

255774

26 OCT 2000



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES  
CAMPUS IZTACALA

PO 1537/97  
Ej. 3

**“Propuesta de intervención de la  
psicoterapia familiar sistémica en  
la institución DIF - Ecatepec”.**

**REPORTE DE TRABAJO**

Que para obtener el Título de:

**LIC. EN PSICOLOGÍA**

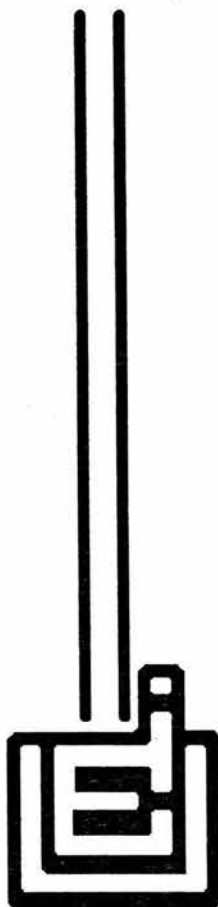
P R E S E N T A:

**LYDIA INÉS ORTEGA LARIOS**

Asesores: MTRA. María Antonieta Dorantes Gómez.  
LIC. Ma. de Jesús Rodríguez Zafra.  
LIC. José Esteban Vaquero Cázares.

**LOS REYES IZTACALA, MÉXICO**

**1997**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

---

## Agradecimientos

**Este trabajo lo quiero dedicar a :**

Mis padres, *Manuel Ortega* y *Guadalupe Larios*, por darme una educación y heredarme una formación profesional. Para ti mamá porque en todo lo que haces pones siempre mucho amor, por tus palabras amables, porque siempre me has brindado generosidad, amor y felicidad. Y para ti papá por tu apoyo y tu gran esfuerzo que tuviste por sacarnos adelante. Mil gracias, los quiero.

A mis hermanos, quienes son para mi un símbolo de fortaleza y unión

*A Gaby:* por sus ocurrencias y por sus ojos chispeantes que irradian alegría. Con todo el amor del mundo... que Dios te cuide chiquilla.

*A Blanca:* por su sonrisa, optimismo y alegría de niña adolescente. Te quiero hermanita.

*A Ma. Dolores y a Manuel,* porque con ustedes compartí aventuras, fantasías y revoluciones durante la época más hermosa de la vida: la niñez. Mil gracias por su apoyo y por estar ahí cuando los he necesitado. Los quiero.

---

---

A la memoria de mi abuelito, *Vicente Larios*, donde te encuentres. Este trabajo te lo quiero dedicar a ti, que estuviste conmigo y que desgraciadamente ya no estas. Te extraño.

Para *Alfredo Villanueva*, por su ayuda, conocimientos, paciencia e ideas a lo largo de la elaboración de éste trabajo y que a su vez permitieron finalizarlo. Mil gracias por tu apoyo.

Para mis amigos que encontré en el camino y que en medio de un mundo metalizado conservan la capacidad de dar. *Para Jacaranda, Laura, Claudia y Gustavo* (gracias por haber coincidido).

A mi asesora: *Toñita*, por compartir sus conocimientos, orientándome y brindándome su amistad y confianza para el logro de este objetivo. Gracias

A mis asesores: *Vaquero* y *Ma. De Jesús*, por brindarme su valioso tiempo en la revisión de éste trabajo, por su orientación y sugerencias que hicieron posible este reporte.

A *Julia*: simplemente porque sin ti este trabajo no hubiera sido posible, *¡gracias por el empujón!* Y por brindarme tu hermosa amistad, mi agradecimiento por siempre.

---

# CONTENIDO

	Pág.
<b>INDICE</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>PRÓLOGO</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1. ANTECEDENTES DE DIF</b> .....	13
1.1 Estructura de DIF.....	18
1.2 Papel del Psicólogo en la institución .....	24
1.3 Problemática en el ejercicio profesional del Psicólogo .....	31
<b>2. TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA</b> .....	38
2.1 Orientaciones de terapia .....	45
2.2 Terapia de Minuchin .....	50
Estructura familiar .....	53
Papel del terapeuta .....	61
Estrategias de intervención .....	66

---

Peligros del análisis estructural .....	86
<b>3. PROPUESTA DE TRABAJO .....</b>	<b>89</b>
3.1 Análisis de la propuesta .....	111
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>123</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>128</b>

---



## RESUMEN

El presente trabajo hace una revisión de la labor que desempeña el psicólogo dentro de la institución **DIF**, específicamente dentro del área de procuraduría, así como de las dificultades a las que éste se ha enfrentado dentro de la institución, realizándose a través de este conocimiento una propuesta de trabajo con la cual se pretende poder ayudar a mejorar la calidad del servicio de psicología en bienestar de la comunidad.

Los servicios que esta área ofrece a la población, se han caracterizado hasta ahora, por ser tratamientos que giran alrededor del desarrollo individual, dejando de lado la perspectiva familiar, de ahí que se perciba como necesidad la existencia de servicios más críticos, en donde no sólo se centre la mirada en el sujeto portador del síntoma, sino que se entienda que la problemática de éste forma parte de un campo social más vasto, en donde la mayoría de las veces se encuentra involucrada la familia.

De esta manera la propuesta pretende ser un aporte teórico cuya mira esta centrada en el desarrollo de la técnica familiar para la resolución de



los dilemas humanos, teniendo por objeto principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un paciente.

El modelo de terapia que se ofrece como propuesta de trabajo se encuentra sustentada bajo las bases de la teoría general de sistemas, [Terapia Familiar Sistémica **estructural**, cuyo principal representante es Salvador Minuchin], y con ella se pretende ofrecer una alternativa más de trabajo para los psicólogos del área, con el propósito de abatir problemáticas que hasta ahora con otros métodos no se han podido resolver.



## PRÓLOGO

Cuando era estudiante, escuchaba hablar constantemente a mis maestros acerca de la burocratización dentro de la institución, y aunque mi idea de eso no era tan vaga, no los comprendía del todo hasta que me tocó vivirlo en carne propia, ya que en abril del 93 incursioné dentro de un trabajo institucional, y comprendí hasta entonces, cuan difícil es para un psicólogo clínico emprender un trabajo dentro de una institución gubernamental, ya que muchas veces los aspectos básicos o indispensables que éste necesita para trabajar no están presentes. Me di cuenta así de la gran falta de recursos tanto materiales y humanos, del desconocimiento de la gente en general, entre ellos compañeros de trabajo y autoridades de **DIF**, acerca de la labor que desempeña el psicólogo [atribuyéndole a éste muchas veces poderes mágicos, de ahí que constantemente se les tenía que explicar a la gente sobre el papel real], de las labores puramente administrativas que dificultaban la labor del psicólogo [cambios abruptos a pacientes debido a que las autoridades nos pedían la realización de otras actividades, interrupciones constantes en las sesiones de terapia, por secretarías, abogados o trabajadoras sociales para atender otro tipo de cuestiones, etcétera], lo cual evidentemente viciaba toda labor terapéutica y hacía pensar que la presencia del psicólogo dentro de este centro

---

obedecía más que nada a una necesidad de la organización como unidad administrativa que a un servicio en sí mismo.

Otro factor que se vino a unir a esta serie de problemáticas, y el cual hizo posible que surgiera la inquietud de esta investigación, es la forma de trabajo que se lleva a cabo dentro de esta instancia [procuraduría], una forma de trabajo donde impera una intervención ecléctica, la cual en la mayoría de los casos se centra en la intervención individualizada del paciente, excluyendo con esto el contexto social donde éste se desenvuelve, [la idea que nos hacíamos del “*enfermo*” nos impedía otro tipo de visión].

De esta manera se ignoraba que los llamados “*pacientes problema*” con que nos enfrentábamos eran el producto de toda una historia familiar, y que su “*enfermedad*” se situaba en el contexto social que favorecía o no una evolución hacia lo patológico, es decir, hacia los mecanismos de exclusión social. Y es hasta cierto punto entendible la forma de trabajo que llevábamos, ya que la mayoría de los psicólogos llevamos años preparándonos en la tecnología que ofrecía la psicología conductual, un entrenamiento donde se nos había enseñado a modificar pensamientos, a desarrollar habilidades de lenguaje o académicos que le faltan a un individuo para funcionar en la sociedad, a premiar conductas adaptativas y castigar las inadaptativas hasta que el sujeto aprendiera cuál

---

es el comportamiento que se espera de él, a localizar los correctivos que lo devolvieran a la normalidad, etc.(Hernández, L. 1993). Centrándonos solo así en el sujeto como portador del síntoma y de esta manera sin quererlo se le etiquetaba.

Es así que después de haber egresado de un sistema que en ese entonces se galardonaba por ser conductual, se cayó en la cuenta de que este no fue suficiente para abordar muchos problemas, pues a pesar de ser un tratamiento hasta cierto punto rápido, y que cumplía con la *demanda* de la gente que acude a **DIF** [con esto me refiero más que nada a que la mayoría de la gente que acude a **DIF**, lo hace tratando de buscar soluciones rápidas a su problemática, por lo cual no están dispuestos, en la mayoría de los casos a llevar tratamientos demasiado prolongados]. Se observaba que poco tiempo después los pacientes volvían a reincidir a la terapia, la pregunta que inmediatamente se planteaba era: ¿Qué estaba pasando?, la respuesta que se podría dar a esta interrogante es hasta cierto punto lógica. La atención bajo este tratamiento es netamente individual, en donde el clínico busca reparar lo que no funciona en el individuo bajo técnicas mecanicistas, así se empeña enseñar a un menor técnicas para aprender a hablar, sin cuestionarse realmente que elementos dentro del entorno están interfiriendo en ese aprendizaje.

---

De ahí la importancia que el psicólogo desarrolle su creatividad y habilidad para proponer alternativas de intervención más reales, con programas y/o proyectos que propongan nuevas formas de intervención.

Se busca así a través de esta propuesta la posibilidad de crear una forma de trabajo diferente, en donde se deje de centrar la mirada sólo en el sujeto portador del síntoma, y se incluya dentro de éste, el estudio del grupo familiar; creando así una escena de trabajo en donde se les permita a los miembros la libertad de expresión y acción.

La implantación de la terapia familiar sistémica, es así la propuesta concreta que se pretende establecer en este centro de salud comunitario, ya que se considera que este método terapéutico es el más adecuado para el trabajo institucional, en donde es necesario brindar terapias breves a un gran número de personas, además de ser un modelo que se adapta perfectamente a las características de la población, ya que en el **DIF** se atienden a una gran diversidad de casos, los cuales en su mayoría exhiben un paciente identificado, entre los cuales podemos mencionar casos de maltrato emocional y físico, conflictivas familiares debido al poco control de impulsos de uno de los progenitores, familias en proceso de desintegración debido a problemas conyugales, problemas de educación, problemas de aprendizaje, maltrato a mujeres, violencia intrafamiliar y sexual, alcoholismo, farmacodependencia etcétera.

---

Es así que la crítica de este trabajo se dirige a cuestionar [además de enfatizar la conflictiva que enfrenta el psicólogo en este centro debido a la burocratización la cual considero es algo hasta cierto punto inevitable], la forma de intervención psicológica.

Al ser humano no se le puede considerar como un ente separado, tanto a sí mismo como de los demás, sino que se trata de entenderlo dentro de un núcleo social mas vasto de donde él forma parte.

Se busca así a través de la implantación de esta terapia resolver los conflictos que determinan la problemática dentro de las relaciones familiares. El logro de este objetivo puede promover así la mejoría del paciente identificado.

Es importante enfatizar aquí, que el trabajo que el psicólogo desempeña en **DIF** requiere de mucho compromiso consigo mismo, con el ser humano y con la sociedad, de ahí que considero que es importante que éste, quien interviene terapéuticamente en una gran cantidad de casos, inicie también su propio proceso terapéutico, ya que con el compromiso de esta labor el análisis se convierte más que en un lujo en una necesidad, porque en el espacio donde escuchamos a los pacientes, muchas veces se

---

movilizan cosas nuestras y nos damos cuenta que al igual que ellos necesitamos hablar.

Las vivencias y las experiencias que tuve durante estos casi cuatro años de trabajo, los cuales fueron significativos en mi vida profesional y personal, se perciben hoy como parte de un aprendizaje y una madurez; de ahí que se realicen esta serie de cuestionamientos acerca de la labor que desempeña el psicólogo dentro de la institución, la cual en muchas ocasiones, como ya se dijo se ven obstaculizadas y mucho tiene que ver en esto la ideología de quienes ocupan el lugar de autoridad. De ahí el surgimiento de las siguientes preguntas: ¿Hasta dónde llega la responsabilidad y obligación que tiene la institución para con sus colaboradores?, ¿Qué alternativas plantear para que el trabajo del psicólogo no se vicie a tal extremo?.

Es evidente que se necesita del apoyo de la institución para que la labor del psicólogo sea reconocida más ampliamente, se necesita del apoyo de esta instancia para la asignación de presupuestos y espacios que permitan extender los beneficios de la población, se necesita más apoyo a programas y a proyectos de intervención y se necesita sobre todo el apoyo de este centro para que se respete la labor terapéutica de éste. Para esto es importante la unión y el trabajo conjunto de los psicólogos para que juntos ganen espacios y logren hasta cierta medida un respeto hacia su profesión,

---

evidentemente se necesita de la unión de éstos para conformar un estilo de trabajo diferente.

De esta manera el presente trabajo constituye una invitación a los colegas para que desarrollen la habilidad, la percepción y el análisis para que puedan adentrarse en el conocimiento de la metodología del enfoque sistémico, ya que el logro de este proyecto requiere del trabajo en conjunto, de la motivación y del reconocimiento de la terapia familiar sistémica como una técnica alternativa más de trabajo dentro de la institución.

---

## INTRODUCCIÓN

Hoy día las familias con problemas abundan por doquier, y las relaciones familiares están trastornadas. El aumento de la población, el desempleo y la crisis económica han favorecido a situaciones y actitudes que conducen a dinámicas familiares inadecuadas, por lo que han obligado a centenares de personas a acudir a centros de asistencia social donde se les brinde ayuda psicológica.

Entre estas instituciones de protección se encuentra el **DIF**, que como institución tiene por objetivo el apoyar a la niñez ya a la familia consiguiendo la integración y la supervivencia del hogar mexicano.

A pesar del interés en la integración familiar, en este tipo de centros, la orientación que se brinda es predominantemente individual; es decir se toma en la mayoría de los casos al individuo como portador del problema, ignorándose en cierta forma al marco familiar, es decir se busca integrarlo enseñándole a funcionar sin tomar en cuenta su familia, excluyéndola así del tratamiento y de la influencia que ésta pudiera tener en el mantenimiento de diversos síntomas, o si es incluida, no se trabaja



---

totalmente con ella; de ahí que el modo en que se coloca al paciente pueda cristalizar aún más su problemática.

Se puede decir así, que la mayoría de las posturas manejadas en **DIF**, se basan en índoles metodológicas y técnicas que operan a través de una serie de recortes o exclusiones [aislamiento del paciente], viéndose así al individuo como un ser generador al margen de la institución familiar, perdiéndose así a través de estos métodos elementos importantes en la comprensión del caso.

La influencia de todos estos factores plantean la necesidad de establecer sistemas de trabajo con ayudas más reales y objetivas que permitan entender la psicología individual desde una perspectiva más amplia comprendiendo las vertientes de lo familiar y lo social [se necesita pasar del estudio de la psicología individual al estudio del grupo familiar y social para poder entender más ampliamente la problemática del sujeto]. De ahí que en el presente trabajo se parta de un marco referencial sistémico en donde el psicólogo debe contemplar no solo a la persona que presenta el síntoma sino también al sistema en el que éste se desarrolla.

Si entendemos que la familia es un grupo humano que funciona como una totalidad, que trasciende lo meramente individual a través de una estructura y dinámica propia, entenderemos que la lectura de un

---

síntoma en el contexto familiar no sólo proviene de un individuo aislado sino que es la resultante de dicha estructura.

Contemplar a los seres humanos desde esta perspectiva, implica estudiar el funcionamiento y la estructura de la compleja unidad social que llamamos familia, organismo social que a muchos expertos les es invisible y bajo esta modalidad tratar los problemas beneficiándose con esto a cientos de familias mexicanas que acuden a **DIF** para pedir apoyo, instaurando así una ayuda familiar acorde con la filosofía de la institución.

Por otro lado, aunque es sabido que teóricamente esta disciplina esta ya consolidada fuertemente en los Estados Unidos, la propuesta de intervención de este enfoque en la institución, permitirá que se amplíe su campo de acción, brindando así un espacio institucional dentro de nuestro país que ofrezca este tipo de ayuda.

Es así que la base fundamental de este trabajo es el dar un enfoque sobre la experiencia adquirida como psicóloga dentro de la institución, en donde la comunidad beneficiada conserva características de una sociedad con limitaciones culturales, económicas y sociales muy graves y proponer a través de este conocimiento una propuesta de intervención acorde a las necesidades reales de la población, siendo así el objetivo del presente trabajo, la presentación de la propuesta de terapia familiar sistémica como

---

una alternativa más de trabajo para aplicarse en el centro de salud comunitario **DIF-Ecatepec**, con el propósito de abatir las problemáticas que interfieren con la adecuada evolución de diversos casos atendidos, y sobre todo en los casos que muestran alteraciones en la dinámica y estructura familiar.

Debo aclarar aquí que esta propuesta es una de varias que han surgido, debido a que las técnicas psicoterapéuticas rígidas se han mostrado inadecuadas para hacer frente a las necesidades reales de la población.

De ahí que el desarrollo de este proyecto se encuentre estructurado de la siguiente manera:

La primera parte de este trabajo está enfocado al surgimiento de **DIF** como institución, por lo que de entrada se realiza una breve revisión histórica reseñando un poco la evolución de la asistencia social en México; se describe también la forma en que esta institución se encuentra estructurada y la labor que en ella desempeña el psicólogo.

