



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Residencia en Terapia Familiar

## **INTERVENCIÓN CON TERAPIA BREVE SISTEMICA Y EQUILIBRIO ENERGETICO EN NIÑOS CON EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN (TDA)**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A:

MARÍA GUADALUPE HERNÁNDEZ CRUZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JAIME MONTALVO REYNA  
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO  
MTRA. ROSALINDA LOZADA GARCIA  
MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA  
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Dedicatorias

*Busque por largo tiempo.... y un día las mejores cosas de la vida me encontraron....*

*A **Dios**, energía infinitamente creadora de quien recibo los dos tesoros más importantes que tengo: mi vida y los maravillosos seres que me acompañan en ella, a quienes llamo familia y amigos.*

*Para mi familia, de quienes soy parte y ellos parte de mí...*

*A **mi mamá**, ejemplo de trabajo incansable y de amor inmenso de quien aprendí la perseverancia que me trago hasta aquí.*

*A la memoria de **mi papá**, quien por excelencia fue mi maestro en arte del “hágalo usted mismo”, en la confianza de lo eterno y la certeza del reencuentro.*

*A **Viri**, por el eco de tu risa que anestesia las tristezas de la vida... alegría que contagias casi como epidemia incurable.*

*A **Mario**, por el sabor de tu compañía de bestial ternura, el corazón de toda tu fuerza y por el tiempo compartido*

*A **Miguel**, mi esposo; por la razón más importante que nos une: el amor mutuo. Coartífice de la vida que hoy habita dentro de mí: nuestro **bebetin**, este proyecto es de ustedes, son una inspiración total para crecer...*

*A **Chivis**, los hermanos no solos los hace la sangre, también los regala la vida yo encontré en ti uno; por la misión para el futuro: “un día nuestro único trabajo será jugar”.*

*A toda la familia, a **mis abuelos**, a **mis tías y tíos, primos y primas, sobrinos y sobrinas**, por la historia escrita, por la que se vive y la que se escribirá sobre quienes somos, de dónde venimos y a donde vamos. Muy especialmente:*

*A mis tíos: **Patito y Martita**, la fuerza del espíritu que emana paz cuyo ejemplo está plagado de las mejores cosas de esta vida: del amor, del respeto, de la comprensión, de la fe...*

*A mis primos, **Carmen, Patricia, Felipe y Luis**, por el cariño de toda la vida y el apoyo incondicional*

*A mis sobrinos, **Daniela, Sandra, Luis y José María** participantes del pres escritores del futuro de nuestra familia.*

*A la familia García Armenta por su amistad y cariño, muy especialmente a **Cande**, maravillosa bondad que compartes, experiencia dinámica, ejemplo de que el tiempo es cuando uno decide vivirlo, por tu ejemplo muchas gracias...*

*A la familia Hernández Moreno, especialmente a **Claudia** mi amibita de toda la vida, cómplice de la vida con mucho cariño desde lo más profundo de mis intestinos, te quiero...*

*A la familia Machorro Alfaro especialmente a **Yadira** por el tiempo compartido, las experiencias de la vida, el aprendizaje y el cariño que permanecen en el tiempo...*

*A la familia Hernández Luria por el apoyo y el cariño, especialmente a **Juanita** torbellino de amor, ejemplo de acción, te quiero...*

*A **Samy** por tu amistad de mística conexión, de quien aprendí el color de la sanación: el amarillo y recibí el regalo de una nueva sonrisa*

*A los amigos de siempre: **Tony, Toñita, Lulu y Luisito** con mi cariño y agradecimiento por todas sus enseñanzas de vida, por las risas, las fiestas, la compañía en los mejores y peores momentos, por todo... gracias!*

*Especialmente para los nuevos amigos que tengo después de estos dos años de conocernos, pues sin ustedes esta experiencia no habría sido lo que fue...*

*A **Erika** por la habilidad de hacernos pensar en futuro a pesar de lo adverso que resulte el presente, la organización tan práctica y por supuesto lo dulce de tu compañía.*

*A **Nalle** por la lógica en lo ilógico y el cariño de la conexión meta espacial y el trabajo del verano que nos hizo terapeutas familiares.*

*A **Robert** por regalarme la teoría para lo práctico de mi pensamiento, por compartir tu experiencia y por supuesto porque no cualquiera estudia con un SexSymbol*

## Agradecimientos

A los millones de **TRABAJADORES MEXICANOS** que a través de sus impuestos financiaron la beca Conacyt que solvento mis estudios de posgrado.

Al **Dr. Jaime Montalvo**, de quien he aprendido la energía mágica de la terapia, por su experiencia y conocimiento: invaluable aportaciones a mi formación y su tiempo a este proyecto.

A las profesoras que me formaron, porque aprendí de las mejores, muy especialmente a **Chayito, Susy, Mar, Janis y Ofe**, en agradecimiento total por compartir sus conocimientos.

A las psicólogas de los **Sistemas Municipales DIF de Atizapán de Zaragoza y Tlalnepantla de Baz** por su valiosa colaboración en la investigación sobre Trastorno por Déficit de Atención canalizando la casuística para esta, y por la confianza en un proyecto que iniciaba.

A quienes un verano decidimos llamarnos el “**Grupo de la Magisterial Vista Bella**” cualquier parecido con otros grupos, esperemos sea igual de afortunado:

A la Lic. Nalleli Cedillo por compartir una infinidad de ideas sobre el TDA, que dan forma a este proyecto

A la Lic. Silvia Cruz Martínez, Lic. Elizabeth Reyes Rivera y Lic. Penélope Benítez de los Santos, amigas y colaboradoras en todo el proceso de la intervención con las familias en el proyecto de TDA.

Al todos los miembros del club Norma, Eli, Karina, Aaron, Areli, etc. Etc. Por su valiosa contribución a que esta tesis pudiera ser impresa, por el desayuno y el cariño, por todo, gracias...

## Índice

	Pág.
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN</b>	
1.1 La familia en México.....	7
1.2 Trastorno de inicio en la infancia y familia.....	9
1.2.1 Prevalencia del TDA en las familias mexicanas.....	10
1.3 Sedes de la práctica clínica supervisada.....	11
1.3.1 Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala.....	12
1.3.2 Unidad de Medicina Familiar ISSSTE: “Tlalnepantla”.....	13
1.3.3 Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Azcapotzalco.....	15
1.4 Particularidades de la supervisión.....	17
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	
2.1 Fundamentos de la terapia familiar sistémica.....	20
2.2 Análisis de los principios teórico – metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.....	27
Constructivismo.....	28
Construccionismo.....	29
2.2.1 Modelo Estructural.....	30
2.2.2 Modelo Estratégico.....	41
2.2.3 Modelo de Terapia Breve enfocada en Problemas.....	46
2.2.4 Modelo de terapia Breve centrada en Soluciones.....	55
2.2.5 Modelo de Milán.....	65
2.3 Terapias Posmodernas.....	71
2.3.1 Enfoque Narrativo.....	71
2.3.2 Enfoque Colaborativo.....	74
<b>CAPITULO 3</b>	
<b>TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN (TDA)</b>	
3.1 Desarrollo del concepto.....	76
3.2 Definición del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.....	77
3.3 Criterios diagnósticos.....	78
3.4 Tratamientos para el trastorno por Déficit de Atención.....	81
3.5 Intervenciones de terapia sistémica.....	82
3.5.1 Modelo integrativo de terapia breve sistémica (TBS).....	83
3.5.2 Modelo Bio-Psico-Social Sistemico.....	85
3.5.3 Retroalimentación estructural familiar (REF).....	87
3.5.4 Otros tratamientos.....	88
3.5.5 Conclusión.....	88
<b>CAPITULO 4</b>	
<b>TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA COMO INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN</b>	
4.1 Presentación de casos.....	90
4.1.1 Familia G5.....	91
4.1.2 Familia G6.....	99
4.2 Análisis teórico – metodológico de las intervenciones sistémicas.....	106

4.2.1 Diagnóstico y cuadro conductual manifiesto.....	107
4.2.2 Características de las familias.....	109
4.2.3 Tratamientos previos a la terapia familiar.....	110
4.2.4 Intervenciones clínicas.....	111
4.2.5 Modelo Bio-Psico-Social Sistémico.....	111
4.2.6 Retroalimentación Estructural Familiar.....	113
4.3 Conclusión.....	114
4.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total.....	115

## **CAPITULO 5**

### **COMPETENCIAS PROFESIONALES: INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y DIFUSION DEL CONOCIMIENTO EN ACCIONES COMUNITARIAS**

5.1 Investigación cuantitativa: <i>“Intervención con terapia breve sistémica y equilibrio energético en niños con el trastornos por déficit de atención”</i> .....	118
5.2 Investigación cualitativa: <i>“Cambios en las estructura familiar de niños con TDA: Intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar”</i> .....	153
5.3 Enseñanza y difusión del conocimiento.....	165
5.3.1 Manuales.....	165
5.3.2 Videos.....	165
5.3.2.1 Entrenamiento de terapeutas familiares en intervenciones en familias con un miembro con TDA.....	166
5.3.3 Libros.....	166
5.3.4 Asistencia a foros académicos.....	166
5.4 Acciones comunitarias.....	168
5.4.1 Taller de comunicación no violenta en el Instituto Politécnico Nacional.....	168
5.4.2 Taller de comunicación en el ámbito escolar en la Esc. Prim. Ignacio Manual Altamirano, Tlalnepantla, Edo. Méx.....	172
5.4.3 Taller de educación Preescolar: vinculación de los sistemas familiar y escolar en la formación de competencias del PEP´04.....	178
5.4.4 Apoyo a la comunidad de la colonia Nextitla de la delegación Miguel Hidalgo.....	178
5.4.5 Curos- taller para cuidadores de adultos mayores en ISSSTE Tlalnepantla, Edo Méx.....	178
5.5 Consideraciones éticas.....	181
Referencias bibliográficas.....	187

## CAPITULO 1

### Introducción y Justificación

#### 1.1 La familia en México

La familia según la Real Academia de la Lengua Española se define como: un grupo de personas que cohabitan entre quienes existen nexos consanguíneos, de modo que esta definición ha normado lo que consideramos socialmente una familia generalmente conformada por un padre, una madre y sus hijos. Sin embargo sabemos que, esta definición hoy en día debido a la diversidad cultural así como las numerosas situaciones sociales y económicas resulta demasiado rígida para describir a las “Familias Mexicanas” pues en las Familias actuales tenemos por mencionar algunas, las configuradas solo por la madre y sus hijos, el padre y sus hijos o aquellas que donde la Pareja ha decidido no ser padres, las familias adoptivas, las familias unipersonales, las familias homoparentales y aquellas donde quienes cohabitan no tienen nexos consanguíneos pero que se consideran al interior de ese núcleo como una familia y por tanto lo son.

El INEGI en el Censo de Población y Vivienda 2005 contabilizó que en México habitamos 100, 221,103 de Mexicanos; y registraron 24, 803,625 de hogares nucleares, de los que se estima el 76.9% tienen un jefe de familia y 23.1% tienen jefatura femenina, este último tipo de hogares se ha incrementado en casi 3% en los últimos cinco años. Según comparativos entre el censo del año 2000 y el del año 2005. El tamaño promedio de las familias es de 4 integrantes para las familias nucleares, 5.4 integrantes para las familias extensas, 4.2 integrantes para las familias con jefe de familia y 3.4 integrantes para las familias con jefa de familia (INEGI, 2005).

La parte más compleja de hablar de las familias en México es quizá abordar sus características cualitativas, sus necesidades y su problemática es justo en esta parte donde la Terapia Familiar tiene su campo de acción no sólo en el ámbito clínico de un consultorio sino también en investigación o en acciones comunitarias.



Para los terapeutas familiares resulta básica la comprensión de la familia como un sistema vivo, abierto y en constante transformación, por tanto al estudiar el ciclo vital de la familia y el individuo es posible entender fenómenos comunicacionales o interaccionales que surgen en dicho sistema como parte de las crisis de su propio ciclo. Además es necesario comprender estos fenómenos dentro de un contexto social, cultural, demográfico, político, económico que dará una forma y significado específico a cada conflicto que experimente el sistema familiar.

Cuando en la terapia familiar se habla de crisis, ésta no tiene necesariamente una connotación negativa, puede en la mayoría de los casos ser el punto inicial de cambio; que a través de la flexibilidad del sistema les permitirían re-adaptarse y ajustarse a las transformaciones a las que se van enfrentando, sin embargo en algunos casos las crisis pueden ser vistas y vividas como una fuente de tensión y desintegración del sistema para que esto ocurra existen dinámicas familiares inadecuadas o demasiado rígidas que favorecen el estancamiento del sistema familiar en la problemática generada a partir de la crisis.

En la experiencia clínica durante las rotaciones de las sedes, la queja más común por la que acudían a buscar el servicio de Terapia Familiar fueron las relacionadas a los cambios en las distintas etapas del ciclo vital, muchas de las cuales habían intentado buscar ayuda previamente sin un cambio que fuera satisfactorio para éstas.

Esto se debe por una parte a una realidad nacional del México actual que atraviesa por tres grandes conflictos sociales: la falta de Educación, la Pobreza y la deficiencia de los sistemas de Salud Pública. Así tenemos pues que quien requiere un profesional de la salud mental, más específicamente un psicólogo no puede acceder a él ya sea por no contar con los recursos económicos para hacerlo o por no tener el conocimiento sobre el tipo de especialista a quien debe recurrir y dónde puede contactarlo. Las instituciones gubernamentales que asisten a la población con servicios de salud "integral" como le han llamado en muchos programas sociales no consideran la SALUD MENTAL o en algunos casos cuentan con un psicólogo para comunidades de más de 10,000 habitantes sin embargo no se cuenta con datos

estadísticos que respalden esta minimización que se ha hecho de la relevancia de la salud mental y el derecho de todos los mexicanos a acceder a estos servicios. Pues en el Estado de México el ISEM (Instituto de Salud del Estado de México) o el DIFEM (Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México) no recaban datos al respecto y por tanto no están disponibles para consulta de la población abierta.

En un panorama general, esto nos plantea la necesidad de que el Terapeuta Familiar por un lado conozca teóricamente sobre el desarrollo de las familias, de técnicas y estrategias de intervención, pero por otro lado que este conocimiento sea contextualizado en la realidad social de un país, de un estado, de una ciudad y de una comunidad específica de modo que la intervención contribuya a la solución del problema.

## **1.2 Trastornos de inicio en la infancia y familia.**

La investigación en relación a los factores familiares implicados en la etiología y la evolución de una enfermedad psiquiátrica y médica de un niño, han llevado al desarrollo de ciertas conclusiones relevantes. Se han utilizado tres áreas de investigación referentes a cómo interactúan las enfermedades infantiles y los procesos familiares: genética de la conducta, emoción expresada, interacción entre la dinámica familiar y las enfermedades en la infancia (Pintor-Duran, 2008)

Desde la genética de la conducta, un área multidisciplinaria que considera el análisis de las similitudes en la conducta entre parientes relacionados (hermanos, entre padres e hijos, medio-hermanos, etc.) además de los componentes ambientales divididos en compartidos (comunes a todos los hermanos) y los no compartidos (específicos de un niño individualmente en la familia).

Lo relevante de esta área multidisciplinaria como marco referencial para el tema del TDA es debido a que es en ella donde convergen dos elementos importantes: el biológico y el ambiental, es en este último que Pintor-Duran (2008) describe como la familia tiene un papel protagónico para desencadenar o agravar los trastornos psiquiátricos en la infancia, pues las influencias ambientales pueden ser experimentadas por cada miembro del sistema de manera diferente ocasionando

entonces respuestas a ellos que pudiera ir incluso a la presentación de un trastorno psiquiátrico.

Pero no es la única explicación en el capítulo 3 se abordaran varias de ellas, está depende fundamentalmente desde la disciplina que se tome como marco de referencia para explicar o conceptualizar el llamado “Trastorno por Déficit de Atención”; esto ha sido particularmente asunto de interés de la investigación que más adelante se expone y que nos lleva a hipotetizar sobre algunas consideraciones clásicas en la bibliografía especializada sobre el TDA.

### **1.2.1 TDA en la familia mexicana**

Durante el ciclo vital, cualquier familia esperaría atravesar por cada una de las etapas superando las crisis y adquiriendo nuevos aprendizajes y formas de relación.

Sin embargo ¿qué pasa cuando los niños enferman? Pero no de una gripa o cualquier tipo de la gran gama de enfermedades virales propias de la infancia, pues cultural y socialmente estamos preparados para enfrentarlas seguramente los padres acudirán con un médico (privado o de los sistemas públicos de salud) quien medicará a su hijo(a) según los síntomas incluso consultarán a los abuelos o tíos y quizá incorporen a la medicación remedios caseros como tés, cataplasmas, etc.

Pero en México, un país donde contamos con una pobre cultura sobre salud psicológica ¿qué ocurre cuando algún problema psicológico lo aqueja a este o a su familia?

Según cifras del DIFEM cada mes se atiende a 300 niños en edad escolar por un diagnóstico inicial relacionado a trastornos de inicio en la infancia, un alto porcentaje finalmente son diagnosticados con TDA o TDA-H.

Según los relatos de las familias que colaboraron en esta investigación, cuando descubren que algo no anda bien con su hijo a comparación de otros niños de su contexto inmediato primos, compañeros de salón, acuden con el médico (puesto hay quienes desconocen la labor clínica del psicólogo) y en caso de saber sobre los psicólogos acuden a instituciones públicas ISEM, DIF, IMSS, ISSSTE y es ahí donde se encuentran con su primer problema: La espera, citas que son otorgadas hasta con varios meses posteriores a la solicitud, después de esa cita toca volver a

esperar semanas o meses para las subsecuentes citas del tratamiento; lo que en la mayoría de los casos los lleva a desertar.

En otros casos si la economía familiar lo permite solicitan un servicio particular quizá sean los menos quienes relatan este camino pues la queja primordial es lo elevado y escaso que encuentran el servicio en las zonas donde viven.

En México no existe una base de datos seria que cuantifique la prevalencia del Trastorno por Déficit de atención en la población infantil, sino más bien se presumen la constancia en la tasa mundial que refiere del 3 al 7% de la población como afectado por el TDA o TDA-H.

### **1.3 Sedes de la práctica clínica supervisada**

El programa de Maestría y Doctorado en Psicología tiene establecidas dos sedes para la residencia en Terapia Familiar, estas son: la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Para quienes nos encontramos asignados en la sede de la FES Iztacala la práctica clínica supervisada se lleva a cabo en tres escenarios: la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, el servicio de psicología del ISSSTE “Tlalnepantla” y el CCH Azcapotzalco. Cada una de ellas ofrece una experiencia enriquecedora por el tipo de población que solicita el servicio aunado a las condiciones físicas de los espacios.

Durante las rotaciones de práctica supervisada contemplada en el currículo de formación de terapeutas familiares sistémicos; en el equipo de terapeutas donde estaba asignada se atendieron un total de 40 familias, 32 fueron dadas de alta y 8 fueron dadas de baja del servicio, esto porque el horario del servicio no convenía a sus intereses (trabajo, escuela, ect) así como por inasistencias (dos faltas consecutivas).

A continuación se presenta información sobre cada una de las sedes y un resumen de los casos atendidos en cada una de ellas, los datos que refieren a la identidad de las familias así como elementos clave en las descripciones de los motivos de consulta han sido cambiados para proteger y respetar la identidad de quien nos permitieron colaborar en su vida.

### **1.3.1 Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala**

*Ubicación:* Av. De los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala. Tlalnepantla de Baz, Estado de México. C.P. 54090

*Responsable de la sede clínica:* Dra. María Suarez

*Descripción de la sede:* la Clínica consta de dos cubículos, uno de ellos es usado para entrevistar a las familias consultantes, el otro es donde se encuentra el equipo de terapeutas. Ambos cubículos se conectan por un espejo unidireccional y un sistema de video grabación que provee del sonido de lo que ocurre en la sesión clínica con la familia al cubículo donde se localiza el equipo de terapeutas. La comunicación entre el terapeuta y el equipo se realiza a través de un teléfono de dos vías.

*Población solicitante del servicio:* los usuarios de la Clínica son estudiantes de licenciatura del la FESI así como vecinos de las colonias aledañas a la FESI, en algunos casos son canalizados por el servicio de Psicología de la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral) para recibir un servicio especializado por la complejidad de la problemática. El contacto con el personal de la clínica se puede hacer personalmente, a través del buzón de citas o vía telefónica en el buzón de voz

*Horario / Costo:* martes y jueves de 7 a 15 hrs. El servicio mantiene un costo por sesión de \$50.00 los que deben ser pagados en la caja de la CUSI quienes administran los recursos generados por las sesiones clínicas.

*Análisis de la sede:* la particularidad que ofrece la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, desde la visión de los usuarios es que brinda un servicio de psicoterapia especializado en familias, muchos de los consultantes acuden después de haber asistido a otras terapias psicológicas sin obtener los resultados que esperaban, esto sin duda genera un expectativa elevada sobre el servicio en las familias.

Sin embargo la comunidad universitaria poco conocía de la Clínica a pesar de encontrarse en las instalaciones de la FES, durante el periodo de estancia en la Maestría fue prioridad difundir el trabajo clínico que se realiza para beneficio de la comunidad, ésto resulto exitoso ya que se establecieron vínculos con Trabajo Social

de la CUSI y algunos organismos gubernamentales de atención social cercanos a la FESI.

Fig. 1. Resumen de casos atendidos en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala durante las rotaciones correspondiente al semestre 2010 – I.

semestre	Familia	Motivo de consulta	Etapas del ciclo vital	Situación del caso
2010 – I	A	Depresión	Familia con hijos adultos	Alta
2010 – I	B	Sospecha de abuso sexual	Familia con hijos pequeños	Alta
2010 – I	C	Depresión	Matrimonio sin hijos	Alta
2010 – I	D	Reorganización familiar, cuidados de un miembro con discapacidad	Familia con hijos adultos	Alta
2010 – I	E	Control de esfínteres	Familia con hijos pequeños	Baja
2010 - I	F	Bajo rendimiento escolar	Familia con hijos adultos	Alta
2010 – I	G	Comunicación familiar	Familia con hijos adultos	Alta
2010 – I	H	esquizofrenia	Familia con hijos adultos	Alta
2010 – I	I	Problemas de lenguaje	Familia con hijos pequeños	Baja
2010 – I	J	Limites con los hijos	Familia con hijos pequeños	Alta
2010 – I	K	Reorganización familiar, cuidado de un hijo con epilepsia.	Familia con hijos pequeños	Alta

De las 11 familias que consultaron en la Clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala, se observó que las familias con hijos pequeños y con hijos adultos son las etapas del ciclo vital en las que se encontraban al momento de solicitar el servicio y los motivos de consulta eran depresión relacionada a metas profesionales así como conflictos interaccionales derivados de la reorganización que sufren las familias en cada etapa del ciclo vital. De los casos atendidos 9 fueron dados de alta y 2 más fueron dados de baja por inasistencias.

### 1.3.2 Unidad de Medicina Familiar: ISSSTE “Tlalnepantla”

*Ubicación:* Av. Chilpancingo S/N Col. Ceylán. Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

*Responsable de la sede clínica:* Mtra. María Rosario Espinosa Salcido / Mtra. Susana González Montoya.

*Contacto institucional:* Psic. Reyna Araceli Martínez – Responsable del servicio de Psicología en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Ceylán.

*Descripción de la sede:* es un cubículo dentro de la UMF ISSSTE Ceylán, de forma que se el terapeuta se sienta frente a la familia y detrás de la familia se sienta el equipo de terapeutas. La comunicación del equipo con el terapeuta se realiza a través de mensajes escritos en un pizarrón que se encuentra detrás de los terapeutas siendo visible así al terapeuta pero no a la familia.

*Población solicitante del servicio:* los usuarios del servicio son derechohabientes del ISSSTE y son canalizados por la psicóloga responsable del servicio de psicología de la UMF del ISSSTE Ceylán basada en las problemáticas de los solicitantes.

*Horario / Costo:* Jueves de 8 a 14 hrs, el servicio no tiene costo.

*Análisis de la sede:* el servicio de Terapia Familiar se encuentra inserto en una institución de salud pública lo que presenta una visión más institucional del este. Una particularidad es el uso de batas blancas durante las sesiones clínicas, la duración de las sesiones generalmente es exacta de una hora ya que los usuarios solicitan comprobantes de permanencia en el servicio.

Un dato no menos relevante, son las canalizaciones de pacientes al servicio por parte de los médicos familiares, es común que como motivo de consulta refieran términos como “neurosis”, “enfermedades psicósomáticos”, “depresión”, “crisis de ansiedad” “celotipia”, etc. durante el transcurso de las entrevistas terapeutas y pacientes descubren que las interacciones problemáticas poco tienen que ver con las manifestaciones clínicas de dichas etiquetas. Es quizá en esta sede donde se presentan el menor índice de faltas o deserciones de pacientes.

Fig. 2. Resumen de casos atendidos en la Clínica de medicina Familiar ISSSTE Ceylán en las rotaciones correspondientes a los semestres 2009 – II y 2010 – II.

<b>semestre</b>	<b>Familia</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Etapa del ciclo vital</b>	<b>Situación del caso</b>
2009 – II	L	neurosis	Familia con hijos pequeños	Alta
2009 – II	M	Comunicación	Familia con hijos adolescentes	Alta
2009 – II	N	Ansiedad	Nido vacío	Alta
2009 – II	O	Ansiedad	Familia con hijos	Alta

			adultos	
2009 – II	P	Depresión	Familia con hijos adultos	Baja
2010 – II	Q	Adicciones	Familia con hijos adolescentes	Baja
2010 – II	R	Ansiedad	Familia con hijos adultos	Baja
2010 – II	S	Depresión	Nido vacío/ familia reconstituida	Alta
2010 – II	T	Neurosis	Familia con hijos adultos	Alta

De las nueve familias consultantes, tres fueron bajas del servicio debido pues los horarios no eran compatibles con los de su trabajo por lo que consiguieron la autorización para continuar con el tratamiento, seis familias más fueron dadas de alta habiendo sido la intervención exitosa.

Una peculiaridad de la sede fue que la mayoría de las familias se encontraba en la etapa del ciclo vital de la familia con hijos adultos, asociado a ello el motivo de consulta eran depresión o ansiedad causada por la inminente salida de los hijos del núcleo familiar, reorganización que evidenciaba temores en los padres respecto al bienestar de sus hijos y en algunos casos los conflictos maritales que no habían sido resueltos desde años atrás.

### **1.3.3 Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Azcapotzalco**

*Ubicación:* Av. Parque Vía Mz. 1 N.1 Col. Ex Hacienda del Rosario, Del. Azcapotzalco

*Responsable de la sede clínica:* Dra. Juana Bengoa

*Contacto institucional:* Mtra. Maricela Gómez – Responsable del servicio de psicopedagogía

*Descripción de la sede:* la Clínica consta de dos cubículos, uno de ellos es usado para entrevistar a las familias consultantes, el otro es donde se encuentra el equipo de terapeutas. Ambos cubículos se conectan por un espejo unidireccional y un sistema de video grabación que provee del sonido de lo que ocurre en la sesión clínica con la familia al cubículo donde se localiza el equipo de terapeutas. La comunicación entre el terapeuta y el equipo de terapeutas se lleva a cabo a través de un equipo telefónico de dos vías.



*Población solicitante del servicio:* los usuarios de la Clínica son estudiantes y/o trabajadores del CCH Azcapotzalco o familiares de ellos. El contacto de los solicitantes se realiza a través del servicio de psicopedagogía del CCH quienes canalizan los casos a los terapeutas.

*Horario / Costo:* martes 7 a 15 hrs. El servicio es gratuito ya que los beneficiarios del servicio son estudiantes y/o trabajadores del plantel.

*Análisis de la sede:* la particularidad más relevante de la sede es que en su gran mayoría quienes son usuarios de servicio son adolescentes de entre 15 y 18 años de edad, quienes presentan problemáticas variadas, sin embargo en la mayoría de los casos estas se encuentran relacionadas a riesgo de consumo de drogas y/o alcohol, así como a un bajo desempeño escolar que identifican está relacionado al cambio brusco entre la vigilancia de la secundaria y la libertad del modelo de CCH.

Otra particularidad es que las familias de la mayoría de ellos no saben que acudieron a buscar ayuda psicológica, en varios casos no creyeron que si sus padres asistían se resolverían las dificultades con mayor eficiencia. Situación que no disminuyó el cumplimiento y compromiso de los adolescentes con el servicio.

Fig. 3. Resumen de los casos atendidos en el Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Azcapotzalco en las rotaciones correspondientes a los semestres 2009 – II y 2010 – II.

<b>semestre</b>	<b>Familia</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Etapa del ciclo vital</b>	<b>Situación del caso</b>
2009 – II	U	Depresión y adicciones	Familia con hijos adolescentes y adultos	Alta
2009 – II	V	Enfermedad terminal	Familia con hijos adolescentes	Alta
2009 – II	W	Limites con los hijos	Familia con hijos adolescentes	Baja
2009 – II	X	Comunicación	Familia reconstituida con hijos adolescentes	Alta
2009 – II	Y	Comunicación	Familia con hijos adolescentes	Alta
2010 – II	Z	Comunicación	Familia con hijos adolescentes	Alta
2010 – II	AB	Depresión	Familia con hijos adolescentes	Alta
2010 – II	AC	Problemas de relación en el trabajo	Nido vacío	Alta
2010 – II	AD	Violencia intrafamiliar	Familia con hijos adolescentes	Baja
2010 – II	AE	Prevención de adicciones	Familia con hijos adolescentes	Alta

2010 – II	AF	Adicciones	Familia con hijos adolescentes	Baja
2010 – II	AG	Limites	Familia con hijos adolescentes	Baja
2010 – II	AH	Depresión	Familia con hijos adolescentes	Alta

Una particularidad que es esperable de la sede es que la mayoría de las familias se encuentran en la etapa del ciclo vital de la familia con hijos adolescentes, fue relevante que la mayoría de los hijos que asistieron llevaban roles de hijos parentales pues uno de los padres (especialmente las madres) se encontraban en funciones de hijo y los el otro (especialmente los padres) eran periféricos en las funciones de crianza de los hijos, se presentaban como familias desligadas. En los casos cuyo motivo de consulta fue depresión o comunicación estaba relacionada al rompimiento de un noviazgo situación que proveía al adolescente de un vinculo estable según lo relataron para afrontar dicha ruptura buscaron en los padres apoyo lo que evidencio que la relación entre ellos era distante lo que transformo el foco de la terapia de la ya finiquitada relación de noviazgo al rescate de la relación con sus padres.

#### **1.4 Particularidades de la supervisión**

Al inicio de la rotación los terapeutas en formación se reúnen con el(los) supervisor(es) de la sede, donde el supervisor los introduce a sobre las particularidades de la sede, en algunos casos se realizan ejercicios con el genograma de los alumnos a fin de conocer las posibles dificultades terapéuticas.

Posteriormente se acuerdan las fechas y horarios de las sesiones que se programaran durante el semestre y se asignan los casos a los terapeutas que estarán entrevistando a cada familia, mismo que tiene la responsabilidad de realizar una entrevista telefónica previa a la primera sesión donde reúnen datos importantes sobre la queja que permitan realizar hipótesis sobre la familia y sobre las posibles soluciones.

La información recabada en la entrevista telefónica y en las sesiones posteriores se sienta en una “acta de sesión” la que contiene datos sobre la fecha y número de sesión, Familiograma de los consultantes, resumen de la sesión, cierre de la sesión

o mensaje del equipo, miembros que asistieron, hipótesis y objetivos terapéuticos para la siguiente sesión programada.

La modalidad en que se llevaron a cabo las sesiones de práctica supervisada es similar en los tres escenarios que se contemplan en el programa de la residencia en Terapia Familiar Sistémica, es decir las sesiones son estructuradas de la siguiente forma:

<b>PRE SESIÓN</b>	La duración de esta fase es un promedio de 10 minutos, en ella se reúnen el terapeuta y el equipo con el fin de recordar datos relevantes de la sesión anterior, discutir sobre los objetivos del terapeuta y plantear líneas de intervención que guían el trabajo clínico con la familia
<b>SESIÓN</b>	La duración de la sesión es de aproximadamente 30 minutos. Durante ella, el terapeuta y la familia conversan sobre el motivo de consulta, se realizan intervenciones que dirijan hacia los objetivos planteados. El equipo mantiene comunicación con el terapeuta a través de los equipos telefónicos de dos vías o de notas en el pizarrón con el fin de sugerir intervenciones o enviar mensajes a la familia.
<b>INTER SESIÓN</b>	Al término de la sesión el terapeuta sale a reunirse con el equipo quienes comentan hipótesis, sugieren tareas y realizan análisis sobre lo ocurrido en la sesión con el fin de elaborar un mensaje para la familia. La duración de esta fase suele ser de un par de minutos
<b>CIERRE DE SESIÓN</b>	El terapeuta vuelve con la familia y entrega el mensaje del equipo, indica las tareas y acuerda con los consultantes la nueva fecha de sesión.
<b>POST SESIÓN</b>	La duración es de aproximadamente 10 minutos, en esta fase se comenta lo ocurrido en la sesión, las intervenciones acertadas, sugerencias para aquellas que no resultaron exitosas, sugerencias para las próximas sesiones respecto a los objetivos de la intervención y la actuación del terapeuta.

Esta modalidad usada, extraída de la escuela de Milán ha sido de mucha utilidad en la formación de terapeutas familiares sistémicos, en mi experiencia favoreció el aprendizaje ya que me permitió concretar los conceptos e intervenciones de los modelos contemplados en la formación.

Dentro de las sesiones supervisadas, se muestra el estilo de cada uno de los terapeutas en formación esto me permitió nutrir mi propio estilo de trabajo y desarrollar entre todo el equipo una modalidad de trabajo que favoreciera el desarrollo profesional de todos y que además permitiera ser eficientes en los casos atendidos. Las supervisiones con las que se llevaron a cabo las sesiones aportaron una estructura que fue desde un estilo muy directivo que fue siendo más flexible en los últimos semestres, esto permitió que el compromiso de los integrantes del equipo fuera más firme y con visión amplia de los objetivos a seguir.

## CAPITULO 2. MARCO TEORICO

La Terapia Familiar Sistémica, se desarrolla a partir de aportaciones de teorías o metateorías que son comunes a diferentes enfoques de intervención que de ella se derivan como son: el modelo estructural, estratégico, de Terapia Breve orientada a problemas u orientada a las soluciones, Milán y los derivados del Posmodernismo como el Narrativo y el colaborativo.

En esta parte se presentan los diferentes enfoques de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

### 2.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962 impulsada por circunstancias clínicas y de investigación Jones (1980) señala como John Bell acuña el termino <<terapia familiar>> para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento.

Desde entonces la denominación “terapia familiar” se ha convertido en un cajón de sastre que engloba numerosas y dispares formas de hacer terapia, a las que les sigue el apelativo de “familiar”, así encontramos entre otras la terapia familiar psicoanalítica, la terapia familiar gestáltica, la terapia familiar conductual y la terapia familiar sistémica (Ochoa, 1995).

Situándonos en el surgimiento de la **terapia familiar sistémica** es necesario precisar que la formación de este paradigma se vio influenciado por las observaciones que diversos terapeutas realizaron de forma independiente al entrevistar al grupo familiar sobre el miembro sintomático y de esta forma la experiencia de observar la dinámica familiar situó el interés las relaciones presentes entre los miembros de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones presentes entre los componentes de la familia.

Hoffman (1987) considera entre los precursores de la terapia familiar a Nathan W. Ackerman, Murray Bowen, Carl Whitaker, G. Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don Jackson, Milton H. Erickson, Paul Watzlawick; cada uno aportando su contribución a la formación y consideración de lo que conocemos como Terapia Familiar Sistémica.

Ackerman fue quizá el primero en incluir en su enfoque terapéutico la misma importancia a los conceptos intrapsíquicos e interpersonales; planteando así que existía una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa (Ochoa, 1995). Su principal contribución además de su legado pragmático es que él inició esta perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico (Sánchez, 2000).

Murray Bowen que al igual que Ackerman poseía una formación inicial como psiquiatra infantil, desarrolla la <teoría familiar de sistemas> que él diferencia de la <teoría general de sistemas> de Bertalanffy; como consecuencia de la investigación define a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales (Ochoa, 1995).

Gregory Bateson cuyos legados constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica (Vargas, 2004) pues introdujo herramientas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento. Dentro de sus investigaciones sobre comunicación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas, lo que posteriormente en sus trabajos con Don Jackson darían origen al desarrollo de la <Teoría del doble vínculo> que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia, dicha teoría alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

Es una aportación de Milton H. Erickson, el uso de procedimientos psicoterapéuticos opuestos a los procedimientos clásicos además de estrategias inusitadas, que se diferenciaban no solo por su originalidad operativa sino también por sus eficientes resultados (Vargas, 2004).

En 1955 durante la investigación de paradojas en la comunicación Jay Haley y John Weakland comenzaron a contactar a Milton Erickson quienes estudiaron el tipo de comunicación terapéutica que empleaba así como sus estrategias terapéuticas y utilizaron conceptos desarrollados durante el “proyecto de Bateson” para describir la interacción hipnotizador-sujeto como los cambios provocados por los trances terapéuticos

Posteriormente Jay Haley en 1963 en el caso de la terapia estratégica realiza la primera síntesis de la explicación Batesoniana y la práctica de Erickson, la influencia que Erickson generó no solo es observable en la terapia estratégica sino también en el posterior desarrollo de los enfoques orientados a las soluciones de O'Hanlon.

Es notable la influencia que la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación, la cibernética así como del construccionismo social y el constructivismo ha recibido la terapia familiar sistémica, a continuación se presentan de manera breve los fundamentos teóricos conceptuales de cada una de ellas con el fin de explicitar la contribución y relación entre ellas.

**La teoría general de sistemas (TGS) o teoría de sistemas o enfoque sistémico** es un esfuerzo de estudio interdisciplinario que trata de encontrar las propiedades comunes a entidades, los sistemas, que se presentan en todos los niveles de la realidad, pero que son objeto tradicionalmente de disciplinas académicas diferentes. Desarrollo que se atribuye al biólogo austriaco Ludwig Von Bertalanffy, quien acuñó la denominación a mediados del siglo XX.

T.G.S. aparece como una *metateoría*, una teoría de teorías (en sentido figurado), que partiendo del muy abstracto concepto de sistema busca reglas de valor general, aplicables a cualquier sistema y en cualquier nivel de la realidad.

Siempre que se habla de sistemas se tiene en vista una totalidad cuyas propiedades no son atribuibles a la simple adición de las propiedades de sus partes o componentes. En las definiciones más corrientes se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo (teleología). Esas definiciones que nos concentran fuertemente en procesos sistémicos internos deben, necesariamente, ser complementadas con una concepción de sistemas abiertos, en donde queda establecida como condición para la continuidad sistémica el establecimiento de un flujo de relaciones con el ambiente.

Según Bertalanffy (1976) se puede hablar de una filosofía de sistemas, ya que toda teoría científica de gran alcance tiene aspectos metafísicos. El autor señala que “teoría” no debe entenderse en su sentido restringido, esto es, matemático, sino que la palabra teoría está más cercana, en su definición, a la idea de paradigma de Kuhn. El distingue en la filosofía de sistemas una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas.

La ontología se aboca a la definición de un sistema y al entendimiento de cómo están plasmados los sistemas en los distintos niveles del mundo de la observación, es decir, la ontología se preocupa de problemas tales como el distinguir un sistema real de un sistema conceptual. Los sistemas reales son, por ejemplo, galaxias, perros, células y átomos. Los sistemas conceptuales son la lógica, las matemáticas, la música y, en general, toda construcción simbólica. Bertalanffy entiende la ciencia como un subsistema del sistema conceptual, definiéndola como un sistema abstraído, es decir, un sistema conceptual correspondiente a la realidad. El señala que la distinción entre sistema real y conceptual está sujeta a debate, por lo que no debe considerarse en forma rígida.

La epistemología de sistemas se refiere a la distancia de la TGS con respecto al positivismo o empirismo lógico. Bertalanffy, refiriéndose a si mismo, dice: “En filosofía, la formación del autor siguió la tradición del neopositivismo del grupo de MoritzSchlick, posteriormente llamado Círculo de Viena. Pero, como tenía que ser, su interés en el misticismo alemán, el relativismo histórico de Spengler y la historia del arte, aunado a otras actitudes no ortodoxas, le impidió llegar a ser un buen positivista. Eran más fuertes sus lazos con el grupo berlinés de la Sociedad de Filosofía Empírica en los años veintitantos; allí descollaban el filósofo-físico Hans Reichenbach, el psicólogo A. Herzberg y el ingeniero Parseval(inventor del dirigible)”. Bertalanffy señala que la epistemología del positivismo lógico es fisicalista y atomista. Fisicalista en el sentido que considera el lenguaje de la ciencia de la física como el único lenguaje de la ciencia y, por lo tanto, la física como el único



modelo de ciencia. Atomista en el sentido que busca fundamentos últimos sobre los cuales asentar el conocimiento, que tendrían el carácter de indubitable.

Finalmente, Bertalanffy reconoce que la teoría de sistemas comprende un conjunto de enfoques que difieren en estilo y propósito, entre las cuales se encuentra la teoría de conjuntos (Mesarovic) , teoría de las redes (Rapoport), cibernética (Wiener), teoría de la información (Shannon y Weaver), teoría de los autómatas (Turing), teoría de los juegos (Von Neumann), entre otras. Por eso, la práctica del análisis aplicado de sistemas tiene que aplicar diversos modelos, de acuerdo con la naturaleza del caso y con criterios operacionales, aun cuando algunos conceptos, modelos y principios de la TGS –como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la retroalimentación, etc.– son aplicables a grandes rasgos a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales.

Los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son:

1. Todo sistema es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema esta interactuando por las cualidades individuales de la suma de “n” elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de ellos, el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, estas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género, y la función. Los límites marcan las jerarquías y su funcionalidad. En el modelo estructural Minuchin nos habla de los subsistemas parentales, subsistemas fraternos y el subsistema de la familia extensa. Estos límites serán lo que marquen la frontera o la división de estos subsistemas.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye el comportamiento de B, C,

D, etc. por tanto, se deberá ver en la terapia familiar el comportamiento de A, B, C, D y además para determinar el patrón contextual no solo de A sino de todo el sistema familiar.

4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, pero como se ha mencionado con anterioridad, los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o morfogénesis. Por tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente y no por principios estáticos o cerrados. La homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación.
5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos.

Ya se citaba anteriormente que la teoría general de sistemas comprende un conjunto de enfoques como el de la cibernética de primer orden que se entiende como la ciencia de la pauta y de la organización, la cual se preocupa por los procesos de control y la comunicación. Con la concepción de que no es posible considerar una parte del fenómeno separada de las otras por su interdependencia, aparece el estudio de los mecanismos de regulación como lo es la retroalimentación. (Planteado por Wiener) Fundamenta la nueva teleología de la circularidad, para la mantención de un equilibrio dinámico (Jutorán, 1994).

La terapia familiar sistémica también es influenciada por los estudios relacionados a la **cibernética de primer y segundo orden**. La cibernética de primer orden, se estudian todos los fenómenos como sistemas, pero, ¿qué pasa con el observador? ¿Qué rol juega?, es decir, ¿es parte de un sistema mayor al que está observando? ¿Puede incluirse en el sistema dependiendo de la unidad de análisis que se esté

ocupando? Estas son preguntas que movilizaron hacia una cibernética de segundo orden, en la cual se planteaba la necesidad de entender los límites de los sistemas.

