

176
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA ATENCION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE
DESARROLLO A TRAVES DE LA TERAPIA FAMILIAR

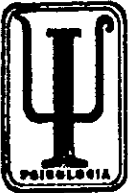
REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ADOLFO MAVILLARD GARCIA

ASESOR: LIC. PIEDAD ALADRO LUBEL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259081

1998.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer a todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este reporte. En primer término, a mi directora Piedad Aladro, mi revisora Patricia G. Moreno, y a mis sinodales Luz Ma. Rocha, Marquina Terán y Alma Mirella López, por su tiempo dispensado y comentarios para mejorar este trabajo. Al centro de Educación Continua y especialmente a Remedios Casas quien labora en él, por su profesionalismo y apoyo permanente. También quiero agradecer a quienes contribuyeron con sus ideas e instrumentos de apoyo para la realización de este trabajo, pero sobre todo, por su disposición y ayuda en momentos importantes: Tere Mavillard, Arturo Mercado y Guadalupe Olivares.

A mi esposa e hijos: Alejandra, Emi y Alex, de quienes he aprendido, finalmente, el sentido y valor de mi profesión.

También va mi agradecimiento a mis maestros Jesús A. Gómez y Patricia Alarcón, y muy especialmente a todos aquellos a quienes debo mi práctica y experiencia profesional, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible, para ellos mi mayor respeto y compromiso.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES	
CAPÍTULO I.....	8
DESARROLLO DEL NIÑO	
Pautas del desarrollo del niño de 0 a 6 años.	
El desarrollo del niño en la educación preescolar.	
Dimensiones del desarrollo.	
CAPÍTULO II.....	26
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL	
NIÑO EN EDAD PREESCOLAR	
Sistemas de clasificación.	
Problemas de conducta.	
Desorganizaciones funcionales.	
Trastornos neuróticos.	
El niño en la familia.	
CAPÍTULO III.....	41
SISTEMA FAMILIAR	
Concepto de familia y sus funciones.	
La familia como sistema.	
Terapia familiar.	
Antecedentes.	
CAPÍTULO IV.....	52
MODELOS TERAPÉUTICOS	
Escuela Estructural.	
Escuela Estratégica.	
Escuela de Milán.	

CAPÍTULO V.....	72
PANORAMA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICO (C.A.P.E.P.). Antecedentes del CAPEP. Terapia familiar en CAPEP Tlatelolco.	
PROCEDIMIENTO	82
EVALUACIÓN	97
ANÁLISIS	112
CONTRIBUCIÓN	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	125

“Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”.

Aristóteles

INTRODUCCIÓN

En lo que se refiere al campo de la Educación Preescolar, encontramos niños que a pesar de asistir regularmente a la escuela, no alcanzan a cubrir los objetivos planteados como un antecedente mínimo necesario para acceder a la educación primaria y alcanzar con éxito las metas educativas del nivel.

Entre los múltiples factores que influyen en ello, se encuentra el hecho de que, estos niños, no cuentan con las precurrentes o nivel de desarrollo suficiente para ingresar a la primaria formal.

Si se considera que es durante los primeros cinco o seis años de vida que el desarrollo adquiere especial relevancia, es importante tomar en cuenta entonces, la repercusión que estos años tienen sobre el desarrollo posterior de la personalidad. Así mismo, es durante este lapso cuando las posibles alteraciones en el desarrollo, las cuales pueden manifestarse en aspectos de lenguaje, psicomotricidad y de conducta, son más fáciles de manejar y tienen mejor pronóstico.

Debido a esto, en 1965 las autoridades de educación preescolar en el país consideraron necesario integrar un servicio en el D.F., y posteriormente en los estados, que apoyara al sistema regular a través de la detección y atención a niños de nivel preescolar, que presentan alteraciones en su desarrollo. De esta manera surgen los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) dependientes de la Dirección General de Educación Preescolar. La labor que se realiza en estos centros está enfocada a proporcionar atención a niños que muestran bajas en una o varias áreas de su desarrollo y que, en términos generales, pueden ser superadas con un año de estimulación específica, en otras palabras, dar un tratamiento acorde al tipo de alteración detectada en el menor, de tal manera que queden posibilitados para así integrarse al siguiente nivel educativo, es decir, al primer año de escuela primaria.

En este marco, la terapia familiar surge como una alternativa complementaria a los tipos de tratamiento ya existentes dentro del CAPEP, específicamente en el de Tlatelolco, a raíz de la insistencia tanto propia como de compañeras psicólogas que también prestan sus servicios en dicha institución, para que se proporcionara atención a aquellos casos, cuya problemática está íntimamente ligada con la actitud y relación de los padres hacia el niño, y del niño hacia su medio familiar. En nuestra experiencia personal, se ha observado que los padres, y la familia en sí, desempeñan un papel fundamental sobre el desarrollo de los niños, ya que, de ellos depende en gran medida el que los hijos alcancen el grado de madurez adecuado en todos sus aspectos.

El propósito de este reporte laboral, es precisamente retomar la experiencia del trabajo con los niños a través de la atención a toda la familia como fuente del problema y agente de cambio, que mediante la terapia familiar sistémica, se pretendió influir sobre las dificultades que interfieren con la adecuada evolución de los casos atendidos en el CAPEP y sobre todo, en aquellos que mostraron alteración en la dinámica y estructura familiar.

En la primera parte del presente reporte, se exponen los antecedentes teóricos que lo sustentan. En el capítulo primero, se presenta un panorama sobre el desarrollo del niño, mediante diferentes posturas teóricas, que explican y dan cuenta del desarrollo del niño en sus áreas afectiva, cognitiva, social y física. En el capítulo segundo, se mencionan algunos de los trastornos del desarrollo del niño de acuerdo con algunas clasificaciones psiquiátricas, y que de manera genérica, se consideran susceptibles de ser modificados mediante la terapia familiar. Los capítulos tres y cuatro, abordan el concepto y desarrollo de la terapia familiar mediante sus diferentes modelos terapéuticos. En el capítulo quinto, se presenta la semblanza histórica y funciones de los CAPEP's. En la segunda parte de este reporte, se describe el procedimiento que se lleva a cabo con las familias en tratamiento en el marco de la institución. Posteriormente, se mencionan los aspectos referentes a la evaluación, sobre las características de la población y el nivel de eficacia del tratamiento realizado. Por último, se presentan el análisis y las contribuciones, con relación al marco teórico y a la experiencia profesional.

ANTECEDENTES

CAPÍTULO. I

DESARROLLO DEL NIÑO

“[...] Sensación acariciante y melodiosa. Era yo un retozo en el regazo materno. Sentíame prolongación física, porción apenas seccionada de una presencia tibia y protectora, casi divina. La voz entrañable de mi madre orientaba mis pensamientos, determinaba mis impulsos.”

José Vasconcelos.

Hablar del desarrollo del niño resulta un tema complejo por naturaleza. Es necesario tomar en cuenta todos los factores, tanto internos (orgánicos y constitucionales) como externos (relaciones con el medio), que en él intervienen. Autores como Freud, Erickson, Piaget, Gesell, reconocen que el desarrollo del niño debe ser integral. Al realizar sus estudios, cada uno de ellos centró la atención en aspectos específicos, tales como: la importancia de las primeras relaciones afectivas, la influencia social y cultural en el desarrollo, la construcción del conocimiento, o bien la relevancia de los mecanismos de maduración en dicho proceso de desarrollo. Y aun cuando existen otros autores de gran importancia, no es el propósito de éste capítulo abordar las diversas teorías existentes acerca del desarrollo infantil, ya que el examen de cada una de ellas, aunque permite observar muchas cualidades en función de las cuales pueden ser comparadas y diferenciadas, rebasa las posibilidades y objetivos del presente reporte, por lo que sólo se consideran a estos autores que por su importancia, ofrecen en su conjunto un esquema global de desarrollo del niño.

En este marco, el desarrollo es un proceso que atraviesa por diferentes etapas caracterizadas por las capacidades y necesidades que manifiesta el niño a través de su conducta. Hurlock (1979) define el desarrollo como una serie progresiva de cambios ordenados y coherentes encaminados a la madurez como meta. Esto significa que los cambios se dirigen siempre hacia adelante y que existe una relación definida entre una fase dada y las fases o etapas que la preceden o la siguen.

Evidentemente esas etapas son un tanto diferentes según el modo de abordar el estudio del niño, sin embargo, en todos los casos la sucesión de ellas es siempre la misma para todos los niños.

En este mismo sentido, para decirlo de una manera sucinta, el desarrollo se refiere a los cambios, de orden tanto cuantitativos cuanto cualitativos, ocurridos en los aspectos físico, intelectual, emocional y social de los niños. De tal suerte, éstos aspectos que conforman el desarrollo del niño, se conciben por áreas.

Área afectiva

Cuando a finales del siglo XIX y principios del XX, S. Freud trataba de ayudar a los adultos a superar sus neurosis, formuló una extensa teoría para explicar el origen y desarrollo de dichas neurosis y en qué forma se daba el desarrollo emocional del niño. Freud (1924) pensaba que la conducta humana, e incluso la mayoría de las enfermedades mentales, era motivada por "fuerzas psicodinámicas", dando origen a la conducta y configurando la personalidad.

Para poder explicar y hacer comprensible la teoría de la personalidad, Freud ideó una topografía hipotética del aparato psíquico. En esta formulación distinguió tres sistemas mentales que denominó "inconsciente, preconscious y consciente".

A los contenidos y procesos psíquicos que se encuentran fuera del campo de representación inmediata se les denomina inconscientes. Aquellos que pueden alcanzar la conciencia mediante una evocación a voluntad constituyen el preconscious. Y el sistema consciente está constituido por los contenidos y procesos que son representados en un momento determinado en la mente (Cueli y Reidl, 1986).

Por otro lado se distinguen tres instancias que corresponden a la hipótesis estructural de Freud, estas son: el ello, el ego, y el superego.

El ello es la fuente inconsciente de las pulsiones que actúan de acuerdo a la energía libidinal y que está presente desde el nacimiento del niño. Se rige por el principio del placer, ya que la tendencia de los primeros años de vida es precisamente obtener la satisfacción de los impulsos de manera inmediata sin admitir dilación alguna, y evitar de esta manera el displacer.

El Yo se encuentra ubicado entre el ello y el superego, actuando como mediador entre los impulsos internos y el mundo exterior de forma consciente principalmente, de tal modo que se rige por el principio de la realidad. La diferenciación del yo comienza alrededor del sexto u octavo mes de vida, estableciéndose a la edad de dos o tres años.

Sin embargo, para M. Klein, el Yo es algo más, manifestando que existe una mayor organización yoica del que postula Freud al concebir las fantasías inconscientes como expresión mental de los instintos y considerar que el Yo es capaz de establecer, desde el nacimiento, relaciones objetales (con objetos parciales o totales) en la fantasía y en la realidad. Esto significa, para esta autora, que las fantasías y su acción no implican enfermedad ni falta de sentido de la realidad y que la relación entre estas fantasías y la realidad externa será lo que determine el estado psíquico del sujeto (Segal, 1985).

El Yo, para esta autora, se halla desde el nacimiento en un proceso de desarrollo integrador, por lo que en sus primeras etapas el yo es lábil y su grado de integración cambia constantemente.

El Superego, por otra parte, está formado por la integración de preceptos morales y aspiraciones ideales, diferenciándose a partir de los cinco o seis años, quedando establecido hasta los diez u once años (op. Cit.).

Cabe mencionar en este punto, que varios de los primeros psicoanalistas abandonaron el grupo freudiano para fundar sus propias escuelas psicoanalíticas, *v.gr.* Alfred Adler, quien negaba los componentes de la mente propuestos por Freud, consideró que el hombre es fundamentalmente consciente de todos sus actos, y que si algo existe fuera de la conciencia del hombre, esto se debe a una falta de bienestar físico o bien a una falta de práctica de las funciones respectivas, por lo que aquello de lo que el hombre no se da cuenta, puede traerse a la conciencia siempre que las funciones mentales sean eficientes (Cohen, 1986).

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, se distinguen dos pulsiones: la sexual o erótica (Eros) y la agresiva o destructora (Tánatos).

La fuente de estos impulsos según Freud, se encuentra genéticamente determinado y continúa un proceso evolutivo.

La pulsión sexual, a la cual se le designa mediante el término de libido (presente desde el nacimiento del niño), se dirige desde la infancia a la excitación de diferentes zonas erógenas, modificándose y desplazándose de una zona erógena a otra durante el desarrollo del individuo. De tal suerte, la zona donde se reubica y reside la energía libidinal define una nueva etapa del desarrollo siguiendo un proceso evolutivo (Freud, 1905).

Es por esta razón por lo que se distinguen sucesivamente la etapa oral, la etapa anal, la etapa fálica, la etapa de latencia y la etapa genital.

- Etapa oral.- durante los primeros años de vida humana, la energía de la libido se dirige a la boca. Las primeras experiencias de los niños con respecto a sus deseos y gratificaciones están relacionadas con la boca y el proceso de la alimentación. F. Dolto (1993) menciona que el primer objeto con el que el bebé tiene relación es el seno materno, de este modo la madre es el primer contacto afectivo y de conocimiento del mundo, y la calidad de la relación, por otro lado, conduce a que el niño logre al final de esta etapa una diferenciación entre el yo y el no yo y una manera de aprehender el mundo externo.
- Etapa anal.- esta se traslapa con la etapa oral y comprende un periodo que se inicia entre los primeros doce o dieciocho meses de vida y se extiende hasta los tres años aproximadamente. Durante esta etapa los niños comienzan a adquirir control sobre sus músculos, incluyendo a los que regulan la excreción. La liberación de la energía en esta etapa se realiza justo en el control esfinteriano, es decir, el ano se constituye en el lugar más importante de las tensiones y gratificaciones sexuales.

El niño en esta etapa es muy activo y tiene la posibilidad de imitar al adulto no sólo en sus palabras sino en todos sus gestos.

Por otro lado la manera en como se ejerza la disciplina marcará un estilo de relación con los objetos de amor en etapas posteriores, pues como lo menciona Dolto, por la conquista de la disciplina de los esfínteres es que el niño descubre también la noción de su poder y de su propiedad privada, lo cual implica un poder efectivo sobre la madre a la que puede o no satisfacer en sus demandas.

- Etapa fálica.- (De los tres a los cinco o seis años). Aquí la exploración del mundo y la identificación progresiva de la imagen de sí mismo, da lugar a que los niños tomen mayor conciencia de su propia sexualidad (se observa la masturbación infantil secundaria, se incrementa la curiosidad sexual en diferentes ámbitos, etc.), aparecen el

miedo a la castración y el desarrollo del complejo de Edipo.

- Etapa de latencia.- comprende los años escolares, desde los cinco o seis años hasta la pubertad. Este periodo se considera como un lapso de relativa calma sexual, sin embargo, esto no significa la ausencia de sexualidad. En esta etapa, la solución de conflictos edípicos y la constitución de la estructura del aparato psíquico inconsciente (ello, yo, superyó), permiten al niño concentrar sus energías en actividades donde desarrolle su creatividad y capacidad de aprendizaje. El superyó se encuentra lo suficientemente desarrollado, de manera que el niño ha internalizado las normas para interactuar con la sociedad y en cierto modo posee una estructura de personalidad que no va a variar ostensiblemente en etapas posteriores.
- Etapa genital.- en esta etapa, los niños empiezan a adquirir una madurez física y sexual, en la que los caracteres sexuales secundarios se desarrollan y la energía de la libido se enfoca de nuevo a los genitales.

De esta manera, el fundador del psicoanálisis, pone de manifiesto la gran importancia de las experiencias tempranas de la infancia en la génesis de los fenómenos que determinan la estructuración y funcionamiento de la personalidad. Para Freud, los años infantiles son un periodo crítico de desarrollo, sobre todo los primeros cinco años de vida, ya que las experiencias que se tengan durante estos años determinan pautas de ajuste y rasgos de personalidad para la vida adulta (Papalia, 1986).

Área social

Para Erikson (1980), el desarrollo emocional es la fuente principal de motivaciones, sin embargo, atribuye vital importancia a los factores ambientales (sociales), ya que estos contribuyen a determinar el ritmo del desarrollo del niño.

Erikson identifica ocho etapas en el desarrollo social y emocional humano. Durante cada una de estas etapas se da una crisis central del desarrollo por lo que el individuo afronta un conflicto que es preciso resolver de manera satisfactoria antes de que pueda avanzar hacia la siguiente etapa.

Las diferentes etapas que corresponden a la edad infantil son las siguientes:

- **Confianza vs. Desconfianza.- (0-2 años).** Durante el primer año de vida el niño se encuentra, por así decirlo, subordinado totalmente al primer objeto social, que en este caso es la madre, pero también puede serlo cualquiera que desempeñe la función principal de dar alimentación y cuidados en general. De acuerdo con Erikson las disposiciones fundamentales para con los otros se forman a partir de la vivencia de esta fase. Si las necesidades del lactante quedan satisfechas adecuadamente, lo más seguro es que adquiera una actitud positiva y de confianza hacia los demás. Si por el contrario no recibe la atención adecuada o se hace de forma incongruente, el niño sentirá inseguridad y desconfianza.
- **Autonomía vs. Vergüenza y duda.- (2-4 años).** La experiencia básica que interviene en esta etapa, es la transición de ser tratado como un lactante en total dependencia y la de ser tratado como un niño capaz de ejercer cierto grado de control y dominio de sí mismo, en consecuencia las expectativas hacia el niño cambian, por ejemplo, que obedezca a ciertas normas. En esta etapa el control de esfínteres es un suceso importante

- **Iniciativa vs. Sentimiento de culpa.- (5-7 años).** Los niños que reciben un trato de apoyo y comprensión tienen mayores posibilidades de cobrar mayor seguridad en sí mismos y de tener la sensación general de confianza y bienestar, actitudes indispensables para tomar la iniciativa y ensayar nuevas cosas. Los niños en edad preescolar por ejemplo, realizan más y más acciones por su propia cuenta. Sin embargo, con esta habilidad para iniciar acciones y aceptar responsabilidades aparece un potencial de fracaso, frustración y culpa, cuando tales actividades desencadenan reacciones punitivas por parte de los adultos. Este sentimiento de culpa desarrollado será primero ante casos específicos y después ante cualquier tipo de iniciativa.
- **Industriosidad vs. Inferioridad.- (8-12 años).** Erikson destaca la experiencia general de alejarse de la familia para integrarse a otros grupos del barrio o de la escuela, con lo cual se pone a prueba la capacidad y voluntad del niño para adaptarse y desempeñarse de acuerdo a nuevos papeles en relación con diferentes expectativas.
- **Identidad vs. Confusión de rol.- (13-17 años).** En esta etapa llega la infancia prácticamente a su fin. La crisis de identidad se experimenta en grado variable. Un conjunto de factores entran en juego, pero el esencial consiste en alcanzar un desarrollo cognoscitivo que permita al individuo comprender situaciones, roles y aptitudes hasta entonces cultivadas ante las nuevas exigencias de una vida adulta.

Retomando nuevamente el punto de vista de Adler, este autor consideró que el principal motivador del hombre consiste en una búsqueda de "superioridad" debido a que éste, se encuentra esencialmente gobernado por un sentimiento de "inferioridad", el cual tiene tres orígenes independientes, dos de ellos asociados con la infancia: 1. Los niños mimados y/o consentidos que desarrollan enormes complejos de inferioridad y 2. Los niños rechazados, abandonados, no deseados, que también desarrollan un fuerte complejo de inferioridad.

Por otro lado, también Adler comenzó a vislumbrar la influencia de la familia en el individuo, en un nivel diferente al de Freud o Erikson, al considerar que un “estilo de vida” inadecuado puede estar influenciado por el número de hermanos que se tenga en una familia, así como la posición que ocupa entre los hermanos (Cohen, 1986).

Área cognoscitiva

Jean Piaget es uno de los psicólogos que mayor influencia ha tenido en el campo de la psicología infantil. Sus estudios se centraron en los procesos básicos de conocimiento que se dan en todos los seres humanos, independientemente del contexto sociocultural en el que se desarrollen.

Según este autor, existen dos aspectos fundamentales y universales presentes en toda realidad biológica, y que se aplican también a la inteligencia misma como procesos complementarios de un único mecanismo, ellos son: la organización y la adaptación:

La *organización*, es un invariante funcional que está definido por las relaciones entre las partes y el todo de la inteligencia, así como por el funcionamiento de sus partes, o sea de los esquemas. Estos esquemas que conforman la estructura la modifican, en virtud del modo en como funcionan y se organizan a lo largo del desarrollo de la inteligencia (Piaget, 1982).

De esta manera, aunque las estructuras cambien, la inteligencia estará siempre organizada en todos los periodos del desarrollo. Un ejemplo de esto, son las sucesiones de conducta de los bebés como el succionar, agarrar, llorar, meterse objetos en la boca, etc., consideradas manifestaciones de estructuras identificables como esquemas.

La *adaptación*, es otro de los invariantes funcionales y consta de dos procesos simultáneos: la asimilación y la acomodación. Estos procesos son complementarios e inseparables y del equilibrio entre ellos depende la adaptación.

Piaget (1982) menciona que “existe adaptación cuando el organismo se transforma en función del medio y esta variación origina un incremento de los cambios entre el medio y el organismo favorables a la conservación de éste”.

Por otro lado, el cambio intelectual está limitado por las estructuras cognoscitivas de que se disponen en determinado momento, esto significa que el sujeto no se hace sensible a los estímulos exteriores sino en la medida en que son asimilables a las estructuras cognoscitivas ya construidas, que a su vez se modificarán y enriquecerán en función de las nuevas asimilaciones.

Piaget utiliza cuatro principios básicos para describir la interacción del niño con el medio y su adaptación a éste. El primero es la maduración, que tiene que ver con la diferenciación del sistema nervioso. El segundo lo constituye la experiencia que se refiere a la interacción con el mundo físico. El tercero se refiere a la influencia que se ejerce en el individuo mediante la transmisión social. Y un cuarto factor es el equilibrio, que está dado por la necesidad de equilibrar los tres factores anteriores y compensar las perturbaciones exteriores, de tal modo que el desarrollo continúe progresando hacia niveles de organización más complejos y estables (Maier, 1982).

Piaget identifica cuatro periodos o estadios del desarrollo cognoscitivo, los que a su vez se caracterizan por diferentes sub-estadios.

Al respecto, cabe destacar que Piaget menciona ciertos principios para definir el término de estadio (Piaget, 1986):

- El estadio no tiene una base cronológica, sino una base de sucesión funcional.
- Todo estadio ha de ser integrador.
- Un estadio corresponde a una estructura de conjunto, y no a la yuxtaposición de propiedades extrañas unas a otras.
- Un estadio comprende a la vez un nivel de preparación y un nivel de terminación.

- Cuando se presentan juntos varios estadios hay que distinguir el proceso de formación, de génesis y las formas de equilibrio final.

En resumen, cada etapa (periodo), se construye y se consolida sobre la base de las anteriores y el orden de sucesión de las etapas es siempre el mismo para todos los niños, aunque existen diferencias individuales en la edad a la que ingresan a las diferentes etapas. Estos periodos son:

- Sensoriomotriz.- (0-2 años aprox.). Los primeros signos de inteligencia están relacionados con los sentidos y con las actividades motoras (esquemas sensitivomotores): succión, prensión, movimientos de brazos y piernas, etc. El logro principal en esta etapa es la constancia de los objetos (conceptos rudimentarios de los objetos en cuanto a permanentes y estables) y de sus relaciones espacio-temporales.

Se identifican seis sub-estadios:

1. (0-1 meses) Ejercicio de los reflejos.
2. (1-4 meses) Reacciones circulares primarias (esquemas simples).
3. (4-8 meses) Reacciones circulares secundarias.
4. (8-12 meses) Coordinación de esquemas secundarios.
5. (12-18 meses) Reacciones circulares terciarias (experiencia activa de nuevas coordinaciones).
6. (18-24 meses) Invención representativa de nuevas coordinaciones.

- Preoperacional.- (2-7 años aprox.). Durante este periodo, los niños comienzan a adquirir la capacidad de ejecutar actividades u operaciones mentales internas, en oposición a las operaciones puramente físicas. En otras palabras, el aspecto más relevante de esta etapa es el auge en el desarrollo de la formación simbólica que se manifiesta a través del lenguaje, el juego y el dibujo.
- Operaciones concretas.- (7-12 años aprox.). En este periodo el intelecto de los niños empieza a desarrollarse con mayor rapidez. Como uno de los logros fundamentales de esta etapa es la adquisición de las nociones de reversibilidad y conservación de la materia.
- Operaciones formales.- (12-17 años aprox.). En esta etapa, los individuos son capaces de utilizar sistemas más complejos de clasificación, aparece el pensamiento hipotético-deductivo, el sujeto es capaz de manejar conceptos y resolver problemas relacionados con la lógica y la matemática.

Otro de los psicólogos considerado también un representante de la escuela de psicología genética es Henri Wallon, cuyo trabajo es considerado complementario al de Piaget, ya que mientras Piaget profundizó principalmente en los procesos propios del desarrollo cognitivo, Wallon abordó el papel de la emoción desde el comienzo del desarrollo humano, valorando los estadios descritos por él a partir del desarrollo emocional y la socialización, también se centró fundamentalmente en el desarrollo de la personalidad como totalidad, caracterizando a cada periodo por un rasgo cuya función es predominante sobre las demás.

De esta manera, en tanto Piaget utiliza el término de “inteligencia”, Wallon emplea el concepto de “pensamiento”, esto en virtud de que para Wallon el punto de partida en su forma de concebir las cosas, en su obra y en su metodología, es la premisa fundamental de la psicología dialéctica, es decir, para este autor el desarrollo del pensamiento es a partir del origen y génesis de la especie a que pertenece el individuo (filogenia, en contraposición a la ontogenia de la que parte Piaget), y más aún, a la evolución de la materia. En otras palabras, Wallon resuelve la estructuración del pensamiento en los niveles de la teoría del conocimiento, esto es, según va manifestándose a través de la historia del género humano y de la historia del individuo (Merani, A., 1980; Palacios, J., 1984).

Área física

Arnold Gesell, basándose en observaciones directas a través de estudios naturalistas, fundamentó su teoría en cuatro campos de la conducta relacionados con mecanismos de maduración. Esto significa que el “organismo” realiza y aprende cosas nuevas con base en lo ya conocido, es decir, reincorpora en un nivel superior lo que antes había recibido en otro inferior (Gesell, 1981).