Asimismo, se exponen las vivencias y experiencias que como psicóloga se vivió y trascendió en el desarrollo personal y profesional.

---

En la segunda parte se exponen los antecedentes de la terapia familiar sistémica, lo cual nos permite conocer las bases ideológicas sobre las que se gesta la terapia de familias, se describen también las diferentes orientaciones de terapia y por último la terapia de Minuchin, que es en sí la base teórica sobre la que se fundamenta esta propuesta.

En la tercera parte de este proyecto se expone la propuesta de trabajo que se pretende implementar en este centro de salud comunitario y finaliza este proyecto con un análisis de la propuesta y una serie de conclusiones.

Con la expectativa de poder exponer el tema con el material suficiente, se extiende una invitación al lector para que desde su punto de vista analice este documento.

## 1. ANTECEDENTES DE DIF

Desde el punto de vista histórico no existen datos muy precisos acerca de la aparición exacta de la asistencia social en México. Pero se puede decir que está ya se venía desempeñando desde la época prehispánica, donde ya se practicaba ayuda a los sectores desprotegidos.

Las sociedades indígenas mantenían para los desvalidos una asistencia que contemplaba las necesidades de esas personas en las diversas etapas de su vida, que abarcaba desde el nacimiento hasta su muerte.

Con la llegada de los conquistadores españoles (durante la época de la colonia) la ayuda al necesitado toma un nuevo enfoque, ya que se desarrolla en base a la caridad cristiana.

Más adelante, en 1523, se crea en Texcoco la primera escuela para niñas, la cual puede considerarse como el primer servicio asistencial instaurado.

Fue Vasco de Quiroga quien funda en 1532 la primera institución o casa de niños, donde se albergan a menores en estado de abandono.

---

Cuando éste asume el puesto de arzobispo en Michoacán funda hospitales de indios para atender problemas de salud.

Treinta y cuatro años después, Fray Bernardino Álvarez funda un hospital para enfermos mentales, el hospital se llamaba San Hipólito, en donde se atendía a la gente que lo requería.

En el siglo XVIII, Fernando Ortiz Cortés funda con la autorización del rey de España Carlos III, un establecimiento destinado a amparar a personas en extrema necesidad con la condición de que fueran protegidos especialmente los niños necesitados.

Posterior al movimiento de independencia empieza a tomar forma el concepto de beneficencia pública, y es hasta el movimiento de reforma donde toma cuerpo este concepto.

Con las leyes de reforma y la creación del registro civil se da lugar a los primeros actos de la beneficencia pública y como consecuencia de la asistencia social.

En 1899, el Presidente Porfirio Díaz decreta la primera ley de beneficencia privada independiente de las asociaciones religiosas, y pasa a ser vigilada por el poder público.

---

La primera institución de asistencia social auspiciada por el estado es la gota de leche fundada en 1929, que se forma como una asociación civil que otorga desayunos a los infantes.

Con el transcurso del tiempo las actividades de la asociación de protección a la infancia se extendieron tanto en enfoques como en propósitos; por lo cual el 31 de enero de 1961 se crea por decreto presidencial un organismo descentralizado denominado Instituto Nacional de Protección a la infancia (**INPI**). Apoyando a la niñez y a la familia teniendo como principal objetivo: Cuidar de la niñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México.

Posteriormente el 15 de julio de 1968 se crea otro organismo denominado Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez (**I.M.A.N.**) a fin de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de menores. Dado el incremento que demanda la niñez y su familia se reestructura la organización del **I.N.P.I.** dando origen al **I.M.P.I.** (institución Mexicana para la Infancia y la Familia).

El crecimiento de la población, la abundancia de personas con baja escolaridad o analfabetas, así como las pocas oportunidades laborales se han conjuntado para la generación de problemas psicosociales. Debido a

---

esto el **I.M.A.N.** como el **I.M.P.I.** mediante decreto en 1977 se unen convirtiéndose en un solo organismo denominado Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (**DIF**); cuyo objetivo general es: Promover acciones encaminadas a la protección de la infancia, la integración familiar y la asistencia social. De esta manera surge el **DIF** teniendo como principal tarea proteger a los grupos más débiles de la sociedad.

El **DIF**, como institución establece lineamientos y directrices que permiten brindar ayuda a la población a través de 5 grandes áreas de atención.

- ➔ Servicios médicos
- ➔ Servicios nutricionales
- ➔ Servicios jurídicos
- ➔ Servicios asistenciales
- ➔ Servicios educativos

De esta manera estructura su organización contando con el personal y las áreas estrictamente necesarias para brindar asistencia social.

Es importante hacer mención que al consagrarse en la constitución el derecho a la salud y como parte de ésta, la asistencia social, da un giro



---

importante las acciones dirigidas a la población en estado de desprotección y abandono y se abre la posibilidad de proporcionar a los menores, la atención, producto de un derecho constitucional y responsabilidad del estado; es así como la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social le confiere al Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia **(DIF)**, la responsabilidad de ser el rector en materia de asistencia social en el país.

## 1.1 - ESTRUCTURA DE DIF

El sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia del Edo. de México se encuentra estructurado por toda una organización que a nivel municipal depende directamente de la ciudad de Toluca, por ser la capital del estado.

Para fines de este trabajo y para poder entender la forma en que esta institución se encuentra estructurada, nos centraremos en la descripción del organigrama de **DIF**, particularmente al que corresponde a **Ecatepec**.

En este podemos observar los centros de servicio que presta esta institución a la comunidad, la cual se encuentra dirigida por la esposa del presidente municipal, quien cuenta con el apoyo y colaboración de una dirección.

Podemos observar que el **DIF**, cuenta con una procuraduría cuyo principal objetivo es prestar servicio de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, minusválidos y familias de escasos recursos. Dentro de ésta se encuentra una clínica de maltrato, en donde se brinda atención al niño y a la familia, que sean objeto de abuso ya sea físico o psicológico.

---

Se cuenta con una tesorería, la cual trata de lograr “*al máximo*” el aprovechamiento de los recursos financieros del sistema **DIF**, rindiendo a su vez cuenta a la presidenta del sistema.

Existe también una unidad de trabajo social, cuyo principal objetivo es transmitir información a la población más necesitada sobre los programas de asistencia social.

Como se puede ver en el organigrama, de la dirección de **DIF** se derivan cinco coordinaciones:

**1)** La coordinación de servicios médicos; cuyo principal objetivo es el coordinar los programas de asistencia social implementados por el **DIF** nacional y estatal en materia de salud, con el fin de proporcionar a la comunidad los requerimientos médicos indispensables.

De la coordinación de servicios médicos dependen seis coordinadores de programas, uno para el programa de medicina, otro para el programa de odontología, otro para el programa de psicología y otro para el programa de enfermería. Las demás coordinaciones tienen una estructura algo diferente.

---

2) La coordinación de servicios nutricionales; cuyo objetivo es el de coordinar acciones tendientes a mejorar el nivel nutricional de las familias de escasos recursos y ayudar a combatir la desnutrición en la población infantil.

De esta coordinación dependen tres programas, el de desayunos escolares; el cual se encarga de completar la dieta del menor de escasos recursos, a través de la distribución de desayunos escolares y paquetes nutricionales; el programa de asistencia social alimentaria a familias (**PASAF**), que trata de fortalecer el nivel alimentario y apoyar la economía familiar a través de orientación alimentaria y el fomento de la producción de alimentos; el programa **Horta-DIF**, el cual trata de promover en las familias de escasos recursos el cultivo de huertos familiares para contribuir a mejorar la economía familiar.

3) La coordinación de servicios comunitarios y asistenciales; la cual se dedica a promover la participación y el desarrollo de las comunidades a través de la capacitación, para elevar el nivel de vida de la población.

De la coordinación derivan dos programas, el de programas especiales; quien se encarga de proporcionar programas comunitarios a las comunidades que les permiten un mejor nivel de vida; y el de el centro de

desarrollo comunitario, cuya función es capacitar en aspectos técnicos a la población de escasos recursos con opciones educativas breves.

4) La coordinación de servicios educativos; enfocada a proporcionar a la población infantil y preescolar, asistencia educativa a través de programas basados en criterios técnico pedagógicos.

Esta coordinación tiene a su cargo dos programas: El centro de desarrollo infantil, el cual trata de brindar los programas de educación preescolar emitidos por la Secretaria de Educación Cultura y Bienestar Social; y el de estancias infantiles, quien aplica los programas de educación especial y preescolar extendidos por la **SECBS**, en las estancias infantiles, a fin de elevar el nivel de enseñanza.

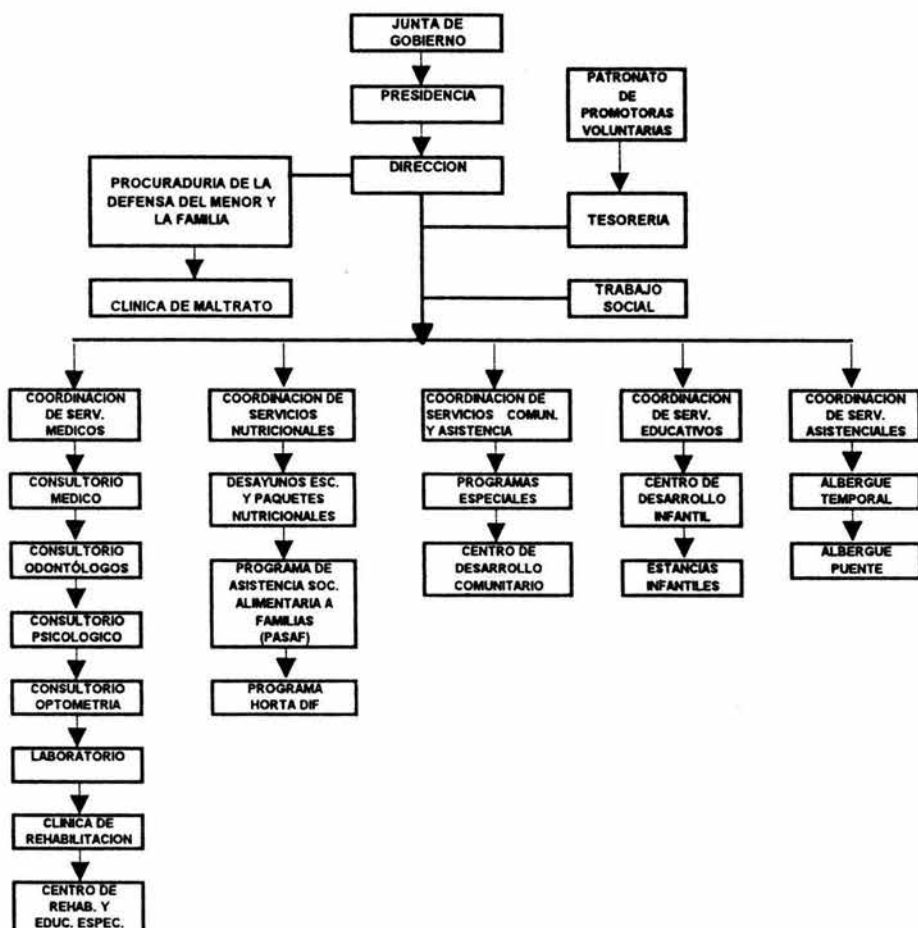
5) La coordinación de servicios asistenciales; cuyo objetivo es coordinar los programas y acciones para brindar asistencia y protección a menores cuya situación lo requiera. La coordinación tiene a su cargo el programa de albergue temporal y el de albergue puente. El primero tiene a su cargo albergar temporalmente a la población infantil en situación de abandono maltrato u orfandad, dándoles asistencia social, hasta definir su situación legal.

---

El segundo se encarga de atender a menores desamparados por orfandad, abandono, maltrato o extravío en tanto se canaliza al albergue temporal.

Cabe aclarar que cada coordinación tiene bajo su mando a varios profesionistas, pero debido a la carencia de recursos humanos los coordinadores también tienen que dedicarse a brindar asistencia a la comunidad.

## ORGANIGRAMA GENERAL



## 1.2 - PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN

A continuación trataré de explicar brevemente el quehacer profesional que desempeña el psicólogo dentro de la institución **DIF**, específicamente dentro del área de procuraduría, la cual se encuentra estructurada de la siguiente manera: Consta con tres departamentos, los cuales se encuentran muy ligados entre sí; el área jurídica, el área psicológica y el área de trabajo social.

Entre las actividades que el psicólogo desempeña están:

1) Las llamadas actividades asistenciales o la llamada consulta que se realiza diariamente para cubrir las demandas de la comunidad y que consiste en brindar servicio de atención a pacientes con un amplia gama de problemáticas que van desde problemas escolares, conductuales, familiares, sociales, de pareja etc. Es decir, la ayuda abarca desde pacientes pequeños hasta pacientes ancianos.

Los casos pueden capturarse de afuera (gente que llega a solicitar apoyo psicológico) o desde dentro (gente que es canalizada por jurídico), en este último caso los abogados piden al psicólogo apoyo para orientar a familias desintegradas, las cuales asisten inicialmente por llevar a cabo un trámite jurídico (divorcio, custodias, pensión alimenticia etcétera), en donde resulta difícil la intervención por ser gente canalizada, ya que llegan



---

al departamento con la mentalidad de -“*yo no estoy loco para que me traigan aquí*”- por lo cual se tiene que hacer una labor de convencimiento explicando la labor del psicólogo para que se acuda al servicio.

Por otro lado, la gente que acude por si sola es gente más accesible y con un deseo de salir adelante. Con este sector de la población es con el que se puede trabajar mejor.

Es importante mencionar aquí, que dentro del área de procuraduría con el primer profesional que se tiene contacto, es con el trabajador social, quien determina que tipo de ayuda subsecuente requiere el solicitante de acuerdo a la petición del mismo.

La atención inicia con un diagnóstico tentativo, el cual se da a través de una valoración inicial, le siguen la elaboración de estudios psicológicos que comprenden la aplicación de un historial clínico y/o pruebas psicológicas (test) a partir de cuya interpretación se conoce más ampliamente a la persona.

También se establecen tratamientos (programas de estimulación, terapias de apoyo, orientaciones etc.) los cuales pueden variar de acuerdo a la problemática del paciente y a la corriente que se esté utilizando, según

---

el enfoque del psicólogo, el cual puede ser conductual, de corte humanista o psicoanalítico.

2) El asesoramiento a escuelas y/o a grupos comunitarios es otra de las actividades que el psicólogo de **DIF** tiene que realizar dentro de la institución, actividad que se realiza como medida de prevención a problemas psicosociales generados por la baja escolaridad de la comunidad, el alto índice de madres solteras, la escases de oportunidades laborales, etcétera, hacen que proliferen cierto tipo de problemas.

El objetivo del psicólogo aquí, es conscientizar y orientar a la población acerca de los problemas más comunes dentro de la sociedad.

Esta oportunidad de trabajar en las comunidades ha permitido que el psicólogo amplíe su campo de trabajo, el cual es tradicionalmente clínico. Es así que la necesidad de la participación en la comunidad ha hecho que la participación del psicólogo se vuelva mas activa.

3) Realización de talleres. Entre otra de las actividades que el psicólogo viene realizando, y que está muy vinculada con la actividad anterior por ser de nivel preventivo, está la creación de talleres que anualmente se tienen que impartir a ciertos sectores de la comunidad (padres de familia, adolescentes, niños) cursos enfocados a problemáticas

---

específicas tales como: Maltrato, farmacodependencia, desarrollo infantil, etcétera.

La orientación dinámica a la comunidad, específicamente a padres de familia es una estrategia de atención psicológica institucional, que permite cubrir las necesidades de orientación requeridas por los padres de los niños que asisten al servicio de psicología

4) Actividades administrativas. Dentro de estas actividades se incluye; la organización de expedientes, elaboración de reportes psicológicos, elaboración de informes o registros tanto semanal como mensual del número de pacientes atendidos, realización y organización de sistemas de trabajo que permitan un mejor funcionamiento en la atención diaria, reuniones de trabajo tanto del área como del departamento etcétera.

5) Otra actividad que se tiene que realizar, ya no precisamente con el título de psicólogo, es la de apoyar en los diversos eventos sociales que organiza año con año el **DIF**, eventos tales como el día de reyes, el día del niño, el día de las madres, etcétera y uno que otro evento de orden político.

La rutina de trabajo que se lleva en un día puede resumirse de la siguiente manera: De 9 a 11 de la mañana se atiende a gente de primera vez y de 11 a 3 de la tarde se atiende a gente subsecuente. En el transcurso

---

del día se tiene que elaborar un registro, también llamado sábana, donde se vierte la información de toda la gente atendida en ese lapso de tiempo.

En dado caso de ser solicitado por algún abogado (debido a un caso urgente), el psicólogo tiene que dejar lo que está haciendo para apoyar al compañero que requiera su presencia.

Es importante mencionar que debido a la ubicación del psicólogo dentro de la procuraduría, éste tiene que involucrarse muchas veces en casos donde su presencia es requerida en juzgados para ratificar o expresar su punto de vista de tal o cual caso que tuvo a su cargo, generalmente cuando se tratan de casos de maltrato a menores.