Entre la cibernética de primer orden y segundo orden hay un abismo de diferencias epistemológicas que es imprescindible ir aclarando. En la cibernética de primer orden hay una excesiva confianza en nuestros sentidos y percepciones, como si fuesen fidedignos de una realidad que esta “afuera”, en donde nuestro rol es “descubrirla” para tener un mejor entendimiento del mundo. Y no únicamente se observa a nivel individual cuando cada uno le otorga cualidades a los sistemas particulares, también se observa en los sistemas sociales, en donde se confía excesivamente en los consensos sociales, por ejemplo para diferenciar lo normal de lo anormal.

En otras palabras, lo que caracteriza a la cibernética de segundo orden es que se funda en la premisa de que no pueden plantearse observaciones, de un sistema por ejemplo, con independencia de los observadores. Esto no es algo trivial, ya que si lo reflexionamos permite al observador adentrarse en una nueva constelación de posibilidades, donde la experiencia propia y las diversas puntuaciones que cada uno hace de su realidad cobran una importancia crucial.

De fundamental importancia fueron también las aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana proveniente de Palo Alto, California que fuera desarrollada incorporando las ideas de Gregory Bateson junto con un grupo de colaboradores incorporaron las premisas cibernéticas a la comunicación, siendo cinco axiomas los que conforman esta teoría (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1993):

1. Toda conducta es comunicación y es imposible dejar de comunicarse
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. El contenido es la información incluida en el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los comunicantes. Es decir, cada participante define la secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera
4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. La comunicación digital se refiere al lenguaje verbal que emplea signos arbitrarios establecidos por acuerdo convencional o convención social, como son las palabras o los números. Mientras que el lenguaje analógico puede ser referido por un signo, dibujo, marca, etc. También es analógica, toda comunicación no verbal.
5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia

## **2.2 Análisis de los principios teórico - metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna**

La modernidad comprendió el periodo entre principios del siglo XVI consolidándose en el siglo XVIII y el siglo XIX, agotándose en el siglo XX según Friedman (2001) la modernidad se caracterizó por la liberación del individuo de las restricciones tradicionales como la religión, clases social, riesgo de mortalidad, oportunidades económicas, movilidad geográfica entre otras; quizá la sobrevaloración de la capacidad aparentemente ilimitada de la ciencia es un sello característico de la época. Así la potencialidad ilimitada vista en la ciencia y tecnología prometía tener la solución a casi cualquier problema.

Siendo esta una tendencia de la modernidad, la psicología también realiza un esfuerzo por llegar a ser considerada una disciplina objetiva, lo que exigía un control absoluto de las variables del objeto estudiado, con una sistematización de la forma de estudiar ese objeto que aplicaba un sujeto experto. Esta forma de pensar sitúa los supuestos de las teorías terapéuticas en referencia a una causa subyacente como base de la patología localizada dentro de los clientes o de las relaciones que estos establecían, por lo cual es durante este periodo que surgen medios para diagnosticar problemas y sistemas de clasificación de patologías.

Al agotarse la modernidad en el siglo XX, llegan las ideas posmodernas que presentan una nueva perspectiva que influye la forma de concebir y hacer terapia y por su puesto también de cómo percibe a los terapeutas.

El posmodernismo rechaza la idea de un universo cognoscible y señala la presencia de realidades divergentes constituidas socialmente y situadas históricamente, es decir, reconocía que no existía un solo tipo de conocimiento verdadero sino que existían conocimientos locales; de forma que no existiría un conocimiento universalmente aceptado del mundo "real" sino que usamos símbolos de nuestro contexto que nos permiten negociar nuestro mundo real.

Anderson (1999) dice respecto al posmodernismo que éste representa una crítica y no una época; una orientación filosófica que se aparta radicalmente de la tradición moderna, que no presenta un concepto unificado, sino que en diversas formas de cuestionamiento al modernismo muestra la ruptura con éste. Entonces, el posmodernismo se caracteriza por la valoración que hace de la incertidumbre e impredecibilidad de los hechos.

### **Constructivismo**

Cuestiona la visión objetivista del mundo, explicando que si existe una realidad concreta a la que la gente se aproxima cada vez más en sus constructos, aunque nunca se puede acceder a ella completamente (Elkaim, 1996). Desde esta perspectiva el conocimiento no se recibe pasivamente por medio de los sentidos o la comunicación sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente; así la función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto, no para descubrir una realidad ontológica objetiva.

El constructivismo al ser un modo de pensar y no una descripción del mundo, representa un modelo hipotético que no se propone describir ninguna realidad absoluta sino solo fenómenos de nuestra experiencia, que para describirla el sujeto crea constructos. También esta teoría explica que los problemas se crean y mantienen en el dominio del lenguaje y deben resolverse en dicho dominio; no niega la realidad social pero no se limita a esta.

Planteamiento que impactó enormemente entre los terapeutas familiares pues introdujo la idea de que los individuos tienen un papel activo en relación con el

conocimiento del mundo, lo que introdujo la posibilidad de múltiples versiones acerca de la realidad (Mastache y Limón, 1996) lo que acepta la idea de que todo es interpretación.

### **Construccionismo social**

En el construccionismo social la realidad se construye socialmente, a través del lenguaje y de las relaciones en aquellos contextos en que nos encontramos inmersos (familia, cultura, etc.), tanto del lenguaje externo (a los otros) como del lenguaje interno (a sí mismo) de este dialogo se presenta una constante generación de significados. Desde esta perspectiva la acción humana es producto de sus relaciones sociales y no de la forma en que se mira el mundo (Gergen, 1989).

Hoffman (1987) cita algunos de los supuestos de esta perspectiva, donde habla de la objetividad sólo como un logro literario por lo que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás. Las exposiciones narrativas no son replicas de la realidad, sino dispositivos a partir de los cuales se construye la realidad y se rechaza el supuesto de que el conocimiento es una representación exacta del mundo; en vez de esto, se supone que el conocimiento incluyendo el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo, es la construcción comunal, un producto del intercambio social. De forma tal que las ideas, verdades, el propio ser son producto de las relaciones humanas de una comunidad de personas y relaciones.

El construccionismo social aportó otra visión del proceso terapéutico, sobre todo en la relación terapeuta – cliente, donde se acepta la influencia mutua entre consultante y terapeuta y se intenta eliminar el proceso jerárquico y unidireccional que caracteriza la práctica terapéutica moderna. Hoffman (1987) describe este enfoque como más participativo que otros y menos orientado hacia los objetivos, incluso hay quienes afirman que no tiene objetivos en lo absoluto.

### 2.2.1 MODELO ESTRUCTURAL

- ***Orígenes y desarrollo del modelo***

La terapia estructural ha sido desarrollada por Salvador Minuchin en la década de los 70's, donde la aproximación teórica y práctica intenta modificar la estructura del grupo familiar y en consecuencia, al cambiar de posiciones los miembros del grupo cambian también las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1986).

Minuchin sostenía que un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende a considerar al individuo como el asiento de la patología y a reunir solamente los datos que pueden obtenerse acerca del individuo. Sin embargo un terapeuta estructural de familia puede acercarse cuando desee estudiar lo intrapsíquico, pero también puede observar un foco más amplio: las interacciones de los individuos en los contextos importantes de su vida. Entonces desde esta perspectiva teórica existe un interés particular por descubrir cómo es que todos los miembros del sistema familiar participan en el mantenimiento del síntoma y de cómo este síntoma influye en el mantenimiento de la estabilidad familiar.

Minuchin y Fishman (1991) abordan algunos de los conceptos teóricos del modelo estructural, uno que resulta fundamental es el de estructura familiar, que es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en los que interactúan los miembros de la familia; la estructura familiar debemos prestar atención a las pautas transaccionales, jerarquías, alianzas, coaliciones, límites, etc. (Montalvo, 2007).

Minuchin (1986) expone que el sistema familiar se compone por subsistemas u holones que se diferencian unos de otros por sus funciones que desempeñan y por quienes lo componen. Los límites de cada holón están compuestos por las reglas que definen quienes participan, de qué forma y cuales actividades; la función de los límites es proteger la diferenciación entre los holones y como fin último proteger y organizar al sistema familiar.

Recientemente Minuchin (2002, cit. en Desatnik en Eguiluz, 2004) se considera a sí mismo "un terapeuta estructural estratégico narrativo" con ello además de su marco teórico estructural y su postura de liderazgo hacia la familia en la terapia

retoma en su quehacer terapéutico las narrativas familiares y con ello la co-construcción de las narraciones alternativas.

- **Representantes del modelo**

Su principal representante es Salvador Minuchin, quien comienza su trabajo terapéutico con grupos minoritarios de migrantes en EU, posteriormente durante su estancia en la ChildGuidanceClinic de Filadelfia. Durante esta etapa trabajó de forma conjunta con JayHaley.

Desatnik en Eguiluz (2004) cita a Braulio Montalvo, Harry Aponte, Jorge Colapinto, Berenice Rosman y la misma esposa de Minuchin, Pat Minuchin como otros representantes importantes del modelo..

- **Intereses principales del modelo**

El modelo estructural centra su interés en la estructura del sistema familiar, la cual está compuesta por:

<i>PAUTAS TRANSACCIONALES</i>	/ Operaciones repetidas, regulan la conducta de los miembros y son sostenidas por los sistemas de coacción / Genéricos e implican reglas universales que gobiernan la organización familiar.
<i>SISTEMAS DE COACCIÓN</i>	/ Idiosincráticos e implican las expectativas mutuas de los miembros de la familia
<i>JERARQUIA</i>	/ Refiere al ejercicio del poder, al establecimiento de reglas bajo las cuales se organiza la interacción familiar, a su cumplimiento y al establecimiento de consecuencias por su cumplimiento o no.
<i>CENTRALIDAD</i>	/ Consiste en acaparar o aglutinar la mayor parte de las interacciones familiares
<i>MIEMBRO PERIFERICO</i>	/ Es el miembro que menos participación tiene en la organización e interacción familiar.
<i>GEOGRAFIA</i>	/ Refiere al espacio físico individual o compartido dentro de la familia
<i>TERRITORIO</i>	/ Refiere al espacio emocional individual o compartido de la familia
<i>ALIANZAS</i>	/ Unión de dos o más miembros de la familia para obtener algo del otro
<i>COALICIONES</i>	/ Unión de dos o más para perjudicar a otro, necesariamente implican un CONFLICTO. / Pueden ser una forma específica de coalición, p.ej.



<i>TRIANGULACIONES</i>	cuando los padres se comunican mandando mensajes negativos a través de un hijo.
<i>SOBREINVOLUCRAMIENTO</i>	Se caracteriza por una fuerte interdependencia emocional que puede estar matizada por sobreprotección de un padre o ambos hacia un hijo, existiendo límites difusos entre subsistemas de manera que casi no existe independencia personal
<i>LÍMITES</i>	<p>LIMITES CLAROS.- aquellos que se definen con precisión e implican que los miembros funcionen sin interferencia, permiten el adecuado desarrollo de sus funciones (espectro normal).</p> <p>LIMITES RIGIDOS.- aquellos que caracterizan a las familias con subsistemas autónomos, independientes; se crea una comunicación difícil, restringiendo los contactos entre los individuos y subsistemas (Desligadas)</p> <p>LIMITES DIFUSOS.- aquellos que no marcan con precisión quien y como participan en cada momento, implican invasión entre subsistemas, se da una falta de autoridad en el desempeño de los roles familiares (Aglutinados)</p>

La evaluación de la estructura familiar resulta de gran utilidad para la terapia familiar, ya que permite observar como la familia ha respondido a cambios internos y externos. Se esperaría que una familia normal se transforme a lo largo del tiempo adaptándose y reestructurándose de tal modo que siga funcionando, que la familia cuente con pautas transaccionales suficientes y pautas transaccionales alternativas que favorezcan su adaptación al estrés de un modo tal que mantenga la continuidad del sistema familiar.

#### Diagnóstico estructural

El diagnóstico estructural requiere el plantear hipótesis que intenten explicar la relación que existe entre los miembros del sistema familiar a través de sus interacciones y el síntoma, esta relación se plantea de forma grafica a través del famliograma pues esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, etc.

Teóricamente se plantea la elaboración de un diagnostico estructural, está no es independiente de la etapa de intervención; pues desde el inicio el terapeuta se mantiene interactuando con la familia.

El diagnóstico interaccional se modifica constantemente, a medida que la familia acepta la intervención del terapeuta o se resiste a ella, ya que se considera que las familias y los individuos se relacionan y cambian de acuerdo a su contexto social.

- **Objetivos terapéuticos**

El objetivo terapéutico es modificar la estructura familiar, es decir, su dinámica y organización, el terapeuta intenta romper la homeóstasis existente produciendo crisis y de esta forma empuja al sistema a elaborar pautas transaccionales distintas que permiten una mejor organización del sistema para su funcionamiento.

- **Técnicas y estrategias terapéuticas**

*Operaciones de unión y acomodamiento:*

En la formación del sistema terapéutico resultan fundamentales los métodos que use el terapeuta para tal efecto, pues en la creación del sistema terapéutico, él será el líder de ese sistema, para lo cual el terapeuta puede utilizar las OPERACIONES DE ASOCIACIÓN con la familia, que son: la UNIÓN y el ACOMODAMIENTO (Minuchin, 1979).

En este proceso el terapeuta puede optar por el uso de tres posiciones con respecto a la familia:

Posición cercana: La posición de cercanía le permite al terapeuta entrar en convivencia con miembros de la familia, acaso coligándose con unos de ellos contra otros, mostrándose en una posición afectuosa, empática, emocional y de reconocimiento.

Desde la posición de cercanía el terapeuta: Valida la realidad de los holones en que coparticipa, busca los aspectos positivos, se empeña en reconocerlos y premiarlos, confirmar a los miembros de la familia que le disgustan, para ello no necesita estudiar el modo de pintarlo todo color de rosa, confirma los aspectos positivos de las personas, el terapeuta se vuelve en fuente de autoestima para los miembros de la familia.

Posición intermedia: El terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa, esta modalidad de coparticipación se llama rastreo, es un buen método de recopilar datos, este método no es neutral ni tan

objetivo pues puede restringir la libertad de movimiento del terapeuta, ya que es posible que toda su atención quede puesta en el contenido del relato de la familia.

Posición distante: El terapeuta también puede coparticipar con una familia desde una posición distante, se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia un sentimiento de ser competentes o la esperanza del cambio, es decir, no hace papel de actor en la danza familiar sino de director. A través de ser el director puede promover la escenificación de movimientos habituales o introduce novedades. Estas técnicas funcionan para producir cambios, pero son también métodos de coparticipación que aumentan el liderazgo del terapeuta por el hecho mismo de que la familia lo experimenta como un árbitro de las reglas de la sesión.

En este proceso el terapeuta debe aceptar la organización, estilo de la familia, fundirse con ellos, es decir, experimentar las pautas transaccionales de la familia y la fuerza de esas pautas, pero esto conlleva el riesgo potencial de que el terapeuta sea absorbido por el sistema familiar y sus pautas transaccionales, riesgo que el terapeuta deberá manejar a través de los métodos que emplee en su intervención con la familia. Esto permitirá la exploración comunicativa y participación con la familia en temas: abiertos, parcialmente cerrados y bloqueados. Así el terapeuta está posibilitado para cuestionar la percepción de la realidad de los pacientes asignando tareas basadas en el “sí, pero...” y con ello tener un diagnóstico familiar en el cual se relacionan las experiencias (pautas que mantienen la homeostasis de la familia y los lados fuertes que son aquellas características que les permitirían una interacción alternativa) observaciones sobre la familia, que permiten que la familia tenga un enfoque distinto en su relación con el problema. Para dicho diagnóstico resulta fundamental la evaluación de las transacciones de la familia, que el terapeuta hará basado en:

- a) Estructura de la familia y pautas transaccionales preferibles y disponibles
- b) Flexibilidad del sistema, capacidad de elaboración y restructuración, modificando las alianzas y/o coaliciones
- c) Resonancia del sistema familiar y su sensibilidad
- d) Contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y estrés

- e) Estadio del desarrollo de la familia y tareas de cada etapa
- f) Exploración de las formas en los síntomas del paciente identificado

*Mapa de la estructura familiar <Familiograma>*

Es un esquema organizativo simplificador y útil para organizar el material sobre la interacción en la familia y la estructura familiar, para formular hipótesis y determinar los objetivos terapéuticos.

El cambio a través de la terapia se acompaña de tensión y el sistema terapéutico debe ser capaz de manejar estas circunstancias. La terapia familiar produce ese cambio a través del proceso de asociación y coparticipación con la familia y su reestructuración de forma cuidadosamente planificada, para lograr el objetivo terapéutico; el terapeuta debe prestar atención a que su sola presencia es una prueba para la familia, que él es quien puede imponer a la familia tareas planificadas con el fin de indagar aspectos significativos, quizá una de las actividades que requieren que mayor habilidad en el terapeuta es la tarea de asociarse a la familia, pero conservar su libertad de ser espontáneo.

*Técnicas para el cuestionamiento del síntoma*

**TECNICAS DE REENCUADRE**

Las familias que acuden a la terapia, por lo común han individualizado a uno de sus miembros como el problema; hablan sobre sus múltiples intentos de solución y fracasos.

El terapeuta ingresa a la situación con el supuesto de que la familia se equivoca, pues el problema no reside en el paciente individualizado sino en ciertas pautas de interacción de la familia, por ello observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno al síntoma y de su portador, así el terapeuta puede obtener una "biopsia de interacción" para las respuestas preferenciales del organismo familiar.

La tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da al problema, así como la índole de su respuesta. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. El objetivo es MODIFICAR o REENCUADRAR la concepción que la familia tiene del problema.

<i>Técnica</i>	<b>ESCENIFICACION</b>
<i>Objetivo</i>	<p>La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia, así se construyen secuencias de interacción interpersonal en el contexto de la terapia, en el presente y con relación al terapeuta.</p> <p>La técnica de escenificación ofrece otras ventajas terapéuticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilita la formación del sistema terapéutico.- puesto que produce compromiso sólidos entre los miembros de la familia y el terapeuta.</li> <li>2. Al momento en que la familia escenifica, se produce un cuestionamiento de esta realidad determinada.</li> <li>3. la unidad de observación e intervención se amplía, y ya no tenemos un paciente aquejado, el enfoque cambia a una familia en una situación disfuncional.</li> <li>4. se ofrece un contexto para experimentar situaciones concretas.</li> </ol>
<i>En qué consiste</i>	<p>El terapeuta pide a la familia que escenifiquen una interacción con las reglas habituales que gobiernan su conducta se imponen con una intensidad afectiva semejante a la manifestada en las interacciones corrientes en el hogar. Puede realizarse en tres movimientos:</p> <p><i>Primer movimiento: interacciones espontáneas</i>  <i>Segundo movimiento: Provocar interacciones</i>  <i>Tercer movimiento: interacciones alternativas</i></p>
<i>Cuando se utiliza</i>	<p>Cuando el terapeuta quiere a través de la escenificación verificar las reglas del sistema, así puede aliarse de manera diferencial con ciertos miembros de la familia o formando coaliciones contra otros miembros.</p>

<i>Técnica</i>	<b>ILUMINACION</b>
<i>Objetivo</i>	<p>El terapeuta señala una interacción disfuncional o un lado positivo de la familia.</p> <p>Esta técnica de encuadrar un suceso espontáneo e inadvertido suele tener notable efecto porque los miembros de la familia quedan sorprendidos cuando les llaman la atención sobre el hecho de que sin quererlo.</p>
<i>En qué consiste</i>	<p>El terapeuta infla una nimiedad hasta hacer de ella un episodio dramático</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	<p>Cuando el terapeuta requiere que la familia se enfoque en la forma en que sus interacciones estén afectando al sistema familiar e inciden sobre la queja.</p>

<i>Técnica</i>	<b>ENFOQUE</b>
<i>Objetivo</i>	<p>El sistema familiar aportada datos al terapeuta, los cuales el terapeuta organizara en un esquema que le confiera sentido, pero al mismo tiempo debe ser un esquema que promueva el cambio</p>
<i>En qué consiste</i>	<p>En primer lugar.- el terapeuta selecciona el enfoque, es decir decide de dentro toda la información que le proporciona la familia, de que forma y sobre que aspecto debe mirar.</p> <p>En segundo lugar.- elabore un tema para trabajar sobre el, es</p>

	decir escogerá ciertos elementos de la interacción de esta familia y organizara el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando la familia llega a la terapia con su problemática, con mucha información que puede estar apuntando a su paciente individualizado y esta técnica puede ser útil para “enfocar” las interacciones de la familia y crear la visión sistémica del problema en la familia,

<i>Técnica</i>	<b>INTENSIDAD</b>
<i>Objetivo</i>	El terapeuta aumenta la intensidad de un mensaje que haya recibido de la familia, puede este mensaje ser extraído del contenido de la conversación o la evidenciar una interacción que se suscite en la sesión
<i>En qué consiste</i>	<p>Las intervenciones destinadas a intensificar mensajes varían según el grado de participación del terapeuta, estas pueden ser:</p> <p><i>Repetición del mensaje</i> El terapeuta repite el mensaje muchas veces en el curso de la terapia, esta puede recaer tanto en el contenido como en la estructura. El que el terapeuta hable sobre lo mismo indica que el asunto no puede ser menos que importantísimo.</p> <p><i>Repetición de las interacciones isomorfas</i> La estructura familiar se manifiesta en una diversidad de interacciones que responden a un mismo sistema de reglas y que en consecuencia son equivalentes desde el punto de vista dinámico. El cuestionamiento de estas estructuras equivalentes produce intensidad por la repetición de mensajes dentro de un proceso. El contenido de estas intervenciones es diferente, pero estructuralmente son equivalentes y por lo tanto idénticas en orden al proceso.</p> <p><i>Modificación del tiempo</i> Consiste en alentar el terapeuta a los miembros de la familia para que continúen interactuando después que las reglas del sistema han puesto luz roja o amarilla, esta prolongación provoca que la familia actúe de manera vacilante, pero este paso de la habitual a lo no familiar abre la posibilidad a experimentar modos diferentes de interacción</p>
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando el terapeuta requiere que la familia “oiga” sus mensajes

### *Técnicas para el cuestionamiento de la estructura familiar*

#### TECNICAS DE REESTRUCTURACIÓN

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Indagar la proximidad o distancia entre estos holones, así aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de

pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema.

Cuando el terapeuta se hace copartícipe de la familia, puede vivenciar las interacciones de la familia, de modo tal que se forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento.

Los miembros de la familia solo pueden cambiar si se modifican los contextos en el interior de los cuales viven, para ello el terapeuta puede hacer uso de técnicas que le permitan el establecimiento de fronteras entre estos holones y modificar la relación entre los holones.

<i>Técnica</i>	<b>FRONTERAS</b>
<i>Objetivo</i>	Las técnicas de fijación de fronteras regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. Puesto que, participar en el contexto específico de un holón específico requiere respuestas específicas para ese contexto
<i>En que consiste</i>	<p><i>Distancia psicológica</i> El terapeuta debe prestar atención a los indicadores (la distribución de los miembros de la familia al tomar asiento en la sesión, quien interrumpe a otro miembro, quien completa la información, quien proporciona confirmación y quien ayuda)</p> <p><i>Duración de la interacción</i> Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos. En estas situaciones el contenido de la interacción importa menos que el hecho de que ella se produzca. Una técnica para crear fronteras en díadas demasiado unidas es el empleo de tarea paradójicas en que el terapeuta propone o indica un aumento en la proximidad de los miembros de una díada o de un subsistema con ligazón excesiva dentro de la familia.</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando es necesario separar los subsistemas, para propiciar una estructura funcional y de esta forma interacciones funcionales dentro del sistema familiar

<i>Técnica</i>	<b>DESEQUILIBRAMIENTO</b>
<i>Objetivo</i>	En el desequilibramiento, la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El beneficio que esta técnica de desequilibramiento procura a la familia consiste en la posibilidad de elaborar modalidades diferentes de relación para sus miembros.
<i>En que consiste</i>	<p><i>Alianza con miembros de la familia</i> El terapeuta confirma a las personas, pone de relieve su lado fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar.</p>

	<p><i>Ignorar a miembros de la familia</i></p> <p>Requiere que el terapeuta hable y obre como si ciertas personas del sistema familiar, fueran invisibles, esta técnica el terapeuta la puede aplicar en una gran variedad de maneras</p> <p>Coalición contra miembros de la familia</p> <p>El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o mas miembros de la familia, este tipo de participación directa del terapeuta le impone poseer la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y de utilizar su posición de poder como el perito del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia.</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando el desequilibramiento del sistema resulta necesario para abrir la posibilidad a experimentar interacciones diferentes y así dar paso al cambio

<i>Técnica</i>	<b>COMPLEMENTARIEDAD</b>
<i>Objetivo</i>	<p>Esta operación al igual que la técnica de desequilibramiento, apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de jerarquía.</p> <p>Cobrará relieve entonces las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente.</p>
<i>En que consiste</i>	<p>Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:</p> <p>Primero, cuestionara el problema</p> <p>Segundo, cuestionara la idea lineal de que un miembro la familia controla el sistema</p> <p>Tercero, cuestionara el modo en que la familia recorta los sucesos, para ello introducirá un marco temporal más amplio que enseñe a los miembros de la familia a considerar su conducta como parte de un todo más vasto.</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	La terapia parte del consenso compartido por los miembros de la familia y del terapeuta, así la respuesta de la familia puede consistir en reafirmar la realidad de "El es el paciente" que mediante el cuestionamiento del problema a "ustedes tienen un problema en la manera de relacionarse"

*Técnicas de cuestionamiento de la realidad familiar*

**TECNICAS DE CONSOLIDACIÓN**

Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Entonces, para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre



ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

<i>Técnica</i>	<b>SIMBOLOS UNIVERSALES</b>
<i>Objetivo</i>	El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasan el ámbito de la familia, cuando obra de este modo pareciera que se refiere a la realidad objetiva.
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta usara algún tipo de símbolos universales, generalmente puede identificarlos basado en el contenido de la información de la familia (p.ej. Dios, etc.)
<i>Cuando se utiliza</i>	Para que el terapeuta introduzca a la familia en el cuestionamiento de las realidades familiares, con el fin de introducir el cambio

<i>Técnica</i>	<b>VERDADES FAMILIARES</b>
<i>Objetivo</i>	El terapeuta usa las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento
<i>En que consiste</i>	El terapeuta presta atención a estas justificaciones que la familia ira exponiendo en el contenido de la información que le ofrecen al terapeuta, el retomara estas y las devolverá a la familia a forma de cuestionamiento.
<i>Cuando se utiliza</i>	Para que el terapeuta introduzca a la familia en el cuestionamiento de las realidades familiares, con el fin de introducir el cambio

<i>Técnica</i>	<b>CONSEJO ESPECIALIZADO</b>
<i>Objetivo</i>	El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría
<i>En qué consiste</i>	Presenta para la familia, desde la posición de experto que asume el terapeuta, una explicación diferente. Desde esta posición puede interpretar la realidad de los diferentes miembros de la familia y apoyar la atipicidad como si se tratara de un derecho y no de una herejía.
<i>Cuando se utiliza</i>	Para que el terapeuta introduzca a la familia en el cuestionamiento de las realidades familiares, con el fin de introducir el cambio

El modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin ha representado una forma sistemática, con consistencia teórica de acuerdo a los postulados de la teoría general de los sistemas y de la cibernético de primer y segundo orden dentro

de la intervención clínica con familias, así mismo ha representado un valioso instrumento en la investigación psicosocial (Desatnik en Eguiluz, 2004).

Sin embargo Hoffman (1987) cita que una de las críticas que ha recibido el modelo tiene que ver con la propuesta de normatividad que hace sobre la familia, ya que esta puede resultar tendenciosa sobre la normalidad, así mismo reconoce la flexibilidad del modelo para organizarse y acomodarse a las estructuras familiares de diversas clases y culturas.

### **2.2.2 MODELO ESTRATEGICO**

- ***Orígenes y desarrollo del modelo***

El modelo estratégico deriva de los aportes de Milton Erikson de quien JayHaley aprendió las técnicas terapéuticas basadas en las directivas y técnicas de hipnosis. En 1963 Haley acuñó el término de estratégico para referirse a la terapia en la que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta (Galicia, 2004).

La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en el paciente (Haley, 1999). Este modelo está más enfocado a las técnicas que a la construcción de una teoría.

Haley define a la terapia estratégica como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado para ver si ha resultado eficaz.

- ***Representantes del modelo***

Los principales representantes del modelo son JayHaley y Cloe Madanes, quien se integro al equipo de Haley y contribuyo con el desarrollo de la terapia estratégica y posteriormente colaboro en la dirección del Instituto de la Familia de Washington.

- ***Intereses principales del modelo***

Haley hace una distinción sobre la terapia estratégica, la cual dice no es un enfoque o terapia particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el

terapeuta asuma una postura directiva y la responsabilidad de configurar una estrategia específica con el objetivo de ayudar a la familia a superar la crisis por la que solicito ayuda.

Donde el síntoma se considera como una conducta adaptativa a la situación social en la que se encuentra y afirmaba que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por tanto según Haley se debía evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

Haley ve a la familia como una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus, así como quienes juegan los niveles secundarios en la organización. Los conceptos de poder y jerarquía son de suma importancia para él.

Por ello una conducta no acertada de un miembros familiar no se debe a este sino al contexto, es decir la situación en la que se encuentra donde frecuentemente se presenta por confusiones en la jerarquía familiar, resultando perturbaciones en la adaptación al ciclo familiar, es entonces donde la finalidad del terapeuta estratégico es ayudar a establecer una jerarquía bien definida.

- ***Objetivos terapéuticos***

En la terapia estrategia se requiere que el terapeuta sea directivo y por ello que identifique problemas solubles, fije metas claras y lo mas específicas posibles, diseñe intervenciones que permitan alcanzar las metas marcadas, examinar las respuestas que obtiene de la familia para si es necesario cambiar el enfoque y al por ultimo evaluar el resultado de la intervención (Haley, 1999).

A través de esto, el terapeuta tratara de cambiar una organización con un funcionamiento defectuoso, ya que la manifestación de síntomas se considera una señal de un ordenamiento jerárquico confuso. La organización peligra dice Haley (1999) cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos. Es la secuencia rígida y repetitiva la que determina el caso patológico, por ello lo la intervención persigue como uno de sus fines es impedir la repetición de la secuencia que genera los problemas.

- **Técnicas y estrategias terapéuticas**

Haley utilizaba estrategias terapéuticas basadas en las técnicas hipnóticas que M. Erikson usaba, y que considero convenían al modelo por ser estratégicas:

<i>Técnica</i>	<b>ALIENTO DE LA RESISTENCIA</b>
<i>Objetivo</i>	Utilizar la resistencia del cliente como una forma de cooperación a la terapia
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta acepta la respuesta de resistencia a las directivas del terapeuta incluso la alienta, entonces el cliente queda atrapado en una situación donde cualquier intento de resistir es definido como una conducta cooperativa, útil para dirigirlo hacia el cambio
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando un paciente se resiste a las directivas del terapeuta

<i>Técnica</i>	<b>OFRECIMIENTO DE UNA ALTERNATIVA PEOR</b>
<i>Objetivo</i>	Lograr que el cliente siga las directivas y al tiempo alcance autonomía para tomar sus propias decisiones
<i>En qué consiste</i>	El procedimiento es dirigir al cliente en un sentido pero en realidad incitarlo a ir en otro, se le puede ofrece al cliente algo que no le gusta para que elija alguna otra y evite tomar la alternativa que le resulta peor.
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando se busca que el cliente haga una elección en sentido hacia el cambio, no importando cual sea su elección.

<i>Técnica</i>	<b>USO DE METAFORAS</b>
<i>Objetivo</i>	Comunicarse con el cliente en términos de una analogía o metáfora, cuando esté se resiste a las directivas del terapeuta
<i>En qué consiste</i>	Usar una comunicación
<i>Cuando se utiliza</i>	En cualquier momento de la sesión, cuando la información que el cliente proporciona es adecuada para que el terapeuta plante la metáfora

<i>Técnica</i>	<b>ALIENTO DE UNA RECAIDA</b>
<i>Objetivo</i>	Prevenir al cliente de los riesgos de un cambio rápido
<i>En qué consiste</i>	Cuando el cliente presenta una mejoría muy rápida, se le indica que vuelva a sentirse como antes de iniciar la terapia y generalmente esta prescripción va acompañada de otras directivas
<i>Cuando se utiliza</i>	Erikson usaba la prescripción de la recaída cuando los pacientes estaban mejorando, sobre todo cuando está se daba con demasiada rapidez

<i>Técnica</i>	<b>FRUSTRACION DE UNA RESPUESTA PARA ALENTARLA</b>
<i>Objetivo</i>	Realizar una intervención paradójica para alentar al cliente hacia alguna respuesta útil para el cambio.
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta le indica al cliente una directiva, respecto a cierta

	manera de comportarse y cuando comience a cumplir con la indicación se cortará la respuesta y se pasará a otra área; así cuando se retoma la directiva original el cliente responderá mejor porque anteriormente fue frustrada la respuesta cuando ya había surgido la disposición a responder
<i>Quando se utiliza</i>	Puede ser usada con clientes que cuanto más se les alienta a responder de cierta forma menos responden

<i>Técnica</i>	<b>EMPLEO DE LA POSICIÓN Y EL ESPACIO</b>
<i>Objetivo</i>	Modificar la conducta de cada miembro del sistema respecto a los otros, cambiando su orientación espacial
<i>En qué consiste</i>	En hacer cambios de posición de los clientes durante la sesión
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando se desea modificar la conducta de alguno o de todos los miembros del sistema y este cambio aporta elemento para hacerlo

<i>Técnica</i>	<b>ENFASIS EN LO POSITIVO</b>
<i>Objetivo</i>	Destaca los positivo en la conducta de cada persona
<i>En qué consiste</i>	Se enfatiza lo positivo de la conducta de cada miembro en la familia, no se minimizan las dificultades pero se encuentra en ellas algún aspecto que pueda aprovecharse para mejorar el funcionamiento del cliente o de su familia.
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando basados en el supuesto de que cada persona tiene un deseo natural de crecimiento, lo que puede llevar al cliente a cooperar masa si se destaca lo positivo

<i>Técnica</i>	<b>SIEMBRA DE IDEAS</b>
<i>Objetivo</i>	Introducir una idea nueva que conecta con el marco referencial del cliente y su queja, para usarlo posteriormente
<i>En qué consiste</i>	Se "siembra" una idea generalmente al comienzo de la terapia y así a lo largo de la sesión, si se quería lograr cierta respuesta, ya se ha introducido el respaldo a esta.
<i>Quando se utiliza</i>	Durante la sesión cuando partiendo de la información que ha proporcionado el cliente es posible hacerlo

<i>Técnica</i>	<b>AMPLIACION DE UNA DESVIACIÓN</b>
<i>Objetivo</i>	Al generarse una respuesta en el cliente que va orientada hacia el cambio deseado, esta se amplifica hasta lograr la meta.
<i>En qué consiste</i>	Se trata de alcanzar una pequeña respuesta para luego ampliarla hasta lograr la meta, esto puede ser a través de inducir una crisis que rompa el equilibrio del sistema de modo que el éste deba reformarse con pautas diferentes, también puede lograrse al elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación que después es alentada y ampliada hasta que el sistema se descontrola y debe reorganizarse en base a una serie de nuevas pautas de interacción.
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando se requiere que el sistema se reorganice con nuevas

	pautas de interacción.
--	------------------------

<i>Técnica</i>	<b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b>
<i>Objetivo</i>	Controlar la información de modo que los miembros del sistema intercambien algunas cosas, pero no otras
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta controla el intercambio de información, para ello puede ver a los miembros del sistema en entrevistas separadas y al reunirlos a todos organizar la información hacia objetivos particulares
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando este control de información, de manera dirigida paso a paso puede llevar la terapia a alcanzar la meta.

<i>Técnica</i>	<b>USO DE LA COMUNICACIÓN TANTO DIGITAL COMO ANALÓGICA Y DE PARÁFRASES</b>
<i>Objetivo</i>	Utilizar ambos tipos de comunicación en la familia
<i>En qué consiste</i>	Al impartir una directiva o tarea el terapeuta debe ser claro, directo, concreto y específico; no debe dejar al paciente algo que no pueda realizar (considerar tiempo, posibilidades y oportunidades); debe explicar el por qué de la tarea, que sea justificable para el cliente y que sepa que va a obtener dar la importancia al hecho porque de lo contrario estaría descalificando su propio trabajo. Haley explica que hay dos tipos de directivas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Decirles que hagan algo con el propósito de que lo cumplan; así se les puede decir que dejen de hacer algo o que hagan algo diferente, o se puede usar analogías en personas más dispuestas a cumplirlas si no tienen conciencia de haberlas recibido</li> <li>2. Decirles que hagan algo con el propósito de que no lo cumplan (que cambien por la vía de la rebelión y el desafío, es decir tarea paradójica.</li> </ol>
<i>Cuando se utiliza</i>	El uso de la comunicación tanto digital como análoga debe tratar de hacerse siempre, considerando el caso y el consultante concreto.

Madanes (1982) explica como la terapia familiar estratégica se desarrolló a partir de la terapia estratégica de Milton Erikson, los cuales incluyen denominadores comunes los cuales incluyen que desde esta postura el terapeuta es directivo, tiene el control, mayor responsabilidad y jerarquía en el tratamiento, ante la familia maneja la responsabilidad de forma tal que parece es tan responsable como la propia familia con el fin de comprometerá al sistema al trabajo terapéutico, para transmitir a través de cualquiera de sus acciones un mensaje para que la familia haga algo diferente orientado hacia el cambio y el alcance de la meta terapéutica. Para lograrlo el

terapeuta identifica el problema con la finalidad de establecer objetivos claros, resolubles y no busca que la familia lo comprenda sino que actúen para cambiarlo, así mismo este modelo no aplica un mismo método para todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema presentado.

### **2.2.3 MODELO DE TERAPIA BREVE ENFOCADA EN PROBLEMAS**

- ***Orígenes y desarrollo del modelo***

La terapia breve enfocada a problemas fue desarrollada en el Mental Research Institute (MRI) en la división CTB (Brief Therapy Center) fundado por Richard Fish, John Weakland y Paul Watzlawick desde la perspectiva teórica según sus autores estaría basada en dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática, se trata 1) de la teoría de grupos y 2) de la teoría de los tipos lógicos (Watzlawick, Weakland y Fish, 1993), desde la perspectiva práctica suponen la comprobación de ambas teorías en la formación de problemas y en los tipos de cambio 1 y 2 que pueden generarse a estos.

Por un lado, la teoría de grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembros y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior.

Watzlawick, Weakland y Fish (1993) citan un ejemplo que permite ver el cambio en dos niveles lógicos distintos que permiten hacer la distinción entre el cambio de tipo  $_1$  (hacer más del mismo tipo de soluciones intentadas) o el cambio tipo  $_2$  (hacer algo completamente diferente). Por ejemplo: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro del sueño: correr, esconderse, luchar, girar, trepar, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de los comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla, en lo sucesivo designaremos a esta clase de cambio como cambio tipo  $_1$ . El único modo de salir del sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es

un cambio a un estado completamente distinto. Esta clase de cambio a la que denominan cambio tipo 2.

- ***Representantes del modelo***

El modelo de terapia breve enfocado a problemas surge en la década de los 60's desarrollado por Richard Fish, John Weakland, Paul Watzlawick y Lynn Segal en el Mental Research Institute (MRI).

- ***Intereses principales del modelo***

Este modelo se centra en los problemas, le da una clara importancia a la identificación de éste, así como a cuales han sido los intentos de solución que el cliente ha usado pues existen algunos casos donde el hacer "más de lo mismo" llega a gravar el problema, y como estos intentos de solución pueden estar sosteniendo el problema y hacer que persista. Entonces el objetivo de la intervención terapéutica es convertir ese problema en el objetivo, para dirigir a éste los esfuerzos de cambio. Para hacer más clara esta distinción entre dificultades y problemas, cuando se habla de problemas los autores se refieren sencillamente a un estado de cosas indeseable que, o bien pueden resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general de tipo de cambio 1, p.ej. calor contra frio) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referimos a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo. Cuando hablemos de problemas nos referimos a callejones sin salida, situaciones al pareceré insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable (p.ej. el hiato generacional o bien un cierto porcentaje de alcohólicos dentro de la población general) o bien existente: se emprende una acción cuando no se debiera emprender.



3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio<sup>1</sup> en una situación que tan solo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior (p. ej. Cuando se exige de alguien un cambio de “actitud” y no simplemente un cambio determinado de comportamiento): la acción es emprendida a un nivel equivocado.

Watzlawick, Weakland y Fish (1993) citan que resultan fundamentalmente importantes estos tres modos de enfocar mal el cambio, de lo cual el terapeuta debiera estar atento para que en la terapia se planeara el cambio de forma adecuada.

La terapia breve requiere de tácticas que promuevan el cambio que permitan llevar la terapia de forma efectiva y eficiente a continuación se abordan de forma concreta aquellos puntos que los autores consideran importantes considerar y aplicar. Por lo general, lo que promueve el cambio (incluso en determinados aspectos del crecimiento y del desarrollo) es la desviación con respecto a alguna norma. Es decir: el cambio resulta necesario para establecer la norma, tanto para la comodidad como para la propia supervivencia.

- ***Objetivos terapéuticos***

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia se solucione a satisfacción de éste. El objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, o en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

Este modelo terapéutico fue planteado para intervenir con familias que ya habían tenido intentos fallidos de terapia, enfocándose a dar un servicio de terapia cuya duración no sobrepasara las 10 sesiones por ello fue denominada como terapia breve, para ello busca estrategias eficaces para modificar los factores que mantienen el problema que motiva la consulta.

- ***Técnicas y estrategias de intervención***

Según, Fish, R, Weakland, J. y Segal, L (2003), la capacidad de maniobra se refiere a la libertad que posee el terapeuta para actuar en la forma en que considere adecuada; es poder emprender acciones con un propósito a pesar de los obstáculos con los que nos topemos. Existen medios para aumentar esta capacidad los cuales son:

*Oportunidad y ritmo*

Podría definirse como ser oportunos, cuando estemos seguros de las opiniones del paciente con respecto al problema y al objetivo del tratamiento, implica ir avanzando poco a poco conforme se va evaluando

*El tiempo necesario*

Dar el tiempo necesario, es decir: no se debe actuar bajo presión; tomar el tiempo necesario para *ampliar más sobre un tema* para lo cual el terapeuta pudiera usar frases tales como: lo siento pero no comprendo bien, me puede explicar más precisamente eso, etc., *no responder a la insistencia de una respuesta*, el terapeuta puede echar mano de frases como: sabe me cuesta mucho trabajo poder contestarle a eso ahora, tal vez en la próxima sesión pueda hacerlo, etc., *no permitir que el terapeuta tome el tiempo conveniente* usando frases como: ese tema me parece importante, será mejor que lo profundicemos en la próxima sesión y no ahora que hemos terminado, etc., o incluso el tener que *dar por terminada la sesión* hasta completar el tiempo, pudiendo tal vez diluir el efecto de una intervención.

*El uso de un lenguaje condicional*

El terapeuta puede usarlo cuando quiere efectuar una intervención específica pero existe la duda de si funcionará; para ello, se emplea el lenguaje condicional que deja en manos del paciente el éxito de la intervención, para tal efecto se usan frases como esta: “sabe sé una técnica muy buena para este tipo de casos, pero también sé que para que funcione se requiere de su imaginación y disposición para mejorar...”

*El cliente debe concretar*

El terapeuta puede ayudar al cliente asumir posturas comprometidas y bien definidas, sin embargo es este último quien debe definir las metas del tratamiento.

