que varias de las tareas parecían tener efectos notables, independientemente de la naturaleza de la queja presentada. Para lograr esto es muy importante que el terapeuta no trate de resolver las dificultades de la familia haciendo lo que ella ya está haciendo, sino que tiene que ver el problema desde un ángulo distinto : tienen que construir soluciones que poco tienen que ver con las quejas específicas que traen los clientes.

O'hanlon refiere que tradicionalmente los métodos terapéuticos sólo estaban basados en el conocimiento del pasado, buscando las raíces de los síntomas actuales en la infancia del cliente, según lo señalaba el psicoanálisis. Posteriormente, con la aparición de la terapia conductual, la Gestalt, la terapia familiar, etc., surgieron los modelos orientados en el "aquí y ahora", rechazando sus seguidores el enfoque tradicional como una pérdida de tiempo, especulativo y a veces infructuoso y considerando que el enfoque centrado en el conocimiento del síntoma y su mantenimiento en el presente es la herramienta suficiente para lograr una terapia exitosa. Como una evolución de la orientación en el "aquí y ahora" surge la orientación hacia el futuro a la que no le interesa cómo surgieron los problemas, ni cómo se mantienen, ya que se ocupa de cómo se resolverán. Esta es la orientación que rige a la terapia breve enfocada a las soluciones, que considera que centrar las fuerzas y capacidades de los clientes hacia la solución es una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente, en vez de señalarla como creadora de problemas y deficiente para resolverlos.

En lo que se refiere al cambio, De shazer explica que, al observar el trabajo de otros especialistas en terapia breve, fue adquiriendo la convicción de que el cliente en realidad desea cambiar; a la dificultad del cliente para lograrlo, muchos terapeutas la rotulan como resistencia al

cambio. Para este autor dicha dificultad no sólo no constituye una resistencia al cambio, sino un mensaje que el cliente envía al terapeuta en un esfuerzo para ayudarlo a que lo ayude a él (al cliente). Esta situación es denominada como cooperancia con el terapeuta y en lugar de llamarlo "cliente resistente", lo denomina "cliente cooperante". Una vez desechada la resistencia, el autor insiste en que la gente que visita a un terapeuta desea cambiar su situación pero, seguramente ha realizado algunos intentos que no dieron resultados y es muy probable que, disminuyendo las alternativas, su situación haya empeorado; también es muy probable que la gente, en su situación tan desesperada, haya perdido la perspectiva original y se encuentre ante la necesidad de grandes o importantes cambios. No obstante el autor señala que ha descubierto la idea de que sólo se necesita un cambio pequeño y que una meta pequeña y razonable facilita no sólo la relación cooperativa entre terapeuta y cliente, sino también una terapia exitosa. Establece que esta idea constituye uno de los principios que diferencia a la terapia breve de los otros modelos de terapia en los que se establecen metas a largo plazo. Sugiere el autor que un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas; la experiencia ha confirmado que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto, a una mejoría adicional. Continuando con la idea de que un

pequeño cambio en la conducta del cliente puede lograr cambios o diferencias en las personas con quienes está involucrado, de Shazer señala que entonces no es necesario reunir a toda la familia en la sesión de terapia. Apoyado en los principios de la Teoría General de los Sistemas considera que la terapia debe lograr cambios en todo el sistema familiar y, aunque en sus orígenes se consideraba importante trabajar con todos los miembros de la familia, ahora esta perspectiva ha evolucionado a no requerir la presencia del grupo familiar completo a la sesión de terapia, puesto que basta un pequeño cambio en alguno de los miembros para iniciar la modificación del sistema; desde esta perspectiva no importa el número de personas que estén construyendo con éxito el problema y la solución.

Concluye el autor que ésta es una diferencia fundamental entre la terapia breve y otras terapias : para la terapia breve el cliente es una persona y el problema está en él y para otras terapias el paciente puede ser una persona o un grupo de personas (47).

#### d).- TERAPIA BREVE ENFOCADA A LOS PROBLEMAS

Este Modelo de Terapia Familiar Breve tiene como principales representantes a Paul Watzlawick, Richard Fish, John Weakland y Arthur M. Bodin, quienes iniciaron el Centro de Terapia Breve como uno de los proyectos del



Instituto de Investigaciones Mentales (M. R. I.) en enero de 1967.

Se dice que la práctica terapéutica, al igual que la mayoría de concepciones científicas en su nacimiento y desarrollo, se apegan a la epistemología imperante en su tiempo; pues bien, durante la época en que fue concibiéndose la Terapia Familiar que dió origen a la Terapia Breve, la epistemología imperante alrededor de los años cincuenta estaba basada, ya no en un concepto de energía (conservación y transformación de la misma en una relación causa-efecto controlada), sino en el concepto de información, comunicación y regulación como procesos que constituyen la esencia de la vida, incluyendo la vida del hombre tanto interior como social (53). Estos principios, provienen de la Cibernética, poseen una causalidad de tipo circular, es decir, de naturaleza retroactiva en la que la información constituye el elemento central y orienta a procesos comunicativos de los elementos ahora entendidos en un sentido más amplio como sistemas; lo cual se puede aplicar a sistemas humanos, familias, organizaciones amplias y hasta relaciones internacionales (37).

El concepto de retroacción es la peculiaridad de todos los seres vivos (sistemas abiertos) que se hallan dentro de un sistema de comunicación (que dejan de ser simples emisores o receptores de información) en el que

constantemente dan y reciben retroalimentación en relación con el mensaje emitido o recibido. La retroacción es el mensaje de retorno al emisor que establece un juego circular de informaciones o influjos recíprocos entre el emisor y el receptor del primer mensaje. Con la descripción de toda esta actividad, se produce una forma de causalidad circular en el interior de la cual no existe una verdadera relación de causa y efecto entre el primer emisor del mensaje y el receptor, sino una forma más compleja de causación recíproca entre las variables en juego en una relación. Una vez superado el concepto determinista de unidireccionalidad y causalidad lineal a favor de una concepción no determinista, de acuerdo con las teorías epistemológicas contemporáneas, el proceso adopta una forma circular de reverberación mediante las retroacciones recíprocas de las variables, en el que no existe un comienzo ni un fin, sino un sistema de influjo recíproco; de aquí parte la exigencia de estudiar los fenómenos en su globalidad, esta es la epistemología subyacente a la Terapia Familiar y es la que, como continuación de este modelo de tratamiento, comparte el Modelo de Terapia Breve Enfocada a los Problemas.

Sin embargo, la evolución de la Terapia Familiar no fue directa a la Terapia Breve, sino que pasó por la influencia y observación del trabajo de Milton Erickson conocido como "terapia estratégica". En este punto se hará

un breve paréntesis para señalar la personalidad y trayectoria terapéutica de Milton Erickson que ha sido mencionado como precursor de los diferentes modelos de terapia breve.

Erickson fue un médico que se tituló simultáneamente en Medicina y Psicología; después de especializarse y ejercer como psiquiatra pasa a ser director de investigación y formación psiquiátrica; también se desempeñó como profesor de Psicología Clínica y fue miembro de diversas asociaciones psicológicas, psicopatológicas y psiquiátricas en Estados Unidos; además también fue miembro honorario de numerosas sociedades de hipnosis médica en Europa, América Latina y Asia. Puede considerarse a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia. Durante mucho tiempo se le conoció como el más importante especialista mundial en hipnosis médica y dedicó su vida al estudio experimental y la utilización terapéutica de la hipnosis desarrollando infinitas variantes.

Durante años ejerció intensamente la Psiquiatría tratando toda clase de problemas psicológicos y atendiendo a una gran cantidad de familias gracias a lo cual pudo apreciar todas las etapas del ciclo vital de la familia en sus tratamientos. Se considera que dió a la psicoterapia una variedad de formas hipnóticas, a la vez que aportó a la

hipnosis una expansión conceptual que la hizo trascender más allá de su ritual para convertirla en un estilo especial de comunicación. A menudo se señala que la Terapia Estratégica de Erickson es una extensión lógica de la técnica hipnótica, ya que una idea de los principios hipnóticos se ha aplicado a los modelos estratégicos y, posteriormente, a los modelos de terapia breve : la idea de que los sentimientos y las percepciones subjetivos se modifican junto con la relación interpersonal (21).

Es decir, que no es necesario recurrir al "insight" y al análisis del inconsciente como proceso de solución y cambio de los problemas psiquiátricos.

Nardone y Watzlawick consideran que, a través de la hipnosis, Erickson llegó a ejercer de un modo excepcional y personalizado una forma de psicoterapia en total concordancia con la formulación teórica interaccional de la Terapia Familiar Sistémica. Se trata de un planteamiento que le permitía curar con éxito y en un tiempo breve a individuos, parejas y familias. Considerando el Modelo Estratégico como una evolución de la Terapia Familiar Sistémica clásica, se considera que la primera presta atención focalizada sobre el problema que se presenta, sobre lo que lo sostiene y sobre la manera de modificar rápidamente la situación, mientras que la última se centra sobre la interacción familiar y la reorganización de su

sistema relacional. Aunque esta es la diferencia fundamental, ambas posturas pueden considerarse complementarias (37).

Continuando con esta perspectiva Jay Haley, quien analizó la trayectoria de Erickson y, durante mediados de la década de los cincuenta se especializó en tratamientos breves, elaboró un modelo de tratamiento para resolver problemas que tenía como objetivo encontrar una forma de tratamiento exitoso en un corto plazo. Para Haley el problema está determinado sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las subsiguientes consecuencias disfuncionales de actos que muestran señales de alianzas y juegos de poder. El síntoma es considerado una metáfora del problema y, a la vez, representa la solución insatisfactoria que el sujeto le ha dado.

La terapia de Haley se centra en la gestión del poder (los síntomas mismos se consideran instrumentos de poder) mediante la reorganización de las jerarquías en el interior del sistema familiar. El terapeuta se inscribe directamente en el interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional. El estilo terapéutico es marcadamente directivo.

Para este planteamiento es fundamental la superación de las crisis que ordinariamente se dan durante las transiciones de las diversas etapas del ciclo vital de la familia. Debido a este aspecto, a Haley se le sitúa como una figura de transición entre las posiciones Estratégica y Estructural (22). Sólo que Haley presenta su lado estratégico con mayor claridad en su recién influencia sobre las investigaciones de Erickson, sin embargo, al decidir unirse a Minuchin en Filadelfia, comenzó a desarrollar su propia labor clínica abandonando el uso de técnicas hipnóticas y concentrándose en un modelo de terapia más organizacional. Aprovechando sus conocimientos sobre jerarquía y coaliciones creó su propio método para alterar las estructuras familiares anormales, además de atender a las configuraciones triádicas que las acompañan. Haley hace énfasis en identificar la secuencia de comportamiento que circula en torno de un problema y no concentrarse únicamente en el problema mismo (20).

En este panorama es donde Haley coincide con el grupo del Centro de Terapia Breve del M. R. I., ya que ambos puntos de vista indican que la mayor parte de los problemas consisten en ciclos auto-reforzantes; sin embargo Haley describe estos ciclos en términos de organización familiar señalando que las secuencias del problema pueden abarcar a los diferentes subsistemas. Para Haley los problemas o síntomas son vividos como modalidades comunicativas entre

individuos en el interior de un determinado contexto social y los sistemas patológicos son descritos en términos de jerarquías disfuncionales que deben reorganizarse en un orden funcional.