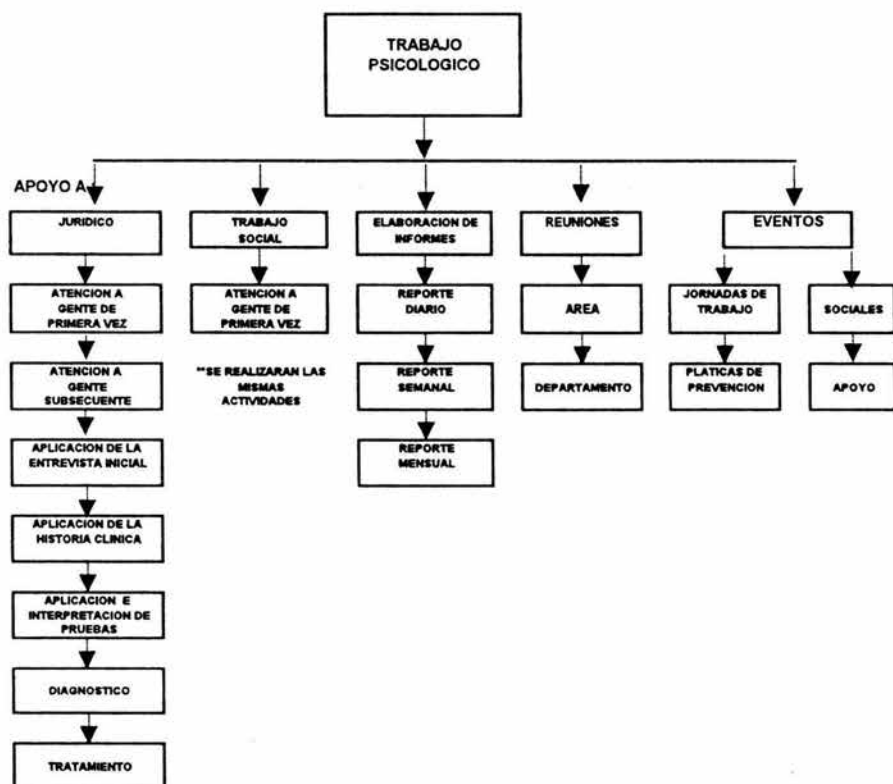
Actualmente esta actividad ya no es realizada por todos los psicólogos de la procuraduría, debido a la reciente inauguración de una clínica de maltrato en donde se llevan este tipo de casos y que es atendida por un equipo multidisciplinario que se encuentra conformado por un abogado, un psicólogo, una trabajadora social y una pediatra; encargándose así el psicólogo de esa área de ese tipo de actividades.

Cada determinado tiempo, se manda al personal de psicología a cursos de capacitación organizados por **DIFEM** o a cursos que organiza el coordinador de psicología dentro de la misma institución.

---

Como se puede ver, la responsabilidad social del psicólogo clínico de **DIF** es amplia, de ahí la importancia de la actitud que éste asume frente a sus responsabilidades. Dificilmente el psicólogo dentro de la procuraduría puede darse el lujo de distraerse mientras trabaja, pues al estar entrevistando aplicando pruebas u orientando; requiere de su máxima capacidad de atención para brindar un servicio adecuado. Debido a lo delicado de muchos casos se tiene que tener muy presente la alta responsabilidad que se tiene a cargo.

## ORGANIGRAMA DE ACTIVIDADES LABORALES



### 1.3 - PROBLEMÁTICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

No podemos dejar de reflexionar un poco acerca de los obstáculos que emergieron en la práctica profesional dentro de la institución. El análisis realizado del quehacer profesional del psicólogo dentro de **DIF** me ha permitido plantear ciertas interrogantes que ahora retomaré para un análisis más exhaustivo.

Nuestro primer punto de reflexión gira en torno a los factores institucionales que imposibilitan la adecuada intervención clínica del psicólogo. Planteamiento que retomo como consecuencia de vislumbrar cuan difícil es para el psicólogo clínico desempeñar adecuadamente su labor en un ámbito institucional. Lo que trato de decir es que muchas veces la cuestión administrativa hace que la atención se burocratice, es decir, *“el objeto del servicio para la cual fue creada pasa a un segundo plano para dar prioridad a actividades que perpetúen la misma organización”* (Hernández, L. 1993). Cuestiones administrativas tales como: Modificación de horarios a pacientes ya sea por órdenes de asistencia a jornadas de trabajo, eventos políticos y/o juntas departamentales, periodos vacacionales, cambios abruptos de psicólogos a otras áreas de trabajo, interrupciones constantes en sesiones de terapia por secretarías, abogados, trabajadoras sociales para atender otro tipo de

---

cuestiones etc; Lo que provoca una ruptura o corte de todo encuadre con el paciente y genera en éste ansiedades y fantasías que llevan muchas veces a la disolución de la terapia.

Todos estos cortes provenientes de un orden administrativo dificultan la labor del psicólogo y minimizan hasta cierto punto la gran responsabilidad que éste tiene ante sus pacientes quienes depositan en él su sentir.

Me parece importante plantear en este momento una interrogante que Hernández Laura se hace en su tesis titulada: *“Alcances y límites en la formación de psicoterapeutas”* y que viene a colación aquí - ¿En las instituciones públicas las propuestas de intervención clínica se estructuran realmente con el fin de responder a las necesidades del paciente o con el fin de resolver las necesidades de la institución que como unidad administrativa da servicio al público ?.

¿Querrá decir esto que la convivencia entre psicólogo clínico e institución es difícil?

Bien es cierto que la institución es una organización en donde intervienen deseos de poder y control, donde se conjugan diferentes intereses y experiencias dándoles a quienes en ella laboran una oportunidad para ponerse una camiseta que no siempre corresponde a la



---

formación que se tiene. Lo que en muchas ocasiones nos invita a dudar y a preguntarnos sobre nuestra propia formación y función social (García Reyes L. 1992).

Resulta así difícil comprender para la institución que cualquier cambio que proviene de un trámite administrativo, trae consigo repercusiones negativas para la terapia, provocando un gran descontrol.

Otra de las situaciones que viene a dificultar la labor del psicólogo es el hecho de tener que trabajar con gente que le es canalizada, gente con graves problemas a nivel personal y familiar, con lazos prácticamente rotos. Gente que en un inicio acudió a la procuraduría para resolver otro tipo de cuestiones y que de repente se ven forzados por el abogado a recibir ayuda psicológica sin que éste la pida.

Ante esta situación, las personas en la mayoría de los casos se sienten agredidos al ser canalizados al servicio, llegando así al departamento tratando de demostrar que no están "*locos*".

El psicólogo así se ve en la necesidad de trabajar ante un imposible, ya que sin el apoyo de la persona no se puede establecer ningún tipo de terapia.

---

El cambio de administración que se tiene que sufrir cada tres años, viene a ser otro fuerte problema que tiene el psicólogo que enfrentar, ya que con este cambio los espacios y logros ganados por ellos durante la administración pasada, vienen a sufrir severas modificaciones; lo que implica un grave estancamiento en el trabajo profesional.

El peso de esta rutina, de la que no se puede librar el psicólogo tiende a crear una situación que vicia cualquier gestión terapéutica; aunándose a esto la falta de espacios físicos adecuados, equipo y los más elementales materiales de apoyo que éste necesita para trabajar, problemas que año tras año se vienen presentando y que siguen latentes en la institución. Es evidente que las limitaciones de este orden hacen que el trabajo terapéutico se vicie.

Es así como podemos afirmar que tanto psicólogos como pacientes nos encontramos de pronto prisioneros administrativamente de la institución, la cual tiende a crear una situación que imposibilita el trabajo adecuado.

Nuestro siguiente punto a tratar hace referencia a la forma de trabajo de los psicólogos dentro del departamento. Debo mencionar aquí que en cuanto me incorporé a este grupo me percaté de una falta de delimitación teórica entre los compañeros del área, los cuales tenían conformado ya una forma muy particular de trabajo, donde imperaba una

forma de intervención ecléctica (en la cual a menudo estaba presente el análisis experimental de la conducta), brindándose así una atención predominantemente individual.

La problemática del paciente así podía ser abordada desde distintos enfoques, según la formación del psicólogo. Tomándose, en la mayoría de los casos, al individuo como portador del problema, sin embargo ante la inminente responsabilidad de los casos, los cuestionamientos se hacen presentes, también las dificultades teórico-prácticas, ya que al enmarcar al sujeto bajo estas aproximaciones no resuelve el problema de fondo, se necesita abarcar más, no se puede seguir con el razonamiento de que si un menor no puede aprender como los demás es que se debe a un problema de aprendizaje y consecuentemente la búsqueda va encaminada a la planeación o implementación de técnicas que posibiliten a éste.

La experiencia obtenida en el trabajo con diversos pacientes dentro de la institución y el conocimiento del enfoque de la terapia familiar sistémica, me han permitido cuestionar algunos aspectos sobre la formación de los psicólogos, sobre todo es cuestionable la forma tan individualista en que son abordados muchos casos; pues los terapeutas del **DIF** enfocados en cómo “*ayudar*” al paciente (a aceptar determinado problema o a enseñarle cómo enfrentarlo) les ofrecíamos la promesa de mejorar para que pudieran integrarse de alguna manera a la sociedad. Y ahí la primera sorpresa porque cuando intentábamos ayudarlos, detectando

---

los datos que nosotros considerábamos importantes; aplicando diagnósticos para poder delimitar la problemática y así poder elaborar programas correctivos, con el fin de suprimir el síntoma, notábamos que el paciente volvía a reincidir pero con otro síntoma.

Estas acciones me permitieron cuestionar ¿Desde dónde estábamos nosotros entendiendo el problema y desde dónde estaban los pacientes? ¿Por qué la deserción de muchos de ellos?. Lo más seguro es que tales pacientes no encontraron en nosotros un apoyo a su problemática, antes bien se sentían exigidos de ser y hacer tal o cual cosa.

La influencia de todos estos factores plantean la necesidad de establecer sistemas de trabajo que permitan una ayuda real y objetiva. La pregunta que obligadamente se nos plantea es: ¿Qué sucede cuando el contexto social y familiar son excluidos en el tratamiento del paciente?. Esta problemática tiene varias perspectivas de reflexión, pero en el presente trabajo se pretende solamente aportar una que implica centrar la mirada no en un individuo como portador del problema, sino centrarse en el marco de la familia dentro de un enfoque sistémico. Cuestionándose así la convicción de que un solo miembro es el problema.

Dadas las aportaciones teóricas y el campo de experiencia de este enfoque, sustentado por las investigaciones de Minuchin, Fishman, Andolfi

---

entre otros; me parece importante ofrecer como propuesta de trabajo la implementación de la psicoterapia familiar sistémica, como técnica alternativa en la institución de **DIF - ECATEPEC.**

## 2. TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

El presente capítulo hará una breve revisión de la teoría que antecede a la terapia de familia (la teoría general de sistemas), la cual viene a revolucionar el campo de la ciencia, que en ese momento se encontraba impregnado de una filosofía mecanicista y de causalidad lineal. Esta información nos permitirá conocer las bases ideológicas sobre las que se gesta la terapia de familias y entender más ampliamente la propuesta de este enfoque.

Para introducirnos en el tema, comenzaremos por decir que la teoría general de sistemas fue fundada por Von Bertalanffy en el año de 1947, quien establece esta teoría como una nueva disciplina en donde se presta atención a la organización, proponiendo así un nuevo enfoque de la ciencia basada en la totalidad; rompiendo con esto el esquema explicativo de las diferentes disciplinas (tendencia a reducir la realidad en unidades cada vez mas pequeñas, con el fin de explicar el por qué de las cosas).

Es así que Bertalanffy a través de su teoría trata de dar una explicación lógica/científica de los eventos como una totalidad organizada, rompiendo con esto la “*super especialización de las ciencias*”.

---

Anteriormente, nos dice Grimaldo (1997), la ciencia trataba de explicar los fenómenos observables reduciéndolos a unidades elementales independientes una de la otra. La meta de la ciencia se basaba en el análisis determinado de la división de la realidad, en unidades cada vez más pequeñas, con resultados aislados.

Sin embargo, con la aparición de la teoría general de sistemas aparecen dentro de la ciencia actitudes sobre investigación donde se toma en cuenta la totalidad.

A través de esta llamada revolución sistémica, el campo de la psicología empieza a retomar estos principios y aplicarlos en su área. Las primeras aplicaciones a la psicología corresponden a Gregory Bateson, autor que a través de sus investigaciones aporta ideas que son determinantes para la evolución posterior de la terapia familiar; ya que este fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema homeostático. El junto con un grupo de colaboradores realizan investigaciones sobre la comunicación y el origen de la esquizofrenia, encontrando en la mayoría de los casos que la familia jugaba un papel importante en la enfermedad del miembro (Grimaldo 1997).

Al finalizar sus investigaciones, estos autores, llegan a la conclusión de que la locura y otros síntomas mentales no son fenómenos

individuales ni aislados, sino que son consecuencia de conductas comunicativas entre los miembros.

Es a partir de estas investigaciones que se empieza a estudiar el medio ambiente familiar, donde se desenvuelve el paciente, estableciéndose así la teoría del doble vínculo (concepto que sostiene que el intercambio, de mensajes entre las personas define la relación entre los miembros).

A partir de este enfoque Beateson considera a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, de tal modo que si un miembro del grupo presenta algún problema, la intervención terapéutica no debe limitarse a ese miembro, sino que es preciso extenderse a toda la familia, que en este caso se concibe como un sistema patológico que presenta un síntoma (Grimaldo González. 1997).

Posterior a este estudio, surge la teoría de la comunicación propuesta por D. Jackson y otros. Esta teoría, influida también por la teoría general de sistemas, rompe con la explicación tradicional de la comunicación hasta entonces basada en el concepto lineal de emisor y receptor de los mensajes; para proponer que cualquier conducta se hable o no se hable implica comunicación, también parte de analizar no sólo lo que se dice, sino cómo se dice para observar el efecto total del mensaje.



---

Para el hombre es de vital importancia el comunicarse, nos continúan diciendo estos autores, no sólo para transmitir información sino que también como medio para cubrir sus necesidades dentro de la sociedad, de ahí la importancia de su estudio.

Es así que durante las décadas de los sesentas y setentas, los clínicos influidos por estos conceptos fueron cobrando consciencia de que la organización social del individuo es determinante para su comportamiento.

El foco de estudio se desplazó del estudio del individuo al estudio de la familia. De ahí que por primera vez empezaran a delinearse las estructuras de las familias. Se fue colocando cada vez más el acento al hecho de que toda organización es jerárquica, y que los problemas dentro de las organizaciones se deben a problemas tanto en las jerarquías como en los niveles de comunicación. Existiendo así mayor acuerdo de que es la situación social, y no la persona, el problema que la terapia debe resolver; pero todavía no había coincidencias acerca de la manera de cómo abordar dicho problema.

Como podemos observar, es a partir del movimiento de la teoría general de sistemas que empiezan a surgir una serie de teorías que se han dedicado al estudio de la terapia de familias, dejando de concebir con esto procesos cognitivos, emocionales y conductuales en forma aislada, como

---

si no hubiera relación entre ellos y el medio que los rodea; pasándose así del estudio de la conducta individual al estudio de las pautas sociales de organización.

De esta manera podemos decir que dentro de la psicología empieza a cobrar realce el estudio del entorno. Considerándose así a la familia como un sistema en estrecha relación con otros sistemas de organización.

Surge así de esta manera, una de las mas atractivas y fecundas formas de terapia aparecidas en los últimos años "*la terapia familiar sistémica*", la cual se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la conducta de otras (Alvarado Meneses, F. 1988).

Partiendo de este marco se procederá a presentar a continuación los principios generales que sustentan las bases teóricas de la terapia de familias y que son las ideas más comunes en las distintas escuelas de esta corriente, entre las cuales están:

1) La familia es considerada como un sistema vivo de tipo abierto, la cual se encuentra organizada por varios subsistemas que están formados en base a edad, sexo, función etcétera y que son el individual, el conyugal y el subsistema fraterno.

---

2) Al considerarse a la familia como una organización se tiene que mencionar que ésta se desarrolla y mantiene a través del tiempo, es decir, la familia se adapta a las diversas etapas de su desarrollo.

3) Como sistema activo, la familia se autogobierna mediante el desarrollo y establecimiento de reglas que se modifican a través de su evolución.

4) La familia como sistema abierto se encuentra en constante interacción con otros sistemas (escuelas, instituciones, etc.)

5) Se dice que cuando la familia se estanca en un punto de su desarrollo, sobreviene un conflicto, el cual indica disfunción en áreas tales como roles, límites, jerarquías, patrones de interacción y alternativas de solución de problemas.

6) El terapeuta dentro de este enfoque considera que la enfermedad de un miembro de la familia no proviene sólo de él, sino de las interacciones con sus demás miembros.

7) Es la gente la que enferma a la gente y eso es muy cierto dentro de la familia.

---

**8)** La terapia familiar tiene como objetivo crear el equilibrio dentro de la familia a través del cambio de su estructura.

**9)** Durante la terapia se pone más énfasis en el aquí y el ahora, se busca que el cambio se produzca en forma breve, en un número reducido de sesiones.

**10)** La función del terapeuta es influir sobre los miembros y cambiarlos comportándose de una manera activa, flexible y responsable.

**11)** Dentro de este marco se considera que los cambios introducidos en las vías de comunicación, llevarán a la transformación de las relaciones entre los miembros..

Esta información nos ha permitido conocer un poco las bases sobre las que se gesta la terapia familiar así como la conceptualización de esta nueva corriente. A continuación se describirán algunas escuelas surgidas de esta teoría.

## 2.1- ORIENTACIONES DE TERAPIA

Todos los terapeutas de familia están de acuerdo en que es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales del grupo familiar. Sin embargo, la forma en que este cuestionamiento se lleva a cabo varía de acuerdo a la concepción teórica del terapeuta. Existen dentro de esta corriente varias escuelas de psicoterapia familiar, entre las cuales podemos mencionar:

- *El enfoque existencial*, el cual se encuentra sustentado por Carl Whitaker, quien considera a la familia como un sistema en donde todos los miembros tienen la misma significación y para modificar el conjunto, es preciso cambiar a los miembros individualmente. Las sesiones de este autor no parecen ser dirigidas, pues acepta cualquier comunicación y la rastrea, hace comentarios sobre un tema, relaciona cierta comunicación con otra persona, fantasía o recuerdo. Liga a los miembros del grupo familiar al mismo tiempo que destruye sus lazos para crear otro tipo de relaciones.

Dentro de este enfoque, el terapeuta no tiene la responsabilidad de verificar el desarrollo de la formación de nuevas estructuras y tampoco es responsabilidad suya que éstas surjan.