Quizá algunos clientes tengan peticiones tales como “ser feliz”, “estar bien”, etc. una forma de ayudarlos como este paso es bajar al nivel concreto aquellas peticiones a través de preguntas tales como ¿cómo se dará cuenta de que ya es feliz?, ¿qué le indicará a usted que ya está bien, me daría un ejemplo? Que nos permiten tener una descripción concreta de la petición del cliente

#### *Actitud igualitaria*

Algo que resulta importante para la terapia es que se mantenga una actitud igualitaria, es decir: se busca evitar que el terapeuta asuma una posición superior al cliente, sino que el terapeuta pueda manejarse de forma horizontal respecto al cliente; aunque podría existir la rareza de encontrar pacientes que responden cómodamente en una posición inferior, es indispensable establecer desde el principio la actitud en la cual nos manejaremos.

#### *Sesiones individuales y conjuntas*

En el enfoque sistémico se parte de que el cambio en un miembro de la familia provocará cambios en los demás. Lo que en realidad importa es cómo se encararan los problemas, y no si uno lleva a cabo una sesión con un individuo, o con dos o más miembros de una familia. Algo primordial es indagar quién es el miembro de la familia más afectado por el problema e interesado en que se resuelva (cliente). Ahora bien, dependiendo de la problemática, habrá situaciones en las que convenga tener sesiones con solo una persona, con el fin de no obstaculizar la capacidad de maniobra, por ejemplo en disputas conyugales, problemas entre padres e hijo adolescente, etc.

#### *Táctica con los pacientes difíciles y/ o restrictivos*

Existen dos *tipos de pacientes* renuentes mismos que amenazan con que la terapia inicie, estos son:

1) “*el comprador fingido*” quien inicia el tratamiento por coacción y ante quienes el elaborar un nuevo contrato es la mejor opción, quizá podría responder bien si se considera su postura p. ej. ¿Existe alguna otra cosa que sea para usted un problema y que podamos trabajar en ello?

2) “*el paciente restrictivo*” quienes ponen restricciones inaceptables a la terapia mediante el silencio, la intimidación y/o la agresión física; por lo que puede evitar las conspiraciones al silencio, el dejar claro que como terapeuta se tiene la libertad de

entrevistarse con los demás miembros de la familia ó amenazar con dar por terminado el tratamiento.

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas, la primera categoría comprende las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta; por otro lado las intervenciones generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor, pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento y son bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

Las intervenciones principales:

<i>Intento de solución</i>	<b>EL INTENTO DE FORZAR ALGO QUE SÓLO PUEDE OCURRIR DE MODO ESPONTANEO</b>
<i>En qué consiste</i>	La solución que se le presenta al cliente es dejar de esforzarse y dejar los intentos de auto acción, el terapeuta puede promover esto a través de la planeación de dos conductas que son excluyentes mutuamente, no obstante el terapeuta debe evitar la trampa más peligrosa, urgir al paciente para que use su fuerza de voluntad como objeto.
<i>Cuando se utiliza</i>	En esta categoría el cliente presenta una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (rendimiento sexual: impotencia, eyaculación precoz, etc.; de funcionamiento intestinal: estreñimiento, diarrea, etc.)El paciente potencial acostumbra a implicar una gran cantidad de esfuerzos para asegurar un rendimiento normal o efectivo. Al realizarlo el paciente se ve atrapado en una dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que solo puede obtenerse de modo espontaneo o "irreflexivo"

<i>Intento de solución</i>	<b>EL INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO</b>
<i>En qué consiste</i>	La solución requiere de directrices y explicaciones que expongan al cliente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto de ella).
<i>Cuando se utiliza</i>	Los clientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad p. ej. Fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento y de fenómenos similares. Estas dolencias son autorreferenciales: el cliente

	<p>experimenta en él mismo el malestar y pueden mantenerse sin necesidad que intervenga alguien más.</p> <p>Después de haber experimentado la dificultad, el cliente comienza a especular sobre ella y se alarma al pensar que podría reaparecer en circunstancias peligrosas mortificantes o humillantes para él a esto le llaman “la feliz idea de que pasaría si...”</p> <p>El problemático estado de la cuestión suele agravarse al principio del proceso, cuando el paciente decide que se está comportando como un tonto y que necesita probarse a sí mismo.</p>
--	--

<i>Intento de solución</i>	<b>EL INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN</b>
<i>En qué consiste</i>	Consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad, como la solución ensayada suele ser una variación difícil para el cliente exige que el terapeuta se preocupe por la formulación concreta que debe realizar al cliente.
<i>Cuando se utiliza</i>	Los conflictos vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración (p.ej. riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos, etc.). Por lo general quien se pone en contacto con el terapeuta es la persona que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición. Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra persona sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y a exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la diferencia que piensa que se les debe.

<i>Intento de solución</i>	<b>EL INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN MEDIANTE LA LIBRE ACEPTACIÓN</b>
<i>En qué consiste</i>	Este tipo de clientes se encuentran a menudo motivados por el deseo de mostrarse benévolos, de acuerdo con una postura que cabría enunciar así: “no quiero que lo haga, si es que él no se siente feliz haciéndolo”. El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa, redefiniendo como beneficioso aquello que el cliente quizás considere como destructivo, las solicitudes directas.
<i>Cuando se utiliza</i>	Esta solución que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación puede resumirse en la siguiente afirmación “me gustaría que lo hiciera, pero todavía me gustaría mas que quisiera hacerlo” Al parecer esto refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o

	<p>sacrificio.</p> <p>Pedir abiertamente lo que uno desea es considerado como dictatorial, o como una intromisión perniciosa para la integridad de otra persona. En consecuencia y paradójicamente, su libertad tiene que ser defendida por otra persona.</p>
--	---

<i>Intento de solución</i>	<b>LA CONFIRMACIÓN DE LAS SOSPECHAS DEL ACUSAR MEDIANTE LA AUTODEFENSA</b>
<i>En qué consiste</i>	El juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo. A veces esto se puede lograr entrevistándose a solas con el defensor. El terapeuta manifiesta que el acusador es la persona que está equivocada o que cusa el problema entonces el defensor, que también desea que se acabe el juego, puede solucionar el problema a través de una acción unilateral.
<i>Cuando se utiliza</i>	En este tipo de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo tipo es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que este responda, mediante una negociación de las acusaciones y una autodefensa. Así la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente. Esta pauta de interacción la hemos bautizado con el nombre de "juego del acusador y del defensor"

Las intervenciones generales:

<i>Técnica</i>	<b>NO APRESURARSE</b>
<i>En qué consiste</i>	El mandato de no apresurarse a menudo habrá que darlo, muy pronto, con bastante probabilidad en la primera sesión, a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarme mucho, o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colabora
<i>Cuando se utiliza</i>	<p>El indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema constituye quizás la táctica que utilizamos con mas frecuencia en nuestra intervenciones. Al cliente se le dice que no haga nada y que por supuesto, nada concreto. Solamente se el dan instrucciones generales y vagas: "seria muy importante que esta semana no hiciese nada que provoque ulteriores avances.</p> <p>La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige adaptación.</p>

<i>Técnica</i>	<b>LOS PELIGROS DE UNA MEJORÍA</b>
<i>En qué consiste</i>	<p>En cierto sentido, esto puede considerarse como una ampliación o variante de la intervención “no apresurarse”, pero tiene objetivos un poco diferentes y se aplica a determinadas clases de resistencia al paciente.</p> <p>En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Una vez legitimada su postura, el terapeuta puede utilizarla para números objetivos: puede ampliar la postura de “no apresurarse”, dado que la propia deliberación acerca de la realización de un cambio ya implica un autentico enlentecimiento del proceso.</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	El terapeuta se utiliza asimismo esta táctica para presionar al paciente para que desobedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

<i>Técnica</i>	<b>UN CAMBIO DE DIRECCIÓN</b>
<i>En qué consiste</i>	<p>En cierta medida y de modo más o menos explícito el terapeuta adopta una posición simulada de inferioridad y agradece al paciente que le haga abandonar una senda equivocada y le conduce a otro camino mejor.</p> <p>Resulta más frecuente y más fácil que el terapeuta afirme que ha estado pensando mucho en el problema entre las distintas sesiones y que, al reflexionar, se ha dado cuenta de que había pasado por alto algún elemento, o no le había concedido la importancia suficiente o algún punto que se había planteado con anterioridad.</p> <p>Por cambio de dirección entendernos que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.</p>
<i>Cuando se utiliza</i>	<p>Suele requerirse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de este fenómeno, también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo.</p> <p>Cuanto antes se dé cuenta el terapeuta de la necesidad de un cambio de dirección, más fácil será llevarlo a cabo.</p>

<i>Técnica</i>	<b>COMO EMPEORAR EL PROBLEMA</b>
<i>En qué consiste</i>	Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultara útil para lograr una mejoría del problema. A veces sin embargo es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren
<i>Cuando se utiliza</i>	Esto suele hacerse cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo

	nuevo. El terapeuta abandona la actitud de “esto podría serle útil” y en cambio da paso a la sugerencia con las siguientes palabras “si usted lleva a cabo lo que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara. Ya no se le dice al paciente lo que hay que hacer, solo se le menciona implícitamente.
--	--

## 2.2.4 TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

- **Orígenes y desarrollo del modelo**

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones ofrece una forma de plantearse y enfocar la terapia centrándose en los recursos y las fortalezas de las personas; fue desarrollado a partir de la influenciado tanto por el Centro de Terapia Breve del MRI, de Palo Alto California así como el BriefFamily Center en Milwaukee, así como las aportaciones de Milton Erickson.

La propuesta de la terapia breve centrada en soluciones emerge de lo que John Naisbitt (1982) llamara la “megatendencia” de la sociedad actual y también de la psicoterapia de apartarse de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige a las soluciones, competencias y capacidades en similitud con lo que creía Milton Erickson quien influyó en el desarrollo de éste y varios modelos más, consideraba que los pacientes poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada pero siempre disponible así lo que para otros era psicopatológico para él eran habilidades que podían ser usadas para curar; por lo tanto el terapeuta debía utilizar los recursos y soluciones de sus pacientes, siendo más importantes las soluciones que estos plantearan que las que él les pudiera proponer.

- **Representantes del modelo**

El grupo de Milwaukee, E.U.A. donde se desarrollo el modelo estaba encabezado por Steve de Shazer, en colaboración con Marvin Weiner, Insoo Kim Berg, ElamNunnally, EveLipchik y poco después se integraron WallyGingerich y MicheleWeiner-Davis (Eguiluz, 2004). Entre los representantes del modelo podemos contar también: William Hudson O’Hanlon, Brian Cade y Scott D. Miller



- Intereses principales del modelo

El principal interés del modelo son los recursos y las fortalezas que poseen los clientes cuando acuden a terapia y como estos pueden ser utilizados para guiarlos hacia la solución del problema. Esto se traduce en la necesidad de centrarse en lo posible, aquello que se puede tratar por ello la misión del terapeuta es identificar y ampliar el cambio; O'Hanlon (1989) cita que los prejuicios que derivan de la expectativa del terapeuta, tanto si son positivos o negativos influirán en el curso y resultado de la terapia.

Los terapeutas de soluciones mantienen una serie de premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; mismas que también ayudan a crear profecías autocumplidoras, estas son (O'Hanlon, Weiner Davis, 1990):

1. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas
2. El cambio es constante
3. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
4. Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
5. No es necesario saber la causa o la función de una queja para resolverla
6. Solo es necesario un pequeño cambio; un cambio en un parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema
7. Los clientes definen los objetivos
8. El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
9. No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
10. Hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable

Desde el modelo de soluciones el cambio es constante e inevitable y en consecuencias se actúa en dirección al cambio, O'Hanlon (1989) dice que se pretende desde la primera sesión se cree una visión diferente de la queja, es decir co-crear realidades para esto el lenguaje conserva una función fundamental puesto que esto genera una influencia importante sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación, esto ayuda a configurar el retrato que los clientes tienen de la situación, de esta forma es posible "negociar" el problema del

cliente, puesto que la definición con la que llegan es una que ha promovido que durante largo tiempo se mantenga, así que hay que plantear la queja con una definición “nueva” que ponga en manos del cliente y del terapeuta la resolución de esté. El modelo de terapia breve enfocado en soluciones requiere que se sea cuidadoso de los tiempos verbales que se usamos pues reflejan la opinión de que el “problema” podría desaparecer en cualquier momento o incluso no existir; por ello “todavía” es una palabra clave en las intervenciones de soluciones.

- **Objetivos terapéuticos**

Utilizar los recursos, fortalezas y soluciones que el cliente posee, buscar excepciones al problema, las cuales se consideran como soluciones cuando son repetidas y ampliadas en otros ámbitos.

- **Técnicas y estrategias terapéuticas**

O’Hanlon (1989) describe varios tipos de preguntas que han sido diseñadas para construir soluciones y generar la expectativa de cambio:

<i>Técnica</i>	<b>PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES</b>
<i>Objetivo</i>	Diseñadas para funcionar como intervenciones intentan influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose a las soluciones
<i>En qué consiste</i>	Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas. Las preguntas presuposicionales encaminan a sus recursos y los enriquecen, una regla básica es construir las preguntas para mantenerlas abiertas.
<i>Cuando se utiliza</i>	Para la obtención de una nueva perspectiva sobre la situación; ya que los clientes no tienen más remedio de aceptar la premisa de que el cambio es inevitable <i>Ejemplos:</i> ¿Qué cosas positivas sucedieron? ¿Qué cosas has hecho en el pasado que hayan funcionado? ¿Qué hiciste para hacerle saber que su conducta era inaceptable?

<i>Técnica</i>	<b>EXCEPCIONES AL PROBLEMA</b>
<i>Objetivo</i>	Conocer información sobre los periodos libres de problemas y conocer información acerca de lo que se necesita para resolver el problema
<i>En qué consiste</i>	Elaborar preguntas que indaguen sobre los momentos donde el problema no se presenta
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando como parte de la intervención del modelo de

	soluciones hacia lo que ya funciona <i>Ejemplos:</i> <i>¿En qué son distintas las noches en que la cama esta seca?</i>
--	--

#### Tipos de preguntas para buscar excepciones

<i>Técnica</i>	<b>¿QUE ES DIFERENTE EN LAS OCASIONES EN QUE _____ ?</b>
<i>Objetivo</i>	Explorar todas y cada una de las diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos.
<i>En qué consiste</i>	La formulación de las preguntas debe realizarse obviando que existe una diferencia entre los dos momentos, es decir en ausencia o presencia del problema, formulada en términos positivos, o en algunos casos en términos de menos grave, menos intenso, etc. O usas ideas absurdas para demostrar que hay excepciones
<i>Cuando se utiliza</i>	En cualquier momento de la sesión <i>Ejemplos:</i> <i>¿Qué es diferente en las ocasiones en que se llevan bien?</i> <i>¿Cuándo es diferente en cualquier sentido?</i> <i>¿Cuándo es menos frecuente que ocurra?</i> <i>¿Sucede también cuando estas durmiendo?</i>

<i>Técnica</i>	<b>¿COMO CONSEGUISTE QUE SUCEDIERA?</b>
<i>Objetivo</i>	Reunir información sobre lo que ha hecho el cliente para superar el problema, identificar como consiguen que sucedan cosas positivas
<i>En qué consiste</i>	Realiza esta pregunta después de que el cliente ha descrito una excepción por pequeña que sea.
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando verbalizar la información sobre como supero el problema aporta claridad al terapeuta como al paciente. <i>Ejemplo:</i> <i>Debes de haber hecho algo para estimular su buena disposición o ¿qué podría haber sido?</i>

<i>Técnica</i>	<b>¿DE QUE MANERA EL QUE _____ (OCURRE EXCEPCION) HACE QUE LAS COSAS VAYAN DE OTRA MANERA</b>
<i>Objetivo</i>	Sugerir que hay una conexión entre las cosas positivas que suceden en un área de la vida de un apersona y las que suceden en otras áreas
<i>En qué consiste</i>	Esta pregunta ofrece a las personas la oportunidad de rastrear el impacto positivo que una pequeña (o gran) excepción puede tener en sus vidas
<i>Cuando se utiliza</i>	Para evidenciar una conexión entre las cosas positivas. Si hay mas de una persona plantear a cada una de ellas la pregunta, puede ser útil para los miembros de la familia como una sola acción positiva puede afectar a la vida de los demás. <i>Ejemplos:</i> <i>¿de qué manera el llevarse bien hace que las cosas vayan de otra forma?</i>

<i>Técnica</i>	<b>¿QUIEN MAS ADVIRTIO QUE _____ (EN POSITIVO: perdiste cinco kilos, se llevaron bien, él hizo sus deberes) ¿COMO PUEDESQUE SE DIO CUENTA, QUE HIZO O DIJO?</b>
<i>Objetivo</i>	Que el cliente reciba de si mismo información acerca de cuales de sus conductas resultan agradables
<i>En qué consiste</i>	Hacer la pregunta al cliente, puede tener un impacto similar al de la anterior.
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando al obtener la excepción y la relación a otras personas puede tener consecuencias útiles para influir sobre su conducta a futuro

<i>Técnica</i>	<b>¿COMO CONSEGUISTE QUE DEJARA DE _____ (Tener rabietas, de incordiar)¿COMO CONSEGUISTE QUE TERMINARA LA PELEA?</b>
<i>Objetivo</i>	Que el cliente reflexione sobre las causas de acuerdo o la tranquilidad subsecuente
<i>En qué consiste</i>	En formular la pregunta de modo tal que al reflexionar sobre esta pregunta los clientes empiezan a ver una conexión entre algo que hacen o pueden hacer y el cese de un evento desagradable
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando al cliente habla sobre el patrón del problema, puesto que esto le permite reflexionar y obtener una excepción al terapeuta que usara para el cambio. <i>Ejemplo:</i> <i>¿Cómo consigues que terminen vuestras peleas?</i> <i>¿Cómo consigues que terminen las rabietas?</i> <i>¿Cómo te diste cuenta de que, para resolver tu problema y poner fin a tus rabietas, tenias que ignorarle?, eso es muy inteligente.</i>

<i>Técnica</i>	<b>¿DE QUE MANERA ES ESTO DIFERENTE DE LA FORMA EN QUE LO HUBIERAS MANEJADO HACE _____ (Una semana, un mes, etc.)?</b>
<i>Objetivo</i>	Hacer que una conducta que pudiera pasar desapercibida por el cliente, sea percibida como una diferencia hacia las soluciones
<i>En qué consiste</i>	Hacer una pregunta, que nos dirija hacia las excepciones y hacia la diferencia
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando los clientes informan algo que parece ser nuevo o diferente, puesto que la "conducta nueva" podría pasar desapercibida si no se hace esta pregunta; es importante reforzar "cualquier cosa positiva"

<i>Técnica</i>	<b>¿QUE HACES PARA DIVERTIRTE? ¿CUALES SON TUS AFICIONES O INTERESES?</b>
<i>Objetivo</i>	Buscar las capacidades y fortalezas de los clientes en otros contextos de la vida
<i>En qué consiste</i>	El hacer esta pregunta puede además de obtener una excepción al problema, buscar las capacidades del cliente en

	alguna afición u ocupación en la que este destaque
<i>Quando se utiliza</i>	<p>Cuando al conocer las capacidades de los clientes puede representar el “saber cómo hacer” es decir, que necesita para resolver su problema</p> <p><i>Ejemplo:</i>          ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?          ¿Hay una actividad que hagas como hobbies? De ser así cuáles?</p>

<i>Técnica</i>	<b>¿HAZ TENIDO ALGUNA VEZ ESTA DIFICULTAD ANTERIORMENTE? (En caso afirmativo)¿ COMO LA RESOLVOISTE ENTONCES? ¿Qué TENDRIAS QUE HACER PARA CONSEGUIR QUE ESO VOLVIERA A SUCEDER?</b>
<i>Objetivo</i>	Investigar sobre las soluciones pasadas que pudieran aplicarse a la dificultad presente
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta hace preguntas para identificar alguna dificultad similar del pasado, partiendo de esta, se centra en encontrar las soluciones aplicadas para posteriormente evidenciar al cliente que conoce y puede aplicar soluciones que anteriormente aplicadas
<i>Quando se utiliza</i>	<p>Cuando el indagar sobre soluciones utilizadas en el pasado, puede ayudar al cliente a identificar que lo que necesita hacer es volver a aplicar una solución conocida.</p> <p><i>Ejemplo:</i>          ¿has tenido alguna vez esta dificultad antes?          ¿Cómo la resolviste?          ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?          ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso sucediera de nuevo?          ¿Cómo se podrían superar de nuevo estos obstáculos?</p>

<i>Técnica</i>	<b>NORMALIZAR Y DESPATOLOGIZAR</b>
<i>Objetivo</i>	Considerar las dificultades que los clientes o las familias llevan a terapia como dificultades ordinarias de la vida cotidiana
<i>En qué consiste</i>	<p>Normalizar y despatologizar pueden ayudarnos a dar dirección general a la sesión, al normalizar se considera a la dificultad de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.</p> <p>La normalización y despatologización puede hacerse:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Permanecer imperturbable ante la descripción del problema, esta actitud lleva a los clientes a imaginar que las cosas tal vez no son tan malas como parecían, acompañado del uso de frases como “naturalmente”, “¿y?” “me suena familiar” “eso es común”</li> <li>Normalizar de manera indirecta a través de contar anécdotas de nuestra propia experiencia o la de nuestros amigos. Son especialmente útiles las historias mediante las que podemos dar a entender “sí, yo también”.</li> <li>Otra forma de hacerlo es interrumpir la descripción que</li> </ol>

	el cliente hace sobre alguna situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y nuestra propia experiencia en situaciones similares.
<i>Quando se utiliza</i>	A través de normalizar tenemos la posibilidad de ofrecer al cliente explicaciones de sentido común en cualquier oportunidad y muchas de las cosas que los clientes presentan como importantes se minimizan como “no dignas de mención”. En muchos casos normalizar las dificultades de los clientes crea un efecto tranquilizador que genera el experto. Ejemplo: “tener esa dificultad es muy comprensible por la etapa de la vida en que se encuentra” “naturalmente” “por supuesto” “bienvenido al club” “eso me resulta familiar”

<i>Técnica</i>	<b>DEFINICION DE OBJETIVOS</b>
<i>Objetivo</i>	Establecer un proceso cooperativo de negociación entre el terapeuta y el cliente mediante el cual se establezcan objetivos que sean alcanzable y lo bastante concretos para saber cuándo se irán alcanzando
<i>En qué consiste</i>	Fundamentalmente para definir objetivos empezamos por cosas pequeñas y si durante la sesión se han señalado algunas excepciones a través de una pregunta presuposicional podríamos trazar el rumbo de la terapia adema de reforzar la idea de que el cambio ya se ha producido.
<i>Quando se utiliza</i>	En cualquier caso que sea abordado con el modelo de terapia centrada en soluciones Ejemplo: ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino? ¿Qué indicara que las cosas siguen en la dirección adecuada? ¿Qué cosas diferentes harás cuando tengas mas autoestima?

<i>Técnica</i>	<b>LA PAUSA</b>
<i>Objetivo</i>	Hacer una pausa para consultar con el equipo, tal como sucede en otro modelo como Milán, BFTC y MRI.
<i>En qué consiste</i>	Bill O’Hanlon incorporo al trabajo en soluciones, lo que han llamado una “pausa para pensar” para ordenar las ideas sobre lo que los clientes han dicho y los aspecto que merecen ser destacados durante el siguiente feedback
<i>Quando se utiliza</i>	Generalmente la pausa se hace a los tres cuartos de hora y posteriormente a la pausa se continua la sesión que en resumen consta de las cosas bien hechas elogios, comentarios normalizadores nuevos marcos de referencia y finalmente una prescripción o tareas

<i>Técnica</i>	<b>ELOGIOS</b>
<i>Objetivo</i>	Elogiar y destacar las tendencias positivas, que representen

	recursos de los clientes o promuevan soluciones
<i>En qué consiste</i>	Para hacer uso del elogio el terapeuta previamente habrá localizado los recursos y tendencias positivas de los clientes de forma tal que el elogio puede ser utilizado informalmente durante la sesión y continuar la entrevista. También después del elogio pueden hacerse preguntas para la búsqueda de excepciones
<i>Cuando se utiliza</i>	Durante cualquier sesión Bill O'Hanlon cita que habitualmente deban de entre 4 ó 5 elogios, observando las reacciones no verbales de los clientes y la interacción se reduce al mínimo. Ejemplo: "parece que has estado manejando muy bien esa situación" "¿Qué diferencias encuentras con la situación anterior?" "tu plan de _____ es realmente bueno, demuestra tu sentido común"

<i>Técnica</i>	<b>REGRESO AL FUTURO: PREGUNTAS DE AVENGE RAPIDO</b>
<i>Objetivo</i>	Hacer que el cliente describa un futuro sin el problema y describa como es pues implícitamente también describe la solución
<i>En qué consiste</i>	Se pide a los clientes que imaginen con un futuro sin el problema y describen como es. Una vez que el cliente describa el futuro sin problemas han descrito también la solución. Una manera de hacer esto es plantear alguna variante de la pregunta del milagro desarrollada por el BFTC.
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando durante las primeras sesiones los clientes parecen incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas, así cuando parecen no recordar excepciones y parece no haber soluciones pasadas o presentes, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Ejemplo: Supón que saco una varita de magia y soy capaz de hacer magia con tu problema ¿qué cosas sucederán distintas a las de antes? A veces cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar: ¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, Lo que renueva la búsqueda de excepciones. ¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo? O el terapeuta simplemente asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello. ¿en que será diferente tu vida? ¿Quién será el primero en darse cuenta? ¿Qué dirá o que hará? ¿Cómo responderás?

<i>Técnica</i>	<b>PREGUNTAR SOBRE EL PROBLEMA***</b>
<i>Objetivo</i>	Reunir información sobre el problema investigando información específica: los marcos de referencia donde los clientes sitúan el problema, el sentido en que lo ven y las circunstancias y

	secuencias de eventos.
<i>En qué consiste</i>	Habitualmente se siguen la línea de Terapia Breve del MRI centrada en el problema
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando los clientes no son capaces de describir excepciones o de contestar preguntas orientadas al futuro ¿Cuál es el problema? ¿Cuándo surgió? ¿Quién se da cuenta de qué ocurre? ¿Cuándo ocurre?

<i>Técnica</i>	<b>INTERVENCION SOBRE EL PATRON DE LA QUEJA</b>
<i>Objetivo</i>	Introducir una modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja
<i>En qué consiste</i>	Esta intervención se puede llevar a cabo utilizando alguna de las siguientes acciones, que al pueden actuar sobre el patrón de la queja: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja</li> <li>2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja</li> <li>3. Cambiar la duración de la queja</li> <li>4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja</li> <li>5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja</li> <li>6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja</li> <li>7. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos pequeños</li> <li>8. Unir la realización de la queja en piezas o elementos más pequeños</li> </ol>
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando la forma quizá más y directa de intervenir es alterando el patrón de la queja

<i>Técnica</i>	<b>INTERVENCION SOBRE EL PATRON DEL CONTEXTO</b>
<i>Objetivo</i>	Consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja
<i>En qué consiste</i>	El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.
<i>Cuando se utiliza</i>	Cuando el hecho de abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja

<i>Técnica</i>	<b>TAREA DE FORMULA</b>
<i>Objetivo</i>	Conseguir que los clientes vayan a casa con sus “gafas-de-buscar-cosas-positivas” es decir, descubrir muchas cosas que desean que continúen
<i>En qué consiste</i>	Cuando los clientes acuden no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien así que se sorprenden, cuando el terapeuta les hace esta petición. Generalmente esta tarea es útil en la primera sesión y se les indica a los clientes que vayan a casa y se fijen en las cosas



	positivas, cambios o algunas quizá que ya estén ocurriendo. Así durante la segunda sesión se les pregunta que cosas están sucediendo que les gustaría que siguieran sucediendo. Una vez que las cosas han sido descritas, el terapeuta puede hacer uso de las preguntas presuposicionales
<i>Quando se utiliza</i>	Durante la primera sesión ya que da la posibilidad de fijar la atención del cliente en los aspectos positivos, recursos y lados fuertes con los que cuenta

<i>Técnica</i>	<b>LA TAREA GENERICA</b>
<i>Objetivo</i>	Puede servir para concretar el objetivo durante la terapia
<i>En qué consiste</i>	Una vez que los clientes han descrito su objetivo en la terapia se puede utilizar esta pregunta para concretar el objetivo pero además para crear la expectativa de cambio
<i>Quando se utiliza</i>	Cuando el objetivo del cliente puede resultar abstracto por ejemplo "tener paz espiritual" así la tarea puede consistir en indicar. Ejemplo: "fíjate en que haces esta semana que te da mayor paz espiritual"

<i>Técnica</i>	<b>LA TAREA DE LA SORPRESA PARA PAREJAS O FAMILIAS.</b>
<i>Objetivo</i>	Introducir un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones
<i>En qué consiste</i>	Al introducir azar a las pautas, las relaciones se vuelven más impredecibles así los clientes fijan su atención en nuevas conductas, así aquellos que están intentando nuevas conductas no tendrán que preocuparse de que sus esfuerzos pasen desapercibidos. Después de haber prescrito esta tarea, que consiste en pedirles que hagan cosas distintas. En la siguiente sesión en vez de preguntarle a A lo que hizo, se le pregunta a la persona B lo que hizo A.
<i>Quando se utiliza</i>	Esta tarea tiene cierto carácter lúdico y puede usarse para parejas o familias. Ejemplo: Hagan cosas diferentes esta semana y fíjense en ellas Al trabajar en la sesión sobre la tarea: A. ¿Qué cosas has notados que ha hecho diferente B esta semana? Y viceversa.

El modelo de soluciones ofrece una alternativa para la intervención sobre los recursos que ya posee la gente que acude a la terapia, por tanto es una posibilidad de rescatarlos y ayudar a estas a mirarlos, que quizá sea lo que necesiten.

Los autores proponen que una forma de aprender a hacer terapia de soluciones, ahora que se ha hecho una revisión teórica de las intervenciones que componen al modelo, es intentarlo y en base a la experiencia aprenderlo.

### **2.2.5 MODELO DE MILAN**

- **Orígenes y desarrollo del modelo**

En 1967 se fundó en Milán, Italia el Instituto de la Familia, impulsado por la psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa Mara Selvini Palazzoli quien junto con Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guilianna Prata formaron un equipo de trabajo en dicho instituto, donde sobresale el trabajo que se realizaba con una pareja de terapeutas (uno de cada sexo) así como la utilización de un espejo unidireccional detrás del cual se encontraban otra pareja de terapeutas quienes observaban la sesión con la familia; la circularidad fue la guía de las intervenciones y la neutralidad la postura terapéutica básica (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

En el desarrollo del modelo de Milán se puede identificar en cinco etapas: la primera cuando Mara Selvini trabajaba en torno a la problemática de la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica, que a pesar de tener resultados positivos implicaba tratamientos largos en tiempo y sesiones. La segunda etapa se caracterizó por el intento que hacen ya los cuatro integrantes del equipo de conjuntar el psicoanálisis con la teoría de la comunicación humana y la terapia desarrollada en el MRI. Ya en la tercera etapa el grupo adopta el modelo sistémico radicalmente y es en esta etapa que surge el trabajo sobre la paradoja y contraparadoja. En la cuarta etapa el equipo se centra en probar la prescripción invariable y el trabajo con rituales. Y finalmente la quinta etapa donde trabajan en la revelación del juego y el regreso al individuo

Después de ello, el equipo de Milán se dividió en dos, por un lado Selvini y Prata quienes continuaron el trabajo sobre la línea de “la prescripción invariable, una intervención que se adapta a todo tipo de familias con miembros esquizofrénicos” Y por otro Boscolo y Cecchin, quien se centró en la conducta del terapeuta, lo que dio lugar a la elaboración en 1977 del modelo Post-Milán y de lo que ellos denominaron “interrogatorio circular” (Boscolo y Bertrando, 1996).

- **Representantes del modelo**

Los fundadores y principales representantes del modelo de Milán son Mara SelviniPalazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y GiulianiannaPrata; posteriormente existen otros autores que han contribuido al modelo como Karl Tomm, PeggyPapp, PeggyPenn y Joel Bergman.

- **Intereses principales del modelo**

El modelo de Milán presta especial atención a las transacciones comunicacionales de la familia, en particular a las transacciones esquizofrénicas, donde existe un juego familiar en el que cada persona intenta obtener el control de la relación y las reglas de la familia, mientras niega lo que está haciendo; dicho juego parece tener básicamente dos prohibiciones, la de ganar y la de abandonar el juego de cualquiera de sus miembros, lo que lleva a este juego a perpetuarse y a menos de que los miembros de la familia logren un acuerdo o convengan reglas al juego nadie podrá ganarlo, ni podrá darle fin.

- **Objetivos terapéuticos**

Modificar el estilo del juego familiar, cambiando las reglas y creencias usando la paradoja y la contraparadoja, que propiciará un cambio en el sistema familiar. Después buscar el lograr este objetivo basados en la prescripción invariable y posteriormente en la revelación del juego

- **Técnicas y estrategias terapéuticas**

La metodología de trabajo que siguió la escuela de Milán que en si mismo pudiese representar una intervención se encuentra en las etapas en las que desarrollaron las sesiones de trabajo con la familia, cada una persiguiendo un objetivo en particular (selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1986):

1. Presesión.-el equipo revisa la información obtenida de la familia antes de que se presente, generalmente esta información se obtuvo mediante la llamada telefónica para concertar la cita o de la ficha de la familia. En las presesiones posteriores se discuten los eventos ocurridos durante la sesión anterior. Con el fin de desarrollar hipótesis que guiarán el trabajo de la sesión.
2. Sesión.- la han llamado también “entrevista principal” y se dirige a hacer preguntas que van de lo general a lo específico. El terapeuta circula las repreguntas entre los miembros de la familia, presta atención a interacciones

espontaneas entre los miembros del sistema familiar y durante la sesión el equipo puede interrumpir la sesión para realizar alguna pregunta que considere muy importante.

3. Intersesión.- los terapeutas salen de la sesión para reunirse con el equipo (terapeutas que se encuentran detrás del espejo unidireccional) para discutir brevemente como terminará la sesión. Se rechaza, confirma o se crea una nueva hipótesis sistémica a partir de la cual se desarrollaba alguna intervención.
4. Conclusión de la sesión.- los terapeutas regresaban con la familia para dar el mensaje final, que podía ir desde un comentario o una prescripción. El mensaje breve dado era cuidadosamente escogido y redactado para que tuviera mayor impacto, después del cual se evitaba cualquier comentario o interacción para no disipar el efecto del mensaje.
5. Postsesión.- el equipo y los terapeutas discuten sobre las reacciones inmediatas de la familia a las intervenciones y se debate la retroalimentación verbal y no verbal de la familia al mensaje para modificar o aceptar la hipótesis inicial y reflexionar sobre los posibles efectos de la intervención

Cecchin (1989) propuso guiar la entrevista del trabajo bajo este modelo basándose en tres principios: hipótesis, neutralidad y circularidad:

1. Hipótesis.- el terapeuta formula una hipótesis basado en la información que tiene de la familia, excluyendo explícitamente su verdad o falsedad; es decir una hipótesis no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil y sólo se usa como posición central para indagar, funge como guía para que a través de la información, la hipótesis sea confirmada, refutada o modificada. Con las hipótesis se garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en detectar patrones de la relación pues las sesiones con la familia sin una hipótesis incrementan el desorden y la confusión.
2. Neutralidad.- la neutralidad del terapeuta es el efecto pragmático que su comportamiento total en la sesión produce sobre la familia, consiste en una especie de establecimiento de alianzas sucesivas donde el terapeuta esta aliado a todos y a ninguno a la vez, por ello es necesario tratar de observar y

neutralizar, tan pronto como sea posible cualquier intento de coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta por parte de cualquier miembro o grupo de la familia. el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (meta nivel) del de la familia.

3. Circularidad.- se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación que la familia le proporciona en respuesta a la información que el terapeuta le solicita de sus relaciones. Es útil para invitar a cada miembro a meta comunicarse y actúa como dispositivo para ayudar al terapeuta a enfrentar las complejidades de la familia, por ejemplo, el preguntar a un miembro cómo ve la relación entre otros dos dentro del sistema familiar.

Selvini, et. al. (1986) y Boscolo, et. al. (1989) mencionan las siguientes intervenciones principales en el modelo de Milán:

*Connotación positiva*

Es una meta comunicación que se basa en atribuirle un significado positivo tanto al síntoma del paciente identificado como a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia, con el fin de poner a todos los miembros al mismo nivel, evitar las alianzas y preservar la cohesión de la familia, al respetar la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio se reduce el riesgo de incrementar la resistencia al cambio.

*Prescripción de rituales familiares*

Se trata de una acción o una serie de acciones precisadas por el terapeuta de preferencia por escrito, más próximas al código analógico que al digital combinadas generalmente con formulas o expresiones verbales, donde deben participar todos los miembros de la familia, su finalidad es cambiar las reglas del juego, ya que implicaban organización y orden y por consiguiente la epistemología familiar.

*Intervenciones paradójicas, contra-paradójicas o doble vínculo terapéutico.*

Con este tipo de intervenciones se busca anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio, de un modo tal que, haga lo que haga siempre se logró un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo.

*Prescripción invariable la cual se caracterizaba por lo siguiente:*

1.- Recolección vía telefónica de datos sobre la familia que solicitaba el servicio, 2) Citaban a toda la familia más los “sospechosos” de intervenir en los asuntos de la misma. 3) Después de la primera sesión con todos sólo se citaba a la familia nuclear. 4) En esta sesión se analizaba el problema presentado por la familia y para la siguiente sesión nada más se citaba a los padres. 5) En la siguiente sesión se intentaba conseguir la colaboración de los padres como co-terapeutas y se les prescribía el secreto de todo lo que pasara en la sesión. Además se les empezaban a prescribir desapariciones nocturnas de la casa sin decir a dónde iban a sus hijos y demás familiares. 6) Se ampliaba el tiempo de desaparición de la casa por un fin de semana y después por unas vacaciones completas

Resumiendo, de un total de 143 pacientes analizadas en las tres fases de la investigación, sólo en 15 había reaparecido el síntoma anoréxico, y únicamente en 6 casos el síntoma se había acentuado hasta el punto de determinar una seria anomalía y limitación de su calidad de vida. Falleció el 1.4% de la muestra (sólo 2 pacientes). Comparando estos datos con otro grupo tratado por la misma Mara con psicoanálisis en su consulta privada notamos lo siguiente, en este grupo se observó una evolución positiva en el 54% contra el 81% de la terapia familiar, falleció el 9% contra el 1.4% en la terapia familiar, por último la pacientes que ya no presentaban el síntoma anoréxico eran el 60% contra el 89% en la terapia familiar (Selivni y Cols., 1999).

A pesar de que la evidencia empírica indica que los métodos paradójicos fueron más exitosos, es notable la tendencia de los integrantes del Modelo de Milán hacia un regreso al individuo tanto a nivel explicativo del fenómeno psicológico como a su intervención (Montalvo, 2007).

## **2.3 Terapias Posmodernas**

### **2.3.1 Enfoque Narrativo**

- Orígenes y desarrollo del modelo

El mundo de la terapia familiar se vio grandemente influenciado con el desarrollo del enfoque narrativo desarrollado por Michael White en Adelaide, Australia y David Epston en Auckland, Nueva Zelanda. Por un lado M. White se encontraba interesado en un enfoque de trabajo terapéutico desde la cibernética y apoyado en las ideas de G. Bateson. Cuando White y Epston entran en contacto y se percatan de los estilos similares de trabajo, respecto al uso de metáforas e ideas respecto a la terapia que tenían más peso sobre todo las relacionadas al construccionismo social, el posmodernismo e ideas de Michael Foucault sobre la metáfora del poder y conocimiento (White y Epston, 1993).

Entonces el planteamiento de la narrativa parte del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos (Payne, 2002), es decir los relatos son constitutivos, modelan vidas y relaciones por ello las narrativas son elemento que permite el cambio en la visión y la acción de una persona o familia.

White y Epston (1993) plantean que existe en la vida de las personas una narración estructurada producto de un proceso de selección de hechos de nuestra experiencia que puede ser llamada relato dominante, pero de igual forma existen relatos que no encajan con los relatos dominantes que la misma persona ha desarrollado, puesto que la experiencia es más amplia que una narración sobre está. Estos acontecimientos que contradicen el relato dominante son considerados como acontecimientos extraordinarios, materia con la que es posible dar nuevos significados y propiciar un cambio.

- Representantes del modelo

Los principales representantes del modelo son Michael White y David Epston. Existen terapeutas que han aportado a este modelo como son Cheryl White (esposa de M. White) Gene Combs y Jill Freedman.

- Objetivos terapéuticos

El primer objetivo que tiene la narrativa es deconstruir los problemas que el usuario lleva a terapia, con el fin de construir una narrativa diferentes sobre su realidad que permita engrosar está nueva narrativa con fragmentos de la experiencia este objetivo

se basa en un diálogo entre usuario – terapeuta, que permitan descubrir las potencialidades no aprovechadas aun.

- Intervenciones

#### Externalización del problema

La externalización del problema permite liberar a la persona del problema, separar el problema de la identidad de la persona, esto implica que éste no sea inherente o forme parte de la persona, así no es la persona el problema, es el problema lo que es el problema (White y Epston, 1993) esto en múltiples ocasiones favorece la unión de los miembros de la familia en contra del problema.

Para externalizar el problema el terapeuta usa preguntas de influencia relativa, las cuales permiten explorar la influencia del problema en la vida de la persona, relaciones y contextos, de la misma forma explora la influencia de la persona sobre la vida del problema, lo que busca es encontrar logros aislados, generar una sensación de control sobre el problema. Al externalizar el problema las personas pueden separarse de los relatos dominantes y encontrar relatos o descripciones alternativas que antes no habrían considerado.

#### Preguntas de influencia relativa

Describir la influencia del problema.- Se elaboran preguntas que ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar preguntas en el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. De esta manera, se obtiene información sobre dónde se observa y de qué manera ha influido el problema sobre la vida de las personas y sobre las relaciones que tienen entre si dichas personas.

Describir la influencia de las personas.- invita a las personas a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones sobre la vida del problema. De forma tal que las persona pueden identificar sus competencias y recursos ante la adversidad del problema, poniendo de manifiesto que han existido momentos en que el problema ha sido manejable.

#### Doble descripción

En la terapia narrativa se utiliza el término de restricción para expresar como la familia aplica ciertas soluciones porque hay ciertas restricciones que le impiden ver otras. Así en terapia se pretende establecer un nuevo libro de códigos y crear



nuevas descripciones, esto se logra a través de la doble descripción, es decir a través de la indagación y comparación doble o múltiple, donde se plantean dos alternativas, se contrastan y comparan ventajas y desventajas de cada una, de lo cual surgen nuevas ideas, nuevas respuestas y nuevas soluciones (White, 1993).

El enfoque narrativo, cambia el término terapia por el de conversación o conversación terapéutica, introduce énfasis en la postura del terapeuta quien se mantiene en una posición igualitaria respecto al usuario y no de expertez como en otros modelos, se mantiene en una genuina postura de interés y de no conocer pues reconoce que el experto en el problema y su vida es el usuario y no el terapeuta, de forma que el terapeuta es experto haciendo preguntas. Connota como indispensable la atmósfera de respeto, cordialidad, curiosidad e interés en el contexto de la conversación.