Lo antes mencionado es lo que puede considerarse como transición entre la Terapia Familiar Sistémica y el Modelo de Terapia Breve Enfocado a los Problemas, aunque Haley fue quien se propuso el objetivo de lograr una terapia eficaz en corto plazo y él mismo menciona que su tarea consistía en "lograr que el enfermo superara su problema lo más rápido posible" (21), los estudios posteriores señalan que la brevedad no es tan importante como los resultados obtenidos a través de la aplicación de las teorías y técnicas propias del Modelo de Terapia Breve Enfocado a los Problemas.

Para el Modelo de Terapia Breve Enfocado a los Problemas es muy importante el concepto que se tiene del problema. Los problemas consisten en conductas presentes indeseadas, con esto se atribuye escasa importancia a los factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. En cambio se concede importancia a una clara definición de la conducta problemática : qué es, en qué aspectos se considera como problema y para quién. También se otorga importancia al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática, ya que la

conducta no existe independientemente y por su cuenta, sino que está constituida por actos que lleva a cabo una persona.

Además, para que una conducta constituya un problema, tiene que ocurrir de modo repetido. Un único acontecimiento puede tener consecuencias desafortunadas o incluso desastrozas, pero el acontecimiento en sí mismo no puede ser un problema, ya que, por definición, un problema es una dificultad que se prolonga en el tiempo.

Para que una dificultad se convierta en un problema tienen que cumplirse sólo dos condiciones : que se haga frente a una dificultad de manera equivocada y que, cuando no se soluciona una dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución (14).

Los principios fundamentales del Modelo de Terapia Breve Enfocado a los Problemas son los siguientes :

1.- Este es un enfoque orientado al síntoma. Se considera que las conductas sintomáticas, y sus acompañantes círculos viciosos, pueden ser interrumpidos. Se acepta la queja que los clientes traen a la terapia, lo cual implica la responsabilidad de solucionarla.



2.- Se ven los problemas que la gente trae a la terapia (excepto los síndromes psiquiátricos orgánicos) como dificultades situacionales de interacción entre la gente y los problemas. Muy a menudo el problema involucra a un paciente identificado y a su familia; sin embargo, otros sistemas con los que se involucra el paciente, tales como la situación de trabajo, pueden ser importantes.

3.- Se considera que cada problema se origina por las dificultades cotidianas y que, usualmente, involucran adaptaciones a algún cambio de vida que tiene que ser alcanzado por las partes involucradas. Cuando los problemas cotidianos no se resuelven, tienden a incrementarse y a ligarse con otras actividades y en otras interacciones, llegando a la crisis y dando como resultado la formación de síntomas.

4.- Se considera que, aparte de las dificultades fortuitas (enfermedades, accidentes, pérdida del empleo, etc.), las transiciones en el ciclo vital de la familia y las dificultades cotidianas suelen ser la base de los problemas.

5.- Hay dos formas principales en la formación de los problemas : tratar una dificultad ordinaria como un problema (sobreenfatizar) y tratar una dificultad grave como si nada pasara (subenfatar).

6.- Una vez que una dificultad es vista como un problema, su permanencia o exacerbación resulta de las soluciones erróneas intentadas para solucionarlo. Es decir, se considera que las conductas que intentan resolver un problema y no lo hacen, dificultan su solución.

7.- Se considera que el largo establecimiento de los síntomas o de los problemas no les concede un carácter crónico, más bien se considera como la persistencia de una dificultad repetitiva pobremente manejada. Esto es porque una postura pesimista del terapeuta ayuda a hacer más crónica la situación.

8.- Se ha observado que la solución de los problemas requiere primariamente una sustitución de los patrones de conducta para interrumpir el círculo vicioso que la sostiene. Estas conductas nuevas que se le proponen al individuo involucran a los miembros de la familia, en su mayor parte.

9.- Se considera que, para promover cambios benéficos, frecuentemente se pueden proponer conductas aparentemente ilógicas, se puede prescribir un comportamiento que resulta absurdo y paradójico. La explicación ante este tipo de intervenciones es que, cumplir con una tarea absurda da la posibilidad de una solución hasta ahora no intentada.

Además, el carácter inofensivo de las prescripciones ofrece una contribución adicional para aceptarlas y cumplirlas.

10.- Se considera muy importante pensar en pequeño, es decir, enfocar el síntoma presentado y trabajar de manera limitada para resolverlo, de manera que el terapeuta evite perderse en una inmensa cantidad de datos. Si la meta es razonablemente pequeña y clara, el cambio será fácil. Una vez que el paciente ha experimentado un pequeño pero definitivo cambio, la experiencia permitirá auto-inducir cambios en el problema y también en otras áreas de su vida. Es así como se inician los círculos benéficos.

11.- Esta propuesta funda sus teorías en la observación directa de los hechos. Se trata de basar las concepciones y las intervenciones sobre la observación directa en la situación de tratamiento. De esta forma se atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. En cambio se concede importancia a una clara definición de la conducta problemática : cuál es la conducta en el sistema de interacción humana, cómo es que funciona y cómo puede ser alterada de la manera más efectiva.

Abordar un problema de acuerdo a los principios ya mencionados conduce a la aplicación de un proceso que se establece en cuatro etapas (49) :

a) Una clara definición del problema en términos concretos.

b) Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.

c) Una clara definición del cambio concreto a realizar.

d) La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dichos cambios.

a) A fin de poder resolver el problema, éste ha de ser tratado como problema. Hay que traducir en términos concretos un problema vagamente formulado para permitir la distinción crucial entre problemas y pseudoproblemas. Ya que si se trata de un pseudoproblema, esta primera etapa sirve no para solucionar, sino para disolver la queja. Si no se trata de un pseudoproblema, esta primera etapa revelará el problema en términos tan concretos como sea posible, y ello constituye una lógica condición previa en la búsqueda de una solución.

b) Una cuidadosa exploración de las tentativas de solución, no sólo muestra qué cambio no ha de ser intentado, sino también revelará qué es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada y dónde ha de ser aplicado el cambio.

c) El establecer una meta concretamente definible y prácticamente alcanzable protege al cliente de quedar encerrado en soluciones erróneas y se evita complicar el problema. Es en esta etapa en la que se va moldeando la brevedad de la terapia y que, aparte de definir una meta en términos concretos, se tiende a limitar en el tiempo el proceso de cambio. Si en la segunda etapa se encuentra lo que mantiene al problema ahora y aquí, en la tercera se puede establecer la meta que lleve a romper el círculo vicioso que lo sostiene.

d) En la formulación de un plan para poner en marcha se deben tener en cuenta algunos principios generales :

-- el objetivo de cambio es la solución intentada, pero equivocada.

-- la táctica elegida ha de ser traducida al propio "lenguaje" de la persona, es decir, ha de ser presentada en una forma que utilice su propio modo de conceptualizar la realidad.

-- la paradoja desempeña un papel tan importante en la solución como en la formación de un problema. La prescripción del síntoma es un ejemplo y es el modo más poderoso y elegante de resolver un problema.

Se debe señalar que, cumplir con los pasos de este proceso, no significa que es una regla segura para lograr el éxito, ya que toda intervención bien planificada choca con la misma resistencia que ha hecho imposible que el interesado llegue a solucionar su problema. Suele encontrarse el terapeuta con el hecho de que los sufrimientos anímicos despiertan en el paciente la disposición de hacer todo lo posible para eliminarlos. Entonces se hace necesario conciliar la prescripción y la ejecución práctica de ésta. Respecto al tema de las prescripciones y de la resistencia, los autores señalan lo siguiente : el encargo que se hace debe ser siempre aceptable, sobre todo no debe ser humillante o denigrante; tampoco debe llevar aparejadas grandes dificultades o considerables gastos; y, además, debe dar la impresión de ser sólo un aspecto secundario de la cuestión. En principio, las pequeñas prescripciones de comportamiento son más eficaces que las de mayor entidad : las que piden una acción concreta y determinada son más seguras y fiables que las que sólo se limitan a una verbalización (50).

El proceso de tratamiento sugerido por los autores de este modelo en el Centro de Terapia Breve incluye los siguientes pasos :

1.- Introducción al modelo de tratamiento. Ya sea que el paciente haya acudido personalmente a concertar una cita o

lo haya hecho por teléfono, antes de entrar al cuarto de tratamiento es recibido por la secretaria, quien llena un formato con datos demográficos y, posteriormente, lo conduce al cuarto de tratamiento. Una vez allí, el terapeuta comienza por explicar los arreglos físicos y de organización, mencionando sus ventajas; al final de esto solicita por escrito el consentimiento del paciente. El terapeuta también le dice al paciente que, una vez comenzado el trabajo, se cuenta con un máximo de 10 sesiones para concluirlo; esto ayuda a establecer expectativas de cambio rápido.

2.- Definición del problema. Ya que el modelo de tratamiento se enfoca a los síntomas, lo primero que se quiere obtener es una presentación del problema clara y explícita. Tan pronto como el terapeuta haya obtenido una breve información de quién refirió al paciente al Centro, y de tratamientos previos, preguntará cuál es el problema que lo ha traído a consulta.

3.- Estimación de las conductas que mantienen el problema. El terapeuta primero pregunta simplemente al paciente y a cualquier miembro de la familia cómo es que se ha tratado de conducir el problema. Esta sola pregunta puede conducir rápidamente a un panorama de lo que mantiene el problema. Si no es así, el terapeuta puede inquirir a concretar la conducta en detalle con la cooperación de todos, pero sin

confrontarlos. Entonces el terapeuta observará cómo discuten el problema y cómo lo manejan, incluyendo cómo interactúan. Es probable que se enlisten una serie de cosas que se juegan en el mantenimiento del problema, pero el trabajo breve demanda la elección de prioridades. En base a la observación y la experiencia se debe juzgar cuál es la conducta que parece más crucial.

4.- Establecimiento de las metas del tratamiento. Establecer una meta entre terapeuta y paciente actúa como una sugestión positiva al cambio en el tiempo concedido y provee un criterio de complicidad terapéutica entre ambos. Se deben establecer metas claras en términos observables, conductas concretas que minimicen cualquier posibilidad de incertidumbre o negación posterior. Hay que recordar "pensar en pequeño". Usualmente se pregunta "en lo más mínimo, ¿qué conducta podría indicarle que ya se ha dado un paso definitivo hacia la solución de su problema?". Sin embargo, a menudo los pacientes hablan de sus problemas en términos vagos y pasajeros, desperdiciando los esfuerzos para estructurar en términos de conducta específica. Entonces el terapeuta debe concretar las preguntas y, además, discutir, clarificar y ofrecer ejemplos de posibles metas a considerar. El terapeuta es capaz, directa o indirectamente, de lograr el establecimiento de una meta que parezca lo suficientemente explícita y apropiada para el problema, sin embargo, en algunos casos no es capaz de



lograrlo. Si el paciente insiste en establecer sólo metas vagas e inestables, o se estanca en explicitar una meta, la cual el terapeuta juzga inapropiada para su problema, entonces no se debe discutir en lo que aquél insiste, ya que se puede establecer privadamente la propia meta del terapeuta, o equipo terapéutico para el caso.

Se tiene el objetivo de establecer una meta definitiva en la segunda sesión, aunque se puede revisar la meta original en el curso del tratamiento, o añadirse metas secundarias.

5.- Selección y diseño de las intervenciones. Una vez que se ha formado un panorama de la conducta centrada en el problema y se ha estimado qué conducta diferente podría conducir a la meta específica seleccionada, la tarea es intervenir para promover tal cambio.