Este autor también refiere, que el niño se desarrolla como un todo en una red organizada y reorganizada de estructuras de comportamiento que darán origen a la formación de la personalidad. La organización de dicho comportamiento está determinado por el crecimiento, que es un proceso de estructuración y transformación, cuya meta es la madurez psicológica, la cual se concibe como una sucesión ordenada por etapas desde la concepción. En este sentido, incluye el concepto de “desprendimiento evolutivo”, al cual define como la progresiva independencia del niño de los fenómenos reactivos que no responden a determinantes genéticos, sino que expresan elementos que se originan de las relaciones personales del niño (Gesell, 1979).

Los cuatro campos básicos de la conducta se desarrollan de manera paralela y en íntima colaboración:

- a. Características motrices.- La conducta motriz gruesa comprende las reacciones posturales y locomoción. La conducta motriz fina consiste en la prensión y manipulación de objetos.
- b. Conducta adaptativa.- Se refiere a la organización de los estímulos y la percepción de los elementos significativos y de sus relaciones. Se incluyen aquí las adaptaciones ante objetos y nuevas situaciones a partir de la utilización de la experiencia, presente y pasada.
- c. Lenguaje.- Abarca todas las formas de comunicación, tales como gestos, movimientos posturales, sonidos y palabras. Se considera además la imitación y comprensión de todas estas formas de comunicarse. Aquí la parte que corresponde a los factores medio ambientales, ejerce una mayor influencia, en tanto que la que corresponde a los factores endógenos es de menor participación, debido a que se considera que el lenguaje se aprende por una necesidad social, aunque de *facto* exista la predisposición innata para ello (Papalia, 1986).
- d. Conducta personal-social.- Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive, su adaptación a la vida doméstica, a la propiedad, y a los grupos sociales. Incluye los hábitos de alimentación y sueño, la identificación de los objetos y personas así como la habilidad para trabajar y jugar con otros y la adaptación a las regulaciones impuestas por la sociedad.

Cabe destacar, finalmente, que no existe hasta el momento una postura teórica que contemple todos estos aspectos del desarrollo del niño, dada la amplitud y complejidad que caracteriza dicho tema, de ahí la importancia que mantienen distintos autores en su particular enfoque de estudio en alguno de los aspectos ya mencionados, lo que permite tener una visión integral del desarrollo.

El desarrollo del niño en la educación preescolar

El ingreso del niño a la escuela cambia de manera radical la situación con su entorno, transformando sobre todo, su sistema de relaciones mutuas con los adultos y con los otros niños. Deberá ajustarse y responder a las “nuevas” expectativas de una sociedad y cultura que valorará la forma como el “escolar” realiza sus tareas y actividades en general y la actitud con la cual las desempeña, que a su vez determinarán su situación en la escuela, en la familia, con los demás niños, y con todo aquel con el que deba tener contacto.

Por esta razón, dentro de los objetivos que se plantea el programa de educación preescolar, se contemplan aquellos aspectos del niño que le permitan un desarrollo integral y armónico dentro de la sociedad en la que se desenvuelve, mediante la realización de proyectos que están conformados por una serie de actividades como el juego y la expresión libre primordialmente (SEP, D.G.E.P., 1993).

Se abordan de una manera independiente ciertos aspectos que conforman el desarrollo del niño, tomándolos como ejes (dimensiones) sobre los cuales se basa la concepción integral de desarrollo intentando establecer la interrelación que cada uno de ellos guarda con los otros, y cuyo sustrato teórico se basa sobre todo en las áreas ya desarrolladas en este capítulo.

De esta manera, se consideran cuatro aspectos del desarrollo, a los cuales se les ha denominado “**dimensiones**”: dimensión afectiva, social, intelectual y física.

Se define “dimensión como la extensión comprendida por un aspecto del desarrollo, en la cual se explicitan los aspectos de la personalidad del sujeto” (SEP. D.G.E.P., 1993 pág. 11-13).

- I) Dimensión afectiva.- Los aspectos de desarrollo que se consideran en esta dimensión son:
 - a) Identidad personal: se refiere al concepto de sí mismo (aspecto físico y capacidades o habilidades).

- b) Cooperación y participación: se refiere al intercambio de ideas y esfuerzos para lograr metas en común, lo cual favorece la descentración.
- c) Expresión de afectos: se refiere a la manifestación de sentimientos y estados de ánimo.
- d) Autonomía: es la posibilidad de bastarse a sí mismo y de llevar la iniciativa.

II) Dimensión social.- Los aspectos que contiene esta dimensión son:

- a) Pertenencia al grupo: se refiere a la práctica de normas de convivencia y a la interacción y aceptación dentro del grupo que le permiten al niño sentirse parte de él.
- b) Costumbres y tradiciones familiares y de la comunidad: se refiere a las prácticas culturales que se expresan en múltiples formas dentro del hogar y la comunidad tales como bailes, cantos, fiestas populares y religiosas, etc.
- c) Valores nacionales: se refiere al “fortalecimiento y preservación” de valores propuestos por el estado que pretende dar identidad y cohesión nacional.

III) Dimensión intelectual.- Los aspectos que constituye esta dimensión son:

- a) Función simbólica: consiste en la posibilidad de representar objetos y experiencias en ausencia de ellos.
- b) Construcción de relaciones lógicas: comprende las nociones matemáticas (clasificación, seriación, conservación) y el lenguaje (oral y escrito).
- c) Creatividad: consiste en resolver problemas y adaptarse a situaciones de una manera original y nueva, de tal suerte que pueda expresar en un estilo personal las impresiones de su medio.

IV) Dimensión física.- Los aspectos que contiene esta dimensión son:

- a) Integración del esquema corporal: se refiere a la capacidad de estructurar una imagen interior, tanto afectiva como intelectual de sí mismo.
- b) Relaciones espaciales: se refiere al desarrollo de la capacidad para ubicarse en el espacio, los objetos y personas con referencia a sí mismo y a los demás.
- c) Relaciones temporales: se refiere al desarrollo de la capacidad para diferenciar la duración, orden y sucesión de hechos o acontecimientos que favorecen la noción de tiempo.

Se puede decir que los años preescolares se caracterizan por tener, primordialmente, un desarrollo y acelerado progreso de las capacidades cognoscitivas y con ellas del lenguaje. Al respecto, resulta difícil hablar de una distinción entre lenguaje y procesos cognitivos, ya que el lenguaje da cuenta del pensamiento, por lo tanto, la expresión del pensamiento a través del lenguaje exige que el estudio del desarrollo del pensamiento en los niños se enfoque a través del proceso de desarrollo de su lenguaje, sin embargo, el desarrollo del pensamiento no se puede identificar solamente con el proceso de desarrollo del lenguaje, de ahí que ciertos psicólogos, cuando analizan el pensamiento en el niño hablen sólo de las formas superiores del pensamiento lógico-verbal, por ejemplo, de la formación de los conceptos, del desarrollo de los juicios, de las deducciones, etc. Es por esto, que el lenguaje se incluye dentro del proceso cognitivo, sin embargo, pueden abstraerse de una misma realidad como dos formas o entidades que pueden estudiarse por separado y por ende hablar en ocasiones de desarrollo del pensamiento y del lenguaje, sobre todo cuando se abordan ciertos trastornos que ocurren en la esfera del lenguaje, de los cuales se hablará en el siguiente capítulo.

Así, en el lenguaje del preescolar se observan avances notables en el aumento de vocabulario, en la estructura de las oraciones y en la articulación; se inicia en el aprendizaje representacional por el empleo de símbolos en la lectura, escritura y aritmética; es capaz de reconstruir y anticipar sus acciones mediante la representación verbal.

En el aspecto físico, los niños son capaces de realizar prácticamente cualquier actividad que les exija coordinación motriz gruesa. Su coordinación motriz fina ha avanzado al punto de poder atarse los zapatos y de estar preparados para el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura.

El grado de socialización adquirido por el niño, le permite compartir con otros niños más tiempo de juego e incluso objetos personales; pueden tener una actitud protectora con niños o hermanos menores; sus juegos son más definidos y comienza a tener preferencias marcadas según el sexo. El niño en estos años es más autosuficiente, sobre todo en aspectos que implican hábitos en el cuidado y aseo personal.

También se observa en este periodo, el comienzo de la tipificación sexual, la identificación con el modelo de los padres, el desarrollo del superyó y el desarrollo de conductas defensivas en reacción a situaciones de ansiedad.

CAPÍTULO. II

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL NIÑO DE EDAD PREESCOLAR

“Nuestras palabras al exponer la vida infantil clarifican y oscurecen, pues sus íntimas emociones las captamos al margen de las palabras: la emoción se percibe en palabras que trascienden las mismas palabras”.

J. de Ajuriaguerra.

Como ya se ha mencionado, existen factores tanto internos como externos que pueden alterar el proceso de desarrollo normal del niño. A decir de Ajuriaguerra "el desarrollo del niño depende de lo heredado, del entorno y de la coexistencia de lo heredado, del entorno y de la actividad del niño" (Ajuriaguerra, 1986; pág. 119).

Por este motivo, y porque los trastornos emocionales y de comportamiento están entrelazados con el funcionamiento normal del niño, amén de que el niño se halla en un estado de evolución y cambio, los criterios y/o lineamientos para tomar decisiones diagnósticas resultan aún hasta cierto punto vagos, y dependen en gran medida del juicio clínico. De aquí que los conocimientos que implica el área de psicología evolutiva, clínica y educativa, sean decisivos para el reconocimiento y ubicación de la etiología de la alteración manifestada, tanto para mejorar la predicción diagnóstica, como la de facilitar la adecuación entre diagnóstico, tratamiento y prevención.

Según autores como David Sue y cols. (1995), la confiabilidad y validez diagnóstica de la clasificación de muchos de los trastornos infantiles (reconocidos como tales) permanecen en duda. Sin embargo, las tareas de categorización y clasificación han demostrado su utilidad, por lo que existen diversos tipos de sistemas de clasificación que se utilizan en psicopatología infantil.

En este capítulo se abordarán, de acuerdo con algunas formas más comunes de clasificación de la psicopatología infantil, ciertos tipos de trastornos considerados "leves" o menos graves y que de manera típica se limitan a un área determinada, englobándolos en tres categorías principales: problemas de conducta, desorganizaciones funcionales y trastornos neuróticos. Sin embargo, cabe mencionar que no es el propósito del presente capítulo, realizar una descripción o exposición exhaustiva de la psicopatología infantil, lo cual rebasaría por mucho, los propósitos del presente reporte. Finalmente se pone de manifiesto la importancia que tiene y/o adquiere el contexto familiar en la aparición de las psicopatologías infantiles.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.

La clasificación del D.S.M. IV es un sistema de clasificación de base empírica, el cual pretende estar libre de presupuestos y centrarse solamente en la "patología" que presentan los niños a lo largo de su desarrollo, de esta manera clasifica a la psicopatología infantil en las siguientes categorías (advirtiendo sin embargo, que la designación del área afectada es básicamente una aproximación) (D.S.M. IV, 1995):

- Retraso mental
- Desórdenes de la atención
- Trastornos de conducta
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos por movimientos estereotipados
- Trastornos del desarrollo y
- Otros trastornos.

La clasificación psiquiátrica, se trata de un sistema en cuya base se encuentra el modelo médico de enfermedad. Se establece que la conducta es el síntoma (el comportamiento reiterado de inadaptación) de una patología subyacente, y el conjunto de síntomas constituye un síntoma o enfermedad. En este tipo se puede incluir el Manual de Psiquiatría Infantil de J. De Ajuriaguerra, del cual se consideran para

este capítulo algunos de los trastornos clasificados como "desorganizaciones funcionales":

- Perturbaciones del sueño
- Perturbaciones de la alimentación
- Los tics
- Síndrome hiperactivo
- Enuresis
- Encopresis
- Trastornos del lenguaje
- Trastornos del conocimiento y conciencia de sí mismo
- Las organizaciones neuróticas
- Enfermedades psicosomáticas

De acuerdo con la enciclopedia de educación preescolar (1995) se puede clasificar la psicopatología infantil en:

- a) Psicopatologías graves "de" la infancia
 - Retraso mental
 - Disfunción cerebral mínima
 - Psicosis infantiles
 - Trastornos afectivos
 - Conducta suicida
- b) Alteraciones comportamentales "en" la infancia
 - Trastornos neuróticos
 - Fobias
 - Conductas delictivas
 - Adicciones
 - Trastornos del aprendizaje
- c) Alteraciones funcionales
 - Trastornos de la alimentación
 - Del sueño
 - Del lenguaje
 - En psicomotricidad
 - Trastornos psicosomáticos

- Alteraciones psicosexuales
- Trastornos relacionados con el conocimiento corporal y conciencia de sí mismo

Atendiendo a estos diferentes sistemas de clasificación, la clase de trastornos que se abordan en el presente reporte pueden clasificarse de la siguiente manera:

A.- Problemas de conducta

- Trastornos por déficit de la atención (con hiperactividad y sin hiperactividad)
- Trastornos de conducta: agresión, desafío.

B.- Desorganizaciones funcionales

- Perturbaciones del sueño
- Tics
- Enuresis
- Encopresis
- Trastornos en el lenguaje

C.- Trastornos neuróticos

- Ansiedad
- Fobia
- Obsesiva compulsiva

De esta clasificación, se omiten los criterios psiquiátricos que dan cuenta de su etiología y tratamiento, ya que son estos trastornos considerados susceptibles de ser tratados con la terapia familiar, así como su etiología es enmarcada dentro del sistema familiar, ya que como lo menciona Ackerman (1987), una de las desventajas de este tipo de sistema de clasificación psiquiátrica, es que tiende a considerar al niño como un individuo aislado, sin apreciar lo suficiente su interacción con el ambiente, sobre todo el familiar.

PROBLEMAS DE CONDUCTA

-Trastornos por déficit de la atención.

Este tipo de trastorno puede recibir, en ocasiones, varios rótulos, dependiendo de dónde se sitúe el acento en el cuadro clínico, así por ejemplo recibe el nombre de síndrome hiperquinético o hipercinético si su manifestación y/o etiología fundamental es la hiperactividad; el de disfunción cerebral mínima si lo que prevalece es un criterio organicista, etc. Sin embargo, de acuerdo con el D.S.M. IV (1995), se identifican como síntomas primordiales en este trastorno la impulsividad y la falta de atención, por lo que se le conoce básicamente bajo este rubro y puede acompañarse de hiperactividad o manifestarse sin la hiperactividad.

De esta manera, el D.S.M. IV considera como criterios para su diagnóstico estos tres aspectos: la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad.

El *déficit atencional* se caracteriza primordialmente por las manifestaciones siguientes:

- Presenta dificultades para escuchar.
- Imposibilidad de terminar con las tareas que comienza.
- Dificultades para concentrarse en actividades que le exigen una atención sostenida.
- Fácil distractibilidad y dificultades para concentrarse en el juego.

La *impulsividad* que suele aparecer asociada, se caracteriza por actuar antes de pensar, cambiar con excesiva frecuencia de actividad, dificultades para organizar un trabajo, necesidad de supervisión y de llamadas constantes de atención, baja tolerancia a la demora y a la frustración.

Cuando este trastorno es acompañado de la *hiperactividad*, ésta se caracteriza por las siguientes manifestaciones: correr en exceso de un lado a otro y/o brincar, movilidad excesiva o con dificultades de quedarse quieto en un solo lugar, exceso de movimientos durante el sueño y estar siempre en "marcha".

Estas características deben aparecer antes de los siete años de edad y tener una duración de al menos seis meses, para considerar la existencia de dicho trastorno y por consiguiente recibir este diagnóstico.

-Trastornos de conducta (conducta agresiva y desafío oposicionista).

Estos trastornos se caracterizan fundamentalmente por un patrón persistente y repetitivo de conductas socialmente disruptivas y que violan los derechos de los demás o las normas sociales bajo una conducta negativa y hostil (D.S.M. IV 1995; Sue y Cols. 1995).

Los trastornos de conducta incluyen ciertos comportamientos tales como hacer berrinches, pelear, hurtar, emitir gritos, mentir, desafío hacia las figuras de autoridad (padres, profesores) y como consecuencia un rechazo a toda disciplina que implique la realización de tareas y deberes.

B) DESORGANIZACIONES FUNCIONALES

-Alteraciones del sueño

Los problemas asociados con el sueño son comunes durante la niñez. Se manifiestan principalmente en dificultades para descansar y conciliar el sueño (insomnio, despertarse durante la noche), resistencia para irse a la cama, sonambulismo y terrores nocturnos (D.S.M. III, 1986).

El insomnio se asocia con frecuencia a factores de ansiedad relacionada con algún tipo de traumatismo físico o afectivo. En el afectivo, el síntoma corresponde al contexto de una perturbación familiar (Ajuriaguerra, 1986).

Esto puede deberse por ejemplo, a que la necesidad que tiene el niño de contacto y de vivencias, no está satisfecha en forma suficiente, porque los padres no le dedican algún tiempo determinado, o porque el niño tiene algún conflicto: temor, culpa, sentimiento de abandono, etc. En los niños de edad preescolar, esto puede identificarse cuando ellos

tratan, de una manera ansiosa, de prolongar el “ceremonial para irse a la cama”, al final de un día, tal vez de por sí anodino.

El sonambulismo que aparece entre los siete y ocho años de edad, consiste en una conducta episódica caracterizada por levantarse de la cama dormido (como autómatas) y caminar hasta por media hora, con los ojos abiertos y con la mirada fija. Durante dicho episodio el niño parece insensible a cualquier estímulo, y sólo puede ser despertado con mucha dificultad. Después de deambular, el niño puede regresar a la cama por sí solo o conducido por alguien, y al día siguiente no existe recuerdo alguno del episodio nocturno.

En los terrores nocturnos existen episodios repetidos en los que el niño se despierta bruscamente y con gritos de angustia y/o pánico. La ansiedad manifestada es intensa y suele acompañarse de taquicardia, respiración rápida, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. En ocasiones se presenta cierta dificultad para tranquilizar al menor, observándose desorientación, confusión y movimientos reiterativos.

-Tics

Los tics, considerados también como “automatismos viciosos”, son movimientos espasmódicos involuntarios, súbitos. Que se suceden en intervalos irregulares (reiterativos o episódicos), y que pueden estar limitados a la involucración de un músculo o a un grupo muscular más o menos extenso, sin otra finalidad que la ejecución de un gesto, mueca o movimientos simples, aparentemente carentes de sentido (Ajuriaguerra, 1986; Sue, D. y cols., 1995).

De acuerdo con el D.S.M.IV (1995) la mayor parte de los tics que aparecen en la infancia son de tipo transitorio y pueden desaparecer sin tratamiento, pero si la duración e intensidad de un tic se prolonga por más de un año entonces es considerado como trastorno por tic crónico.

Por otro lado, debido a la diversidad de los tics, estos pueden ser localizados de la siguiente manera: tics faciales (parpadeo, muecas, etc.), tics de la cabeza y el cuello (sacudidas, rotación), tics de tronco y miembros (contracciones de los hombros o músculos abdominales), tics respiratorios (hipo, aclaramiento de garganta), tics vocales (gritos inarticulados, coprolalia), tics digestivos (necesidad de acudir al baño).

Por último, se ha observado que su frecuencia es mayor en niños que en niñas.

Otro grupo de automatismos viciosos está más ligado a la acción y depende estrechamente de la sensibilidad especial de la zona bucal: la onicofagia, chuparse el dedo y morderse los labios.

En el caso de la onicofagia, que Ajuriaguerra (1986) lo menciona como una de las “formas especiales de hábitos motores”, así como el morderse los labios o chuparse el dedo, se observa con mayor frecuencia en niños que presentan cierta inestabilidad psicomotora, cierto fondo de tensión y ansiedad (descarga motora en un estado de tensiones). Es común encontrar en la constelación familiar una situación de estrés o de conflicto entre los padres, quienes incluso, pueden someter al niño a un estado de mayor exigencia en su desempeño escolar o familiar frente a sendos compañeros o hermanos.

Si estas perturbaciones llegan a automatizarse, es decir, cuando su ejecución se vuelve inconsciente, entonces es suficiente la provocación de un mínimo estado afectivo que las produce para que el mecanismo “se dispare”.

-Enuresis

Cuando se habla de enuresis, se entiende que existe una falta de control en la emisión de orina, es decir, se presenta el vaciado involuntario y reiterado de la vejiga urinaria, ya sea durante el día o por la noche y durante al menos una o dos veces por mes en niños en cuya edad se esperaría que han adquirido la capacidad de control de esfínter (a partir de los tres años, aprox.). Además, ha de descartarse el padecimiento de cualquier enfermedad orgánica que pueda justificar dicho síntoma, en tal caso, se habla de “incontinencia”, y se distingue así de las perturbaciones funcionales aquí indicadas (D.S.M. IV 1995).

De acuerdo con Ajuriaguerra (1986), la enuresis puede ser primaria o secundaria. En la primera existe un retraso en manifestarse el control esfinteriano, y en la segunda (cuyo rasgo característico es el mecanismo de regresión) se manifiesta el síntoma tras de ciertos periodos más o menos prolongados de continencia.

En este rubro, cabe destacar el punto de vista de Ajuriaguerra con respecto al control de esfínter, él refiere que éste es el resultado de la maduración del sistema nervioso (anatomofisiológico) y del condicionamiento impuesto por la sociedad, es decir, que las etapas del control de esfínter dependen de factores madurativos, sociales y afectivos. Esto significa para Ajuriaguerra, que el control de la emisión de orina no es algo simplemente mecánico, sino que es un proceso que se desarrolla sobre la base de una aceptación activa o pasiva impuesta por los padres en función de las normas culturales, las cuales trascienden la mera adquisición de una madurez.

-Encopresis

Al igual que la enuresis, la encopresis es un síntoma que ocupa un lugar importante en el niño en desarrollo. Este síntoma consiste en la emisión de heces de manera repetida e involuntaria, aunque a diferencia de la enuresis, puede ser también voluntaria y consciente, en lugares y momentos inapropiados, de acuerdo con las normas culturales en que el niño ha sido educado, y cuya frecuencia es de al menos una vez por mes a partir de los cuatro años de edad.

También se distingue entre encopresis primaria y secundaria. La primera es considerada cuando el niño no adquiere el control en la edad esperada (a los cuatro años aprox.), y la segunda, cuando aparece tiempo después de haber adquirido el control (por lo menos de un año). Para recibir este diagnóstico, debe también descartarse posibles alteraciones orgánicas (por ejemplo, la enfermedad de Hirschprung) (D.S.M. IV 1995).

Por otro lado, el impacto social suele ser mayor, pudiéndose añadir al problema en sí, una actitud de evitación, sentimientos de culpa y disminución del rendimiento escolar. También su frecuencia es mayor en niños que en niñas.

-Alteraciones en el lenguaje

Una de las funciones más relevantes y básicas del proceso de desarrollo es la adquisición del lenguaje, como ya se mencionó en el capítulo precedente. Es por esto que las alteraciones y/o trastornos vinculados a esta función clave sean también centrales como síntomas e indicadores de normalidad del proceso de desarrollo.

De acuerdo con el D.S.M. IV se distinguen tres tipos de trastornos:

1. Fracaso para adquirir algún lenguaje (disfasia y afasia congénita)
2. Incapacidad en el lenguaje adquirido (afasia adquirida).
3. Retraso en la adquisición del lenguaje.

1.- Estos cuadros son relativamente poco frecuentes y se deben generalmente a factores endógenos como a un retraso mental profundo.

2.- Aquí se trata de una pérdida total o parcial del lenguaje como consecuencia generalmente de algún traumatismo craneal o de un trastorno neurológico que afecta las áreas relacionadas con el lenguaje.

3.- Este es el tipo más común de trastorno e implica una baja en la comprensión del lenguaje oral y/o en la expresión del lenguaje verbal. Y estos dos aspectos pueden definirse en términos generales, como la existencia de un desfase cronológico de aquellos aspectos propios del lenguaje (fonética, vocabulario y sintaxis) en un niño que no presenta alteraciones evidentes, tratándose de un nivel mental, sensorial, motor o funcional. Sin embargo, en ocasiones este cuadro se acompaña de un ligero retraso psicomotor, retraso en la expresión gráfica y en la definición de la lateralidad (Ajuriaguerra, 1986; D.S.M. III 1986).

a. Dislalia.- se trata de un trastorno funcional permanente que se manifiesta por una dificultad en la emisión de un fonema sin que exista causa sensorial o motriz en un niño mayor de cuatro años, antes de esta edad es normal que el niño presente dificultades en la emisión de fonemas más complejos.

Se pueden distinguir, según la descripción externa de los síntomas, las dislalias por omisión (el niño omite algún fonema), dislalias por sustitución y dislalias por distorsión (emisión de algún tipo de ruido en lugar del fonema correcto).

b. Inmadurez articulatoria.- esta se refiere a ciertas dificultades, de grado variable, de orden fonológico, es decir, aquellas que afectan a la pronunciación de palabras y frases a pesar de una correcta pronunciación de fonemas y sílabas aislados, después de los cuatro años. No es el fonema el que plantea dificultad al niño, sino su ordenación y diferenciación dentro de las palabras, de tal suerte que la expresión espontánea de éstos niños presenta inconsistencias u omisiones de fonemas o de sílabas, confusión y sustitución de fonemas e inversión silábica.

c. Tartamudez o disfemia.- este tipo de trastorno se caracteriza por una descoordinación de los movimientos fonoarticulatorios y la presencia de espasmos musculares en diversos puntos de la cadena productora del habla (diafragma, lengua, labios, etc.). En un nivel puramente sintomatológico se distinguen la tartamudez tónica (bloqueos fuertes y espasmos); la tartamudez clónica (iteraciones de sílabas iniciales y espasmos leves pero repetidos) y la mixta, que combina ambos casos. En este tipo de trastorno, como el de muchos otros, subyace un cierto grado de ansiedad, que dependiendo del contenido y circunstancia del mensaje variará la intensidad del síntoma dentro de un mismo sujeto incluso. Finalmente cabe mencionar que suele aparecer con mayor notoriedad entre los 2 y 3 años, y entre los 5 y 7 años de edad.

C) TRASTORNOS NEUROTICOS.

No se puede abordar el término de "neurosis", sin considerar algunas precisiones necesarias. Por un lado, en no pocas ocasiones, éste término ha resultado poco afortunado y ambiguo, debido sobre todo, a que aún persisten dificultades para su delimitación y diferenciación con respecto a las neurosis del adulto por ejemplo, así como con respecto a otras alteraciones como los trastornos psicósomáticos y/o de aprendizaje.