#### Uso de documentos

En la narrativa se usan distintos tipos de documentos como las cartas, reconocimientos, diplomas, órdenes de desalojo, etc. que proporcionan al usuario una nueva historia sobre sí mismo y el problema convirtiendo una vivencia en una narración que abra las puertas de otras. No existe un momento que teóricamente sea apropiado para la entrega de algún documento durante las conversaciones terapéuticas sino que el terapeuta decidirá la conveniencia de entregarle una carta hecha al momento, un reconocimiento o si se lo envía por correo. Los documentos mantienen la visión externalizadora del problema y se usan para validar los esfuerzos del usuario contra el problema.

### 2.3. 2 Enfoque Colaborativo

- Orígenes y desarrollo del modelo

Anderson (2003) comenta como inicialmente su trabajo estuvo influenciado por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto (MRI) sin embargo el acercamiento a obras como la biología del lenguaje de Humberto Maturana como al construccionismo social y la hermenéutica propició que se cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico cibernético.

A finales de la década de los 80's surgió una corriente de terapeutas que exponían una serie de dudas y reflexiones sobre la teoría y la práctica clínica dentro de la

psicoterapia familiar sistémica que se llevaba a cabo en aquel momento. Fue en aquel momento que se comenzó a hablar sobre el “giro interpretativo” caracterizado por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia.

Goolishian y Anderson (1988) proponen un modelo de terapia que parte de cinco premisas que permiten entender y trabajar con sistemas humanos:

1. Los sistemas humanos generan lenguaje y significados, son sistemas lingüísticos, es la comunicación lo que define la organización del sistema, no viceversa. El sistema terapéutico es un sistema lingüístico
2. Los significados se generan en el intercambio comunicacional y es ahí donde surgen los significados compartidos, por lo tanto la comunicación en la terapia solo es relevante en ese contexto
3. El sistema terapéutico se organiza alrededor del problema generando significados que pueden permitir desorganizar al problema
4. La terapia es la búsqueda de nuevos significados a través de la conversación, lo cual genera el cambio.
5. El papel del terapeuta es el de “experto de la conversación” cuya labor consiste en facilitar el diálogo.
  - Representantes del modelo

Harold Goolishian, Harline Anderson quienes desarrollaron el enfoque, mas tarde personas Lynn Hoffman, Tom Andersen, William Lax, PeggyPenn y Weingarten hicieron contribuciones importantes al modelo.

- Objetivo terapéutico

La labor en la conversación terapéutica consiste en re-significar las historias que están en torno al problema y encontrar historias donde el problema significa algo diferente.

- Intervenciones

Anderson (2003) reconoce que un terapeuta con enfoque colaborativo asume una postura y actitud que refleja su marco filosófico, una forma de ser en las relaciones y en las conversaciones con la gente, incluyendo una forma de pensar, de conversar, de actuar y de responder. Estos terapeutas trabajan con el siguiente marco:

- La perspectiva del terapeuta / consultor sobre cada sesión es un intento único, que incluye lo que presenta el cliente y el resultado de esa sesión. Cada sesión se toma como la única que se podría dar entre cliente y terapeuta.
- Un terapeuta / consultor toma la responsabilidad de crear espacios conversacionales dialógicos y de procesos que inviten a la colaboración mutua en la definición del problema y su di-solución
- Un terapeuta/ consultor camina con el cliente “lado a lado” manteniendo coherencia con su paso, manteniendo el paso del ritmo y pausa del cliente sobre lo que es el problema y lo que podrían ser las soluciones.
- Un terapeuta / consultor mantiene ideas múltiples y contradictorias al mismo tiempo
- Un terapeuta / consultor escoge un lenguaje cooperador (que abre posibilidades) más que un lenguaje que cierre posibilidades.
- Un terapeuta / consultor aprende, entiende y conversa en el lenguaje del cliente, ofreciendo preguntas, opiniones, especulaciones o sugerencias, de manera tal que exprese una postura abierta y muestre que valora lo que el cliente juzgue como importante
- Un terapeuta / consultor hace preguntas, las respuestas que logran nuevas preguntas en el consultor invitan a que las ideas se conviertan en palabras y a abrir nuevas formas de hablar acerca de lo familiar y a crear otras posibilidades
- Un terapeuta a/ consultor escucha respetuosa, atenta, activamente y con sensibilidad.
- Un terapeuta / consultor no asume y no trata de entender prematuramente.
- Un terapeuta / consultor mantiene una postura reflexiva consigo mismo, con los clientes y con los colegas.

La postura de no-conocer tan relacionada a este enfoque, que caracteriza a los terapeutas con enfoque colaborativo que participan en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, puede ser resumida en seis puntos propuestos por Anderson (2003):

1. Confiar y creer.- los terapeutas no son impulsados por la búsqueda de la verdad sino por la necesidad de entender
2. Hacer preguntas conversacionales.- son preguntas que surgen desde dentro de la conversación local y ayudan a que el cliente clarifique y amplifique una historia y que abra nuevas avenidas para explorar lo que no sabe y lo que se sabe.
3. Escuchar y responder.- escuchar es atender a, interactuar con, responder a y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida.
4. Mantener coherencia.- el terapeuta debe crear y resguardar el espacio de una narrativa en primera persona del cliente
5. Mantener la sincronía.- avanzar al paso del cliente, acompañarlo en su narrativa en vez de moverlo a donde el terapeuta desea
6. Honrar la historia del cliente. Tomar en serio y validar la historia del cliente.

Este enfoque es un desarrollo basado en el posmodernismo, que se ha extendido a varios países como México y que actualmente es considerado en varios de los currículos formativos de terapeutas.

## **C A P I T U L O 3.**

### **Trastorno por Déficit de Atención (TDA)**

#### **3.1 Desarrollo del concepto**

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H) es un trastorno que comienza a popularizarse en los años noventas, sin embargo es un cuadro conductual que ya se había descrito desde 1902 por G. Still quien al estudiar a niños con dificultad para interiorizar reglas, lo denominó “niños con fallos en el control moral sin déficit intelectual”. Abadi y Pallia (2007) realizaron una revisión teórica sobre el TDA-H en el último siglo, resulta sobresalientes las aportaciones de Bradley quien en la década de los 30’s usó por primera vez un tratamiento psicofarmacológico con anfetaminas en niños con “severos disturbios de conducta” que fue el término que acuñó para designar el mismo cuadro conductual que G. Still había descrito y nombrado desde treinta años atrás.

A finales de la década de los 30’s surge en Argentina el primer hospital donde se estudiaba y trataba la sintomatología de dicho cuadro en la población infantil, aunque poco se ha documentado el tipo de tratamientos y procedimientos usados en la intervención clínica.

Durante el apogeo de la neurología en la década de los 60’s se retomaron los estudios en torno al cuadro conductual del TDA-H y es también cuando surgen nuevos términos para denominarlo, estos son: “Lesión Cerebral Mínima” y “Disfunción Cerebral Mínima” especialmente fue relevante el estudio de T. Recca en 1961 que bajo el término “Lesión Cerebral Leve” describió la sintomatología del TDA-H pues introdujo la hiperactividad como característica del cuadro conductual. En 1968 en el DSM-II apareció por primera vez el término “hiperactividad” descrito como exceso de actividad, es a partir de este momento que los estudios y aportaciones se centran entonces en la “Hiperactividad” como parte de la sintomatología, y es cuando se postula por primera vez la relación entre dos de las conductas sobresalientes en la sintomatología del TDA, es decir, que la hiperactividad es causada por la incapacidad para mantener la atención en estos niños.

En la década de los 70's con el auge de las teorías del aprendizaje, surgen estudios como el realizado por V. Douglas en 1971 que realizó una distinción entre los comportamientos que caracterizan a los niños con TDAH y aquellos con problemas cognitivos o de aprendizaje.

En 1980 en el DSM-III aparece por primera vez citado el termino Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tal como conocemos el cuadro conductual caracterizado por la dificultad para mantener la atención presentando exceso de actividad y donde se puntualiza la sintomatología en términos actuales y poco se ha modificado en las versiones DSM-IV y DSM-IV-R

En los 90's con el auge de las neurociencias, algunas de las investigaciones sobre el trastorno se centraron en la comprensión del funcionamiento mental como una red neurobiológica, esta perspectiva sigue siendo abordada en la actualidad en búsqueda de un diagnóstico y tratamiento efectivo del TDA/TDAH

### **3.2 Definición del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

El Trastorno por Déficit de Atención puede definirse como una entidad psicopatológica que se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad que se consideran inapropiadas para la edad de desarrollo (Vera A., Ruano M.I., Ramírez L.P., 2007). Diversos estudios se han propuesto localizar en el cerebro un área de afectación u origen de dicho trastorno y a pesar de la rigurosidad científica aun no se puede hablar de generalización de los hallazgos, tal es el caso de Michanie (1996) quien a través de estudios de neuroimagen logró delimitar algunas áreas críticas en las cuales posiblemente se asiente el trastorno (corteza prefrontal derecha, el núcleo caudado, el globo pálido y algunas zonas del cuerpo calloso) que tienen un tamaño más reducido respecto a niños normales. En otra investigación Castellanos y cols. (1996) encontraron que el núcleo caudado izquierdo es significativamente menor que la del derecho de pacientes afectados con TDAH, esto lo hallaron a través de estudios con tomografía por emisión de positrones los que muestran una disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa a nivel frontal, en otros, una disminución del flujo sanguíneo regional en estructuras neo estriadas y frontales, más marcado en el hemisferio derecho.

Sin embargo en dichas investigaciones sigue la incógnita de por qué estas estructurales cerebrales son más pequeñas en quienes sufren el trastorno y si estas diferencias verdaderamente son atribuibles al trastorno o algún otro trastorno comorbiles o si el TDAH se encuentra asociado a mutaciones genéticas, ninguna de estas hipótesis ha sido confirmada.

### **3.3 Criterios diagnósticos**

El TDAH provoca una queja manifiesta en los sistemas en que se encuentra interactuando, aquella persona quien se sospecha manifiesta el cuadro conductual del trastorno, lo que nos lleva a plantearnos la necesidad de un diagnóstico, entre los métodos para realizarlo podemos citar al DSM-IV, y algunas otra escalas de evaluación psicológica que fueron construidas ex profeso para el TDAH y otras tantas que evalúan a padres y/o maestros que permiten una evaluación de áreas que serán ligadas al TDAH.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV para el Trastorno por Déficit de Atención son los siguientes:

A1.La presentación de 6 o más de los siguientes síntomas de desatención que han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

A2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido durante por lo menos seis meses en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo:

- a) muchas veces es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado
- b) muchas veces no puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga
- c) muchas veces corre o trepa en forma descontrolada, en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos esto puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud)
- d) muchas veces tiene dificultades para jugar de manera callada
- e) muchas veces esta en actividad constante, como si estuviera impulsado por un motor.
- f) Muchas veces habla en forma excesiva

Impulsividad:

- g) Muchas veces responde sin que haya concluido la pregunta
- h) Muchas veces tienen dificultades para esperar su turno
- i) Muchas veces interrumpe las actividades o el discurso de los otros.

De acuerdo con el predominio de los síntomas, se reconocen tres variantes del síndrome o subtipos:



- Déficit de atención- Hiperactividad tipo combinado si cumple con los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses previos al diagnóstico.
- Déficit de Atención – Hiperactividad tipo predominante desatento: si solo cumple con el criterio A1 durante los últimos seis meses.
- Déficit de Atención – Hiperactividad tipo predominante Hiperactivo – Impulsivo: si sólo cumple con el criterio A2 durante los últimos seis meses.

Basado en los criterios del DSM-IV, donde se abarcan los tres subtipos del TDA, la OMS (2004) estima que el trastorno afecta entre el 3 al 7% de la infantil mundial, McGough, y cols. (2005) basado en datos clínicos cita que se presenta mayoritariamente en varones en una proporción de dos a uno con respecto a las mujeres. Actualmente en América Latina y el resto del mundo no hay variaciones significativas respecto de estas cifras.

Actualmente se usan escalas como la EDATH abreviada de Conners para la evaluación de TDAH, así como las batería neuropsicológica de Wender Utah desarrollada para el diagnóstico del trastorno en adolescentes y adultos.

Al ser el diagnóstico del TDA-H de índole clínica, se recomienda buscar otros trastornos comorbiles ya que en la mayoría de los casos se pueden identificar otros síntomas que acompañan al diagnóstico principal.

Los pacientes con TDA con predominio de déficit de atención presentan más comorbilidad con trastornos depresivos o ansiosos, los pacientes con TDA con predominio hiperactivo impulsivo o combinado tienden a manifestar más problemas como trastorno negativista desafiante y trastornos disociales.

Además de los trastornos comorbiles se han identificado otros problemas que asociados al TDA como problemas de autoestima, dificultades de locus de control, dificultades en el aprendizaje de las matemáticas, entre otros.

Estudios longitudinales con pacientes que fueron diagnosticados con TDA han encontrado que estos pacientes tienen mucha más tendencia en la adolescencia a presentar problemas como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, más parejas sexuales, HIV+, inicio sexual más temprano, ser arrestados más de una vez, encarcelados y condenados. De ahí la importancia del correcto diagnóstico y tratamiento desde una edad temprana.(McGough y cols., 2005)

### **3.4 Tratamientos para el Trastorno por Déficit de Atención**

El tema de los tratamientos también ha evolucionado a lo largo del tiempo, desde los más tradicionales puramente farmacológicos, conductuales y aquellos relacionados a la terapia familiar sistémica.

Abadi y Pallia (2007) mencionan que hasta la fecha el tratamiento farmacológico más popular para el TDAH en niños es el metilfenidato conocido con su marca comercial como Ritalin sin embargo Fernández (2009) en una revisión teórica de la evaluación de tratamientos farmacológicos para el TDAH describe que se han evaluado el impacto corporal de la medicación en los niños y ahora se sabe que el metilfenidato produce efectos casi idénticos en el cerebro, mente y la conducta, que las anfetaminas, es decir produce comportamiento similares a los inducidos por las drogas como psicosis, manía, abuso de drogas y adicción. Han reconocido su eficacia en la fijación de la atención pero un alto porcentaje de niños presenta comportamiento robótico o aletargado, depresión, así mismo el Ritalin advierte a sus consumidores que dicho fármaco puede provocar tics neurológicos permanentes o desarrollar el síndrome de Tourette.

La evaluación de los efectos secundarios del metilfenidato ha dado paso a tratamientos con fármacos alternativos que presuntamente disminuyen los riesgos de efectos secundarios, tal como la Atomoxetina la que al no ser un fármaco estimulante actúa sobre la corteza cerebral únicamente en los procesos de atención (Diez Suarez y cols., 2006).

Las investigaciones que se han realizado con respecto a los tratamientos farmacológicos han aceptado la necesidad de un tratamiento psicológico paralelo con el fin de incidir en áreas que la medicación no puede modificar. De esta forma han surgido varias propuestas de intervención el Trastorno, Espinosa y González (1997) intervinieron en seis familias con un miembro TDAH con estrategias del modelo estructural obteniendo éxito en las intervenciones especialmente en el establecimiento de límites y fronteras claras; las autoras enfatizan que esta postura terapéutica no pretende demostrar que todos los problemas infantiles sean causados por la familia, sino enfatizar que el enfoque sistémico es un método eficaz para analizar y tratar las dificultades en la organización familiar, en la etapa con hijos en

edad escolar. Bajo esta misma premisa del enfoque sistémico Pedraza y Cols., 2007) intervinieron con terapia narrativa a tres familias con TDAH, dicho tratamiento se enfocó en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH, a través de ellos se estableció que la experiencia familiar se encuentra organizada en torno a la queja, lo que ha llevado a modificar la organización familiar sin embargo esta puede modificarse a través de una reescritura de la historia saturada de la queja de modo que la familia se siente capacitada para mirar sus lados fuertes y mediante dicho cambio en la percepción realizar cambios en la acción.

Sánchez y Damián (2009) elaboraron una propuesta de intervención a través del juego en preescolares con TDAH el que consistió en un manual de juegos para entrenar atención y seguimiento de reglas aunado a un programa de orientación a padres y maestros desde la perspectiva ecológica propuesta por Bronfenbrenner; programa que resultó muy exitoso lo que fue atribuido según las autoras a las estrategias seleccionadas y la sistematización en su aplicación. Una propuesta similar es la Pinto y cols. (2009) quienes realizaron un estudio con 42 familias distribuidas en dos grupos, con y sin tratamiento. La intervención comprendió 3 programas diferenciados en función del contexto en el que se implementaron técnicas: directamente con los niños, con los padres y con los profesores. Incluyó técnicas de modificación de conducta, autorregulación, acomodaciones académicas y habilidades sociales. Los resultados ponen de manifiesto el efecto beneficioso de la intervención multicomponente implementada, sobre todo para el grupo de niños sin problemas de conducta asociados.

### **3.5 Intervenciones de Terapia Sistémica**

Las investigaciones citadas desde algunos ángulos representan un acercamiento a las intervenciones derivadas de la teoría sistémica, como las siguientes:

#### **3.5.1 Modelo Integrativo de Terapia Breve Sistémica (TBS)**

El Modelo integrativo de Terapia Breve Sistémica (TBS) propuesto por Charles (2005) trata de integrar los modelos Estructural, Interaccional, Estratégico, Narrativa y el modelo centrado en las Soluciones y que Domínguez (2007) retoma como alternativa de manejo de dificultades de aprendizaje incluyendo el TDA o TDAH. Pues aunque no es una terapia que trabaje directamente con los procesos cerebrales, tiene una concepción de cómo funcionan los seres humanos y que cuenta con herramientas que han comprobado ser útiles en el manejo de distintas problemáticas con alto nivel de éxito.

En la Figura. 4 se muestra un concentrado de los modelos que integran la TBS especialmente en las herramientas o temas que retoman y suponen utilidad en el manejo del TDA/TDAH.

Fig. 4. Terapia Breve Sistémica (TBS) usada en el manejo del TDA/TDAH

<b>MODELO</b>	<b>ESTRATEGIAS UTILES PARA EL MANEJO DEL TDA</b>
<i>Estructural</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los padres conocieran y reconocieran que marcar los límites generacionales con el niño ayuda a que se establezca el sistema familiar</li> <li>• Utilización de los holones para el establecimiento de límites y jerarquías funcionales.</li> </ul>
<i>Interaccional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuencias diádicas.- generalmente ocurren entre los padres e hijo, especialmente alrededor de la queja.</li> <li>• Patrón Interpersonal Problema (PIP).- Charles (2005) describe como un patrón en dos partes que integra el ciclo sintomático del TDA</li> <li>• Intentos de solución.- pues para el MRI los intentos de solución son parte del problema</li> <li>• El mínimo cambio deseado.- usarlo como punto de partida realista que genere motivación hacia el cambio.</li> <li>• Determinación de objetivos.- con base a la determinación de círculos viciosos, influir en el cliente para iniciar hacia las soluciones.</li> </ul>
<i>Estratégico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La jerarquía disfuncional, la jerarquía invertida y las secuencias tríadicas.- se parte de que los sistemas se organizan en forma jerárquica y esta es mantenida por todos sus integrantes.</li> <li>• Secuencia.- es delinear la jerarquía observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización.</li> <li>• Ciclo sintomático.- es el patrón o secuencia circular</li> </ul>

	<p>que sigue el problema en donde se observa la interacción de por lo menos tres participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajando bajo este modelo se puede hacer uso de cuatro pasos para trabajar con padres y jóvenes con oposicionismo:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1º. PASO: Manejar la culpa de los padres o adulto</li> <li>2º. PASO: Definir específicamente el problema</li> <li>3º. PASO: Cambiar reglas y consecuencias</li> <li>4º. PASO: Recuperar autoridad benevolente.</li> </ol> </li> </ul>
<i>Narrativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externalización de los síntomas.-a través de la práctica lingüística que separa a las personas de los problemas.</li> <li>• Lenguaje lúdico.- el objetivo del uso de este tipo de lenguaje tiene por objetivo acceder a la imaginación y sus conocimientos y colaborar con ellos.</li> <li>• Preguntas reflexivas.- tienen el propósito facilitador de estimular la inventiva y generan una reflexión y opciones para el niño y la familia.</li> <li>• Resignificación del problema.- co-crear una historia alrededor del cuadro del problema, donde la familia cambia el rol de “víctimas” de los pacientes y su familia al de “protagonistas”</li> </ul>
<i>Modelo centrado en Soluciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea de fórmula.- pedir a los usuarios que observen lo positivo de su vida.</li> <li>• La pregunta del milagro y preguntas de excepción.- ayudar a los usuarios a encaminarse hacia el cambio.</li> <li>• La pregunta de la escala.- es útil para obtener una medición cuantitativa del problema antes de tratamiento y para ir valorando la evolución del cliente.</li> <li>• Los elogios.- importancia de resaltar lo positivo en los usuarios, ya que esto genera un clima relajado y centrado en los recursos y fortalece la autoimagen de los clientes.</li> </ul>

Domínguez (2007) retoma lo que ya se describió de la TBS en la intervención psicoterapéutica pero además consideró el “cerebro social” del cual se habló por primera vez en el Fórum Universal de las cultural en Barcelona (2004) donde se enfatiza la capacidad del cerebro para adaptarse al contexto social, dentro de ello retoma también la plasticidad cerebral, neurogenesis y la genómica psicosocial. El autor reconoce que algunos de estos conceptos son controversiales sin embargo la propuesta es validar de alguna forma su modelo denominado “Bio-Psico-Social

Sistémico” que en el manejo del TDA puede propiciar cambios en el funcionamiento del cerebro del paciente con TDA/TDAH y así acelerar el proceso de mejora.

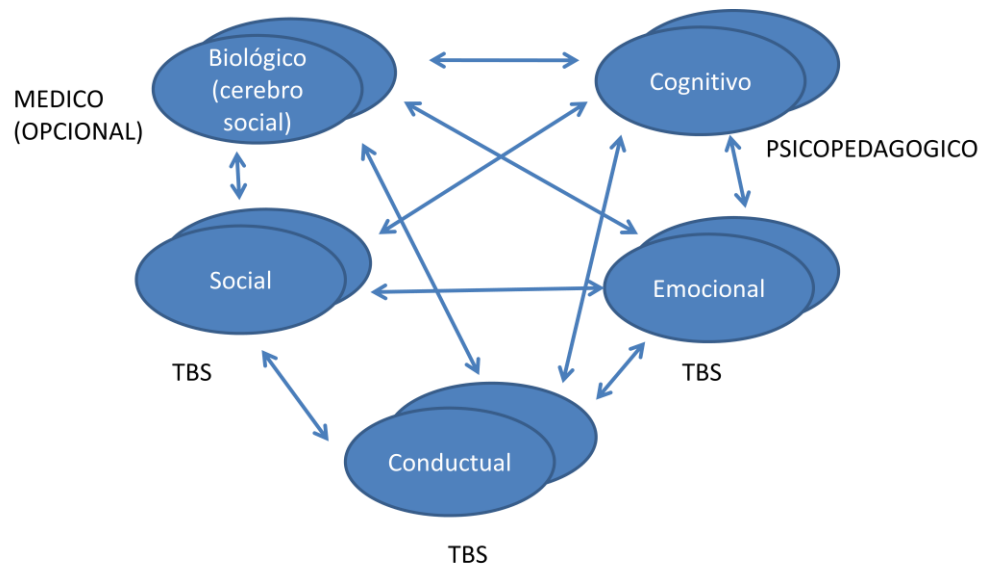
### **3.5.2 Modelo Bio-Psico-Social Sistémico**

El objetivo es proponer un modelo de trabajo con niños con Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad, el cual se basa en la propuesta de que el cerebro es social; esto refiere a que cuando un individuo se enfrenta a situaciones de adaptación social en donde necesita vivir experiencias que los orillan a aprender a tomar decisiones, controlar emociones, solucionar problemas, etc. estimula la zona pre-frontal encargada de las habilidades ejecutivas (Domínguez, 2007).

En el caso de los niños con TDAH, los padres les previenen los problemas evitándoles las situaciones sociales, lo que es indispensable para cualquier niño ya que a través de ayudar al niño a que se adapte al medio ambiente social desde los requerimientos del mismo ambiente (familia o escuela) ayuda a que esté adquiera madurez en el control de emociones, habilidades sociales, control de impulsos, incluso en las habilidades de atención y concentración. Esto aunado a las aportaciones del la TBS basada en su metodología, centrada en que en el medio ambiente natural se encuentran los recursos necesarios para ayudar a que el niño se adapte y se desarrolle de manera saludable.

Por tanto el Modelo Bio-Psico-Social Sistémico es un modelo terapéutico que toma en cuenta el tratamiento psicopedagógico individual, tratamiento médico temporal (en caso de ser necesario) y la Psicoterapia Breve Sistémica para trabajar con casos diagnósticos con TDAH, es una muy interesante propuesta que requiere seguirse probando en la Fig. 5 describe de manera gráfica como Domínguez (2007) lleva a cabo el tratamiento bajo este modelo que contempla la interacción de los aspectos biológicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales en donde cada elemento influye en los demás, convirtiéndose así en su sistema que se autorregula.

Fig. 5. Modelo Bio-Psico-Social Sistémico para el tratamiento del TDAH propuesto por Domínguez 2007.



1. **Biológico.**- refiere al aspecto orgánico del TDAH, el déficit metabólico, la inmadurez en las zonas referentes a procesos ejecutivos.
2. **Cognitivo.**- refiere a todas las capacidades y habilidades de pensamiento que el niño necesita mejorar cómo las habilidades de atención, percepción y memoria, así como las habilidades reflexivas.
3. **Emocional.**- refiere a las habilidades de control de emociones como el enojo, el miedo, ansiedad y tristeza; así como el control de impulsos como la flojera y la inquietud excesiva.
4. **Conductual.**- se destacan todos los hábitos que el niño necesita aprender como son: Trabajar en clase, hacer la tarea, orden en sus pertenencias, comportamiento social, etc.
5. **Social.**- se refiere a la influencia recíproca que pueda tener la familia, los maestros, los amigos en el comportamiento del niño y el objetivo es descubrir los patrones interaccionales que mantienen los problemas.

En suma para un tratamiento del TDAH basado en el modelo Bio-Psico-Social Sistémico se requiere:

- a) Realizar una evaluación precisa del TDAH
- b) Iniciar la terapia bajo el modelo de TBS

- c) Iniciar el tratamiento psicopedagógico con una frecuencia máxima de una sesión de una hora por semana; dichas sesiones se irán postergando a cada quince días conforme el niño y la familia se vayan adaptando a las circunstancias de su medio ambiente.
- d) Las sesiones de TBS se realizarán con una frecuencia cada tres o cuatro semanas y se irán postergando conforme se vayan logrando los objetivos planteados.
- e) En caso de ser necesario hacer intervenciones sistémicas en el medio ambiente escolar
- f) En los casos que sea necesario (por atraso académico importante, peligrar su estancia escolar por indisciplina, etc.) podrá combinarse con tratamiento farmacológico.

### **3.5.3 Retroalimentación Estructural Familiar (REF)**

En la década de los noventa se hace mención de términos como “evaluación diagramática”, “mapas estructurales” etc. y propiamente del genograma pero siempre en el contexto de evaluación.

En la terapia familiar el uso del Familiogramatena fines de diagnóstico estructural, de ahí surge la propuesta de Montalvo (2007) sobre la posibilidad de usarlo en el contexto terapéutico.

Técnica a la que denomino “retroalimentación Estructural Familiar (REF)” y consiste en mostrar el mapa (trazado gráfico de las interacciones familiares en el aquí y ahora) a los usuarios con el fin de explicar el análisis terapéutico que se ha realizado sobre las interacciones familiares en el que se consideran aquellas que son funcionales manejándolas como “lados fuertes” tal como lo llamaba Minuchin (1986) y las disfuncionales, las que se explican a través de ejemplos citados por las propias familias.

Durante dicha técnica se hacen preguntas a los consultantes respecto a los elementos que se van mencionando, se espera que a través de esto sean ellos quienes enumeren una serie de comportamientos a modificar, cuando no es así, el



terapeuta se muestra directivo y sugiere algunos puntos que podrían cambiar para incidir en la solución del problema.

Algunas investigaciones realizadas por Montalvo (2007) dan cuenta de la efectividad de la REF, en una de ellas participaron 46 familias de clase socioeconómica baja de la zona norte del DF, para la recolección de información se utilizó la “entrevista para la identificación de elementos de la estructura familiar de Montalvo y Soria (2007) y la aplicación de la REF se llevoacabo en cuatro pasos: primero, se mostró el familiograma con los detalles de la estructura a la familia. Segundo, se pidió a la familia informara si estaban de acuerdo con lo que se mostraba. Tercero, se mostró y explicó un Familiograma funcional. Cuarto, se dejo como tarea “reflexionar” y hacer lo que considerarán pertinente en cuanto a cambios en la estructura.

Los resultados muestran que el 91.3% de las familias tuvieron al menos un cambio en la estructura mientras que en el 8.7% no se encontró ningún cambio después de la intervención

#### **3.5.4 Otros tratamientos**

Existen una serie de tratamientos que han sido denominados como “alternativos” dentro de los que se incluyen los masajes, flores de Bach, homeopatía, etc. que son usados en el manejo del TDA.

La medicina cuántica es también parte de este grupo y es producto de la revolución científica iniciada con la formulación de la teoría de la relatividad y los desarrollos en el campo de la física cuántica.

Se basa en la necesidad de replantearse el concepto de “ser humano” y buscar la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, no solo buscando las causas exógenas como virus y bacterias sino una visión interadora que sume factores como los procesos mentales y/o emocionales que han contribuido al estado de la persona.

El sistema L.I.F.E. es un ejemplo de un aparato que escanea a un nivel energético el posible desequilibrio y envía retroalimentación a fin de corregirlo. En el TDA el sistema cuanta con un test que evalúa energéticamente el cerebro de forma que los puntajes que arroja su aplicación podrían ser entendidos como un diagnóstico del trastorno y supone es capaz de corregirlo, pues considera es una entidad dinámica, susceptible a la modificación energética.

#### **3.5.5 Conclusión**

Esta revisión de datos teóricos, clínicos e históricos sobre el TDA permite identificar lo difuso del planteamiento del trastorno en cuanto a la localización, causas, manifestaciones y categorización clínica, respecto al diagnóstico es evidente la dificultad para realizarlo derivada de la conceptualización, escasos instrumentos validados y la multiplicidad de características que tiene el trastorno de acuerdo a los contextos en que se presenta y la afectación en la vida personal y familiar de quien lo padece.

## CAPITULO 4.

### Terapia Familiar Sistémica como intervención en el Trastorno por Déficit de Atención

#### 4.1 Presentación de casos

Durante la maestría en las sedes que se tienen establecidas para la práctica clínica supervisada, se atendieron 9 familias como terapeuta asignado (Fig. 6) y 40 familias formando parte del equipo de terapeutas donde la autora fue la terapeuta del caso y bajo el modelo de trabajo ya antes descrito en este reporte, en el cual se utiliza un equipo de terapeutas que se sitúan detrás de un espejo unidireccional quienes mantienen contacto con el terapeuta y la familia a través de un teléfono.

Los nombres de las familias, así como los de los sus miembros han sido cambiados como protección a la identidad de las familias atendidas y medida ética en el ejercicio profesional de la psicología y la terapia.

Fig. 6. Familias atendidas en las sedes de supervisión durante la formación como terapeuta familiar prevista en las actividades de la residencia, periodo 2008 – 2010.

<b>Semestre</b>	<b>Familia</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Etapas del ciclo vital</b>	<b>Situación del caso</b>
2	G1	Depresión	Familia con hijos adolescentes	Alta
2	G2	Ansiedad	Familia con hijos pequeños	Alta
3	G3	Comunicación	Familia con hijos adolescentes	Alta
3	G4	Depresión	Familia con hijos adultos	Alta
3	G5	TDA	Familia con hijos pequeños	Alta
3	G6	TDA	Familia con hijos pequeños	Alta
4	G7	Adicciones	Familia con hijos adolescentes	Baja
4	G8	Violencia intrafamiliar	Familia con hijos adolescentes	Baja
4	G9	comunicación	Familia con hijos adolescentes	Alta

Para el presente reporte se han elegido las familias: G5 y G6, acuden por un motivo de consulta relacionado al Trastorno por Déficit de Atención (TDA) sin embargo, a la exposición de cada uno de los casos se harán evidentes las diferencias en la conceptualización, síntomas e implicaciones del TDA según cada familia, sin embargo, existen puntos comunes a ambas familias sobre todo en patrones

interaccionales y cabe adelantar que se siguió una intervención similar que provocó cambios diversos en las familias, hasta la desaparición de la queja que motivó la consulta. Los nombres que se asignaron a las familias no son verídicos y han sido omitidos elementos muy particulares que permitieran identificar a las familias como medida de protección y respeto a su identidad.

#### 4. 1.1 Familia G5

**Sede Clínica:** Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

**Miembros de la familia que asistieron:** Daniel, Adriana, Azucena y José.

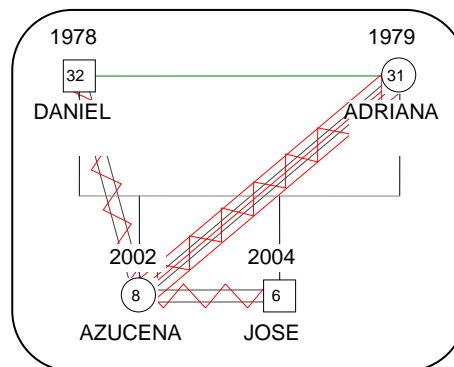
**Periodo del proceso terapéutico:** Junio – Octubre 2009

**Numero de sesiones:** 6

**Modelo terapéutico:** Terapia Breve Sistémica

**Resultado del proceso terapéutico:** Alta

**Familiograma:**



#### **Motivo de Consulta:**

El motivo que trae a la familia a buscar terapia familiar, es que su hija Azucena tiene TDA según lo diagnosticó la maestra de primaria, a pesar que actualmente recibe apoyo psicopedagógico individual en casa resulta muy complicado tratarla, pues con frecuencia pelean, atribuyen estos comportamientos al TDA, desean apoyarla sabiéndola tratar y manejar “sus arranques”, consideran que como padres están involucrados en el problema, por lo que algún cambio en ellos podría ayudar a su hija.

#### **Entrevista telefónica.**

Como primer contacto se realizó una indagación sobre el motivo de consulta, datos sobre la familia tales como miembros que la integran, etapa del ciclo vital y antecedentes relevantes relacionados a la queja, estos fueron: que Azucena presentó hipoxia neonatal severa, la cual deja secuelas principalmente en el área de lenguaje. Motivo por el que desde los tres años acude con una terapeuta de lenguaje

y hace dos fue inscrita a una programa de apoyo psicopedagógico individual en una institución pública.

A pesar de tener seguimiento neuropediátrico, es la maestra responsable del grado que cursa actualmente quien le diagnóstico el TDA basada en la observación de las conductas de la niña.

### **Sesión 1.**

Acudieron a la sesión ambos padres y la Azucena, se realizó el encuadre de la modalidad de trabajo. Posteriormente se recabaron más datos sobre el motivo del consulta; buscando separara la queja de la identidad de la persona se les pidió a los padres que describieran ¿Cómo es el TDA? Y por otro lado ¿Cómo es Azucena? Derivado de la conversación sobre el TDA los padres lo definen como un “problema de actitud” hecho que permitió hablar sobre recursos de la familia para hacerle frente al “problema de actitud del TDA”.

Un punto fundamental fue la distinción que el padre hace respecto a las actitudes “del TDA” en Azucena y las posibilidades educativas de su hija, debido a la hipoxia, por decisión de la pareja nadie en el sistema escolar sabe que Azucena presenta daño neurológico pues han considerado que si lo comentan está será etiquetada y relegada.

Durante la sesión se indagó sobre las relaciones en la familia con el fin de continuar completando el Familiograma, para en sesiones posteriores utilizar la técnica REF. Se finalizó la sesión con una tarea de fórmula del modelo de Soluciones, pidiendo a los padres estar atentos a las cosas positivas y cambios que se generaran en Azucena a nivel psicológico, físico e interaccional y se determinó fecha para la siguiente cita.

### **Sesión 2.**

A la sesión acudieron los padres y Azucena, quienes notaron cambios respecto a Azucena quien estuvo más tranquila cuando le pidieron realizara sus deberes (tareas o quehaceres domésticos) sin embargo la relación de Azucena con los padres es conflictiva por la desobediencia, se indagan las pautas de interacción en la familia y los intentos de solución; los padres al hablar del tema se notan preocupados, agobiados e incómodos se normaliza las emociones que experimentan y se inician intervenciones con el trabajo de la culpa con los padres.

Se indagó la conducta de Azucena fuera del sistema familiar, en la escuela la maestra les dice que coopera y obedece aunque la queja es que no presta la suficiente atención para realizar las actividades en la clase. Con la familia extensa se porta “normal”, es decir obedece y sigue instrucciones. Se indagaron excepciones al problema en los sistemas externos y en la familia identifican que cuando se trata de diversión o juego sigue reglas (obedece) cuando no lo hace es cuando se trata de “obligación” porque es ante la obligación que comienza a tener “esa mala actitud que le da el TDA” se reencuadra el TDA como un “problema de actitudes” y se habla de diferencia de actitudes entre ambos hijos.

Durante la sesión Azucena se mantuvo dando vueltas alrededor de los padres y cuando se hablaba de ella, trataba de taponarle la boca o los oídos a los padres; se comentó con ellos una hipótesis sobre la familia una de ellas respecto a que Azucena se percataba a la perfección de los temas de la conversación y por tanto sabía que ellos cambiarían y ella tendría que cambiar de actitudes, entonces prefería que todos se mantuvieran igual; la reacción de los padres fue de sorpresa y confirmaron la hipótesis del equipo.

Se finalizó la sesión pidiendo a los padres, realizaran una lista de las actitudes provocadas por el TDA y aquellas que serían deseables en su hija, siendo lo más descriptivo posible. Por otro lado con Azucena se realizó la REF de forma gráfica con dibujos de figuras humanas de distintos tamaños se habló sobre las ocupaciones propias de cada miembro, se dibujó a José de mayor tamaño haciendo alusión a que parecía que ella aunque sabía cómo portarse como de 8 años, decidía portarse como de 3 aunque eso significara que hasta José la viera “chiquita”, ¿qué hará Azucena, desde hoy y hasta que la próxima sesión, se portará como de 8 o como chiquita de 3? Cabe aclarar que esta intervención se realizó de forma indirecta hacia Azucena con el fin de ser isomórfica con el comportamiento que ha tenido en las sesiones.

Los padres comentaron su interés de llevar a José a las sesiones, pues le causa mucha curiosidad “las terapias de Azucena” se acordó que él asistiría.

### **Sesión 3.**

Asiste la familia completa a sesión, quienes explicaron muy sorprendidos que ocurrió un cambio significativo, pues disminuyeron los “arranques”, Azucena se portó como

de 8 años, José quien acudió por primera vez comentó “se portó como hermana grande, se portó muy bien”, Azucena se mantuvo más participativa y atenta a lo que se comentó en la terapia. Los padres hicieron descripciones puntuales sobre lo que llamaron “las actitudes positivas”: se bañó sola, levantó su plato después de comer, se tomó el agua, juntaba sus juguetes, hacía la tarea diario, además de lavarse los dientes y colocar su cepillo en su vaso.

Se volvió a realizar la REF gráfica de la sesión anterior, pero esta vez haciendo un dibujo donde Azucena estaba de mayor tamaño que José, por primera vez ella contestó una pregunta directa dentro de la terapia. Respecto a ello los padres continuaron hablando de los cambios y se introdujo la participación de ellos donde identificaron que en sus cambios personales-parentales consistieron en estar más tranquilos, la forma de pedirle las cosas pues no deben estar insistiendo tanto ni gritar, lo que les funcionó.

Una vez que se reunió información suficiente se aplicó la REF sólo con los padres, se inició exponiendo los elementos positivos que se identificaron: límites claros, jerarquía en los padres, alianza parental; posteriormente se abordaron las relaciones conflictivas de Azucena con los miembros de la familia, diferenciando los holones conyugal – parental y fraterno. Al final del análisis se comentó con la familia la oportunidad de hacer cambios dejando a la familia la sugerencia de cuáles podrían hacer.

Los padres expusieron cambios que harían en las interacciones, sin embargo una recurrencia en hablar sobre la sensación de ser superados por el problema del TDA llevó a continuar con el trabajo de la culpa de los padres. De dicha intervención comienzan a surgir “características” de Azucena, de las cuales se hicieron reencuadres que los padres ampliaron, entre estos Terca por Tenaz y Huraña por Precavida; “claro es cierto que su carácter le ha ayudado mucho a no rendirse porque al inicio le hacían burlas en la escuela por el lenguaje escaso, pero ahora como puede se da a entender”. Se iluminó la valentía al enfrentar estas críticas escolares pensando en la decisión que ambos tomaron de no informar sobre las posibles limitaciones de su hija; lo que nos hace pensar que cuentan con muchos recursos para enseñarle a su hija otras formas diferentes de relacionarse entre sí.

Se acuerda con la familia realizar acciones diferentes en las relaciones con los miembros de la familia que los dirijan al cambio, se previene a los padres sobre la recaída ante cambios tan radicales se indica que esto no impedirá que el cambio perdure.

#### **Sesión 4.**

Asistió toda la familia a la sesión, notaron que Azucena se esforzó por hacer muchas cosas por ella misma, que intenta ser mas autónoma como su hermano ya lo hace, sin embargo ocurrió la recaída pero no con la misma intensidad que al inicio del tratamiento. Ellos también tuvieron cambios, p.ej.se alteran menos cuando Azucena los reta, que ha habido menos regaños, la dejan que lo intente y la apoyan. Se habló con los padres como fue la recaída, los “arranques” sólo ocurrieron un día, la familia lo relaciona con el cumpleaños de la madre, pues saben que a Azucena le gusta ser el centro de atención y cuando no lo es se estresa. En la escuela dicen que la maestra les ha dicho que Azucena tiene mejor “actitud” esto incluye que intenta terminar los trabajos, que comienza a leer palabras, etc.

Se retoma el patrón de interacciones que mantiene el problema, con el fin de mostrar a los padres su participación en éste e iluminar al registrar cambios en ellos alteran el patrón de forma tal, que les resulta más satisfactoria la relación en la familia. Esto conlleva a hablar de una característica de Azucena “parece que no está en nada pero si está en todo” misma que se re-encuadró respecto a la utilidad en casa y en la escuela, finalmente se habla de “lo floja que es Azucena”, usando lenguaje externalizante se separa al problema de la persona y se pide describan como queda atrapada de la flojera y si les pasa a la familia, se pide realicen un dibujo de cómo es la “flojera que ataca a la familia” y logaran vencerla cortarían un pedazo proporcional cada día al dibujo.

Al término de la sesión la madre comenta su preocupación pues Azucena se muerde las uñas, a veces de forma constante como si estuviera ansiosa, no lo relaciona a “las actitudes del TDA” pero deseaba saber que ocurre, se le indica que será motivo de discusión el tema en el equipo para darle una orientación precisa.

#### **Sesión 5.**

Acudió la familia completa, comentaron respecto a lo agradable de la actividad, los padres organizaron dónde y con qué materiales dibujarían a la “flojera de la familia”,



José ayudó más mientras que Azucena estaba como enojada. Todos los días José iba a cortar un pedazo mientras decía el porqué le había ganado a la flojera, Azucena casi no lo hacía (notaron que miraba despectivamente el dibujo pero no cortaba pedazos, menos explicar si le había ganado a la flojera) aunque notaron que estuvo más cooperativa en las mañanas, se viste sola y rápido y ha tenido ganas de ir a la escuela.

Fuera de la familia también han notado “los cambios de actitud” de Azucena, sobre todo su abuela materna, quien se ha percatado que al salir de la escuela va de buen humor, pese a que sigue teniendo algunos problemas por el lenguaje y su deficiencia en lecto-escritura, sin embargo dijeron que notan que el TDA ha mejorado mucho pues ha estado disponible para estudiar en casa.