- *El enfoque estratégico*, que tiene como representante a Haley y Madanes. En su técnica ellos difieren con Whitaker, ya que dentro de este marco apuntan a metas bien definidas sobre todo a equilibrar la disfunción familiar. Aquí es responsabilidad del terapeuta verificar el desarrollo de la terapia y producir su mejoría.

El terapeuta dentro de este enfoque no aplica un mismo método para todos los casos, sino que diseña una estrategia específica para cada problema, siendo la meta ayudar a las personas a sobrellevar la crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida, a fin de pasar a la siguiente etapa. Este enfoque considera a la familia como un sistema el cual está dividido en subsistemas que se encuentran organizados por orden jerárquico. Una disfunción en un sistema puede traer repercusiones en otro; se pone así especial énfasis en la jerarquía familiar, ya que según Haley (1976), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.

Dentro de esta teoría se presupone que un síntoma es un modo que tiene un individuo de comunicarse con los demás (expresando un problema y también una solución, aunque a menudo insatisfactoria para todos los que tienen que ver con él), informándoles así que algo anda mal. De ahí que las técnicas terapéuticas apunten a cuestionar el núcleo de la estructura disfuncional. El eje de las técnicas es la redistribución del poder

---

dentro de la familia, de modo que cada uno posea una jerarquía definida; creándose así un campo propio de la autonomía, la responsabilidad y la cooperación (Minuchin y Fishman 1993).

El acento de este enfoque está puesto en el presente, siendo la terapia directiva la que se utiliza dentro de este marco.

Papp (1980) distingue dentro de esta corriente dos tipos de directivas manejadas por el terapeuta, la primera hace referencia a las directivas directas basadas en el acatamiento, donde la familia tendrá que acatar las órdenes del terapeuta sobre x situación; adaptando así esta modalidad una forma de consejos, explicaciones o sugerencias.

La segunda directiva es la paradójica o basada en el desafío, para asegurar el éxito de ésta depende que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo.

En cada caso, el terapeuta diseña una estrategia y si después de algunas semanas no logra nada con los objetivos de la terapia, formula entonces una estrategia diferente.

---

- *El enfoque estructural* se encuentra encabezado por Salvador Minuchin, quien parte de la premisa de que la familia no es un sistema entre iguales y de que los padres deben hacerse cargo de los hijos.

Dentro de esta corriente se concibe a la familia compuesta por subsistemas: marido y mujer, madre e hijo, hermanos, etc.

En este enfoque se considera que la patología aparece en familias demasiado enredadas, donde existe escasa o nula diferenciación de subsistemas.

Un objetivo primordial de la terapia es la diferenciación de los subsistemas (por ejemplo se alienta a los progenitores a dialogar sin ser interrumpidos por los hijos, o se les prohíbe a los padres interrumpir a los hijos cuando dialogan entre sí).

En las familias desconectadas, el terapeuta procura intensificar el flujo comunicativo entre los subsistemas para que los familiares se apoyen y relacionen mutuamente (Rivera Vilchis, L.G. 1992).

La técnica principal utilizada en las sesiones, dentro de este enfoque, consiste en modificar las relaciones de las personas disponiendo quiénes habrán de dialogar, sobre qué temas y de qué manera. Esto se



---

funda en la convicción de que los cambios introducidos en las vías de comunicación conducen a importantes cambios estructurales en la familia (Cloé Madanes. 1982).

El terapeuta aquí asignará tareas fuera de las sesiones con el objeto de que esos cambios prosigan.

Se aplican también interpretaciones “*pedagógicas*”, éstas se apoyan en la creencia de que las personas cambian una vez que comprenden cómo se tratan mutuamente.

Esta escuela, nos dice Minuchin (1986), pone más énfasis en los problemas estructurales de la familia que en el problema presentado.

La terapia nos continua diciendo este autor, se orienta al crecimiento personal y no recurre a intervenciones paradójicas deliberadas. Tampoco emplea un método preestablecido sino que lo varia según sea el caso.

El abordaje estructural reúne elementos tanto del enfoque existencial como del estratégico.

## 2.2 TERAPIA DE MINUCHIN

En el punto anterior se describieron varias escuelas de psicoterapia familiar, en donde se expuso brevemente la forma de trabajo de cada una. A continuación se abordará ampliamente el enfoque estructural cuyo principal representante teórico es Salvador Minuchin.

Para poder entender la propuesta de este autor desglosaremos los puntos más relevantes de su teoría empezando primeramente por la descripción del marco teórico, posteriormente analizaremos la concepción de la familia dentro de este enfoque, el papel que juega el terapeuta, el método de intervención, así como los peligros latentes de éste.

Empezaremos primeramente por analizar el marco teórico que sustenta este enfoque.

El marco de referencia de la terapia estructural de la familia, nos empieza por decir Minuchin, es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Esta teoría se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo dentro de los grupos sociales. Así, se considera al ser humano como un pequeño sistema inmerso en sistemas más grandes (Minuchin, Salvador. 1986).

---

La familia entonces, considerada como sistema juega un papel importante en la conducta del sujeto, ya que a través de ésta se da la organización y los modos en que los miembros se relacionan.

Bajo este marco el conflicto individual es considerado como la manifestación de un conflicto familiar, donde el miembro portador del síntoma es llamado "*paciente identificado o chivo expiatorio*". Al respecto dice Minuchin, lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros, se trata del paciente identificado al que la familia rubrica como el que tiene el problema (Minuchin, Salvador. 1986).

Dentro de este enfoque lo que se intentará hacer para resolver la problemática "*individual*" es modificar la organización de la familia, ya que se tiene la convicción de que si se transforma la estructura del grupo familiar se modificarán las posiciones de sus miembros, así como sus experiencias y por lógica disminuirá la sintomatología del paciente.

Como puede observarse el marco teórico de esta técnica difiere de las técnicas tradicionales, las cuales toman al individuo como el asiento de la patología, y lo estudian en forma aislada de su contexto. En cambio el terapeuta estructural deja de concentrarse exclusivamente en el estudio del

---

sujeto para tomar en cuenta el medio en que se desenvuelve, teniéndose así un enfoque diferente quedando la familia como la unidad de intervención.

Dentro de esta teoría se explorarán las relaciones del individuo con su medio y no se tendrá que depender únicamente de las descripciones del paciente acerca de lo que sucede. Pues aquí los miembros de la familia (contexto) estarán presentes mostrando su conducta y formas de relación. De este modo la localización de la patología será más amplia así como las posibilidades de intervención terapéutica.

El individuo se mueve en diferentes contextos, nos dice Minuchin, actuando y respondiendo de manera diferente. El contexto influirá en él, así como también él influirá en el contexto. Bajo este concepto, Minuchin basó su técnica de salud mental constituyendo así un enfoque nuevo y diferente.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR**

El conjunto familiar, foco de estudio de esta teoría, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, estas pautas establecen la manera en que los miembros se relacionan entre sí a través de jerarquizaciones de poder, en la que los padres e hijos poseen niveles de autoridad diferentes.

La familia entonces, considerada como sistema, mantiene estrecha relación con otros sistemas de organización que funcionan como engranes en macro (suprasistema) o micro (subsistema), permitiendo así su supervivencia. El ser humano es visto, desde esta perspectiva, como un pequeño sistema inmerso en otros sistemas mayores y a su vez compuesto por diferentes subsistemas.

De ahí que Minuchin asemeje a la familia con una colonia animal, entidad que esta compuesta por diferentes subsistemas, donde cada parte cumple su papel.

Como todo organismo, la familia se encuentra sometida a procesos de cambio lo mismo que sus contextos sociales, es decir, la familia cambia a través del tiempo enfrentando una serie de tareas de desarrollo. Estos cambios son producidos por el desarrollo biopsicosocial de sus miembros y por diversos estímulos provenientes del sistema social.

---

Las variaciones a las que se encuentra sujeta la familia son tanto a nivel interno como externo. Es decir, como sistema vivo se encuentra en constante transformación, pero también tiene tendencia a mantenerse; estas dos variables son conocidas como morfogénesis que es la tendencia al cambio y a la evolución y a la morfostasis que es la tendencia a mantenerse. Dichas variables tienen dentro de la familia una relación indisoluble.

Desde esta perspectiva, se considera a la familia como una entidad no estática, ya que se encuentra en continuo proceso de cambio.

Contemplar a una familia en un lapso prolongado, es observarla como un organismo que evoluciona en el tiempo, dice Minuchin (1986).

Como todo organismo viviente la familia tiende a la transformación, su crecimiento transcurre en etapas que comprenden:

- *La formación de la pareja*, en este estadio, nos dice el autor se elaboran pautas de interacción que constituyen la base de la estructura de esa relación. La forma en que esas pautas se establecen son a través de negociaciones que ambos cónyuges delimitan. La pareja define así sus formas de relación y estilo de vida.

- *La familia con hijos pequeños*; en este segundo estadio aparecen nuevas formas de relación ya que con el nacimiento del primer hijo se crean nuevos subsistemas (el parental). El subsistema conyugal, como consecuencia debe reorganizarse para enfrentar las nuevas tareas. En esta etapa la familia tiene que negociar con nuevos contactos del mundo exterior (hospitales, escuelas, tiendas comerciales, etc.).

Los abuelos, y primos se incorporan para ayudar, orientar u organizar las nuevas funciones de la familia.

Con el nacimiento del segundo hijo se imprimen dentro del mapa familiar relaciones más complejas, incluyéndose así un nuevo subsistema, el fraternal (el de los hermanos).

- *Familia con hijos adolescentes*; un siguiente cambio se produce cuando los hijos empiezan a ir a la escuela. La familia dice Minuchin, tiene que relacionarse con un sistema nuevo, toda la familia entonces tiene que elaborar nuevas pautas de interacción (como ayudar en las tareas, horas de acostarse, tiempos de estudio etc). El crecimiento del niño va introduciendo elementos nuevos en el sistema.

---

Con la llegada de la adolescencia el sistema familiar tiende a reorganizarse, ya que la negociación entre padres e hijos empieza a darse, empieza también el proceso de separación.

- *Familia con hijos adultos*; en este último estadio o etapa, los hijos empiezan a crear sus propios compromisos, su propio estilo de vida empieza a surgir y poco a poco se van separando de sus padres para conformar una nueva vida.

La familia originaria vuelve a ser de dos miembros a este periodo, nos dice el autor se le llama la etapa del nido vacío. A pesar de esto las nuevas relaciones no dejan de formarse, ya que con la llegada de los nietos nuevos vínculos empiezan a surgir.

Como puede observarse en el crecimiento de la familia existen periodos de equilibrio y adaptación, así como también periodos de desequilibrio, los cuales son provocados por el salto a un nuevo estadio.

Las relaciones dentro del sistema familiar indican el grado en que se intercambia información, así se califica a un sistema abierto o cerrado. El sistema abierto se caracteriza por permitir la entrada y salida de información entre sus miembros. El sistema cerrado no permite la



---

intromisión del medio ambiente, se aísla por lo que el sistema puede decaer y morir.

En el sistema abierto existe diferenciación de funciones y roles, mientras que en el sistema cerrado, el conflicto es el resultado de la poca organización y diferenciación en los miembros de la familia.

Esto nos lleva a considerar el análisis de la estructura familiar en subsistemas.

Los individuos dice Minuchin, son subsistemas en el interior de una familia; los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, función etc. (Rivera Vilchis. 1992).

Las características de cada uno son:

- *El individual*, donde se considera al individuo como parte de la unidad familiar.

- *El conyugal*, que involucra a dos adultos, quienes se encargan de aportar valores y expectativas, las cuales constituirán reglas de relación.

---

- *El parental*, dentro de este subsistema los adultos tienen la responsabilidad de cuidar de ese subsistema y de fijar el papel que los menores tienen dentro de la familia.

- *El subsistema fraterno*, este subsistema está compuesto por los hermanos, dentro de este contexto los niños aprenden a valorar su medio.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado deben existir límites claros dentro de estos subsistemas, cuando estos no existen la disfunción familiar se hace presente.

Dentro de este marco se utilizan conceptos claves para determinar conflictos o disfunciones en los miembros de la familia en áreas tales como límites, roles, jerarquías, etc.

A continuación se examinarán cada uno de ellos:

- *Rol*, es la función que desempeña cada miembro dentro de la familia tomando en cuenta al subsistema al que pertenece.

- *Límites*, son las reglas propuestas por los padres y que sirven para proteger la diferenciación del sistema familiar. Existen límites difusos en donde no se percibe la diferencia de los sistemas (aglutinamiento) y

---

límites rígidos que carecen de unión (desligamiento), la familia no responde cuando es necesario hacerlo.

- **Jerarquías**, es la fuerza y poder con que se cumplen los roles y las funciones.

- **Vínculos**, es donde se dan las relaciones de alianza (apoyo entre dos personas para hacer algo en común, sin estar en contra de alguien); coaliciones (dos se apoyan para estar en contra de un tercero) y triangulaciones (que forma el padre, la madre y el hijo en distintas situaciones).

- **Territorio**, determina los límites espaciales que existen dentro de la familia y con otros sistemas.

- **Geografía**, es la distribución del espacio físico y la manera en que éste es ocupado.

Como ya se mencionó, el efectivo funcionamiento de la familia depende de la adecuada diferenciación entre estas áreas; de lo contrario la disfunción familiar puede producirse cuando en los puntos señalados las relaciones entre los miembros tienden a indiferenciarse y rigidizarse.

---

Considerando lo anterior, cuando una familia señala a un miembro como el problema, es que en algún lugar del sistema hay disfunción que es reforzado por ellos, señalando así posibles patologías.

La etiqueta patológica debe reservarse a familias que frente a tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración a variantes (Minuchin, Salvador. 1986).

## **PAPEL DEL TERAPEUTA**

En contraposición con otras corrientes, el terapeuta estructural desempeña un papel activo dentro de las sesiones, centrándose únicamente en el aquí y el ahora. Siendo responsabilidad suya la dirección y desarrollo del tratamiento el cual principia con una estrategia específica y con el establecimiento de objetivos claros dirigidos a la solución del problema en cuestión.

La función del terapeuta así, se caracteriza por ser activo, flexible y responsable. El junto con la familia formarán un nuevo sistema, el sistema terapéutico, donde el objetivo principal será, el de crear dentro de ese sistema nuevas formas de interacción.

De esta manera, la forma de actuar del terapeuta variará de acuerdo a otros modelos, dejando de ser así una figura externa dotada de peculiares poderes.

El terapeuta no evitará entrar en ciertos roles que la familia le asigna, pues esto forma parte del juego terapéutico. Pero debe tener sumo cuidado de que el grupo no paralice su actividad impidiéndole así su labor transformadora.

---

Durante la primera entrevista (se le pedirá a todos los miembros de la familia que asistan), el terapeuta pedirá a los integrantes que se presenten y no permitirá que se exponga la problemática hasta que todos se hayan presentado.

En esta fase inicial el terapeuta tratará de ubicar a todos los miembros y entrará en contacto con cada uno de ellos de manera distinta tratando de adaptarse tanto en su lenguaje como en su estilo personal. De esta manera el terapeuta tratará de adaptarse al nuevo sistema.

Una vez terminada la presentación se pasará al motivo de la visita. Es importante que el terapeuta pregunte que se espera de él, ya que con esta pregunta se dará a conocer las expectativas y fantasías de los miembros.

Durante la sesión el terapeuta deberá estar atento a lo que hacen todos los miembros del grupo, observando y registrando la forma en que éstos se relacionan; planteándose a su vez un cierto número de interrogantes como por ejemplo, ¿Quién es el portavoz de la familia?, ¿Quién lo designó?, ¿Qué significa esto?, etc. (Minuchin, Salvador. 1986).

---

Observará también el lugar que toma cada uno de los participantes al momento de sentarse, ya que esto revelará un poco la organización familiar.

Todos estos datos, los cuales tiene que tener presentes el terapeuta, le servirán para el planteamiento de hipótesis, las cuales tendrá que poner a prueba durante el transcurso de las sesiones.

Al respecto Minuchin nos dice, la estructura familiar no es una entidad inmediatamente observable por parte del terapeuta. Estos datos se logran a través del proceso de asociarse éste con la familia, escuchando y observando lo que hacen y dicen los miembros, (formación del sistema terapéutico).

Un elemento esencial en la formación de este sistema, dentro de este enfoque, es el establecimiento del contrato terapéutico, este contrato planteará la promesa de ayuda para la familia y en el se establecerán la frecuencia de las sesiones y la duración de éstas.

Para lograr ese sistema, nos dice el autor, el terapeuta se vale de métodos que son designados como operaciones de asociación. Entre estos métodos se encuentra la unión, el acomodamiento, el rastreo y el mimetismo.

---

El primero se utiliza cuando el terapeuta se relaciona con los miembros de la familia, logrando disminuir la distancia entre ambos.

El segundo hace referencia a las adaptaciones del terapeuta dentro del sistema familiar tendientes a lograr la alianza (debe acomodarse a la familia, pero es importante que mantenga su posición de liderazgo).

El tercero es el planteamiento de preguntas por parte del terapeuta para rastrear la comunicación dentro de la familia y clarificar que es lo que está en juego. El terapeuta no cuestiona lo que dice, se ubica a sí mismo como parte interesada.

Por último el mimetismo es el acomodamiento que el terapeuta debe realizar al estilo de vida familiar.

A través del proceso interaccional de unión, el terapeuta estructural analiza el campo transaccional en que se desenvuelve la familia, y para lograr un diagnóstico comienza por establecer un mapa familiar.

El mapa familiar dentro de este enfoque es un esquema organizativo que le permite al terapeuta organizar el material obtenido; en el se señalarán la posición de los miembros, poniendo de manifiesto



---

coaliciones, alianzas, conflictos etc. El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario (Minuchin, S. 1986).

El trazado que se obtiene de este mapa nos dará a conocer el movimiento existente dentro de la familia, marcando así los sectores de posible fortaleza o disfunción.

Los sectores disfuncionales, nos dice el autor, dentro de la familia a menudo obedecen a alianzas excesivas o escasas.