Ya que el objetivo es producir un cambio en la conducta, no es necesario hacer uso del "insight", además las sugerencias o prescripción de cambios en la conducta no requieren de interpretaciones. Al hacer uso de interpretaciones que conducen al "insight" podría pensarse que "esa verdad" sería útil en la reestructuración de la conducta problema, pero ésta no es la creencia en este modelo de terapia. Muchas veces la reestructuración o reetiquetación de las conductas problemáticas o sus

acompañantes, es suficiente, sobre todo con los pacientes rígidos, ya que no requieren de cambio en la conducta abierta, pero sí se requiere de la participación activa del paciente o sus familiares como resultado de tal reestructuración.

Bajo este enfoque, se intenta acercarse a un conocimiento muy particular del paciente, conocer "en qué mundo vive", ya que de sus características depende su acceso a la terapia. Se considera que las características de individuos diferentes no son obstáculos o deficiencias, sino niveles potenciales útiles en las intervenciones del terapeuta.

Ya que lo principal es el cambio de la conducta abierta, es importante lograr que la gente deje de hacer las cosas que mantienen el problema y que haga otras que pueden conducir hacia la meta del tratamiento. Para lograr esto es más importante sugerir un cambio más que ordenarlo. Se pueden sugerir sólo acciones que parezcan menores al paciente, pero que para el terapeuta representan el primero de una serie de pasos que se darán en torno a la dificultad central.

Generalmente la instrucción paradójica involucra la prescripción de la conducta y parece una oposición a las metas establecidas. La instrucción paradójica es usada más

frecuentemente en la forma de "prescripción del síntoma" y su aparente fomento de conductas sintomáticas o indeseable, ante las cuales se expresa "hacer cualquier cosa menos eso", la pone bajo control. Hay que recordar que para el paciente sólo son sugerencias, pero para el terapeuta es importante hacer que se cumplan.

Aunque muchas de las sesiones de tratamiento incluyen sólo un terapeuta y un paciente, se consideran y utilizan las relaciones interpersonales constantemente. Un aspecto de esto se refiere a no trabajar únicamente con el "paciente identificado". Si se considera el problema en términos de un sistema de relaciones que lo mantiene (involucrando las relaciones con otras personas), entonces son útiles las intervenciones que se dirigen hacia alguna otra persona, además del "paciente identificado". Por otro lado, se considera que el terapeuta y los observadores constituyen un sistema que es usado frecuentemente para facilitar el tratamiento. Ante este otro problema resultan importantes las estrategias que pueden surgir en la interrelación del terapeuta y los observadores.

6.- Terminación del tratamiento. Ya sea que el caso cubrió el límite de 10 sesiones, o que las metas fueron alcanzadas antes, por lo regular se hace una breve revisión del curso del tratamiento con el paciente, señalándole cualquier aparente ganancia y dándole el máximo crédito por estos

logros; también se debe hacer notar algún aspecto no resuelto. También se le habla al paciente acerca de la futura entrevista de seguimiento, tres meses después de la terminación del tratamiento. Se recuerda a los pacientes que el tratamiento no intentó alcanzar soluciones finales, sino iniciar una apertura en la cual ellos mismos podrían construir sus propias soluciones.

En un mínimo de casos, y sólo con los paciente negativos, se puede tomar un lado opuesto, minimizando cualquier resultado positivo del tratamiento y mostrando escepticismo acerca de cualquier progreso en el futuro.

En ambas circunstancias se persigue el mismo fin de extender la influencia terapéutica más allá del período actual de contacto.

Los autores de este modelo consideran que si la psicoterapia es llevada seriamente, no sólo debe interesar una exploración de la experiencia terapéutica, sino que también debe ser evaluada ésta. Consideran la tarea esencial de la evaluación como una comparación sistemática de lo que el tratamiento se propone hacer y de sus resultados observables. Ya que la meta es cambiar la conducta del paciente en aspectos específicos para resolver la principal problemática presentada, la evaluación entonces se basa en las siguientes dos preguntas :

-- ¿cambió la conducta como se planeó?

-- ¿ha sido remediado el problema?

El Centro de Terapia Breve del M. R. I. cuenta, entre sus servicios con una entrevista de seguimiento, en la cual, un entrevistador que no participó en el tratamiento, realiza las siguientes preguntas : ¿la meta específica del tratamiento fue lograda?, ¿que ha pasado con el problema principal?, ¿ha sido necesario acudir a otro tratamiento desde que se concluyó la terapia?, ¿ha ocurrido alguna mejoría en otras áreas no tratadas en la terapia? y ¿ha surgido algún nuevo problema?.

Los resultados que este grupo ha obtenido proporcionan una evidencia considerable acerca de la utilidad de sus conceptos generales, acerca de los problemas humanos y su manejo práctico. También hacen notar que el uso de este trabajo es efectivo en problemas personales y psiquiátricos, ofreciendo una reducción en la longitud del tratamiento y el correspondiente incremento en el número de pacientes atendidos, lo cual de ninguna manera sacrifica su efectividad. De hecho, esta propuesta presume de ser ordinariamente efectiva en una gran variedad de problemas tales como : desórdenes en el carácter, dificultades maritales, psicosis y problemas generalmente crónicos. Además no se restringe a pacientes con un alto nivel de

educación, ni de clase media, sino que es aplicable a pacientes de cualquier nivel (52).

Este Modelo de Terapia Breve Enfocado a los Problemas es el que se ha considerado conveniente aplicar a la población del C.A.P.E.P. Miguel Hidalgo, debido a que sus planteamientos teóricos y prácticos parecen más accesibles de ajustarse a los lineamientos normativos de la institución y de llevarse a la práctica por el tipo de problemática que la población presenta.

En el próximo capítulo se planteará con mayor detalle lo antes mencionado, ya que no es más importante ajustarse a los lineamientos normativos que rigen en la institución, como el poder lograr tratamientos exitosos con una gran variedad de población y problemáticas en las que todas parten de un mismo origen : el "paciente identificado" es el menor que se encuentra cursando su etapa preescolar y, hasta el momento, sólo se ha percibido la necesidad de ayudarlo acudiendo a las terapias que para él se han sugerido.

### CAPITULO III : PROPUESTA DE TERAPIA FAMILIAR BREVE PARA EL C.A.P.E.P. "MIGUEL HIDALGO"

La propuesta de Terapia Familiar Breve que a continuación se presenta para aplicar en el C.A.P.E.P. Miguel Hidalgo, se ha considerado como la más apropiada, tomando en cuenta las características de la institución y las características de la población.

Dicha propuesta está basada en los siguientes supuestos básicos (39, 52) :

1.- Es un tratamiento sistémico. Es decir, que desde el punto de vista sistémico, se toma a la familia como un sistema abierto, en constante transformación e intrínsecamente activo.

2.- Es un tratamiento estratégico, es decir, el plan de tratamiento se elabora específicamente de acuerdo a las características particulares de cada caso.

3.- Se considera que la alteración emocional en la familia es un fenómeno interpersonal; la salud de cada miembro afecta directamente a cada uno de los demás miembros y, cuando uno de ellos presenta síntomas, los demás también resultan afectados.

4.- Se considera que la familia es un sistema organizado, con una estructura propia. Se asume que las conductas disfuncionales reflejan una estructura inadecuada que puede cambiar al resolverse el conflicto.

5.- Se considera que la comunicación disfuncional en la familia puede ser un aspecto generador de problemas, o bien, una consecuencia de otros conflictos.

6.- Es un modelo de tratamiento enfocado al síntoma y sus acompañantes círculos viciosos.

7.- Es un modelo de tratamiento que se puede aplicar a casi todos los problemas presentados. Sólo se exceptúa a personas con síndromes psiquiátricos.

8.- Se considera que los problemas que la gente presenta pueden estar íntimamente relacionados con cambios en el ciclo vital de la familia.

9.- Se considera que los problemas consisten en conductas presentes indeseadas, que se realizan de modo repetido y que se prolongan en el tiempo.

10.- Se asume que hay formas principales en la formación de los problemas humanos : sobreenfatizar (tratar una



dificultad ordinaria como un problema) y subenfaticar (tratar una dificultad grave como si nada pasara).

11.- Se considera que, para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones : que se haga frente a la dificultad de manera equivocada y que, cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución.

12.- Se asume que la solución de los problemas requiere, primariamente, una sustitución de los patrones de conducta para interrumpir el círculo vicioso que los sostiene. Estas conductas nuevas que se le proponen al individuo o a la familia involucran a todos los miembros de la familia.

13.- Se considera muy importante pensar en pequeño, es decir, enfocar el síntoma presentado y trabajar de manera limitada para resolverlo. Si la meta es razonablemente pequeña y clara, el cambio será fácil. Una vez que el paciente ha experimentado un pequeño, pero definitivo cambio, la experiencia le permitirá auto-inducir cambios en el problema y también en otras áreas de su vida. Es así como se inician los círculos benéficos o cambios en cadena.

14.- Se considera que, para promover cambios benéficos, frecuentemente se pueden proponer conductas aparentemente

ilógicas : se suele prescribir un comportamiento que resulta absurdo y paradójico. Se asume este tipo de intervenciones ya que, cumplir con una tarea absurda, da la posibilidad de una solución hasta ahora no intentada por la familia.

15.- Se considera que la gente cambia por actuar diferentemente. Un sistema emocional responde a una acción, más que a una interpretación.

16.- Se considera que el cambio puede ser inmediato. Aunque las reverberaciones y asimilación del cambio tomen lugar a lo largo del tiempo, el cambio puede ser colocado inmediatamente.

17.- Se considera que los resultados del cambio inmediato pueden ser tan duraderos como los de un cambio gradual, ya que pueden ser autorreforzados y amplificadas por sí mismos sobre el tiempo.

18.- La proporción del cambio está relacionada a las expectativas del terapeuta. La creencia del terapeuta de que el cambio inmediato es posible y deseable, tiene gran influencia sobre la dimensión del cambio.

En este enfoque de orientación estratégica, la planificación requiere una precisión mucho mayor que

algunas terapias de larga duración, en las que se suele considerar que cada sesión constituye una entidad separada y no un segmento de un tratamiento global bien planificado. La planificación de la presente propuesta pone especial acento en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia.

Aunque es evidente que, por más que se planifique, no podrán preverse todos los aspectos posibles del tratamiento. A continuación se presenta el proceso de tratamiento teniendo presente que, cualquier plan que se adopte, necesitará ser reconsiderado a medida que el tratamiento va avanzando y surjan dificultades imprevistas, o también cambios positivos, que obliguen al terapeuta a cambiar de planes.

- 1.- Encuadre o introducción al modelo de tratamiento.
- 2.- Cuestionamiento y definición del problema.
- 3.- Estimación de las conductas que mantienen el problema y de las soluciones hasta ahora intentadas.
- 4.- Establecimiento de las metas de tratamiento.

5.- Selección y diseño de las intervenciones : formular tácticas concretas.

6.- Terminación del tratamiento.

#### 1.- ENCUADRE E INTRODUCCION AL MODELO DE TRATAMIENTO

Antes de proceder a informar a los miembros de la familia acerca del modelo de tratamiento, se debe hacer la presentación del equipo terapéutico que estará formado por dos psicólogos, indicando que ambos estarán presentes durante todo el tratamiento con el fin de cooperar mutuamente en el diseño de las intervenciones y poder lograr una terapia eficaz. La dirección de las sesiones estará a cargo de uno de los dos especialistas, pero el análisis del caso se realizará en conjunto y las opiniones y sugerencias de ambos serán comentadas con la familia en la sesión de terapia. Asimismo, las intervenciones terapéuticas y las estrategias específicas deberán ser planeadas por ambos terapeutas. (A partir de este momento se puede encontrar que se habla de la persona del terapeuta en singular, porque es uno quien dirige la sesión, sin embargo se aclara que se trata de un equipo terapéutico).

Tomando en cuenta que la familia que es canalizada a este tratamiento ya pasó por un proceso de evaluación al

niño considerado como "paciente identificado" y una breve entrevista con los padres del menor, acerca del motivo de consulta, en la primera sesión se establecerán los aspectos particulares acerca de la terapia. Ya sea que acudan ambos padres, uno de ellos o algún tutor, se les informará que es importante la asistencia de ellos a la sesión de terapia y que, para lograr el éxito en la misma, ellos son los que tienen que realizar las tareas que se propongan.

Asimismo es importante señalar que el tratamiento consistirá en un corto período que se ha establecido de 10 a 12 sesiones a las cuales acudirán semanalmente en el horario asignado, cada sesión tendrá una duración de 50 a 60 minutos.

Una vez establecidos los lineamientos de trabajo, se explorará con los asistentes acerca del motivo de canalización del menor preescolar a C.A.P.E.P. y acerca de sus expectativas respecto al tratamiento familiar; una vez mencionados estos aspectos y subsanadas las dudas que pudieran surgir, entonces los asistentes a la terapia firmarán el compromiso de asistir, hasta su culminación, al tratamiento de psicoterapia familiar.

## 2.- CUESTIONAMIENTO Y DEFINICION DEL PROBLEMA.

El paso número dos se inicia también en la primera sesión. A partir de este momento no se puede señalar cuánto debe durar cada paso del proceso terapéutico, pero sí es importante mantener el orden del mismo.

En este aspecto se debe comenzar a definir el problema de manera clara y explícita. Es muy posible que se tenga que hacer una redefinición del problema ya en términos sistémicos, es decir, tratando de evitar el señalamiento del paciente identificado como el único problema que se tiene que resolver en la terapia. Al ir asumiendo que el problema se encuentra en el sistema familiar, la familia irá planteando las causas que han provocado el o los síntomas que ahora los traen a terapia. Cabe recordar que en este punto se define el problema desde su origen, pero no en el pasado, sino señalando en el presente la participación que cada miembro de la familia tiene en los acontecimientos conflictivos. Es importante tratar con delicadeza este aspecto, ya que algunos miembros de la familia tendrán que asumir su responsabilidad en el surgimiento de los síntomas. Se sugiere tratar como parte responsable y no culpable a los involucrados para evitar posibles resistencias a la terapia (37).

### 3.- ESTIMACION DE LAS CONDUCTAS QUE MANTIENEN EL PROBLEMA.

Una vez que se ha definido el problema real u origen del problema, se cuestionará a la familia acerca de lo que han hecho para enfrentarlo, evadirlo o para solucionarlo. Al igual que en todos los demás pasos del proceso terapéutico, el tratamiento o actitud del terapeuta debe centrarse en el objetivo del momento; si la familia no es capaz de presentar un panorama de lo que mantiene el problema, entonces el terapeuta puede invitar a todos los presentes a concretar, permitiéndoles discutir el problema, pero sin confrontarlos. Esto da al terapeuta la oportunidad de observar cómo interactúan los miembros de la familia y detectar hasta qué punto realmente algún miembro de la familia, que tuvo que asumir responsabilidades en el paso anterior, continúa con una actitud comprometida.

Es probable que la familia presente una lista de situaciones que giran alrededor del problema y esto puede ser un indicador de que la familia ya está colaborando, no obstante se debe insistir en encontrar qué es lo que verdaderamente mantiene el problema, de manera que el terapeuta pueda visualizar el círculo vicioso en el que se encuentra la familia y, al mismo tiempo, detectar qué es lo que se debe evitar en los siguientes pasos. Al explorar las conductas que mantienen el problema, el terapeuta tiene la creencia de que las soluciones que ha intentado la familia son las que lo mantienen. Por eso se dice que al

tener claramente establecido lo que la familia ha hecho ante el problema, el terapeuta sabrá qué es lo que va a evitar.

Por todo lo anterior se considera que éste es el punto clave para la terapia, pues sirve para planificar las futuras intervenciones de manera estratégica. Consecutivamente para la familia, también se va volviendo un punto clave ya que ésta se da cuenta de que todo lo que han hecho para solucionar el problema, no ha servido más que para exacerbarlo (37).

#### 4.- ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DE TRATAMIENTO.

La participación de la familia en el establecimiento de las metas de tratamiento es de suma importancia, ya que sólo a través de lo que la familia se plantea como objetivo a lograr en su beneficio, es posible comprometerla a una plena colaboración y cumplimiento de las tareas que posteriormente se le sugiera.

El terapeuta debe informar a la familia que la brevedad de la terapia conduce a establecer pequeñas metas, las cuales deberán ser claras y en términos observables, que las metas deben consistir en conductas concretas que eviten confusión y posibles resistencias en el futuro. El terapeuta deberá preguntar a la familia: "qué conducta



concreta podrá indicarles que ya se ha dado un paso definitivo hacia la solución de su problema".

Es muy posible que entre los miembros de la familia surjan diversos puntos de vista o incluso desacuerdos. En este momento, al igual que en el paso anterior, el terapeuta deberá lograr que la familia llegue a un acuerdo sobre una meta prioritaria, esta deberá ser una conducta que pruebe a todos que, con ese cambio, se estará confirmando una solución fidedigna y beneficiosa para todos.

Es conveniente que si el terapeuta percibe más de una meta como prioritarias, entonces pacte con la familia en trabajar primero con una de ellas y, en la medida de su eficiencia y compromiso, se pueden establecer o reestructurar intervenciones posteriores, pero sin perder de vista la brevedad de la terapia (37).

#### 5.- SELECCION Y DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES : FORMULAR TACTICAS

Este es el paso del proceso terapéutico en el que el terapeuta pone en juego su habilidad como tal. En este punto intervienen su formación teórica, su experiencia, su conocimiento de la familia y el problema y su creatividad para planificar el trabajo.

El equipo terapéutico debe asumir que lo más importante es el cambio de la conducta abierta, observable y concreta, por lo cual es esencial que la gente deje de hacer las conductas que mantienen el problema y que haga otras que pueden conducir a la meta que ya ha sido fijada.

El equipo terapéutico debe tomar en cuenta que, cualquiera que sea su intervención, ésta debe involucrar al sistema familiar, el cual debe aceptar de antemano cumplir con la tarea que se asigne.

Cualquiera que sea la táctica elegida, el terapeuta debe presentarla a la familia en su "propio lenguaje", es decir, ha de presentarla en una forma que utilice el propio modo de la familia de conceptualizar la realidad. Aquí el terapeuta ya debe de tener un conocimiento muy particular de la familia y puede haber encontrado que ésta sufre por una contradicción entre lo que las cosas son y lo que, de acuerdo con su visión del mundo, deberían ser. Ante tal situación quedan dos alternativas a seguir : una intervención activa que acomode, en mayor o menor grado, el medio ambiente a la visión del mundo que tiene la familia; o bien, acomodar la visión del mundo que tiene la familia a las circunstancias inamovibles del medio ambiente (éste es el objetivo del trabajo terapéutico).

Lograr intervenir adecuadamente en este último aspecto es una consecuencia de haber aprendido el lenguaje de la familia en los pasos anteriores.

En la Terapia Breve Enfocada los Problemas las intervenciones del terapeuta se pueden dividir en dos grandes categorías. Una de ellas se puede denominar Intervenciones Generales y la otra Intervenciones Principales.

#### INTERVENCIONES GENERALES

Estas consisten en el conjunto de acciones, actitudes y comunicación terapéuticas. Esto se refiere a las maniobras terapéuticas y a la comunicación entre terapeuta y paciente durante el tiempo en que se interrelacionan; es decir, todo lo que acontece dentro de la sesión de terapia. Estas intervenciones pueden observarse casi en cualquier momento del tratamiento y son lo bastante diversas para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar, por sí mismas, el problema de la familia. A continuación se presentan algunas de ellas (50) :

- a) Aprender a hablar el lenguaje del paciente
  
- b) La reestructuración

- c) Evitar las formas lingüísticas negativas
- d) El uso de la paradoja y la comunicación paradójica
- e) El uso de la resistencia
- f) El uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico
- g) No apresurarse
- h) Los peligros de una mejoría
- i) Un cambio de dirección
- a) APRENDER A HABLAR EL LENGUAJE DEL PACIENTE

Este es el primer procedimiento que debe aplicar el terapeuta a lo largo de todas las sesiones, ya que representa un estilo de comunicación fundamental en la terapia estratégica. Esto significa escuchar, aprender y emplear el lenguaje del paciente y se trata de una técnica comunicativa que permite al terapeuta encontrarse rápidamente en disposición de influir en el comportamiento de los demás.

## b) LA REESTRUCTURACION

Es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado.

Las reestructuraciones pueden ser artes comunicativas puramente verbales, o bien, también determinadas acciones del terapeuta que conducen a la persona a un desplazamiento de la perspectiva. Se puede afirmar, en sentido general, que cada una de las estrategias terapéuticas descritas en este apartado de Intervenciones Generales, representan una forma de reestructuración en cuanto que todas tienden, mediante diversos procedimientos, a modificar el punto de vista y la conducta de los pacientes.

## c) EVITAR LAS FORMAS LINGUISTICAS NEGATIVAS

Esta categoría se encuentra íntimamente ligada a las dos ya mencionadas, que hasta puede decirse que no es más que una puntuación de las mismas. La experiencia de terapeutas familiares ha puesto en evidencia que el uso de enunciados negativos respecto a las conductas o ideas del

paciente, tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo hacia la persona del terapeuta y, por ende, hacia el proceso terapéutico. Partiendo de esto, en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aún cuando ésta sea absolutamente errónea o disfuncional, resulta mucho más eficaz gratificar a la persona por las conductas y actitudes positivas que tienen y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta.

#### d) EL USO DE LA PARADOJA Y LA COMUNICACION PARADOJICA

La paradoja es un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda lógica racional; consiste en una clase de enunciados que resultan, al mismo tiempo, verdaderos y falsos, correctos y erróneos. Terapéuticamente la paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de "soluciones ensayadas" que el paciente o la familia presenta en forma obstinada, por la simple razón de que ponen en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella. Existen diversas maneras de utilizar las paradojas en terapia, las cuales van desde prescripciones paradójicas (que corresponden a la categoría de Intervenciones Principales, y ahí se describirán) hasta las formas de acción y comunicación paradójicas a lo largo de las sesiones.

#### e) EL USO DE LA RESISTENCIA

Una de las técnicas más refinadas de la paradoja y que ha logrado gran aplicación en la terapia, es el aprovechamiento de la resistencia. Contrariamente a la interpretación clásica que se hace de la resistencia en los tratamientos tradicionales, se considera que es funcional emplear su fuerza con fines terapéuticos. Se considera provechoso que la resistencia misma primero se prescriba paradójicamente y luego se utilice. Se procede creando un "doble vínculo" terapéutico que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia o rigidez para con el terapeuta llegue a ser una prescripción, y sus reacciones un avance en la terapia. De modo que la función prioritaria de la resistencia queda anulada mientras que se utiliza su fuerza para promover el cambio; la resistencia prescrita, de hecho, deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento.

#### f) EL USO DE ANECDOTAS, RELATOS Y LENGUAJE METAFORICO

Otra importante modalidad de comunicación terapéutica es el uso de metáforas y el recurso, durante el coloquio clínico, del relato de anécdotas, breves historias o episodios acaecidos a otras personas. Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la

comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes de las diversas situaciones de un relato.

g) NO APRESURARSE

Esta es una táctica que puede aplicarse con aquellos pacientes que ejercen presión sobre el terapeuta, pidiéndole con urgencia una acción curativa, en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran. También se sugiere adoptar esta actitud (salvo algunas excepciones) cuando el paciente, después de haberse sometido a una intervención concreta, ha vuelto a la siguiente entrevista informando sobre una mejora específica y deseada. Aunque no se utilice concretamente el mandato de avanzar sin prisa, se evitará cualquier indicación de claro optimismo y de estímulo adicional; es preferible reconocer que se han producido buenas noticias asumiendo una expresión preocupada y explicando que, por deseable que resulte el cambio, es un cambio demasiado rápido que intranquiliza al terapeuta. Se considera de utilidad esta táctica porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, cosa que provoca en dicho paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta a continuación. De



acuerdo con los principios básicos de este modelo de terapia, se trata de que el paciente abandone sus exagerados esfuerzos por solucionar el problema, ya que no hacen más que perpetuarlo.

#### h) LOS PELIGROS DE UNA MEJORIA

En cierto sentido, esto puede considerarse como una ampliación o variante de la intervención anterior de "no apresurarse", pero se aborda por separado ya que tiene objetivos un poco diferentes y, a menudo, se aplica a determinadas clases de resistencia. Esta táctica consiste en preguntar al paciente si se halla en condiciones de reconocer y enfrentar los peligros inherentes a la solución del problema; en la mayoría de los casos el paciente responderá rápidamente que no puede haber ningún peligro; sin embargo, el terapeuta siempre puede exponer algún posible inconveniente para el paciente o para alguien cercano a él si se logra la mejoría. Esta postura puede asumirse para diversos objetivos : para ampliar el "no apresurarse", para aumentar la motivación del paciente a colaborar con la terapia o para presionar al paciente a que obedezca nuevos encargos después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

## 1) UN CAMBIO DE DIRECCION

Por cambio de dirección se entiende que el terapeuta varía de postura o estrategia y, al hacerlo, le ofrece al paciente una explicación acerca de dicha variación. Este cambio puede ser mínimo o puede dirigirse hacia un camino totalmente contrario al que se habían dirigido las estrategias anteriores. Si el terapeuta se da cuenta de que va en dirección equivocada, hay que invertir el rumbo para lograr el objetivo deseado.

Suele requerirse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el paciente y no se da cuenta de este fenómeno. El cambio de dirección también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el paciente accede, pero más tarde se muestra como no productivo.

En cuanto el terapeuta se da cuenta de la necesidad de un cambio de dirección, deberá llevarlo a cabo inmediatamente. Resulta más fructífero y fácil que el terapeuta afirme que ha estado pensando mucho en el problema y en lo que ha ocurrido en las sesiones anteriores y que, al reflexionar, se ha dado cuenta de que había pasado por alto algún elemento, o no le había concedido la importancia suficiente a algún punto que se había planteado con anterioridad; como consecuencia, ahora está en

condiciones de ver que había tomado un camino equivocado y de que se requiere un enfoque muy distinto.

#### INTERVENCIONES PRINCIPALES

La otra gran categoría de intervenciones terapéuticas, que aquí se denominan Intervenciones Principales, se utilizan después de haber recogido los datos suficientes acerca del problema y de la familia, y de haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Estas intervenciones generalmente consisten en prescripciones de comportamiento que ha de cumplir la familia fuera de la sesión, en su vida cotidiana; es lo que sucede en el intervalo que media entre un encuentro terapéutico y el siguiente.

Se considera que, para que se de el cambio, hay que pasar por experiencias concretas y, desde este punto de vista, las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir éstas experiencias concretas de cambio más allá de la situación terapéutica. Esto último es un factor que merece suma atención, porque el hecho de que el paciente actúe en forma activa, sin la presencia directa del terapeuta y en su actividad habitual cotidiana, es la mejor demostración que puede darse a sí mismo con relación a su capacidad de cambiar la situación problemática. Una vez vivida, esta experiencia se

constituye en prueba tangible e indiscutible, concreta y real de la posibilidad de superar las propias dificultades. Esto lleva, evidentemente, a la apertura de nuevas perspectivas de percepción y reacción ante la realidad problemática, es decir, a la ruptura de los ciclos viciosos de soluciones ensayadas que mantienen o mantenían el problema (14).

Esta categoría de Intervenciones Principales puede dividirse en tres tipos de prescripciones :

- a) Prescripciones directas
- b) Prescripciones indirectas
- c) Prescripciones paradójicas

a) PRESCRIPCIONES DIRECTAS

Son aquella clase de indicaciones directas y claras acciones que el paciente tiene que hacer, y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos de cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles la clave de la

resolución del problema; se les prescribe la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen (se puede prescribir sencillamente romper con el círculo vicioso de soluciones ensayadas).

La otra función habitual de las prescripciones es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, la capacidad del paciente de hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas mediante acciones conscientes progresivas. A tal fin se prescribe directa y explícitamente al sujeto la tarea que tiene que hacer y se le explica el programa progresivo de prescripciones directas.

Algunos ejemplos de este tipo de prescripciones pueden ser los siguientes :

-- Menos de lo mismo : que consiste en aplicar menos resistencia al problema o aplicar menos las soluciones ensayadas, ya que estas lo perpetúan.

-- Descubrir lo encubierto : que consiste en aclarar con el paciente que al "hacer más de lo mismo" que ha hecho para solucionar el problema, surgirán a la luz las causas que

realmente lo provocan y/o las que lo pueden anular definitivamente.

-- Divulgar en lugar de ocultar : este tipo de intervención se utiliza cuando la persona afectada no puede dejar de hacer algo que debería dejar de hacer o, por el contrario, le gustaría hacer algo que no puede hacer. En estos casos la solución intentada ha consistido en ocultar dicha dificultad; la solución supone una completa inversión de la solución intentada hasta entonces : en lugar de intentar ocultar el sintoma, se le divulga.

-- Sabotaje benévolo : esta es una intervención que se sugiere generalmente en las crisis que se dan en la familia con un hijo adolescente que se muestra rebelde, agresivo, no estudia, es desagradecido, no recoge su cuarto, etc. Los padres, en lugar de seguirle reprendiendo por su conducta, adoptarán una posición basada en admitir francamente ante su hijo, que son incapaces de controlar su comportamiento; pero, a partir de entonces, se mostrarán torpes y descuidados. Es decir, dejarán al hijo hacer lo que quiere pero "sin querer" sabotearán sus acciones. Para aplicar esta técnica se ha de prestar gran atención a la medida en que los padres aceptan colaborar conjuntamente en la tarea, ya que si existen escasas perspectivas de apoyarse firmemente, esto no dará resultado.

-- Pacto con el diablo : esta es una maniobra que permite al terapeuta abordar el dilema de los pacientes que se sienten desesperados por encontrar la solución a su problema de manera eficiente y rápida y también el de aquellos pacientes que no se animan a dar el paso definitivo de la solución, ya que ellos saben que "son ineptos" y corren un "auténtico riesgo de fracasar".

La táctica consiste en decir al paciente que existe un plan que hará muy probable el logro de su objetivo, pero que seguramente lo rechazará si se le presenta meramente como otra sugerencia y, por lo tanto, sólo se le revelará si primero promete llevarlo a cabo, sin tener en cuenta lo difícil, inconveniente e irracional que parezca. Sin darle más detalles, tan sólo se le dice que la ejecución del plan está dentro de sus posibilidades y capacidad, y que no será peligroso ni caro. Si el paciente dice "no", entonces tendrá que reconocer que su problema no es tan importante o urgente, en cuyo caso carece de importancia cualquier tipo de psicoterapia; si el paciente acepta, entonces se compromete a seguir una orden de otra persona sin ninguna oportunidad de examinarla mediante la razón y la lógica.

## b) PRESCRIPCIONES INDIRECTAS

Estas son imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas, se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica de desplazamiento del síntoma; por lo general se atrae la atención del paciente hacia alguna otra situación problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

En otras palabras, la atención del síntoma se desplaza hacia la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un "conflicto benéfico". Pero lo más importante para el paciente es que se le demuestra, a través de una experiencia concreta, que él es capaz de controlar y anular sus síntomas.

Estas intervenciones (debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio, en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que se den cuenta de ello) desempeñan un papel fundamental en cualquier tratamiento estratégico. Permiten realmente una rápida y eficaz ruptura de la envarada situación de acciones y retroacciones disfuncionales.



### c) PRESCRIPCIONES PARADOJICAS

Las prescripciones paradójicas, al igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y, por ello, son de gran utilidad en la fase prioritaria de ruptura del sistema que controla el problema.

Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, por ejemplo coacciones de repetición, obsesiones o comportamientos compulsivos, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, ya que de esta manera se coloca a la persona en la situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable, y que siempre ha intentado evitar. También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable.

Para que las prescripciones, en todas sus formas, puedan ponerse en práctica y resulten efectivas, se requiere estudiarlas atentamente y presentarlas al paciente como verdaderos y auténticos imperativos indispensables, recurriendo a las técnicas de comunicación terapéutica ya mencionadas.

Finalmente, las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión.

Después de haber realizado cada una de las prescripciones hay que proceder siempre a redefinir el resultado y felicitar al paciente, la familia o los miembros de ésta por la capacidad que han demostrado. Se les hace tomar conciencia de que los problemas que les parecían invencibles pueden superarse con cierta comodidad, y que ellos mismos lo han demostrado con las acciones que han llevado a cabo.

Como ya se mencionó, las prescripciones pueden formularse según diversas modalidades y abarcar las más diversas clases de acciones : simples tareas que han de realizarse en casa, rituales complicados o acciones que aparentemente nada tienen que ver con el problema presentado por la familia. Lo importante es que el terapeuta, al imponer las prescripciones, se esfuerce por hallar, con inventiva y fantasía, la llave justa que ha de abrir la puerta que representa el sistema disfuncional de acciones y retracciones en que se halla inmersa la familia.

## 6.- TERMINACION DEL TRATAMIENTO

El último encuentro en una terapia tiene como objetivo consolidar definitivamente la autonomía de la familia tratada. Para tal fin se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han aplicado durante el mismo. Esto es indispensable para reafirmar la autonomía de quienes acudieron al tratamiento, ya que podrán darse cuenta de que la solución o soluciones obtenidas, se fueron dando a través de las intervenciones sistemáticas, y no por un proceso extraño o ajeno a su proceder.

Reconocer junto con la familia el trabajo que ésta ha realizado, se convierte en un poderoso incentivo que se traduce en capacidad para superar por sí mismos otros problemas eventuales, de tal forma que se evita la dependencia de la familia hacia la figura del terapeuta.

La terminación de la terapia puede darse por dos motivos. Uno de ellos es porque ya se cubrió el límite establecido de sesiones y otro es porque las metas establecidas fueron cubiertas.

En el primer caso se informa a la familia que el tiempo que se tenía programado para ellos ya se cubrió; se

puede señalar que ya se han iniciado los cambios programados y que la familia ya es capaz de concluirlos sin la asistencia a las sesiones de terapia. También es posible que el terapeuta observe que, aunque la familia ha iniciado intentos de cambio, no ha tenido éxito, o éstos no son los esperados. Ante esta posibilidad el terapeuta podrá ofrecer tres sesiones más de terapia, señalando que después de éstas la terapia habrá concluido definitivamente.

El segundo motivo de terminación de la terapia es porque la familia ya logró los objetivos planeados, y esto puede darse antes de que se cubra el período de 10 a 12 sesiones.

Además de realizar una recapitulación de la terapia, su culminación debe incluir un breve cuestionamiento acerca de la situación actual de la familia, en comparación con la situación anterior, la que los llevó a integrarse a una terapia familiar. Aunque los miembros de la familia podrán expresarse libremente, el terapeuta se interesará en sus respuestas concretas a "¿cambió la conducta como se planeó?", ésto servirá como referencia al terapeuta acerca del éxito de las intervenciones aplicadas; y "¿se solucionó el problema?", lo cual servirá al terapeuta como parámetro de resultado final de la terapia.

Hasta aquí se encuentra descrito el Modelo de Terapia Familiar Breve que se propone aplicar en el C.A.P.E.P. Miguel Hidalgo y, como se mencionó al principio de este capítulo, ha sido diseñado tomando en cuenta las características de la institución y las características de la población que se atiende en la misma. Sin embargo estos y otros aspectos, catalogados como ventajas y desventajas que pueden preverse para llevarlo a la práctica, serán analizados en el próximo y último capítulo del presente trabajo. También se analizarán otros aspectos importantes relacionados con el funcionamiento adecuado de esta modalidad de terapia psicológica.

#### CAPITULO IV : VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MODELO DE TERAPIA FAMILIAR BREVE PROPUESTA PARA EL C.A.P.E.P. "MIGUEL HIDALGO"

En el presente y último capítulo se realizará un análisis en cuanto a ventajas y desventajas que puede presentar la aplicación del Modelo de Terapia Familiar Breve, sugerido para el C.A.P.E.P. Miguel Hidalgo y también se realizará un análisis acerca de la eficacia de dicho modelo de tratamiento.

Como ventajas del Modelo de Terapia Familiar Breve se consideran, primeramente dos condiciones que sí se cumplen : es un modelo que toma en cuenta y se amolda a las características de la institución y a las de la población.

En cuanto a la institución se refiere, este modelo cumple con la condición de poder llevarse a cabo dentro del tiempo que la norma indica. Es decir dentro de un período del ciclo escolar y durante la edad preescolar de alguno de los hijos. Esto no quiere decir precisamente, que "el paciente identificado" sea el hijo que se encuentra en edad escolar, pero sí, que una familia que tenga un hijo en edad preescolar esté pasando por alguna crisis y ésta se detecte por los estudios realizados al menor preescolar. Considerando que los desórdenes en la familia pueden presentarse en cualquier etapa de su ciclo vital y que la

etapa de la "familia con hijos en edad preescolar", puede representar un momento crítico, es factible aplicar el tratamiento durante la edad preescolar del menor en estudio que ingresa a los servicios de C.A.P.E.P. por cualquier motivo, que puede ser o no alteraciones en la conducta del menor.

Con relación a la población, se considera que este modelo que se propone, tome en cuenta las características de la población a la que se dirige y que a continuación se mencionan :

- Familias en las que los padres cuentan con escaso control de sus impulsos hacia sus hijos, que gritan, golpean y castigan sin reflexionar sobre sus actos.

- Familias que presentan dificultades en la comunicación y en la expresión de sus afectos.

- Familias en las que alguno o algunos de sus miembros no se encuentran funcionando de acuerdo a su rol (por ejemplo padres que no ejercen adecuadamente su autoridad, dificultades en la pareja, etc.).

- Familias que exhiben un paciente identificado como resultado de una dinámica familiar desfavorable.

- Familias que se encuentran estancadas en su desarrollo, ya sea por crisis en alguna etapa de su ciclo vital o por crisis propiciadas por un evento paranormativo (fallecimientos repentinos, accidentes, etc.).

- Familias que tampoco han evolucionado favorablemente a pesar de haberse integrado a otros tratamientos de cualquier modalidad de C.A.P.E.P.

- Familias que se encuentran en proceso de desintegración, ya sea por separaciones temporales o divorcios definitivos.

Estas alteraciones que caracterizan en forma general a la población que acude a C.A.P.E.P., son susceptibles de ser tratadas exitosamente con el Modelo de Terapia Familiar Breve. Eso no quiere decir que toda la población que acude a C.A.P.E.P., adolece de alguna de estas características, pero sí son las problemáticas más comunes que presenta la población que requiere de tratamiento psicológico. Es importante mencionar que algunas de éstas alteraciones no corresponden a los parámetros de aceptación de algunos de los servicios de C.A.P.E.P., pero sí a otros. Al corresponder a los parámetros de aceptación de la Terapia Familiar, éste se convierte en una ventaja más del Modelo de Tratamiento propuesto. En cambio en la Terapia Familia que se propone, únicamente no se recomienda aceptar a



familiares con una patología severa en alguno de sus miembros que requiera tratamiento Psiquiátrico.

Otras dos ventajas con que cuenta el Modelo propuesto por sí solas proveen de un margen de eficacia pero, además, comparadas con los modelos psicológicos ya existentes en C.A.P.E.P., se perciben como ventajas sobre dichos tratamientos; estas son : es un tratamiento enfocado al síntoma y es un tratamiento breve.

Como tratamiento enfocado al síntoma, es importante resaltar que, durante el mismo, se atacarán directamente los problemas que aquejan a la familia y es, por medio de éste, que se puede valorar la eficacia del mismo; es decir que, dando solución al problema o problemas presentados, es como se obtendrán los beneficios en la familia y directamente en los aspectos que se requieran. Además de las ventajas de este esquema, la familia en terapia colabora directamente en la solución de los problemas cuando éstos son atacados directamente. Esto es importante ya que en las diversas modalidades de Orientación a Padres y en el Taller Dinámico de Orientación a Padres, se tratan asuntos o temas generales en cuanto a la educación de los hijos y se proporciona una capacitación (especie de "Escuela para Padres"), que se restringe al tratamiento de temas como : el desarrollo del niño preescolar, actitud de los padres para promover un adecuado desarrollo de sus

hijos, problemas de conducta. Específicamente en el Grupo de Orientación a Padres se tratan temas como : historia personal, participación dentro de un grupo, repetición de los modelos de comunicación adquiridos en la infancia, estilos de padres, el reconocimiento de los hijos y su problemática y proyecto personal de interacción familiar.

Como puede verse, en estas dos modalidades de Orientación a Padres, la terapia no se avoca a la solución de los problemas en forma directa y esto ocasiona que los padres suelen perder el interés por participar, ya que se resisten a "ser educados" en los Grupos de Orientación a Padres y a recordar y hablar de su historia personal (íntima y dolorosa) en el Taller Dinámico de Orientación a Padres.

En cuanto a la brevedad del tratamiento, se puede decir que los tratamientos antes mencionados cuentan con un tiempo límite y breve : que son ocho sesiones para el Grupo de Orientación a Padres y diez para el Taller Dinámico de Orientación a Padres. Pero suele suceder que esas sesiones no son suficientes para todas las personas y, en ocasiones, algunos casos son remitidos nuevamente a cualquier otra modalidad de orientación a padres.

En cambio, en el modelo que se propone, se considera un tiempo límite entre doce y quince sesiones, en las cuales, además de abordar directamente los problemas que aquejan a la familia, se hace una devolución a la misma acerca del proceso terapéutico que cubrieron, para que la familia tenga claro cómo se fueron dando las soluciones y se den cuenta de que ellos son capaces de enfrentar los problemas que se les puedan presentar. Es decir, se trata de hacer autosuficiente a la familia que atravesó por un ciclo terapéutico para que la brevedad de la terapia sea eficaz y suficiente.

Las ventajas que, por otro lado, pueden encontrarse en cuanto a la brevedad de la terapia, es que durante un ciclo escolar es posible atender a una gran cantidad de familias, ya que la población atendida durará un promedio de tres meses en el servicio, dando oportunidad de que ingresen otras familias; otra ventaja es que podrá observarse la evolución de los casos dentro del mismo ciclo escolar, lo cual permitirá, a la larga, un parámetro de seguimiento que servirá para reafirmar el modelo propuesto, o bien para irlo corrigiendo.

Como puede verse en el capítulo I de este trabajo, en el que se reseñan los diferentes servicios que ofrece C.A.P.E.P., existe una modalidad de servicio psicológico llamada Psicoterapia de Juego o Terapia Lúdica, que es un

tratamiento individual con un paciente identificado, que es el menor preescolar. Este tratamiento está basado en la teoría psicoanalítica y es de larga duración, ya que los pacientes permanecen en la terapia durante todo el año escolar. Esto es, porque los casos canalizados a esta modalidad de tratamiento, son severos y se trabaja al ritmo que el paciente impone, no se presiona al niño ni a la familia. Pero resulta que, a pesar de haber permanecido por algunos meses en dicha terapia, es frecuente que al término del ciclo escolar los casos no sean dados de alta y, ante esta situación, si el menor en tratamiento aún se encuentra dentro de la edad para continuar su educación preescolar, entonces se le considerará subsecuente para continuar su tratamiento en el próximo año escolar. De otra forma, si un niño que durante su último grado de educación preescolar no es dado de alta en la Psicoterapia de Juego, será canalizado para continuar el tratamiento a otra institución. Esto es así porque en C.A.P.E.P. sólo se atienden menores que cursan su edad preescolar.

Frente a esta modalidad de tratamiento, el Modelo de Terapia Familiar Breve que se propone, cuenta con una serie de ventajas que ya se han mencionado en comparación con las diferentes modalidades de orientación a padres, pero que no está de más mencionarlas nuevamente en esta comparación directa con la modalidad de tratamiento llamada Psicoterapia de Juego. Dichas ventajas son : es una

terapia breve, es una terapia enfocada al síntoma, es una terapia que exige cambios inmediatos y es una terapia que trabaja con el presente, en la que no se rastrean episodios dolorosos tratando de encontrar las posibles causas de los síntomas actuales en las etapas de la formación de la personalidad de los "pacientes identificados", ni de sus padres. Por lo anteriormente mencionado, se considera al Modelo de Terapia Familiar Breve más efectivo con respecto a la Psicoterapia de Juego.

A continuación se presentaran las posibles desventajas en la aplicación del Modelo de Terapia Familiar Breve. Considerando el modelo terapéutico en su conjunto y la posibilidad de llevarlo a cabo, se observa una dificultad para aplicarlo tal como se sugiere. Esta se refiere a la composición del equipo terapéutico que se establece esté compuesto por dos psicólogos. Generalmente en los servicios de C.A.P.E.P., la población se atiende, con fines terapéuticos, en la cantidad de un especialista. En el primer estudio que se aplica al ingresar un niño a C.A.P.E.P., participan dos especialistas de cualquier área, esto se considera necesario porque, además de que se trabaja con el niño y con sus padres, es importante realizar las canalizaciones subsiguientes con el menor riesgo de error para poder brindar oportunamente los servicios que el caso requiere.

Por otro lado, en el área de psicología, en la modalidad de Taller Dinámico de Orientación a Padres, sí se trabaja con dos psicólogos que atienden al grupo de padres que se integra a dicho servicio. Esto se justifica porque se trata de un tratamiento con una base teórica psicoanalítica y, específicamente de la corriente de Grupos Operativos, según la cual, es importante contar con un Coordinador (que es el único que se dirige al grupo) y con un Observador (que se dedica a registrar los acontecimientos más importantes ocurridos en cada sesión). El análisis de cada sesión requiere de una revisión de la misma por parte de quien vivió el momento con el grupo y de quien observó "desde afuera" todo lo acontecido. Desde esta perspectiva se considera indispensable contar con dos psicólogos para llevar a cabo dicho tratamiento con mayor eficacia.

En el caso de la Terapia Familiar Sistémica, se convierte en una necesidad importante justificar la participación de dos especialistas (psicólogos que compartan la formación teórica en terapia familiar sistémica), en el tratamiento.

En la revisión teórica realizada en el capítulo II del presente trabajo, se encuentra que los centros creadores de la Terapia Familiar Breve (C.T.B.F. de Milwaukee y C.T.B. de Palo Alto, California), siempre incluyen un equipo

terapéutico que se compone de un terapeuta que, es el que atiende a la familia durante las sesiones, y uno o más terapeutas que observan la sesión desde otro espacio, separados únicamente por una cámara de vista unidireccional (o bien, las sesiones son grabadas en video para ser posteriormente analizadas por el equipo). Específicamente estas instituciones lo realizan de esta forma, con fines formativos para la supervisión de los futuros terapeutas y, porque su personal, además de encontrarse inmerso dentro del contexto sistémico, constantemente realiza investigaciones con el fin de lograr una terapia más eficaz (tomando en cuenta el punto de vista de más de una persona, cambiando el rumbo terapéutico si es necesario, etc.), y finalmente, con el propósito de promover cualquier mejora al método que pueda requerirse a lo largo de la práctica clínica (14).

Se considera que estos objetivos que se proponen al trabajar con un equipo terapéutico, también pueden ser planteados o adoptados y establecidos en el C.A.P.E.P., con respecto a la Terapia Familiar. Es decir, que la eficacia de la Terapia Familiar se encontraría con mayores posibilidades de éxito, si se cuenta con un equipo que pueda nutrirse y autocorregirse, lo cual no sería posible si se tiene a un terapeuta trabajando en forma individual con escasa o nula posibilidad de compartir sus experiencias y aprender en el intercambio con otro especialista.

Por otro lado, la experiencia de uno o más equipos terapéuticos en un C.A.P.E.P., podría generar pautas normativas que debieran ser establecidas o modificadas, mejorando de esta manera el servicio de la Terapia Familiar en C.A.P.E.P.

Una vez aceptada la propuesta de llevar a cabo la Terapia Familiar con un equipo terapéutico de dos psicólogos, la última, pero no menos importante dificultad que hay que enfrentar, respecto al equipo terapéutico, es establecer normas estadísticas que registren el trabajo cuantitativo de cada integrante del equipo terapéutico. Esto se puede normar, al igual que en el Taller Dinámico de Orientación a Padres, especificando que cada psicólogo debe registrar la población que comparte con su compañero de terapia en sus documentos individuales (estadística individual), aunque ambos registren a la misma población.

Otra dificultad para aplicar el Modelo de Terapia Familiar Breve en el C.A.P.E.P., está relacionada con la cantidad de psicólogos que cuentan con la especialidad en terapia familiar sistémica. Aunque la recepción de psicólogos para ingresar a C.A.P.E.P. cuenta con criterios que establecen un perfil del especialista, éste se limita a profesionales en la carrera de Educación Preescolar, con la especialidad en el área de Psicología. Pero, al no especificar en qué rama de la psicología se haya formado el



especialista, ocurre que es una cuestión azarosa el que ingresen psicólogos con la especialidad en Terapia Familiar Sistémica. Esta es una realidad que se presenta en C.A.P.E.P. y, entonces, la formación en Terapia Familiar Sistémica, tiene que adquirirla el psicólogo que se interese por proporcionar este servicio (lo cual es otra realidad que se está dando en C.A.P.E.P.). De tal forma que, formar equipos terapéuticos que proporcionen Terapia Familiar, resulta ser un proceso largo, ya que primero se tiene que despertar el interés o la necesidad en el especialista y luego llevar a cabo un proceso formativo en Terapia Familiar Sistémica que justifique o apoye su integración a dicho servicio. Sin embargo, con la importancia que esta modalidad de tratamiento está teniendo actualmente en nuestro país, es muy posible que se incremente, con cierta rapidez, la cantidad de psicólogos que cuenten con esta especialidad.

Continuando con las posibles desventajas que pueden presentarse en aplicación del Modelo propuesto, existe una situación que, si bien es compartida por todos los servicios de C.A.P.E.P., no deja de representar un inconveniente para la colaboración adecuada de los pacientes en cualquier tipo de tratamiento. Se trata del proceso de ingreso a la terapia propiamente, es decir, desde el momento en que los padres acuden por primera vez a las pláticas de información sobre los servicios de

C.A.P.E.P., hasta el momento en que un especialista les entrega resultados indicándoles, por ejemplo, que son canalizados a Terapia Familiar.

Es posible que durante este proceso en el que reciben información, acuden a sacar cita, son entrevistados, etc., vaya surgiendo sutilmente en los padres la necesidad de reconocer una situación familiar conflictiva o descubran una situación problemática hasta entonces desconocida, ya que sólo se habían percibido dificultades en el menor preescolar. Esto puede conducirlos a sentir la necesidad de una atención en la que se puedan tratar aquellos aspectos que ahora han sido descubiertos por el psicólogo que los canaliza, gracias a la información que ellos (los padres) han proporcionado. Esta necesidad se puede convertir en una actitud de colaboración constante y adecuada, en una labor terapéutica acertada y con un buen pronóstico de solución de problemas.

Sin embargo, esto no ocurre en la mayoría de los casos atendidos en el C.A.P.E.P. Generalmente y, de acuerdo con el proceso de canalización, los casos que se atienden en C.A.P.E.P., son canalizados por las maestras educadoras y no existe una solicitud espontánea por parte de los padres (salvo algunas excepciones). Debido a que es el menor preescolar quien presenta o exhibe el motivo de la canalización y queda señalado como el "paciente

identificado", los padres suelen aceptar que es su hijo el que necesita atención. Este punto de vista es más fácil de aceptar, cuando el menor es canalizado a alguna terapia que sólo lo incluye a él, pero no es así cuando los servicios de C.A.P.E.P. se dirigen hacia los padres o hacia el núcleo familiar. Si bien durante las entrevistas que se aplican a los padres de familia o tutores del menor se trata de sensibilizarlos hacia una comprensión del problema que su hijo presenta, resulta más complicado sensibilizarlos sobre la necesidad que ellos tienen de recibir apoyo también.

Esta tarea de sensibilización consiste en plantear el problema desde un punto de vista sistémico, es decir, señalando a la familia como un sistema que presenta dificultades en sus interacciones que dan como resultado problemas en alguno o algunos de sus integrantes, dejando de lado la idea del "paciente identificado", así como el centrar los esfuerzos de la familia en sí misma, a la vez que surja la necesidad de un compromiso y participación de todos sus integrantes.

Dicho punto de vista lo deben compartir no sólo los psicólogos que se avoquen a proporcionar el servicio de Terapia Familiar, sino también el resto del personal del C.A.P.E.P. que atiende a los padres para que, desde esta perspectiva sistémica, éstos vayan adquiriendo una comprensión del problema y surge en ellos la necesidad de

recibir la terapia, de manera que se logre una colaboración inmediata. De esta forma se espera que los padres reciban la canalización a la Terapia Familiar con la firme convicción de que es precisamente lo que ellos necesitan.

Es importante aclarar esto, porque no es lo mismo que los padres reconozcan que sí existe una dinámica familiar desfavorable, a que reconozcan que son ellos los que necesitan integrarse a una terapia de tipo psicológico. La diferencia entre estas dos situaciones es lo que, durante el trabajo terapéutico, se puede convertir en resistencia o en colaboración. Esto representa un tipo especial de resistencia o de colaboración, cuando ellos (los padres) aún no logran comprometerse con la terapia a la que han aceptado integrarse con el propósito, a veces velado, de "hacer que hacen" lo que se les pide para lograr una terapia exitosa. Esta actitud se ha observado, especialmente en los servicios de Orientación a Padres Grupal, Orientación a Padres Individual y Taller Dinámico de Orientación a Padres, modalidades en las que he trabajado en C.A.P.E.P. Esta actitud es muy posible que se presente también hacia la Terapia Familiar que se propone, es por ello que, en el punto número uno del proceso de la terapia descrito en el capítulo anterior, se debe enfatizar que son los padres quienes tienen que mostrar una participación activa, ya que de ellos depende el éxito de la terapia. Tratándose sobre todo de una institución

oficial (S.E.P.-Preescolar) que dirige sus esfuerzos hacia el desarrollo de los niños, es muy importante lograr la adecuada colaboración de los adultos. Quizás en otras palabras pueda decirse que esta labor de sensibilización consista en "venderles la idea" a los padres para lograr un apoyo incondicional a favor de sus hijos.

Una vez mencionadas las ventajas y desventajas del Modelo de Terapia Familiar Breve propuesto, queda señalar que como parte del expediente general que se tenga de cada caso atendido en Terapia Familiar, se considera indispensable contar con la entrevista del Area de Trabajo Social, lo cual servirá para complementarlo, con la información adicional sobre los datos socioeconómicos de la familia, que no siempre son explorados durante la Terapia Familiar. Es por esto que se solicitará la intervención del Trabajador Social del C.A.P.E.P. para aplicar su entrevista antes de que la familia se integre a la terapia y, en los casos necesarios, se solicitará una visita domiciliaria para corroborar o especificar mayores datos a cerca de la familia.

Por último, también se considera muy importante informar al personal especializado de C.A.P.E.P. acerca de los principios básicos de la Terapia Familiar Sistémica, para que, contando con dicha información, el personal pueda realizar las canalizaciones a la Terapia Familiar con

suficientes bases y la seguridad de que dicha canalización es la adecuada. Para tal fin se considera necesario contar con un periodo previo al inicio del trabajo escolar (durante el mes de agosto) para informar al personal los aspectos más importantes que debe tener en cuenta al realizar el análisis de cada caso. Dicha información deberá contemplar los siguientes aspectos :

-- definición de la familia como un sistema abierto y sus características;

-- considerar que los problemas se originan, principalmente, en las dificultades cotidianas mal manejadas o en problemas de adaptaciones a las etapas del ciclo vital de la familia;

-- considerar que hay dos maneras como se desarrollan los problemas, cuando la gente trata una dificultad común como un problema, o cuando se trata de una dificultad grave como si nada pasara;

-- y la característica principal que da forma a la terapia en sí, que es pensar en pequeño, es decir, enfocar pequeños objetivos dirigidos a los síntomas para irlos resolviendo en forma secuenciada y no perderse en una inmensa cantidad de problemas e información.

Lograr que el personal del C.A.P.E.P. asuma estos aspectos y los ponga en práctica en el análisis de los casos en el momento de definir los servicios que se proporcionarán a cada caso, no significa que los especialistas cambien totalmente su visión terapéutica ya que, si bien es otra forma de conceptualizar los problemas individuales que traen al menor preescolar al servicio, esto no afectará a las otras áreas de tratamiento, especialmente las de tratamiento psicológico. El objetivo de proporcionar la información antes mencionada a todos los especialistas de C.A.P.E.P., es sensibilizarlos en una perspectiva familiar sistémica enfatizando que la concentración de los esfuerzos terapéuticos, estará dirigida hacia la familia y no hacia un paciente individual. Quiero aclarar que ésta sería una labor meramente sensibilizadora, con el fin de lograra el apoyo para una adecuada canalización de los casos a la terapia familiar, no se persigue con ello capacitar a los especialistas. Aunque esta perspectiva valora los síntomas exhibidos por el individuo, estas manifestaciones se consideran aspectos que delatan la situación familiar. Es por esto que el "cliente" o "paciente" de la Terapia Familiar, es el propio sistema familiar, que incluye al individuo como miembro más que al individuo aislado. De tal forma que las intervenciones apuntan a la mejora del funcionamiento global de la familia o de las relaciones

intrafamiliares específicas, además de a los síntomas de los miembros individuales.

La última parte del presente capítulo consiste en un análisis de la Terapia Familiar Breve como un modelo de tratamiento eficaz en su aplicación para solucionar una gran variedad de problemas humanos.

Se considera importante señalar la efectividad del modelo sugerido para el C.A.F.E.P. Miguel Hidalgo, aunque la única base fiable acerca del valor y la efectividad de un método es su aplicación. Sin embargo, el lineamiento del presente trabajo se restringe a la propuesta. A partir de ésta se puede considerar que la base de los problemas humanos se encuentra precisamente en los individuos, de la manera en que intentan enfrentarse a las circunstancias propias de su relación con sus semejantes y a los acontecimientos que se hallan fuera de la intervención humana pero que influyen de manera importante en su vida (como los procesos químicos y físicos en el mundo de la naturaleza, enfermedades biológicas, ciertos accidentes, etc.) (49). Es importante señalar que el hombre, en su apropiación o sufrimiento del medio que lo rodea, muestra gran variedad de actitudes y conductas que lo conducen a una constante evolución, evolución que muchas veces trae consigo consecuencias inesperadas, procesos en los que se suele observar la formación de los problemas.



Aunque, originalmente, el proyecto de terapia breve comenzó como una investigación sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras que se centraban en la principal enfermedad de los pacientes en las clínicas de tratamiento psiquiátrico y psicológico, es necesario mencionar que el enfoque propuesto no se limita a lo que convencionalmente se considera como ámbito de la enfermedad mental. Los conceptos básicos aquí propuestos no se reducen a una aplicación para casos con síndromes específicos, a enfermedades concretas o al pensamiento irracional y tampoco a la familia como tal, sino que son de orden general ya que hacen referencia al modelo en que cualquier tipo de conducta se conserva o se modifica dentro de cualquier sistema de interacción social. Por lo tanto, se considera que los problemas clínicos son, en esencia, variantes de los problemas cotidianos de interacción humana, aunque han sido definidos como problemas especiales, como separados de las dificultades humanas corrientes. Por tanto es posible sugerir que las áreas de aplicación o categorías de problemas en los que se puede aplicar el modelo propuesto son los siguientes (14) :

a).- Conductas difíciles.

b).- Problemas somáticos de orden clínico.

c).- Problemas organizativos.

Estas categorías, desde luego aparte de los problemas psiquiátricos y psicológicos :

a).- Por conductas difíciles se considera a aquellas interacciones en las que se da una conducta no razonable que, sin llegar a un grado que merezca recibir una etiqueta psiquiátrica, provoca serios obstáculos en la realización de una tarea en común con otros sujetos.

b).- La categoría de problemas somáticos de orden clínico abarca determinados problemas que no suelen ser considerados como enfermedades psicológicas. Los estudios sobre la etapa de la enfermedad psicosomática se han centrado, primordialmente sobre el individuo y los aspectos internos de éste. Sin embargo, es posible que un enfoque centrado explícitamente en la interacción, que ensaye soluciones a los problemas de la enfermedad, sirva de complemento útil al estudio y tratamiento de las enfermedades psicosomáticas. Con esto se quiere decir que el enfoque propuesto podría contribuir a la comprensión y al tratamiento de enfermedades claramente orgánicas.

c).- La última categoría se refiere a conductas difíciles que afectan a sistemas sociales más amplios que la familia. Tales problemas resultan bastantes comunes pero, debido a que por el tamaño y poder de las organizaciones poseen efectos multiplicadores, sus

consecuencias prácticas pueden ser muy graves. Aquí pueden encontrarse problemas dentro de una organización social (ya sea laboral, religiosa o de cualquier otro tipo) que implican básicamente una sensación individual de inferioridad y de impotencia con respecto a determinada organización de la cual forma parte el individuo. Cualquiera que sea la dificultad, se obstaculiza el funcionamiento de la organización y, por ende, el del individuo.

Con este panorama de los problemas humanos es posible dejar claro que la tendencia es dejar de etiquetar a los individuos como propietarios de un problema emocional, y que el intento es más bien solucionar los problemas humanos desde el punto de vista de la interacción humana ordinaria, es decir, desde el punto de vista sistémico.

Por último, y para dar por terminado el presente trabajo, deseo expresar un punto de vista acerca de la duración de los efectos del modelo de tratamiento sugerido, desde luego este criterio es planteado por los autores de Terapia Familiar Breve, mismo que asumo (50). En ningún tipo de tratamiento psicológico se determina de manera definitiva que los pacientes, al ser dados de alta, queden "sanados" o solucionados sus problemas para siempre. Al igual que en la psicoterapia tradicional, se admite como un dato lógico de la naturaleza humana, que no existen

soluciones perfectas y definitivas que se consigan de una vez y para siempre; se admite que los problemas pueden volver a presentarse, ya que la vida es un proceso prolongado y, durante la existencia, siempre se busca la mejor adaptación posible y que nunca es plena y perfecta por la simple razón de que el escenario se modifica sin cesar.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- ANDOLFI, Maurizio. Terapia Familiar. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1985.
- 2.- AXLINE, Virginia M. Terapia de Juego. Editorial Diana, México, 1991.
- 3.- BATESON, Gregory. Doble Vínculo y Esquizofrenia. Editorial Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1977.
- 4.- BERNAL del Riesgo, Alfonso. Errores en la Crianza de los Niños. Séptima Edición. Editorial El Caballito, México, 1976.
- 5.- BERTALANFFY, Ludwig. La Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- 6.- BOWEN, Murray. De la Familia al Individuo. Editorial Paidós, México, 1991.
- 7.- BRUCKNER, Heinrich. Antes de que Nazca un Niño. Editorial Gente Nueva, La Habana, 1979, a.
- 8.- BRUCKNER, Heinrich. Cuando tu Hijo te Pregunta. Editorial Gente Nueva, La Habana, 1979, b.
- 9.- CAREAGA, Gabriel. Mitos y Fantasías de la Clase Media en México. Cuarta Edición. Editorial Cal y Arena, México, 1989.
- 10.- CICERO, F. Mario A. "Teoría General de los Sistemas y Psicología". Revista Aletehia. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. Número 5, 1984.
- 11.- CLARO, Elsa. Mini-siquis. Editorial Orbe, La Habana, 1980.
- 12.- EGUILUZ, R., Luz de Lourdes y Carmen Susana González Montoya. Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar. U.N.A.M., E.N.E.P. Iztacala, México, 1988.
- 13.- ELKAIM, Mony. Las Prácticas de la Terapia de Red. Editorial Gedisa, Barcelona, 1989.
- 14.- FISH, Richard, J. H. Weakland y L. Segal. La Táctica del Cambio. Barcelona, 1988.
- 15.- FRAMO, James L. Exploraciones en Terapia Familiar y Matrimonial. Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao, 1990.

- 16.- FREIDBERG, Anatolio. "Terapia Breve : Premisas Terapéuticas, Técnicas Terapéuticas, Pensamiento Sistémico : Marco de Referencia Subyacente a la Terapia Breve". Revista Psicoterapia y Familia. Volúmen 2, Número 1, 1989.
- 17.- FUENTE, R. de la. La Familia en Crisis. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, sin editorial, México, sin año.
- 18.- GRIFFIN, William A. Family Therapy. Editorial Brunner/Mazel, Nueva York, 1993.
- 19.- HAAK, Phyllis. "Algunas Reflexiones sobre el Movimiento de la Terapia Familiar". Revista Mexicana de Psicología, volúmen II, número 2, México, 1985.
- 20.- HALEY, Jay. Terapia para Resolver Problemas. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1980.
- 21.- HALLEY, Jay. Terapia no Convencional. Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1980.
- 22.- HOFFMAN, Lynn. Fundamentos de la Terapia Familiar. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
- 23.- ITURRIAGA, José E. La Estructura Social y Cultural de México. Editorial S.E.P./CIEN de México, México, 1982.
- 24.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Detección y Prevención. S.E.P., México, 1991 a.
- g
- 25.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Estimulación Múltiple. S.E.P., México, 1991 b.
- 26.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Lenguaje. S.E.P., México, 1991 c.
- 27.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Ortopedia Dento-facial. S.E.P., México, 1991 d.
- 28.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Psicomotricidad. S.E.P., México, 1991 e.
- 29.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Psicología. S.E.P., México, 1991 f.
- 30.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area de Trabajo Social. S.E.P., México, 1991 g.
- 31.- Lineamientos Normativos para la Operación en el Area Médica. S.E.P., México, 1991 h.
- 32.- LINTON, Ralph. Introducción al Libro "La Familia" de Erich Fromm, et. al. Editorial Península, Barcelona, 1972.

- 33.- MACIAS, Raymundo. Un Modelo de Evaluación en Terapia Familiar en el Niño y la Familia. Compendio del XI Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres. Asociación Científica de Profesionales para el Estudio Integral del Niño A.C. México, 1992.
- 34.- MC. GOLDRICK, Mónica y Randy Gerson. Genogramas en la Evaluación Familiar. Segunda Edición. Editorial Gedisa, Barcelona, 1996.
- 35.- MINUCHIN, Salvador. Familias y Terapia Familiar. Editorial Gedisa, México, 1989.
- 36.- MINUCHIN, Salvador y H. Ch. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós, México, 1990.
- 37.- NARDONE, Giorgio y Paul Watzlawick. El Arte del Cambio. Editorial Herder, Barcelona, 1992.
- 38.- O'HANLON, W. Hudson y Davis M. Weinner. En Busca de Soluciones. Editorial Paidós, México, 1993.
- 39.- PAPP, Peggy. Family Therapy. Capítulo 20. Editorial Gardner Press, Inc. New York, 1976.
- 40.- PEREZ, Joseph. Terapia Familiar en el Trabajo Social. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
- 41.- Programa de Atención Preventiva de Educación Preescolar. S.E.P., México, 1984.
- 42.- Programa Grupos Dinámicos de Orientación a Padres. S.E.P., México, 1987.
- 43.- ROSENFELD, Rivke. Mis Malos Niños. Segunda Edición. Editorial B. Costa-Amic, México, 1978.
- 44.- SANCHEZ Azcona, Jorge. Familia y Sociedad. Editorial Joaquín Mortiz, México, 1987.
- 45.- SATIR, Virginia. Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Editorial Pax-México, México, 1991.
- 46.- SATIR, Virginia. Psicoterapia Familiar Conjunta. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México, 1980.
- 47.- SHAZER, Steve de. Claves para la Solución en Terapia Breve. Editorial Paidós, México, 1986.
- 48.- SHAZER, Steve de. Pautas de Terapia Familiar Breve. Editorial Paidós, México, 1989.
- 49.- WATZLAWICK, Paul, John Weakland y Richard Fish. Cambio. Editorial Herder, Barcelona, 1994.

50.- WATZLAWICK, Paul. El Lenguaje del Cambio. Editorial Herder, Barcelona, 1992.

51.- WATZLAWICK, Paul, Janet H. Beavin y Don D. Jackson. Teoría de la Comunicación Humana. Editorial Herder, Barcelona, 1986.

52.- WEAHLAND, Jhon H., Paul Watzlawick y Arthur M. Bodin. "Brief Therapy: Focused Problem Resolution". Revista Family Process. Volúmen 13, número 2, 1971.

53.- WEINER, Norbert. Cibernética y Sociedad. Editorial Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, 1981.