Se recuentan los cambios que ha tenido Azucena durante el proceso de terapia familiar y los que los padres identifican desde que recibe terapia de lenguaje y apoyo psicopedagógico, se iluminaron aquellos cambios “de actitud” que los padres han experimentado y que les permitió ver sus recursos, herramientas y habilidades como personas y padres. Ambos coinciden en ir en camino a solucionar el problema, por lo que se pidió informaran qué de las sesiones les habían sido de utilidad la madre dijo que saber que toda la familia estaba implicada, ver en el pizarrón cómo es la familia y pensar en que hay que cambiar, ver la actitud de Azucena como algo bueno en ciertas circunstancias, pues sabe que el ser “así” le ha ayudado a defenderse a “no tirar la toalla” porque a pesar del lenguaje y el desempeño escolar juega y trata de relacionarse, se hace entender; descubrieron que podían ver a su hija “con otros ojos”.

Dijeron sentir que les faltaba a la madre paciencia y al padre no ponerse de malas, por tanto se habla de patrón de las interacciones como un “juego” y aludiendo a la facilidad para observar que tiene la pareja-parental, se pide estén atentos a como son ahora, que han cambiado para que en las ocasiones en que Azucena vuelve a estar como antes, sepan ellos de qué forma entran al juego de la familia y de qué forma pueden salir de él. De igual forma se pide elaboren un reglamento para la familia con 10 reglas claras y concretas así como sus consecuencias si se incumplen.

Al finalizar de la sesión la madre preguntó por la duda que tenía respecto a que se muerde las uñas, haciendo uso de la voz del experto se normaliza este comportamiento como una muestra de ansiedad normal, se ejemplifican situaciones y se involucra la opinión del equipo para quienes no es un dato de alarma pues Azucena no se lastima, ni lo hace diario.

### **Sesión 6.**

Asistió toda la familia, se dividió la sesión en dos partes en la primera de ellas se trabajó sólo con los padres respecto al reglamento de la familia, lo que permitió afianzar la autoridad de los padres y el establecimiento de una comunicación asertiva de las reglas para con los hijos.

Los padres eligieron 10 actividades de las cuales 7 eran dentro de la casa y 3 fuera de la casa, como llevar abrochado el cinturón de seguridad, esperar dentro de la escuela que alguien los recoja, etc. Todas las actividades llevaban su consecuencia ante el incumplimiento y por propia iniciativa de los padres crearon un programa de economía de fichas, así al cumplirlas toda la semana se harían acreedores a un “beneficio” (salida, dulce, etc.) según el miembro de la familia pues el reglamento los incluía a ellos.

Se comentó sobre las habilidades que descubrieron que tenían y que había usado más para que el cambio se diera. Los padres coincidieron en que la más importante es haber descubierto paciencia en ellos y la capacidad de detenerse y auto observarse. Al preguntarles qué ha sido lo más útil que se dijo o hizo en la terapia, la madre menciona que fue el “haber descubierto que el TDA puede curarse” esta idea resultó relevante, se cuestionó a los padres sobre cómo habían llegado a dicha conclusión, que lo supieron cuando su hija comenzó a cambiar lo que no había ocurrido en terapias anteriores, especial énfasis hicieron en lo impactante de darse cuenta que Azucena está haciendo pequeños cambios, ver su personalidad como puntos de potencial apoyo en su vida y no como defectos y ver que ellos estaban involucrados pues también cambiaron.

Ambos padres dijeron que la queja por la que acudieron a la terapia familiar desapareció, sin embargo consideraron que deben trabajar para que no vuelva a aparecer; si ellos tuvieran la oportunidad de aconsejar a alguna familia en situación

similar, le dirían “que busquen ayuda profesional y hacerse responsables de la parte que como padres llevan en el TDA de sus hijos”

Se incorporó la sesión a los hijos, haciendo maniobras en la geografía de la familia quedaron delimitados los roles parental y fraterno, los padres leyeron el reglamento de la familia incluso incorporaron una pequeña introducción sobre la importancia de las reglas, los hijos permanecieron atentos a los padres.

Se finaliza la sesión comentando con la familia ser el momento de finalizar la terapia, conservando una sesión de reserva para ser usada dentro de los tres meses siguientes si se presentara alguna situación que solos no pudieran manejar; todos aceptaron y se da un mensaje de despedida donde se felicita por los cambios, advirtiendo de la necesidad de acción de cada miembro para que el cambio permanezca, se puntualiza que José envía mensajes claros respecto a sus necesidades, mientras que Azucena usa técnicas que requieren inteligencia pues el mensaje a veces es oculto para comunicarles sus necesidades. El mensaje finaliza con el comentario de la madre “Azucena es inteligente y capaz de aprender en la escuela, pues no es fácil crear mensajes así de complejos”

La familia Balderas Sánchez no hizo uso de la sesión de reserva y en la llamada de seguimiento 3 meses después del alta, mencionaron que los cambios se han mantenido, a pesar de que Azucena algunas veces se porta como antes la diferencia radica en que ellos saben ahora como hacerle frente a lo que llamaron “crisis de actitud” según ellos el TDA no ha regresado aunque sigue mostrando una “lentitud” en el aprendizaje de los contenidos escolares.

#### 4.1.2 Familia G6

**Sede Clínica:** Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

**Miembros de la familia que asistieron:** Elena (madre) y Alfonsina (hija)

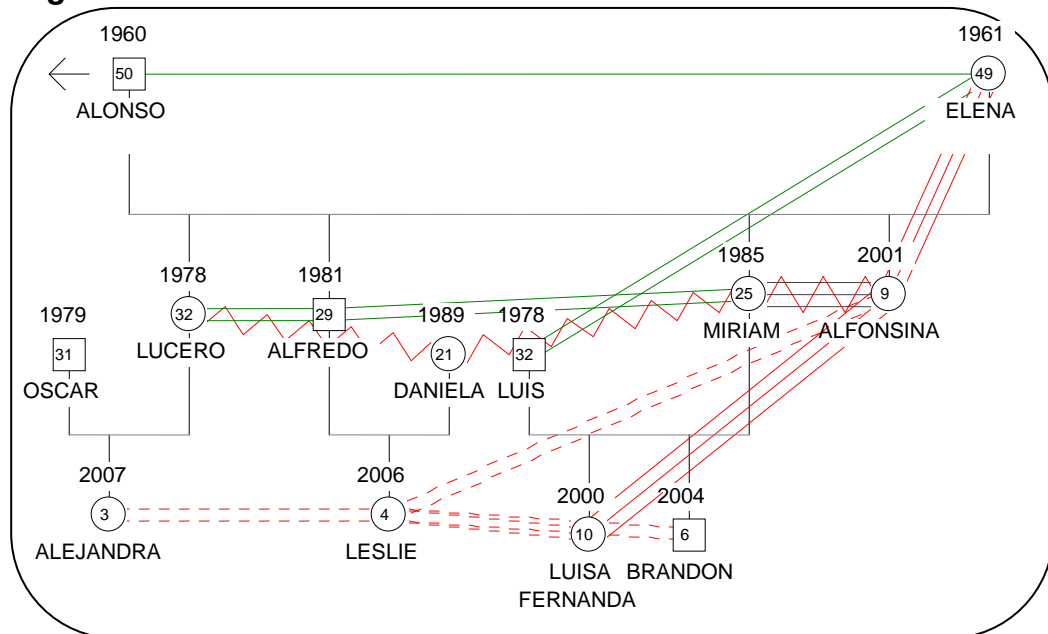
**Periodo del proceso terapéutico:** Julio – Septiembre, 2009.

**Numero de sesiones:** 6

**Modelo terapéutico:** Terapia Breve Sistémica

**Resultado del proceso terapéutico:** Alta

#### Familiograma:



#### Motivo de consulta:

Alfonsina de 9 años, quien tiene TDA diagnosticado desde los 7 años de edad y quien asiste a apoyo psicopedagógico en un centro infantil del DIF, con quien ha logrado nivelar su desempeño escolar, le recomendó “probar” la terapia familiar como una forma más de ayudar a su hija.

#### Entrevista telefónica

En la llamada se recabaron datos relevantes sobre el motivo de consulta, Alfonsina asiste desde hace casi un año a apoyo psicopedagógico individual el principal logro ha sido subir su promedio general de 6 a 7.5 u 8, sin embargo en casa no ha cambiado nada, pues no obedece, no sigue reglas, no apoya en las labores domésticas y no se hace cargo de sus responsabilidades.

La maestra de su grupo escolar, la psicopedagoga y Elena coinciden en que es por el TDA que Alfonsina se comporta así, la primera vez que escuchó del TDA fue en

un programa de Radio Mil donde una doctora experta hablo de los síntomas del TDA y ahí se convenció de que su hija si es TDA. La primera ayuda que buscó fue en el DIF cercano a su casa, donde la enviaron a lista de espera, después de varios meses ingresó al servicio Alfonsina, pero la psicóloga le dijo que “los niños TDA tienen eso, falta de atención de los padres” y entonces ella fue canalizada a una psicóloga con quien aceptó asistir a terapia psicológica, pues en ese programa de radio también habían dicho que los padres era co-responsables del TDA sin embargo cree que no fue de ayuda, “no cambié yo y mi hija sigue igual, la psicóloga no me entendía, quería que hiciera lo que decía; no me oía, pues eso que me recomendaba a mi no me sirve”. Una vez que Elena estuvo en terapia le pidieron llevara a Alfonsina con un neurólogo quien después de un electroencefalograma le confirmó el diagnóstico de TDA.

### **Sesión 1.**

Acudieron Elena Hernández (madre) y Alfonsina (paciente identificada) se hizo el encuadre del trabajo y se indagó sobre los miembros de la familia y la estructura familiar, se trataba de una familia conformada por los padres y cuatro hijos, tres de los cuales están casados y se encuentran viviendo en la misma casa con sus respectivas parejas e hijos respecto a la organización de los espacios indicó “cada familia tiene un cuarto y lo demás de todos” comparten la sala, cocina y baño. La relación entre todos los miembros de la familia es buena pero en cuestión de labores de limpieza de las áreas comunes no ha podido lograr que la ayuden, sin embargo, ha optado por ya no pedirselos pues de cualquier forma no lo harán, ha intentado hacer una cartulina con el rol de turnos respecto a las actividades, días y persona que lo hará, pedirselo a cada uno de forma personal y acusarlos con su esposo pero ninguna ha tenido efecto positivo.

Alfonso es chofer motivo por el cual pasa poco tiempo en casa, tampoco contribuye a labores domésticas, ni de crianza con Alfonsina, lo que a ella como madre la impulsa a estar más atenta y a fijarse en todo lo que pasa con su hija menor.

La relación entre sus hijas mayores no es buena con Daniela y ha notado que ahora sus nietos también se llevan mal con Leslie (hija de Daniela), Alfredo dijo trata de mantenerse al margen de cuando sus hermanas pelean con su esposa. Es particularmente importante para ella la relación conflictiva entre Miriam y Alfonsina,

supone es porque al nacer Alfonsina dejó de ser la “chiquita” y además le quitó la atención a su hija que es unos meses mayor que Alfonsina.

Respecto a los límites de cuatro familias que viven juntas dijo muy agobiada “no se puede, se intenta pero no”, este fue el motivo por el cual inició con la terapia, sin embargo, estaba a dos sesiones de que la diera de alta y no había logrado cambiar nada y tampoco habían abordado nada sobre cómo podía ella ayudar a su hija con TDA, “hablamos de lo que la psicóloga dice, pero no me ayuda”.

Usando lenguaje externalizante, se pidió explicara ¿cómo es el TDA? Explicó que eran los síntomas que había escuchado en el radio, expuso que Alfonsina era lenta para hacer labores de la casa o escuela, no prestaba atención, era juguetona, iba mal en la escuela, no hacía cosas porque se le olvidaban, todas excepto el bajo rendimiento escolar persisten.

Con el fin de establecer un objetivo de trabajo en la terapia, se cuestiona a la madre sobre los indicativos de que las conductas que provoca el TDA en Alfonsina habrían cambiado, considerando que el rendimiento escolar había ya mejorado, sin titubeos la madre dijo que esperaba que fuera diferente en la casa, que obedezca y que se apure a sus cosas y que no fuese tan juguetona, se normalizó este último comportamiento como propio de la edad de su hija, la intervención que fue avalada por ella pues “así es Luisa también” (nieta de la misma edad que su hija). En la familia esperaba que el padre ya no tuviera esa “falta de interés” se re-encuadró esta conducta como una probable muestra de la preocupación que ella misma siente mostrada de manera diferente, la madre lo acepta.

Finalizó la sesión con una tarea de fórmula del modelo de soluciones pidiéndole estar atenta a los cambios que se presentaran en su hija en el espacio entre sesiones.

### **Sesión 2.**

Acudieron Elena y su hija Alfonsina, en los cambios ambas coincidieron que Alfonsina había estado un poco más tranquila y la vio tratando de obedecer se dio cuenta de ello cuando tras una pelea se sentaron a platicar “me oyó, me hizo un poquito de caso” se amplió esta excepción la madre dijo que se dio cuenta que su

hija si “reflexiona” y que se sintió bien al ver que su hija “también comprende que ella a veces me siento incapaz” se interviene a través del cuestionamiento de la realidad del modelo estructural, lo que deriva en la preocupación de la madre de como su hija se “confunde” pues al jugar con sus sobrinos a veces se pegan, pero cuando ella se defiende todos incluyéndola la regañan pues no es posible que ella “siendo la tía, les pegue a sus sobrinitos” pero cuando intenta involucrarse con sus hermanos la regañan “tú eres chiquita, tu mejor allá con los niños”. Ella misma dice sentirse confundida al no saber si tratarla como a sus hijos adultos o como a sus nietos; dice es lo más importante que quiere aprender a tratar a cada uno como corresponde según la edad y ponerles reglas a todos; especialmente en lo que refiera a las labores domésticas pues Miriam es quien menos coopera pero negarle el uso de estas áreas no es una opción para ella, sin embargo quisiera una solución útil.

Le pido que durante el tiempo que transcurra hasta la próxima sesión haga cosas distintas a las que ha venido haciendo, no importa cuáles y se fije en los cambios positivos que ocurran como cuando pudo hablar con su hija y ella reflexionó. Mientras que el equipo de terapeutas tendríamos como tarea ofrecerle una alternativa que si le funcione con la familia especialmente con Miriam.

### **Sesión 3.**

Acudió la madre, comentó la invitación que le hizo a Alfonso de asistir con ella lo que no fue posible debido al trabajo de él. Elena narró cómo ha cambiado Alfonsina, pues estuvo más tranquila y a pesar de que no en todo obedeció, ha tratado de hacerlo más seguido. En cuanto a ella, dijo cuando no hacían lo que les tocaba, ella tampoco lo hacía aunque más tarde o al otro día la que había dejado trastes tenía que regresar y hacerlo, cuando actuaba diferente, reconoció que se sentía más tranquila algunas veces.

La sesión prosiguió con la presentación del Familiograma para la técnica REF a la madre, durante esté se hizo el diagrama y se dibujaron las líneas de relación entre quienes habitan la casa, señalándole a la madre en primer lugar aquellos elementos funcionales como los límites al exterior y sus lados fuertes de la familia como la unión y el amor. Después se le presentaron los elemento disfuncionales que surgen en una “familia compuesta por varias familias” que fue el término con el que se le describió las interacciones multigeneracionales se le explicó la importancia de cada

familia pudiera marcar límites, respecto a las interacciones de sobreinvolucramiento se sugirió a la madre dejar de hacer algunas cosas por Alfonsina como prepararle el uniforme, buscarle los libros, etc. en lo referente a las reglas, que fue el tema que más captó la atención de la madre se describieron una serie de interacciones que ocurren entre ella y el resto de la familia, pues es en Elena que recae la responsabilidad de poner límites en la familia; ella dice estar “viendo el retrato de su familia, pero ahora que hago para cambiar?” En el Familiograma se habla de la confusión de roles que experimenta Alfonsina entre ser parte del holón fraterno con quienes pocos intereses tiene en común por la amplia diferencia de edades y por otro lado con el holón de los nietos de la familia donde por la edad le es más fácil relacionarse sin embargo en ambos lados le envían el mensaje de que no pertenece a él. De modo que no es sencillo entonces asumirse bajo las reglas de un grupo cuando parece que no se pertenece a ninguno, se sugiere establecer reglas muy claras que sean para el holón fraterno al cual pertenece. Se abordó como el TDA podría estar generando un tipo de relación particular entre ella y su hija; para intensificar y focalizar la atención de la madre en el sobre involucramiento que a manera de hipótesis suponíamos no permitía a la hija ensayar un repertorio conductual amplio, donde mostrara las capacidades que tiene; se preguntó ¿qué cree hará Alfonsina cuando tenga que servirse sola la comida?, Elena se mostró impactada por la pregunta pues jamás lo había pensado. Se finalizó con un recuento de los datos revisados en el Familiograma de la técnica REF, indicando que hiciera cosas diferentes que le ayudaran a dirigirse hacia el cambio que desea, se iluminaron e intensificaron los lados fuertes de la familia sobre todo el del amor.

Se propuso una alternativa para hablar con Miriam respecto a su poca o nula cooperación en las labores domésticas de las áreas compartidas se explica que después de un análisis profundo se llegó a la conclusión de que “Miriam se sacrifica ante la familia, prefiere que la miren como una persona incapaz, irresponsable, sucia, etc. antes de que la dejen de ver como la chiquita de la casa” la madre replicó esto ya que observa que su hija es muy capaz pues cuando ayuda lo hace muy bien. Se intensificó el mensaje haciendo alusión a que “Miriam se sacrifica de manera inconsciente” se le dijo, por lo que la solución es hacérselo saber y “hacerle saber cuánto la ama, para que ella lo sepa y esté segura del cariño de su madre y pueda



dejar de comportarse de la manera en que lo hace y quizá comience a colaborar en casa”.

Se le pidió que se enfocara en atender su tienda (negocio que inició hace poco tiempo) e hiciera pequeños encargos a Alfonsina para poder evaluar cómo va el TDA, para saber si ha mejorado o sigue igual.

#### **Sesión 4.**

Acudió Elena a la sesión, explicó lo bien que han ido marchando las cosas cuando es clara (explicita las reglas) con Alfonsina, notó que pone más atención, en el periodo intersesiones le encargó varias cosas como cambiarse y volver a la tienda, ir a comer sola, llevarle algunos productos y todo lo hizo bien aunque se quejó de tener que ayudarle “está mejorando, ¿se le estará quitando el TDA? Eso no lo dijeron en el radio, si se cura; pero con tratamiento tal vez o no?” Se usó la voz de experto para responder que al ser un Trastorno tan nuevo ni los médicos lo saben, pero que hay comportamientos que indican mejoría en Alfonsina.

Contó muy emocionada que, Miriam no estaba colaborando y le dijo que los psicólogos que estaba viendo en la universidad “ya me explicaron porque eres así, tú te sacrificas para que no te deje de querer y que seas mi chiquita más que la güera” dijo que su hija la miraba atónita y se reía, cuando le replicó la falsedad de esto, Elena sólo comentó “yo te voy a querer igual que siempre, aunque ya no te sacrifiques” dijo que una semana después Luis esposo de Miriam le dijo “ay suegra que le dijo a Miriam porque anda muy trabajadora, nos hizo el desayuno, limpió la casa, lo que sea que le dijo, se lo hubiera dicho hace mucho”. Nadie en la familia sabe sobre lo que hablaron, espera que los cambios sean más y continúen constantes

La REF fue muy significativa para ella y pensando en las metas a lograr se le ocurrió hablar con Alfonsina y decirle el porqué no la podía tratar igual que a sus hermanos ya adultos, casados y explicó ampliamente como se lo dijo pues vio que hablar en la familia si funciona. Se dio cuenta que poner reglas es hacer caso a lo que siempre le dicen “tu ve por ti, nosotros podemos arreglárnoslas” dejar a cada quien sus responsabilidades fue algo nuevo que hizo, con Alfonsina ya dejó de hacer cosas como hacerse cargo del uniforme o de la mochila.

Basada en algunas hipótesis del equipo respecto a que Elena se sobre involucraba en las actividades de sus hijos por algunas premisas culturales como el que una madre siempre cuida a los hijos, se decidió hablar de está como historia dominante y comenzar la búsqueda de historias alternativas, donde el amor no se ponía en duda respecto a dejar el cuidado de lado, después de ello Elena dijo sentirse aliviada de poderse dar ese permiso, pues a su edad el cuidar a Alfonsina y su esposo ya es pesado y más si cuida a otros más “porque ahora ya no son tres sino 6 hijos y los nietos” se le dijo que si deseaba intentar como “experimento” para saber cómo se siente portarse como ellos y valorar si es una alternativa que no estresa a la gente que se porta así.

### **Sesión 5.**

Asistió Elena a la sesión, por un accidente automovilístico de Alfonso, el tiempo transcurrido entre sesiones es de un mes no de quince días como venía ocurriendo, ella llega muy sorprendida pues pensó que al no asistir los cambios se perderían lo que no ocurrió, sino por el contrario fueron más notorios y dado que Alfonso sufrió pequeñas lesiones la familia debió reorganizarse, hecho que por un lado le hizo recordar la REF y los lados fuertes de su familia como el amor y la unión pues lo hijos mayores les colaboraron económicamente y en cuestiones legales, por otro lado Alfonsina tuvo que hacer sus propias cosas “demostró que si puede y que sabe” pero dijo lo más notable fue que se dio cuenta que ha cambiado no sólo Alfonsina, sino ella y toda la familia.

Al estar convaleciente Alfonso, el ir y venir familiares en casa de la familia, evidenció aun más que “hasta ellos se dan cuenta que la güera (Alfonsina) ha cambiado para bien”; se da cuenta que quien menos cambios ha tenido es Alfonso pero lo atribuye a que no sabe qué hacer por eso no participa más en la familia.

Se usaron preguntas de escala para evaluar el avance en la intervención, dijo Elena al llegar al servicio de terapia Familiar su bienestar personal estaba en 5 y el familiar en 3, pero actualmente su bienestar personal y familiar están en 9 por encima de lo que siquiera imagino.

Finalmente se habló sobre la acción sugerida, explicó dado el accidente tuvo que ser madre sólo a rato, lo que la hizo sentir bien pues a pesar del trabajo extra en casa notó que está empezando a entender que “no todo está en mis manos” dijo.

Se estableció la fecha de la siguiente cita, con un mes entre ambas como una acción que le permitiera confirmar los cambios acontecidos en la familia. Asimismo se pide haga un listado de las herramientas como madre con las que ahora cuenta y le ayudaron a apoyar a su hija para mejorar sus comportamientos y vencer el TDA.

### **Sesión 6.**

Acudieron Elena y Alfonsina, este periodo de tiempo permitió “afianzar el cambio” dijo la madre, explicó que aprendió que las reglas no se ponen una sola vez sino que es un trabajo diario cuando los hijos son niños, además de recordar que sabía ser madre pues educó “tres buenos hijos, que ya son padres también...”

Respecto a la lista de herramientas, la realizó pero respecto a las herramientas que ve en su hija, esto hizo emotiva la sesión permitió que el equipo las felicitara por los cambios realizados.

Se habló con ellas, respecto a la opinión del equipo de finalizar la terapia en la sesión presente, dado que la familia logró cambios y están en camino de generarse más, conservando una sesión de reserva para ser usada en un lapso de tiempo de tres meses desde la fecha de esta sesión, hecho que Elena aprobó.

Para finalizar la sesión, se le pidió que comentara, lo que más le hubiera sido de utilidad, aquello que no sirvió y sus recomendaciones a otras familias con hijos con TDA. Primero citó el impacto causado por la REF a la que llamo “el dibujo de mi familia” pues la motivó a hacer cambios, en segundo lugar la recomendación sobre cómo hablar con Miriam. Reconoció que lo básico fue que si los padres como ella ven que son co-responsables del TDA, podrían ayudar a sus hijos al grado de “tal vez, que se curen del TDA” por tanto les sugería que los llevaran con una psicopedagoga y que tomaran terapia familiar.

A la llamada de seguimiento tres meses después sin haber hecho uso de su sesión de reserva, Elena dijo estar mucho mejor que antes con cambios en la familia de todos los días, dijo estar satisfecha con los logros obtenidos, aunque conserva la duda si el TDA se cura, aunque en su experiencia con su hija piensa que si.

## **4.2 Análisis Teórico Metodológico de las intervenciones sistémicas**

Los casos incluidos en el reporte giran en torno a una misma problemática: el Trastorno por Déficit de Atención (TDA), que desde los años noventas ha cobrado

popularidad en los sistemas educativos como causa y justificación de un sin número de comportamientos dentro y fuera de la escuela; asociado al bajo desempeño escolar, conductas disruptivas o en casos extremos hasta delictivas.

Después de haber realizado una intervención de terapia familiar en casos donde la queja familiar era el Trastorno por Déficit de Atención, surgieron múltiples reflexiones acerca de ¿Cuál es el comportamiento que caracteriza al TDA? ¿Por qué en ambas familias la descripción del TDA era distinta? ¿Si en ambos casos se hubiera realizado un diagnóstico multidisciplinario, éste habría sido TDA?. Sin duda estas reflexiones resultan demasiado simplistas si consideramos que a la fecha la investigación médica sigue considerando al TDA “una disfunción cerebral no localizada, que frecuentemente es confundida con trastornos comorbiles” es decir, los diagnósticos diferenciales existentes basados en la observación de conductas que se presentan en un periodo de tiempo específico así como la interpretación de electroencefalogramas no son una prueba contundente médica-psiquiátrica-psicológica de la existencia del trastorno y una comparación consistente contra la normalidad estadísticamente hablando de la población sana. Pero lo cierto es que el Trastorno por Déficit de Atención representa una queja en gran número de familias mexicanas, así como en los sistemas escolares, hechos que como terapeutas familiares sistémicos no podemos ignorar.

Por ello el análisis de los casos incluidos en el reporte gira en torno a algunas categorías que por contraste o similitudes de los casos considero representan relevancia en el tema, esto con el fin de darle organización y claridad

#### **4.2.1 Diagnóstico y cuadro conductual manifiesto**

En el campo de la Psicología el diagnóstico del TDA o TDAH se basa en las categorías conductuales que el DSM-IV cita como propias de este trastorno de inicio en la infancia, las que se encuentran divididas en tres áreas: Inatención, Impulsividad e Hiperactividad, que deben presentarse 6 o más de ellas, con una persistencia de más de 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo. De dicho trastorno el DSM IV-R menciona 3 tipos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

En la Fig. 7 se condensan los datos obtenidos con las familias respecto al cuadro conductual que los padres de ambas familias refieren respecto a los comportamientos que caracterizan al TDA; sólo aquellas que se encuentran subrayadas coinciden con el listado de comportamientos del DSM-IV esto en primer lugar según el criterio diagnóstico del DSM-IV no haría evidencia de la presencia de TDA, pues no hay cuantitativamente seis síntomas, ni la persistencia es consistente en el periodo de tiempo determinado para ello; sin embargo, en el caso de la familia G5 si hay un diagnóstico diferencial con una condición orgánica derivada de la Hipoxia al nacimiento.

Fig. 7. Comparación de los síntomas de TDA de los P.I. en los casos analizados.

Fam. G5*	Fam. G6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No socializa lo suficiente</li> <li>• Problemas de lenguaje</li> <li>• <u>Dificultad para concentrarse en tareas del salón</u></li> <li>• Mala actitud</li> <li>• Llevar la contraria</li> <li>• Arranques</li> </ul> <p>(*) Azucena cuenta con un diagnóstico de daño neurológico por hipoxia neonatal que involucra el desarrollo del lenguaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo desempeño escolar</li> <li>• <u>No obedece</u></li> <li>• No hace sus labores domésticas</li> <li>• <u>No hace tareas en casa</u></li> </ul>

En el campo médico el diagnóstico de este trastorno está relacionado a la práctica de electroencefalogramas que deberían mostrar una alteración en la actividad eléctrica del cerebro, pues han considerado que el “TDA/TDAH es una alteración cerebral no localizada” (Vera, Ruano y Ramírez, 2007) dada esta difusa explicación del fenómeno, se han propuesto el uso de “Diagnósticos multidisciplinarios” término

retomado por Arenas (2007) y respecto al diagnóstico del TDA/TDAH expone a por lo menos diez tipos de profesionales de la salud, entre ellos: Psiquiatra, Paidopsiquiatra, Neurólogo, Pediatra, Psicólogo Clínico, Psicólogo Educativo, Educadores, Pedagogo, Neuropsicólogo, quienes se supone pueden aportar datos para el diagnóstico pero que cada uno por si mismo parecen no ser capaces de dar un diagnóstico pues el TDA y TDAH se ha planteado como un problema multidimensional, que requeriría de datos escolares, conductuales, pruebas psicométricas, exámenes de actividad cerebral en dos momentos temporales distintos con el fin de establecer una diferencia que marcara la alteración, datos de alimentación y desarrollo del niño con registros longitudinales, etc.

En la familia G6 el diagnóstico del TDAH fue realizado por la interpretación de un médico familiar de un electroencefalograma como única medida diagnóstica (no hubo contrastación de dicho estudio en dos momentos diferentes de tiempo); sin embargo en el caso de la familia Balderas Sánchez ni siquiera se contaba con una opinión médica o psicológica respecto a un diagnóstico, éste estaba basado en la mera observación de la docente del grupo escolar en la que la P.I. se encontraba cursando. Desde la perspectiva teórica en ambos casos es notorio que el diagnóstico no era confiable ni elaborado de acuerdo a un criterio específico, es decir ni médico ni psicológico y notoriamente distaba de haber sido elaborado y corroborado con la minuciosidad y la multidisciplina que se sugiere actualmente.

Sin embargo, las familias no llegaron al servicio de la Clínica de Terapia Familiar a tener un diagnóstico pues creían que el que traigan consigo era correcto y preciso: “es TDA”; es necesario entonces puntualizar que las familias acudieron por un tratamiento familiar y eso fue lo que recibieron.

#### **4.2.2 Características de las familias**

En este apartado se describen las características de cada familia, y aunque desde el modelo estructural existiría un parámetro de funcionalidad-disfuncionalidad de la estructura familiar, lo cierto es que no existe estudio alguno que describa o haya estudiado el TDA ligado al análisis de las familias en las cuales se presenta este trastorno.

Tenemos dos tipos de familias: la **G5**(ver, Familiograma) es una familia nuclear compuesta por cuatro integrantes quienes habitan un espacio propio; la estructura familiar evidenció que el holón conyugal-parental es fuerte, aliados en las funciones parentales, con límites claros en las funciones conyugales y las parentales, la familia mantiene límites claros al exterior del sistema y al interior existen límites claros con uno de los hijos y difusos con la paciente identificada. Además se identificó sobreinvolucramiento de la madre hacia la P.I. y relaciones conflictivas entre los miembros de la familia.

Por otro lado, la familia **G6** (ver, Familiograma) son una familia multigeneracional de tres generaciones habitando en el mismo espacio, las que conforman 4 familias nucleares en distintas etapas del ciclo vital, que incluso pudiera ser identificada como una familia “con nido repleto”, en la estructura familiar se identificaron: el sobreinvolucramiento de la madre hacia la P.I., periferia del padre, coaliciones entre Hermanos vs. Cuñada y entre nietos mayores vs. Nieta menor, así como relaciones conflictivas entre varios miembros.

Existe un elemento común en la estructura familiar que deseo resaltar pues en la intervención jugó un papel muy importante, este es el sobreinvolucramiento de la madre hacia la P.I. de cada familia.

#### 4.2.3 Tratamientos previos a la terapia familiar

Cada una de las familias previo a la terapia familiar habían estado en otros tratamientos médicos – psicológicos (Fig. 8) con el fin de atender el TDA de los pacientes identificados en cada familia, a continuación se presenta un resumen del historial de tratamientos de cada familia.

Fig. 8. Tratamientos medico – psicológicos a los que habían acudido los casos analizados previos a la intervención familiar.

FAMILIA	TRATAMIENTO	PERIODO TEMPORAL	INSTITUCION	RESULTADOS
<b>G5</b>	Terapia de lenguaje	2004 – actual	Particular	-mejor pronunciación, mayor vocabulario.
	Apoyo psicopedagógico	2008 -2009	DIF Mpal.	-mejora en su desempeño escolar, específico matemáticas.

<b>G6</b>	Atención medica	2007	DIF Mpal.	-Diagnostico de TDA, canalización a neurología.
	Neurología	2007	Asociación Civil	-practica de electroencefalograma, DX de TDA y <i>medicación que no siguió.</i>
	Terapia Psicológica (madre)	2008	DIF Mpal	-ninguno
	Apoyo psicopedagógico	2008	DIF Mpal.	-mejoro su desempeño académico, aprobó el ciclo escolar en curso.

Ambas familia mencionaron como muy relevante el Apoyo psicopedagógico como tratamiento al TDA, pues el resultado fue una mejora significativa y consistente en el desempeño escolar de las pacientes identificadas, sin embargo persistían algunas quejas que se presentaban especialmente en el sistema familiar.

#### 4.2.4 Intervenciones clínicas

Las intervenciones familiares sistémicas usadas en el abordaje de ambos casos no estuvieron basadas en un modelo específico sino que se incorporaron técnicas de la Terapia Breve Sistémica (Charles, 2005) que sugiere el modelo BIO-PSICO-SOCIAL SISTEMICO (Domínguez, 2007) y la Retroalimentación Estructural Familiar (Montalvo, 2007) para este fin didáctico se seleccionaron una serie de intervenciones que se realizaron en una o ambas familias, que se consideraron significativas en el manejo de TDA

#### 4.2.5 MODELO BIO-PSICOSOCIAL SISTEMICO

El modelo Bio-Psico-Social Sistémico como ya fue expuesto en el Capitulo 3 se puede resumir en prestar atención a una serie de recomendaciones: de estas fue de vital importancia incorporar al tratamiento el apoyo psicopedagógico y el sistema escolar. Aunque esta comunicación fue de forma indirecta, es decir, a través de los padres, la vinculación con dichos sistemas permitió la ampliación del cambio.



Específicamente en las técnicas de la TBS, en las intervenciones del TDA en la familia que fueron aplicadas en ambas familias se encuentran las siguientes:

MODELO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES
<i>Estructural</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Límites</li> <li>• Jerarquías</li> <li>• Reencuadres</li> </ul>	<p>Los reencuadres resultaron básicos en las intervenciones, pues permitieron focalizar a las familiares lo positivo o funcional de ciertos comportamiento o características especialmente en lo referente a las pacientes identificadas. Especialmente en la familia Balderas Sánchez quienes debido a la historia médica de su hija les resultaba difícil referir datos positivos en su comportamiento.</p>
<i>Interaccional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuencias diádicas</li> <li>• Patrón Interpersonal Problema (PIP) e intentos de solución</li> <li>• El mínimo cambio deseado</li> </ul>	<p>El PIP como principal aportación permitió que la familia identificara aquellos comportamientos problema como parte de una secuencia de acciones donde no solo estaba implicada la paciente identificada sino también ellos, lo que al ser parte del problema también les permitió ser parte de la solución.</p> <p>El mínimo cambio deseado permitió establecer pequeños objetivos terapéuticos que al cumplirle motivaron a la familia al cambio, esto fue notorio en la familia Mancilla Hernández, quienes después de varios tratamientos previos necesitaban un cambio visible como prueba mínima de que el tratamiento familiar funcionaba.</p>
<i>Estratégico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajando bajo este modelo se puede hacer uso de cuatro pasos para trabajar con padres y jóvenes con oposicionismo:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1º. PASO: Manejar la culpa de los padres o adulto</li> <li>2º. PASO: Definir específicamente el problema</li> <li>3º. PASO: Cambiar reglas y consecuencias</li> <li>4º. PASO: Recuperar autoridad benevolente.</li> </ol> </li> </ul>	<p>El trabajo de la culpa con los padres de ambas familias, derivó en el cambio de reglas en la familia y la recuperación de la autoridad de los padres.</p>
<i>Narrativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externalización de los síntomas</li> <li>• Lenguaje lúdico</li> </ul>	<p>La externalización del síntoma (TDA) fue el inicio que tuvo el tratamiento de ambas familias, lo que tuvo excelente resultado ya que para el final de la primera sesión, ya se había logrado una separación del problema con la identidad de la paciente identificada, lo que permitió posibilidades de</p>

		intervención que no se habrían tenido en una versión saturada del problema.
<i>Modelo centrado en Soluciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea de formula</li> <li>• La pregunta del milagro y preguntas de excepción</li> <li>• La pregunta de la escala</li> </ul>	Sin duda, considero que fueron las intervenciones de mayor utilidad para focalizar a los padres en las posibilidades del cambio y planeación de acciones para realizar el cambio.

#### 4.2.6 RETROALIMENTACION ESTRUCTURAL FAMILIAR

La REF (Montalvo, 2007) refiere al uso del Familiograma en el contexto terapéutico como una técnica de intervención, en ambas familias resultó ser exitosa, como elemento gráfico permite exponer y explicar a las familias los vínculos relacionales entre sus miembros que conforman lo que teóricamente llamamos estructura familiar.

Como terapeutas familiares en formación en varios momentos de la intervención nos hemos preguntado cómo hablar con las familias sobre varios elementos de la estructura familiar que serian convenientes modificar, sin embargo a veces resulta complicado hacerlo, por lo que en la REF existe una alternativa en la que la familia no sólo escucha sobre dichos elementos sino que se promueve en ellos la responsabilidad del cambio así como la iniciativa para establecer metas a través de pequeños cambios en el comportamiento.

La REF resulto ser una “fotografía de cómo funciona la familia” ambas familias consultantes fue notoria la participación en dicha técnica que provocó cambios que fueron describiendo en las sesiones posteriores. En el caso de la familia Balderas Sánchez se realizó una modificación de la técnica REF, es decir se hizo a través de dibujos de los miembros de la familia (padres e hijos) en distintos tamaños para hablar con la paciente identificada de las jerarquías y las funciones de cada miembro, resultó ser una actividad lúdica y fundamental para propiciar un cambio en el comportamiento y relación de ella con los padres, aunque el autor de la REF no habla sobre esta modalidad quizá resulte funcional en otros casos enfocados en la relación de padres e hijos sobre todo en el trabajo con niños.

Montalvo (2007) cita que la eficiencia de la técnica reside en la retroalimentación (regreso de información) que se hace con la familia sobre la información que esta misma proporcione al terapeuta; en el contexto terapéutico considero que fomenta

una relación bidireccional que promueve el cambio además de incorporar elementos visuales a las intervenciones terapéuticas lo que resulta novedoso ya que en la gran mayoría de las corrientes terapéuticas incluyendo los modelos sistémicos no es usual pero que al parecer son altamente eficientes en desencadenar cambios.

### **4.3 Conclusión**

El trabajo clínico realizado con las dos familias presentadas lleva a deducir la importancia de una intervención familiar en aquellos sistemas donde existe una queja relacionada a trastornos de inicio o en la infancia. En el caso específico del Trastorno por Déficit de Atención, en si mismo representa una compleja situación de la cual a pesar de largas y constantes investigaciones parecen existir pocos avances en el tema específicamente sobre el diagnóstico y tratamientos, temas controversiales en lo teórico y mucho más en la práctica.

De esta forma el análisis de los casos comienza en la controversia de los diagnósticos pues uno de ellos fue realizado por un neurólogo quien teniendo como evidencia un electroencefalograma lo determinó; posteriormente como se explica no se corrobora con los criterios diagnósticos del DSM-IV; sin embargo la convicción de que las familias referían como motivo de consulta el TDA de uno de sus miembros es lo que jugó un papel determinante en la intervención familiar.

Circunscribiéndonos a la problemática familiar, es decir, el TDA y la postura de la familia respecto a la existencia del trastorno se pueden distinguir dos líneas de tratamientos: la primera de ellas donde las familias recurrieron a los tratamientos individuales para los pacientes identificados, estos fueron terapia psicológica, de lenguaje y apoyo psicopedagógico siendo este último el que resultó relevante en la disposición posterior de la familia a la intervención familiar sistémica. Pues el apoyo psicopedagógico eliminó una parte de la queja: el bajo rendimiento escolar, esto se hipotetiza actuó como un des-estresante en la familia que se permitió mirar las conductas problemáticas de las pacientes identificadas en el contexto familiar pero con ello también la posible co-participación de ellos. La segunda línea de tratamientos se enfoca en la terapia familiar que se basó en dos acciones principales, guiar el tratamiento en el Modelo Bio-Psico-Social Sistémico (Domínguez, 2007) y la Retroalimentación Familiar Sistémica (Montalvo, 2007)

ambas resultando exitosas desde la visión como terapeuta porque las intervenciones modificaron la estructura de la familia con una organización más deseable en jerarquías y límites, los padres visualizaron la posibilidad de mantener un papel activo en la solución de la queja y la familia fue focalizándose en pequeños cambios que los alentaron sistemáticamente a ampliar el cambio hasta la resolución final de su queja.

#### **4.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total**

La visión más totalizadora de la cibernética es enfocar la organización circular en lugar de una lineal, en la cibernética de primer orden de los sistemas observados y en la cibernética de segundo orden de los sistemas observantes donde se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta. Durante el proceso terapéutico, el terapeuta únicamente introduce diferencias significativas donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas, para lograr el objetivo terapéutico (Sánchez, 2000).

El Sistema Terapéutico Total según Troya y Auron (1988) está conformado por los siguientes sistemas:

1. Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico (S.T.)
2. Equipo de Supervisandos + Supervisor = Sistema de Supervisión (S.S.)
3. Sistema de supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas (S. T.)
4. S.T. + S.S. = Sistema Terapéutico Total (S.T.T.)

En el caso de la institución formativa dentro del equipo de supervisandos, se ubican: terapeutas y observadores; que a lo largo de la Maestría se participa desde ambas posiciones lo que aporta una consistente experiencia del proceso de la terapia familiar y de distintas visiones del proceso desde posiciones distintas.

El Sistema Terapéutico Total como el escenario de supervisión representó un espacio de integración de los conocimientos teóricos adquiridos en las actividades de la residencia a la aplicación de las técnicas terapéuticas de los modelos. Cronológicamente, la incorporación al S.T.T. ocurre de la siguiente forma, se inicia con la posición de Observador como miembro del equipo de supervisandos posteriormente dentro se ocupa la posición de Terapeuta y de esta forma se participa en los Sistemas Terapéutico, de Supervisión y de Terapeutas

La supervisión cumplió la función de ser un lugar seguro para la promoción del aprendizaje integral y de desarrollo de habilidades terapéuticas, esto en parte es atribuible a la introducción precisa que las supervisoras realizaron en el momento de la incorporación al S.T.T. referente a lo que viviríamos en dicho espacio haciendo hincapié en el ejercicio de visualizar y entender a las familias desde el enfoque sistémico.

En el proceso de entender las problemáticas de cada familia dada en el Sistema Terapéutico, el supervisor fue un gran apoyo sobre todo en la aplicación de las técnicas de los modelos usados en las intervenciones, la participación del sistema de terapeutas también parte del S.T.T. resultó muy activo en cuanto a la retroalimentación y acompañamiento al terapeuta responsable de cada caso fue fundamental para el curso de la terapia y el desempeño y crecimiento del terapeuta. Considero que éste fue un espacio compartido para la toma de decisiones en cuanto a la intervención terapéutica abarcando la elección de un modelo, la aplicación de las técnicas y una reflexión continua sobre el curso de la terapia traducido en los logros de la familia para acercarse al objetivo terapéutico y sobre el desarrollo de habilidades y estilos particulares como terapeuta familiar.