De esta manera el terapeuta empieza a operar a través de objetivos claros asociándose a la familia para lograr reestructuraciones.

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico (Minuchin, S. 1986).

El terapeuta, quien toma desde el principio un papel activo, (es directivo desde el inicio de la terapia y durante el desarrollo de ésta), responderá a las provocaciones de la familia con una contraprovocación, tratando de alcanzar su objetivo: Establecer o restablecer el crecimiento familiar a del cambio de su estructura.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

La intervención del terapeuta, como se advierte dentro de este enfoque, tiene por consecuencia modificar los contextos donde se desenvuelven las personas. Para lograrlo el terapeuta recurre a distintas estrategias que le sirven para modificar organizaciones con en propósito de lograr cambios en el sistema. Una forma de lograrlo, nos dice Minuchin, es cuestionando la realidad familiar con una orientación al crecimiento.

De esta manera podemos decir, que las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante su propio cuestionamiento organizacional.

Existen dentro de este enfoque tres estrategias principales de terapia estructural, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas las cuales se explicarán a continuación:

### *1) Cuestionamiento del síntoma*

Dentro de esta estrategia, lo que el terapeuta busca es cuestionar la definición que la familia da al problema, es decir, el terapeuta ingresa a la terapia con el supuesto de que la familia se equivoca en la delimitación del problema. Así enfocados bajo este marco se considerará que el problema

---

no residirá en el paciente identificado sino en ciertas pautas de interacción dentro de la familia. Siendo así el portador del síntoma, la persona que se sacrifica para defender la homeostasis familiar (reacción de un organismo sometido a tensión).

El cuestionamiento que el terapeuta realiza a la familia puede ser directo o indirecto siendo su objetivo la concepción que la familia tiene del problema.

Las técnicas con que cuenta esta estrategia son :

a) **Escenificación**. La escenificación es la técnica en la cual el terapeuta consigue que los miembros de la familia interactúen en su presencia para discutir algunos problemas que se consideran disfuncionales; con el propósito de vivenciar la realidad familiar que ellos definen.

La hipótesis de esta técnica nos dice Minuchin, es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones. Es decir, cuando se alienta a los miembros de la familia a escenificar una interacción, las reglas que gobiernan su conducta se hacen presentes, el terapeuta entonces puede verificar las reglas del sistema aliándose de manera diferencial con ciertos miembros de la familia o formando coaliciones contra otros miembros.

---

Es importante mencionar, que el terapeuta, dentro de la sesión posee el control del contexto, así podrá controlar el tiempo de escenificación alentando a los miembros a que prosigan o bloqueará los intentos de intervención. La escenificación será producida en el contexto de la sesión, en el presente y frente al terapeuta.

Al mismo tiempo que el terapeuta la promueve, éste tendrá la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia se expresan (Minuchin, Salvador y Fishman, H. CH. 1993).

A través de esta técnica, nos dice el autor, el terapeuta logrará poner en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia.

Es importante hacer mención que esta manera de reunir información, diferirá de los métodos tradicionales, ya que terapeutas de otras corrientes utilizan para obtener información sólo el canal verbal como fuente principal para recabar datos.

La técnica de escenificación ofrece varias ventajas, nos dice Minuchin y Fishamn (1993), en primer lugar facilita la formación del sistema terapéutico porque produce compromisos sólidos entre los

miembros de la familia y el terapeuta. En segundo lugar produce un cuestionamiento de la realidad familiar, cuestionando la idea de que la familia se ha formado sobre el problema, y por último ayuda al terapeuta a desprenderse de una absorción familiar (forzándolo a ocupar un lugar central que le quitará capacidad de maniobra ).

Es así como puede considerarse que la escenificación es una técnica que posee tres movimientos; en el primero el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y observa los campos disfuncionales; en el segundo el terapeuta promueve interacciones entre los miembros; y en el tercero el terapeuta propone nuevas formas de interacción.

*b) Enfoque.* Dentro de esta técnica el terapeuta buscará destacar un tema de toda la información que le brinda la familia, desechando diversos temas que, siendo interesantes, no son por el momento útiles para su meta terapéutica. El terapeuta así, nos dice Minuchin, se concentra en un pequeño segmento el cual le proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta de la vida familiar

El terapeuta desarrolla una visión lineal y es preciso que tenga consciencia de ello. Así, empieza a ignorar información y sólo prestará atención al tema que seleccionará [si quiere cuestionar a una familia

---

demasiado fusionada, puede enfocar la mirada a las nulas fronteras de sus miembros.] (Minuchin y Fishman. 1993).

El oficio del terapeuta aquí , nos dice el autor, es asistir al cambio familiar, no a hacer que la familia se sienta cómoda. El cambio se logrará buscando un distinto encuadramiento dentro de la realidad familiar.

Es así, que el terapeuta, cuestionará secuencias interactivas de la familia e intervendrá para producir cambios.

c) *Intensidad*. Esta técnica hace referencia a la necesidad que el terapeuta tiene de hacer oír su mensaje a la familia. El terapeuta necesita hacer que la familia oiga y esto exige que su mensaje supere el umbral de la sordera, puede ocurrir, nos dice Minuchin y Fishman [1993], que la familia oiga el mensaje pero que no lo asimile.

Pero un mensaje terapéutico, continúan diciendo estos autores tiene que ser reconocido por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar modalidades nuevas. Los terapeutas tienen que aprender a no quedarse con la verdad de una interpretación, sino avanzar hasta su eficacia. (Minuchin y Fishman 1993).

---

El problema es, dice Minuchin, cómo hacer para que la familia oiga el mensaje. Son diversas las técnicas con las que cuenta este enfoque para hacerse escuchar, entre estas técnicas están:

↪ *Repetición del mensaje*. Esta técnica consiste en que el terapeuta repetirá su mensaje tantas veces como considere necesario durante el curso de la terapia, de modo que el mensaje cobre relevancia o intensidad.

El terapeuta así puede obtener atención en un asunto determinado si lo expone una y otra vez con la misma frase a modo de letanía.

↪ *Repetición de interacciones isomórficas*. Otra variedad de repetición incluye mensajes que en la superficie parecen diversos a diferencia del monótono, pero que son idénticos a un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a estructuras equivalentes dentro de la familia (Minuchin y Fishman 1993).

Minuchin refiere, que el contenido de esas intervenciones es diferente, pero estructuralmente son equivalentes. Considera que las intervenciones únicas, rara vez son eficaces para modificar pautas de interacción que han regido por años la estructura familiar, de ahí que para que sobrevenga un cambio (modificación de pautas) es necesaria la repetición; la terapia dice el autor es asunto de repetición.

---

⇒ *Modificación del tiempo*. Otra de las técnicas que permite incrementar la intensidad de un mensaje, consiste en que el terapeuta dentro de este enfoque, alentará a los miembros de la familia a interactuar, para que sigan negociando, sobre temas en disputa, mas allá del umbral acostumbrado en un clima de mutuo respeto.

El papel del terapeuta aquí será el de ayudar a reentablar la negociación sobre puntos claves o puntos en disputa, teniendo éste que reencuadrar el tema cada vez que los miembros intenten cambiarlo.

El terapeuta deberá tener sumo cuidado de no ser absorbido por otros temas más interesantes.

No es tarea fácil dice Minuchin y Fishman (1993), transformar la forma de pensar de una familia de tal forma que comprendan que todos están envueltos en una danza disfuncional que se manifiesta de una manera más evidente en el síntoma de uno de sus miembros.

Minuchin considera que el mantenimiento de este enfoque trae a la luz la dinámica oculta de la familia.



---

⇒ **Cambio de distancia.** Esta técnica hace referencia al manejo o utilización del espacio dentro del consultorio como instrumento significativo para la emisión del mensaje terapéutico.

Para destacar un mensaje, el terapeuta puede ponerse de pie, ir al encuentro de un miembro, pararse enfrente de él, disminuir su talla si es que habla con un niño etc.

El terapeuta también puede valerse del cambio de posición de los miembros de la familia (hacer que tales individuos se sienten juntos para poner de relieve una diada o separarlos).

Es así como se considera que el juego con las distancias puede ayudar a producir en los miembros, un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico.

⇒ **Resistencia a la presión de la familia.** En esta técnica el terapeuta resiste a la presión de la familia para no ser absorbido y no hacer lo que el sistema familiar desea que haga, ya que de lo contrario ayudaría al mantenimiento de la disyunción familiar. Con su resistencia el terapeuta introduce intensidad a la terapia.

## **2) Cuestionamiento de la estructura familiar**

Esta estrategia consiste en la señalización, por parte del terapeuta de los sectores disfuncionales dentro del sistema familiar. Esto se logra cuando el terapeuta al entrar al sistema familiar, se hace copartícipe de éste para intentar transformarlo.

El terapeuta así, inmerso dentro del sistema puede desplazarse en éste y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación de los miembros.

Puesto que la terapia supone un cuestionamiento de la estructura familiar, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder que las reglas de los holones ejercen sobre el desarrollo de los miembros de las familias (Minuchin y Fishman 1993).

Existen tres técnicas principales, dentro de este enfoque, para cuestionar la estructura de un holón familiar

**a) Técnicas de fijación de fronteras.** Esta técnica trata de regular las distancias (demarcación de límites) entre los diversos subsistemas que conforman la organización familiar. Esta técnica puede apuntar a: la

---

distancia psicológica entre los miembros y/o a la duración de la interacción. A continuación se explicarán cada una de ellas.

⇒ *Distancia psicológica.* Aquí el terapeuta, tendrá sumo cuidado en observar la distribución que cada uno de los miembros de la familia toman en la sesión, ya que éste será un indicador de alianzas entre ellos. Minuchin y Fishman (1993) mencionan que éste será un indicador débil que el terapeuta deberá aceptar como primera impresión y que es preciso investigar.

Es importante observar también quién de los miembros trata de hablar por otro, quién interrumpe o completa la información, quién ayuda, etc. Estos indicadores serán también indicadores débiles, pero proporcionarán al terapeuta un mapa tentativo de la proximidad familiar (alianzas, coaliciones, etc.).

Una vez detectada la pertenencia excesiva de algunos de los miembros, el terapeuta procederá a delinear fronteras a fin de hacer sitio a la flexibilidad y al crecimiento familiar.

El terapeuta dentro de este marco, dispone de una diversidad de técnicas para trazar fronteras, ya que puede utilizar constructos cognitivos o maniobras concretas para la creación de límites.

---

Los constructos cognitivos, son frases que expresan de manera algo indirecta que es deseable la separación (-Usted habla por ella-). Frases como éstas, dice Minuchin, pondrán de manifiesto la intromisión del espacio psicológico, con el propósito de señalar y separar diadas demasiado unidas.

En otras ocasiones el terapeuta podrá introducir una regla al inicio de la sesión, [-En este consultorio nadie debe hablar por otro-] Esta regla permitirá al terapeuta establecer fronteras y señalar la intromisión de uno de sus miembros de la familia en el espacio psicológico de otro miembro.

Es posible así, dice Minuchin, bloquear las intromisiones, alianzas o coaliciones diciendo que eso es hablar por otro.

Otra de las alternativas a las que puede recurrir el terapeuta de familia, para la creación de fronteras es a la formación de subsistemas asignándoles tareas que les ayude a no intervenir en las discusiones de los demás.

El terapeuta también puede utilizar maniobras espaciales concretas para cambiar la proximidad de los miembros. Entre estas se encuentran:

-El reordenamiento del espacio físico para indicar subsistemas

-El utilizarse a sí mismo para proteger el subsistema de la intromisión de otros subsistemas.

-Y el brindar una razón para el apoyo que el terapeuta da a un subsistema

Otra técnica no verbal consiste en solicitar a los padres que traigan a la sesión solo determinados miembros de la familia y no otros, con lo cual indicará una separación entre subsistemas (Mínuchin, S. 1986).

⇒ *Duración de la interacción.* El terapeuta a través de esta técnica tratará de unir a un subsistema o separarlo, según sea el caso a través de la asignación de tareas. Así su fantasma, dice Mínuchin realizará la labor terapéutica. Para crear fronteras en díadas demasiado unidas el terapeuta les puede asignar tareas paradójicas ( el terapeuta les pedirá por ejemplo, un aumento en la proximidad de sus miembros ). El objeto de esta técnica es incrementar el conflicto entre los participantes a lo cual según el autor, seguirá un incremento de distancia.

b) *Desequilibramiento.* En el desequilibramiento, la meta terapéutica, es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Aquí el terapeuta entrará al sistema apoyando al individuo o a un subsistema a expensas de los demás. Es decir se aliará a un miembro de la familia situado en un lugar inferior de jerarquía, y le conferirá poder en lugar de quitárselo (Mínuchin y Fishman 1993).

---

De esta manera coparticipará con uno de los miembros en una coalición que ataca a otro. Se considera dentro de esta teoría, que todo cambio en la posición jerárquica de la familia, produce un cambio en la perspectiva de sus miembros.

Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías: El terapeuta se puede aliar con miembros de la familia, ignorarlos, o entrar en coalición.

Alianza con miembros de la familia. Para desequilibrar, nos dice Minuchin un sistema, el terapeuta recurrirá a una alianza con un miembro de la familia destinada a modificar su posición jerárquica dentro de la familia. El hecho de enfocar a un miembro, continua diciendo este autor, modificará la posición de los demás. En la mayoría de los casos esta técnica se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de inferior posición dentro de la familia.

Esta técnica puede requerir el mantenimiento de esta estrategia durante muchas sesiones.

⇒ *Alianza alternante.* Esta estrategia consiste en dar a cada subsistema el apoyo necesario de tal modo que en lugar de competir por la jerarquía los miembros de la familia ensayan nuevas relaciones.

⇒ *Ignorar a los miembros de la familia.* Técnica que consiste en ignorar a un miembro de la familia, “*el miembro blanco*”, con la finalidad de producir tensión en éste y mantener su inatención al tiempo que se introducen temas que cuestionan al individuo. Esta técnica dice Minuchin, se puede utilizar con niños problema que cuestionan la terapia negándose a hablar.

Coalición contra miembros de la familia. En esta técnica el terapeuta participará como miembro activo dentro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. Esta participación por parte del terapeuta hará posible que la familia lleve adelante un enfrentamiento; el terapeuta se valdrá de su posición de poder para cuestionar y descalificar el modo de actuar de un miembro de la familia.

c) *Complementariedad.* Con esta técnica, el terapeuta busca que los miembros de la familia vivencien su pertenencia en una entidad que rebasa el sí mismo individual. Por lo general las personas se vivencian a sí mismas como individuos independientes, que responden a todo tipo de acciones. Desde la torre del sí mismo individual se creen asediados y les parece que responden a ese asedio (Minuchin y Fishman, 1993).

Para promover un cambio diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la realidad familiar, básicamente en tres aspectos: En primer lugar cuestiona el problema, certeza de la familia de que existe un

paciente identificado, en segundo lugar, nos dice el autor, cuestiona la idea lineal de que un miembro de la familia controla al sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. Y en tercer lugar cuestiona el modo en que la familia ve los sucesos el terapeuta encuadra la conducta individual como parte de un todo mas vasto.

Es así que desde este enfoque el terapeuta con su intervención encuadra la conducta individual como parte de un todo, y los miembros pueden comprender el hecho de que cada uno es parte funcional y más o menos diferenciada de esa estructura.

### ***3) Cuestionamiento de la realidad familiar***

Una familia no sólo tiene estructura, nos dice Minuchin y Fishman (1993), sino un conjunto de esquemas que validan su organización (su visión de ver el mundo). La intervención del terapeuta así influirá sobre ambos niveles.

Dentro de esta estrategia, lo que el terapeuta intentará hacer es cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura, para ello se vale de ciertas técnicas entre las cuales están:



**a) El empleo de constructos cognitivos.** Bajo esta técnica lo que se busca hacer es cuestionar el esquema explicativo de la realidad familiar, con lo que se pondrá al alcance de ésta, modalidades nuevas de interacción; para lograr esto el terapeuta se vale de varios métodos como lo es:

La utilización de símbolos universales. Con este método, el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución (Dios, la sociedad, etc.) prescribiendo así un camino correcto es así que cuando obra de este modo pareciera que se refiere a la realidad objetiva.

También puede apoyarse en el sentido común o en la experiencia común, con frases como: [-Eso todo el mundo lo sabe-] [-Hay un tiempo para divertirse y para trabajar-]. La fuerza de estas frases, nos dice Minuchin, residen en el hecho de que se refieren a cosas que todo el mundo conoce, estas frases no aportarán información nueva, pero el terapeuta, dentro de este enfoque recurre a ellas para tratar de edificar una realidad diferente.

⇒ ***Verdades familiares.*** El terapeuta seleccionará aquí metáforas que simbolizan la realidad de la familia y éste las utilizará cada vez que

éstas surjan, tratando de transformarlas en rótulos que señalarán la realidad de la familia, ésto para tratar de indicar la dirección de un cambio.

⇒ **Consejo especializado.** En esta técnica el terapeuta, nos dice Minuchin, trata de presentar ante la familia una explicación diferente a la realidad familiar basándose en su experiencia y conocimiento. Desde su posición de líder puede interpretar la realidad de los diferentes miembros y apoyar la atipicidad como si se tratara de un derecho y no de una herejía (Minuchin y Fishman 1993).

b) **Paradojas.** El empleo de paradojas es otro recurso con que se cuenta dentro de este enfoque. Aunque la experiencia ha demostrado, nos dice Peggy Papp (1993) que las paradojas no son siempre necesarias, ni siempre deseables. El criterio para su empleo se basa en la evaluación que se hace del grado de resistencia al cambio por parte del sistema.

Esta técnica, nos continua diciendo la autora, no es conveniente aplicarla en ciertas situaciones como por ejemplo: Crisis provocadas por violencia, intento de suicidio, etc., ya que por lo delicado de estos casos se debe actuar en forma distinta.