Aunque para algunos resulta difícil su distinción y abordaje en el niño con respecto al adulto, Ajuriaguerra (1986) señala que a través de estudios retrospectivos de las neurosis del adulto, las neurosis infantiles han sido reconocidas e incluidas en la psicopatología infantil, y aunque sus límites y definición resultan aún más vagos, las neurosis infantiles presentan particularidades que le son propias y que las distinguen de las de los adultos.

a. Neurosis de ansiedad.- En esta la ansiedad se configura como el núcleo del problema, manifestándose como una enfermedad crónica cuyo pronóstico es sumamente complejo. Los síntomas pueden ser la sumisión, timidez, excesiva dependencia, mutismo, trastornos del sueño, alteraciones psicósomáticas y tendencia al aislamiento social. (Papalia 1992).

b. Neurosis fóbica.- Mientras el miedo se manifiesta como un fenómeno psicológico normal para el ser humano, la fobia resulta claramente psicopatológica, en virtud de sus características, las cuales son principalmente, que el niño muestra un temor irracional y desproporcionado con relación a ciertos objetos y/o a las demandas de la situación, Por otro lado su persistencia es durante un período largo, sugiriéndose para su diagnóstico una duración mínima de dos años (Op.cit.).

c. Neurosis obsesivo-compulsiva.- De acuerdo con Ajuriaguerra (1986), actualmente se admite que los trastornos obsesivos pueden desarrollarse tempranamente, empero, el verdadero síntoma obsesivo no parece presentarse antes de los 7 años. La principal característica que se manifiesta en estos niños es la presencia de pensamientos e ideas obsesivas e irracionales, de las cuales el sujeto está consciente, pero no las puede disipar a voluntad, convirtiéndolas entonces en actos repetitivos y/o compulsivos.

EL NIÑO EN LA FAMILIA

Numerosos estudios, incluso de diferentes orientaciones teóricas, (sobre todo a raíz del psicoanálisis) han puesto de manifiesto la gran importancia del medio familiar y del papel de los padres en la formación de los conflictos emocionales, así como el carácter pernicioso de las disociaciones familiares en las alteraciones del desarrollo infantil y en los cuadros patológicos.

Muchos de estos estudios han profundizado en los trastornos desencadenados por las “disfunciones” familiares, han mostrado por ejemplo, la relevancia de la madre y del padre en el desarrollo afectivo y las consecuencias, a veces manifiestas tardíamente, de la carencia materna temprana.

Los trabajos de M. Klein, por ejemplo, revelan que el niño reacciona ya en edades tempranas con angustia y hostilidad frente a su madre cuando ésta no puede satisfacer a todos sus deseos instintivos incluso si le da todo cuanto puede (Segal, 1985).

Pero no sólo la madre es la única que posee un papel importante, para Winnicott (1985) el padre también desempeña un papel fundamental y es necesario para: a) Ayudar a la madre a sentirse bien en su cuerpo y satisfecha afectivamente; b) Apoyarla con su autoridad, para ser el sostén de la ley y el orden que la madre introduce en la vida del niño, a fin de no ser ella sola la que dispense al mismo tiempo el amor y la fuerza; y c) Para que el niño tenga los beneficios de las cualidades y atributos positivos que diferencian al padre de los otros hombres.

Sin embargo, Ackerman (1987) ha sido uno de los primeros en investigar y analizar varios de los aspectos de la familia e interpretar la perturbación de la conducta del niño como un “trastorno de la interacción” entre los miembros de la familia. Consideró que los distintos trastornos existentes dentro de la dinámica familiar se manifiestan en una tensión sobre el niño, que puede reaccionar de tres maneras básicas:

1. Atacando a la familia por medio de presentar signos de trastorno conductual, e intentar forzar de esta manera la gratificación de necesidades básicas.

2. Evitar el contacto con la familia, reclusándose en sí mismo y preocupándose de sí y de su organismo.
3. Mostrando signos de excesiva ansiedad y una posible internalización del conflicto.

En muchas ocasiones, es el niño sólo una manifestación sintomática de las alteraciones familiares, por lo que aquí se tendría que hablar, ya no únicamente de las manifestaciones consideradas patológicas de la infancia, sino extenderse en el análisis y valoración diagnóstica de la familia.

Este mismo autor, señala que es imposible una evaluación diagnóstica así como cualquier intervención terapéutica en el niño si se lo considera como un ser separado de su medio familiar. El niño cambia -menciona- a medida que la familia lo hace, por lo que las perturbaciones manifestadas en la conducta del niño deben comprenderse además, en relación con el significado posible en la situación de adaptación del niño dentro de la familia (dinamismos y evolución) (Op. Cit.).

De esta manera, la importancia que tiene la familia, radica en el hecho de que el niño comienza su desarrollo en ella y cuanto le acontece en estos años formativos de su vida determina en gran medida su estructura de personalidad (salud o enfermedad) y eventualmente, en cierto grado, la estructura de la sociedad en la que vivirá como adulto.

En este mismo sentido, Ackerman menciona que "la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud" (Ackerman, 1987; pág. 35).

Sin embargo, debe considerarse también, que la familia misma responde a una serie compleja de factores hereditarios, afectivos, sociales, culturales y económicos, a los que también debe adaptarse en su constante interacción, por lo que una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de la familia a su contexto total en un momento determinado.

Al reconocerse la importancia de la familia en la formación de las psicopatologías infantiles, se hace necesario partir del concepto básico de la familia sobre el cual se puedan determinar ciertos criterios clínicos para una evaluación del funcionamiento del niño dentro de su contexto familiar, y poder obtener un diagnóstico más adecuado, en el que no sólo se contemplen ciertos comportamientos considerados anormales, en su forma manifiesta, sino llegar incluso a una valoración de la familia misma.

En los capítulos que siguen se hablará con mayor detalle de las propiedades y características de la familia considerada como un sistema.

CAPÍTULO. III

SISTEMA FAMILIAR

"El niño nace en el seno de una familia que es el producto de las operaciones de seres humanos que lo han precedido en este mundo".

R.D. Laing

"Lo primero que puede decirse de la familia moderna es que la institución familiar es todavía un complejo vivo, existente y fundamental"

Karl N. Llewellyn

La familia ha sido objeto de interés de diversos enfoques teóricos, y por tanto objeto de estudio desde diferentes puntos de vista; el antropológico, sociológico, histórico, psicológico, etc. Sin embargo, algo en común que surge de todos estos estudios, es el reconocer a la familia como la célula de la sociedad, de cualquier cultura, en la que el hombre ha logrado satisfacer sus necesidades, biológicas, psicológicas y sociales.

Actualmente, desde una perspectiva occidental de la familia, existe una preocupación social por mantener los lazos de unión de la familia y brindarle apoyo en varios aspectos: el escolar, el médico, el legal, etc. Hay gran inquietud por parte de diferentes sectores de la sociedad (padres, profesionistas, etc.) por comprender el malestar manifiesto de la juventud, la deserción escolar, la drogadicción, el aumento de divorcios, etc.

Debido a esto han surgido una serie de estudios y tratamientos dirigidos a la familia, ya que si ésta no cumple con sus funciones, en relación con las perspectivas sociales, se convierte en el principal agente motivador de conductas antisociales. Esto conduce a comprender a la familia como un sistema primario que es intermediario entre la sociedad y el individuo interactuante entre ambos sistemas.

En este capítulo, por tanto, se aborda inicialmente el concepto de familia para pasar al de familia como sistema, y poder entender el porque de un enfoque terapéutico dirigido a este núcleo, finalmente se da por terminado este capítulo con una definición de terapia familiar y sus antecedentes.

Concepto de familia y sus funciones

La familia como tal, no ha sido siempre la misma, sin embargo es considerada como una institución desde la historia misma de la humanidad, institución cuya estructura es la unidad básica de la sociedad. En este núcleo social, el hombre ha encontrado la forma de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, que le permiten, además del sentido de pertenencia a un grupo, el desarrollo de sus capacidades y una plena realización y participación dentro y fuera de este marco.

Al respecto, Ackerman (1987) menciona que los vínculos familiares se realizan a través de la combinación precisamente de estos factores, tanto biológicos, psicológicos, sociales como económicos.

La función biológica de la familia es la de perpetuar la especie, razón por la que, el cuidado de los hijos es primordial; su función psicológica implica la interdependencia y satisfacción de las necesidades afectivas; su función social, es lograr su mayor utilidad y económicamente para la provisión de sus necesidades materiales.

Por tanto, se puede entender como familia, "el núcleo primario y fundamental cuya función primordial es la de proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo" (Sánchez, A. J., 1987. Pág. 15).

Una forma pues, de conceptualizar a la familia es determinando sus características, para poder diferenciarla de otros grupos sociales, que en términos generales pueden ser las siguientes:

- La familia es la unidad fundamental de la sociedad.
- Los miembros de la familia se hallan unidos por lazos de parentesco, así como en los aspectos social, legal y consanguíneo.
- Se define por la existencia de por lo menos dos generaciones distintas: padres e hijos.

La familia tiene diversas funciones en relación con la sociedad. De tal suerte que, estas mismas tienen efectos sustanciales para el individuo y la sociedad (Ackerman, 1987):

1. La función de la *reproducción*, biológica.
2. La función de *mantenimiento* de sus miembros. La familia provee alimento, abrigo y otras necesidades materiales, por lo que la familia en este sentido, se constituye como una unidad económica de cooperación social.
3. La función de *transmisión cultural*, mediante la cual se asegura la continuidad de la sociedad.
4. La función que se refiere al *proceso de socialización* de los hijos. En este sentido, la familia proporciona los medios precisos para la formación de la personalidad y el moldeamiento de los roles sexuales. Además se convierte en un apoyo social permanente para favorecer respuestas emocionales y desplegar la identidad personal.

En esta forma, se puede resumir que la familia tiene como objetivo primordial la "defensa de la vida", a partir del cual se desprende una serie de funciones que la caracterizan y la definen como grupo primario fundamental. (Ackerman, 1987; Soifer, R.,1980).

La familia como Sistema

El concepto de la familia como sistema se deriva de un gran número de investigaciones realizadas, sobre todo, a partir de la Teoría General de los Sistemas, la cual parte del principio fundamental de que el todo es más que la simple suma de sus partes; la cibernética, basada en la comunicación y en el principio de retroalimentación (líneas causales circulares) y el constructivismo en el que se postula que la llamada realidad se construye, se inventa, y que existen un sin fin de "realidades" (Bertalanffy, 1989; Watzlawick, 1990).

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

Sin embargo, las características de los miembros de una familia no son lo mismo que conocer las características de la familia o de la pareja como entidad. Esta tiene una historia y funciones que le son propias y que difieren de la de sus miembros. Por lo cual vale decir que la familia, semejante a un organismo, nace, se desarrolla y muere.

De acuerdo con Selvini Palazzoli (1991), la familia es entendida como un sistema vivo y dinámico, sujeto a un proceso continuo de establecimiento de reglas (pautas) y búsqueda de acuerdo entre ellas, al tiempo que se considera al grupo familiar como un sistema cibernético y, por consiguiente, auto-regulador, en cuyo dinamismo interior las modalidades transaccionales que definen las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes con base en las cuales funcionan los miembros del sistema en su recíproca relación.

Por consiguiente, se considera a la familia como una red comunicacional en constante flujo, en la que todos sus miembros influyen en el sistema al igual que todos son afectados por el propio sistema.

En consecuencia con este punto de vista sistémico, la familia adquiere tres aspectos que la definen (Andolfi, M., 1994):

- a) La familia es un sistema en continua transformación. Esto significa que elabora y emplea mecanismos de adaptación a las diversas exigencias que le demandan todas y cada una de las diferentes etapas de su desarrollo, con el propósito de asegurar la continuidad y crecimiento de los miembros que la integran.
- b) La familia es un sistema intrínsecamente activo, el cual se autogobierna mediante el desarrollo y establecimiento de reglas que se van modificando (por ensayo y error) durante la continua evolución de la familia. Esto mismo, permite a los miembros de la familia conocer y experimentar lo que está y lo que no está permitido en la relación hasta llegar a un punto de definición estable en la misma, capaz de mantener la continuidad de la familia.
- c) La familia es un sistema abierto y en constante interacción con otros sistemas (otras familias, escuelas, trabajo, etc.), lo cual implica que existe la capacidad para establecer relaciones interfamiliares con el conjunto de las relaciones sociales (reglas, normas y valores sociales).

Terapia familiar

Dentro de la terapia familiar, derivada de este concepto sistémico, existen diversas modalidades cuyo objetivo de intervención es precisamente el sistema familiar como un todo y no sólo el miembro individual, sin embargo, todas ellas se encuentran sustentadas en las mismas premisas metodológicas.

Las conductas inadecuadas o desviadas que manifiesta alguno de sus miembros, al cual se le denomina "paciente identificado", se consideran como sintomáticas de una estructura familiar disfuncional, la meta del tratamiento consistirá en mejorar el funcionamiento general de ésta, a través de modificar las relaciones y patrones de comunicación que sostienen el problema, en otras palabras, la "estructura familiar", con la

intención de obtener cambios positivos en las alteraciones conductuales que presentan los miembros del sistema.

Esto significa que, la posible aparición de un miembro sintomático en la familia, trasciende de tal modo que es considerado como una alteración emocional en y de la familia ya que se trata de un fenómeno interpersonal; la salud emocional de cada miembro afecta directamente a la salud de cada uno de los demás, cuando uno de los miembros presenta algún síntoma, los otros también resultan afectados. "Es la gente la que enferma a la gente y esto es especialmente cierto dentro de la familia" (Pérez, J, 1986).

Al respecto, Minuchin (1990) menciona que la patología como tal, puede situarse en el interior del paciente identificado, en el contexto social o en la retroalimentación entre ambos, por lo que, desde el punto de vista sistémico, la terapia familiar debe basarse en los siguientes tres axiomas (Minuchin, 1990 en Aladro, P., 1995):

1. La vida interior y pasada del hombre influye sobre su contexto y a su vez es influido por éste por las secuencias repetidas de interacción.
2. Las modificaciones en la estructura de una familia favorecen la producción de cambios de los miembros de ese sistema, en sus conductas y en sus procesos psíquicos internos.
3. La conducta y/o intervención del terapeuta se incluye en el contexto familiar integrando un nuevo sistema, al transformar las posiciones de sus miembros y cambiar sus experiencias subjetivas.

Estos aspectos y características de la familia como sistema son admitidos por los terapeutas familiares con este tipo de orientación, lo cual conduce a la necesidad de definir a la terapia familiar* como un proceso mediante el cual se reactivan y amplían las fluctuaciones del sistema familiar (buscando modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia) para que avance hacia una

* Aunque existen varias definiciones de terapia familiar, ya que cada enfoque teórico propone la suya con base en su tesis principal, aquí se considera la visión de Minuchin, por considerar que enmarca el significado y aplicación de este concepto en forma general.

forma más compleja y funcional de organización, es decir, a través de este proceso se toma a la familia que se ha atorado en algún punto de su desarrollo y se crea una crisis que la empujará en el sentido de su propia evolución (Minuchin, 1991).

Para ello, es necesario que el terapeuta cuente con ciertos aspectos que le sirvan como una guía conductora para la evaluación terapéutica, cuyo primer objetivo es evaluar correctamente el impacto de los factores estresantes que en algún momento puedan efectivamente descompensar el funcionamiento familiar, por lo que deben tomarse en cuenta seis áreas fundamentales (Minuchin, 1990):

1. La estructura de la familia. En esta deben considerarse las pautas transaccionales preferentes y los modelos disponibles como alternativas a los preferidos.
2. La flexibilidad del sistema y su capacidad para elaborar nuevas pautas con las cuales pueda reestructurarse. Este aspecto se revela a través de la modificación y/o establecimiento de alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas que corresponden a determinadas circunstancias.
3. La resonancia del sistema y su sensibilidad ante las acciones individuales de cada miembro. Esto polariza a las familias en dos tipos extremos: aquellos en las que predomina una sensibilidad extrema (aglutinamiento) y en las que prevalece una sensibilidad muy reducida (desligamiento).
4. El contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y stress en la ecología del sistema familiar.
5. El estadio de desarrollo y su rendimiento en las tareas apropiadas a determinada etapa.
6. Los modos a través de los cuales los síntomas del paciente identificado se utilizan para el mantenimiento de las pautas preferibles por la familia.

Por otro lado, también existen otros objetivos que comparten los diferentes modelos de terapia familiar, estos modelos se describen en el siguiente capítulo.

El primero de ellos tiene que ver con el principio de abordar la problemática familiar desde su presente, es decir, lo importante es observar, explorar e intervenir en lo que sucede actualmente, en el aquí y el ahora, y no en lo que sucedió en el pasado. El terapeuta sistémico explora muy de cerca la manera en cómo interactúan los miembros de la familia y se dirige especialmente hacia la estructura y la comunicación. El segundo se refiere a la función que tiene el paciente identificado y su significado en el mantenimiento del equilibrio emocional de los demás miembros y del sistema familiar. Un tercero, se refiere a la posibilidad de movilizar y ampliar el repertorio de las pautas de interacción para establecer aquellas formas de interacción más saludables y mejorar de esta manera el funcionamiento familiar.

Finalmente, cabe destacar en este apartado, que todos estos principios y aspectos mencionados, son utilizados mediante el llamado interrogatorio circular, el cual consiste en plantear preguntas que enfoquen una diferencia (acuerdos-desacuerdos) y/o que definen una relación (manifestación de significados). Esto se logra cuando el terapeuta familiar realiza las siguientes acciones (Aladro, P., 1997):

1. Observar las variadas percepciones y expresiones de cada miembro.
2. Relacionar diferencias y semejanzas entre los miembros (comparar-contrastar) en cuanto a su pensar, sentir y actuar.
3. Redistribuir el problema o síntoma dentro del sistema.
4. Observar las secuencias de interacción que determinan la disfuncionalidad en el contexto familiar y los patrones o pautas que se repiten.
5. Relacionar los eventos (utilizando analogías) que coinciden con la ocurrencia de la respuesta o acción perturbadora.
6. Reflejar sentimientos, pensamientos y/o actitudes y relacionarlos con otros elementos, pautas o situaciones interaccionales del sistema.
7. Relacionar el síntoma con la problemática familiar.

8. Influir en las respuestas de solución, tanto reflexivas como hipotéticas, considerando acuerdos y desacuerdos, diferencias y semejanzas en cuanto a explicaciones y significados de los miembros del contexto familiar.

Antecedentes

La terapia familiar tuvo sus orígenes en los Estados Unidos durante la década de los '50, y su principal impulso procedió de la labor de investigadores como Nathan Ackerman en N. York. Sin embargo, las primeras aplicaciones del enfoque sistémico al campo de la psicología clínica corresponden al antropólogo Gregory Bateson, que en el año de 1948 comienza a dedicar sus estudios al campo de la psiquiatría.

Hacia el año de 1954, aprox., G. Bateson junto con otros investigadores como Don Jackson, John Weakland y Jay Haley, realizan una serie de investigaciones sobre la comunicación y el origen de la esquizofrenia, cuyos resultados dieron a luz la hipótesis del "doble vínculo" y su papel preponderante en la etiología de la esquizofrenia.

Descubrieron que existen, en los pacientes esquizofrénicos, enormes dificultades para distinguir entre el lenguaje literal y el lenguaje metafórico, lo cual los condujo a establecer una clasificación de la comunicación por niveles: niveles de significado, de tipo lógico y de aprendizaje. Este trabajo, fue publicado hacia el año de 1956 con el título "Hacia una teoría de la esquizofrenia" y en él se señala que la familia, no solamente provoca estos patrones de comunicación, sino que los fomenta y requiere de un paciente identificado para guardar el equilibrio familiar (homeostasis familiar), (Hoffman, L., 1990).

Se le dio continuidad a este proyecto de Bateson, durante algunos años más, y más tarde, en el año de 1959, Don Jackson funda el "Mental Research Institute" (M.R.I.), para aplicar las nuevas investigaciones realizadas por el equipo de Bateson. En los últimos años, Paul Watzlawick, J. Weakland, y R. Fish, y su equipo de colaboradores, continúan desarrollando las ideas de Bateson al mismo tiempo que han creado el modelo de intervención terapéutica conocido como "estratégico" en Palo Alto California.

Prácticamente, al mismo tiempo que se desarrollaban estas investigaciones sobre la comunicación en la esquizofrenia en Palo Alto California, en Washington, durante la década de 1950, Murray Bowen también comenzó a trabajar con esquizofrénicos y sus familias. Fue uno de los primeros psiquiatras en iniciar un proyecto para hospitalizar a las familias enteras de los esquizofrénicos con fines de observación e investigación (Op. Cit.).

Una de las figuras más sobresalientes en el campo de la investigación familiar lo fue Nathan Ackerman, quien durante la depresión de los años treinta se interesó en los efectos de la crisis económica sobre las familias marginadas. Durante esta misma década realizó estudios sobre los mineros desempleados y sus familias. Posteriormente, en 1965 fundó el "Family Institute de N. York", más adelante llamado "Ackerman Family Institute". Ackerman hubo de avanzar hacia lo que más adelante sería conocido como el enfoque "estructural", cuyo representante es Salvador Minuchin.

Carl Whitaker, es otro de los pioneros en la investigación familiar, quien se autodenominaba "terapeuta de lo absurdo", trabajó con John Warkenton en Tennessee con niños que presentaban problemas de conducta delictiva entre los años de 1943 y 1945. Durante dicho periodo, Whitaker trabajó con un equipo de colaboradores como coterapeutas, incluyendo a uno o varios miembros de la familia del paciente identificado en las sesiones terapéuticas. Posteriormente también se interesó por los estudios de familias con pacientes esquizofrénicos.

Para este terapeuta, la táctica del absurdo equivalía a romper con las viejas pautas de pensamiento y conducta y a la cual denominó "creación de procesos Koans".

Posteriormente, a principios de los años sesenta, Ross Speck, John Sonne y Al Friedman, contemporáneos de Ivan Nagy, quien también continua la línea de estudios sobre familias de esquizofrénicos, inician un proyecto de investigación de las familias que permanecían en sus propios hogares. Más tarde, en 1964, se funda el "Philadelphia Family Institute".

Durante esta misma década, la Philadelphia Child Guidance Clinic, realiza trabajos de investigación con familias de escasos recursos económicos provenientes de las zonas urbanas de este lugar, bajo la dirección de Salvador Minuchin.

Personalidades como Lyman Wynne, Gerald Zuk, Margaret Singer, Theodore Lidz, Edgar Auerswald, John Bell, Virginia Satir y otros, son sólo algunos más de los pioneros de la investigación en el campo de la terapia familiar y que la mayoría se dedicó a la investigación de la familia como un sistema.

Conclusión

La terapia familiar ha sido un movimiento que se ha desarrollado a partir de las aportaciones del psicoanálisis en la década de 1950, con la intención de encontrar nuevas formas de entender la patología y de aplicar métodos de intervención terapéutica más eficaces en aquellos casos en los que se requería de una solución más pronta y perdurable, ya que se observó que cuando un síntoma psiquiátrico era modificado en el paciente identificado, solían aparecer otros problemas en la misma persona o bien, en otros miembros de la familia a la cual pertenecía el paciente identificado. Esto ha motivado el estudio de la evolución del problema a través, incluso, de las generaciones familiares y de otros sistemas con los cuales la familia establece contacto con la finalidad de obtener sólo la información pertinente al caso y establecer hipótesis y estrategias conducentes a la solución del mismo en el momento presente.

La terapia familiar de hoy en día, aunque se encuentra en continua evolución, se basa principalmente en todos estos trabajos de investigación que conciben a la familia como un sistema (sujeto a las leyes dinámicas de los sistemas naturales), por lo que son siempre objeto de estudios específicos e interdisciplinarios que se proponen profundizar en las interacciones. Por este motivo, el objetivo terapéutico general dentro de este enfoque consiste en la comprensión de las reglas y del modo de funcionar del sistema familiar en su totalidad para que la familia aproveche sus potenciales y capacidades de tal modo que pueda ser capaz de lograr no sólo el equilibrio en los momentos de crisis de acuerdo a su estadio de desarrollo, sino también en aquellas situaciones similares de tensión que eventualmente se puedan repetir con el paso del tiempo. En este sentido, el terapeuta asume un papel fundamental para preparar a la familia a percibirse y por tanto pensar en sí misma en términos relacionales y sistémicos, más que para reaccionar en un nivel meramente contradictorio y sensitivo.

MODELOS TERAÉUTICOS

“La mente opera creando modelos con los conocimientos adquiridos para su uso posterior. Cuando dichos modelos están formados es posible identificarlos, combinarlos entre sí y usarlos dentro del contexto de sus formas”.

Edward De Bono

Durante el desarrollo de la terapia familiar sistémica, se han originado diversos modelos de tratamiento, y aunque en éstos se aprecian ciertas diferencias específicas, comparten, sin embargo, aspectos fundamentales tales como: el sustento epistemológico, en cuyo desarrollo se encuentran personajes como Ludwing von Bertalanffy, Claude Shannon, Norbert Wiener y Gregory Bateson; el concepto del problema, en el sentido de que no existe una causalidad lineal que dé origen o solución a éste, así como la idea de que desempeña una función dentro del sistema; el manejo del interrogatorio circular; el tratamiento se enfoca básicamente en el presente y la necesidad de un cambio entre otros. Algunos más se evidenciarán durante el desarrollo de los modelos estructural, estratégico y de la Esc. de Milán.

Escuela Estructural

El creador y representante principal de este enfoque es Salvador Minuchin (1990), quien desde la década de 1960 ha desarrollado la teoría y técnica de la terapia familiar estructural.

Durante varios años, estuvo al frente de la Philadelphia Child Guidance Clinic junto con la participación de J. Haley y Braulio Montalvo, en la que realizaron diversos estudios sobre la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicosomáticos en niños, brindando servicios especializados para éstos y también tratamiento para las familias.

La hipótesis fundamental con la que parte este modelo es que una familia organizada adecuadamente funciona de tal manera que sus miembros estarán libres de síntomas. Para ello es necesario que existan límites claramente demarcados entre los valores o partes del sistema, permitiendo al mismo tiempo un “funcionamiento independiente con acceso a la interacción familiar y delimitando las posibles interferencias exteriores incluyendo miembros de otras generaciones. Por tanto, si la funcionalidad del sistema depende de la claridad de los límites, la aparición de un síntoma es producto de una familia disfuncional” (Aladro, P., 1995, Pág. 17).

Esto implica que cada una de las partes que componen el sistema familiar, es visto también como un todo, de tal manera que se les reconoce como “holones” o “subsistemas”, estos son: el marital, el parental, el filial e individual, y cuya definición de cada uno involucra las funciones y roles que estos elementos tienen dentro de la familia.

De aquí que se clasifique a las familias de acuerdo con la claridad de sus límites en:

- a) Familias desligadas: en éstas el contacto y transacciones entre los miembros son mínimos, sus miembros permanecen más bien aislados en su propia órbita.
- b) Familias amalgamadas: en éstas cualquier acción de algún miembro del sistema, tiene una repercusión inmediata en los demás, es decir, existen interferencias en todos los subsistemas impidiendo así el desarrollo y autonomía de sus miembros.

c) Familias con límites claros: en éstas existe una funcionalidad adecuada, es decir, los límites claros permiten una diferenciación del sistema y entre sus subsistemas, favoreciendo la exploración y el dominio autónomos de los problemas, con un sentido “sano” de interdependencia e independencia.

Para Minuchin, la categoría amalgamadas y desligadas constituye los extremos de un continuo donde pueden ser ubicadas la mayoría de las familias.

Por otro lado, estos mismos elementos que conforman el sistema familiar, en su comportamiento y relación a través de múltiples interacciones dan forma (en su constante reiteración) a la estructura del sistema. Dicha estructura Minuchin la define como la elaboración de pautas de interacción que conforman el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia (Minuchin, 1990).

En consecuencia con lo planteado, este enfoque estructural se ubica como un modelo de tipo “normativo”, por lo que el objetivo terapéutico principal será ubicar el momento actual de la organización familiar, haciendo un análisis de los patrones de interacción a través de ciertos parámetros de observación que son: la geografía, el territorio, la jerarquía, los vínculos y los límites.

- La geografía indica la manera en como se ubican y distribuyen los miembros de la familia dentro de los espacios físicos de su casa.
- El territorio describe los límites espaciales existentes dentro de la familia, así por ejemplo, el que tiene más jerarquía ocupará más territorio dentro del hogar.
- La jerarquía se refiere al poder y la fuerza con que se cumplen los roles y funciones en el interior de la familia. Es el subsistema parental el que tiene mayor influencia como resultado de su función de mando en el sistema familiar.

- En relación con los vínculos, se analiza hacia dónde se dirigen tanto los positivos como los negativos, para descubrir las alianzas, los conflictos y coaliciones en que se encuentra cada miembro del sistema.
- En cuanto a los límites, éstos se encuentran constituidos por las reglas que definen los participantes del subsistema ejecutivo y del subsistema fraterno. Los límites pueden ser rígidos, de tal forma que se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los miembros y los subsistemas. También pueden ser difusos, lo cual implicaría la falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares y cierta tendencia a crear una sensación de apoyo en algunos miembros de otros sistemas.

Lo ideal, como ya se mencionó, son los límites claros, que permitirán a los miembros del sistema familiar un adecuado desarrollo de sus funciones sin interferencias y permitir el contacto entre todos los miembros del sistema.

Además de estos aspectos, el terapeuta debe considerar ciertos componentes que son propios de una familia funcional (Aladro, P., 1995):

1. La estructura familiar es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
2. La familia muestra un desarrollo a través de ciertas etapas, reestructurándose de manera fluida y constante.
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que mantiene una continuidad permitiendo el crecimiento psicosocial de cada miembro del sistema.

Esencialmente, las técnicas utilizadas en este modelo, consisten en el cuestionamiento del síntoma, de la estructura y de la realidad familiar, para lo cual, el terapeuta debe utilizarse a sí mismo y hacer uso de ciertas habilidades que le permitan intervenir activamente en la situación actual de la familia. Estas pueden resumirse de la siguiente manera:

- a) Realizar operaciones de intervención. El terapeuta establece alianzas con uno o varios miembros de la familia que se encuentren en una posición de desventaja y requieran de apoyo.
- b) Reestructurar el sistema familiar. El terapeuta introduce y establece reglamentos que lleven a la familia a reordenar sus patrones de interacción asociados con el problema presentado.
- c) Proponer tareas planificadas. El terapeuta establece tareas con la familia, para conducirla a nuevas y diferentes transacciones con metas específicas.

En este sentido, la función más relevante del terapeuta reside en determinar en donde falla la estructura del sistema familiar para conducir adecuadamente sus técnicas y habilidades. Por lo que éstas, se dirigen básicamente hacia el cambio de la estructura a través de modificar las transacciones preferentes disfuncionales de la familia, apoyándose en algunas de sus propiedades. En este proceso se pueden manifestar ciertos eventos: se adhieren o se separan los subsistemas, se exacerbaban los síntomas, se rehabilitan los síntomas y finalmente se refuerzan nuevos patrones de interacción.

En este enfoque, se distinguen también ciertos modelos de familias, cuya configuración y estructura, resultan propicias para una evaluación, planificación e intervención terapéutica (Aladro, P., 1995; Freidberg, A., 1985):

- Familias “Pas de deux”. - Se refiere a la mutua dependencia existente entre dos miembros de una misma generación o de generación distinta, en la que además existe resentimiento y dificultades de desarrollo e individuación para el hijo en el caso de dos generaciones.
- Familias de tres generaciones.- Se considera como una de las más comunes, también se identifican como familia extensa, cuya característica es precisamente la convivencia entre varias generaciones. Una de sus manifestaciones disfuncionales más frecuentes en este tipo de familias es la coalición

transgeneracional asignando a algún miembro como chivo expiatorio.

- Familias soporte.- Están constituidas por una gran cantidad de hijos; la familia propende a delegar la autoridad en uno o más hijos, recibiendo responsabilidades parentales, favoreciendo así la posibilidad de tener hijos sintomáticos.
- Familias acordeón.- Éstas se caracterizan por tener a un miembro, sobre todo del subsistema parental, periférico. El cónyuge permanente en el sistema, generalmente cubre todas las funciones parentales, originándose los problemas durante la presencia temporal del miembro ausente.
- Familias con un miembro fantasma.- En ésta, uno de los integrantes ha desaparecido del núcleo familiar por muerte o abandono prematuro y los miembros restantes se niegan a aceptar su ausencia.
- Familias descontroladas.- En estas familias se manifiesta la problemática en alguna de las siguientes áreas: en la organización jerárquica, en las funciones ejecutivas en el subsistema parental y en la proximidad entre los miembros.

Las formas en las que pueden observarse los problemas son: a través de las mutuas descalificaciones, la triangulación de los hijos y de las fallas en los límites generacionales.

Como un ejemplo de estas familias se encuentran aquellas cuyos padres son golpeadores, que propician el fracaso y bloquean el desarrollo de los hijos, al no satisfacer sus necesidades o bien no establecen límites claros.

- Familias psicósomáticas.- Éstas se caracterizan por el surgimiento y sostén de un miembro enfermo, se descubren en ellas la existencia de sobreprotección, unión excesiva, rigidez extrema y gran incapacidad para resolver los conflictos por lo que tienden a evitarlos.

Estas tipologías, menciona Freidberg (1985), permiten crear un esquema de intervención a un nivel general para llegar a enfocar los patrones transaccionales más específicos, de tal suerte

que se pueda ubicar la función del síntoma y permitir la aplicación de técnicas de acuerdo con las condiciones del sistema familiar.

Escuela Estratégica

De acuerdo con Hoffman (1990), el término “estratégico” fue acuñado por J. Haley para describir las terapias en las que el terapeuta diseña las intervenciones destinadas a resolver diversos problemas. No obstante, este modelo ha tenido como representantes a P. Watzlawick, John Weakland y Richard Fish, cuyos trabajos dentro del “Mental Research Institute” han llevado a identificar a este enfoque como un modelo interaccional. También se considera en esta lista de nombres a Milton Erickson, cuya aportación ha sido de gran importancia dentro de esta perspectiva de solución de problemas.

Por otra parte, dependiendo de donde se centre más la atención para la solución del problema, se definirá como un modelo: interaccional o relacional, comunicacional o terapia breve. Sin embargo, los dos modelos más consolidados son los que propone Haley, junto con Madanes (1990) por un lado, y por el otro el de MRI de Palo Alto (Nardone y Watzlawick, 1992).

De Shazer (1995), refiere que estos últimos modelos se ubican dentro de un marco de terapia breve, y que tienen en común el centrarse en los problemas, la forma en que persisten y la manera de solucionarlos.

La transición al concepto de terapia familiar breve, se define por la esencia de la terapia, cuya meta no es la brevedad en sí misma, considerándose ésta, como una consecuencia de las premisas fundamentales acerca de la naturaleza y el manejo de los problemas.

La hipótesis al parecer fundamental de este enfoque estratégico, es que existe un ciclo en donde se presenta el síntoma y la solución, siendo esta última la responsable del mantenimiento del primero, es decir, la solución que se plantea el sistema familiar es el síntoma mismo. Por tanto, para este modelo, lo prioritario es encontrar las secuencias de interacción disfuncionales que autorrefuerzan la permanencia del síntoma, para interrumpirla o

bloquear este círculo vicioso, independientemente de que se obtenga o no la conciencia del cambio (Hoffman, 1990).

El procedimiento para ello, es sobre todo de tipo indagatorio. Partiendo de un nivel concreto y específico, el terapeuta debe conocer al detalle: las condiciones bajo las cuales se presenta el síntoma, cuáles han sido las soluciones intentadas por la familia al problema en cuestión y así plantear el cambio en un acuerdo entre el terapeuta y la familia, denotándolo en términos de conducta observable.

Durante este procedimiento de escrutinio y análisis, el terapeuta debe detectar aquellos comportamientos de los miembros de la familia que por un lado se oponen al problema atacándolo, y por el otro, simultáneamente los que lo están provocando de una manera encubierta.

Por tal motivo, se aborda el problema de acuerdo a los siguientes principios terapéuticos fundamentales (Weakland, H.; Watzlawick, et al. 1971):

1. Se considera que las conductas sintomáticas, y sus consecuentes círculos viciosos, pueden ser interrumpidos.
2. Se aceptan y se abordan todos los problemas (excepto los síndromes psiquiátricos) como dificultades situacionales de los miembros de una familia y los problemas de interacción.
3. Se considera que los problemas se originan por las dificultades cotidianas y que involucran adaptaciones a cambios de vida que tienen que ser alcanzados por las partes involucradas, lo cual puede desencadenar un estado de crisis que dé como resultado la formación de síntomas.
4. Se considera que, además de las dificultades fortuitas (enfermedades, accidentes, pérdida de empleo, etc.), las transiciones en el ciclo vital de la familia y las dificultades cotidianas suelen ser la base de los problemas.

5. Existen dos formas básicas de proceder de la familia en la formación de los problemas: tratar una dificultad común como un "problema" (sobrestimar), y tratar una dificultad grave como si nada pasara (subestimar).
6. Cuando una dificultad es vista como un problema, su permanencia o exacerbación resulta de las soluciones erróneas intentadas para solucionarlo.
7. El establecimiento de los síntomas o de los problemas de antigua data, no les concede un carácter crónico, más bien se considera como la persistencia de una dificultad repetitiva deficientemente manejada.
8. La solución de los problemas requiere primeramente una sustitución de los patrones de conducta para interrumpir el círculo vicioso que la sostiene. Las conductas nuevas que se proponen, aun cuando sea a un solo miembro, involucran a los demás miembros de la familia.
9. Para promover cambios, se pueden proponer conductas aparentemente ilógicas, absurdas o paradójicas. Se considera que al cumplir con una tarea absurda abre la posibilidad de una solución hasta ahora no intentada.
10. Se considera importante establecer metas pequeñas, en las que se circunscriba a trabajar de manera limitada, enfocando el síntoma presentado para que el cambio sea más fácil. Una vez que el paciente ha experimentado un pequeño pero definitivo cambio, la experiencia permitirá auto-inducir cambios en el problema y también en otras áreas de su vida, iniciándose de esta manera, los círculos benéficos.
11. De esta forma, se concede mayor importancia a una clara definición de la conducta problemática, fundamentándose en la observación directa de los hechos de los que derivan las concepciones e intervenciones terapéuticas.

En resumen, este proceso se puede dividir en cuatro etapas (Watzlawick, 1990):

1. Tener una clara definición del problema en términos concretos.
2. Investigar la solución hasta el momento intentado.
3. Tener una clara definición del cambio concreto a realizar.
4. *Formulación y aplicación de un plan para producir el cambio planteado.*

Este modelo toma en cuenta, por otro lado, varios principios sobre los cuales se basa para la intervención terapéutica. Estos principios se derivan principalmente de los estudios realizados sobre la comunicación humana de autores como Jackson, Jules Riskin, V. Satir, Erickson y G. Bateson entre otros (Aladro, 1995; Freidberg, 1985; Haley, 1990; Watzlawick, 1990):

- La definición de sistema implica un proceso de comunicación y la naturaleza de las relaciones entre sus miembros.
- La causalidad circular: que implica que la conducta puede ser simultáneamente causa y efecto.
- El principio de equifinalidad: que afirma que un sistema puede alcanzar un mismo resultado aun a partir de condiciones iniciales distintas.
- La equipotencialidad: el cual se refiere a que principios similares pueden producir resultados diferentes.
- La totalidad: la cual se encuentra en oposición a la sumatividad, es decir, la totalidad del sistema no puede ser igual a la suma de sus partes.

Se añaden a estos principios, otros aspectos considerados “axiomas de la comunicación”, derivados del punto de vista de la pragmática (op. cit.):

- No es posible no comunicarse.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (referencial) y otro de relación (conativo). El segundo clarifica al primero y es, por tanto, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación, depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- Existen dos tipos de comunicación humana: la digital y la analógica.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia

Para Watzlawick y sus colaboradores (1990), los efectos de tales axiomas, se pueden apreciar en los posibles trastornos desarrollados a partir de cierto tipo de respuestas observadas en la comunicación humana, por ejemplo, entre A y B:

- “Rechazo” de la comunicación: alguno de los interlocutores prefiere guardar silencio, aunque tenso e incómodo.
- Aceptación de la comunicación: se accede a la conversación, aunque con respuestas tajantes y cortas (monosílabos).
- Descalificación de la comunicación: existe un intento de invalidar la comunicación, propia o la del otro, mediante la técnica de la descalificación (cambios de tema, incongruencias, frases incompletas, etc.).

- El síntoma como forma de comunicación: alguno pretende fingir o creerse con somnolencia, sordera, borrachera, ignorar el idioma, o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.
- Rechazando la definición del otro: se niega la realidad de la imagen que tiene el otro de sí mismo, cuyo mensaje es: "estás equivocado".
- Desconfirmación: se niega la realidad del otro como fuente de tal definición, cuyo mensaje es: "tú no existes".
- Suponer que el otro cuenta con la misma información que uno mismo, amén de sacar de dicha información idénticas conclusiones.
- Desacuerdos o traducciones erróneas entre material analógico y digital.
- Empleo de la comunicación paradójica (v.gr. relación de tipo doble vínculo).

Los sistemas patológicos exhiben una cualidad de tipo círculo vicioso que permite autoperpetuarse, de tal suerte que, para que una forma de comunicación sea considerada patológica, es necesario que se establezca un patrón habitual de esta naturaleza, las manifestaciones aisladas no pueden ser juzgadas como patológicas (Freidberg, 1985; Watzlawick, 1990).

Con respecto a las técnicas empleadas por este modelo, éstas consisten, básicamente, en establecer tareas (generalmente fuera de las sesiones) para modificar el problema presentado. Estas tareas incluyen prescripciones - para propiciar el cambio- en las que la familia o alguno de sus miembros debe realizar algo diferente de lo que ha hecho antes.

El papel del terapeuta, por tanto, es directivo y se asume como experto para distribuir adecuadamente las prescripciones.

Por otro lado, en este modelo no se requiere necesariamente de la asistencia de toda la familia a las sesiones, en ocasiones ni de la presencia del paciente identificado, trabajando entonces con el integrante que resulte más afectado por el problema.

Como consecuencia, este modelo se encamina directamente hacia el cambio de la condición problemática, que a diferencia del estructural, el cual comienza por obtener información a partir de los aspectos globales hasta llegar al nivel concreto y específico, éste comienza por aquello que le dé un punto de vista desde las interacciones concretas y de comunicación, considerando cualquier cambio enfocado hacia el objetivo final como un éxito terapéutico, asumiendo que los cambios, por pequeños que éstos sean, tienen un efecto en cadena que terminan por modificar todo el sistema.

Escuela de Milán

Este modelo tuvo su origen en Milán, Italia en 1968, cuando la psiquiatra y psicoanalista Mara Selvini Palazzoli realizó un viaje a Palo Alto, California. Como resultado de su viaje, a su regreso funda el "Instituto para el estudio de la familia" en Milán. Otros de los participantes de esta escuela son: L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata, quienes, junto con Mara Selvini, continuaron trabajando durante diez años con familias de esquizofrénicos, anoréxicos y familias con serias perturbaciones emocionales.

Durante dicho periodo desarrollaron este modelo con bases en la concepción de causalidad circular tomada de la teoría de la comunicación del grupo de Palo Alto y de la epistemología de G. Bateson.

También en este enfoque existe una hipótesis fundamental, la cual consiste en considerar a la familia como un sistema dinámico, con una historia singular a través de la cual se han definido las relaciones entre sus miembros mediante la configuración de reglas, con el fin de establecer lo que está y lo que no está permitido en la relación familiar (Hoffman, 1990; Palazzoli, 1991).

Con base en esta hipótesis, para que se pueda influir sobre los síntomas, hay que intentar cambiar las reglas, para ello, este modelo desarrolló ciertos tipos de intervención y técnicas específicas basadas, sobre todo, en esta concepción de la causalidad circular.

Por este motivo, una de las técnicas básicas que emplea este modelo es el “cuestionamiento circular”, con el cual se obtiene una mayor y mejor información durante la entrevista en sesión. Mediante este procedimiento, se enfatizan aquellos aspectos que tienen que ver con la forma particular de percibir el problema de cada uno de los miembros de la familia, con lo cual se logra establecer las diferencias existentes entre sus opiniones, al tiempo que se establecen aquellos patrones disfuncionales de interacción.

El cuestionamiento circular implica, por tanto, los siguientes principios que se realizan en la acción terapéutica (Aladro, P., 1997):

1. Establecer las semejanzas y diferencias (cognitivo, conductual y afectivo) entre los miembros del sistema familiar, tanto en la definición del problema como en las secuencias de interacción del sistema e intervención terapéutica.
2. Las preguntas de orden circular se refieren a: a) las pautas de interacción (espacio-temporales; quién hace, cuándo lo hace, si está cerca o lejos, qué pasa después, y sus posibles soluciones); b) preguntas de orientación (señalar efectos cognitivo-conductuales y afectivos).
3. Preguntas de influencia: reflexivas e hipotéticas dirigidas al futuro.

A partir de esta forma de interrogación, el terapeuta elabora sus hipótesis y estrategias de intervención para así llegar a descubrir los ciclos disfuncionales de interacción y a cuestionar los mitos y creencias que mantienen el síntoma.

Con respecto a la elaboración de una hipótesis sistémica, de acuerdo con Hoffman (1990), ésta debe ser "circular y relacional" para lograr la organización de todos aquellos datos que puedan ser confusos y precisar el significado que un determinado síntoma tiene para la familia.

Se considera que una buena hipótesis, independientemente de su contenido de verdad, proporcionará una gran cantidad de valiosa información con la cual también se alcanzará la posibilidad de modificar dicha hipótesis, o bien de comprobar su validez y utilidad, incluso a través del tiempo, por lo que se estima que lo más importante de una hipótesis es su funcionalidad más que su veracidad (Freidberg, 1985; Hoffman, 1990).

En este mismo sentido, la información pertinente para desarrollar una hipótesis, debe integrarse en tres diferentes niveles: el conductual, el emocional y el ideacional (Papp, 1991).

El conductual se refiere básicamente al rastreo de información detallada con respecto a la secuencia de acciones específicas y sus respuestas. El emocional consiste en indagar la función de los sentimientos en su forma particular de expresarlos y determinar su influencia sobre los demás miembros de la familia. Y el ideacional consiste en conocer las creencias e ideas de la familia, que determinan su percepción y concepción del problema.

Otro aspecto que se considera importante durante el desarrollo de una sesión, es el de neutralidad, la cual consiste, en su concepción original, en la capacidad del terapeuta para establecer una relación respetuosa con todos los miembros de la familia, evitando las posibles alianzas y/o coaliciones, así como los juicios morales y formas lineales de intervención; con la finalidad de lograr ser eficaz hasta llegar a un nivel distinto de relación con la familia, es decir, a un metanivel. Sin embargo, la revisión hecha por Cecchin (1987), considera que la neutralidad es mejor descrita como la creación de un estado de curiosidad. Si se tiene curiosidad, se actuará en determinados caminos sobre el sistema que se está estudiando, ya que la curiosidad guía al terapeuta para explorar y descubrir alternativas con un compromiso de considerar las diferencias, y de no adherirse a cualquier posición particular.

Una de las diferencias con el enfoque estructural, es que en éste, lejos de tratar de evitar las alianzas o coaliciones, las propicia, seleccionando él o los subsistemas de manera planeada y estratégica para cuestionar y modificar el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema familiar (Hoffman, 1990; Minuchin, 1991).

La intervención de tipo paradójal, es otra de las diversas técnicas utilizadas por este modelo, aunque no es exclusiva de éste, ya que su empleo se extiende a diferentes enfoques de tal forma que ha sido descrita por diversos autores tales como: Watzlawick y colaboradores (1992); J. Haley (1990); Palazzoli (1990); Erickson (1989); e incluso por autores de otras corrientes como Fritz Perls (1994), entre otros.

Según refiere Shazer (1996), el primero en utilizar este adjetivo de “intervención paradójica” fue V. Frankl (creador de la logoterapia), sin embargo, de acuerdo con Freidberg, Adler fue el primero en utilizar y escribir sobre estrategias paradójicas desde 1914. No obstante, la descripción y formulación sistemática de la función de la paradoja, tanto en la formación como en la solución de los problemas, se debe a G. Bateson y sus colaboradores.

La paradoja, en términos de la lógica clásica, resulta ser una trampa, en la cual los enunciados son al mismo tiempo verdaderos y falsos, correctos y erróneos, es por este motivo, que los miembros de una familia expuestos a este tipo de comunicación se hallan atrapados en una “doble atadura”, propiciándose la formación del síntoma, esto se ha estudiado y observado más claramente en las familias de esquizofrénicos.

Al respecto, M. Elkaim (1997) menciona los siguientes aspectos que identifican al doble vínculo (double bind):

1. Para el individuo es prioritario determinar con precisión el tipo de mensaje que recibe, a fin de responder a éste de una manera adecuada.
2. El individuo se encuentra atrapado en una situación donde el otro emite dos tipos de mensajes, mutuamente contradictorios (excluyentes).

3. El individuo es incapaz de *reconocer conscientemente* y *comentar* el tipo de mensaje al que debe responder, es decir, no puede enunciar una proposición metacomunicativa.

Empero, terapéuticamente se crea una situación en la que se prescribe tanto el síntoma como la función misma del sistema, de forma tal que lo que se le solicita a la familia es que no cambie aquello que está implicado en el mantenimiento del síntoma, propiciándose de esta manera un desequilibramiento en el que se espera un cambio. Sin embargo, si en la familia no se da el cambio, ésta quedará sujeta a la prescripción del terapeuta, manteniendo éste el control de la situación; y si la familia resiste a la indicación, entonces se genera un cambio. De esta manera, se pone de manifiesto la mayor utilidad que tiene el empleo de la paradoja, a saber, la manera en que se utiliza y aprovecha la resistencia familiar, al crearse un “doble vínculo” terapéutico, de tal suerte que esta resistencia tenga una dirección a favor del cambio y avance familiar.

Por consiguiente, los aspectos a considerar en la elaboración y aplicación de una paradoja sistémica son tres: la redefinición, la prescripción y la restricción.

En la redefinición, el terapeuta se propone modificar el modo en que la familia percibe el problema, para ello se emplea la denominada “connotación positiva”, cuya función primordial es la de facilitar el acceso al modelo sistémico. Por otro lado, permite además llevar a cabo ciertos movimientos terapéuticos en diferentes niveles (Palazzoli, 1991):

1. Ubica a todos los miembros de la familia en un mismo plano.
2. Permite acceder al sistema mediante la confirmación de su línea homeostática.
3. Favorece la aceptación del terapeuta por el sistema como un miembro animado por la misma intencionalidad.
4. Abre el camino a la paradoja.

5. Permite definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeuta.
6. Permite definir el contexto como terapéutico.

En la prescripción, se da la oportunidad de poner en un plano consciente el interjuego familiar, con lo cual este ciclo pierde fuerza para producir el síntoma. En la restricción el terapeuta se halla en posición de regular el ritmo de las reacciones familiares hacia el cambio.

Por otro lado, Freidberg menciona que al final de las sesiones, este enfoque terminará por manejar una paradoja o contraparadoja, sin embargo, de acuerdo con P. Papp, las paradojas no son siempre necesarias, ni tampoco siempre deseables, por lo que deben ser empleadas según la evaluación con respecto al grado de resistencia al cambio en la parte del sistema que el síntoma se encuentra regulando (Freidberg, 1985; Papp en Minuchin, 1991).

Por último, citando nuevamente a Freidberg, este autor resume las estrategias utilizadas por los asociados de Milán de la siguiente manera:

1. El manejo del concepto de "neutralidad", en la que el terapeuta se mantiene en una actitud imparcial, tomando en cuenta a todos los miembros de la familia durante cada sesión.
2. El concepto del tiempo espaciado entre las sesiones, con la finalidad de evitar ser absorbido por el sistema y dar tiempo suficiente a lo expuesto durante las sesiones para ser asimilado por la familia.
3. La prescripción de tareas y rituales que introducen elementos fijos en las interacciones.
4. Se consideran los elementos e influencias de la familia extendida, incluyendo elementos de la sociedad como maestros, médicos, amigos, etc.

5. El empleo de una epistemología y de una entrevista circular diferencial.
6. El manejo y prescripción de paradojas y contraparadojas terapéuticas.

Para terminar este capítulo, se añade una tabla en la que se intenta resumir e integrar los conceptos fundamentales de los tres modelos terapéuticos expuestos.

Modelo y exponentes	Visión de funcionamiento normal	Visión de disfuncionalidad	Metas terapéuticas	Foco de análisis	Foco de intervención	Técnicas de intervención
Estructural Minuchin Montalvo Apointe	1. Límites claros y firmes. 2. Jerarquía con un subsistema parental fuerte. 3. Flexibilidad del sistema para: 3.1. Autonomía e interdependencia. 3.2. Crecimiento individual. 3.3. Reestructuración del mantenimiento del sistema.	Síntomas como resultado de un desbalance estructural: a. Límites disfuncionales e inestabilidad jerárquica. b. Reacciones inadecuadas a los requerimientos de cambio (del desarrollo: ciclo vital, y ambientales).	Reorganizar la estructura familiar: a. cambiar las posiciones relativas de los miembros para romper los patrones disfuncionales y fortalecer la jerarquía parental. b. crear límites claros y flexibles. c. movilizar patrones alternativos más adaptativos.	Observar y entender cómo se organiza el sistema familiar: interdependencia y jerarquías.	1. la estructura familiar, los subsistemas: a. holón marital b. holón parental c. holón filial d. individual.	Desafío de: a. el síntoma b. la estructura c. la realidad familiar d. Unión e. Reequilibrio f. Creación y manejo de límites g. Desbalanceo h. Foco, intrusión y puesta en acto
Estratégicos: Haley Watzlawick	1. Flexibilidad 2. Amplio repertorio conductual para: 2.1. Resolver problemas 2.2. Transiciones del ciclo vital 3. Reglas claras, estabilidad y funcionalidad jerárquica	Multifuncionalidad; se sostienen los síntomas por: a. Intentos infructuosos para resolver problemas. b. Inapacidad de adaptación a las demandas del ciclo vital. c. Jerarquía disfuncional: triangulación, coaliciones, etc. Los síntomas son actos comunicativos dentro de un patrón de interacción.	Resolver los problemas que se presentan: a. Objetivos conductuales específicamente definidos b. Interrumpir el ciclo de retroalimentación, cambiando la secuencia sostenedora del síntoma c. Reorganización de las jerarquías	El proceso de interacción; los niveles de comunicación: contenido y relación	1. En el "segmento" más motivado al cambio. 2. En el circuito que mantiene al problema.	a. Reestructuración: b. técnicas de persuasión c. Lenguaje Metafórico d. Prescripciones específicas: directas e indirectas e. Prescripciones paradójicas f. Hablar el lenguaje del paciente g. Uso de la resistencia
Esc. de Miami Mara Selvini, et al.	1. Flexibilidad 2. Amplio repertorio conductual para: 2.1. Resolver problemas 2.2. Transiciones del ciclo vital 3. Reglas estables y funcionales	Multifuncionalidad; los síntomas se mantienen por: a. Establecimiento de reglas disfuncionales. b. Errores epistemológicos c. Comunicación paradójica: "doble vínculo" d. Triangulación o coaliciones a través de la jerarquía.	Resolver los problemas que se presentan: a. Cambiar las reglas de interacción b. establecer las semejanzas y diferencias c. modificar la percepción del problema d. Crear el insight familiar: cambio-insight	1. El significado que da el sistema. 2. La definición de las relaciones mediante la configuración de las reglas.	En primer término todo el sistema, más tarde los subsistemas pudiendo alternar entre el todo y sus partes.	a. Interrogatorio circular b. redefinición global c. connotación positiva d. utilización del síntoma e. prescripción de rituales paradójicos f.

Tabla comparativa de los tres principales modelos terapéuticos, en donde se muestran las semejanzas y diferencias.

CAPÍTULO. V

C.A.P.E.P.

En este capítulo se abordan los aspectos que permitieron el surgimiento de los “Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP), como una respuesta a determinadas condiciones histórico-sociales de nuestro país, ubicando su nacimiento y desarrollo dentro de la Secretaría de Educación Pública, así como los aspectos que permiten comprender los objetivos que cubre actualmente.

Antecedentes

Desde la conquista de la independencia de México, la educación continuó por un rumbo indefinido: dependiendo de cada municipio, en cada región se hacía “lo que se podía”, y se fueron resolviendo las necesidades a saltos, es decir, en tanto que en algunas épocas se observa un incremento en la cantidad de escuelas, en otras generalmente se reducía, dejando mucho que desear en su calidad. Fue hasta 1921 cuando se federalizó la educación, por iniciativa de J. Vasconcelos, quien fuera rector de la Universidad Nacional. Tuvo dos ideas fundamentales: “la necesidad de unificar y reorganizar la educación y la urgencia de revitalizar su orientación para dar a México, a través de ella, su identidad definitiva” (Solana, F., 1982, pág. 16), dado que por entonces la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes se había encargado de la educación en el D.F., pero el resto de la república permanecía a la saga.

La educación no puede estar descontextualizada de las condiciones generales del país y es por ello que se ha considerado que debe ser medio y fin del desarrollo. Sin embargo, en cada época se han ido alcanzando avances educativos para nuestro país, de tal modo que el surgimiento del llamado “Laboratorio de Psicología de Preescolar” vino a ser un avance, un apoyo en el vasto campo de desarrollo que dentro de la educación se puede encontrar.

Por otro lado, se ha hablado de “Reformas Educativas” en diferentes periodos de la historia de la educación desde el nacimiento de la SEP, sin embargo, cada una conlleva elementos de acuerdo con las condiciones del país. Por momentos se ha dado prioridad a la educación superior, a las escuelas técnicas; en otros, a la lucha contra el analfabetismo, a la expansión de la escuela para que llegue a más niños, etc. Y de manera recurrente también se ha hablado de elevar la calidad de la educación.

Empero, la educación masiva supone generalidades, supone que la “normalidad” de la población puede aprender de manera unificada, sin embargo siempre hay niños considerados normales que manifiestan problemas de aprendizaje.

En el año de 1932 aproximadamente, surgió el “Departamento de Psicología e Higiene Escolar” que se dio a la tarea de investigar el aprendizaje en alumnos de escuelas primarias en el D.F. y demostró que una parte importante de la población de alumnos sufría de desnutrición severa, lo cual influía seriamente sobre el rendimiento escolar y paralelamente a esto, se trabajó con niños “atípicos” (deficientes mentales, sordos, invidentes, etc.) hasta llegar a la institucionalización de la “educación especial” en el país (SEP, 1981).

De manera similar, en la educación preescolar emergió un grupo de personas interesadas en brindar atención a niños con problemas que correspondían a dicho nivel, y en agosto de 1965 con la maestra Beatriz Ordoñez Acuña a la cabeza como directora general de educación preescolar se inicia el “Laboratorio de Psicología de Educación Preescolar”. La maestra Beatriz trabajó durante varios años como educadora, lo cual la llevó a darse cuenta de la importancia y necesidad de dar una respuesta a niños que correspondían a los grupos de educación preescolar que presentaban problemas cuya solución rebasaba las posibilidades inmediatas de cualquier educadora, aunque bien intencionada e interesada en cada uno de sus alumnos.

Anteriormente, estos niños se topaban con años continuos de reprobación, en uno o varios grados escolares y con la indiferencia a sus particulares necesidades académicas, por lo que, la maestra Ordoñez y su equipo de pioneras se dieron a la tarea de abrir un

servicio para la estimulación de niños deprivados en un momento crucial de su vida.

La Dra. Laura Rotter, fue la titular de este servicio desde sus inicios hasta el año de 1983, y desde entonces comenzó con un equipo interdisciplinario del que cada miembro iba aportando aquello que consideraba importante. La sede fue un local acondicionado dentro del edificio de la SEP en las calles de Brasil No. 31. Más tarde se ubicaron en una casa adaptada en la cual se contaba con una cámara de Gesell, un salón suficientemente amplio, que fue empleado para la incipiente modalidad de grupos para niños con dificultades en áreas como la de psicomotricidad. Posteriormente en 1975, se construyó un edificio *ex profeso* en la calle de General Anaya en Coyoacán. En este lugar se atendían a grupos de niños, a los cuales se les conocía como “grupos de maduración”; también se contaba con cubículos de psicología para la aplicación de pruebas y conclusión de diagnósticos; una cámara silente para la aplicación de audiometrías; cámara de Gesell, consultorio para atención médica, así como el espacio necesario para las actividades administrativas que crecían paralelamente con el servicio.

Esto obligó, igualmente, a definir cada vez más claramente los objetivos del laboratorio. En sus comienzos la atención se generalizó a niños con varios tipos de problemas, desde aspectos leves, cuya solución requería de un lapso relativamente breve, hasta problemas de síndromes con etiología genética definida, que posteriormente eran canalizados al servicio de educación especial, quedándose finalmente con niños que presentarían alteraciones que no les impidiera continuar con una educación normal dentro del sistema educativo nacional.

Debido a que se definió más como un servicio de apoyo a la educación preescolar, se consideró como un departamento dentro de la dirección que modificó su nombre a “Departamento de Psicología y Psicopedagogía de Educación Preescolar” (DEPSY) y por tanto, redefinió sus objetivos.

La atención se fue diversificando y clasificando de tal modo que se formaron grupos de niños para modalidades específicas de tratamiento, éstos eran grupos de: maduración, estimulación múltiple, disfunción cerebral, lenguaje y psicomotricidad. Posteriormente se añadieron servicios de: odontología, medicina estimulación perceptual y, por último, grupos de orientación a padres y psicoterapia.

Se abrieron también “grupos anexos”, esto es, grupos integrados dentro de algunos jardines de niños atendidos por especialistas, con el objeto de aproximar el servicio de atención a diferentes zonas del D.F., pero en 1981 se reorganiza el servicio creándose los primeros “Centros de Atención Compensatoria de Educación Preescolar” (CACEP), a los que en 1983 se les llamó “Centros de Atención Preventiva de Educación Preescolar” (CAPEP), y posteriormente quedan definidos como “Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar”.

“En forma paralela a estos cambios, se fueron integrando en los estados, los centros foráneos, dependiendo normativamente del Departamento de Psicología de la Dirección General de Educación Preescolar” (Pizarro Ortega, 1995, pág. 2).

De esta manera, en la actualidad existen 180 CAPEP's en el interior de la República y 23 ubicados en las diferentes Delegaciones Políticas del D.F., que como se observa, su organización se presenta posterior a su ubicación dentro de la Secretaría de Educación Pública.

Así, desde 1983 se realizaron varios ajustes, estos cambios obedecieron al incremento de personal especializado, al incremento de la demanda de atención a niños preescolares y a la política educativa vigente en cada periodo de gobierno (Pizarro Ortega, 1995).

Con Jaime Torres Bodet como titular de la SEP, en 1960 hubo una reforma educativa que afectó los niveles de primaria y preescolar, donde se consideraba de importancia el desarrollo de los niños, así como sus intereses y necesidades como puntos de partida para el programa, por lo que las actividades estaban organizadas en torno a ciertos temas específicos. Dicho programa,

no obstante, fue sustituido en 1979 por uno que se apoyaba más en el desarrollo de los niños que en temas a tratar (a una currícula), y en donde se sugería que se siguieran ciertos pasos considerando el desarrollo de los niños.

En 1982 surgió otro programa apoyado en la teoría psicogenética de Piaget, como respuesta a la nueva reforma educativa, dicho programa ya no quedó a cargo de trabajadoras del DEPSY. El trabajo se modificó también en el interior del departamento y los grupos de maduración iniciaron una organización interdisciplinaria, en donde una terapeuta de grupo, una psicóloga y una terapeuta de lenguaje, eran las responsables de los avances de los niños, interviniendo en forma grupal o individual y paralelamente formando grupos de padres con los que trabajaban una vez por semana. El marco teórico en el que se apoyaban era la teoría psicogenética para el aspecto pedagógico, y en los aspectos emocional y grupal, se tomó al psicoanálisis y a la teoría de grupo operativo, respectivamente.

En 1985, con el terremoto de la ciudad de México, se realizó un trabajo de emergencia, brindando atención a aquellos niños y familias damnificadas, en sesiones grupales. Esta situación propició ajustes de organización y de ubicación en muchos equipos de trabajo, así como en las oficinas administrativas que desaparecieron.

De esta experiencia se pudo observar la manera en cómo el DEPSY ha funcionado en apoyo de la educación preescolar, reforzándose en esta ocasión la idea de que la escuela no puede sino reflejar la sociedad que la crea, y que no opera de manera independiente de la estructura social y económica (Caballero, A., Medrano, S., 1982).

Durante el sexenio anterior, vino la "modernización educativa" y con ella algunas reformas dentro del sistema de preescolar. Al parecer la calidad de la educación había cobrado vigencia. La cobertura de niños preescolares que tenían un lugar en la escuela creció notablemente y el nivel de preescolar empezó a tener una importancia mayor en toda la República.

Anteriormente la educación preescolar sólo cubría los centros urbanos más poblados y desprotegía a una gran cantidad de poblaciones pequeñas con baja densidad de población, particularmente en las zonas rurales, sin embargo en los últimos años se le dio un mayor impulso, lo cual se ha visto reflejado en el crecimiento del servicio en los CAPEP's, pues éste también interviene en lo que a calidad se refiere, rescatando los casos que pudiera mantener un rezago permanente en el nivel primaria, por lo que cabe señalar, que uno de los objetivos de preescolar es "formar personal aptas para continuar estudiando; pero es muy importante que esas personas vayan bien preparadas para aprovechar lo que el siguiente nivel del sistema educativo pueda ofrecerle, de lo contrario las consecuencias serían nefastas para todos" (SEP, 1995).

Por otro lado, se ha dado una serie de incentivos en el nivel económico para todos aquellos maestros que busquen actualizarse a través de cursos llamados de "carrera magisterial". Si la calidad de verdad se incrementa, se estará atacando una de las causas que llevan a la reprobación, amén de ser un movimiento hacia una mejor calidad educativa, éste debe partir del propósito de satisfacer al alumno, a los padres, a la escuela del nivel siguiente, al empleo que vaya a ocupar el alumno, a la comunidad donde viva y a la sociedad en que se desenvuelva (SEP., D.E.P., 1994).

Para un futuro inmediato, se contempla un proyecto llamado "la integración educativa", el cual propone que todos los niños asistan a una escuela regular, aún aquellos considerados como "atípicos". El trabajo de CAPEP se ha ido adecuando a estas políticas, por lo que a diferencia de años anteriores, en los que los niños susceptibles de recibir atención (detectados) eran retirados de sus jardines de niños para ser integrados a los grupos de la institución, en la actualidad, todos los niños permanecen en sus jardines asistiendo semanalmente al CAPEP para recibir algunas "terapias de apoyo", incluyendo a aquellos niños que forman los grupos de la modalidad de estimulación múltiple, los únicos que permanecen como tales.

Finalmente cabe aclarar que el servicio de CAPEP no es un servicio paralelo a la Dirección de Preescolar, sino un servicio de apoyo, que se inserta en el sistema educativo nacional y de la Dirección de Preescolar.

OBJETIVOS DEL CAPEP

Actualmente el CAPEP, a través de la Subdirección de Apoyo Técnico Complementario tiene los siguientes objetivos (P.A.P.E.P., SEP. 1984):

- Proyectar las acciones psicopedagógicas que faciliten la integración del preescolar a su medio social (escolar y familiar).
- Advertir en las etapas tempranas del desarrollo las alteraciones que en el futuro pudieran afectar al niño.
- Detectar, diagnosticar y evaluar al niño preescolar que presente alteraciones en su desarrollo para canalizarlo al tipo de servicio que requiera dentro de la institución.
- Proporcionar atención oportuna y especializada a los preescolares de los diferentes Jardines de Niños del sistema oficial que manifiesten alteraciones en sus diferentes áreas de su desarrollo (lenguaje, psicomotoras, de conducta, etc.).
- Impartir programas diversos sobre el desarrollo infantil a los padres de familia que les permita manejar un conocimiento acorde a sus necesidades específicas.
- Brindar asesoría a las educadoras de los jardines de niños en aspectos psicopedagógicos que contribuya a mejorar la educación integral del preescolar.

Terapia familiar en CAPEP

La orientación a padres de familia ha sido una de las acciones fundamentales de los Centros de Atención de Educación Preescolar, lo que ha permitido buscar diferentes alternativas de solución a los problemas presentados en los menores de los diferentes jardines de niños.

Desde que se formaron grupos “experimentales” de niños cuyo diagnóstico presuntual era de “Disfunción Cerebral Mínima” (en 1974) se consideró la importancia de incluir en el plan de tratamiento psicopedagógico y neurológico, programas de asesoría y orientación a padres de familia. Sin embargo, a partir de la experiencia con estos grupos, se pudo determinar que la problemática que presentaban varias familias requería de revisar y contemplar nuevos criterios para su diagnóstico diferencial más preciso, lo cual motivó que se solicitara asesoría y capacitación del servicio de Psicoterapia Familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil, “Juan N. Navarro”, para un tipo de tratamiento más específico y formal (SEP, 1985).

Se estableció un convenio con dicho nosocomio, el cual permitió la implementación de un curso de capacitación de Psicoterapia Familiar, para impartir a un grupo de psicólogas del Departamento de Psicología y Psicopedagogía, dicho curso incluía una serie de actividades teórico – prácticas y una evaluación final al cabo de sus dos años de duración, que permitió seleccionar a los psicólogos más capacitados para aplicar dicha modalidad.

De esta manera, dicha modalidad dio inicio en el año escolar 1978-1979, con la asesoría y supervisión del catedrático del curso, y durante los años sucesivos, se le solicitó al personal interesado en ejercer dicha modalidad, reunir y acreditar ciertos requisitos en cuanto a la formación académica y práctica.

Sin embargo, posteriormente, esta modalidad volvió a desaparecer una vez que dejó de existir el personal que en ese entonces se había capacitado, y sin haber posibilidades de que nuevo personal se incorporase o se contratase con el perfil requerido. No fue sino hasta el año de 1994 cuando surge nuevamente esta modalidad, como alternativa complementaria a

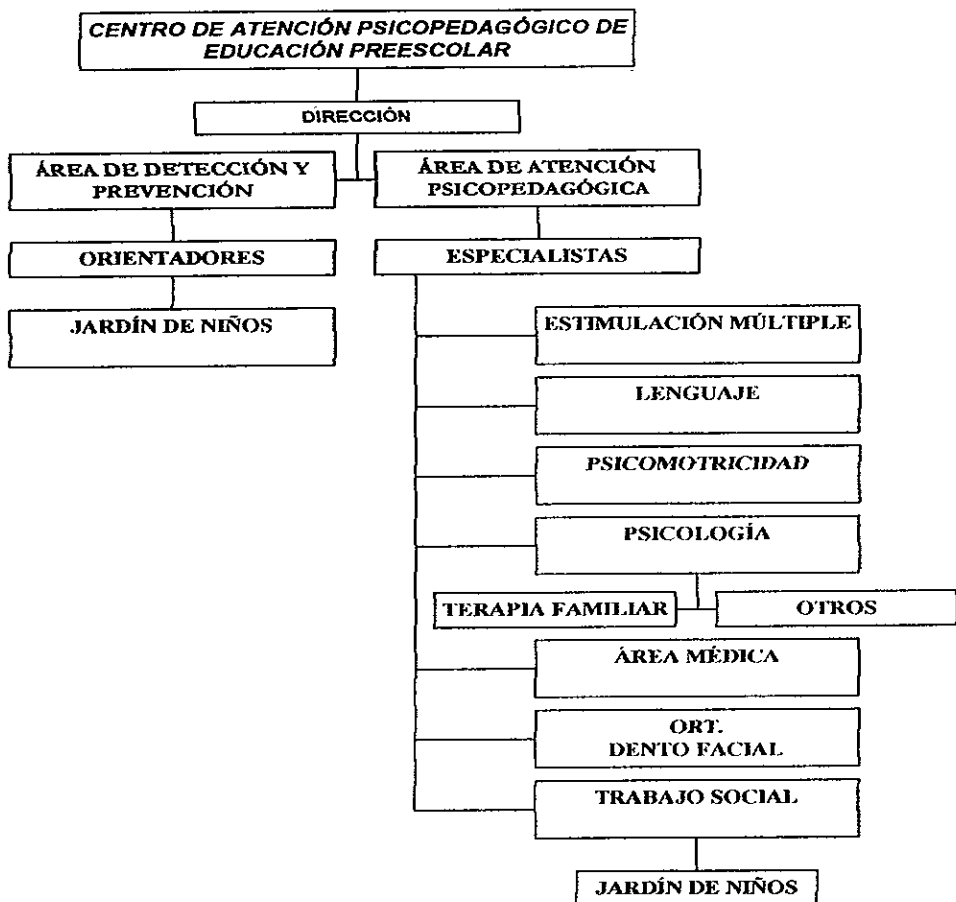
los tipos de tratamiento ya existentes dentro del CAPEP, dándose esta iniciativa en el CAPEP Tlatelolco.

Desde entonces, la existencia de este tipo de tratamiento dentro de los CAPEP's ha dependido, de igual forma, de la existencia de personal capacitado, lo cual no siempre se ha alcanzado, resultando hasta la fecha insuficiente, por lo que en la mayoría de los CAPEP's no se cuenta con este servicio (de hecho, actualmente sólo cuentan con este servicio los centros Tlatelolco, Gustavo A. Madero I y Miguel Hidalgo).

En resumen, los centros de Atención Psicopedagógica que hoy operan, tienen como meta fundamental, promover el desarrollo integral de los educandos de los diferentes jardines de niños oficiales que, por diversas causas, muestran signos de inmadurez o alteraciones leves en una o varias áreas de su desarrollo y que los pone en condiciones de desventaja respecto al resto del grupo. Es por tanto, la atención psicopedagógica un programa de apoyo psicológico y pedagógico del Sistema Regular de Educación Preescolar.

Por último, se presenta la siguiente organización, la cual muestra la forma de coordinar las actividades de los diversos especialistas encaminados a la realización eficaz de los propósitos establecidos por el C.A.P.E.P.:

ESQUEMA ORGÁNICO DEL C.A.P.E.P.



PROCEDIMIENTO

“[...] la terapia es un juego de *suma distinta de cero*, esto es, un juego en el que no existen vencedores y vencidos, sino que es forzoso que venzan o pierdan ambos jugadores”.

G. Nordone y P. Watzlawick

Las acciones que se llevan a cabo con la familia, considerada la unidad de intervención, corresponden al nivel de atención de tratamiento. Dicho tratamiento se ha decidido a partir de los resultados obtenidos en una de las primeras etapas realizadas por equipos integrados por especialistas de diferentes áreas del CAPEP, a la cual se le ha denominado de Pre-diagnóstico. En éste se realiza una entrevista a los padres de familia, en donde se obtiene una serie de datos acerca del motivo de consulta y sobre el nivel de desarrollo del menor, a quien se le aplica una batería de pruebas que explora áreas específicas tales como lenguaje y psicomotricidad, así como aspectos visomotores y perceptuales. En este momento, el equipo de pre-diagnóstico canaliza la familia al servicio de terapia familiar cuando en sus conclusiones se ha descartado cualquier problema de tipo orgánico que pudiera afectar al menor, así como cualquier sintomatología de carácter psiquiátrico de alguno de los progenitores o bien del menor mismo, considerando que el padecimiento y la disfuncionalidad en la dinámica familiar son los factores decisivos en el trastorno sintomático del menor preescolar, que puede así estar expresando el padecimiento familiar. Dicho tratamiento puede, sin embargo, complementarse con alguno de los servicios destinados a proporcionar tratamiento individual al menor, tal es el caso de la terapia de lenguaje, psicomotricidad y área médica, o bien el menor puede integrarse al grupo de estimulación múltiple, a juicio del propio terapeuta familiar o del equipo que realiza el pre-diagnóstico (ver anexos D y E).

También existen casos que, no obstante han sido canalizados al servicio de terapia familiar, pueden ser recalanzados por el terapeuta, de acuerdo a la entrevista realizada durante las dos o tres primeras sesiones, determinándose su pertinencia y aceptación al servicio durante dicho lapso.

Por otro lado, en el proceso de intervención terapéutica es preciso destacar distintas etapas que se pueden denominar genéricamente como: inicial, intermedia y final. Esto no implica una sucesión rígida y/o lineal entre la primera y las siguientes etapas, ya que en ocasiones pueden darse en forma paralela o simultánea.

Así, en la etapa inicial realizo una distinción entre dos fases con funciones que se integran y relacionan íntimamente, pero que se distinguen con claridad por sus diferentes significados. La primera es propiamente una fase de evaluación diagnóstica, tanto de la problemática como de los recursos disponibles de la familia, así como de un planteamiento pronóstico. La segunda corresponde a una fase de definición de objetivos con el diseño de un plan terapéutico y de estrategias de intervención específicas. En este punto, se va delineando el tipo de enfoque o las estrategias a utilizar de acuerdo con las hipótesis planteadas desde las primeras entrevistas y durante todo el proceso terapéutico.

En la etapa intermedia, el propósito es la ejecución del plan de tratamiento propiamente dicho, instrumentando y aplicando las distintas técnicas que han sido seleccionadas de acuerdo al caso, derivadas de los diferentes modelos terapéuticos para la consecución de las metas establecidas.

En la última etapa, se realiza una evaluación final con el balance de los objetivos establecidos originalmente y las metas alcanzadas, para determinar en las conclusiones del caso: su canalización a otra institución, si la familia puede o debe continuar con el servicio en el siguiente año lectivo o bien si se le da de alta del CAPEP.

La forma en cómo se desarrolla la etapa inicial, desde la primera entrevista, es a través del *interrogatorio circular*, con el cual se realizan preguntas directas a cada uno de los miembros del grupo familiar acerca del motivo de consulta, con ello se busca definir el problema así como la demanda subyacente de la familia. Tales preguntas están, en esta etapa,

básicamente centradas a indagar sobre el problema y la manera en cómo la familia lo define y lo que para ella éste significa. Al respecto, se puede identificar un cierto grupo de preguntas a modo de guía y que en este caso sólo ilustran la manera en como se dirigen para indagar acerca del problema, su origen y concepción familiar. De acuerdo con Aladro (1995), se pueden considerar las siguientes preguntas para este fin: ¿Cuál es el problema que presentan en este momento? ¿Qué es lo que más les preocupa en este momento? ¿Existe alguna diferencia de la situación actual con situaciones pasadas? ¿Quién esta también de acuerdo con la situación problemática? ¿Cómo se explicaría lo que está ocurriendo? ¿Cuál sería el problema si las cosas siguieran como hasta ahora? También considero la aplicación de algunas otras, que de acuerdo con mi experiencia, son importantes desde la primera sesión: ¿Están de acuerdo con las observaciones realizadas por la maestra del menor? ¿Qué opinan en relación con la canalización hecha por el pre-diagnóstico? ¿Cómo han observado al menor comportarse dentro de la escuela? ¿Cómo se comporta el menor en el hogar? ¿Desde cuándo creen que comenzó el problema? ¿Cuál es el comportamiento que en su opinión debe tener el menor? ¿Qué esperarían del servicio de terapia familiar?

En este mismo sentido, voy realizando una exploración sobre: 1. los patrones de identificación de problemas y 2. Los patrones de solución de problemas.

En el primer caso, busco obtener información sobre el tipo de problemas que identifica la familia en contraste con el que identifica(n) la(s) maestra(s) del menor dentro del contexto escolar. Asimismo, ubicar quién es el miembro de la familia que está de acuerdo en que existe un problema, aun cuando este sea distinto al manifestado por el paciente identificado.

En el segundo caso, exploro sobre las soluciones intentadas por la familia y quién es el que ha tenido la iniciativa; si dentro de estas soluciones se encuentra el haber acudido a algún lugar o a quién han recurrido; si han concluido con el tipo de ayuda solicitada o cuál a sido su consistencia y cuáles han sido los resultados obtenidos por la familia de las soluciones intentadas.

Existen muchas variantes en relación con estas preguntas indagatorias, de tal suerte que algunas de ellas, en grado variable, van abriendo camino para el cuestionamiento del síntoma, sin embargo, considerando el punto de vista de Aberastury (1987), quien refiere que el terapeuta debe hacerse cargo en primera instancia del síntoma manifestado por el menor, el interrogatorio lo realizo de tal forma que evite provocar la sensación de enjuiciamiento en los padres y con ello hacerlos sentir culpables de la situación actual de su hijo, por lo que, al mismo tiempo, me asumo como terapeuta del menor, logrando con todo ello reducir la resistencia inicial y la angustia de los padres.

En consecuencia, comienzo por elaborar la *historia del niño*, en donde exploro la respuesta emocional de los padres ante el embarazo y nacimiento del menor, si fue deseado o planeado, si hubo rechazo e intentos de aborto, si deseaban niño o niña y cuál fue la reacción de los familiares ante el embarazo y el nacimiento. Inmediatamente después, pregunto sobre la manera en cómo han cambiado los sentimientos de los padres hacia el menor, de tal manera que puedan proporcionar la mayor información posible que ponga de manifiesto el tipo de relación que sobre todo el menor ha tenido con sus padres y lo que para ellos él significa. También interrogo acerca de los padecimientos o enfermedades que haya tenido el menor y sobre la reacción de la familia ante ellos, de esta manera se obtiene igualmente información pertinente sobre el tipo de recursos y fuerzas o capacidades con que cuenta el sistema familiar para enfrentar los problemas que le aquejan. Al respecto, otros recursos de la familia valorados son todos aquéllos que tienen que ver con las áreas propuestas por Minuchin (1990) y que ya han sido mencionadas en el capítulo tres. Por otra parte, dependiendo del tipo de síntoma manifestado en el menor y de la familia, se decide si se ahonda más sobre ciertos aspectos de desarrollo del niño, tales como: la esfera alimentaria, el entrenamiento de control de esfínteres, la adquisición del lenguaje, su desarrollo motor, su desarrollo sexual, sus patrones de juego o eventos significativos, de tal modo que pueda obtener así mayor información que ayude a valorar el tipo de problema y los recursos familiares, de esta forma también, en determinado momento se puede solicitar el apoyo de cualquier otro servicio para la terapia familiar, por ejemplo del área médica, ya que existen casos en los que el abandono hacia el menor es tan importante que requiere de una atención y valoración médica (ver anexo C).

Simultáneamente, inicio la elaboración del *genograma*, con los datos que la familia va proporcionando, utilizando para ello los formatos establecidos, y que al finalizar la historia del menor se concluye. También en este momento, observo cuidadosamente todas y cada una de las reacciones que las preguntas suscitan, así como la manera en que se presentan desde la primera sesión, el nivel de ansiedad con el que llegan, los lugares que ocupan unos con respecto a los otros, quién comienza a hablar, etc. Esto con la idea de complementar y analizar lo reportado con lo que se manifiesta dentro del consultorio sobre los patrones de interacción. Es en este momento, considerando la mayoría de los aspectos que integran esta etapa inicial, cuando es posible determinar el funcionamiento global de la familia y construir hipótesis sobre las cuales se precisarán las formas de intervención (ver anexos A y B).

Cabe aclarar en este punto que, dado que las hipótesis no se limitan a un momento determinado del tratamiento, ya que éstas surgen y cambian según su exploración dentro del sistema, su confirmación y/o desconfirmación, no se hace mención de ellas en el esquema global del procedimiento que se incluye al final de este capítulo.

Con respecto al *cuestionamiento del síntoma*, es probable que una vez concluidos los aspectos precedentes, se tenga que realizar una redefinición del problema ya en términos sistémicos, es decir, evitar el señalamiento del paciente identificado como el único problema que se tiene que resolver dentro del proceso terapéutico. Para ello se toman en cuenta ya las impresiones recogidas sobre la familia, de tal suerte que dicha redefinición le ayude a reconocerse a cada uno como parte activa del problema, de tal suerte que, al ir asumiendo que la problemática se encuentra en el sistema familiar, la familia irá planteando las posibles causas que han provocado los síntomas por los que han sido canalizados al CAPEP. En este punto intento definir el problema desde su origen, pero no como algo del pasado, sino señalando en el presente la participación que cada miembro de la familia tiene en los acontecimientos conflictivos. Por tanto, es importante tratar con delicadeza este aspecto, ya que los miembros de la familia tendrán que asumir su responsabilidad en el surgimiento del síntoma.

Otro de los aspectos importantes es el *encuadre terapéutico*, en éste se informa a la familia en qué consiste el servicio, la forma de proceder dentro del proceso y lo que de ellos se espera para obtener el éxito pretendido. Se les comunica que la dirección de las sesiones estará

a cargo de mi persona pero que el análisis del caso requerirá de las opiniones y comentarios de las personas involucrados en él, es decir, de los especialistas cuyo servicio ha sido solicitado en apoyo al tratamiento familiar, v.gr. del grupo de estimulación múltiple, del área médica, psicomotricidad o lenguaje. También es importante señalar que el tratamiento consiste en un corto periodo que se ha establecido entre diez y doce sesiones a las cuales acudirán semanalmente en el día y horario asignados, y que cada sesión tendrá una duración de entre 50 a 60 minutos.

Generalmente, acuden a la primera sesión sólo los padres y el niño señalado como el “paciente identificado”, en muchos casos, el responsable del menor que asiste refiere que no es posible que asista toda la familia; no obstante, ya sea que acudan ambos padres, uno de ellos o algún tutor, se les informa que es importante su asistencia a cada una de las sesiones y que tendrán que realizar diversas tareas que se propongan dentro del proceso para obtener el éxito esperado.

El encuadre se establece durante la primera sesión, comúnmente, al término del motivo de consulta y de la historia del niño, concluyéndose este punto con el “contrato terapéutico” en el que la familia expresa su aceptación de los términos manejados y se compromete a asistir regularmente al servicio de terapia familiar. Si por el contrario, existe una negativa por parte de la familia, se procede a la negociación, si el aspecto cuestionado es susceptible de negociarse y llegar así a un acuerdo.

En esta fase de evaluación y diagnóstico, se realiza una integración en la que se trata de comprender la dinámica del conflicto y considerar las acciones que la familia ha realizado como intentos para enfrentar, evadir o solucionar el problema, dado que, desde el punto de vista estratégico, uno de los aspectos más importantes es el de la “estimación de conductas que sostienen el problema”, ya que ésta será la base para la planificación de las futuras intervenciones terapéuticas (Watzlawick, 1990). Al explorar las conductas que “mantienen el problema”, se desea descubrir si las soluciones que ha intentado la familia son las que realmente lo mantienen, sea que resulte el caso o no, se tendrá más claridad sobre lo que hay que evitar y de la forma de intervenir en la familia.

En relación con la segunda fase de la etapa inicial del proceso de intervención terapéutica, basada en la evaluación y diagnóstico realizados, se va a decidir el tipo y nivel de intervención en la familia, considerando la problemática que presenta, el tipo de familia (estructura del sistema y tipología de Minuchin), sus motivaciones y recursos disponibles.

En un primer momento, se establecen las metas y se definen objetivos en función de cierta jerarquización realizada de los problemas detectados en la evaluación diagnóstica, ya que en algunos casos, puede haber problemas que por su postergación familiar han dado lugar al síntoma manifestado en el menor. En este sentido, la participación de la familia es muy importante, dado que a partir de lo que la familia se plantee como meta, resulta factible comprometerla a una plena colaboración al proceso terapéutico y lo que éste implica. Esto mismo, de acuerdo con mi experiencia, resulta ser un objetivo terapéutico inmediato para todas las familias, es decir, alcanzar el *enganche de la familia*. Ello implica que la familia logre la comprensión mínima de su “disfuncionalidad” y el efecto que la misma tiene en la problemática presentada.

En relación con el *diseño de estrategias*, éstas se realizan a partir de una serie de intervenciones que pueden dividirse en dos grandes categorías: “intervenciones generales” e “intervenciones específicas”, las cuales son parte ya de la etapa intermedia.

Durante esta etapa intermedia se aplican diversas estrategias (que han sido seleccionadas) derivadas de los diferentes modelos terapéuticos y que intentan modificar las pautas de relación a nivel intra e interactivo, mediante la movilización de patrones alternativos más adaptativos para la familia. Para ello, asumo una actitud en congruencia con ciertos aspectos derivados del enfoque estructural (Minuchin, 1991) y la “terapia breve enfocada a la solución de problemas” (Bodin, Fisch, Watzlawick, 1992 y Weakland, 1981) que engloban varios aspectos de intervención común a los demás modelos terapéuticos. Sin embargo, esto no implica una limitación para las múltiples posibilidades y variaciones determinadas por el estilo de las familias y el propio.

Las intervenciones generales son las siguientes:

- **Espontaneidad.-** Parafraseando a Minuchin (1991), se puede decir que es la utilización de sí mismo, con todo lo que implica la formación y los aprendizajes adquiridos como terapeuta, para responder a las circunstancias dinámicas y particulares del sistema familiar en el que se “integra” y se “mueve” para transformarlo.
- **Unión.-** Elemento clave del modelo estructural, significa tener que “unirse a la familia”, a fin de empaparse, “compenetrarse” en el sistema familiar, con sus reglas y su forma de organización, al mismo tiempo que se pueda separar, alejarse de una manera diferenciada y poder así lograr que la familia se sienta comprendida y ayudada por el terapeuta.
- **Reetiquetamiento.-** Ante la realidad o “esquematación” que la familia presenta, una de las labores terapéuticas es la de modificarla y expandirla, inicialmente, mediante las preguntas realizadas a la familia, con las cuales se cuestiona su “realidad familiar”.
- **Foco, intensidad y puesta en acto.-** La “realidad terapéutica” es enfatizada y focalizada mediante la elección y dirección de alguna línea con la cual se espera facilitar el cambio, o bien, se alienta a la familia para que represente dentro de sesión sus esquemas de relación, y evidenciar así aquellos aspectos disfuncionales (preferentes) e introducir modos alternativos de interacción, o involucrar a otros miembros de la familia hasta entonces marginados del problema.
- **Creación y manejo de límites.-** El crear límites o modificarlos, permite la regulación de la permeabilidad que tiene la familia entre sus subsistemas.
- **Desbalanceo.-** El provocar ciertas alianzas o coaliciones del terapeuta con algún miembro o subsistema de la familia, o bien, el modificarlas, cambia el vínculo jerárquico entre sus miembros y en consecuencia se produce un desequilibramiento.

- Inducir alianzas y/o coaliciones.- En oposición a ciertas expectativas de la familia, el terapeuta puede tomar partido por alguno de sus miembros, y quizá por el que menos se espera, para que éste pueda confirmar su percepción y sus puntos de vista ante los demás miembros de la familia, y explorar terrenos desconocidos de funcionamiento personal e interpersonal que favorezcan tanto su desarrollo individual como familiar.
- La connotación positiva.- Cuya función primordial es la de facilitar el acceso al modelo sistémico.
- Hablar el lenguaje de la familia.- La aplicación de ésta técnica comunicativa significa escuchar, aprender y emplear el lenguaje familiar (o del paciente) para poder estar en una posición de mayor ventaja que permita influir en el comportamiento de los miembros de la familia.
- Reestructuración.- Implica cambiar la percepción de la realidad sin cambiar necesariamente el significado de las cosas, aunque sí su estructura, es decir, se cambia el marco en el cual se inserta el valor semántico de lo que la persona expresa, esperando con ello, sin embargo, un cambio de significado también.
- Evitar las formas lingüísticas negativas.- Esta técnica consiste en poner el acento en aquellos comportamientos y actitudes positivos que la familia tiene, en lugar de criticar o negar su actuación, aun cuando ésta sea errónea o disfuncional, de tal modo que se gratifique a la familia, y por medio de esta gratificación, impartir tareas o señalamientos orientados a la modificación de su conducta.
- La utilización de la resistencia.- Se emplea la fuerza de la resistencia al cambio, mediante prescripciones paradójicas, reorientándola para desequilibrar el sistema y promover el cambio esperado.

- La utilización del humor, anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.- El emplear esta modalidad de comunicación terapéutica, propicia la “disociación”, de tal suerte que se minimiza la resistencia y se aprovecha la forma indirecta de la proyección y la identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes de las diversas situaciones de un relato.
- No apresurarse.- Es importante conservar, como terapeuta, una actitud escéptica ante los reportes de cambios súbitos o rápidos de la familia, sobre todo, hacia aquellas familias que ejercen presión sobre el terapeuta, esto favorece una implícita necesidad de colaboración y aceptación del paciente o la familia, ante cualquier sugerencia o indicación del terapeuta.
- Expectativas y riesgos de una mejoría.- Generalmente, esto se pone de manifiesto cuando se les realiza a los miembros de una familia, preguntas reflexivas e hipotéticas dirigidas al futuro, en las que se elimina el síntoma de ciertas situaciones futuras a corto o mediano plazo, evidenciando, de esta manera, las condiciones de riesgo inherentes a la solución, a las cuales tendría que enfrentarse la familia.
- Considerar los cambios de dirección.- Este aspecto requiere de una continua revisión de las hipótesis sobre las cuales se ha planeado y llevado a cabo ciertas estrategias, lo cual permite actualizar la dirección terapéutica para lograr el objetivo deseado.

En cuanto a las intervenciones específicas, se utilizan una vez que se cuenta con toda la información relevante del caso y de acuerdo con los planteamientos de hipótesis por confirmar, integrándose a un plan ajustado a las necesidades específicas de la situación del sistema familiar. Estas intervenciones consisten, sobre todo, en la prescripción de tareas que la familia ha de llevar a cabo fuera de las sesiones.

Estas intervenciones se pueden dividir a su vez en tres tipos de prescripciones, estas son: las prescripciones directas, las indirectas y paradójales.

Las primeras se utilizan en familias cuya actitud resulta francamente cooperadora y con “poca” resistencia al cambio, y algunos ejemplos de estos tipos son los siguientes:

- Menos de lo mismo.- es el ensayo de soluciones distintas a las ya intentadas.
- Descubrir lo implícito.- la familia puede darse cuenta que el “hacer más de lo mismo” para solucionar el problema es la manera en que éste surge.
- Difundir vs. Ocultar.- Aquellos comportamientos sostenidos como indeseables y difíciles de cambiar por la familia, y que llegan a ser considerados incluso como un “tabú”, de tal modo que intentan ocultarlos, se divulgan y se promueve su expresión, de tal forma que se rompe con el estereotipo de la solución intentada.

Las prescripciones indirectas consisten en términos generales, en desplazar el síntoma hacia determinada tarea para lograr su neutralización. Un ejemplo de ellas es la prescripción de los “rituales familiares”, cuya fórmula planeada e ideada por el terapeuta, tiene como fin el cambiar las reglas del juego familiar sin necesidad de recurrir a explicaciones lógicas o racionales, propiciando eventualmente el derrumbamiento de los mitos familiares.

Las prescripciones paradójicas derivan de lo ya mencionado sobre las paradojas en el capítulo anterior, cuya función principal es la de utilizar la resistencia del sistema familiar a su favor.

Por último, en la terminación del tratamiento o etapa final, se plantea una recapitulación y definición del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han aplicado durante el mismo. Se intenta reconocer junto con la familia lo que ha desarrollado y de aquello que considera haber cambiado, así como lo que todavía queda por realizar.

En algunos casos, se considera la posibilidad (en términos de la demanda familiar y sus recursos disponibles) de renovar el contrato terapéutico para dar continuidad al tratamiento por otro número determinado de sesiones, sobre todo, en aquellos casos en los que la problemática del menor pasa a segundo término y la familia se da cuenta que existen “otras dificultades” que desea resolver por lo que solicitan continuar con el servicio de terapia familiar.

De esta manera, la terminación de la terapia puede darse por dos motivos: 1. Porque se ha cubierto ya el límite establecido de sesiones. 2. Porque las metas establecidas fueron cubiertas.

En el primer caso se informa a la familia que el tiempo que se tenía programado ya se cubrió (generalmente, anticipo a la familia del término de las sesiones al cabo de la octava o décima sesión); se les señala que ya se han iniciado los cambios programados y que la familia ya es capaz de concluirlos sin la asistencia a las sesiones de terapia. En otros casos, en los que los resultados no son aún los esperados, les ofrezco un cierto número limitado de sesiones más, con la salvedad de que si aún con estas sesiones extras existen todavía aspectos por resolver y que requieran de ayuda profesional, se les canalizará a otra institución en donde puedan continuar con el tipo de tratamiento realizado, o con algún otro tipo de modalidad.

El segundo motivo de terminación de la terapia es que la familia haya logrado los objetivos planeados; si acaso no todos, se realiza un balance en el que se calcule la necesidad de algunas sesiones más o de la capacidad de la familia para concluir dichos objetivos. En algunos casos, esto puede ocurrir antes de concluirse el número de sesiones determinadas.

Finalmente, se realiza una breve indagación sobre la situación actual de la familia en contraste con su situación inicial de tratamiento, con el fin de tener una mayor claridad sobre los cambios logrados por la familia, y de aquellos aspectos aún por resolver con respecto al motivo original, o bien, con respecto a aquéllos que hayan podido surgir durante el proceso terapéutico.

En resumen, el procedimiento terapéutico está sujeto a las siguientes acciones:

- Obtención de información mediante preguntas de tipo lineales, circulares, estratégicas y reflexivas.
- Continua obtención de información para confirmar o desconfirmar hipótesis.
- Evaluación continua sobre cambios de la situación sintomática.
- Preparación de tareas a prescribir.
- Intervenciones que favorezcan el cambio conductual y/o cognitivo de pautas relacionadas con el síntoma.
- Evaluación y toma de decisiones de la intervención.

De esta manera, se da por concluido el procedimiento empleado en la modalidad de terapia familiar dentro de la institución del CAPEP Tlatelolco. Por supuesto, no han sido consideradas aquí todas aquellas variaciones suscitadas durante el proceso, como por ejemplo los casos de deserción, aquéllos en los que la familia solicita terminar con las sesiones aunque el problema no ha sido solucionado, o los que interrumpen el proceso sin concluir el número de sesiones establecido, pero que hasta ese momento han logrado ya cambios, incluso dramáticos, en su esquema familiar, etc. Sobre éstos y otros aspectos, se hablará en los siguientes capítulos.

Por último, antes de concluir este capítulo, es necesario hacer notar que las etapas "inicial" y "final", son en un sentido estricto, el procedimiento llevado a cabo con todas las familias, ya que las técnicas mencionadas en la etapa intermedia, no son todas utilizadas ni aplicables a todas las familias. Esto se debe a que existe un intento constante de confeccionar la terapia a la medida de cada caso, con los recursos y estrategias ofrecidas por este enfoque sistémico. Esto puede ser justificable, si se considera que existen diversas corrientes que suelen ser unidimensionales, es decir, se centran en sólo un aspecto del espectro

humano, sin embargo, el ser humano es más que sólo conductas, cogniciones o sentimientos, lo cual, a mi entender, es una de las aportaciones del enfoque sistémico. En este punto, resulta conveniente recordar las palabras de Ortega y Gasset escritas hace más de ochenta años: “Yo soy yo y mi(s) circunstancia(s)...” Considerando así las cosas, me inclino a pensar que no existe un enfoque o teoría únicos de la terapia que sea apropiado para todos lo problemas ni para todas las poblaciones, lo cual me hace suponer, en resumidas cuentas, que el enfoque aquí utilizado puede ser considerado como ecléctico sistémico.

ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA FINAL
<p data-bbox="120 353 411 406">FASE DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p data-bbox="108 485 411 591">Objetivo: obtener información pertinente para definir el síntoma y la demanda de la familia.</p> <ul data-bbox="108 624 411 1120" style="list-style-type: none"> - Interrogatorio circular - Historia del niño - Genograma - Encuadre terapéutico - Cuestionamiento del síntoma <p data-bbox="214 832 317 855">2/a. Fase</p> <ul data-bbox="108 888 411 1120" style="list-style-type: none"> - Jerarquización de problemas - Definición de objetivos: <ul data-bbox="145 1004 411 1087" style="list-style-type: none"> - El enganche de la familia - Otros. - Plan terapéutico. 	<p data-bbox="441 353 768 406">EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p data-bbox="441 485 768 617">Objetivo: modificar las pautas de relación a nivel intra e interactivo, mediante la movilización de patrones alternativos más adaptativos.</p> <p data-bbox="441 650 768 674">Estrategias de intervención:</p> <p data-bbox="441 680 510 703">I) Generales</p> <ul data-bbox="478 703 768 865" style="list-style-type: none"> a) Espontaneidad b) Unión c) Escenificación d) Foco e) Intensidad f) Desbalanceo, etc. <p data-bbox="441 872 510 895">II) Específicas</p> <ul data-bbox="478 895 768 1030" style="list-style-type: none"> a) Prescripciones directas b) Prescripciones indirectas c) Paradojas. 	<p data-bbox="798 353 1106 376">EVALUACIÓN TERMINAL</p> <p data-bbox="798 485 1106 558">Objetivo: realizar una evaluación final y resolución de casos.</p> <ul data-bbox="798 591 1106 845" style="list-style-type: none"> - Balance de objetivos establecidos - Conclusión del caso: <ul data-bbox="835 680 1106 845" style="list-style-type: none"> - Canalización a otra institución - Renovación del contrato terapéutico - Alta del servicio del CAPEP.

Esquema global del procedimiento realizado en terapia familiar dentro del CAPEP.

EVALUACIÓN

En este apartado se presenta la evaluación de los datos y aspectos observados durante el proceso terapéutico. Los datos con los que se cuenta para su análisis e interpretación son básicamente de carácter cualitativo, por lo que se presentan en forma tanto expositiva como descriptiva, a través de tablas de distribución de frecuencias y de gráficas en los casos necesarios.

El número de casos tratados son 36, sin embargo, comenzaron el tratamiento 51, de los cuales 12 (25%) abandonaron el tratamiento durante las tres primeras sesiones, por lo que no son considerados en esta evaluación.

El número de sesiones fue entre 10 y 12, sin embargo, a 4 (11%) de los casos se les concedió entre 5 y 8 sesiones más, los cuales se encuentran entre los que asistieron de manera regular a las sesiones. La duración mínima fue de 7, que se presentó en 5 casos (13%), el resto cubrió el total de sesiones programadas.

- I. Características generales de la población.
 - Datos socio-demográficos
 - Tipos de tratamiento asignados al niño
- II. Tipología
 - Con respecto al parentesco y número de miembros
 - Con respecto a su forma básica de relación
- III. Evaluación del manejo sistémico (terapia familiar).

I. Características generales de la población atendida.

- Datos socio-demográficos

Sexo

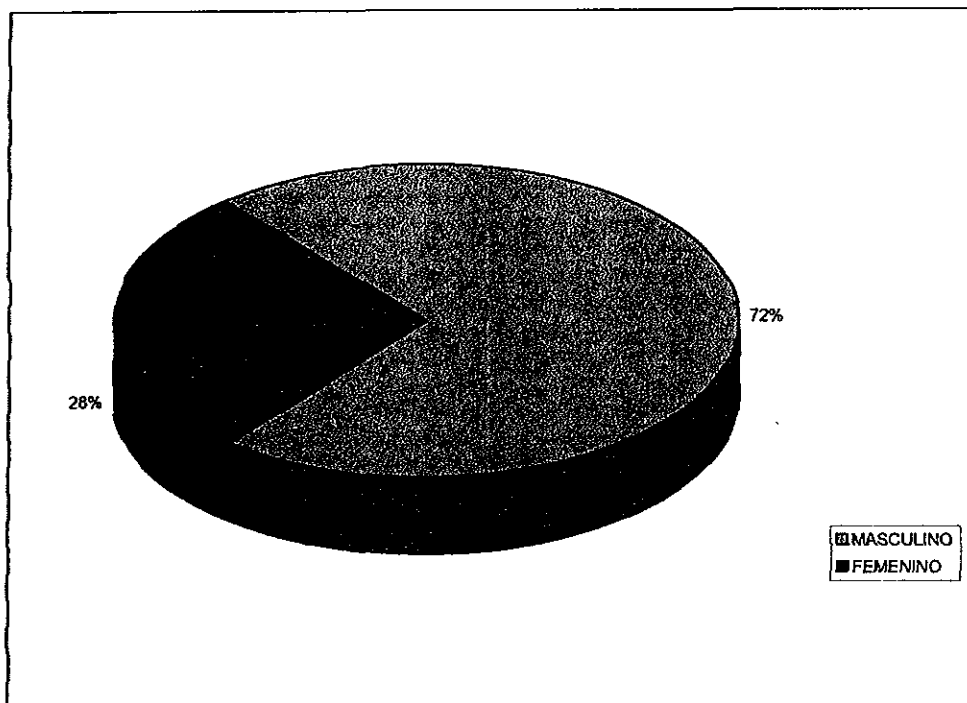
La tabla 1.1 muestra la distribución de frecuencias en relación con el sexo del menor. Del total de casos (N=36) 26 fueron del sexo masculino (72%), y 10 fueron del sexo femenino (28%).

TABLA 1.1 TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL SEXO

N=36

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	26	72%
FEMENINO	10	28%

GRÁFICA 1.1 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL SEXO



Escolaridad

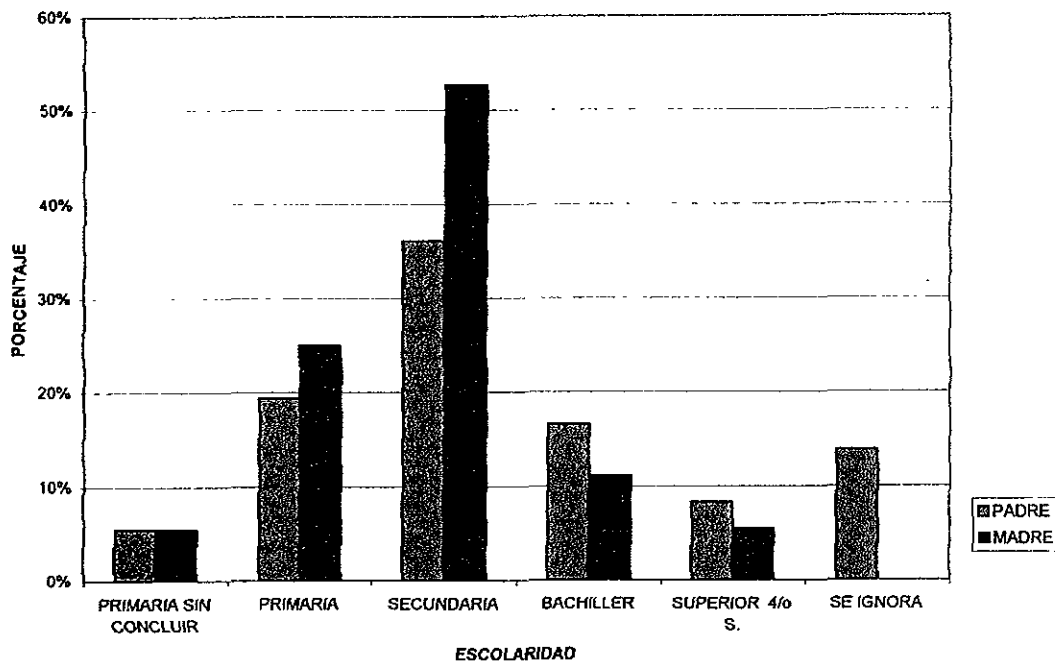
La tabla 1.2 presenta la distribución de frecuencias en relación con la escolaridad, en la que se aprecia que el porcentaje mayor de casos, tanto en padres como en madres, tuvieron un nivel de secundaria (36% y 52% respectivamente).

TABLA 1.2 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA ESCOLARIDAD

N=36

ESCOLARIDAD	PADRES		MADRES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA SIN CONCLUIR	2	5.5	2	5.5
PRIMARIA	7	19.4	9	25
SECUNDARIA	13	36.11	19	52.7
BACHILLER	6	16.6	4	11
SUPERIOR (máximo 4/o semestre)	3	8.3	2	5.5
NO SE SABE	5	13.8	0	0

GRÁFICA 1.2 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA ESCOLARIDAD.



Nivel socio-económico

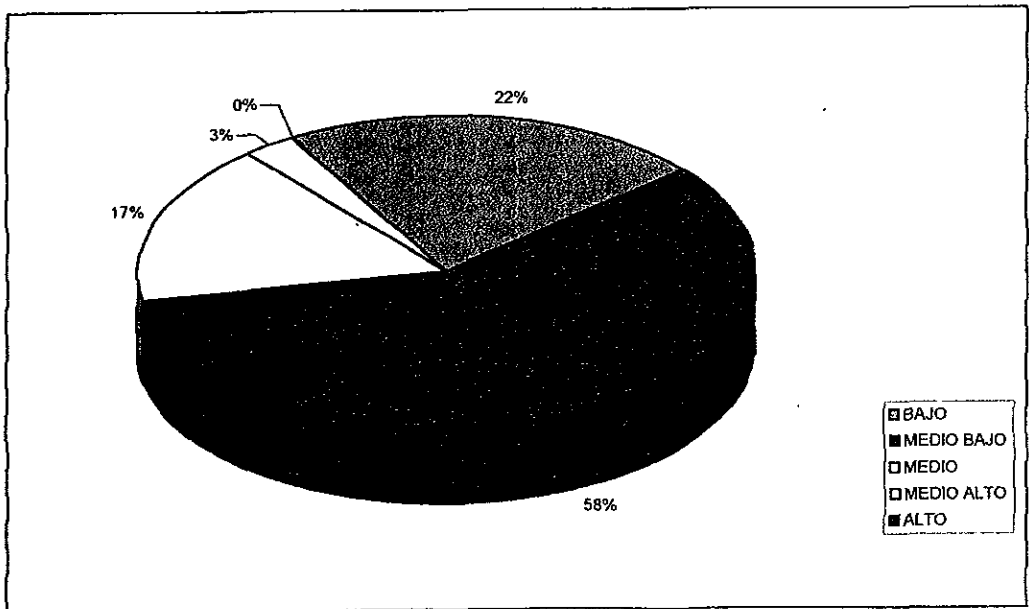
En la tabla 1.3 se muestra la distribución de frecuencias con relación al nivel socioeconómico, en la que se aprecia la concentración de porcentaje en la categoría medio-bajo y bajo (58% y 22%), y 0 en el nivel alto.

TABLA 1.3 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

N=36

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	8	22
MEDIO BAJO	21	58
MEDIO	6	17
MEDIO ALTO	1	3
ALTO	0	0

GRÁFICA 1.3 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO.



Estado civil

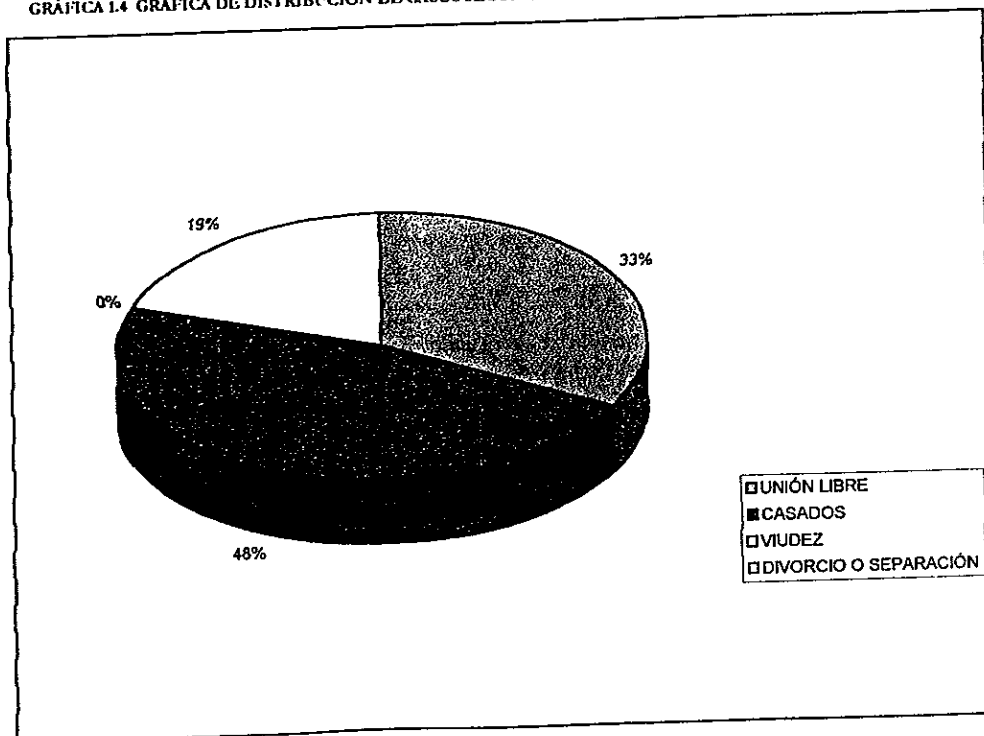
La tabla 1.4 muestra la distribución de frecuencias en relación con el estado civil, en la que se aprecia el mayor porcentaje en la categoría de casados (47%), seguido de unión libre (33%), y por último el 19% de divorcios o separaciones.

TABLA 1.4 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL.

N=36

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIÓN LIBRE	12	33.3
CASADOS	17	47.2
VIUDEZ	0	0
DIVORCIO O SEPARACIÓN	7	19.4

GRÁFICA 1.4 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL.



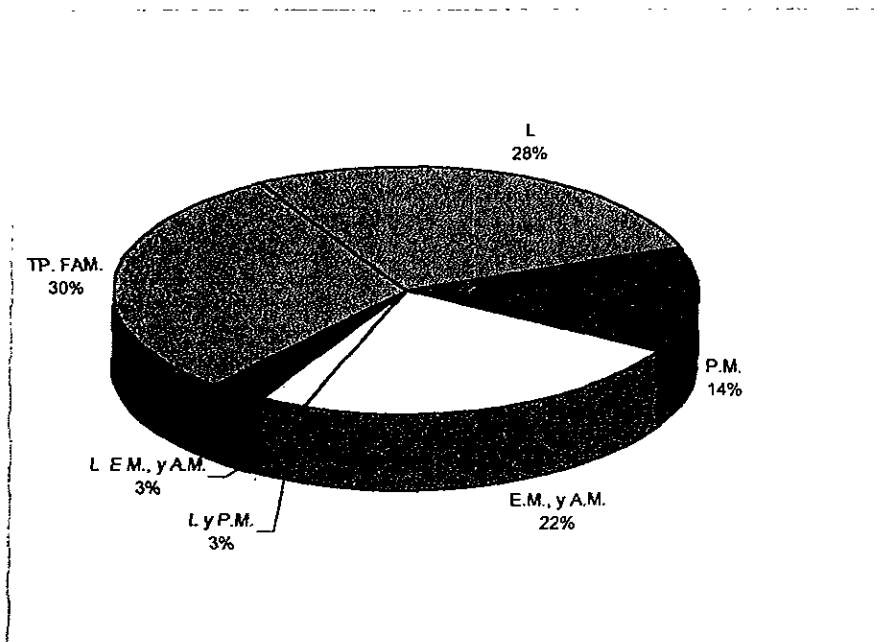
Modalidad

La tabla 1.5 muestra la distribución de frecuencias con relación al tipo de tratamiento específico al que fueron canalizados los niños desde el pre-diagnóstico. En ella se aprecia que las modalidades con mayor porcentaje son terapia familiar (30.5%) y lenguaje (27.7%), seguidas del grupo de estimulación múltiple (y área médica) con 22%, psicomotricidad con 14%, lenguaje (y psicomotricidad) con 3% y estimulación múltiple (con lenguaje y área médica) con 3%.

TABLA 1.5 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA TERAPIA ASIGNADA. N=36

MODALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lenguaje	10	27.7
Psicomotricidad	5	13.8
Est. Múltiple y Área Médica	8	22.2
Lenguaje y Psicomotricidad	1	3
L.A.M. y L.M.	1	3
Terapia Familiar	11	30.5

GRÁFICA 1.5 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA TERAPIA ASIGNADA.



II. Tipología

Con respecto al parentesco y número de miembros

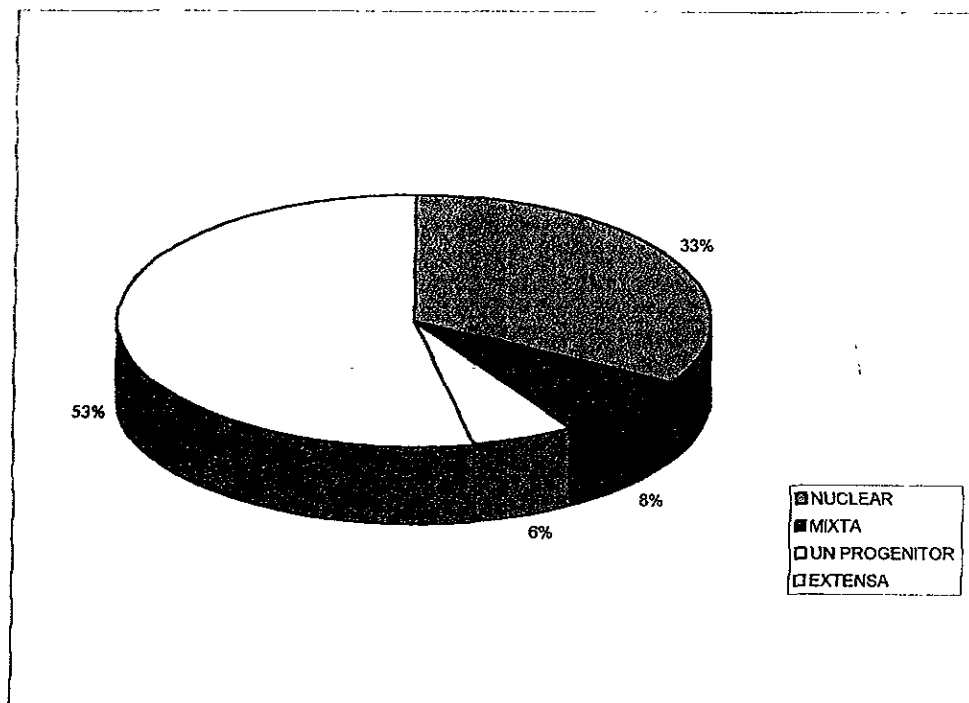
En la tabla 1.6 se presenta la distribución de frecuencias con respecto a la configuración familiar determinada por el parentesco y el número de miembros. El mayor porcentaje corresponde al tipo de familia extensa (53%), le sigue la nuclear con 33%, la mixta con 8% y la de un progenitor con 5.5%.

TABLA 1.6 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU CONFIGURACIÓN.

N=36

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	12	33
MIXTA	3	8
UN PROGENITOR	2	5.5
EXTENSA	19	53

GRÁFICA 1.6 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU CONFIGURACIÓN.



Con respecto a su forma básica de relación

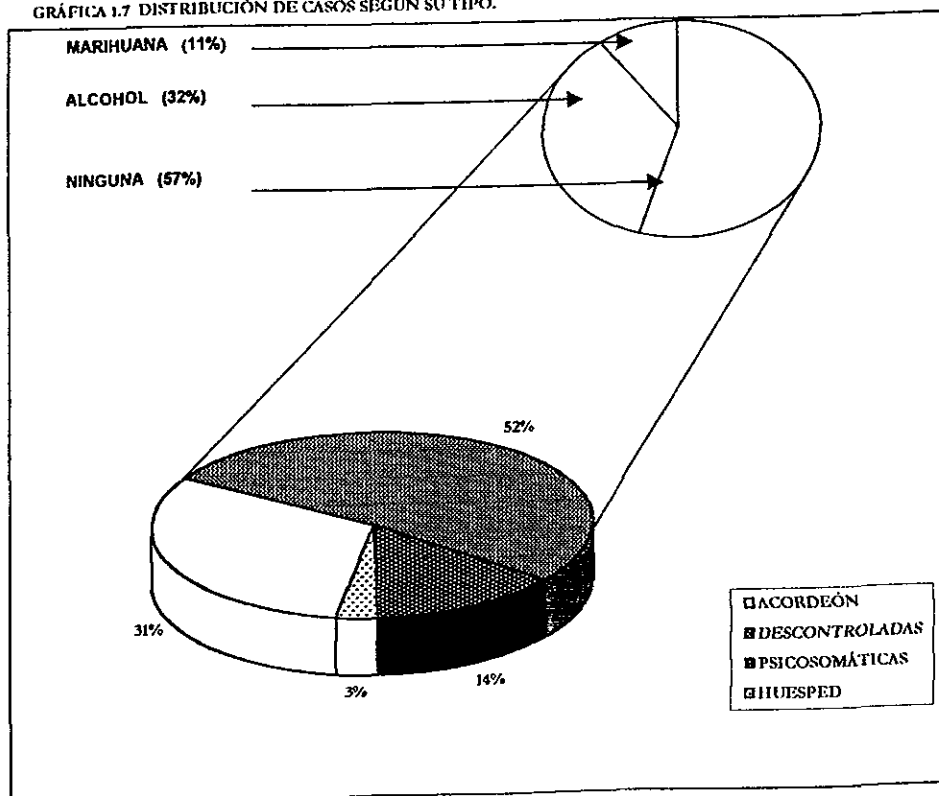
En la tabla 1.7 se muestra la distribución de frecuencias con respecto a la tipología propuesta por Minuchin (1991). Las de pas de deux, cambiante y con un fantasma no se encontraron, razón por la cual no se incluyen. La de mayor concentración fue la de descontroladas (52%), seguida de la de acordeón (31%), las psicósomáticas con un 14% y la de huésped con un 3%. Se incluyen las familias con un miembro con algún tipo de adicción, las cuales se presentan dentro de las descontroladas: alcohol (32%), marihuana (11%).

TABLA 1.7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU TIPO.

N=36

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACORDEÓN	11	30.5
DESCONTROLADAS	19	52
- ALCOHOL	6	11
- MARIHUANA	2	14
PSICOSOMÁTICAS	5	3
HUESPED	1	

GRÁFICA 1.7 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU TIPO.



Resolución final

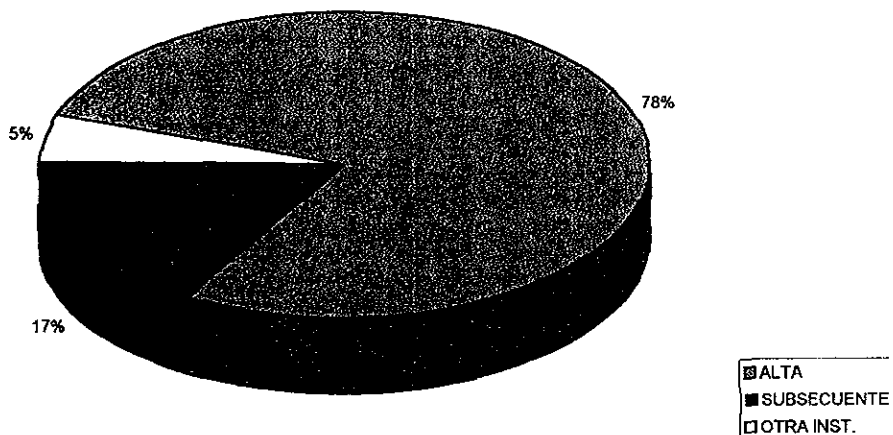
La tabla 1.8 muestra la distribución de frecuencias con relación a la resolución final. Se aprecia que la mayoría de los casos fueron dados de alta (78%), se canalizaron a otra institución el 16%, y quedaron como subsecuentes el 5%.

TABLA 1.8 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU RESOLUCIÓN FINAL.

N=36

RESOLUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	28	78
SUBSECUENTE	2	5
OTRA INSTITUCIÓN	6	17

GRÁFICA 1.8 DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SU RESOLUCIÓN



III. Evaluación del manejo sistémico

En la obtención de información, sobre los cambios operados en los casos atendidos, se utilizó el análisis cualitativo de:

- a) Los registros de la entrevista inicial con el motivo de consulta y la historia del niño.
- b) Los registros sobre el mapa de las relaciones familiares (genograma).
- c) Los registros anecdóticos sobre la evolución de cada caso.
- d) Los reportes de maestros que tienen a su cargo al niño, dentro del aula regular y en las diversas modalidades terapéuticas.
- e) El reporte de la evolución psicométrica final, aplicada al niño para su resolución.

En todos los casos, el motivo de consulta fue la identificación del menor como el portador del síntoma, cuya categoría diagnóstica corresponde a la modalidad terapéutica a la que fue canalizado por el área de atención psicopedagógica, en su fase de pre-diagnóstico (tabla 1.5).

Etapa inicial e intermedia.

Sesiones de la 1 a la 3, aproximadamente.

Los aspectos más relevantes durante el desarrollo de estas tres sesiones, son:

- Se disminuyen las conductas y actitudes de culpabilización.
- Se mantiene la expectativa de solución del problema.
- Se mantiene el compromiso adquirido por el responsable del menor para continuar con las sesiones.
- La familia se considera responsable de la solución del problema manifestado por el menor.

- La familia define y pormenoriza las metas por alcanzar durante el proceso terapéutico.
- La familia acepta que existe un problema, aunque no sea el que ellos creían.
- Aumentan las expectativas de solución, evitando la autculpa y la culpabilización.
- Se presenta el síntoma desde otro marco conceptual.
- Se evidencia el tipo de límites manejados por la familia.
- Se establece el mapa familiar.
- Se manifiesta de manera central la conflictiva familiar: problemas de pareja, inestabilidad jerárquica, desempeño de roles, triangulación, coaliciones, etc.
- Niveles de comunicación.
- Asisten, si bien no todos, si la mayoría de los miembros de la familia, por lo menos una vez, para su presentación y reconocimiento a solicitud del terapeuta.

Durante las tres primeras sesiones, en los casos tratados, se pudo obtener el compromiso de la familia para asistir al número de sesiones, no sólo a las correspondientes a terapia familiar, sino a los otros tipos de tratamiento a los que fueron canalizados los niños desde el pre-diagnóstico, los cuales se muestran en la tabla 1.5. Y aunque no hubo una evaluación definida sobre la asistencia a las modalidades compartidas por el tratamiento, se pudo observar que durante el número de sesiones a las que asistió la familia, también hubo mayor regularidad en la asistencia a las otras modalidades en las que sólo el niño debía ser atendido.

También se consigue determinar, mediante el encuadre terapéutico, quiénes participarán de manera permanente durante las sesiones, lo que conducía al logro de uno de los primeros objetivos terapéuticos, que es *el enganche de la familia*.

En la mayoría de los casos, los padres no veían la necesidad de colaborar, sobre todo, si ellos no consideraban que su hijo presentaba alguna dificultad en su desarrollo, particularmente cuando se cuestionaba su comportamiento o el rendimiento del niño y no sus condiciones físicas. Sin embargo, también durante este mismo número de sesiones, aproximadamente, se pudo lograr una mayor participación del sistema familiar en la definición del problema, con lo cual se hacía patente a la familia, que no sólo el origen del problema es producto del malestar familiar, sino que además su solución se encuentra en todos los miembros de la familia, logrando con ello colocar a sus miembros en una posición tal, que se percibieran como agentes de cambio y con recursos. Como consecuencia, se alcanzó hasta aquí *definir el problema y establecer su magnitud como línea base para el cambio*.

En este mismo sentido, la familia podía entonces precisar, en términos conductuales, los cambios indispensables y mínimos necesarios a corto plazo, para la consecución de las metas finales. Esto permitía, al mismo tiempo, reforzar la participación familiar en cada sesión, la obtención de hipótesis que daban cuenta del tipo de estructura familiar y la jerarquización de los problemas por resolver.

En muchos de los casos, se manifestaba ya y se abordaba de manera central el conflicto subyacente a la problemática manifiesta, por ejemplo, los conflictos de pareja.

Etapa intermedia y final.

Sesiones de la 3 a la 8, aproximadamente.

Los aspectos más relevantes durante este intervalo son:

- La familia desplaza al miembro sintomático para abordar la conflictiva familiar (neutralización).
- Participan en acciones concretas dentro de la sesión: cambio de lugares, ensayos de comunicaciones alternativas entre los miembros, interjuego de roles, escenificación de pautas alternativas.

Los aspectos más significativos durante estas sesiones son:

- Las familias realizan un balance de lo que ellos creen y sienten haber cambiado con respecto a los objetivos establecidos.
- Expresan la necesidad de continuar con el apoyo terapéutico, o bien su deseo de concluir e intentar continuar solos con lo iniciado.
- Informan sobre el comportamiento del menor, tanto en casa como en la escuela. En ello refieren: que han disminuido las quejas de parte de los maestros de la escuela, son más capaces de desarrollar ciertas actividades sin su presencia, existe más tiempo compartido en diversas actividades entre padres e hijo, que existen nuevas y distintas exigencias y tareas familiares hacia el menor, así como concesiones y alternativas de juego y distracción.
- Las conductas de otros hermanos del paciente identificado, mostraban cambios considerados por la familia como positivos.
- Manifiestan sus expectativas con respecto a su futuro inmediato.
- Deliberan con respecto a la(s) decisión(es) que tomarán en adelante y de los recursos disponibles.

En relación con los reportes de los maestros, los niños que fueron dados de alta (como casos) mostraron en su desempeño los siguientes avances:

- Mayor control de impulsos.
- Mayor calidad en sus trabajos manuales, logrando, incluso, concluirlos.
- Mejor desempeño en actividades que requieren de habilidades perceptuales y motrices.

- Mayor capacidad de atención y concentración por tiempos más prolongados.
- Se desempeñan con actitudes que reflejan más confianza, seguridad y mejor relación con compañeros de su clase.
- Mejor integración temporo-espacial, para efectos de tener un mejor manejo del espacio gráfico.
- Un mayor conocimiento de sí y de su cuerpo.
- Remisión total o parcial del síntoma manifestado: trastornos de lenguaje, psicomotores, enuresis, conducta, etc.

De esta manera se concluyen los casos sobre los que se decide y se procede a dar de alta del servicio, canalizarlos o bien dejarlos como subsecuentes (tabla 1.8).

ANÁLISIS

Con respecto a los datos referidos al principio del capítulo anterior, se observa que la mayoría de los niños que fueron canalizados al servicio de terapia familiar corresponden al sexo masculino (tabla 1.1). Al respecto, sólo se puede concluir que la presencia de los diferentes trastornos tiene una mayor incidencia en los varones.

La tabla 1.2 nos muestra que el nivel máximo de estudios de la mayoría de los padres de familia es de secundaria, con lo cual puede inferirse que tal vez esto sea una de las razones por las cuales los padres se ven seriamente limitados en cuanto a los conocimientos de las necesidades y cuidados que requieren los niños, y que aunado a su nivel socioeconómico (tabla 1.3), tienen que enfrentarse a diferentes tipos de trabajo o subempleo en el que tienen que invertir mucho tiempo, sobre todo en el caso de los padres, lo cual los convierte en una figura periférica. En tales casos, en los que ambos padres trabajan, los niños quedan por tiempo indefinido al cuidado de parientes, comúnmente los abuelos, o incluso de vecinos.

Otro factor que, al parecer, influye en la aparición de aspectos disfuncionales en las familias, es el alto porcentaje de divorcios y/o separaciones existentes (tabla 1.4), recayendo la carga de funciones en uno de los miembros, generalmente en la madre (familias acordeón), quien para procurarse mayor apoyo social y económico, recurre a su familia de origen (familias extensas) (tablas 1.6. y 1.7). Sin embargo, no sólo esta eventualidad da origen a las familias extensas, ya que se encuentran también casos en los que ambos padres viven con la familia de origen de alguno de ellos.

Estos elementos, confirman lo referido por autores como Minuchin (1991), quien menciona que las familias extensas corresponden a la clase media baja y a los grupos socioeconómicos inferiores.

Se aprecia, por otra parte, cierta coincidencia de esta configuración, con un porcentaje semejante al de las familias descontroladas (52%), entre las que se pudo observar un porcentaje de hábitos de alcoholismo y drogadicción, siendo casi la mitad de este tipo de familias y un 22% del total de casos.

En este mismo sentido, con respecto al tipo de población atendida por la institución, se pueden considerar como características generales observadas, amén de las ya mencionadas, las siguientes:

- Familias que presentan dificultades en el manejo de límites.
- Familias que presentan dificultades en la comunicación y en la expresión de sus afectos.
- Familias en las que los padres muestran un escaso control de sus impulsos hacia sus hijos: gritan y amenazan, golpean y castigan sin reflexionar sobre sus actos.
- Familias en las que el manejo de jerarquías y roles son inestables y ambivalentes: padres que no ejercen adecuadamente su autoridad, problemas de pareja, autoridad dominante de alguno de los abuelos, madre que se integra a su familia de origen como hija de familia, triangulación del hijo.
- Familias en las que ambos padres trabajan, dejando el cuidado del menor a familiares y/o amistades.
- Familias que se encuentran en estado de tensión: esposos golpeadores, separaciones temporales o definitivas, dificultades económicas.

Por otro lado, la cuestión sobre la eficacia del tratamiento al término del mismo, parece confirmarse por el número de casos sobre los cuales finalmente se aprecia una resolución positiva, resultando casi el 80% del total de casos dados de alta, es decir, aquéllos que de acuerdo a su resolución se consideraron aptos para

ingresar al siguiente nivel educativo (la primaria), no obstante haber existido un porcentaje que fue canalizado a otra institución y casos subsecuentes, los cuales suman menos de la cuarta parte de la totalidad de casos atendidos (tabla 1.8).

Al respecto, dado que el tratamiento es básicamente enfocado al problema y a la situación sintomática, los objetivos intrínsecos fundamentales corresponden a estos dos aspectos, es decir, a) desaparecer o reducir la conducta sintomática y, b) mejorar la relación, principalmente entre los padres, para que puedan utilizar y orientar sus recursos hacia su(s) hijo(s) y desempeñarse de acuerdo con su función como subsistema parental. En este sentido, la concepción implícita de que los padres son los principales agentes de cambio, y no el terapeuta, permite buscar y movilizar aquellos recursos, que se reconozcan o no, se encuentran en el seno familiar, y que a su vez, esto mismo brinda la posibilidad a los padres de asumirse, tal vez como pocas veces, como responsables y promotores del cambio, capaces de experimentar y ensayar soluciones que a su vez les permite incrementar y fomentar su autoestima, que de acuerdo con V. Satir (1991), es de gran importancia, ya que significa la posibilidad de reconocer las diferencias individuales entre los miembros del sistema y favorecer con ello las condiciones de una familia "nutricia".

A tenor de lo expuesto, dado que el aspecto más relevante de este enfoque es que la atención no se centra en un solo individuo, sino en la familia como en un todo, y que permite considerar los apoyos y recursos más allá del terapeuta, al sacar a luz las necesidades de los niños, la familia puede percatarse de lo que se ha dejado de hacer y que, no obstante, puede iniciar para facilitar aquello que, a manera de metas y expectativas, han expresado como líneas de realización para su hijo.

Por otro lado, el tener la posibilidad de comunicar ante y para los demás miembros de la familia, aspectos que en un cierto nivel, de acuerdo con Estrada Inda (1991), son conscientes pero que no se verbalizan, permite romper con la estereotipia intra e interactiva, y tener acceso a contemplar y a mesurar las alternativas de solución antes no vistas o negadas. Así, la familia obtiene la oportunidad de "darse cuenta" de que cuanto más relevante sea el contenido de una verdad que se oculta para la

relación, tanto más susceptible de afectar a ésta y al resto de la familia, de no existir un acuerdo explícito.

Durante el proceso terapéutico, la familia se percata del tipo de comunicación verbal y no verbal que se da entre ellos, en la que los malos entendidos, los mensajes contradictorios e incongruentes, se constituyen en una base de comunicación disfuncional.

También durante este proceso, tienen la ocasión de tomar y/o restablecer contacto, al propiciarse un punto de encuentro que por tiempo indefinido no se ha dado, y poder verbalizar sus afectos, lo que en otro nivel, conlleva a la elaboración y cambio (Auron Z., 1982).

En este sentido, en virtud de lo antes expuesto, pueden considerarse entre los alcances de dicha modalidad dentro de la institución, los beneficios en relación con su costo, es decir, el logro de objetivos terapéuticos en breve tiempo, así como la movilización y utilización de los recursos familiares en pro del desarrollo y ejercicio académico del menor, y la mayor colaboración de los padres en actividades que exigen trato con las maestras, personal de apoyo y del CAPEP.

Por otra parte, la realización de posibles líneas de investigación, sobre todo las derivadas de las limitaciones del presente reporte, abre el camino para mejorar la eficacia del tratamiento en instituciones como ésta.

Limitaciones.

Finalmente, se mencionan algunas de las limitaciones consideradas dentro del marco ya referido.

- Son inexistentes, o bien escasas, las familias a las cuales se les haga un seguimiento.
- La eficacia de la terapia familiar, en sus posibilidades de éxito, se reduce al carecer de un coterapeuta o equipo con el cual se puedan llevar a cabo actividades de planeación,

intervención, observación, etc., actividades, en resumidas cuentas, nutricias y autocorrectivas.

- Son inexistentes las medidas o controles que permitan indagar sobre la eficacia, diferencialmente, de las diversas modalidades compartidas por los casos, sobre todo de la terapia familiar en tratamiento simultáneo.
- La descripción y definición detallada de registros e indicadores, que dan cuenta de los cambios observados, pueden ser insuficientes.

La importancia de salvar la carencia de seguimiento, estriba en la posibilidad de conocer la eficacia del tratamiento a través del tiempo, lo cual nos daría un índice de efectividad más allá de la sola consecución de objetivos durante el periodo de tratamiento.

El enfrentarse a las condiciones de tratamiento especializado, sin la oportunidad de contrastar diferentes puntos de vista sobre los casos atendidos, abre la posibilidad de cometer errores y fallas, no necesariamente difíciles de detectar y corregir a tiempo durante el procedimiento terapéutico, que reduzcan las posibilidades de éxito.

En casos en los que el tratamiento es apoyado por las distintas formas terapéuticas aplicadas al menor en estudio, resulta difícil saber a qué obedecen los cambios observados en los niños, o cuál de las estrategias llevadas a cabo resultó ser la más efectiva, sobre todo en aquellos cuyos resultados de su resolución final fueron positivos.

No obstante el análisis cualitativo de los registros y reportes aquí utilizados, cabe considerar la conveniencia de ampliar y definir con mayor precisión los indicadores del cambio con base en criterios terapéuticos incluso distintos, que puedan ofrecer complementariedad y mayor eficiencia.

CONTRIBUCIÓN

Las condiciones institucionales del CAPEP, han dado cabida sólo a profesionistas relacionados con la carrera de educación preescolar, con la especialidad en el área de psicología, lo cual ha propiciado la atención de los menores con enfoques centrados en el paciente identificado, considerando su problemática intrínsecamente de origen individual. Sin embargo, cabe preguntarse, si acaso son los niños únicamente el producto de sus propias tendencias biológicas o instintivas, si las dificultades no son sólo el reflejo, tal vez de muchos casos, de condiciones adversas, incluso a sus propios deseos y necesidades, sobre las cuales no tienen modo alguno de cambiar, trascendiendo además a las posibilidades de la familia misma en la que se encuentran inmersos, en tal caso, se tendrá que dirigir la mirada, no sólo a la familia, sino hacia las situaciones y aspectos sociales que están influyendo, de alguna u otra forma, en la aparición de conflictos y aspectos sintomáticos.

Son los niños, la población más vulnerable de multitud de familias golpeadas por las condiciones en estado de crisis en ciudades como la capital de México, en la que se manifiestan e incrementan diversos problemas: inseguridad, depauperación sistemática del nivel de vida, sobre población, drogadicción, prostitución, etc.

La sociedad concibe a los individuos que requiere para funcionar por lo que tiende a "normalizar" y "homogeneizar" a sus habitantes. En ese sentido, los problemas sociales redundan y hasta alimentan la disfunción familiar y a su vez, ésta mantiene a la primera generando un círculo difícil de romper, por lo que se hace urgente tomar acciones que puedan incidir en la sociedad y propiciar cambios estructurales de nuestra cultura.

Todos estos aspectos se convierten en un factor determinante de riesgo para el bienestar y buen desarrollo del niño, ya que la familia es la que tiene que absorber el impacto de los problemas sociales, y es este espacio familiar el lugar donde el niño en particular, se encuentra en una situación de mayor presión y vulnerabilidad.

Por todo ello, es muy importante considerar la conveniencia de enfocar la atención no sólo en el factor de tratamiento, sino en el nivel preventivo, lo cual, debería de enfatizarse en las instituciones que atienden una población que puede ser considerada susceptible de aplicársele programas educativos mediante actividades que les permitan adquirir una adecuada información sobre la familia y su función, y con ello puedan adquirir mayor conciencia de sus responsabilidades, potencialidades y riesgos. De esta forma, una orientación adecuada a la población atendida por instituciones, puede ser de gran utilidad en la detección precoz de los problemas de diversa índole en sus diferentes niveles.

En este sentido, la participación de otros profesionistas, que de manera excepcional han podido ingresar a las filas de dicha institución, con una formación distinta, han contribuido a la apertura de nuevos enfoques que amplían y abordan aspectos que explican y sugieren la intervención en otros niveles de la problemática por abordar.

Los que se han dedicado por años a la terapia de niños, han encontrado que la influencia familiar es tan importante que, en ocasiones, no es posible llegar a un buen resultado con el paciente, a pesar del tiempo invertido, si no es modificada esa influencia familiar en alguna forma.

De esta manera, la opción de terapia familiar con enfoque sistémico, ha podido introducirse a la escenificación de la vida institucional oficial, enfoque que ofrece y abre la posibilidad de ser un tratamiento que apoye, o bien en el que se puedan apoyar modelos alternativos de tratamiento, a la solución de problemas manifestados en la infancia, considerando además, que una mejor relación de costo beneficio, es importante para cualquier institución como las de este tipo, ya que como lo mencionan los

autores, G. Nardone y Watzlawick (1992), esta propiedad desempeña también un papel social muy importante, ya que no es lo mismo que se resuelvan determinados problemas en tres meses o en tres años.

Por otro lado, no obstante los orígenes de la terapia familiar, que se basaron en investigaciones sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras centradas básicamente en la entidad patológica manifestada por el paciente en las clínicas de tratamiento psiquiátrico y psicológico, este enfoque no se cifre a lo que convencionalmente se considera como ámbito de la enfermedad mental. Los conceptos básicos de este tipo de intervención familiar, no se limitan al abordaje de casos con síndromes específicos, a enfermedades concretas o al pensamiento irracional y tampoco a la familia como tal, sino que son de orden más general, ya que aluden a la idea de que cualquier tipo de conducta se conserva o se modifica dentro de cualquier sistema de interacción social.

Por tanto, ¿no es factible considerar que los problemas clínicos son en esencia variantes de los problemas cotidianos de interacción humana, aunque éstos hayan sido definidos como problemas especiales, separándolos de las dificultades humanas comunes y corrientes?

Es decir, ¿son estos aspectos clínicos merecedores de aislarseles y tratarseles como elementos ajenos a nuestra realidad cotidiana que se considera dentro de lo normal?

Hoy en día, en relación con los últimos acontecimientos de nuestro país y del mundo, resulta más claro que la interdependencia es un valor superior a la independencia, y que las causas de múltiples problemas, tienen su origen y solución dentro de su contexto.

De esta forma, es posible dejar en claro, que la actitud y concepción de nuestra realidad, debe incluir el dejar de etiquetar a los individuos como propietarios de un problema emocional, y que las intenciones de cura, deben orientarse más bien a solucionar los problemas humanos desde el punto de vista de la interacción humana ordinaria, es decir, desde un punto de vista sistémico.

De tal suerte, dadas las condiciones institucionales en las que se ha desarrollado este trabajo, se pueden resumir, de la siguiente manera, algunas de sus ventajas:

- Este enfoque toma en cuenta y se amolda a las características de la institución y a las de la población atendida.
- Se puede llevar a cabo, dentro del tiempo que la norma de la institución establece.
- Se trata de un enfoque que considera y favorece cambios inmediatos en breve tiempo.
- La brevedad del tratamiento, permite atender a una mayor cantidad de familias durante el ciclo escolar, ya que los casos, durarán en promedio, tres meses en el servicio.
- Las familias, cuyo ciclo vital se encuentra en la de “hijos en edad preescolar”, pueden ubicarse en un momento crítico, por lo que resulta factible aplicar el tratamiento, independientemente del tipo de alteraciones específicas por las que son canalizados al servicio de CAPEP.
- Las alteraciones por las que los niños son canalizados, y que caracterizan en forma general a la población atendida por el servicio de CAPEP, son susceptibles de ser tratados exitosamente con este enfoque.
- Aquellos casos, en los que el tipo de problemática corresponde únicamente a los parámetros de aceptación de la institución, se convierten en una ventaja más para éste tipo de intervención (v.gr. casos psiquiátricos y drogadicción no se aceptan).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1990). Teoría y técnica del psicoanálisis del niño. Barcelona, Paidós.
- Ackerman, N. W. (1987). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Paidós.
- Ajuriaguerra, J. De. (1986). Manual de psiquiatría infantil. México, Masson.
- Aladro Lubel, P. (1995). Manejo del interrogatorio circular en algunos modelos de terapia familiar sistémica. Publicaciones de la Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Aladro L., P. (1995). Terapia familiar estructural. Áreas para la elaboración de genogramas. Publicaciones de la Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Aladro L., P. (1997). Comunicación personal.
- Andolfi, M. (1994). Terapia familiar. México, Paidós.
- Auren Z., F. (1982). La terapia familiar como proceso de aprendizaje y cambio. A.C.P.E.I.N.A.C. El niño y la familia. (pp. 411-417). México.
- Bertalanffy, L. (1989). Teoría general de los sistemas. México, Fondo de Cultura Económica.
- Caballero, A., Medrano, S. (1982). Historia de la educación pública en México. II. México, Fondo de Cultura Económica.
- Cecchin, G., (1987). Hypothesizing, Circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. Review Family Process. 26 (4).
- Cohen, J. (1986). Psicodinámica de la personalidad. México, Trillas. V: 9
- Cueli, J., Reidl, L. (1986). Teorías de la personalidad. México, Trillas.
- De Shazer, S. (1996). Pautas de terapia familiar breve. Argentina, Paidós.

- De Shazer, S. (1995). Claves para la solución de terapia breve. España, Paidós.
- Dolto, F., (1993). Psicoanálisis y pediatría. México, S. XXI.
- D.S.M. IV. (1995). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México, Masson.
- Elkaim, Mony. (1997). Si me amas, no me ames. España, Gedisa.
- Enciclopedia de la Educación Preescolar. (1990). Trastornos del desarrollo. México, Santillana. V: II.
- Estrada Inda, L. (1991). El ciclo vital de la familia. México, Posada.
- Fish, R., Segal, L., Weakland, J. (1988). Cambio. España, Herder.
- Freidberg, A. (1985). Un enfoque humanista a la terapia de pareja. México, Lima Impresores.
- Freud, S. (1993). Textos de psicoanálisis. España, Altaya.
- Gesell, Arnold. (1979). Psicología evolutiva, el niño de 1 a 5 años. Argentina, Paidós.
- Gesell, A. (1981). El niño de 1 a 4 años. España, Paidós.
- Haley, Jay. (1990). Terapia para resolver problemas. Argentina, Amorrortu.
- Hoffman, L. (1990). Fundamentos de la terapia familiar. México, F. C. E.
- Hurlock, E. B. (1979). Desarrollo psicológico del niño. México, Mc. Graw Hill.
- Maier, H. (1982). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget, Sears. Argentina, Amorrortu.
- Mc. Goldrick, M., Gerson, R. (1996). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona, Gedisa.
- Merani, Alberto L. (1980). Psicología y pedagogía. México, Grijalbo.

- Minuchin, S. (1990). Familias y terapia familiar. México, Gedisa.
- Minuchin, S. (1991). Técnicas de terapia familiar. México, Paidós.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1992). El arte del cambio. Barcelona, Herder.
- Palacios, J. (1984). La cuestión escolar. España, Laia.
- Papalia, D. E. (1992). Desarrollo humano. México, Mc. Graw Hill.
- Papp, P. (1991). El proceso del cambio. México, Paidós.
- Pérez, J. (1986). Terapia familiar en el trabajo social. México, F. C. E.
- Piaget, J. (1982). El nacimiento de la inteligencia en el niño. España, Aguilar.
- Pizarro Ortega, L. (1995). Antecedentes históricos de los Centros Psicopedagógicos de Educación Preescolar. México, D.G.E.P., S.E.P.
- Satir, V. (1991). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México, Pax.
- Sánchez Azcona, J. (1987). Familias y sociedad. México, Joaquín Mortiz.
- Segal, H. (1985). Introducción a la obra de Melanie Klein. México, Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., et al. (1991). Paradoja y contra paradoja. México, Paidós.
- SEP., D.G.E.E. (1981). La educación especial en México. C. No. 8
- SEP., D.G.E.P. (1995). Ponencias de las jornadas académicas conmemorativas del XXX aniversario de CAPEP.
- SEP., D.G.E.P. (1985). Manual técnico de atención psicológica.
- SEP., D.G.E.P. (1994). Cómo entender la calidad de la educación.

- SEP., D.G.E.P. (1993). Documento.
- SEP., D.G.E.P. (1993). Bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños.
- Soifer, R. (1980). Psicodinamismos de la familia con niños. Buenos Aires, Kapelusz.
- Solana, F. (1984). Tan lejos como llegue la educación. México, F. C. E.
- Sue, D., et al. (1995). Comportamiento anormal. México, Mc. Graw Hill.
- Watzlawick, P. (1990). La realidad inventada. Barcelona, Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1989). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Herder.
- Weakland, J. H., Watzlawick, P., Bodin, A. (1971). Brief therapy: Focused Problem Resolution. Review family process. 13 (2).

ANEXOS

Anexo A

De acuerdo con Mc. Goldrick (1996), el genograma es un registro en el que se muestra el árbol familiar e información sobre sus miembros y sus relaciones de por lo menos tres generaciones.

Es el genograma, una herramienta de gran valor descriptivo, dinámico, deductivo, predictivo y por ende, para la formulación de hipótesis sistémicas.

El genograma tiene tres niveles de utilización: 1) Trazado de la estructura familiar, 2) El registro de información significativa acerca de la familia y 3) delineado de las relaciones familiares.

Lo que Minuchin llamó mapas estructurales, comprende el trazo de las relaciones vinculares que se dan en el sistema familiar, es decir, el trazado es la construcción (gráfica) de figuras y líneas que representan personas y la descripción de sus relaciones.

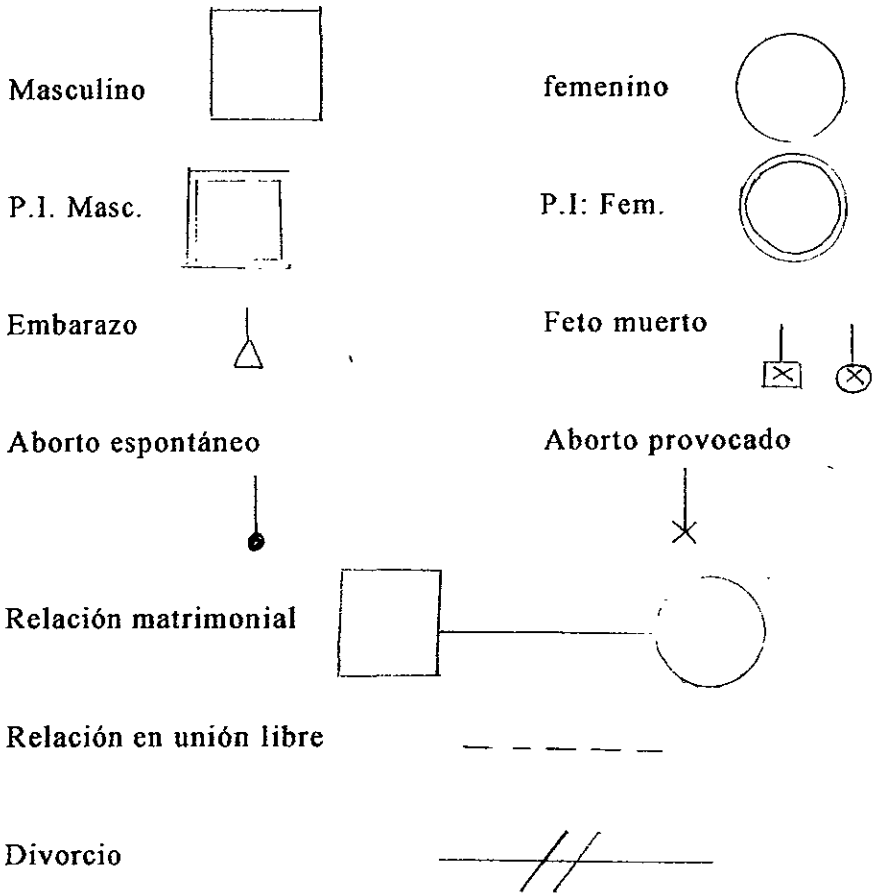
El segundo nivel, comprende la información sobre los aspectos demográficos, el funcionamiento (médico, emocional, conductual) y sucesos familiares críticos.

En el último nivel, se utilizan diferentes tipos de líneas para representar los distintos tipos de relaciones entre dos miembros de las familias.

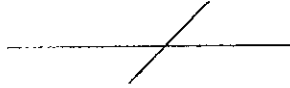
Actualmente, el interés por la investigación en terapia familiar ha permitido el desarrollo y la utilización de genogramas, los cuales incluyen al familiograma y el mapeo en un mismo documento y que brinda una "panorámica" de la situación familiar en un tiempo determinado. Esto permite ver, tanto longitudinal como transversalmente, el desarrollo de la familia en su funcionalidad como en su disfuncionalidad.

En 1985, un grupo de expertos de la Task Force of the North American Primary Care Research, presidido por Mc. Goldrick, propuso un modelo para uniformar los símbolos y procedimientos para el trazado del genograma, que representan la base de los lineamientos utilizados en diferentes disciplinas. He aquí los principales:

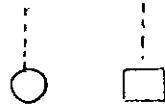
Simbología.



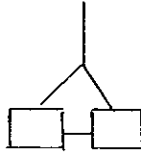
Separación



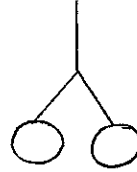
Hijos adoptivos.



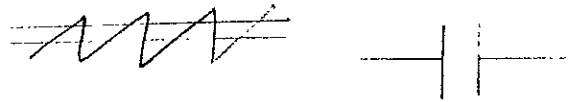
Mellizos idénticos



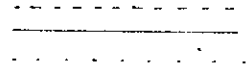
Mellizos no idénticos



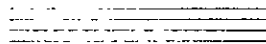
Relación conflictiva



Límites (claros, rígidos, difusos).



Sobreinvolucración



Anexo B

INFORME DE TARAPIA FAMILIAR

I. DATOS GENERALES:

Nombre del niño: _____ E.C. _____ No. De Exp. _____
J. DE N. _____
Domicilio _____ Tel. _____
Terapeuta. _____
Periodo de tratamiento. _____

II. ANTECEDENTES

III. DIAGNÓSTICO

IV. FAMILIOGRAMA

V. PLAN DE TRATAMIENTO

VI. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL CASO

VII. CONCLUSIONES.

DIRECCION DE EDUCACION PREESCOLAR
CENTROS DE ATENCION PSICOPEDAGOGICA

Anexo C

PRIMERA ENTREVISTA

Nº de registro _____ Fecha _____
Nombre del CAPEP _____
Nombre del niño (a) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Domicilio _____
Calle Nº Colonia C.P.
Presentado por _____
Jardín de niños _____
Motivo de consulta:

Antecedentes:

Observaciones del entrevistador:

Canalizado a _____
Se dio cita para _____
a las _____ horas.
Servicios médicos con que cuenta _____
Entrevistador Vo. Bo. Director del Centro.

Anexo D

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PREESCOLAR
DIRECCION TECNICA
DEPARTAMENTO DE NORMATIVIDAD DE CAPEP

INFORME DE ESTUDIO PSICOLOGICO

I. DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre _____ Edad actual _____
 Fecha de nacimiento _____ Fecha de estudio _____
 Grado que cursa _____ Jardín de niños _____
 Canalizado por _____ Clave del grupo _____

II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS SIGNIFICATIVOS:

IV. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA DURANTE EL ESTUDIO:

V. INTERPRETACION CUANTITATIVA:

Bender Gestalt Test. Nivel de madurez visomotora _____
 Datos patológicos _____

Test	Edad mental	Cociente intelectual
Goodenough	_____	_____
Terman Merrill	_____	_____
	Año base	Año final
Otros	_____	_____

VI. INTERPRETACION CUALITATIVA

_ LENGUAJE

_ PENSAMIENTO CONCEPTUAL

_ RAZONAMIENTO

_ RAZONAMIENTO NUMERICO

_ VISOMOTORA

_ INTELIGENCIA SOCIAL

_ OTROS

VII. DINAMICA FAMILIAR:

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

IX. CANALIZACION Y RECOMENDACIONES:

Anexo E

EXPLORACION BREVE DE LENGUAJE

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del niño _____
Fecha de Nac. _____ Edad _____ Lugar de Nac. _____
(Dialecto) _____
Jardín de Niños _____ Turno _____
() Primer ingreso () Reingreso Educadora _____
Fecha de aplicación _____
Nombre completo del aplicador _____

I. COMPRESION DEL LENGUAJE

1. Preguntas: Registrar las respuestas tal y como las dice el niño.
- 1.1. ¿Cómo te llamas? _____
1.2. ¿Cuántos años tienes? _____
1.3. ¿Dónde vives? _____
- 2.0 ¿Dónde venden los bollitos? _____
- 3.0 ¿Qué es un plátano? _____
- 4.0 ¿Qué haces cuando tienes hambre? _____
2. Ordenes: Registrar las observaciones relevantes de la conducta.
- ¿Cuál es tu boca? _____
Toca la puerta y regresa a tu lugar _____

Levántate, toma el lápiz y ponlo abajo de la mesa _____

II. UTILIZACION DEL LENGUAJE

Repetición de palabras: Registrar tal como las dice el niño.

- | | | |
|------------------|-----------------|-------------------|
| 1. dado _____ | 5. carne _____ | 9. castillo _____ |
| 2. soldado _____ | 6. pájaro _____ | 10. plancha _____ |
| 3. rojo _____ | 7. cielo _____ | 11. globo _____ |
| 4. perro _____ | 8. taza _____ | 12. fruta _____ |
| | | 13. grande _____ |

Repetición de oraciones: Registrar la respuesta tal como la reproduce el niño.
La caja es blanca _____

1. Narración de una historieta (con apoyo visual)

2. Preguntas de comprensión del cuento (sin apoyo visual)

2.1. _____

2.2. _____

2.3. _____

OBSERVACIONES GENERALES (Conducta, colaboración, datos significativos, lenguaje, frenillo, piezas dentarias, etc.).

EVALUACION

RECOMENDACIONES (Conclusión del equipo).