Desde mi experiencia como parte del equipo de observación la participación en el Sistema Terapéutico fue amplia hecho que fue propiciado por las supervisoras, esto es, durante la inter-sesión y post-sesión nos era permitido intervenir con sugerencias y retroalimentación al terapeuta respecto a lo que habíamos “observado” en la sesión; en muchas ocasiones fue muy útil para la planeación de la terapia puesto que al no tener un conocimiento previo de la mayoría de los modelos, la atención de los observadores estaba centrada en las interacciones que estaban ocurriendo ante nosotros, es decir, si las intervenciones terapéuticas estaban siendo aceptadas o

rechazadas en el sistema familiar. Algunos miembros del equipo de observación incluso participaron en técnicas de equipo reflexivo o en técnicas psicoeducativas en casos específicos. Esto me hizo sentir más confianza respecto al futuro desempeño como terapeuta familiar.

De la experiencia dentro del Sistema Terapéutico Total aprendí algunas cosas que considero son básicas para que la práctica supervisada sea justamente ese espacio seguro de aprendizaje y desarrollo tanto terapéutico como personal de que inicié hablando; precisar la importancia de constructos tales como Responsabilidad, Respeto y Reconocimiento, es decir aprender a ser Responsables de los comentarios que se va a realizar en la retroalimentación, Respetar que lo que externo es mi punto de vista sin embargo existen más puntuaciones posibles y seguramente distintas y no coincidir en ellas bajo ninguna circunstancia válida la descalificación del otro, distinguir al terapeuta de la técnica puesto que podría no estar de acuerdo en cómo se aplicó la técnica pero eso no implica la descalificación del terapeuta. Por último el Reconocimiento puesto que pareciera que todos nos encontramos muy al pendiente de los errores cometidos por el terapeuta, pero también debemos estarlo a aquellos grandes aciertos y externarlo. Durante la supervisión experimenté de forma implícita el uso de estas tres R's. Responsabilidad, Respeto y Reconocimiento y eso hizo que la experiencia profundamente importante en mi formación como terapeuta familiar.

**CAPITULO 5**  
**Competencias profesionales: Investigación, Enseñanza y Difusión del conocimiento en acciones comunitarias.**

**5.1 Investigación Cuantitativa**

***“Intervención con Terapia Breve Sistémica y Equilibrio Energético en niños con el Trastorno por Déficit de Atención”***

**R E S U M E N**

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la terapia breve sistémica y el equilibrio energético como intervención del Trastorno por Déficit de Atención en niños en edad escolar. Participaron 30 familias de la zona metropolitana del Estado de México donde uno de los hijos en edad escolar tenía diagnóstico de TDA, las que fueron asignadas aleatoriamente 15 al grupo control y 15 al grupo experimental

La intervención consistió en cuatro fases: A) Evaluación pre intervención, B) Intervención, C) Evaluación post-intervención y D) Seguimiento post-alta. En el grupo control se omitió la fase B.

Los resultados indican que la Terapia breve Sistémica y el equilibrio energético conjuntamente son una alternativa altamente eficaz para el manejo del TDA pues intervienen en la modificación de la estructura familiar, así como en la percepción de los padres respecto al trastorno, lo que generó cambios en el comportamiento del miembro con TDA.

Palabras clave: Terapia Breve Sistémica, equilibrio energético y TDA.

**Método**

*Muestra:*

30 familias habitantes de la zona metropolitana del Estado de México, de nivel socioeconómico medio, con un hijo en edad escolar (8 a 11 años) a quien identificaban como afectado por el Trastorno por Déficit de Atención, con diagnóstico formal o presuntivo del TDA. De los cuales fueron asignados aleatoriamente 15 familias al grupo control y 15 al grupo experimental. La muestra fue determinada por método accidental, no probabilístico.

*Objetivo general:*

Evaluar terapia breve sistémica y el equilibrio energético en la intervención del Trastorno por Déficit de Atención en niños en edad escolar.

*Objetivo específicos:*

- 1) Comparar las puntuaciones de los instrumentos de evaluación antes y después de la intervención

- 2) Comparar las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación antes y después de la intervención en los niños que tenían un diagnóstico clínico y quienes tenían un diagnóstico presuntivo.
- 3) Identificar y cuantificar los elementos disfuncionales en la estructura familiar antes y después de la intervención.

*Diseño:*

Se realizó una investigación exploratoria aplicada (cuasi experimental) realizada en cuatro fases: A. Evaluación pre-intervención, B. Intervención, C. Evaluación post-intervención y D. Seguimiento siguiendo un protocolo para cada fase, omitiendo la fase B (Intervención) para el grupo control.

*Escenario:*

Cubículos de la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala y de la clínica INFASI (Instituto Familiar Sistémico)

*Materiales e instrumentos:*

1. Guía de entrevista para la identificar la estructura familiar de Montalvo y Soria (2007) evalúa ocho áreas de la estructura familiar a través de preguntas abiertas dirigidas a un informante, la cual se aplico a los padres de familia.
2. ESAN: Escala para la Auto identificación de síntomas de TDA/TDAH para Niños y Niñas en Edad Escolar (Ortiz, 2007). La escala consta de 34 reactivos en escala likert.
3. ADHDT: escala que consta de 30 reactivos divididos en tres subescalas: Déficit de Atención, Hiperactividad, Impulsividad. Diseñada para ser aplicada a los padres con el fin de evaluar su percepción en la frecuencia y molestia de los síntomas de TDA.
4. Sistema de equilibrio energético L.I.F.E.: Consta de una caja metálica pequeña conectada a cinco arneses y una resistencia metálica, uno utilizado en la cabeza de los sujetos, dos para las muñecas de las manos y dos para



los tobillos, la resistencia es introducida dentro de una botella de agua y está conectado a un ordenador que ejecuta el software del instrumento

5. Video cámara y memorias SD
6. Cuadernos, plumas, lápices y marcadores
7. Pizarrón

*Procedimiento:*

Se realizó una convocatoria en escuelas y sistemas municipales DIF en la zona metropolitana del Estado de México para captar familias con un miembro TDA en edad escolar; una vez captadas las familias se realizó un primer contacto telefónico donde se acordó fecha y hora de la cita así como una breve entrevista en que la familia (frecuentemente la madre) expuso algunos datos relacionados al TDA presentado por un miembro de la familia.

Se realizó la intervención siguiendo este esquema, que contempla las intervenciones y la evaluación continua en cada fase:

## GRUPO EXPERIMENTAL

FASE A EVALUACION PRE-INTERVENCION	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuadre de la intervención y firma del consentimiento informado</li> <li>- Entrevista para identificar la estructura familiar (Montalvo y Soria, 2007)</li> <li>- Aplicación del sistema L.I.F.E. en el siguiente orden: llenado de datos demográficos y perfil de estilo de vida, aplicación de test de reactividad, test de cerebro (DA y DAH). Después del registro de puntuaciones se aplico el equilibrio energético con el sistema L.I.F.E. para el test de cerebro, el test recomendado y dos test básicos más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la escala ADHDT a los padres</li> <li>- Aplicación de la escala ESAN a los pacientes identificados con TDA</li> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado.</li> </ul>				
	FASE B INTERVENCION	<table border="1"> <tr> <td>Sesión 2 (1 semana después de la sesión previa)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación de la información obtenida en la entrevista para identificar la estructura familiar</li> <li>- Segunda aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Sesión 3 (2 semanas después de la sesión previa)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la técnica REF con la familia consultante</li> <li>- Establecimiento de objetivos terapéuticos derivados de la REF</li> <li>- Tercera aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado.</li> </ul> </td> </tr> </table>	Sesión 2 (1 semana después de la sesión previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación de la información obtenida en la entrevista para identificar la estructura familiar</li> <li>- Segunda aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado</li> </ul>	Sesión 3 (2 semanas después de la sesión previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la técnica REF con la familia consultante</li> <li>- Establecimiento de objetivos terapéuticos derivados de la REF</li> <li>- Tercera aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul>
Sesión 2 (1 semana después de la sesión previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación de la información obtenida en la entrevista para identificar la estructura familiar</li> <li>- Segunda aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado</li> </ul>					
Sesión 3 (2 semanas después de la sesión previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la técnica REF con la familia consultante</li> <li>- Establecimiento de objetivos terapéuticos derivados de la REF</li> <li>- Tercera aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado.</li> </ul>					

FASE C EVALUACION POST-INTERVENCION	Sesión 4 (2 semanas después de la sesión previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuarta aplicación del sistema L.I.F.E. con el equilibrio energético correspondiente para el test de cerebro y dos programas básicos más</li> <li>- Uso de estrategias de intervención de la TBS de acuerdo a los objetivos establecidas para cada familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la escala ADHDT a los padres</li> <li>- Aplicación de la escala ESAN a los pacientes identificados con TDA</li> <li>- Escalas de bienestar psicológico s padres y paciente identificado</li> </ul>
FASE D SEGUIMIENTO	Sesión 5 en adelante (2 semanas después de la sesión previa)	<p>SEGUIMIENTO TERAPEUTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de estrategias de intervención de la TBS de acuerdo a los objetivos establecidos para cada familia. esta fase finalizó cuando se hayan alcanzado los objetivos terapéuticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de bienestar psicológico a padres y paciente identificado</li> </ul>
	Llamada telefónica (3 meses después del alta terapéutica)	<p>SEGUIMIENTO POST-ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizó un contacto telefónico donde se pregunto sobre: a) el estado de la queja: si esta desapareció o persistía b) la eficacia del tratamiento c) habilidades aprendidas o re-descubiertas en el tratamiento por los padres que le permitieron tener control sobre la queja y d) el tiempo que invirtió en la terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres</li> </ul>

Las cuatro sesiones iniciales fueron iguales en todas las familias, a partir de la sesión número cinco las intervenciones realizadas variaron en función de los objetivos establecidos por cada familia derivado de la REF realizada en la sesión número tres. En la fase D, de seguimiento terapéutico no se contemplaron ni un mínimo ni máximo de sesiones el criterio de finalización fue que la familia estuviera de acuerdo con el terapeuta en que habían alcanzado los objetivos establecidos por ellos.

## GRUPO CONTROL

FASE A EVALUACION PRE-INTERVENCIÓN	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuadre de la intervención y firma del consentimiento informado</li> <li>- Entrevista para identificar la estructura familiar (Montalvo y Soria, 2007)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la escala ADHDT a los padres</li> <li>- Aplicación de la escala ESAN a los pacientes identificados con TDA</li> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres y paciente identificado.</li> </ul>
FASE C EVALUACION POST-INTERVENCIÓN	Sesión 3 (2 semanas después de la sesión previa)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de la escala ADHDT a los padres</li> <li>- Aplicación de la escala ESAN a los pacientes identificados con TDA</li> <li>- Escalas de bienestar psicológico s padres y paciente identificado</li> </ul>
FASE D. SEGUIMIENTO	Llamada telefónica (3 meses después del alta terapéutica)	<p>SEGUIMIENTO POST-ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizó un contacto telefónico donde se pregunto sobre: a) el estado de la queja: si esta desapareció o persistía b) la eficacia del tratamiento c) habilidades aprendidas o re-descubiertas en el tratamiento por los padres que le permitieron tener control sobre la queja y d) el tiempo que invirtió en la terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escalas de bienestar psicológico a padres</li> </ul>

Como puede observarse en las tablas que describen el procedimiento, la diferencia del grupo experimental respecto al grupo control es que en este último se omite cualquier tipo de intervención tanto de Terapia Breve Sistémica como de equilibrio energético.

### **Resultados**

- Demográficos:

Participaron en la investigación 30 familias de nivel socioeconómico medio, habitantes de la zona urbana del Estado de México. Fueron asignadas 15 al grupo experimental (50%) y 15 familias al grupo control (50%). Cada familia contaba con un solo miembro Paciente Identificado (P.I.) con TDA, todos los P.I. se encontraban escolarizados cursando la escuela primaria en escuelas públicas de la zona urbana.

De los Pacientes Identificados fueron: 27 niños (87.1%) y 3 niñas (9.7%) cuyo rango de edad osciló entre los 7 y 11 años (ver, Tabla. I) siendo la moda de edad entre los participantes la edad de 8 años, constituyendo el 41.9% de la muestra. El tipo de diagnóstico de TDA que tenían los P.I. fueron: Formal, es decir el realizado por algún especialista el 38.7% de la muestra, mientras que en el 58.1% el tipo de diagnóstico fue presuntivo, es decir realizado por alguno de los padres o profesor del grupo basado en evidencias conductuales sin haber realizado cualquier tipo de examen, test psicométrico o evaluación profesional alguna.

El grado escolar que se encontraban cursando los P.I. de la muestra durante la intervención fue: el segundo grado de primaria (45.2%), tercer grado (29.0%), quinto grado (16.1%) y sexto grado (6.5%).

Tabla I. Edad de los Pacientes Identificados (P.I.) participantes en la investigación

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
7	8	25.8
8	13	41.9
9	3	9.7
10	3	9.7
11	3	9.7

Las características de las 30 familias participantes fueron las siguientes: 25 fueron familias intactas conformadas por padre, madre e hijo(s), 2 fueron familias reconstituidas conformadas por las segundas nupcias de uno o ambos padres y los hijos de uno o ambos de ellos y 5 familias más fueron uniparentales conformadas por la madre e hijo(s) (una de ellas por divorcio y las cuatro restantes madres solteras quienes nunca vivieron con el padre del P.I.). El número de integrantes por familia en promedio fue de 5.17 integrantes (ver, Tabla II) siendo las de tres (19.4%), cuatro (32.3%) y cinco (22.6%) integrantes las configuraciones más comunes en la muestra que conformó la investigación.

Tabla II. Configuración familiar de los participantes, por número de integrantes.

Núm. de integrantes	Frecuencia	Porcentaje (%)
3	6	19.4
4	10	32.3
5	7	22.6
6	4	12.9
12	1	3.2
13	2	6.5

- Fase A: Evaluación

La fase A consistió en la aplicación de las escalas: ESAN a los P. I., donde el grupo experimental obtuvo un promedio de 86.46 puntos mientras que el grupo control obtuvo 95.2 puntos en el puntaje total de la escala (Tabla III); a los padres se le aplicó la escala ADHDT para evaluar su percepción sobre los síntomas de TDA de su hijo(a) (P.I.) en dicha prueba son los padres del grupo experimental quienes obtienen la puntuación más elevada con un promedio de 113.80 puntos mientras que los padres del grupo control obtuvieron un promedio de casi la mitad que el grupo experimental, con solo 65.8 puntos; a una puntuación más elevada correspondería el indicativo de que los perciben como más severos o constantes los síntomas del trastorno en sus hijos P.I. (Tabla IV)

En la escala de bienestar psicológico aplicada a los P.I. promedian 7 puntos en su bienestar psicológico en las tres áreas: personal, familiar y escolar.

En las escalas de Bienestar psicológico según la madre, es el referente al hijo P.I con TDA donde localizan el puntaje promedio más bajo con 6.4 lo mismo ocurre con el padre quien califica esta área en promedio un punto abajo que la madre con 5.6 sin embargo es relevante puntualizar que solo 6 padres de las 15 familias asistieron consistentemente a las sesiones (Tabla V). En el grupo control la tendencia es similar a la del grupo experimental pero en este grupo acudieron 9 padres de las 15 familias que lo conformaron (Tabla VI). Ambos grupos: experimental y control, fueron evaluados exactamente bajo las mismas condiciones.

Tabla III. Escala ESAN primera aplicación a los Pacientes Identificados en fase de evaluación, a) grupo experimental, b) grupo control.

a) Grupo Experimental

P.I.	Puntaje total	Trastorno de conducta	Déficit de atención	Hiperactividad
1	100	47	35	18
2	107	34	34	39
3	92	36	22	34
4	103	36	34	33
5	57	21	18	18
6	55	20	18	17
7	68	24	24	15
8	92	39	35	18
9	76	76	27	17
10	100	100	29	25
11	92	43	25	24
12	69	32	22	15
13	100	44	31	21
14	92	43	25	24
15	94	43	27	24
Media estadística	86.46	42.53	25.0	22.8

b) Grupo Control

P.I.	Puntaje total	Trastorno de conducta	Déficit de atención	Hiperactividad
16	104	53	29	22
17	92	33	38	24
18	64	17	30	17
19	81	39	23	19
20	73	39	19	15

21	145	65	43	37
22	111	36	37	41
23	58	25	21	12
24	104	53	29	22
25	81	39	23	19
26	145	65	43	37
27	62	17	30	17
28	109	36	37	41
29	95	33	38	24
30	104	53	29	22
Media estadística	95.2	40.2	31.26	24.6

Tabla IV. Escala ADHDT primera aplicación a los padres en fase de evaluación, a) grupo experimental, b) grupo control.

a) Grupo Experimental

P.I.	Puntaje ADHDT	total	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención
1	42	10	17	15	
2	53	14	16	23	
3	136	100	13	23	
4	144	107	15	22	
5	130	92	20	18	
6	139	103	15	21	
7	103	57	20	26	
8	87	55	18	14	
9	103	68	15	20	
10	134	92	20	22	
11	110	76	16	18	
12	146	100	20	26	
13	126	92	18	16	
14	110	69	16	25	
15	144	100	19	25	
Media estadística	113.8	75.6	17.2	20.9	

b) Grupo Control

P.I.	Puntaje ADHDT	total	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención
16	132	92	14	26	
17	133	94	13	26	
18	45	11	12	22	
19	64	20	19	25	
20	61	20	18	23	



21	38	10	12	16
22	71	26	19	26
23	55	17	12	26
24	40	12	15	13
25	52	13	13	26
26	61	20	18	23
27	71	26	19	26
28	64	20	19	25
29	55	17	12	26
30	45	11	12	22
Media estadística	65.8	27.26	13.8	23.4

Tabla V. Escalas de Bienestar Psicológico primera aplicación en fase de evaluación: a) Grupo Experimental – Paciente Identificado, b) Grupo Experimental – Madre, c) Grupo Experimental- Padre

a) Grupo experimental – Paciente identificado

P.I.	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico escolar
1	7	7	7
2	8	5	5
3	8	7	6
4	7	8	6
5	9	9	7
6	7	8	8
7	7	9	8
8	8	8	8
9	8	8	8
10	5	7	8
11	5	7	8
12	7	8	8
13	7	7	7
14	8	5	5
15	8	7	6
Media estadística	7.26	7.3	7.0

b) Grupo experimental – Madre

Madre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
1	8	6	No aplica	5
2	7	8	6	5
3	8	7	8	8

4	8	7	No aplica	7
5	9	9	10	9
6	7	8	8	5
7	9	8	No aplica	7
8	8	8	No aplica	8
9	8	7	8	7
10	7	7	6	5
11	7	7	6	5
12	6	6	2	7
13	8	6	No aplica	5
14	7	8	6	5
15	8	7	8	8
Media estadística	7.13	7.26	6.8	6.4

## a) Grupo experimental – Padre

Padre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
1	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
2	9	9	8	6
3	8	8	8	4
4	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
5	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
6	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
7	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
8	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
9	8	7	8	7
10	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
11	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
12	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
13	5	7	6	5
14	5	7	6	5
15	4	7	4	7
Media estadística	6.5	7.5	6.6	5.6

Tabla VI. Escalas de Bienestar Psicológico primera aplicación en fase de evaluación: c) Grupo Control – Paciente Identificado, d) Grupo Control – Madre, e) Grupo Control - Padre

## c) Grupo Control – Paciente identificado

P.I.	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico escolar
16	8	7	7
17	10	10	9
18	10	10	0
19	10	9	10
20	10	10	10

21	10	9	8
22	10	10	9
23	10	5	0
24	5	10	5
25	10	10	9
26	10	10	10
27	10	10	9
28	10	9	10
29	10	5	0
30	10	10	0
Media estadística	8.2	8.9	6.4

## d) Grupo control – Madre

Madre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
16	7	8	7	8
17	5	7	7	5
18	10	10	0	7
19	7	8	10	5
20	6	8	9	7
21	9	8	8	8
22	1	8	7	8
23	7	8	7	7
24	6	8	8	8
25	5	7	7	5
26	6	8	9	7
27	1	8	7	8
28	7	8	10	5
29	7	8	7	7
30	10	10	0	7
Media estadística	6.2	8.1	6.8	6.8

## e) Grupo control – Padre

Padre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
16	9	9	8	8
17	6	7	7	5
18	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
19	8	8	10	5
20	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
21	8	8	8	8
22	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
23	8	8	7	7

24	6	8	8	8
25	6	7	7	5
26	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
27	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
28	8	8	10	5
29	8	8	7	7
30	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
Media estadística	7.6	7.8	8.0	6.4

La estructura familiar fue identificada a través de una entrevista semi-estructurada de Montalvo y Soria (2009) registrando un promedio 6.73 elementos disfuncionales por familia en el grupo experimental y 9.93 elementos para las familias del grupo control (Tabla VII) se encontraron las siguientes características en las familias: Los límites en el sistema conyugal son difusos en el 41.9% de la muestra, seguidos por el 32.2% del grupo que tiene límites rígidos (16.1% de familias nucleares y 16.1% de familias uniparentales) .

En el sistema parental el 51.6% de las familias mantienen límites difusos, misma tendencia en el sistema fraterno con el 38.7%; al exterior del sistema los límites son difusos en el 45.2% de la muestra, claros en el 32.3% y rígidos en el 19.4%.

La jerarquía se encuentra principalmente en la madre (19.4%) y padre (19.4%) y las familias que reconocen su jerarquía en ambos padres por igual son el 9.7%.

En el 64.5% de la muestra, no hay coaliciones en las familias, el porcentaje restante se divide en coaliciones integradas por: alguno de los padres con un hijo vs el otro cónyuge (12.9%) hermano vs hermano (3.2%) suegra- hijo vs nuera (3.2%) y abuelo-nieto vs madre (9.7%).

En el 58.1% de las familias no hay hijo parental, en el 42.9% restante si identifican un hijo parental en su mayoría es el hijo mayor quien lleva ese rol; mientras que los padres en funciones de hijo en el 25.8% de las familias se identificó a la madre en dicha posición y al padre en 16.1%. Las madres señaladas en funciones de hijos un porcentaje significativo está relacionada a las familias uniparentales principalmente en aquellas configuraciones donde viven en la casa de los padres de la madre es decir, el poder y la jerarquía está localizada en los abuelos y estas madres ocupan un lugar como de hermana de sus propios hijos.

De entre los miembros de la familia, la centralidad positiva se encuentra en el hijo mayor en el 16.1% de las familias en el total de ellos se trata en todos los casos del

mismo miembro que lleva el rol de hijo parental, pues son dichas funciones las que señalan las familias como relevantes. Mientras que la centralidad negativa está situada en el hijo mayor (22.6%) y el hijo menor (19.4%) quienes son los P.I. con TDA en las familias de la muestra.

En las funciones que corresponden a la pareja parental: se identifico que en el 51.6% de las familias señalan al padre como un miembro periférico en la participación familiar, así como en el 66% describen el sobreinvolucramiento de las madres hacia el o la hijo(a) TDA. El 32.3% de los padres mantienen triangulado a alguno de sus hijos generalmente el hijo parental o el hijo P. I. con TDA. Otro elemento de la estructura que obstaculiza el funcionamiento de las funciones parentales es que no existe una alianza entre ambos padres para ejecutar dichas tareas, solo el 9.3% de las familias identifican que existe una alianza entre ambos para las funciones parentales.

En el 93% de las familias se reporta algún conflicto, el que en su mayoría es entre dos personas de diferentes holones p.ej. padre – hijo, abuelo – nieto e incluso diferentes generaciones.

Tabla VII. Elementos disfuncionales identificados en cada familia con un paciente identificado con TDA: a) Grupo experimental, b) Grupo Control.

a) Grupo Experimental

FAMILIA	No. ELEMENTOS DISFUNCIONALES
1	10
2	7
3	9
4	9
5	10
6	11
7	9
8	3
9	5
10	7
11	4
12	4
13	4
14	4
15	5
Media estadística	6.73

## b) Grupo Control

FAMILIA	No. ELEMENTOS DISFUNCIONALES
16	5
17	13
18	13
19	8
20	11
21	13
22	7
23	10
24	7
25	13
26	11
27	7
28	8
29	10
30	13
Media estadística	9.93

- Fase B: intervención

En la fase de intervención se llevaron a cabo dos acciones, la primera fue la aplicación del sistema de equilibrio energético y la segunda de ellas el uso de la terapia breve sistémica. En el sistema de equilibrio energético se realizaron cuatro aplicaciones siguiendo el protocolo de intervención (Tabla VIII) donde se puede observar la tendencia de las puntuaciones a la baja, es necesario recordar que según las especificaciones del sistema, el registro de una puntuación igual o mayor a 75 puntos es indicador de la presencia del trastorno por déficit de atención en 9 de los 15 casos el puntaje fue indicio del TDA y en 8 de ellos se presentaron puntajes indicativo de TDAH, pero el 100% de los casos fueron positivo para uno de los dos tipos del trastorno; durante la segunda aplicación los puntajes son variados, hacia la tercera sesión se identifica claramente la disminución en las puntuaciones, las que en la cuarta aplicación 14 de los 15 casos disminuyeron por debajo de 75, lo que en la misma población ya no representó un indicio de TDA o TDAH, esta disminución corresponde entre el 10 y el 70% respecto a la evaluación inicial en el 93.33% de los casos.

Tabla VIII. Aplicación del Sistema de Equilibrio Energético (L.I.F.E.) durante la intervención.

PACIENTE IDENTIFICADO	1era aplicación LIFE		2da. Aplicación LIFE		3era. Aplicación LIFE		4ta. Aplicación LIFE	
	TDA	TDAH	TDA	TDAH	TDA	TDAH	TDA	TDAH
1GE	100	99	99	88	39	52	33	48
2GE	85	81	83	76	61	37	60	33
3GE	92	55	87	51	56	47	55	43
4GE	52	87	50	83	50	86	42	59
5GE	89	100	83	95	43	48	40	39
6GE	43	72	41	69	36	57	33	54
7GE	94	38	87	38	38	57	32	53
8GE	76	46	71	41	60	73	56	66
9GE	38	63	33	60	67	40	56	39
10GE	53	75	47	71	58	44	53	43
11GE	78	47	76	44	81	65	75	55
12GE	79	57	71	54	39	65	33	61
13GE	58	97	52	91	44	74	41	56
14GE	78	47	69	47	76	46	67	44
15GE	52	31	50	50	45	75	43	63

En cuanto a las intervenciones de Terapia Breve Sistémica se categorizaron por el número de veces que se usaron con cada familia, evaluando por los cambios presentados (modificación de las interacciones familiares) su eficacia para la solución la Tabla. IX muestra un listado de las intervenciones más comunes, en la experiencia clínica fueron dos estrategias las más relevantes para el proceso del cambio estas fueron: los reencuadres y la búsqueda de excepciones.

Tabla IX. Intervenciones de Terapia breve Sistémica utilizadas durante la intervención con familias con un miembro identificado con TDA.

INTERVENCIÓN	PROMEDIO DE USO POR SESION/ SESIONES TOTAL DE INTERVENCIÓN	CONTENIDOS PROMEDIO DE LA INTERVENCIÓN	CAMBIOS INTERACCIONALES QUE EVALUARON LA EFICACIA
Reencuadres	80%	TDA Conductas del P.I. Autoridad	Considero positivas y útiles comportamientos antes asociados al TDA.

			Considero la autoridad como un derecho de la paternidad y no una obligación
Búsqueda de excepciones	89%	Momentos donde los comportamientos asociados al TDA no estuvieron presentes.	Encontró excepciones y momentos libres del problema que permitían focalizar en los recursos del P.I.
Límites y jerarquías	57%	Restablecimiento de límites entre holones parental y fraterno	Interacciones donde el holón parental dictara las reglas y las hiciera cumplir.
Patrón del Problema (PIP) e intentos de solución	33%	Análisis de las interacciones respecto a la ejecución de tareas escolares del P.I.	Identifica elementos que se asocian a la interacción, modifica alguno de ellos
El mínimo cambio deseado	98%	Establecimiento de metas de la intervención	Establece mínimos comportamentales y de bienestar psicológico.
Externalización de los síntomas	63%	Externalización del TDA	Hablan del TDA como una entidad distinta al P.I.
Tarea de fórmula	95%	Focalización en cambios del P.I.	Interacciones distintas basadas en percepciones diferentes.
La pregunta del milagro y preguntas de excepción	56%	En la desaparición o cura del TDA	Establece las condiciones, contexto y acciones a seguir en la situación hipotética de la desaparición del problema
La pregunta de la escala	100%	Evaluación del bienestar psicológico Personal	Monitorea cambios, focalizó a las familias en una auto observación de los cambios de interacciones y percepciones.
Retroalimentación Estructural Familiar	100%	Compartir el Familiograma con los consultantes	Reconoce el funcionamiento de su familia en las descripciones y propone cambios para las interacciones disfuncionales

Se considera que la aplicación del sistema de equilibrio energético y el uso de la terapia breve sistémica permitieron una mutua influencia para acercarse a la resolución de la queja familiar, es decir el TDA de cada paciente identificado en las familias del grupo experimental.



- Fase C: evaluación Post-intervención

La fase C de evaluación post-intervención se realizó con los mismo instrumentos de la evaluación pre intervención, es decir, la aplicación las escalas ESAN a los pacientes identificados obteniendo un promedio de 77.00 puntos para el grupo experimental y 95.13 puntos promedio para el grupo control (Tabla X); a los padres se le aplicó la escala ADHDT para evaluar su percepción sobre los síntomas de TDA que pudiera presentar su hijo(a) P. I., el promedio del grupo experimental fue de 46.8 puntos y para el grupo control fue de 49.66 puntos (Tabla XI), en la evaluación de cambios en los elementos disfuncionales de la estructura familiar se registró una disminución en el grupo experimental con solo 2.2 elementos disfuncionales en promedio y en las familias del grupo control permanecieron igual a la evaluación pre-intervención, 9.8 elementos disfuncionales en promedio.

En las Escalas de Bienestar Psicológico, que para el grupo experimental se presentó un ligero incremento lo que representó una mayor sensación de bienestar general (Tabla XII) en cuanto al grupo control los puntajes se mantuvieron constantes (Tabla XIII). Ambos grupos: experimental y control, fueron evaluados exactamente bajo las mismas condiciones y únicamente para el grupo experimental se tomó como evaluación post-intervención del sistema de equilibrio energético la cifra detectada en la cuarta aplicación.

Tabla X. Escala ESAN aplicación a los Pacientes Identificados en fase de evaluación post-intervención, a) grupo experimental, b) grupo control.

c) Grupo Experimental

P.I.	Puntaje total	Trastorno de conducta	Déficit de atención	Hiperactividad
1	71	31	25	15
2	81	24	27	30
3	82	39	29	24
4	85	29	26	30
5	42	15	16	11
6	42	19	13	10
7	57	24	21	12
8	79	33	31	15
9	67	30	22	15
10	88	38	27	23
11	78	39	21	18
12	62	22	25	15
13	104	41	31	32

14	130	53	41	36
15	87	41	25	21
Media estadística	77.00	31.86	25.33	20.46

## d) Grupo Control

P.I.	Puntaje total	Trastorno de conducta	Déficit de atención	Hiperactividad
16	56	24	18	14
17	94	44	29	21
18	104	38	38	28
19	62	16	24	22
20	112	50	32	30
21	63	31	19	13
22	139	59	40	40
23	118	40	38	40
24	50	23	16	11
25	94	44	29	21
26	112	50	32	30
27	139	59	40	40
28	62	16	24	22
29	118	40	38	40
30	104	38	38	28
Media estadística	95.13	38.13	32.87	26.66

Tabla XI. Escala ADHDT aplicación a los padres en fase de evaluación post-intervención, a) grupo experimental, b) grupo control.

## c) Grupo Experimental

P.I.	Puntaje total ADHDT	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención
1	47	19	13	15
2	32	8	8	16
3	41	15	13	13
4	50	18	13	19
5	35	10	10	15
6	48	18	12	18
7	48	8	17	23
8	31	12	6	13
9	50	13	14	23
10	69	23	20	26
11	36	9	12	15
12	62	21	20	15
13	42	20	18	16
14	53	17	14	22
15	58	20	16	22

Media estadística	46.8	14.26	13.73	18.06
-------------------	------	-------	-------	-------

## d) Grupo Control

P.I.	Puntaje total ADHDT	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención
16	28	13	7	8
17	48	10	13	25
18	38	10	9	19
19	60	16	19	25
20	67	24	19	24
21	30	4	9	17
22	72	26	20	26
23	47	12	12	23
24	23	12	8	3
25	48	10	13	25
26	67	24	19	24
27	72	26	20	26
28	60	16	19	25
29	47	12	12	23
30	38	10	9	19
Media estadística	49.66	15.00	13.86	20.80

Tabla XII. Escalas de Bienestar Psicológico última aplicación en fase de evaluación post-intervención:

a) Grupo Experimental – Paciente Identificado, b) Grupo Experimental – Madre, c) Grupo Experimental- Padre

## f) Grupo experimental – Paciente identificado

P.I.	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico escolar
1	8	8	8
2	8	9	7
3	8	8	7
4	8	8	8
5	8	8	8
6	7	7	9
7	8	9	8
8	9	9	9
9	8	9	8
10	8	9	9
11	10	9	9
12	9	8	9
13	8	9	8
14	7	8	7
15	8	9	8
Media estadística	8.13	7.86	8.13

## g) Grupo experimental – Madre

Madre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
1	9	8	7	8
2	9	9	9	9
3	9	9	9	7
4	8	8	0	7
5	8	8	8	8
6	8	8	8	8
7	9	9	0	9
8	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
9	8	8	8	8
10	9	7	0	7
11	9	9	0	10
12	8	8	8	8
13	9	8	8	8
14	9	8	8	8
15	7	8	5	8
Media estadística	7.93	7.66	5.2	7.0

## b) Grupo experimental – Padre

Padre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
1	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
2	9	9	9	9
3	9	9	9	9
4	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
5	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
6	8	7	7	7
7	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
8	9	9	10	9
9	8	8	8	9
10	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
11	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
12	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
13	8	8	8	8
14	8	8	8	8
15	8	7	5	8
Media estadística	8.37	8.12	8.00	8.37

Tabla XIII. Escalas de Bienestar Psicológico primera aplicación en fase de evaluación: c) Grupo Control – Paciente Identificado, d) Grupo Control – Madre, e) Grupo Control - Padre

h) Grupo Control – Paciente identificado

P.I.	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico escolar
16	9	7	8
17	8	8	7
18	10	10	3
19	10	9	10
20	10	9	8
21	10	9	10
22	10	10	9
23	6	10	10
24	7	10	6
25	8	8	7
26	10	9	8
27	10	10	9
28	10	9	10
29	6	10	10
30	10	10	8
Media estadística	8.93	9.2	8.2

i) Grupo control – Madre

Madre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
16	8	8	6	9
17	3	7	8	6
18	10	10	10	8
19	8	8	10	6
20	7	10	9	9
21	9	8	8	8
22	10	8	7	8
23	8	8	8	8
24	6	8	9	9
25	3	7	8	6
26	7	10	9	9
27	10	8	7	8
28	8	8	10	6
29	8	8	8	8
30	10	10	10	8
Media estadística	7.66	8.4	8.46	7.73

## j) Grupo control – Padre

Padre	Bienestar psicológico personal	Bienestar psicológico familiar	Bienestar psicológico pareja	Bienestar psicológico hijo(a) P.I.
16	9	9	8	9
17	7	7	8	6
18	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
19	8	8	10	6
20	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
21	8	8	8	8
22	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
23	8	8	8	8
24	7	8	9	9
25	7	7	8	6
26	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
27	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
28	8	8	10	6
29	8	8	8	8
30	No asistió	No asistió	No asistió	No asistió
Media estadística	7.77	7.88	8.55	7.33

La última aplicación del sistema de equilibrio energético (Tabla. XIV), las cifras registradas (todas por debajo de los 75 puntos), que según el manual de uso no encontraría evidencia de la presencia del trastorno.

Tabla XIV. Cuarta aplicación del sistema de equilibrio energético (L.I.F.E.) en evaluación post-evaluación a los pacientes identificados del grupo experimental

Paciente Identificado	Puntuación Sistema LIFE	
	TDA	TDAH
1	100	99
2	85	81
3	92	55
4	52	87
5	89	100
6	43	72
7	94	38
8	76	46
9	38	63
10	53	75

11	78	47
12	79	57
13	58	97
14	78	47
15	52	31

Tabla XV. Elementos disfuncionales identificados en cada familia con un paciente identificado con TDA después de la intervención: a) Grupo experimental, b) Grupo Control.

a) Grupo Experimental

FAMILIA	No. ELEMENTOS DISFUNCIONALES
1	3
2	2
3	1
4	5
5	3
6	5
7	2
8	0
9	0
10	6
11	1
12	3
13	0
14	0
15	2
Media estadística	2.2

b) Grupo Control

FAMILIA	No. ELEMENTOS DISFUNCIONALES
16	3
17	13
18	13
19	8
20	11
21	13
22	7
23	10
24	7
25	13
26	11
27	7
28	8
29	10
30	13
Media estadística	9.80

Después de la intervención se evaluaron los cambios en la estructura familiar, tomando como eje del análisis el grupo al que pertenecían las familias, ya sea experimental o control; registrando un promedio 2.20 elementos disfuncionales por familia en el grupo experimental y 9.80 elementos para las familias del grupo control (Tabla XV).

En el grupo experimental los cambios más notorios ocurrieron en los siguientes elementos: el sobreinvolucramiento de la madre disminuyó o se eliminó al igual que la periferia del padre, elementos que suponemos están estrechamente relacionadas pues mientras más se sobreinvolucra la madre, más periférica es la participación del padre, sin embargo no es una relación que haya sido cuantitativamente estudiada más a fondo. Al modificarse esta relación parental los patrones de triangulación de alguno de los hijos se vio modificado al igual que el restablecimiento de las jerarquías funcionales, es decir, centrar el poder en holón parental.

Los límites en los diferentes subsistemas mostraron cambios significativos pues pasaron de ser difusos en la mayoría de la muestra (evaluación pre intervención) a ser claros o flexibles en el 75% de las familias del grupo experimental.

En el grupo control no se registraron cambios significativos pues en la evaluación pre intervención registraron un promedio de 9.93 elementos mientras que en la evaluación pos intervención 9.80 elementos. La disminución se debe a un caso que mostró cambio en la periferia del padre, la familia lo atribuyó al desempleo de éste, quien al permanecer en casa se involucró más en las labores parentales.

- Reporte cualitativo de cambios

Cada sesión a partir de la segunda, en el grupo experimental se comenzó preguntando “¿qué cambios ha habido desde la última sesión?”. Lo que permitía registrar los cambios cualitativos que las familias reportaron (Tabla XVI), los cuales fueron agrupados en categorías según la frecuencia con que las familias referían dichos cambios.



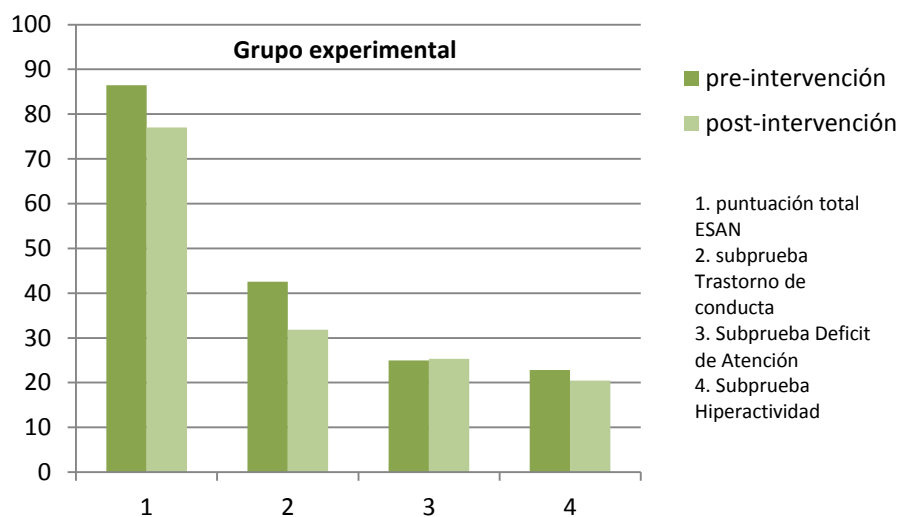
Tabla XVI. Categorización de los cambios reportados por las familias, durante el proceso de investigación en los grupos: experimental y control.

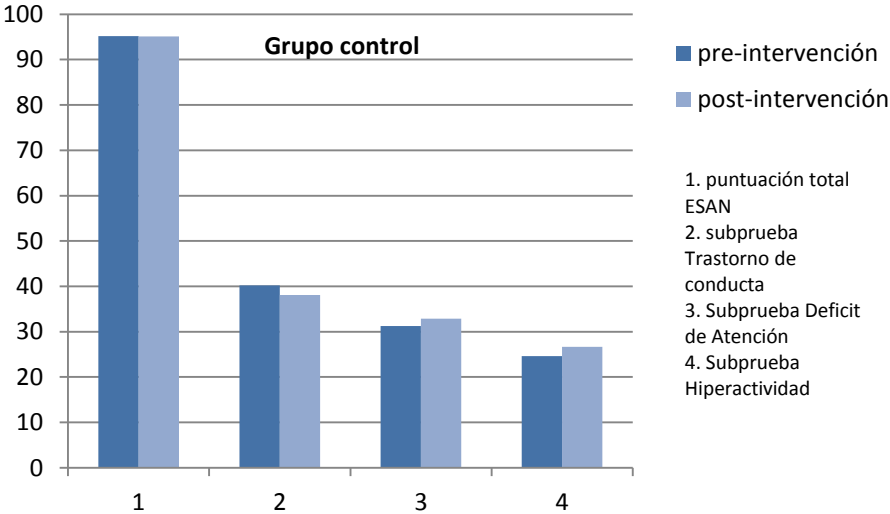
GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
CAMBIO	% familias	CAMBIO	% familias
1. El Paciente Identificado estuvo más tranquilo	96%	1. Pensó en que como padre/madre tiene que ver en como el Paciente Identificado actúa independientemente del TDA.	38%
2. Tuvo menos quejas escolares	72%		
3. Participó en actividades familiares que antes no lo hacía	53%		
4. Mostró interés en actividades escolares, especialmente tareas	56%		
5. Recordó información sobre lo ocurrido en la semana	79%		
6. Realizó actividades por si mismo	83%		

- Comparación pre y post intervención

En la aplicación de la prueba ESAN aplicada a los P.I. con TDA, antes y después de la intervención en el grupo experimental se registró una disminución de 9.46 puntos en promedio (Fig. 1) mientras que en la misma prueba el grupo control no registró modificaciones en las puntuaciones en los dos momentos de evaluación

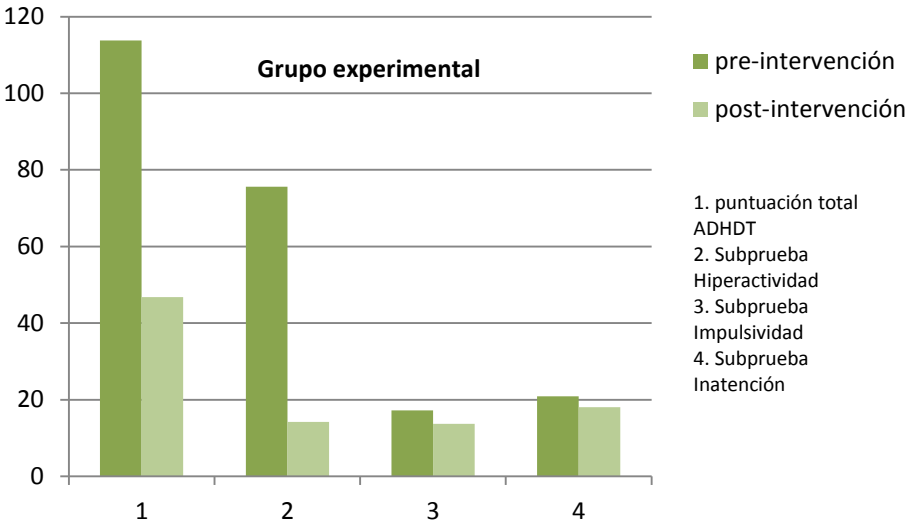
Fig. 1. Comparación de las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la escala ESAN

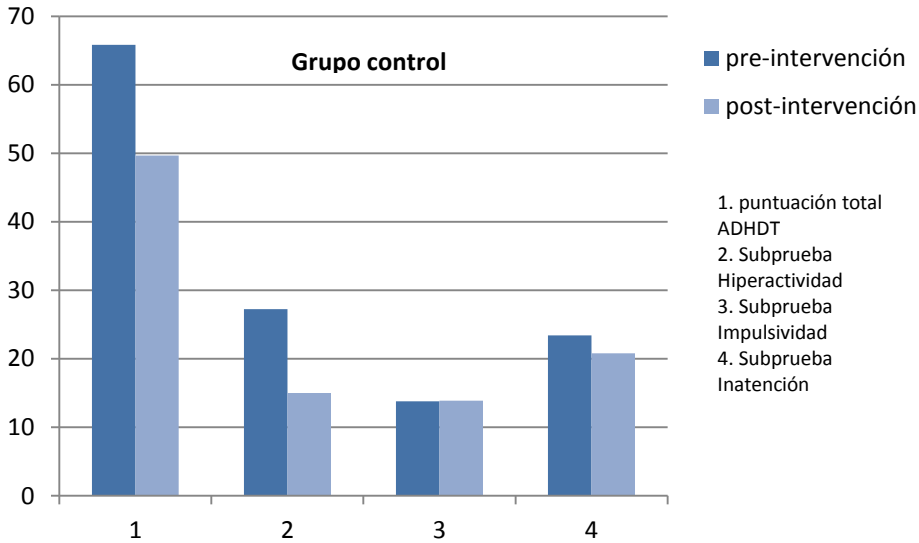




En la prueba ADHDT aplicada a los padres con el fin de evaluar su percepción respecto a los síntomas comportamentales que presentaban sus hijos P.I. con TDA, los padres de ambos grupos: experimental y control registraron cambios (Fig. 2). Sin embargo se debe puntualizar que en el grupo experimental la puntuación descendió a menos de la mitad de la puntuación registrada previa a la intervención.