Las intervenciones paradójicas pueden clasificarse en :

⇒ **Intervenciones directas, basadas en la aceptación.** En esta técnica el terapeuta dará consejos, explicaciones o tareas a la familia

---

tratando de que éstas sean respetadas por los miembros. Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o roles de la familia.

Dice Peggy Papp (1993). Con esta técnica se puede instruir a los padres sobre el modo de controlar a los hijos, se puede también redistribuir funciones entre los miembros, establecer reglas disciplinarias, también se puede promover la comunicación.

Estas intervenciones se hacen, con la expectativa de que se las respetará y como consecuencia de esto, la familia responderá a ellas.

⇒ *Intervenciones paradójicas, basadas en el desafío.* Aquí el terapeuta dará a la familia instrucciones de hacer lo opuesto que se pretende cambiar. El éxito de esta técnica dependerá de que la familia desafíe estas instrucciones y obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vean obligados a retroceder.

Los tres principales métodos de esta intervención son: **La redefinición**; aquí se pretenderá modificar el modo en que la familia percibe el problema (se hará creer que la conducta sintomática de algún miembro obedece a fines benévolos). El terapeuta así no intentará modificar el sistema, más bien lo apoyará, respetando la lógica interna.

**Prescripción.** El terapeuta prescribirá a la familia que el tipo de interacción que se da entre ellos es la que produce el síntoma. Con esta aseveración el terapeuta pondrá de manifiesto las reglas secretas de la familia, con esto los miembros se verán precisados a asumir la responsabilidad de sus propias acciones.

**Restricción.** En congruencia con los dos pasos anteriores, cada vez que la familia presente signos de cambio, el terapeuta deberá refrenarlos. Si el síntoma es un elemento esencial en el funcionamiento del sistema, y el terapeuta respeta al sistema, no podrá menos que mantener cualquier cambio. A medida que la familia se muestra renuente a esta prescripción y presiona en el sentido del cambio el terapeuta regula su ritmo.

Enumerará las consecuencias del cambio y anticipará las dificultades a las que deberán enfrentarse si se deciden a cambiar. De esta manera permitirá que la familia cambie a pesar de todo (Minuchin y Fishman 1993).

Otro de los recursos de los que se vale el terapeuta de familia es el de la utilización de un grupo de consulta como refuerzo a las intervenciones del terapeuta. Este grupo estará formado por colegas y su participación consistirá en hacer comentarios sobre las interacciones familiares; funcionando así como voz de profeta.

---

Este grupo será presentado a la familia diciéndoles que cuentan con un grupo de especialistas para orientar sobre la problemática. Este grupo permanecerá distante. De esta manera tanto el terapeuta, el grupo y la familia formarán un triángulo terapéutico, permitiéndole al terapeuta más capacidad de maniobra.

El grupo, según Peggy Papp (1993), se empleará de la siguiente manera. El terapeuta al final de la sesión pedirá permiso a la familia para consultar con el grupo, al salir deberá de tener cuidado en dejar funcionando la cámara de filmación a fin de registrarlas interacciones de los miembros. Al regresar comunicará a la familia lo que el grupo ha recomendado o considerado pertinente. Leída la comunicación el terapeuta dará por terminada la sesión.

c) *Insistencia en los lados fuertes de la familia.* Por último en esta técnica, lo que el terapeuta intenta hacer es sondear los lados fuertes (positivos) de una familia para combatir las disfunciones familiares; ya que se ha descubierto que este sondeo procura el desarrollo y la cura de la familia.

## PELIGROS DEL ANÁLISIS ESTRUCTURAL

El análisis estructural es eficaz para fijar objetivos terapéuticos y sugerir estrategias terapéuticas, pero si no se tiene el cuidado suficiente se puede caer en ciertos riesgos, nos dice Minuchin [1986].

Existe por ejemplo, el riesgo de que el terapeuta no tome en cuenta el proceso de desarrollo de la familia durante la terapia, y su efecto que éste causa sobre su estructura. Esta ceguera se puede deber al hecho de que el terapeuta inmerso en su trabajo con un subsistema ignora el impacto que puede tener sus intervenciones en otros subsistemas. Mantenerse en esta posición, nos dice Minuchin, hasta tal punto, puede fomentar el desarrollo de organizaciones disfuncionales.

El tratamiento de sistemas en los que se tiene en cuenta sólo un subsistema es frecuente, sin embargo la ignorancia total de otros subsistemas es indeseable, y en algunos casos ética o humanamente incorrecta [Minuchin, 1986].

Es por ello que el terapeuta tiene que saber que el enfoque lo hace vulnerable a ciertos peligros. De ahí que el autor recalque que el oficio del terapeuta es asistir al cambio familiar y no a hacer que ellos se sientan cómodos.

---

Cuando el terapeuta se une a la familia, debe encarar dos tareas fundamentales. Debe acomodarse a la familia, pero también debe mantenerse en una posición de liderazgo dentro de la unidad terapéutica; resistiendo así su absorción dentro del sistema familiar (Minuchin, S. 1986).

Si un terapeuta se deja llevar por la presión de la familia, para que se haga hasta cierto punto lo que ella quiere, lo único que se conseguirá es reforzar y perpetuar la organización familiar y el terapeuta por consiguiente perderá su libertad de acción.

Otro peligro, al que se enfrenta el terapeuta, dentro de este enfoque, nos dice Minuchin, es que durante la sesión éste se restrinja solamente a las descripciones de la familia sin tomar en cuenta otros factores. Es sabido que para poder obtener una descripción verdadera y detallada, el terapeuta deberá ir mas allá de la autodescripción verbal de la familia [el terapeuta deberá permanecer vigilante a los indicios no verbales que confirman o contradicen lo que la familia diga].

Así mientras el terapeuta escucha lo que le dice la familia, éste tendrá a la vez que registrar las conductas que permanecen ignoradas por los miembros de la familia.

---

La información anterior nos ha permitido adentrarnos un poco al planteamiento teórico de Salvador Minuchin, en la cual hemos podido vislumbrar el enfoque sistémico, enfoque que se pretende establecer en la institución **DIF - Ecatepec**, como una forma diferente de trabajo.

Se trata, considero, de una alternativa lógica para una institución social de servicio y los resultados no podrían tener otro calificativo. Pero el interés rector de este trabajo no nos permite detenernos aquí, ya que debemos analizar la propuesta de este trabajo el cual se expondrá en el siguiente capítulo.



### 3. PROPUESTA DE TRABAJO

Capítulo 3

Debido al acelerado incremento en los problemas de desintegración familiar que se han reportado en **DIF** y a la tarea que se le ha impuesta a esta institución [*buscar la protección de la infancia y la integración familiar*] es importante encontrar alternativas que, además de concordar con la filosofía de la institución permitan integrar nuevamente a estas familias, mediante técnicas que tomen en cuenta al núcleo familiar, instaurando así una práctica clínica desde un enfoque diferente, el enfoque sistémico. Enfoque que se caracteriza por ser una de las más atractivas y fecundas formas de terapia, cuya lógica se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la conducta de otras. Este desplazamiento de foco de la conducta individual a las pautas sociales de organización es la propuesta concreta que se pretende establecer en este centro, transformando y reorientando así el trabajo del psicólogo.

La implantación de este método psicoterapéutico, constituye al menos, una respuesta a la demanda institucional, ya que al incluir a la familia entera como factor en la salud mental amplía la perspectiva de intervención, dejando de lado el tradicional tratamiento individual.

Las sugerencias que a continuación se esbozan, enfatizan en el cómo hacer para que esta teoría se instaure en el trabajo cotidiano del psicólogo y se enriquezca de esta manera su práctica profesional.

Antes de empezar es importante mencionar, que dentro de este enfoque la planificación juega un papel importante, ya que en la presente propuesta se pone especial acento en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia de 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 del tratamiento (Grimaldo González. 1997).

A continuación se presenta el proceso de tratamiento teniendo presente, que cualquier plan que se adopte, necesitará ser reconsiderado a medida que el tratamiento vaya avanzando.

***1) Primera entrevista.*** La primera entrevista comenzará con el primer contacto establecido en relación a un problema. Por lo general alguien solicita una consulta, ya sea por iniciativa propia, de la familia o de algún profesional, recogándose ya desde entonces cierta información. El terapeuta entonces deberá pedir al cliente que toda la familia deberá asistir a la primera sesión, ya que debido a la problemática lo considerará necesario.

Este primer contacto se hará dentro de las dos primeras horas de trabajo [de 9 a 11 de la mañana], ya que se pretende que en la presente propuesta la estructura de trabajo, permanezca exactamente igual, es decir, se seguirá destinando el horario de 9 a 11 para la atención a gente de primera vez, y de 11 a 3 para la atención a gente subsecuente. La diferencia radicará en que no se dará atención inmediata a la gente que acuda por vez primera [solicitud espontánea], pues con esto se caería nuevamente en la atención individualizada [en el 90% de los casos la gente acude sola, con su pareja o con el menor que ellos consideran el problema]. De ahí que se recibirá a la gente para tener con ella una breve charla y pedirle debido a la problemática, que para la atención del caso es necesario la presencia del grupo familiar. *[Hay que tener especial cuidado en dejar claro que esta primera conversación, no implica establecer ningún tipo de alianzas con la persona, a tal fin se sugiere que esta primera conversación sea lo más breve posible y el terapeuta se abstenga de solicitar más información de lo necesaria].*

Este lapso de tiempo [9 a 11 de la mañana], considero será suficiente para que el terapeuta ordene sus documentos que necesitará durante el día de trabajo, como expedientes, fichas de identificación u otro tipo de formatos, y dará a la vez oportunidad de platicar brevemente con

---

las personas que vayan a solicitar el servicio, otorgándoles al final de la plática una cita familiar.

Es así que cuando la familia acuda a terapia, el terapeuta deberá cuidar de los siguientes aspectos:

**1) Entrevista inicial con la familia.** Sin duda la primera sesión familiar será la más importante, ya que en ésta se intentará obtener la primera impresión de la familia, desde aquí se tiene que poner atención a la manera de interactuar de los miembros, de sus expresiones y de su estilo en general, intentando observar todo. Así la actitud inicial del terapeuta deberá ser de expectación, de curiosidad sana, y de ambigüedad, dejando que la familia desarrolle su interacción. El clínico se formulará así algunos conceptos tentativos acerca de los integrantes.

La entrevista iniciará con la etapa social. En esta parte se saludará a la familia, procurando que ésta se ponga cómoda; al entrar al consultorio se sentarán como lo deseen *[al sentarse nos dice Minuchin, los miembros de la familia revelan la organización de ésta, pero esto el terapeuta no deberá tomarlo demasiado en serio hasta que no haya recogido mas datos]*. Una vez que se hayan acomodado el terapeuta tratará de hacer contacto con cada integrante, adaptando tanto su lenguaje como su estilo personal de cada miembro. No permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta que todos se hayan presentado. En esta

---

etapa el terapeuta se unirá a la familia haciendo que todos se sientan cómodos y se consideren participes de la reunión. Esto se logrará a través de dos técnicas estructurales [la unión y el acomodamiento], en la primera el terapeuta logrará a través del primer acercamiento con la familia disminuir las distancias entre ambas partes; en la segunda técnica el terapeuta tratará de adaptarse al estilo de vida familiar, para lograr así la alianza con el sistema [el terapeuta se adaptará al sistema de valores, estilo de vida o ideología de la familia, logrando así la formación del sistema terapéutico].

Lo mas lógico es que la familia llegue al consultorio sin saber ni entender el por qué se les convocó a todos. De ahí que resulte oportuno que el terapeuta aclare cuál es la importancia de que estén todos presentes. Puede decirles que conoce del caso por lo que consideró pertinente solicitar la presencia de todos para saber qué piensan cada uno de ellos acerca de la problemática.

En caso de tratarse de consultas obligatorias [cuando una familia es remitida por un abogado, escuela o alguna otra instancia] se requerirá tener un manejo especial por parte del terapeuta, ya que los miembros pueden presentarse molestos y habrá que tratarlos con especial cortesía

---

Para averiguar el problema, el terapeuta también puede pedir a los miembros de la familia que dialoguen entre sí sobre él. El terapeuta tendrá así la oportunidad de observar las interacciones entre los miembros. La estructura familiar saldrá a la luz si el terapeuta conduce correctamente la etapa de interacción. Desde esta etapa el terapeuta para lograr un diagnóstico comenzará por delinear un mapa familiar [esquema organizativo que le permitirá señalar la posición de los miembros], así se percata de la existencia de díadas, coaliciones, alianzas, etc. poniendo de relieve así las interacciones disfuncionales de la familia, punto clave para la terapia, pues a través de la visualización de estas organizaciones se podrá planificar las futuras intervenciones.

Cabe recordar que en este punto se definirá el problema desde su origen, pero no en el pasado, sino poniendo énfasis en el presente.

Una vez que la familia ha definido su problema, el terapeuta preguntará a la familia lo que han hecho para tratar de enfrentarlo o solucionarlo.

Es importante también que el terapeuta pregunte en esta etapa que se espera de él, para así conocer las expectativas de sus clientes. También hará saber a la familia que será responsabilidad suya la dirección y desarrollo del tratamiento, pero en caso de ser necesario, y si la

---

problemática lo amerita se pedirá la ayuda de otro psicólogo. El terapeuta no deberá comunicar en esta etapa sus observaciones a la familia.

2) **Cuestionamiento y definición del problema.** En esta altura de la sesión, es preciso pasar de la etapa social a la etapa del planteo del problema, donde la situación ya obedece a un propósito. Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o que problema los aqueja, esta pregunta equivale a decir **“ahora entremos en materia”**. Esto suele sacar a relucir el vocero de la familia, además de informar la posición que ocupan en ella los integrantes. Esto se realizará a través de un planteo de preguntas (técnica de rastreo).

El terapeuta deberá procurar que el problema sea definido de manera clara y explícita. Así, mientras escucha no deberá hacer ninguna interpretación ni comentario, deberá ubicarse solamente como parte interesada, alentando simplemente al participante a hablar, lo que le permitirá rastrear la problemática dentro de la familia y clarificar qué es lo que está en juego. Todos los integrantes deberán tener la oportunidad de manifestarse en la sesión.

En este punto se deberá comenzar a definir el problema en términos sistémicos, es decir, tratando de evitar el señalamiento del paciente identificado como el único problema que se tiene que resolver en

terapia. Así, el terapeuta dirigirá su primera pregunta sobre el problema de la familia en su totalidad y no al paciente identificado, lo que cuestionará la idea de que hay un paciente ¿Cuál es el problema? ¿Quién quiere empezar? Es así, que al ir asumiendo que el problema se encuentra en el sistema familiar, la familia ira planteando las causas que lo han provocado.

**3) Definición de los cambios deseados.** A esta altura de la entrevista es importante obtener del grupo una formulación clara de los cambios que se quieren alcanzar alcanzar mediante la terapia. Este punto servirá de partida para la fijación de metas. El terapeuta establecerá así los aspectos particulares que regirán la terapia o los lineamientos de trabajo a seguir, se establecerá de esta manera el contrato terapéutico; donde se les explicará a los pacientes que se espera resolver la problemática en un corto periodo de tiempo que abarcará de 5 a 6 sesiones, cada una de las cuales tendrá una duración aproximada de una hora y que terminado el tratamiento es conveniente tener una última sesión de seguimiento, la cual se realizará un mes después para saber como les va. Se les explicará también a los integrantes que los honorarios se cobrarán por hora de trabajo, no por número de pacientes, puesto que el contrato es grupal. ***Una norma de encuadre que ha resultado particularmente útil, es dejar claro que el terapeuta no guarda secretos con nadie; esta regla servirá para evitar alianzas, que comprometan seriamente la dificultad de la tarea terapéutica.*** Una vez establecidos los lineamientos de trabajo se



---

preguntará a los asistentes sobre sus expectativas respecto al trabajo familiar, en dado caso que lleguen a estar de acuerdo en el, los miembros de la familia se comprometerán a asistir a las sesiones hasta la culminación del tratamiento. Las intervenciones terapéuticas y las estrategias específicas deberán ser planeadas de acuerdo al caso, siendo la índole de los problemas la que determinará el procedimiento que seguirá el terapeuta después de la primera entrevista.

La participación de la familia en el establecimiento de las metas será de suma importancia, ya que a través de esto se fijarán los objetivos terapéuticos.

Aquí el terapeuta explicará a los miembros que el éxito de la terapia dependerá en gran medida de su capacidad para trabajar conjuntamente con el terapeuta.

*Cabe aclarar aquí que para llegar a este punto, el terapeuta debió ya de haber observado a la familia y haber obtenido también cierta información sobre su dinámica y su problemática. Esto es habrá hecho un diagnóstico tentativo con lo cual se planteará según lineamientos operativos, si cabe o no una psicoterapia familiar, ya que puede darse el caso que ésta no sea necesaria.*

---

**4) Métodos de intervención.** En esta parte el terapeuta pondrá en marcha las estrategias terapéuticas que se han considerado pertinentes para la resolución de la problemática familiar. Siendo el objetivo principal de las estrategias hacer que los miembros experimenten nuevas formas de interacción [el terapeuta debe estar consciente que lo más importante que tiene que hacer es lograr un cambio en la conducta de los integrantes, a fin de ayudar al paciente identificado y a la familia, por lo cual será esencial que la gente deje de hacer las conductas que mantienen el problema a fin de modificar las relaciones disfuncionales], dichas intervenciones se pondrán en marcha, una vez que se hayan recogido los datos suficientes acerca del problema y de la familia.

El terapeuta recurrirá así a distintas tácticas que le servirán para modificar organizaciones, cualquiera que sean estas deberán incluir a toda la organización familiar.

Dentro del enfoque estructural la forma de lograr cambios es cuestionando la realidad familiar [aquí se pondrá más énfasis en los problemas estructurales que en el mismo problema presentado]. Así el terapeuta se valdrá de tres estrategias básicas, cada una de las cuales cuenta con sus respectivas técnicas, las cuales considero son lo bastante diversas para usarse en una amplia gama de problemáticas.

Las estrategias son: El cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura familiar y el cuestionamiento de la realidad familiar, estrategias que ya se explicaron anteriormente pero no por eso se dejarán de mencionar.

Dentro de la primera estrategia [**cuestionamiento del síntoma**], el terapeuta se valdrá de un conjunto de técnicas destinadas básicamente al cuestionamiento de la realidad familiar, buscando con esto reencuadrar la visión que la familia da al problema. Este es el primer procedimiento que el terapeuta deberá aplicar ya que el uso de dichas técnicas harán ver a los miembros de la familia que un individuo no es el único responsable de la problemática, sino que todos están envueltos en relaciones disfuncionales [el terapeuta les hará ver a los miembros, que sus experiencias son discutibles, y que la realidad por ellos vista es mucho más compleja]. El cuestionamiento lo podrá hacer directamente, indirectamente, explícitamente e implícitamente, según la técnica que se utilice.

Entre las tácticas que el terapeuta puede utilizar para cuestionar la realidad familiar están:

*1.- La técnica de escenificación.* Como ya se mencionó en esta técnica el terapeuta sólo pedirá a los miembros que interactúen sobre x situación en su presencia logrando con esto poner de relieve relaciones

---

disfuncionales. La hipótesis que se maneja es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones.

En el momento de la escenificación el terapeuta producirá un cuestionamiento de esa realidad determinada, buscando con esto el cambio en la percepción familiar.

La escenificación inicia así el cuestionamiento de la idea que la familia se ha formado sobre el problema. [El terapeuta podrá pedir a una madre desesperada por la inobediencia de su hijo que se haga obedecer]. La unidad de observación y de intervención se ampliará, ya que en lugar de centrarse en un paciente aquejado de una patología se ampliará a la visión de una familia con relaciones disfuncionales.

La escenificación nos dice Minuchin [1993], está presente en todos los pequeños pasos de la terapia.

**2.- El enfoque** es otra técnica que puede utilizar el terapeuta para reencuadrar la visión de la problemática familiar. Cuando un clínico observa a una familia, inmediatamente éste es inundado de datos; es preciso entonces seleccionarlos y organizarlos, pero esta organización debe ser al mismo tiempo un esquema que promueva el cambio. Para hacer esto el terapeuta seleccionará un enfoque y un tema de conversación para

trabajar. así si quiere cuestionar a una familia demasiado fusionada, puede enfocar las débiles fronteras de sus miembros. La investigación en profundidad de ese pequeño segmento proporcionará al terapeuta información sobre las reglas que gobiernan la conducta familiar, al mismo tiempo que trata de promover el cambio.

**3.- Intensidad.** Cuando el terapeuta pone en escena interacciones familiares y éste interviene en ellas buscando un cambio, necesita verificar que su mensaje sea entendido. El problema es cómo hacer para que la familia oiga el mensaje. Son diversas las técnicas que puede utilizar el clínico en este enfoque para hacerse oír, por ejemplo puede repetir un mensajes a modo de letanía tantas veces como sea necesario [-¿Habla él por tí?-] en el curso de la terapia, lo que producirá un incremento de la intensidad del mensaje; o podrá mandar una serie de mensajes que en la superficie parecerán diversos pero que estructuralmente serán el mismo -- [-¿Tu mamá habla por tí?-], [-¿Comes todo lo que te dice mamá?-], [-¿Vas al baño sólo cuando tu mamá te lo ordena?-], etc. El terapeuta a través de estos mensajes cuestionará el estilo de vida familiar.

Otra técnica que el clínico puede utilizar y que le permitirá incrementar la intensidad del mensaje, es alentar a los miembros para que continúen interactuando después que las reglas del sistema están por

rebasarse. Así, con la ayuda del terapeuta se entablarán negociaciones dentro del encuadre del respeto mutuo.

El cambio de distancia es otra técnica de la que se vale el clínico estructural para la emisión de su mensaje. Si el terapeuta habla con un niño puede acercarse a él y disminuir su talla, si quiere destacar un mensaje importante podrá ponerse de pie, acercarse a un miembro o pararse enfrente de él, actitudes que remarcarán la emisión del mensaje.

A través de estas técnicas el terapeuta tratará de convencer a los miembros de la familia de que la realidad por ellos vista puede ser cuestionable y modificable. La utilización de estas técnicas contribuirán al logro de un distinto encuadramiento que será vital dentro de este enfoque.

Dentro de la segunda estrategia [**cuestionamiento de la estructura familiar**], el terapeuta tratará de mejorar el funcionamiento de un holón, para lo cual se valdrá de ciertas técnicas, las cuales serán básicas dentro de este enfoque, ya que con ellas se buscará cambiar la organización familiar-[la experiencia ha demostrado que las interacciones cotidianas dentro de una familia tienden a desarrollar en muchos casos relaciones disfuncionales, relaciones en donde las fronteras entre los subsistemas no están muy bien delineados, de ahí que se diga que las

personas sintomáticas se organizan en jerarquías incorrectas y para cambiarlas es necesario cambiar dichas organizaciones].

Para transformar el sistema el terapeuta deberá intervenir de tal modo que desequilibre la organización. Son tres las técnicas que se pueden utilizar para cuestionar un holón: La distancia psicológica, la duración de la interacción y la técnica de desequilibramiento.

A través del primer método y como ya se mencionó, el terapeuta procederá a observar las relaciones dentro del sistema, lo que proporcionará al clínico un mapa tentativo acerca de las relaciones de proximidad, alianzas, coaliciones, etc. y lo pondrá alerta para actuar a través de pequeñas maniobras con frases tales como [-Usted se apropia de su voz-], [-Usted es el ventrículo y ella el títere-], [-Es la voz de su papá quien habla por usted-], etc. Frases como éstas pondrán en evidencia la intromisión del espacio psicológico de un miembro en otro, de esta manera un clínico podrá separar una díada demasiado unida o unir a dos personas demasiado separadas.

El terapeuta también podrá utilizar maniobras espaciales concretas para cambiar la proximidad entre los miembros, con movimientos tales como interponerse entre dos personas en una díada demasiado unida, cambiar a los miembros de posición para lograr con esto la separación, etc.

---

Para que esta separación o unión de los miembros pueda perdurar fuera de la sesión, el terapeuta podrá hechar mano de la segunda técnica [duración de la interacción], la cual consistirá en la asignación de tareas, así dice Minuchin, su fantasma realizará la labor terapéutica [para incrementar la proximidad entre los miembros el terapeuta puede decirles a los miembros que durante una semana ambos se conducirán de una manera satisfactoria uno para el otro], uniéndolos a través de esa indicación.

En otros casos el clínico estructural recurrirá al empleo de tareas paradójicas para separar a los miembros demasiado unidos. Así, en vez de hacerles ver que su cercanía es patológica, el terapeuta les propondrá un aumento en la proximidad. El objeto de esta técnica es incrementar el conflicto entre ambos miembros, a lo cual se considera le seguirá un incremento en la distancia.

Con la última técnica, la del desequilibramiento, el terapeuta buscará cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de una familia, basándose en el supuesto de que todo cambio en la posición jerárquica producirá un cambio en los miembros del sistema.

Entre las técnicas de desequilibramiento que puede utilizar el terapeuta están:



**a) Alianza con miembros de la familia.** Para desequilibrar un sistema el clínico recurrirá a alianzas con determinados miembros confiriéndoles cierto poder para modificar su posición dentro del sistema [el hecho de enfocar a un miembro modificará lo posición de todos los demás]. La lógica es que cuando la persona se siente en alianza con el terapeuta, empezará a cuestionar su posición dentro del sistema.

Para la efectividad de esta técnica se debe recurrir al mantenimiento de dicha estrategia durante varias sesiones.

**b) Alianza alternante.** El objetivo de esta técnica consiste en brindar a cada subsistema cierto poder, así en vez de competir por una jerarquía, los miembros de la familia ensayan nuevas formas de relación, esta técnica nos dice Minuchin [1993], es útil cuando se trabaja con familias con hijos adolescentes, donde el terapeuta apoya el derecho de los padres, pero al mismo tiempo apoya el de los adolescentes.

**c) Ignorar a los miembros de la familia.** Esta otra técnica de desequilibramiento será utilizada por el psicólogo cuando observe a un miembro [por lo general a un menor] demasiado negativo y poco cooperador en la sesión. Así, el terapeuta podrá decir al niño [-No me gusta hablar con personas que no se comportan a la altura de su edad-].

De esta manera el terapeuta conseguirá producir tensión en el menor a través de la inatención durante toda la sesión al tiempo que introducirá temas que cuestionan al niño.

*d) Coalición contra miembros de la familia.* En esta otra técnica de desequilibramiento, el terapeuta participará como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. Esta participación permitirá al clínico llevar adelante un enfrentamiento entre los miembros de la familia, y utilizar su posición para cuestionar o descalificar a un miembro.

*e) Complementariedad.* Con esta técnica el terapeuta, ayudará a los miembros de la familia a que vivencien su pertenencia como un conjunto en una entidad que rebasa el sí mismo individual. Esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros, ya que éste cuestionará la idea de que existe un paciente individualizado, en segundo lugar cuestiona que un miembro controla el sistema, cuando que cada uno de ellos sirve de contexto a los demás, y en tercer lugar cuestiona la forma en que la familia ve la realidad.

Dentro de la última estrategia, **cuestionamiento de la realidad familiar**, el terapeuta al igual que en las anteriores estrategias se valdrá de un conjunto de técnicas que le permitirán ofrecer a la familia una realidad

---

diferente, utilizando para ello los hechos que la familia reconoce como verdaderos, pero edificando a partir de ellos un ordenamiento nuevo, transmitiendo así el mensaje a la familia de que disponen de otras alternativas de interacción.

Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en tres y son:

**1) La utilización de símbolos universales.** Como ya se mencionó anteriormente, con esta técnica el terapeuta tratará de dar a sus intervenciones el apoyo del sentido común con frases tales como [-Eso todo el mundo lo sabe-], también le será útil decretar que la tradición prescribe determinada manera de obrar. Este tipo de intervenciones las hará para tratar de edificar en el sistema una realidad diferente para la familia [-Todo mundo sabe que maltratar a un niño es malo-].

**2) Consejo especializado.** Con esta técnica el terapeuta presentará a la familia una explicación diferente a la realidad familiar, basándola en su experiencia, conocimiento y sabiduría.

**3) Verdades familiares.** Lo que el clínico hará dentro de esta técnica es seleccionar metáforas que simbolicen la realidad reducida de la familia y las utilizará cada vez que lo considere necesario,

---

transformándolas en un rótulo que indique la dirección al cambio [-Esta usted nuevamente atando cabos-].

El empleo de paradojas es otra técnica de la que el clínico estructural puede echar mano, aunque debe de tener sumo cuidado en utilizarlas. Estas intervenciones, como ya se mencionó, pueden clasificarse en dos: En directas o basadas en la aceptación, donde el clínico dará consejos, sugerencias o tareas al grupo familiar esperando que se las tome y respete, el objetivo de estas intervenciones es modificar de manera directa las reglas de la familia. O como paradójicas o basadas en el desafío, donde el éxito de esta radicarán en que los miembros desafíen las instrucciones del terapeuta.

Insistencia en los lados fuertes de la familia. Dentro de esta técnica el terapeuta destacará los lados positivos de una familia para combatir los lados negativos.

Estas técnicas que se acaban de mencionar, servirán de herramienta al terapeuta estructural para desempeñar su labor y lograr con esto el cambio de una estructura familiar disfuncional, siendo un intento más amplio para el manejo de todos y cada uno de los problemas que se llevan a la clínica y un intento de encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual comprender a un paciente.

---

De esta manera se puede afirmar en un sentido general, que cada una de las estrategias terapéuticas aquí descritas representan una forma de reestructuración familiar en cuanto a que todas apuntan a modificar el punto de vista y la conducta de los pacientes.

**6) Terminación del tratamiento.** La terapia concluirá cuando las metas y objetivos del tratamiento se hayan logrado o cuando el tiempo establecido para ellas se hayan agotado; en este último caso se le informará a la familia que el número de sesiones se ha cubierto existiendo la posibilidad de ofrecer otras tres sesiones más en caso de ser necesario, señalándoles que después de éstas la terapia habrá concluido definitivamente.

Al final de las sesiones el terapeuta deberá 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. Es así que se preguntará a la familia si el problema originario persiste o a sido remediado.

La importancia que tiene en terapia hacer una evaluación de los avances es indiscutible, ya que a través de ésta se conocerá si las metas han sido o no alcanzadas.

---

Es así como podemos decir, que la propuesta de intervención clínica vertida en este apartado se amolda bastante bien a las necesidades y características de la institución, ya que con esta técnica se espera poder resolver la problemática de la más amplia diversidad de casos, desde aquellos que abarcan a menores, adolescentes y adultos con problemas que van desde familiares, conyugales, formas extremas de comportamiento, gente que abusa de drogas, violencia intrafamiliar etc.

Esta nueva premisa traerá a la institución nuevas explicaciones acerca de los problemas psicológicos e innovaciones terapéuticas, ya que al cobrar consciencia de que en la organización social del individuo se puede encontrar la explicación de su comportamiento marcará una manera distinta de visualizar el entendimiento del ser humano y mejorará de esta manera la atención al paciente.

### 3.1 ANÁLISIS DE LA PROPUESTA

cap 4

Se ha desarrollado en el capítulo anterior la propuesta de intervención que se pretende establecer en el centro de salud comunitario **DIF - Ecatepec**, la cual pretende ser una alternativa más de trabajo con la que los psicólogos del área puedan contar y echar mano para abatir problemáticas que con otros métodos quizá no ha podido resolver.

Se ha recalcado que el objetivo básico de esta propuesta de trabajo es la producción de atmósferas más libres y creativas que permitan la individuación de los integrantes y el desarrollo armónico en conjunto.

Si bien nuestra propuesta de intervención se encuentra basada en la forma de intervención señalada: Colaborar en la producción de climas de mayor placer y mayor consciencia dentro de los sistemas familiares, con la certeza que redundará en una integración con el medio, tanto de la familia como de cada sector social, se puede decir también que dentro de la teoría se encuentran límites muy precisos que son importantes señalar, así como también una serie de ventajas y desventajas; es así que en el presente apartado se hará un breve análisis acerca de estos puntos ya que se considera prudente mencionar hasta dónde nos puede ser útil esta terapia.

Para empezar mencionaremos las ventajas que considero tendría la aplicación de esta disciplina en la institución **DIF**, se seguirá con las posibles desventajas que pudieran encontrarse en la aplicación de dicho método y finalizará este apartado con una breve mención acerca de las limitantes que nos pudiera presentar esta terapia, análisis que nos servirá como antesala para la conclusión de este trabajo.

Es así que empezaremos por enumerar las ventajas que considero tendría la aplicación de esta disciplina dentro de la institución **DIF**, entre las cuales están:

1) Es un modelo que se ajusta a la filosofía de la institución, por ser una teoría que implica el tratamiento del conjunto familiar.

2) Se amolda bastante bien a las características de la institución, por ser una terapia de corta duración (se busca ayudar a las familias en un periodo limitado de tiempo), ya que dentro de la institución el ritmo de trabajo es tal que no se puede tener el lujo de brindar terapias de mayor duración . [En la clínica del **DIF** llegan diariamente innumerables casos de personas que piden ser tratadas, de ahí que los compañeros analicen de 4 a 5 casos diarios y en circunstancias excepcionales hasta 6 ó 7 , y se sigue con este ritmo de trabajo por lo general todos los días de la semana.]



3) Es un modelo que se adapta perfectamente a las características de la población, ya que en **DIF** se capturan una gran diversidad de casos, los cuales en la mayoría exhiben un paciente identificado (trátase de un menor o un adulto). Familias en las cuales los padres cuentan con muy poco control de impulsos hacia sus hijos, familias que tienen dificultades en la comunicación o en donde las jerarquías no están muy bien delineadas, por lo que hacen que surjan problemas en la pareja y/o en la relación con los hijos, familias en proceso de desintegración ya sea por separaciones conyugales definitivas o temporales etcétera. De ahí que todo este tipo de problemática pueda abordarse bajo este modelo.

4) De la orientación predominantemente individual se pasa al estudio del núcleo familiar, dejándose de etiquetar así al paciente identificado, para determinar que la problemática se encuentra, no en el individuo, sino en el marco social y familiar.

5) Es una técnica breve y efectiva enfocada a la reestructuración familiar donde se esperan cambios inmediatos. Se centra en el presente, en el aquí y el ahora, dando oportunidad así a que ingresen a tratamiento otro tipo de familias.

6) Al centrarse en el estudio del marco familiar, se logra capturar un mayor número de gentes beneficiadas, acción que le interesa a la

institución para su reporte anual (mientras se atiende a más personas mejor queda la institución ante **DIFEM**).

7) La utilización de esta terapia le permite al psicólogo no saturarse demasiado de trabajo, ya que con los métodos anteriores se llegaba a tener casos bastantes prolongados, [esto debido a las mismas características del tratamiento].

Entre las desventajas podemos mencionar que la aplicación de este modelo, tal y como lo sugiere Minuchin, no se puede adaptar totalmente a la institución, ya que se observa una gran falta de recursos tanto humanos como materiales, por lo cual el equipo terapéutico que se supone debería estar formado por dos psicólogos y uno o varios observadores, tiene que restringirse a solo uno, sin contar con el apoyo de ningún observador, ya que no se cuenta ni con la cámara de Gessell ni con un equipo de vídeo, detalles considero que no obstaculizan del todo la aplicación de este método, pues estas modalidades se realizan más que nada con fines formativos.

Aunque el **DIF** no cuenta con estos recursos (cámara de Gessell ni vídeo) considero que estos espacios podrían ser reemplazados por juntas departamentales, donde los compañeros pudieran tener un lugar donde hablar acerca de sus experiencias, intercambiando así información que

pudiera serles útil a los demás psicólogos; nutriéndose de esta manera con las experiencias expuestas; teniéndose así un lugar donde compartir sus dudas y aprender del intercambio de información de los demás.

Otra de las desventajas que se pueden vislumbrar en la aplicación de este modelo (retomando lo que dice Grimaldo Ma. Elena en su tesis titulada ‘Propuesta de psicoterapia familiar breve para aplicar en C.A.P.E.P.’) es que desgraciadamente casi no se cuenta dentro de la institución con psicólogos que cuenten con la especialidad de la terapia familiar estructural, lo cual viene a dificultar la aplicación de este modelo de trabajo, de ahí que si se pretende establecer se tiene que conscientizar al personal y formar con ellos un equipo de trabajo para adentrarlos en el método, actividad que viene a resultar un proceso demasiado largo, ya que primero se tiene que despertar el interés de esta disciplina en los compañeros del área, para después acudir con las autoridades de la institución y después que estos autoricen la forma de trabajo brinden un espacio y un tiempo a su personal para lograr que se entre al proceso formativo.

Por lógica se tiene que hablar también con los demás departamentos del área, especialmente con el de trabajo social, para enterarlos o informarlos de la nueva estrategia a seguir, así cuando la gente les solicite información sobre la atención psicológica, estos deberán

explicar al público que se tiene que acudir a las 9.15 de la mañana para hablar brevemente con el psicólogo sobre el problema que le aqueja y les proporcione ya formalmente una cita, sugiriéndoles si es o no conveniente que acuda su familia y en caso de ser necesario se les realizará una visita domiciliaria por parte del departamento de Trabajo Social para recabar mas datos.

De esta manera se conscientizará al personal de que la nueva forma de intervención apunta a una mejora del funcionamiento familiar.

En lo que concierne a las limitantes de esta terapia podemos mencionar las siguientes:

a) A través de la psicoterapia familiar sistémica no es posible el abordaje de casos con patologías severas, las problemáticas que están profundamente ancladas en la vida de los pacientes no se quita con este tipo de terapia; aunque la misma pueda ser útil para ayudar a las personas a advertir desde donde está el origen de sus problemas, pues con el esclarecimiento de la dinámica familiar y la ruptura de diversos círculos viciosos resultan ser un paso importante para la ayuda del paciente; aunque definitivamente dicha propuesta no sirva para llegar a otras profundidades cuando el caso así lo amerite.

---

b) La psicoterapia familiar resulta ser así una forma restringida de intervención primaria, dejando de lado la prevención secundaria y terciaria, sin embargo desde este tipo de intervención se ha podido extraer tres grandes bloques de promoción de la salud mental: La promoción de la salud, la prevención primaria y la atención primaria de la salud, las cuales desde este nivel ayudarán a diversas personas. (No hay que olvidar aquí, que la atención que brinda el **DIF** a la comunidad, se caracteriza por ser precisamente de nivel primario, de ahí que se realicen canalizaciones a otras instituciones cuando se considera que el caso no puede ser abordado dentro de la institución, esto debido a las características y políticas del mismo **DIF**)

Es así que en el caso de los médicos, estos no podrán realizar intervenciones delicadas a los pacientes, ya que no se cuenta ni con el espacio ni con el material médico adecuado para la atención de dichos casos.

En el caso de los abogados, estos no podrán realizar ni intervenir en cualquier proceso jurídico, ya que solo se deberán acatar a lo que la institución les indique y sólo podrán intervenir en casos de; pensión alimenticia, custodias, divorcios necesarios, casos de maltrato al menor etc.

---

En el caso de los psicólogos, aunque la institución no le dicte un trabajo a seguir, es obvio que por la gran demanda de gente y los escasos recursos materiales y humanos se aboque sólo a la atención primaria [orientaciones, valoraciones y atención a casos centrándose en la mayoría de estos en el paciente identificado]. De ahí que se considere este método adecuado para aplicarlo en **DIF**.

c) Con el tratamiento de la terapia familiar pueden surgir entre los miembros ansiedades incontrolables, incomodidad frente al terapeuta que penetra en los secretos e intimidades de los miembros de la familia, temores, estados de tensión, etc. los cuales por la misma característica del tratamiento suelen ser mayores que en el análisis individual, de ahí que el terapeuta deberá ser muy cauteloso y cuidadoso en la sesión.

d) La terapia familiar sistémica deja de lado el trabajo de la transferencia y la contratransferencia, las cuales considero son importantísimas de abordar, ya que la transferencia en la psicoterapia familiar, según Matrajt Miguel (1989), es mucho mas sensible, intensa y precoz, es decir, se caracteriza por ser masiva, cruzada y múltiple en donde la búsqueda de alianzas con el terapeuta, y el intento de hacerlo jugar un papel de juez frente a los conflictos suele ser constante entre los participantes. El riesgo por parte del terapeuta de identificarse proyectivamente o de socializarse con alguna demanda de algún integrante

o con una protesta de un hijo, es también mucho mayor que en otras terapias, ya que las constantes identificaciones ponen al terapeuta en constante riesgo de actuaciones contratransferenciales; de ahí que el riesgo de dejarse invadir durante su quehacer terapéutico debido a sus propias conflictivas familiares no es nada infrecuente.

Debido a esto se considera que estos dos elementos deben ser tomados en cuenta en el tratamiento con familias, de ahí la necesidad de que el propio terapeuta se someta a análisis personal para trabajar sus propias problemáticas y evitar que estos interfieran en el desarrollo del tratamiento familiar.

e) Por último es importante mencionar también que dentro de este enfoque, se debe de tener sumo cuidado de su aplicación en casos concretos, por ejemplo cuando existen secretos por parte de algún miembro, que por su naturaleza no es conveniente que sean revelados a algún integrante de la familia, trátase de una enfermedad grave, de una actividad velada etc. que con su revelación pudiera traer consigo repercusiones negativas.

Una vez mencionadas algunas limitaciones de esta terapia, las cuales considero deben tomarse muy en cuenta, se llega a la conclusión de que si bien un gran número de casos pueden ser tratados bajo este

enfoque, no quiere decir con esto que toda la población deba ser tratada bajo esta forma, ya que puede suceder que su situación no amerite este tipo de abordaje.

Existen ciertas situaciones básicas que el terapeuta deberá tomar en cuenta para indicar el uso de la psicoterapia familiar:

**1) Cuando los problemas manifiestos se centren en las relaciones familiares por ejemplo:**

*a)* Cuando dentro de una familia se identifiquen problemas de límites o nula diferenciación de sistemas; lo cual puede provocar desintegración, violencia intrafamiliar, farmacodependencia en alguno de sus miembros, incomprensión, dificultad en las vías de comunicación, dificultad de educación, maltrato, etc.

*b)* Cuando las familias se encuentren sometidas a presiones internas originadas por la evolución de sus propios miembros (crecimiento de los hijos o adolescencia).

*c)* Cuando la familia en su totalidad se encuentra stressada (La familia puede verse afectada por problemas



económicos, lo cual puede provocar problemas en el interior de ésta y provocar relaciones inadecuadas).

*d)* Cuando algún miembro de la familia se encuentra stressado (presión externa), y éste influya en los demás. (Un Sr. enfrenta problemas de trabajo y éste se desquita con su esposa, quien a su vez trata de buscar ayuda en sus hijos, formándose así relaciones disfuncionales).

*e)* Cuando una familia enfrenta el problema de un hijo con retardo o cuando un menor enfrenta problemas de deformidad física (labio leporino o enfermedad invalidante), lo cual puede causar en la familia dificultades de interacción.

*f)* Cuando la familia experimente la salida de algún integrante, ya sea por muerte, separación, etc.

2) Cuando existe un paciente que por sus características evolutivas (niño, púber) o psicopatológicas, tiene un alto nivel de dependencia con su familia, y se evalúa que el proceso terapéutico requiere del mismo.

---

De ahí que el quehacer terapéutico, se base centralmente en las formas de intervención señaladas.

No se busca con esta propuesta que los especialistas cambien su visión terapéutica, sino que se busca que se conceptualice los problemas individuales de manera distinta, dando oportunidad así a la sensibilización que señala a la familia como un sistema que presenta dificultades en su interacción y que dan como resultado problemas en algunos de los integrantes.

Es así que considero que esta propuesta [a pesar de sus limitantes, las cuales deberán tomarse en cuenta para su aplicación], servirá para que se deje de etiquetar o conceptualizar a los individuos como responsables de su propia problemática y entender que la sintomatología obedece a un campo social más complejo desde el cual se debe estudiar.

Por lo que se busque hacer de este enfoque una herramienta más en la que el clínico de **DIF**, pueda apoyarse y valerse para ayudar con ello a un gran número de personas.

## CONCLUSIONES

He procurado demostrar a lo largo del trabajo las ventajas que tendría la aplicación de la terapia familiar sistémica en la institución **DIF**; propuesta que surge de la práctica profesional que se tuvo en la institución durante casi cuatro años de trabajo, durante los cuales me percaté de las limitaciones teóricas a las que me enfrentaba como trabajadora de la salud [atendiendo en la mayoría de los casos al paciente que sólo pedía consulta o era traído a ésta], mi formación teórica no daba para más. Me percaté así de lo difícil que resultaba trabajar solo con el paciente *“problema”*, era como trabajar con un imposible, sobre todo porque la mayoría de los casos atendidos en **DIF** eran casos en donde estaban involucrados los integrantes de una familia [familias con problemas de desintegración, familias adheridas, familias en donde ciertos integrantes tenían problemas de adicción etcétera]. De ahí mi constante queja, aunque no sólo mía sino también, de mis demás compañeros - ¿De qué nos sirve orientar a un adolescente de los riesgos de escaparse de su hogar, si finalmente vuelve al medio que las provoca, su familia?- y aunque de alguna manera sabíamos desde donde venía el problema, no sabíamos la manera de abordarlo, así llamábamos a la madre o al padre del chico para conocer las impresiones del caso y nos ateníamos solamente a la información que ellos nos

proporcionaban, ignorando así otros elementos que nos pudieron servir de utilidad para la comprensión del caso [indicios no verbales que contradijeran lo que la familia decía como alianzas, coaliciones, diadas, etc.] datos que dentro de la teoría familiar sistémica son importantísimos, ya que nos ayudan a conocer el funcionamiento y dinámica de la estructura familiar.

Así, dábamos de alta a un paciente pensando que habíamos hecho lo correcto, cuando de repente nos sorprendía la reincidencia del mismo, quien traído por algún familiar nuevamente daban la queja que había vuelto a robar, a drogarse o a salirse del hogar.

La reincidencia de estos pacientes hacían que se cuestionara la forma de intervención, evidentemente resultaba obsoleta la aplicación de programas de estimulación o reforzamiento a este tipo de pacientes o quedarse simplemente en la sola orientación, ya que existían otro tipo de mecánicas ocultas para nosotros, que en ese entonces no conocía y no podía ver que nos pudieran haber ayudado a entender desde donde se estaba originando el problema.

Otros factores que se vinieron a unir a esta problemática de atención, fueron los factores institucionales, los cuales ya me encargue de mencionar [interrupciones constantes durante las sesiones de trabajo por

---

los compañeros del área o por las mismas autoridades que nos solicitaban otro tipo de actividades, escasez de material adecuado, desde herramientas de trabajo como simples lápices hasta la escasez de cubículos adecuados libres de interferencias, exigencia de las autoridades para la atención de un número elevado de casos, sin importar la calidad del tratamiento], lo cual evidentemente creaba un trabajo totalmente antiterapéutico.

Fueron estos problemas, los que evidentemente hicieron que surgiera esta propuesta de trabajo mediante la cual se busca subsanar, en la medida de lo posible la atención al paciente, logrando con esto que se deje de etiquetar al sujeto portador del síntoma, ya que al estudiar al sujeto dentro del contexto familiar se podrá observar más ampliamente la dinámica disfuncional que esta originando que el muchacho se vaya de la casa, que el muchacho se drogue o que el muchacho robe, según sea el caso, logrando con esto un tratamiento más apegado a la realidad.

Fue de esta manera que el conocimiento de esta disciplina y sus características [es de corta duración, se trabaja directamente con el síntoma, se enfoca al estudio familiar, etc.] encajaban perfectamente con las necesidades de la institución, además de abrir una nueva forma de conceptualizar y resolver los dilemas humanos.

De ahí que se concluya, que si bien en psicología existen diversas corrientes teóricas, las cuales se orientan a tratar de resolver los problemas humanos de diversa índole, se consideró debido a lo ya expuesto aquí, que esta teoría podría implantarse como forma de trabajo en el área de procuraduría de **DIF- Ecatepec**, para ayudar con ello a cientos de personas que acuden a esta instancia mediante la cual se logrará un trabajo mas acorde a la realidad del paciente.

Es importante mencionar también que aunque la propuesta hecha se considere adecuada para la población de **DIF**, no quiere decir con esto que ésta se adopte como única alternativa de trabajo, ya que considero que las puertas deben seguir abiertas para el análisis de más propuestas, ya que finalmente lo que se busca es el bienestar de la población.

No quiero dar por terminado este trabajo sin antes mencionar lo siguiente: Bien es cierto que el psicólogo de **DIF**, debido a las condiciones imperantes que reinan dentro del sistema [bajos sueldos, escaso reconocimiento a su labor, invasiones constantes dentro de sus espacios, escasez de herramientas de trabajo; políticas que más que beneficiar estorban al trabajo del psicólogo], tiene que luchar junto con los demás compañeros para abrirse camino y ganar reconocimiento dentro de la institución, *¡gran tarea!*, ya que tal parece que para la institución el compromiso con la comunidad va más del lado de preservar una postura

---

política y un status, que cumplir con la demanda de la población; pero evidentemente si se quiere mejorar el servicio de psicología dentro de **DIF**, se requiere del trabajo conjunto, de la motivación y el reconocimiento por parte de los psicólogos del área para buscar nuevas formas de trabajo que resulten mas sanas para la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ackerman, Nathan W y otros. Grupo terapia de la familia. Buenos Aires. Paidós. 1989
- 2.- Ackerman, Nathan W. Psicoterapia de la familia neurótica. Argentina. Ediciones Horme S.A.E. 1986
- 3.- Alvarado, Meneses F. El enfoque sistémico dentro de la terapia familiar. Tesina, licenciatura en psicología. U.N.A.M. México. 1988
- 4.- Andolfi, M. Tiempo y mito de la psicoterapia familiar. Argentina. Paidós. 1985
- 5.- Andolfi, M. Terapia familiar: un enfoque interaccional. Buenos Aires. Paidós. 1985
- 6.- Andolfi, M y Zwerling, Y. Dimensiones de la terapia familiar. España. Paidós. 1985
- 7.- Bellak, L. Manual de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México. Manual moderno. 1992
- 8.- Bergam, J.S. "Pescando Barracudas pragmática de la terapia sistémica breve". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1985
- 9.- Caillé, Philippe. Familias y terapeutas: lectura sistémica de una interacción. Buenos Aires. Ediciones Nueva visión. 1985
- 10.- Cloé Madanes. Terapia familiar estratégica. Argentina. Amorrortu editores. 1982



- 11.- De Shazer, Steve. Claves para la solución en terapia breve. paidós. Argentina. 1985
- 12.- De Shazer, Steve. Terapia familiar breve. España. Paidós. 1985
- 13.- De Shazer, Steve. Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico. España. Paidós. 1989
- 14.- Fishman, H. Ch y Rosman, B.L. El cambio familiar: Desarrollos de modelos. Barcelona. España. 1990
- 15.- García Reyes, L.J.C. Experiencias y habilidades del psicólogo en el servicio de psicología en un centro de salud del DIF Municipal. Reporte de trabajo. ENEP- Iztacala. México. 1992
- ✓ 16.- Grimaldo González, Ma. E. "Propuesta de terapia familiar breve para aplicar en C.A.P.E.P. Miguel Hidalgo". Tesis. Iztacala. México. 1997
- 17.- Hernández Hernández, L. "Alcances y límites en la formación de psicoterapeutas en clínica de rehabilitación institucional" "Diferentes Propuestas de instituciones psicoanalíticas en la Argentina y México". Tesis. Iztacala, México 1993
- 18.- Hoffman, Lynn. Fundamentos de la terapia familiar, un marco conceptual para el cambio de sistemas. México. 1992
- 19.- Kamikhara, Fujiyoshi Graciela. Teoría de la comunicación humana y su aplicación en la terapia familiar desde un punto de vista sistémico. Tesis licenciatura, ENEP- Iztacala. México. 1993

- 20.- Kaplan, M.D. y Harold, I. Psicoterapia breve en : Compendio de psiquiatría. Barcelona. Salvat editores. 1975
- 21.- Kolb, L. Psicoterapia breve en : Psiquiatría clínica. México. Nueva visión. Editorial Interamericana. 1985
- 22.- Marmar, M.D. y Charles, R. Psicoterapia breve en : Psiquiatría general. México. Manual moderno. 1984
- 23.- Matrajt Miguel. Una aproximación sociopsicoanalítica a la psicoterapia familiar. En: Cuadernos de clínica infantil. Universidad de Morelos. 1989. No. 13, págs. 14 - 34
- 24.- Minuchin, Salvador y Fishman, H. Ch. Técnicas de terapia familiar. México. paidós. 1993
- 25.- Minuchin, Salvador. Familias y terapia familiar. México. De. Gedisa. 1986
- 26.- Naiper, A. y Whitaker, C. El crisol de la familia. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1982
- 27.- Rangel, H. Juárez, G. y Ortiz R. Terapia familiar sistémica : Una revisión teórico practica. México. ENEP- Iztacala. 1990
- 28.- Rivera Vilchis, L.G. El incesto a través del enfoque sistémico. Tesina, ENEP- Iztacala. México 1992
- 29.- Sánchez Castillo, A. Comunicación familiar y desempeño escolar. Tesis. ENEP- Iztacala. México. 1986
- 30.- Small, Leonard. Psicoterapias breves. Barcelona. Gedisa. 1971