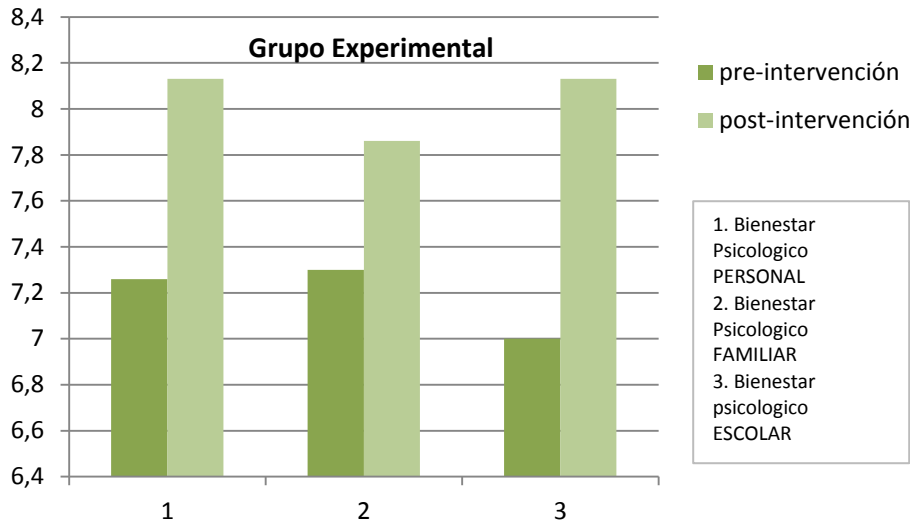
Fig. 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en la escala ADHDT aplicada a los padres





En las escalas de bienestar psicológico que tuvieron la función de ser un elemento que permitiera monitorear los cambios de las familias registraron un ligero aumento (Fig. 3, 4 y 5).

Fig. 3. Comparación de las puntuaciones mencionadas en las escalas de bienestar psicológico contestadas por el P.I. con TDA



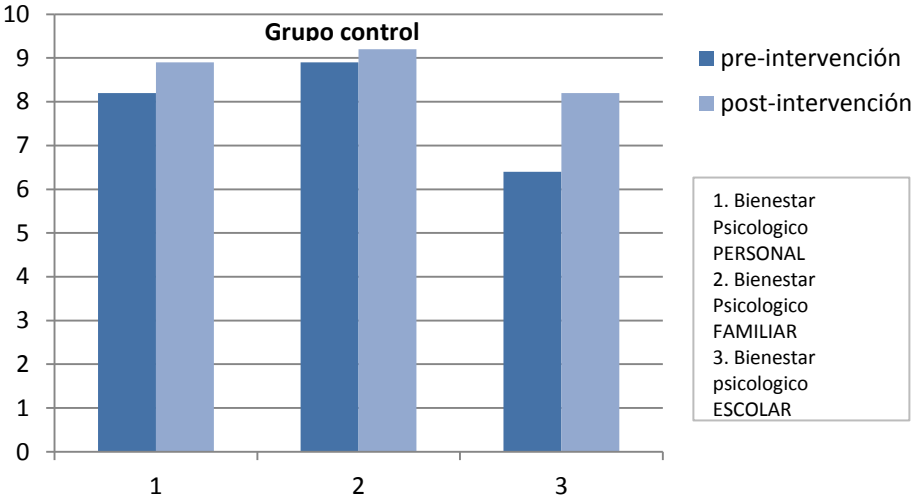


Fig. 4. Comparación de las puntuaciones mencionadas en las escalas de bienestar psicológico contestadas por las madres de los P.I.

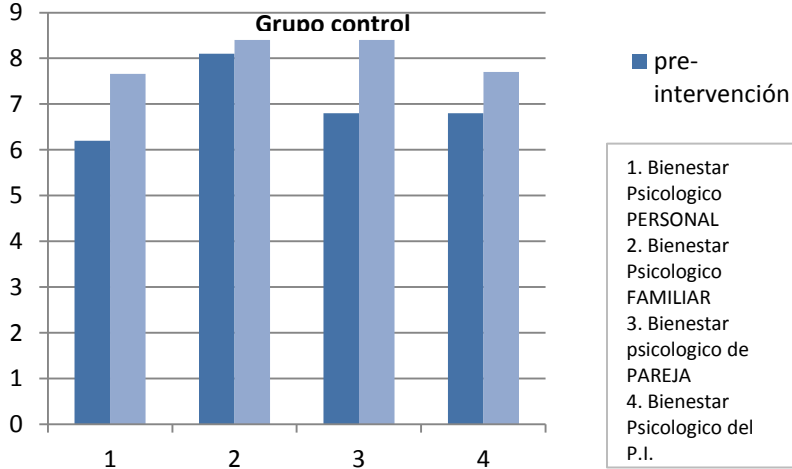
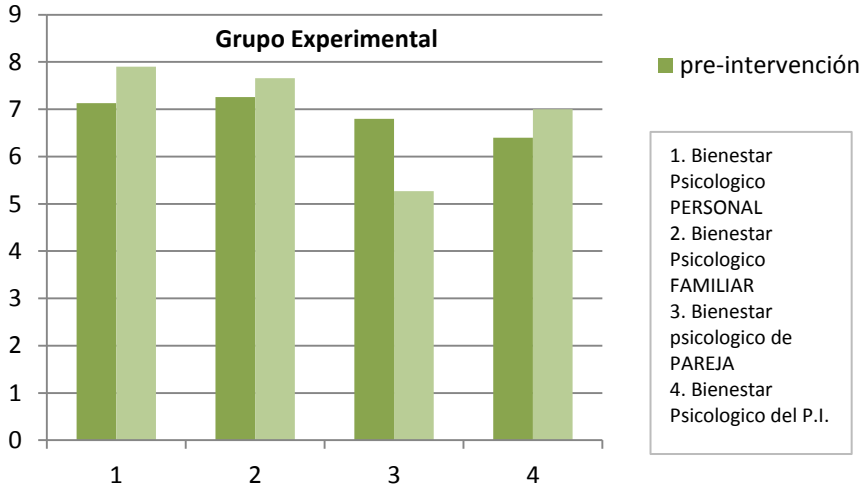
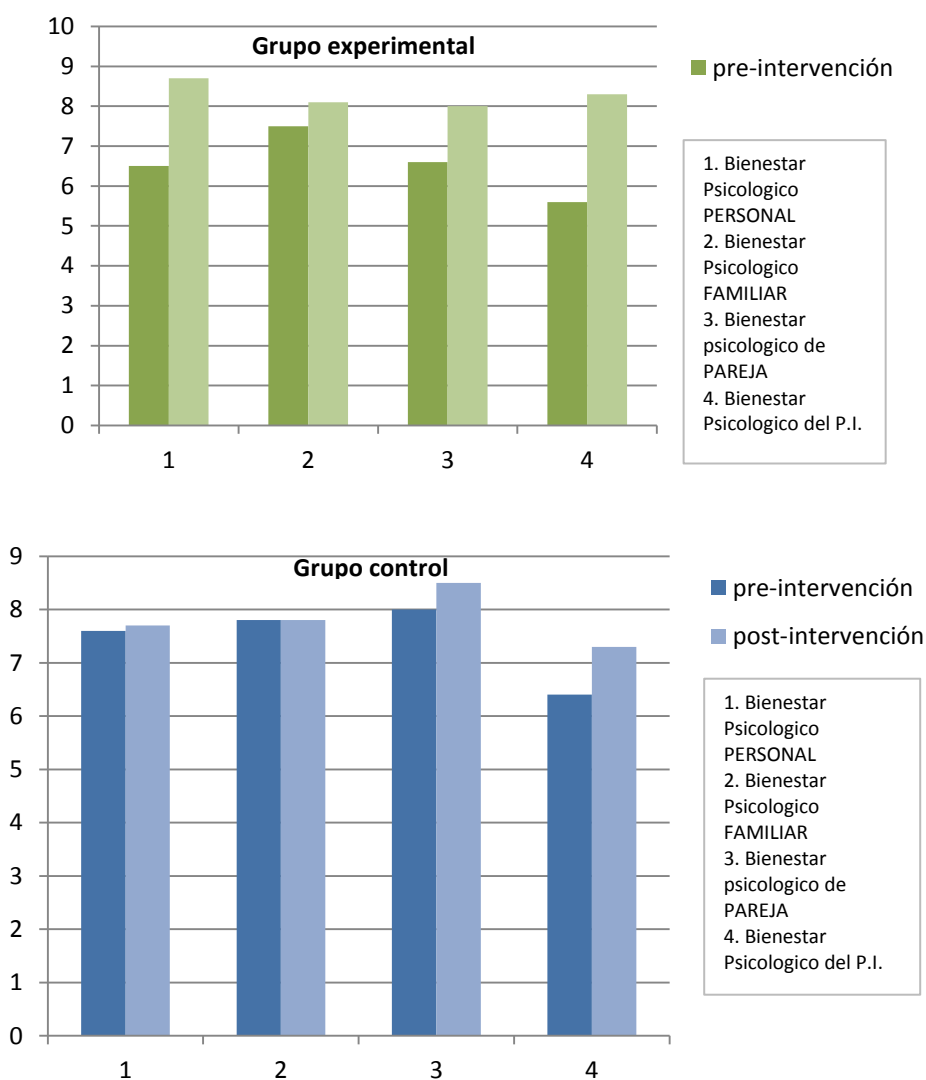
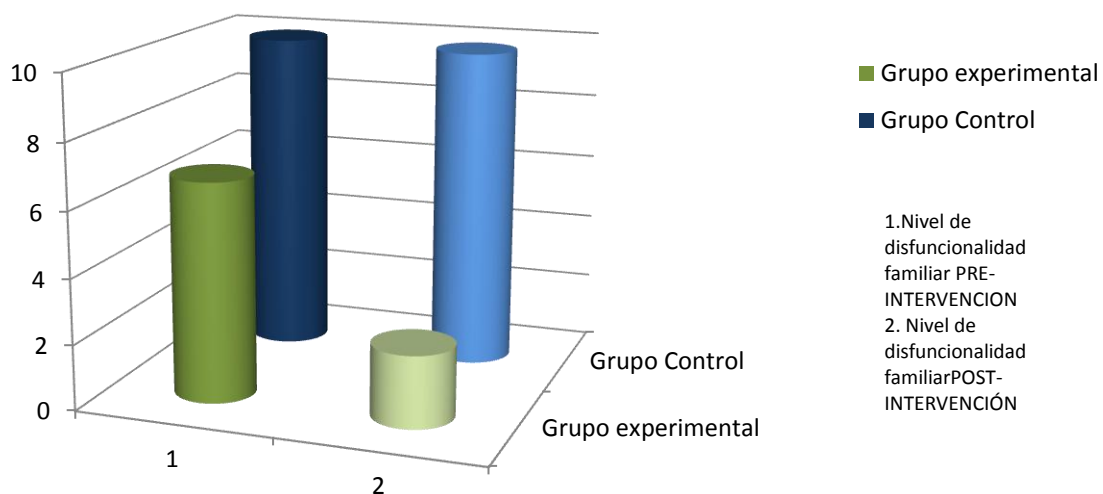


Fig. 5. Comparación de las puntuaciones mencionadas en las escalas de bienestar psicológico contestadas por el padre del P.I. con TDA



Finalmente una comparación que resulta determinante para esta investigación es el nivel de disfuncionalidad presentado por las familias antes y después de la intervención (Fig. 6) lo que permite focalizar nuestra atención sobre las modificaciones en la estructura familiar que realizaron las familias del grupo experimental mientras que en el grupo control no hubo ningún cambio.

Fig. 6. Comparación del nivel de disfuncionalidad familiar, antes y después de la intervención



- Seguimiento Post-alta.

Se realizó un seguimiento telefónico a las 30 familias que conformaron la muestra de esta investigación en un periodo que fue entre 10 a 12 semanas posteriores a la última sesión de la intervención (sesión de alta terapéutica) en la que se evaluaron aspectos sobre la eficacia de la intervención.

En cuanto al estado de la queja, es decir, el TDA de algún miembro de la familia; en el grupo experimental: 11 familias refirieron que no volvió a aparecer la queja y en las cuatro restantes que mejoró la conducta del P.I. después del alta, mientras que en el grupo control 11 familias manifestaron que la queja persistió, en tres más que esta empeoró y en 1 mejoró, quienes explicaron el por qué: “cambiamos cosas que en la terapia reflexionamos, teníamos que hacer cosas como ponerle un hasta aquí” (esto referente al establecimiento de límites al interior de la familia)

La eficacia del tratamiento se evaluó a través de una escala tipo likert; en el grupo experimental, el 73.33% consideró que fue excelente y el 26.66% que fue buena. En el grupo control dicha evaluación consistió en preguntar ¿Cómo calificarían las sesiones que tuvieron?, es decir no se maneja el término “intervención” puesto que no la recibieron, entonces el 93.33% evaluaron como regular las sesiones y el 7.7% dijo que no fueron eficaces.

Respecto al número de sesiones que conformó la intervención en la evaluación post-alta que hicieron las familias, el 100% del grupo experimental consideró que fue breve y exitoso mientras que el 100% del grupo control no recordaba la duración (sesiones-meses) que invirtió en acudir.

Finalmente al preguntar si durante la intervención descubrió o redescubrió habilidades personales que le fueran útiles para manejar ahora el comportamiento de los P.I. el 100% de los padres del grupo experimental dijeron que si y que las continuaban utilizando, mientras que en el grupo control el 73.33% dijo no saberlo, el 20% no haber descubierto o redescubierto ninguno y el 6.67% dijo si haberlo hecho pero no encontrar aun al momento de la llamada como usarlas.

- **Discusión y conclusión**

El factor más relevante de la discusión derivada de los resultados de esta investigación es: ¿entonces el TDA es curable? Frase que retomo textual de algunas de las madres de las familias participantes y es una pregunta que el darle respuesta podría ser un riesgo, considerando la vasta gama de estudios médicos que intentan delimitar la fracción cerebral en la que se haya la justificación orgánica de las manifestaciones comportamentales del TDA; pero también podría ser una oportunidad para los millones de niños, adolescentes y adultos que dice la OMS y otras instancias de salud que están afectados por el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, que sigue la tendencia mundial de entre 3 y 7% de la población mundial con TDA o TDAH.

No negamos la posibilidad de que un día la ciencia médica, especialmente la neurología y neuropsiquiatría localicen el TDA en alguna parte del cerebro, es decir hagan localizable aquello que por definición han denominado “difuso”, sin embargo la posibilidad de “la salud iatrogénica” propuesta por Milton Erikson es quizá el más conveniente término para describir los resultados de esta intervención.

El alto índice de éxito en la intervención con familias con niños TDA, nos lleva a plantearnos cuestiones que tienen que ver primero con el tipo de investigación realizada, al ser una investigación clínica-sistemática existen ya variables que depende estrechamente del tipo de familias y sus características socio-demográficas, las que trataron de ser igualadas en la medida de lo posible, lo que no

libra a la investigación de variables atribuibles a experiencia previa y/o ideologías que afectan de forma positiva o negativa la respuesta de la familia a la intervención con la terapia breve sistémica. También los estilos terapéuticos de cada una de las tres Terapeutas familiares que atendieron la muestra podrían abrir una discusión sobre los resultados. Sin embargo se considera que estas categorías por citar algunas son características de las investigaciones clínicas por el complejo proceso que implicaría la equiparación total de situaciones pues esto implica el riesgo de convertirla entonces, en una investigación de laboratorio y perder la riqueza de aquello que ocurre en un espacio fundamentalmente importante para los terapeutas: lo que ocurre durante la terapia así como el proceso del cambio.

Por otro lado el uso de un sistema de equilibrio energético (derivados de la física cuántica) planteando en un primer momento la posibilidad de la incorporación de la tecnología a las terapias psicológicas sistémicas, pero que también pudiera ocurrir en cualquier tipo de intervenciones psicológicas tradicionales, pues es quizá la psicología una de las disciplinas que menos ha probado e incorporado en el ámbito clínico la tecnología para ponerla al servicio de la salud psicológica sin que esto sustituya o desplace al terapeuta en su función de facilitador de cambios. En segundo término podríamos debatir la validez y/o confiabilidad de este sistema que cabe señalar coincidió en las evaluaciones realizadas por medios psicométricos del trastorno sin embargo el tamaño de la muestra nos impediría hacerla generalizable a poblaciones de mayor tamaño. Quizá una parte poco analizada en la presente investigación es el significado que las familias le otorgaron al sistema de equilibrio energético durante la intervención, el proceso de cambio y hasta el final del tratamiento donde se logró la desaparición de la queja; considerando que muchas de las familias tenían experiencias previas en consulta a psicólogos y/o terapeutas; cuál fue la implicación del uso de tecnología en un espacio que los consultantes han conocido sólo un agente de interacción, es decir el psicólogo o terapeuta, no contamos con información suficiente al respecto pues estas deducción como muchas otras surgieron en distintos momentos hacia el final de la investigación. Lo que en suma ha llevado a replantear la consideración de factores a indagar en la intervención con otra muestra que forma parte de la misma línea de investigación.



Concluimos que, dentro de la terapia breve sistémica, los modelos estructural (en la recuperación de las jerarquías y el establecimiento de límites usando el reencuadre como técnica indispensable) así como el modelo de soluciones (encontrando excepciones y focalizándose en los recursos de los consultantes) fueron las más útiles herramientas de intervención familiar que conjugado con el sistema de equilibrio energético y considerando variables tales como el apoyo psicopedagógico.

## 5.2 Investigación cualitativa

### “Cambios en la estructura familiar de niños con TDA: Intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar”

#### RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la estructura familiar de niños con TDA en edad escolar y registrar los cambios en ella después de una intervención con terapia breve sistémica y la Retroalimentación Estructural Familiar como estrategia central en la planeación de la intervención.

Se encontró un prototipo de estructura disfuncional en las familias participantes en la que está presente el sobreinvolucramiento, la periferia, centralidad negativa, paciente identificado y en algunos casos hijos parentales y límites difusos. En la intervención con la REF los participantes se mostraron sorprendidos pero activos en la generación de soluciones para las interacciones.

Después de la intervención se modificaron algunos de los elementos; disminuyó el sobreinvolucramiento de la madre, la periferia del padre; desapareció el paciente identificado y en algunos casos los hijos parentales.

Palabras clave: estructura familiar, REF, terapia breve sistémica, TDA

#### Método

##### *Diseño:*

El proceso de investigación/intervención se llevó a cabo en cuatro fases distintas: A. evaluación pre-intervención, B. intervención, C. evaluación post-intervención y D. seguimiento; en cada uno de ellos se recabó información sobre la estructura familiar a través de una entrevista semiestructurada y a profundidad.

El escenario de intervención terapéutica se llevó a cabo con seis sistemas familiares mediante la Retroalimentación Estructural Familiar en torno a los elementos disfuncionales

de la estructura familiar. Durante el proceso se registraron en audio y video los relatos de los participantes, posteriormente se realizó un análisis cualitativo de los resultados.

##### *Objetivo general:*

Conocer los cambios en la estructura familiar de niños con TDA después de una intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar.

*Participantes:*

En este proceso de investigación/intervención se concibe que lo pragmático está constituido por los aspectos formales de la situación de intervención y lo hermenéutico, por el marco de referencia de las seis familias participantes y las intervenciones terapéuticas de tal forma que su conjugación genera el tejido del cambio.

A continuación se presentan las características sociodemográficas de las familias participantes donde unos de sus miembros contaban con un diagnóstico clínico o presuntivo de TDA.

<b>FAMILIA B.S.</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Rol con el P.I.</b>	<b>Edad</b>	<b>Estudios</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Estado Civil</b>
	Papa	31	universitarios	Profesor	Casado
	Mama	31	universitarios	Profesora	Casada
	P.I.*	7	Primaria	Estudiantes	Soltera
	Hermano	5	Kínder	Estudiante	soltero
<b>*P.I. con diagnóstico clínico de TDA</b>					

<b>FAMILIA M.H.</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Rol con el P.I.</b>	<b>Edad</b>	<b>Estudios</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Estado Civil</b>
	Papa	50	Primaria	Chofer	Casado
	Mama	49	Primaria	Comerciante	Casada
	Hermana	32	Preparatoria	Empleada	Casada
	Cuñado	31	Preparatoria	Empleado	Casado
	Sobrino	3	-----	-----	Soltera
	Hermano	29	Secundaria	Empleado	casado
	Cuñada	21	Preparatoria	Hogar	Casada
	Sobrino	4	-----	-----	Soltera

	Hermana	25	Preparatoria	Hogar	casada
	Cuñado	32	Preparatoria	Empleado	Casado
	Sobrina	10	Primaria	Estudiante	Soltera
	Sobrino	6	Primaria	Estudiante	Soltero
	P.I.*	9	Primaria	Estudiante	Soltera

**\*P.I. con diagnóstico clínico con TDA**

**FAMILIA A.V.**

Nombre	Rol con el P.I.	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil
	Papa	42	Secundaria	Chofer	Casado
	Mama	39	Preparatoria	Hogar	Casada
	Hermano	12	Secundaria	estudiante	Soltero
	P.I.*	9	Primaria	estudiante	Soltero

**\*P.I. con diagnóstico clínico de TDA**

**FAMILIA J.M.**

Nombre	Rol con el P.I.	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil
	Papa	41	Secundaria	Policía	Casado
	Mama	39	Secundaria	Hogar	Casada
	Hermana	21	Secundaria	Hogar	Casada
	Cuñado	29	Secundaria	Chofer	Casado
	Sobrino	4	---	-----	Soltero
	P.I.	9	Primaria	estudiante	Soltero

**FAMILIA H.A.**

Nombre	Rol con el P.I.	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil
	Papa	40	Secundaria	comerciante	Divorciado
	Mama	40	universitarios	investigadora	Divorciada
	Hermana	16	Preparatoria	estudiante	Soltera

	P.I.	11	Primaria	Estudiante	Soltera
--	------	----	----------	------------	---------

FAMILIA C.M.					
Nombre	Rol con el P.I.	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil
	Papa	40	universitarios	Ingeniero	casado
	Mama	38	universitarios	Contadora	Casada
	P.I.	9	Primaria	Estudiante	Soltero

*Escenario:*

Cubículos de la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala y de la clínica INFASI (Instituto Familiar Sistémico)

*Materiales e Instrumentos:*

1. Guía de entrevista para la identificación de la Estructura Familiar de Montalvo y Soria (2007)
2. Video cámara y tarjetas SD
3. Pizarrón y marcadores

*Procedimiento:*

Durante las cuatro fases que conformaron la investigación/intervención se recopiló información sobre la estructura familiar de los participantes lo que se representó en el Familiograma, mismo que se le utilizó para la Retroalimentación Estructural Familiar.

Se consideró que los cambios en dicha estructura familiar podían ser conocidos y evaluados de la misma forma en que se recopiló la información esto es mediante el relato de los participantes.

Para este análisis se han establecido las siguientes categorías de análisis:

- **Elementos disfuncionales en la estructura familiar**  
Relatos de los miembros de la familia que describen las interacciones comunes en el sistema.
- **Experiencia familiar en torno al Trastorno por déficit de Atención**

Relato de los miembros de la familia que da cuenta de una secuencia de eventos, estados mentales y acontecimientos sucedidos desde que uno de los miembros fue diagnosticado clínica o presuntivamente con el TDA. Incluyendo los significados globales y situacionales de los hechos, personajes así como los esfuerzos o acciones de la familia para hacer frente al diagnóstico

- **Intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar**

La conversación que se generó a partir de la intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar que implicó un proceso de participación conjunta, este proceso podría desarrollar reencuadres de hechos, personajes y acciones que favorecen nuevas interacciones en el sistema familiar y que llevan a nuevos significados que desarrollaran relatos nuevos en la familia.

- **Cambios en la estructura familiar.**

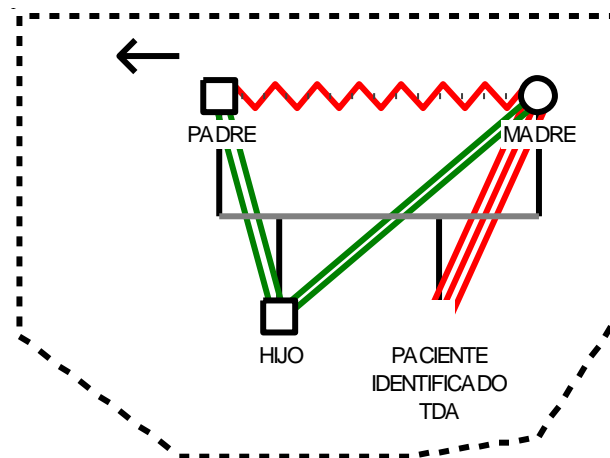
Relatos de los miembros de la familia que describen las nuevas interacciones comunes en el sistema, comparaciones que surgen en la familia utilizando como marco de referencia temporal antes y después de haber participado en la investigación/intervención.

Resultados:

- **Elementos disfuncionales en la estructura familiar**

De las entrevistas a profundidad realizadas con las familias se pudo identificar una estructura familiar similar para las seis familias participantes (Fig. 1) que se integra por los siguientes elementos: sobreinvolucramiento de la madre con el P.I., la periferia del padre, entre ambos una relación que va de distante a conflictiva y la centralidad negativa en el P.I. así como límites difusos son los elementos comunes. Sin embargo también en algunas familias en las que esta estructura está acompañada por la centralidad positiva en algún otro de los hijos o bien en un hijo parental.

Fig. 1. Familiograma característico de las familias con un miembro TDA, que participaron en la investigación.



En el sobreinvolucramiento de la madre con el P.I. encontramos que ellas manifestaban una serie de labores que hacían por sus hijos p.ej. “salgo a la papelería, apenas el martes a las once de la noche... me da pena... estarle tocando a la señora... pero hasta esa hora se acordó que les habían pedido una monografía” realizando por el hijo P.I. actividades de su desarrollo académico “ya no confié en él... entro y copio la tarea, diario le pregunto a la maestra como trabajó si lo vio inquieto... diario son quejas”, “me apena mucho va a decir la mamá de su amigo que si mi hijo esta tonto o que... pero sin mentirle, le juro... he ido a la casa de su amigo a ocho o nueve de la noche a pedir la tarea...”.

La periferia del padre es descrita en la mayoría de las familias por la madre, puesto que solo en una familia de las seis que conformaron la investigación el padre acudió. Las madres describen lo siguiente respecto a la periferia “es chofer, nunca esta y llegar tan noche y aunque quisiera que llegara a reganarlo ya es muy tarde...”, “mi marido no ayuda, no se si lo le importa, si no sabe que esta pasando o que... como siempre anda afuera trabajando y en el día de descanso nada mas ve televisión...”, “no me ayuda con ella, pero ya ve como son los hombres, no ayudan... no saben cómo... no les enseñaron sus mamas a hacerlo...”. En la única familia donde acudió el padre, la madre narró meses antes de acudir por primera vez a la terapia familiar, tuvieron un episodio con la P.I. donde ella le solicito hiciera más cosas por los hijos,

puesto que antes de eso su posición era también periférica: “yo dije... le dije N me está volviendo loca, estoy más mal yo que ella... ya no puedo ayúdame. Como me vio llorando y tan desesperada pienso que se dio cuenta que yo me enfrasco en mi relación con N y que necesito de él para que yo pueda no ver tan negativo todo alrededor de mi hija...”. El padre relata este mismo episodio de la siguiente manera “la vi muy mal... pensé que quizá si yo hacia la tarea con N y P ella tomaría un momento de descanso es bien difícil nuestras profesiones... niños todo el día y luego la casa... pero empecé a cuidarlos y no me fue tan mal como esperaba... ahora ya me obedecen y ella se fija en que N no todo lo hace mal...”

En las familias con un hijo parental o con centralidad positiva en otro hijo distinto al paciente identificado con TDA, se recopilaron comentarios como los siguientes: “...P hace tantas cosas que veo a N y digo porque si él es más pequeño...” en muchos casos es exaltadas las funciones que los hijos parentales hacen por las familias “L es tan buena, me ayuda tanto... no sé si porque es la mayor... o será mas responsable que los demás pero ella es mi apoyo, con ella platico todo lo que pasa con su hermana... hasta en ocasiones prepara la comida cuando ando con A buscando doctores o estudios para ver que tiene...” existiendo una comparación entre el hijo parental y el paciente identificado que aumenta la sensación de la familia de haber perdido el control sobre el manejo del P.I. “... porque yo digo como pueden ser tan diferentes M me ayuda, es tan atento y su hermano... es que C no hace nada... primero pensé que hice diferente... me equivoque con C pero no porque M es tan buen hijo... yo digo que C es mi cruz, ya mejor resignarme...”

- **Experiencia familiar en torno al Trastorno por déficit de Atención**

Las descripciones que hacen las familias en torno al TDA resultan distintas entre sí cuando hacen referencia a los comportamientos específicos que han relacionado al trastorno existiendo como una referencia común: “no hace completas las tareas...” “... no logro que se esté quieto en ningún lugar...” es decir existen dos líneas de comportamientos relacionadas al desempeño escolar y otra a la conducta que para los padres es indeseable en lugares públicos.



Sin embargo al indagar sobre el origen del Trastorno, nos planteábamos indagar en un primer momento el tiempo cronológico desde que los padres identificaron comportamientos indeseables en el P.I. que en un primer momento asociaron o no al TDA, sin embargo las familias fueron directo a referencias que tienen que ver con el significado del origen, donde la similitud es que el total de las familias se lo atribuían a algún factor relacionado con los padres p.ej. *“...es así porque me embarace muy grande, tome pastillas para la depresión dos años antes de embarazarme, supongo que eso le afectó su cabecita... y se le manifestó el TDA...”* en otro casos remitían a la genética *“...su papá por lo que me cuenta de su infancia fue TDA también...”* *“yo digo que yo no era así pero si era distraída, quizá si mis padres hubieran sabido me hubieran diagnosticado... quizá me hubieran corregido en la infancia... me tuve que corregir sola, pero con ella hace falta que reciba tratamiento pues ya sabemos que es TDA...”* en algunas familias más lo asocian a complicaciones en el embarazo y/o nacimiento *“... nunca pregunte a los doctores, pero tuve una infección en el embarazo, dijeron que no lo afectaba pero como no... yo digo que por eso es TDA...”* han considerado también la influencia de la enfermedades virales propias de la infancia o los golpes especialmente en la cabeza han ocasionado el trastorno *“... cuando tuvo varicela le dieron fiebres muy altas... nunca convulsiono... sin embargo he oído que eso causa daño en el cerebro tal vez a él le fue bien.. Sólo es TDA...”* *“es muy distraído y juguetón se ha pegado en la cabeza...hasta descalabrado... yo digo, le habrá afectado?... eso causó el TDA...”* *“... tuvo hipoxia neonatal por varios minutos, se que daño parte del área del lenguaje... le hicieron estudios pero no se si el TDA también está en esa zona, tal vez por eso tiene ambas condiciones...”*

Indagando mas sobre el significado de la impresión diagnóstica de TDA fue notorio que en aquellas familias que lo atribuían a una causa generada por los padres previos al embarazo o a la genética fueron más susceptibles a los reencuadres sobre el curso futuro del TDA tales como *“usted es una prueba de cómo se supera el ser distraído... quizá a su hijo le pase igual”*. En las familias que lo atribuían a una condición biológica se mostraron más reacias a los reencuadres en el inicio del tratamiento, dando continuidad a la intervención resultaron de gran ayuda las

preguntas de cuestionamiento de la realidad y del síntoma: “si es cierto... no hay prueba de que sea por la fiebre, tengo un sobrinito que ha convulsionado por calentura... y jamás le ha pasado nada...”

- **Intervención con la Retroalimentación Estructural Familiar**

La primera reacción que observamos en la familia fue la curiosidad por saber que era el dibujo que contenía los nombres de toda la familia, cuando fue avanzando la intervención las familias mostraban gran sorpresa de ver dibujadas sus interacciones “... es la foto de mi familia... así somos..” incluso algunos mostraban incredulidad al escuchar al terapeuta “... si es así... pero como lo supo...” la sorpresa causo intensidad sobre los elementos de la estructura familia “nunca lo había visto tan claro... ahora entiendo porque me hace como quiere, me mangonea..”

La intensidad derivada de la sorpresa por la técnica utilizada llevo a la mayoría de las familias a comenzar a idear pequeños cambios que pudieran funcionar “... *entonces si yo voy a pedir la tarea a las once de la noche, mientras él ve televisión... lo hace mas irresponsable, ¿no necesita poner atención!...*” o algunas familias más hacían preguntas al terapeuta sobre alternativas para modificar el Familiograma “... *usted cree que si nada mas le ordeno que hacer una vez, sea mejor que andarlo siguiendo, porque como quiera eso hace que menos se haga cargo de sus cosas... como ve si o no?...*”

El mayor reto que como terapeutas tuvimos en esta parte de la investigación-intervención fue la explicación que ofrecíamos a la familia sobre el dibujo (Familiograma) pues previamente se había discutido la necesidad de adaptar el lenguaje de modo tal que nos fuésemos absorbidas por el uso de tecnicismos que para las familias no cobraran en sí mismo ningún sentido, pero que ello no significara por ningún modo la disminución de la intensidad sobre las interacciones que deseaban nombrarse. Entonces se debatía sobre si en estas familias debía nombrarse primero el elemento y posteriormente describir las interacciones o viceversa sin embargo como era de esperarse el espacio terapéutico es en muchas ocasiones impredecible y cada familia marco una pauta distinta para abordar los elementos y la forma en que debía hacerse.

Sin embargo existió una situación fundamental toda explicación estuvo estrechamente ligada a los símbolos usados en el Familiograma, p.ej. la periferia a la fecha que señala hacia la izquierda, etc.

El análisis de la participación del terapeuta en la intervención con la retroalimentación estructural familiar se dividió en las siguientes etapas:

- Presentación de la intervención: *“ve este pizarrón, contiene un dibujo... es un esquema de su familia... construido a partir de lo que ha compartido con nosotros y que está relacionado al TDA de L.P....”*
- Intervención: *“...nos ha llamado la atención la forma en que tu y tu hijo se relacionan, puesto que tú te has venido ocupando de muchas de sus obligaciones... estas tres rayas que los unen consideramos son... y han facilitado que M.A. se comporte de la forma en que lo hace...”*
- Cierre: *“ahora que te explicado lo que hemos visto sobre tu familia y como lo relacionamos con el TDA de C.A. qué opinas... qué es aquello que más ha llamado tu atención respecto a lo que acaba de ocurrir?...”*

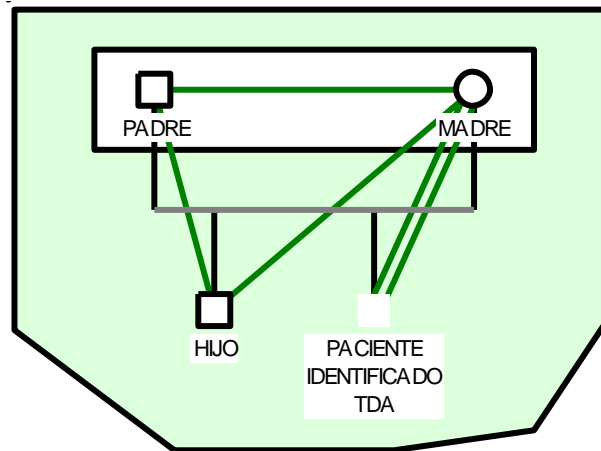
Finalmente consideramos como indicativo de que la intervención se había llevado a cabo exitosamente la devolución que hacían las familias respecto a la conversación y como indicio de que el mensaje había sido recibido por ellos de forma eficiente todo aquello que en su conversación fuera indicio de ideas o planteamientos sobre interacciones nuevas que fueran opuestas (cambio tipo 2) a las que la familia había venido usando de forma cotidiana.

- **Cambios en la estructura familiar.**

Después de la intervención se registraron cambios en los Familiogramas de los participantes (Fig. 2), estas fueron: disminuyó el sobre involucramiento de la madre *“... aunque me duele en el corazón, ya no salgo a tocarle a la señora de la papelería, le digo ni modo si no te acuerdas eres tu... al único que van a castigar”* al disminuir el sobreinvolucramiento de la madre, el padre aumento su participación en la familia, realizando pequeñas contribuciones a la crianza de los hijos *“...le dije lo que me habían dicho aquí, no sé qué paso pero empezó a ayudar y los niños le*

decían –papá, nos gusta más que tu nos cuides- y como que eso le gusto... no sé, se sintió a gusto... total ahora ayuda...”

Fig. 2. Familiograma de las familias con un miembro TDA, que participaron en la investigación, después de la intervención.



Esto permitió desarrollar una alianza entre ambos para las tareas parentales, lo que derivó en el establecimiento de límites al interior del sistema “ ... a veces pues tenemos problemas... pero yo digo ¡ah no! como papas es otra cosa, ahora hablamos... y ya niños no tienen por donde ganarnos... nosotros ponemos las reglas...” y en algunas familias al exterior “... hable con él y le dije sobre su mamá en el dibujo y... no muy convencido me dijo que iba a ponerle un alto por el bien del niño, no se si lo hizo... pero llevamos como tres meses si que diga nada, si viene a la casa... pero no empieza como antes” esto en la familia con hijo parental permitió también que este volviera al holón que le corresponde.

En el caso de los pacientes identificados sobre quienes recaía la centralidad negativa fue un elemento que desapareció; pues las familias podían focalizarse en los aspectos positivos de los comportamientos del miembro por el que acudieron a la terapia “...yo veo que se curó...” “... que este como hasta ahora depende de nosotros, de hacer cosas diferentes como las hicimos o a seguir como antes...”.

- **Discusión y conclusión**

Los elementos que se encontraron en el Familiograma en la evaluación como elementos disfuncionales (sobreinvolucramiento, periferia, centralidad negativa,

límites difusos o rígidos) algunos coinciden con los que Montalvo (2007) cita en una investigación previa donde se evalúan familias con y sin paciente identificado en la plantea el supuesto de que una familia con estructura disfuncional es más probable que se presente a un miembro con problemas psicológicos.

Durante la intervención se concluyó que el uso de la Retroalimentación Estructural Familiar es de gran ayuda en el manejo del trastorno por déficit de atención, mismo que a través de la terapia familiar sistémica específicamente en estrategias derivadas de la terapia breve que permiten modificar la estructura familiar lo que contribuye positivamente al manejo de las características comportamentales que inciden en la percepción de los padres sobre el trastorno y en posibilitar al miembro quien fue paciente identificado a dejar de serlo y con ello abrir una serie de posibilidades que permitan el desarrollo exitoso en el ámbito escolar y social.

## **5.1 Enseñanza y Difusión del conocimiento**

### **5.3.1 Manuales**

Los modelos de intervención en terapia familiar sistémica, coinciden en las bases teóricas que inspiraron la interpretación de los autores de ésta y su conclusión en técnicas o estrategias de intervención que pretenden ser la vía a través de la cual se desarrolle en trabajo del terapeuta familiar sistémico.

Se realizaron seis manuales, uno de cada modelo revisado en los seminarios de la residencia, en éste se expuso de manera breve los antecedentes teórico-metodológicos del modelo de intervención, principales exponentes, desarrollo del modelo y finalmente las técnicas o estrategias que se derivan de los supuestos básicos del modelo.

La utilidad de los manuales es por un lado un instrumento de resumen y repaso de lo cada uno de los modelos, en el caso de aquellos terapeutas que no conocen el modelo la estructura de ellos permitirían un primer acercamiento a las intervenciones sistémicas.

### **5.3.2 Videos**

Se realizaron cinco videos sobre los modelos de intervención, como una actividad complementaria a la elaboración de los manuales; el objetivo es hacer una demostración de la utilización de las técnicas o estrategias de cada modelo con una simulación de familias o situaciones terapéuticas.

La elaboración de estos productos fue realizada en equipos de trabajo entre quienes conformamos el grupo de formación, lo que permitió que esta actividad fuera útil primero en la producción de una herramienta tecnológica para la formación de nuevos terapeutas y en segundo lugar permitió ser un monitoreo personal y grupal del manejo y entendimiento de las estrategias de cada uno de los modelos estudiados.

Estos productos fueron un excelente ejercicio del uso creativo de los materiales disponibles y el auto aprendizaje de elementos tecnológicos que se elaboran con el fin de formar terapeutas.

### **5.3.2.1 Video: Entrenamiento de terapeutas familiares en intervenciones en familias con un miembro TDA.**

Se realizaron dos videos que mostraban las fases de la investigación-intervención realizada durante la maestría, que constó de cinco bloques generales: 1) encuadre del trabajo, 2) evaluación inicial, 3) intervención familiar sistémica, 4) evaluación final y 5) seguimiento. En dicho video se presenta un caso de familia con la estructura familiar prototípica identificada en las familias con TDA en la investigación, demostrando algunas de las técnicas de intervención más útiles, extraídas de la terapia breve sistémica.

### **5.3.3 Libros**

En los seminarios de Teorías y Modelos de Intervención III, se presentaron temas y trabajos previos que se han realizado durante la formación en la maestría; material con el cual se decidió utilizar para la conformación de un libro con material original distinto al incluido en el reporte de competencias profesionales. La participación consiste en un capítulo titulado “Trastorno por Déficit de Atención” en coautoría con la Lic. Nalleli María Cedillo Morales.

De tal manera que se conformó un libro con 8 capítulos sobre temas de relevancia social y clínica, asimismo se ejemplificaba el abordaje de un caso bajo algún modelo de intervención sistémica que hubiera demostrado eficacia en la experiencia previa de los terapeutas. El mismo que se desarrolló pensando en estudiantes de licenciatura y terapeutas principiantes, con el fin de extender el conocimiento sobre los modelos sistémicos y ser un apoyo en el proceso de enseñanza aprendizaje de quien se forman en la ciencia de la Psicología. Dicho material se encuentra en revisión, teniendo como compiladora a la Mtra. Ofelia Desatnik M.

### **5.3.4 Asistencia a Foros académicos**

**Actividad: III Congreso Internacional: La psicología en el siglo XXI: Hacia la multidisciplinariedad**

*Fecha:* Efectuado del 22 al 24 de Abril de 2009 en el Centro Universitario de Ixtlahuaca, México.

*Resumen:* Se acudió como asistente a dicho congreso en el cual se incluían varias ponencias relacionadas al equilibrio energético, de especial interés por la relación con el tema de investigación que se presentó en este reporte. De igual forma se

acudió a un taller sobre “Manejo del Duelo a través de las terapias narrativas” impartido por el Dr. Ricardo Ramos de la Escuela de Terapia Familiar de Barcelona

**Actividad: III Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología UNAM**

*Fecha:* Efectuado el 4 y 5 de Agosto de 2009, en el campus II de la Unidad Multidisciplinaria de Investigación Zaragoza.

*Resumen:* Se presentó la ponencia “*Retroalimentación energética y Terapia Breve Sistémica en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención en niños en edad escolar: Un estudio de caso*” producto de la investigación generada durante la maestría en la cual se hizo una revisión de un estudio de caso en el que se evidencia una estructura familiar que registra elementos disfuncionales, que después de la intervención con un sistema de equilibrio energético (L.I.F.E. System) y la Terapia Breve Sistémica, registró un cambio importante en la disminución de elementos disfuncionales y la eliminación de la queja de la familia.

**Actividad: III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009.**

*Fecha:* Efectuado del 9 al 11 de Septiembre de 2009, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

*Resumen:* Se presentó la ponencia “*El uso del equilibrio energético y análisis de la estructura familiar en pacientes con TDA*” producto del proyecto de investigación generado durante la maestría, en el que se presentó un análisis estadístico de cinco casos de niños en edad escolar quienes contaban con un diagnóstico presuntivo de TDA y en los cuales después de haber intervenido con un sistema de equilibrio energético se registraron cambios en la estructura familiar.

**Actividad: Coloquio de Investigación Estudiantil en Psicología FES Iztacala**

*Fecha:* 26 al 28 de Agosto, 2009

*Resumen:* Se presentó una ponencia llamada “*Retroalimentación energética y Terapia Breve Sistémica en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención en niños en edad escolar: Estudio de casos*” producto de la investigación generada durante la maestría, en la que se hacía una presentación y análisis de 10 casos bajo el tratamiento de retroalimentación energética y Terapia Breve Sistémica. Durante la mesa de trabajo de Terapia Familiar Sistémica.

**Actividad: III Congreso Internacional de Terapia Breve Sistémica, Monterrey N.L.**

*Fecha:* 19 al 22 de Agosto de 2010

*Resumen:* Se presentó una ponencia llamada “*terapia breve sistémica y equilibrio energético en niños con TDA de 8 a 11 años*” producto de la investigación generada durante la maestría, en la que se hacía una presentación y análisis preliminar de 30 casos contrastando un grupo experimental con un grupo control.

**Actividad: Coloquio de Investigación Estudiantil en Psicología FES Iztacala**

*Fecha:* 26 al 28 de Agosto, 2010

*Resumen:* Se presentó una ponencia llamada “*Resiliencia en familias de niños con Trastorno por Déficit de Atención en niños en edad escolar*” producto de la



investigación generada durante la maestría, en la que se hacía un análisis de los procesos resilientes más comunes en dichas familias.

#### **5.4 Acciones comunitarias**

La labor de los terapeutas familiares, no está limitada a un trabajo de consultorio clínico, sino que podría ser extendida a acciones de prevención y/o información que contribuyan a elevar la calidad de vida de la comunidad y por supuesto ser la base para el establecimiento de una cultura de cuidado de la salud mental, que en México ha sido un tanto olvidada.

##### **5.4.1 Taller de comunicación no violenta en el Instituto Politécnico Nacional**

*Actividad:* **Taller de Comunicación no violenta para jóvenes**

*Fecha:* 4 y 5 de Junio de 2009.

*Resumen:* El Dr. Marshall Rosenberg es el creador del modelo de comunicación que ha llamado “COMUNICACIÓN NO VIOLENTA (CNV)” que promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, culpas ni temores. Es una herramienta de comunicación que puede servir para resolver conflictos entre dos o más partes, y cuya práctica igualmente mejora las relaciones consigo mismo, y ayuda a aclarar y definir los valores y principios que rigen la propia vida.

Cabe señalar que la CNV puede adaptarse a distintas situaciones, estilos personales y culturas, y su esencia radica en la intención de conectarse con empatía y compasión y no en las palabras que se dicen. En pocas palabras, CNV nos ayuda a conectarnos con nosotros mismos y con otros de una manera en que permite que nuestra compasión natural florezca. Se pretende que se aprenda a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.

Los beneficios que aporta a cada individuo este tipo de comunicación son los siguientes:

- Crear relaciones personales más satisfactorias, basadas en el entendimiento, el respeto, la compasión y la cooperación mutuos.
- Resolver conflictos pacíficamente
- Romper con efectos de experiencias pasadas y condicionamientos culturales.

- Saber decir "no" y aceptar el "no" del otro (asertividad).
  - Resolver sentimientos de culpa, miedo, vergüenza y depresión.
  - Desarrollar la capacidad de escucha y comprensión de sentimientos y necesidades de clientes, pacientes, empleados, familiares, etc.
  - Terminar con patrones de pensamiento que llevan a peleas, ira, emisión de juicios y depresión.
- *Lenguaje jirafa y lenguaje chacal*

*Lenguaje jirafa:* este animal ha sido tomado por ser el que tiene el corazón más grande y desde su altura una perspectiva más completa de las cosas, por tanto se entiende así a la forma de referirse a uno mismo y a los demás con comprensión, aceptación y cariño.

*Lenguaje chacal:* a su vez, se emplea para referirnos a pensamientos o palabras acusadoras, culpabilizantes, castigadoras con las que nos referimos a nosotros mismos o a los demás.

Los componentes de la CNV son:

### 1. *Observación*

El propósito de la observación según la técnica de Comunicación No Violenta es iniciar una conexión. Este lenguaje no acusa y no culpabiliza; pretende fomentar la receptividad en la otra parte, y desestimular la reactividad y la actitud defensiva en el otro.

La observación no contiene evaluaciones, inferencias, deducciones u opiniones de nuestra parte. Implica la separación de la evaluación, al mezclarlas tendemos a criticar y provocar resistencias, por ello las observaciones tienen que ser específicas en momento y contexto.

### 2. *Expresión de sentimientos:*

Una de las ideas centrales de la Comunicación No Violenta se refiere a adquirir un vocabulario que nos permita expresar nuestras emociones de forma clara y precisa.

Distingue entre expresión de sentimientos reales de calificativos y afirmaciones que nos llevan a valorar e interpretar.

El enojo, la tristeza, la aprehensión, la decepción, la desconfianza, son todos sentimientos que nos alertan sobre necesidades no satisfechas. El siguiente listado son solo algunos de los sentimientos que experimentamos en algún momento de la vida.

### 3. *Reconocer necesidades:*

Como seres humanos compartimos necesidades básicas como el alimento, descanso, abrigo, y conexión humana o amor. Para cada necesidad empleamos nuestros recursos y creatividad con el fin de satisfacerlas, aunque habría que dejar de hacerlo a expensas de otros como en ocasiones ocurre.

Cuando una o varias necesidades no están siendo satisfechas, ciertos sentimientos (presentados en el cuadro previo) nos lo indican. Prestando atención al sentimiento, podemos llegar a la identificación de las necesidades no satisfechas, lo que nos permite iniciar la exploración de estrategias o formas de satisfacerlas.

Identificar claramente cuál o cuáles necesidades tenemos en el momento, es muy importante, porque nos da la oportunidad de revisar las estrategias que estamos empleado, si éstas perturban nuestra relación con otros, o nuestro propio bienestar.

### 4. *Realizar peticiones:*

Emplear un lenguaje de acción positiva es lo requerido e implica evitar frases vagas, abstractas o ambiguas. Una petición es clara, concreta, realizable y en tiempo presente. Se requiere verificar si aquello que hemos dicho ha sido entendido de manera correcta por el otro. Con el fin de evitar que una petición sea tomado como una exigencia, establecemos un tipo de relación basado en la sinceridad y la empatía (vaciar nuestra mente y escuchar al otro con todo nuestro ser).

Las peticiones pueden ser hechas a nosotros mismos, a terceros, en silencio, o expresamente. Cuando las peticiones son de mí para mí, uno de sus objetivos es

aclararme conmigo mismo, ver qué realmente necesito, y explorar maneras en que podría conseguirlo.

#### DATOS GENERALES DEL TALLER:

##### *Objetivo general:*

Habilitar a los participantes con herramientas apropiadas para establecer comunicación no violenta con el propósito de que sean utilizadas deliberadamente en sus relaciones interpersonales.

##### *Objetivos particulares:*

- Brindar a los participantes información general sobre comunicación no violenta abordando los cuatro aspectos que la caracterizan.
- Implementar dinámicas vivenciales donde los participantes lleven a cabo la información adquirida durante el primer módulo del taller.

##### *Población:*

Se llevó a cabo con dos grupos de 20 alumnos de entre 18 a 24 años, quienes cursan el tercer semestre de la Licenciatura en Psicología en el I.P.N.

##### *Estructura del taller:*

Se llevó a cabo en dos sesiones de tres horas cada una, de acuerdo a la siguiente planeación:

PRIMER MÓDULO		
ACTIVIDAD	TIEMPO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
ENCUADRE	20'	Presentación de los miembros del equipo a los participantes del taller. Presentación de los objetivos del taller.
INTRODUCCIÓN AL TEMA	25'	Dinámica ¿Qué animal serías?
PRESENTACIÓN TEÓRICA	20	Con apoyo de diapositivas, explicación de los contenidos de la Comunicación No Violenta.
OBSERVAR SIN EVALUAR	15'	Actividad del cuadernillo sobre observación. Comentarios y dudas sobre la exposición del tema.
EXPRESAR UN SENTIMIENTO	60'	Rol playing para expresar sentimientos. Actividad en el cuadernillo.
CIERRE DEL MÓDULO	20'	Comentarios finales de los participantes.
SEGUNDO MÓDULO		
REALIZAR PETICIONES	80'	Presentación de Diálogos
EJERCICIOS DE REAFIRMACIÓN	80'	Realizar ejercicios del cuadernillo de trabajo
CIERRE	30'	Dinámica "Conserva lo aprendido"

##### *Resultados y Conclusiones:*

Después de la aplicación del taller se infiere que los alumnos de psicología de tercer semestre del Instituto Politécnico Nacional, aprehendieron las bases del modelo de Comunicación no Violenta del Dr. Marshall Rosenberg.

Resultó muy significativo el trabajo en grupo, fue la participación de los alumnos quienes pudieron identificar la forma cotidiana de comunicación a través de adjetivos, críticas, etc. y contrastar con la propuesta de la CNV la que no resultó sencilla ya que después de años de entrenamiento en un modelo distinto de comunicación; cambiarlo o incorporar elementos resulta “difícil” comentarios de los participantes, sin embargo la mayoría logró hacerlo. Mediante las escenificaciones y los periodos de retroalimentación, quedó manifiesto que el emplear el lenguaje jirafa, nos permite relacionarnos de manera más satisfactoria, incluso permitiéndonos solucionar conflictos de forma pacífica y asertiva.

Es importante señalar que pese a ser manejado en un contexto escolar, el conocimiento trasciende por lo que el manejo puede ser llevado en relaciones entre padres e hijos, compañeros escolares o de trabajo, jefe–empleado, paciente–terapeuta, etc. Esto pudo encontrarse en la mayoría de las sugerencias empleadas, la utilidad hacia la vida diaria y en la formación profesional.

La evaluación del taller se llevó a cabo, mediante un cuestionario de opción múltiple en cuanto a los ponentes, actividades, contenidos y materiales, sin embargo, se planeó un espacio para comentarios respecto a las aplicaciones de la CNV así como comentarios generales del taller. En una evaluación global el taller les pareció “Satisfactorio”. En los comentarios del taller la mayoría reconoció la utilidad de usar la CNV en la vida diaria y sugieren la ampliación del taller en

#### **5.4.2. Taller de Comunicación en el ámbito escolar en la Esc. Prim. Ignacio Manuel Altamirano. Tlalnepantla, Estado de México.**

*Actividad:* Taller de Comunicación en el ámbito escolar

*Fecha:* 28 de Mayo de 2010

*Resumen:* el taller estuvo conformado en tres partes teóricas, la primera de ellas donde se expuso los cinco axiomas de la comunicación humana, abordando las patologías de la comunicación, se abordó en un segundo momento las bases de la

Comunicación no Violenta en el que se realizaron ejercicios para la mejor comprensión de las cuatro propuestas de las que se compone el modelo y finalizó el taller abordando estrategias comunicacionales que se pueden aplicar con los niños para obtener cooperación, aumentar la autonomía y enseñarles a afrontar sus sentimientos, estas estrategias se basan en la necesidad de absorber nuevos principios, poner en práctica nuevas habilidades, aprender nuevos patrones y olvidarse de antiguos patrones. Faber y Mazlish (1989) autoras de este método de comunicación entre adultos y niños resumen su propuesta en los siguientes puntos:

- Queremos encontrar una forma de vivir unos con otros de manera que podamos sentirnos satisfechos de nosotros mismos y ayudar a las personas que amamos a sentirse satisfechas de sí mismas.
- Queremos encontrar una forma de vivir sin culpas ni recriminaciones
- Queremos encontrar una forma de ser mas sensibles a los sentimientos de los demás
- Queremos encontrar una forma de expresar nuestra irritación o nuestra cólera sin causar ningún daño
- Queremos encontrar una forma de respetar las necesidades de nuestros hijos y a la vez respetar nuestras propias necesidades.
- Queremos encontrar una forma que haga posible que nuestros hijos sean solícitos y responsables
- Queremos romper el ciclo de inútiles charlas que se han transmitido de generación en generación y dejarles a nuestros hijos un legado diferente, una forma de comunicación que puedan usar durante el resto de sus vidas con sus amigos, sus compañeros de trabajo, sus padres, sus cónyuges y algún día con sus propios hijos.

## **ESTRUCTURA GENERAL DEL TALLER**

### **Objetivo general:**

Habilitar a los docentes con herramientas sobre comunicación con el propósito de que sean utilizadas deliberadamente en sus relaciones con otros docentes y alumnos.

**Objetivos específicos:**

1. Brindar a los participantes información general sobre la Teoría de la comunicación (Axiomas y patologías de la comunicación)
2. Exponer teoría y práctica sobre el modelo de Comunicación no violenta (identificar sentimientos, necesidades y formular peticiones)
3. Brindar herramientas para lograr establecer una comunicación con los alumnos que favorezca que los niños reconozcan y afronten sentimientos, obtengan cooperación, fomenten autonomía, alternativas al castigo, etc.
4. Implementar dinámicas vivenciales donde los participantes lleven a cabo la información adquirida durante el taller.

**Población:**

8 docentes del equipo de enseñanza del idioma inglés, que imparten clases de lunes a viernes de 8 a 12 en los 6 grados de educación primaria.

**Estructura del taller.**

ACTIVIDAD	TIEMPO APROX.
Presentación del taller y participantes	15 min
Exposición sobre la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, axiomas y patologías de la comunicación	20 min
Ejercicios prácticos sobre axiomas y patologías de la comunicación	25 min
Comunicación No Violenta	15 min
Ejercicios sobre comunicación no violenta: identificar sentimientos, formular peticiones	25 min
Como hablar y escuchar a los niños	15 min
Ejercicios prácticos y reflexiones sobre la comunicación con los niños	15 min
Cierre y conclusiones del Taller, evaluación de la actividad y ronda de preguntas y respuestas	15 min
Duración aproximada total:	145 min

**Resultados y conclusiones:**

El taller se evaluó mediante un cuestionario de opción múltiple que abarcó las áreas de contenidos teóricos, materiales didácticos y ejercicios, habilidades de las ponentes y vinculación del tema con su práctica docente.

De los 8 participantes, 6 consideraron que los contenidos del taller fueron totalmente satisfactorios, 1 considero que fueron satisfactorios y 1 regulares; en cuanto a los materiales didácticos usados así como los ejercicios 7 de los 8 participantes opinaron que fueron totalmente satisfactorios y 1 los considero satisfactorios. Los 8 participantes consideraron que el tema del taller se vinculaba con su práctica docente y en cuanto a las habilidades de las ponentes 6 consideraron que el dominio del tema y como fue expuesto fue totalmente satisfactorio y 2 consideraron fue satisfactorio.

En las sugerencias y comentarios finales del taller, expusieron la necesidad de hacer el taller en varias sesiones de forma tal que pudieran aplicar lo aprendido y comentarlo en una sesión posterior con el fin de recibir retroalimentación.

#### **5.4.3. Taller de Educación Preescolar: vinculación de los sistemas familiar y escolar en la formación de competencias del PEP´04 en Colegio del Rio, Nicolás Romero, Edo. Mex.**

*Actividad:* Taller de Educación Preescolar: vinculación de los sistemas familiar y escolar en la formación de competencias del PEP´04.

*Fecha:* 30 de Abril de 2010

*Resumen:* Para el diseño del taller se partieron de las siguientes bases teóricas: primeramente una introducción a la teoría sistémica desde el modelo Estructural (Minuchin, 1986) para caracterizar ambos sistemas: el escolar y familiar; el Programa de Educación Preescolar 2004 (SEP, 2004) de donde explican las bases constructivistas de la educación por competencias, así como la planeación de situaciones didácticas.

La vinculación sistémica de escuela y familia se baso en la propuesta de Monroy, Contreras y Desatnik (2009) esta propuesta considera los siguientes puntos:

- La planeación de los procesos didácticos partiendo del conocimiento del contexto político, económico, social y cultural.
- La dimensión institucional



- La situación del aula y de sus actores, reconociendo las necesidades de los participantes, estudiantes y docentes (el estrés del profesor, su situación, etc.).

Al conjuntar estas tres propuestas teóricas, permitieron llevarlas a un nivel de aplicación práctica, a través de la planeación de una situación didáctica relacionada a hábitos y valores, planteando como el sistema familiar podría involucrarse en favor del aprendizaje del niño(a) preescolar , así mismo se doto a las docentes de estrategias comunicacionales desde las propuesta de la CNV y la teoría de la comunicación humana para resolver aquellas problemáticas que las docentes sugirieron podrían presentarse en la estrategia de vinculación.

#### ESTRUCTURA GENERAL DEL TALLER

Objetivo general:

Abordar el campo formativo personal - social del PEP´04 explicando la vinculación escuela – familia como sistemas vivos en interacción que favorece el aprendizaje del niño(a) preescolar.

Objetivos específicos:

1. Exponer las bases teórico - metodológicas de la enseñanza por competencias del PEP´04.
2. Caracterizar a los ámbitos escuela y familia como sistemas vivos
3. Brindar herramientas que permitan a las docentes entablar comunicación con el sistema familiar para lograr colaboración en la enseñanza de hábitos y valores.
4. Implementar dinámicas y ejercicios que permitan a las docentes ensayar una planeación didáctica para la enseñanza de hábitos o valores que vincule al sistema familiar.

Población:

El taller se llevó a cabo con un grupo de 8 docentes del centro escolar “Colegio del Rio” que imparte los grados de educación preescolar.

### Estructura del taller.

El taller se llevó a cabo en una sesión de acuerdo a la siguiente planeación:

ACTIVIDAD	TIEMPO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
ENCUADRE	10'	Presentación de los miembros del equipo a los participantes del taller. Presentación de los objetivos del taller.
INTRODUCCIÓN AL TEMA	20'	Visión sistémica; la familia y escuela como sistemas vivos.
PRESENTACIÓN TEÓRICA	20	Enseñanza por competencias, el PEP'04 y la vinculación con el sistema familiar
EJERCICIOS	15'	Enseñanza de hábitos y valores, planeación didáctica y como sería la vinculación deseada del sistema familiar
RECOMENDACIONES DE VINCULACION	20"	Estrategias comunicacionales para la vinculación de los sistemas.
CIERRE DEL MÓDULO	15'	Comentarios finales de los participantes.

### Resultados y conclusiones:

El taller se llevó a cabo, con una participación activa de las docentes, se evaluaron los contenidos teóricos novedosos para las docentes (visión sistémica y vinculación de los sistemas escolar y familiar). 7 de 8 de las docentes participantes consideró que fue muy clara la exposición de los temas teóricos; Todas consideraron que la vinculación de estos sistemas favorecería el aprendizaje, el 6 de 8 docentes consideraron que conocer esta información le permitiría planear situaciones didácticas vinculando al sistema familiar. Después del ejercicio de planeación el 7 de 8 identificaron cómo podrían llevar a cabo la vinculación la familia. 7 de ellos expresaron que el ejercicio podría llevarse a la práctica en el aula con posibilidades de éxito.

En la evaluación de las ponentes, materiales didácticos y tiempo, todas consideraron que el dominio del tema de las ponentes fue excelente. 2 de ellas propusieron que el material didáctico fuese más extenso.

Las sugerencias giraron en torno a realizar una sesión más trabajando dudas específicas de cada docente sobre cómo abordar a los padres en situaciones particulares para hablar de los estudiantes, así como una plática que les planteara esta visión de vinculación a los padres de familia

#### **5.4.4 Apoyo a la Comunidad de la Colonia Nextitla de la Delegación Miguel Hidalgo**

La presente actividad fue presentada por Laura Edith Pérez Laborde en la materia Teorías y Modelos de Intervención III. El proyecto que fue presentado mostraba nuestra incursión en el proyecto delegacional asistiendo por parejas a recorrer las colonias de dicha demarcación. El objetivo era establecer contacto con la población y conocer sus necesidades respecto a seguridad ciudadana, siendo intermediarios entre las autoridades y la población. El proyecto no fue completado de manera satisfactoria por razones desconocidas. Sin embargo, las actividades que se realizaron en el mismo fueron: 1) realizar recorridos en la colonia acompañadas de Mirta Mejía y 2) repartir volantes en cada casa y realizar letreros para invitar a la población a una junta vecinal donde se les informarían los resultados de la Consulta de Seguridad Pública.

#### **5.4.5 Curso – Taller para cuidadores de adultos mayores en ISSSTE “Tlalnepantla”**

**Actividad: Taller del rol del adulto mayor en la familia.**

**Fecha. 10 de Junio de 2010**

**Resumen:** El Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es pionera en promover el concepto de “envejecimiento exitoso” lo que como programa institucional contempla el proporcionar atención medida terapéutica y preventiva para enfermedades crónico-degenerativas donde la vejez es un elemento que aumentan el riesgo a desarrollarlas. Sino que también contemplan acciones para formar cuidadores de adultos mayores, lo que pretende sensibilizar a los miembros más jóvenes de las familias sobre la situación personal – social – biológica de los viejos; esto resulta una alternativa para el establecimiento o restablecimiento de las redes de apoyo que en la vejez se ven mermadas.

En México el 8% de los habitantes tiene 60 años o más, esta cifra se incrementa un promedio de un millón de adultos mayores más cada dos años. En el censo de población y vivienda del 2005 se contabilizaron 24.8 millones de hogares mexicanos, en 6.1 millones de ellos están integrados al menos por una persona de 60 años o mas lo que representa el 24.6% de los hogares en México.

El panorama económico para los adultos mayores resulta problemático ya que solo el 46.9% de este grupo etareo tiene derecho a servicios de salud pública, sólo el 7.7% se mantiene activo económicamente hablando y de aquellos que ya han cesado sus actividades laborales solo 1 de cada 5 goza de una pensión que no rebasa en promedio los dos salarios mínimos por día.

Al abordar el tema de los adultos mayores resulta primordial hacer una distinción entre la “vejez” que se define como una etapa de la vida que puede ser subdividida según las edades mientras que el “proceso de envejecimiento” es un proceso que es diferencial de la vida e inicia desde el nacimiento, es decir cada persona envejece a un tiempo y de un modo diferente según su género, edad, condición social etc.

Así en el proceso de envejecimiento se desarrolla a la par que el ciclo vital de la persona que va por las siguientes etapas: infancia, adolescencia, juventud, adultez, madurez y vejez cada una de las cuales representa un reto y un aprendizaje para la vida de cada uno de nosotros, sin embargo al ser la familia una unidad social que sostiene a sus miembros esta es una unidad viva y en movimiento, que también pasa por un ciclo vital que va del noviazgo, la familia sin hijos, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes, la familia con hijos adultos y el nido vacío. Esto significaría que como persona podría estar pasando por una etapa del ciclo vital como la juventud mientras el ciclo de la familia se encuentra en la familia sin hijos por ejemplo.

Otro tema de suma relevancia son los “roles sociales” que son funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan de una persona (actor social) cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido o atribuido.

PatsiluReeves, de la Universidad Estatal de Mississippi, menciona los roles que cubren en las familias:

- El amor incondicional que ayuda a los niños a desarrollar la autoestima, en estas familias se encuentran niños más sanos emocionalmente.
- Ayudar a la gente joven a aprender a envejecer.
- Pueden ser mediadores de paz en las familias

- En muchas familias, es el adulto con que el niño se siente más cómodo para charlar, compartir problemas y preocupaciones
- Actualmente pueden ser ellos quienes cuiden y eduquen a los nietos pues los padres se encuentran fuera de casa

Sin embargo, se hizo énfasis en que los estereotipos de anciano y familia deben ser puestos al día en esta realidad social, así como el papel que juega el anciano en la familia y ésta para el anciano.

### **DATOS GENERALES DEL TALLER.**

#### **Objetivo general:**

Brindar a los participantes un panorama general del rol de los adultos mayores en la familia mexicana.

#### **Objetivos específicos:**

1. Brindar información sobre las características estadísticas de la población adulta mayor en México, respecto a acceso a servicios de salud, ingresos económicos y actividades remuneradas.
2. Exponer el desarrollo personal y familiar a través del esquema de ciclo vital y retomar tareas y retos de cada etapa según el modelo Estructural de S. Minuchin.
3. Exponer las principales problemáticas que surgen entre adultos mayores y cuidadores, normalizando las tensiones propias de cualquier relación humana.
4. Brindar información general sobre modalidades de abuso al adulto mayor poco difundidas como la violencia económica y por negligencia

#### **Población:**

15 personas asistentes al taller para cuidadores de adultos mayores en el ISSSTE de Ceylán, cuya edad promedio fue de 45 años.

#### **Estructura del taller:**

ACTIVIDAD	TIEMPO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
ENCUADRE	5'	Presentación de los participantes del taller. Presentación de los objetivos del taller.
INTRODUCCIÓN AL TEMA	5'	Estadísticas sobre población adulta mayor en México, familias e ingresos económicos.
ACTIVIDAD	5'	Actividad de sensibilización al proceso de envejecimiento de cada uno de los participantes

TEMA TEORICO	15'	Exposición del ciclo vital de la familia y la persona enfatizando el objetivo y aprendizaje de cada etapa.
ACTIVIDAD	5'	Experimentar una modalidad comunicacional cinestesia, ampliando las posibilidades de los participantes, quienes comúnmente utilizan las entradas sensoriales de vista y audición.
TEMA TEORICO	20'	Exposición de los roles sociales esperados del adulto mayor en la familia y la sociedad
REENCUADRES	5'	Retomando los conflictos que surgen entre los adultos mayores y sus cuidadores, así como su condición social, cultural y familiar se reencuadra como una oportunidad de desarrollo.
REFLEXION FINAL	10'	Se muestra a los participantes un video clip de la reflexión "cuando ya no pueda"
CIERRE DEL TALLER	10'	Promoción de la participación de los asistentes al taller, solución de dudas y retroalimentación

### **Resultados y conclusiones**

La forma de evaluación de este taller fue distinta a la ya acostumbrada en las acciones comunitarias y estuvo determinado desde que el personal del ISSSTE solicitó el taller, pues este debía tener un énfasis vivencial. Por ello, al cierre del taller se solicitó a los participantes comentaran sobre su experiencia respecto a los contenidos teóricos y actividades planeadas.

Todos los participantes comentaron de común acuerdo que era el primer taller en que habían podido relacionar los temas aun si no eran adultos mayores pues se promovió hablar de su experiencia conviviendo con otros adultos mayores. La mayoría opinó que el tema de "adultos mayores y familia" no debiera ser solo un tema sino una serie de talleres que les permitiera tener un conocimiento más amplio y global sobre lo que sienten, piensan y esperan todos los miembros de una familia en donde haya un adulto mayor.

Los temas que más llamaron su atención fueron los cambios en los roles sociales asignados y esperados de la vejez dado que la mayoría de ellos han vivido en propia experiencia muchos de estos cambios sociales; el otro tema fue la posibilidad de trascender a través de la enseñanza de valores, lo que identificaron es actualmente una necesidad social que inicia en la familia.

### **5.5. Consideraciones éticas**

En toda práctica profesional sobre todo aquella relacionada a la atención de la salud donde quien solicita, recibe y se ve beneficiado o perjudicado de estas prácticas son personas o familias, la ética resulta un aspecto ineludible, de modo tal que la

psicología y la práctica terapéutica no puede ser la excepción; cuando las decisiones profesionales representan un dilema sobre qué tan ético o no se está actuando, es recomendable recurrir a algún código normativo por ejemplo en la Psicología contamos con el Código Ético del Psicólogo desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología que contempla normas de conducta, resultados de trabajo y sobre las relaciones establecidas.

Estos fueron algunos de los dilemas éticos a los que durante el entrenamiento como terapeutas nos enfrentamos en el equipo de supervisión:

**De la competencia del psicólogo en las intervenciones.**

Sobre las competencias del psicólogo, el código ético en el Art. 30 expone “el psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada y la pericia necesaria” aunado al Art. 84 “cuando el psicólogo acepta proporcionar servicios a varias personas que guardan una relación entre sí (tales como esposo, esposa o padres e hijos), el psicólogo intenta aclarar de principio: 1) cuáles de los individuos son clientes o pacientes. 2) y la relación que el psicólogo tiene con cada persona. Esta aclaración incluye el papel del psicólogo y los usos probables de los servicios proporcionados o la información obtenida”

La terapia familiar, necesariamente planea cuestiones referentes a las competencias del psicólogo. En varios casos revisados en la clínica, la neutralidad (concepto retomado del modelo de Milán) fue un debate en el sistema terapéutico total, pues parecía estar teniendo más peso el discurso de alguno(s) miembro(s) de la familia, lo que dirigía las intervenciones hacia algún punto que se apartaba de la queja consensuada con el sistema familiar o conyugal. Esto se resolvió revisando los videos de las sesiones en conjunto el equipo de terapeutas así mismo estableciendo un plan de trabajo en la sesión en que tanto el terapeuta como un equipo conocieran bien dicho esquema teórico - metodológico en varios casos esto fue muy exitoso en otros más no ocurrió así.

**De la queja con la que acude el cliente a solicitar el servicio**

Durante la supervisión de tercer semestre uno de los casos que puso en jaque al equipo por los dilemas éticos que las decisiones e indicaciones de la supervisión generaron.

Se trataba de una mujer joven, de aspecto desaliñado, situación económica precaria, madre de 3 hijos en edad escolar, quien acudió al servicio por orden de la docente del preescolar de su hijo menor quien en múltiples ocasiones le había cuestionado su forma de ser madre y por lo cual la envió a preguntarle a un psicólogo si ejercía la maternidad de forma adecuada.

Durante la primera sesión la petición de la usuaria era extremadamente clara, deseaba preguntar si ejercía adecuadamente la maternidad; el terapeuta atendió dicha demanda desde el modelo de soluciones, esto se encuentra considerado en el código ético en el Art. 99 “el psicólogo discute con sus clientes o pacientes tan oportunamente como sea posible en la relación terapéutica, asuntos apropiados, tales como la naturaleza y curso anticipado de sus intervenciones, emolumentos y confidencialidad. Cuando el trabajo del psicólogo con pacientes o clientes se haga bajo supervisión, la discusión anterior incluirá ese hecho, y el nombre del supervisor, cuando el supervisor tenga la responsabilidad del caso. Cuando el terapeuta sea un estudiante, también se informara al cliente o paciente de ese hecho”. Lo que indica que la queja con la que la cliente acudía al servicio debía ser respetada pues ya previamente el terapeuta y la consultante había acordado dicha solicitud como motivo de consulta”

Sin embargo, el primer dilema surgió cuando en la segunda sesión la supervisión indica tajantemente se le cuestione sobre su familia de origen, lo que llevó a hablar sobre la violencia física de la que fue víctima pese a lo cual la usuaria no lo consideró un tema a abordar en las sesiones y remarcó el motivo por el cual asistía. En la discusión Intersesión la supervisión indicó expresamente “constrúyete una queja a la señora relacionada a la violencia de su historia” sin embargo el equipo considero que no había razón para tal acto pues no correspondía a la queja de la usuaria, lo que motivo que el terapeuta se negara a seguir la indicación explicando sus motivos éticos, sin embargo, la supervisión describió ante el equipo y observadores esta acción como una desobediencia a las reglas de la supervisión.

La decisión de la supervisión podría abordarse desde varios puntos del código ético:



En el Art. 9 expresa “el psicólogo reconoce que sus problemas personales y conflictos pueden interferir con efectividad. Por lo tanto, se abstiene de llevar a cabo una actividad cuando sabe o se debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante de investigación u otra persona con quien tenga una obligación profesional, académica o científica” en la misma línea el Art. 12 “el psicólogo toma medidas razonables para evitar dañar a sus pacientes o clientes, participantes en investigación, estudiantes y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable” en este punto me resulta apropiado hablar de la “persona del terapeuta supervisor” pues durante la formación se hace hincapié en el trabajo personal de cada uno de los terapeutas estudiantes con el fin de minimizar este tipo de incidentes, con ello no ésto afirmando ni siquiera sugiriendo que la persona del terapeuta supervisor tuviera algún tipo de problema personal, sino más bien reflexionando sobre el por qué la violencia relatada por la usuaria resultó tan significativa que exigió la construcción de una queja relacionada al tema.

La Intersesión se extendió alrededor de 30 min, con una usuaria esperando en la cámara de Gessel, después del mensaje que continuó en la tónica del modelo de soluciones. Al finalizar la sesión nuevamente la supervisión insistió en la construcción de la queja como una acción necesaria con el fin de recibir calificación y evaluación del semestre.

Ante la oposición del terapeuta supervisado a ejecutar dicha petición por considerarlo anti-ético para con la usuaria la presión se dio a través de la calificación y evaluación del semestre, acto también contemplado en el Art. 70 “el psicólogo no explota o engaña a personas sobre las que ejerza autoridad de supervisión, evaluación u otra, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes en investigación y clientes o pacientes”

En la siguiente sesión la usuaria ya no acudió, la supervisión envió al terapeuta a buscarla personalmente a su domicilio, pese a que el terapeuta siguió la indicación la usuaria no volvió. La supervisión jamás preguntó más nada sobre el caso o si la usuaria había vuelto ya que la supervisión finalizó una sesión antes de la última programada.

En este caso la serie de dilemas éticos no fueron resueltos, salvo la expresa oposición del terapeuta a llevar a cabo la orden de construir una queja distinta a la que la usuaria llevaba al acudir al servicio.

Del sistema terapéutico total y la función del observador

En mi experiencia a la incorporación al sistema terapéutico, la supervisión realizó una introducción donde explicó que funcionó cumple el observador desde la postura cibernético, así mismo se indicaron las reglas de comportamiento si observar en dicho espacio lo que facilitó y guió nuestra labor formativa.

Aunque en el código ético del psicólogo no lo considera en sus artículos, un dilema ético surgió tras la incorporación de las observadoras de la siguiente generación a la práctica clínica supervisada, pues mientras transcurrían las sesiones generalmente hacían tareas de otras asignaturas, lecturas diversas, desayunaban o simplemente llegaban tarde a la práctica.

La pregunta que como equipo de terapeutas surgió, fue respecto a si era nuestro deber explicitar cuáles eran las acciones que deben seguir los observadores así como los lineamientos mínimos de comportamiento en el equipo de terapeutas, después de comentarse se concluyó que debíamos notificarlo a las supervisiones; decidimos respetar las jerarquías que se encontraban establecidas en el sistema terapéutico total y procedimos a notificar la situación, la supervisión habló con las observadoras respecto a los lineamientos de conducta a mantener y aunque la situación no se modificó nuestro dilema ético respecto a qué debíamos hacer quedó resuelto.

De la investigación aplicada

Antes de realizar la investigación fue el momento en que surgieron los dilemas éticos, pues al ser una investigación en el ámbito clínico nos cuestionábamos qué es lo que deberíamos informar a los participantes antes de su participación en el estudio, considerando el posible sesgo de los resultados.

Para resolver dicho dilema se realizó una junta previa a la búsqueda de la población para llevar a cabo la investigación y se consideró lo siguiente:

El consentimiento informado, que debía considerar que se realizaría con menores de edad las intervenciones clínicas (Art. 120 “ el psicólogo explica a las personas

legalmente incapaces de consentir informadamente de las intervenciones propuestas de manera conmensurable a las capacidades psicológicas de estas personas...” en este apartado se buscó el consentimiento de los padres de familia y se explicó a los menores el procedimiento a realizar, un segundo punto fue el tipo de intervenciones psicológicas y el sistema de electrobiofeedback o equilibrio energético (Art. 118. “el psicólogo obtiene el consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos...” ) por ello el consentimiento informado describía los procedimientos y fases que consideraba la investigación, incluyendo la grabación de las sesiones considerado en el Art. 121 “ el psicólogo obtiene permiso de los pacientes o clientes, sujetos de investigación para el registro o grabación electrónica de las sesiones o entrevistas”

La consideración de todo lo anterior permitió llevar a cabo la investigación sin contratiempos respetando primeramente la confidencialidad de las familias, sus problemáticas así como el compromiso de atenderlas hasta que de mutuo acuerdo fueran dado de alta terapéutica y no sólo como sujetos de investigación.

A manera de conclusión me atrevo a decir que la ética en la labor terapéutica en la formación como terapeutas familiares sistémicos en la maestría fue un aspecto muy cuidado en el que hicieron hincapié nuestras(os) formadores, pero no sólo eso sino en el equipo de trabajo muchas de nuestras reflexiones giraron en torno a buscar la mejor técnica pero también la más ética desde el terapeuta en función del respeto a los usuarios.

Sin embargo, los dilemas éticos surgen en cualquier momento, se reportaron los más significativos y la mayoría de ellos tuvieron una solución que sigo considerando fue la más adecuada, aquellos que no tuvieron solución obedecieron mas a cuestiones estructurales de la organización jerárquica, no obstante aportaron gran crecimiento en mi formación personal y profesional.

### Referencias bibliográficas

- Abadi, A., Pallia, R. Trastorno por Déficit de Atención. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2007, Vol. 27, No. 2.
- Anderson Tom (1999). El equipo reflexivo. España: Gedisa
- Bertalanffy (1991). Teoría general de los sistemas. México: FCE
- Boscolo, Bertrando (1996). Los tiempos del tiempo. Barcelona: Paidos
- Cadena, A.(2008) Guía para padres y maestros. Niños con problemas de hiperactividad TDAH. México: EMU
- Castellanos-Galindo, G, de la Peña, F., de la Rosa, N., Salvador, J. y Cortes, J.F. Analisis neuropsicológico de las características cognoscitivas de un grupo de adolescentes con un trastorno por déficit de atención. Salud Mental, 2001, Vol 2, No. 4.
- Cecchin, G. (2002) Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas. Barcelona: Paidos
- Diez Suarez, A, Figueroa Quintana, A. SoutulloEsperon C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. Rev. Pediátrica de Atención Primaria. 2006, Vol. 8 Supl. 4:S135-55.
- Domínguez, J. (2007). TDAH Terapia breve sistémica en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Un modelo bio-psico-social-sistémico. Mexico: Cree-ser.
- Eguiluz, L.L. (2004). Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Pax
- ElKaim, M. (1996). Si me amas no me ames: psicoterapia con enfoque sistémico. Barcelona: Gedisa
- Espinosa S., González, M. Patrones de comportamiento e intervención psicológica en familias caóticas. Alternativas en Psicología. 1997, Año II No. 4.
- Faber y Mazlish (1989). Cómo hablar para que los niños escuchen y como escuchar para que los niños hablen. México: Diana.
- Fernández Vallejo, R. Impacto corporal de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños. Revista Electrónica de psicología Iztacala. 2009, Vol. 12 No. 2.
- Gergen K.J. (1986). Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidos

- Haley (1994). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley (1999). Terapia de ordalía. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley (1999). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: FCE
- INEGI (2005) Censo de población y vivienda 2005. Disponible en: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Jutoran (1994). El proceso de las ideas sistémico cibernéticas. Buenos Aires: Rev. Sistemas familiares
- Madanes, C. (1982) Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- McGough, J.J., Barkley, R.A. Controversias diagnosticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto. Journal of Psychiatry (ed. Esp) 2005; 8: 65-73
- Mechanie, M. y CEAL-TDAH. Cuestionarios para escolares y adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. Salud Mnetal, 2009, Vol. 32 S55-62.
- Minuchin, S. (1979). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman H.Ch. (1986). Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidós
- Monroy, M., Contreras, O. y Desatnik, O. (2009) Psicología educativa. México: UNAM.
- Montalvo, J. (2007) Terapia sistémica breve estructural: Teoría, Investigación y Aplicaciones. México: Creer-Ser
- Naisbitt, J. (1982) megatendencia 2000: Diez nuevos rumbos para los años 90's. Bogota: Norma.
- O'Halon, Weiner-Davis (1990) En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós
- Ochoa de Alda, I. (1995) Enfoques en terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Herder
- Organización Mundial de la Salud (2004) Estadísticas sobre TDA, disponible en [www.oms.org](http://www.oms.org)

- Payne, M. (2002) *terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidos
- Pedraza, V., Perdomo, C., Hernández, M. *Terapia Narrativa en la co-construcción de la experiencia familiar y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDA*. Revista Universitaria Psychology de Bogotá, Colombia. 2008, Vol. 8 No. 1.
- Pinto, V., Melia A., Miranda A. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención*. Escritos de Psicología Vol. 2 no. 3 pp. 18-26
- Programa de educación Preescolar 2004. (PEP'04). Secretaria de educación Publica
- Sánchez Encalada L., Damián Díaz M. *Detección e intervención a través del juego del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: TDAH* Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2009, vol. 12 No. 4, 156-170
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. México: el Manual Moderno
- Selvini, Boscolo, Cechin, Prata (1986) *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidos
- Selvini, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*. Barcelona: Paidos.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidos.
- Sociedad mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas
- Taboada, G. (2008). *¿madres mexicanas? ¡ni madres!*. México: Roca editorial
- Vera, A; Ruano M.I.; Ramírez L.P. *Características clínicas y neurobiologías del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad*. Revista Colombia Medica. 2007, vol. 38 núm. 004
- Watzlawick, P, Beavin, Jackson D. (1993) *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (2007). *Cambio*. España: Herder
- White, M. (1995). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidos