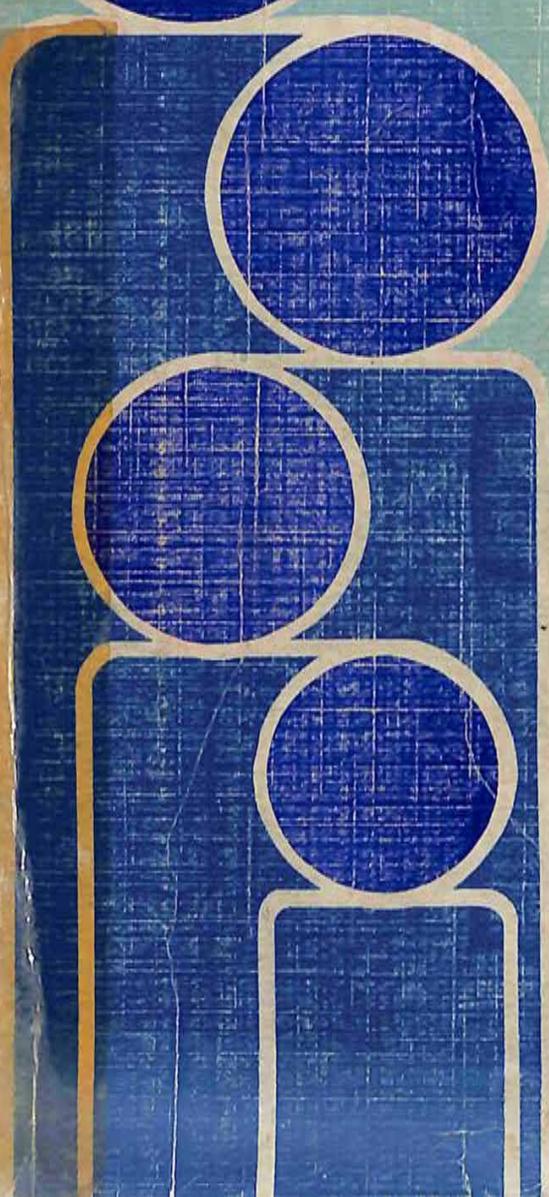


RD
616.8915
A444t

LIC. ZELIED ALMA DE RUIZ

TERAPIA FAMILIAR

TEORIAS Y TECNICAS



Lic. Zelided Alma de Rufz

TERAPIA FAMILIAR

TEORIAS Y TECNICAS



Santo Domingo, R.D.
1981

88888

RD

616.8915

Adilet

DEDICATORIA

*A mi esposo, que comparte
cada momento de mi trabajo,
y a mi familia: experiencia
vivida de riqueza
infinita*

INU 2018

**Publicaciones de la
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)**

Diseño de Portada: Susy Gadea

©1981, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Dirección de Publicaciones
Santo Domingo,
República Dominicana.

INDICE

PROLOGO	7
INTRODUCCION	11
INT. A LA MONOGRAFIA	13
CAPITULO I	17
Origen e Historia de la Psicoterapia Familiar	
CAPITULO II	27
Definición y variaciones en la Terapia Familiar	
CAPITULO III	37
Conceptos básicos en terapia familiar	
CAPITULO IV	51
Las fases de la Psicoterapia de Familia	

CAPITULO V	61
La Teoría Familiar de Murray Bowen	
CAPITULO VI	75
Escultura	
CONCLUSION.	81
BIBLIOGRAFIA	85
CAPITULO VII	93
Terapia Familiar: Aplicación de un Enfoque Estructural en República Dominicana.	
CONCLUSION.	113
BIBLIOGRAFIA	115

PROLOGO



QUIENES intentamos penetrar más allá de las capas ornamentales que tapizan la familia dominicana, mostrándonos como nación de grandes y sólidos vínculos familiares, encontramos dificultades ancestrales, recientes y otras en desarrollo, en esa unidad social.

El subdesarrollo global, la contaminación cultural y la inversión de valores tradicionales constituyen otros factores que nos convencen de la inmediata necesidad de conocer científicamente nuestras familias. De explorar su funcionamiento normal y anormal así como las posibilidades terapéuticas que puedan ser útiles para solidificar ese grupo humano; del cual dependen muchas de nuestras expresiones sociológicas.

Poco tiempo atrás, los sociólogos se ocuparon de las familias dominicanas, y lo siguen haciendo. También se interesaron por ellas diferentes grupos religiosos; éstos no sólo trataron de observar la familia sino que integraron movimientos para dar ayuda concreta, fuera del contexto piadoso, a los matrimonios en dificultades. De ahí surge el esfuerzo del "Movimiento Familiar Cristiano" que, a través de algunos de sus

miembros, ofrece orientación y asistencia a mucnas parejas problematizadas.

Apenas hace ocho años quedamos sorprendidos, no sólo de que el "Movimiento Familiar Cristiano" fuera la única institución embarcada en las dificultades familiares sino también de la carencia de información y formación en las terapias familiares. Recordamos como al hablar del funcionamiento psicológico y de las intervenciones terapéuticas que podrían alterar favorablemente el equilibrio familiar, los estudiantes recibían con avidez y entusiasmo, una información que les resultaba totalmente novedosa.

Psiquiatras y psicólogos observaban y ayudaban en esta área de las ciencias de la conducta. No era allí, sin embargo, donde estaban sus mejores y más entrenadas habilidades. En su mayoría estaban preparados para las intervenciones de tipo individual, al tratar de resolver las dificultades psicológicas de sus pacientes.

Limitando aún más el entusiasmo, aparecía y aparece el penoso estado de nuestras bibliotecas. La obtención de material adecuado y de bibliografías utilizables se presenta, en no pocas ocasiones, como labor casi imposible. Deduciremos con facilidad de lo anterior la necesidad de libros dominicanos actualizados que llenen los vacíos y obstáculos señalados.

"Teorías y Técnicas de la Terapia Familiar" es un libro que nos devuelve las esperanzas por sus muchas cualidades. Está al día, tomando información de los autores y trabajos más importantes en Norte y Sur América al igual que en Europa. Dispone de una bibliografía recopilada cuidadosamente, durante varios años y en diferentes instituciones, tanto locales como extranjeras. Su proyección es didáctica; por consiguiente esperamos que resulte indispensable para profesores y estudiosos del tema. Es suficientemente claro como para interesar a cualquier lector.

Como destacadísima cualidad debe señalarse que es el primer libro criollo donde las bases teóricas y los principales postulados prácticos de la terapia familiar se nos ofrecen de forma comprensible y aplicable.

La Lic. Alma de Ruiz ha estado, de manera pionera, interesada en la familia dominicana; primero en el "Movimiento Familiar Cristiano", luego como estudiante de psicología. En el ejercicio de su profesión se ha dedicado en plenitud al aprendizaje, difusión, enseñanza y práctica de las terapias conyugales y familiares.

Su dedicación ha sido tan auténtica y profesional que no podía ser otra persona que sacara a la luz esta obra. La necesidad de la comunidad intelectual de un trabajo de esta naturaleza y el apoyo de la Universidad Pedro Henríquez Ureña dieron el impulso final para lanzar el producto. Esperamos nuevos trabajos de la autora ya que su experiencia Dominicana, como especialista familiar, nos debe llegar a todos.

El realizar obras respetables de esta naturaleza es, en nuestro medio, tarea un tanto difícil. Se necesita no sólo talento, esfuerzo y dedicación. Independientemente de estos requisitos y atributos se ha de poseer una tenacidad casi heroica.

De seguro se despertaría el entusiasmo fraternal del Hidalgo Manchego al ver trabajar a nuestros autores serios. No se sentiría enajenado en su búsqueda de Castillos Encantados.

Esperemos que en el futuro se ofrezca posada y un pedazo de pan a nuestros trabajadores intelectuales. Siendo así, obras como la que van ustedes a leer llegarán a nuestras manos con mayor facilidad y recompensa.

Dr. Segundo Imbert,

INTRODUCCION



ASTA 1950 los estudios de la familia se agrupaban en dos extremos: el enfoque sociológico que la veía como “célula de la sociedad”, y los estudios del hombre individual, donde la familia era sólo fuente de datos adicionales que ayudaban a conocer mejor a la persona. Esto, unido al interés que surge hoy en las ciencias sociales por fortalecer los aspectos preventivos de sus servicios, hace que la terapia familiar sea un medio indispensable para lograr el mejoramiento de la comunidad.

La terapia familiar ha evolucionado con una rapidez asombrosa en la mayoría de los países del mundo, donde han surgido innumerables institutos y centros dedicados a su estudio e investigación.

Esta aceptación del enfoque familiar en el campo psicoterapéutico también se ha dado en República Dominicana. En abril del año 1979 ofrecimos el primer curso de post-grado sobre “Terapia Familiar Estructural” en el Hospital Robert Reid Cabral bajo los auspicios de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social a 20 profesionales en las áreas de psicología y trabajo social.

En el primer semestre del año académico 1980-81, el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña incluyó en su programa de Licenciatura en Psicología Clínica un curso de "Introducción a la Terapia Familiar" en el noveno semestre de esta carrera, el cual se imparte ahora también en la especialidad de psicología escolar y forma parte de sus prácticas supervisadas.

La monografía "Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Familiar" que constituye una parte importante de este libro, se ha utilizado de manera informal en estos cursos. En este sentido, se consideró conveniente editar dicha monografía para hacerla más asequible a los alumnos y a los profesionales interesados en la terapia familiar.

Esta edición se completa con la primera investigación que estudia la práctica de la Terapia Familiar Estructural en nuestro país, presentada en el XVIII Congreso Interamericano de Psicología en junio del 1981. Dicha investigación, "Terapia Familiar: Un Enfoque Estructural en República Dominicana", constituye el séptimo y último capítulo de este libro.

INTRODUCCION A LA MONOGRAFIA



A terapia familiar es un campo de acción al que se puede llegar por muchos caminos diferentes, todos ellos muy válidos y que reflejan al aspecto multifacético del fenómeno humano. Entre los autores que han contribuido de manera definitiva al adelanto de la terapia familiar se cuentan trabajadores sociales como Peggy Papp y la famosa Virginia Satir; médicos psiquiatras como Natham Ackerman, Salvador Minuchin y Murray Bowen, psicólogos como Hohn E. Bell y Michael Holt, expertos en comunicación como Don D. Jackson y Paul Watzlawick, antropólogos como John Weakland y muchos más entre los que también hay sociólogos, educadores y otros profesionales de la salud y el comportamiento humano. Representan una rica gama de matices dentro del campo de la terapia familiar, cada uno con una experiencia muy especial, pero todos, ante el conflicto humano, enfocando la familia como una unidad sistémica de interacción.

En la distribución del contenido se integran las teorías y las técnicas dentro de unidades temáticas en lugar de hacer resúmenes individuales. De esta manera se trata de evitar la

pulverización de unidades temáticas estudiadas por diferentes autores. Sin embargo, no se descuida mostrar una teoría particular, a manera de ejemplo: la teoría familiar de Murray Bowen en el capítulo cinco; así como una técnica específica, en este caso la Escultura de David Kantor en el capítulo seis. La razón de esta selección se fundamenta en que la teoría de Bowen constituye uno de los primeros estudios sistemáticos en el área familiar, y la técnica de la Escultura es uno de los más recientes recursos terapéuticos con que cuenta la terapia familiar.

En el primer capítulo se expone el origen de la terapia familiar y su evolución histórica. El enfoque de este tema se deriva fundamentalmente de la experiencia norteamericana que se inicia en 1950. No se quiere decir con ello que sólo se practica terapia familiar en Norteamérica sino que se advierte la insuficiencia de información sobre los demás países a causa del escaso material publicado, ya que en Europa se inicia su práctica formal diez años más tarde.

En un esfuerzo por ampliar los límites de este trabajo se incluyen en la bibliografía las publicaciones de los ingleses R. D. Laing (1970, 1972), psiquiatra controversial que ha enfocado el papel de la familia como determinante de los más graves trastornos mentales, y J.C. Flugel quien en 1961 trata de conciliar con su libro "Psicoanálisis de la Familia" los valores familiares con la teoría freudiana. También de Jean Lemaire (1971) figura sobresaliente en Francia, que se especializa en la psicoterapia de parejas. De Latinoamérica se incluyen varios autores argentinos que han trabajado brillantemente en este campo, como son: Isidoro Berenstein (1970, 1976); Carlos Sluzki (1970, 1975) y E. Pichón-Riviére (1970). Todos pertenecen a la escuela psicoanalista y el último de ellos está considerado como "quizá el primer y más original pensador de nuestro medio sobre el tema familiar" (Berenstein, 1970, pg. 11). Finalmente, el venezolano Guillermo Teruel, quien en su libro "Diagnóstico y Tratamiento de Parejas en Conflicto" (1974) aporta una técnica interpretativa realmente original creando el llamado "objeto interno dominante" en torno al

cual se organizaría el conflicto matrimonial.

En el capítulo segundo se define la terapia familiar y se establece su diferencia básica con la terapia individual. La mayoría de los terapeutas familiares llegan al campo de la familia desde un entrenamiento individual. Uno de los primeros obstáculos que deben vencer, para poder evaluar correctamente el sistema familiar, es el considerar a los miembros de la familia de manera individual con sus diferentes problemas, sin enfocar la familia como una verdadera unidad psico-social. Pero además del enfoque unitario hay que ampliar la visión del campo de acción de la terapia familiar, señalando las diferentes variaciones que existen en la práctica de los terapeutas que se denominan familiares y que están relacionados con su marco teórico, las personas que incluyen en el tratamiento, la duración del mismo, el rol del terapeuta y la situación de la terapia.

El estudio de la investigación realizada y los autores más importantes nos enseña que es necesario conocer ciertos conceptos básicos que se manejan con libertad en este campo y cuyo significado muchas veces es inferido por el autor. Hemos escogido en este capítulo tercero, tres de los que consideramos más relevantes. El primero es la "Teoría de los Sistemas" que es hoy la base utilizada para la conceptualización de la dinámica familiar. Una buena comprensión de esta teoría es un factor positivo para asimilar los conocimientos tanto en la terapia de familia como en su aplicación a la Ciencia Política, la Economía, la Tecnología Moderna y todos los muchos campos que utilizan hoy la ciencia de los "sistemas". Los otros dos conceptos son: homeostasis y fronteras.

En el capítulo cuarto se presentan de manera general las fases principales de que consta una psicoterapia familiar. Se ofrecen normas que pueden sufrir ciertas variaciones de acuerdo a la personalidad del terapeuta, su enfoque teórico, e inclusive la localización de la familia-paciente en tratamiento.

La teoría familiar de Murray Bowen, que se mencionó anteriormente, ha recibido un reconocimiento especial dentro y fuera de los Estados Unidos. Por esa razón se le dedica el capítulo quinto a este tema.

En el capítulo sexto se presenta la técnica denominada Escultura. Su creador, David Kantor, ha utilizado una concepción especial del espacio vital, que tiene la riqueza de convertir la escultura tanto en una técnica proyectiva como en un método psicoterapéutico.

Después de tres años de compilación de un amplio material bibliográfico y de revisión de los autores más importantes en este campo, se seleccionaron estos temas para ofrecer una visión introductoria, a sabiendas de que se sacrifican muchos temas no menos importantes como son, entre otros, el estudio y tratamiento de la esquizofrenia basados en el enfoque de la interacción familiar, la psicoterapia de parejas, la psicoterapia familiar múltiple, y el tratamiento familiar de las enfermedades psicósomáticas.

CAPITULO I

ORIGEN E HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR

A. *Origen de la Terapia Familiar.* La terapia familiar tiene su origen y establecimiento en un "cambio radical" de la visión familia-paciente (Haley, 1970) al verificarse la transición del interés en la *familia del paciente* por el interés en la *familia como paciente*.

Esta transición se inicia cuando se involucra a la familia del paciente en el tratamiento terapéutico y se establece con el estudio de la familia misma. Como origen de este proceso se puede señalar el interés de la psiquiatría infantil en incluir a la madre, y posteriormente a ambos padres, en las orientaciones profilácticas y terapéuticas referentes al tratamiento de su hijo.

Paralelamente la consejería matrimonial y la asistencia psicológica y psiquiátrica a las parejas, influyen notablemente en la consideración de la familia como objeto de estudio.

Las técnicas utilizadas fueron tomadas, entre otras, de la terapia de juego, la terapia de grupo, el psicodrama y la teoría de la Gestalt.

En lo que respecta a las raíces teóricas que fundamentalmente provocaron el estudio del paciente dentro de una perspectiva más amplia involucrándolo en su contexto de

relación, se tienen cuatro campos determinantes:

1. *La Antropología*. Se ha confirmado en los estudios antropológicos modernos que la familia es la única unidad que satisface las cuatro necesidades primarias del ser humano: la dependencia económica, la vida sexual, la reproducción y la educación. (Spratt 1967).

2. *Estudios Sociológicos de la Familia*. La corriente actual reafirma el carácter social de la persona humana y estudia con precisión los condicionamientos que contribuyen a la personalidad adulta.

La familia es un grupo primario que funciona como intermediario entre el individuo y la sociedad. Al estudiar la conducta, se ha tratado de estudiar al hombre como una entidad aislada o examinar los efectos de la posición que ocupa en el sistema social. Ahora la Psicología Social estudia la familia como unidad psicosocial y amplía las cuatro funciones primarias que mencionamos anteriormente para incluir la unión e individuación, el cultivo de lazos de afecto e identidad, la satisfacción recíproca de las necesidades de compañía y pertenencia, el desarrollo de las cualidades de participación social y la realización creativa de cada uno de sus miembros (Ackerman, 1966).

Los estudios de Claude Lévi-Strauss sobre la familia han tenido una gran importancia en el cambio de enfoque que le dió mayor relevancia al papel de la familia. Así lo demuestra cuando escribe:

La Sociedad pertenece al reino de la cultura, mientras que la familia es la emanación, al nivel social, de aquellos requisitos naturales sin los cuales no podría existir la sociedad y, en consecuencia, tampoco la humanidad (1974, pág. 48).

3. *El Trabajo Social*. En esta área se rompió con el modelo tradicional del estudio del "cliente" y su familia y se pasó a

estudiar el "cliente" *en su familia*. Ya no se trataba de considerar la familia sólo como una fuente de información sino como una unidad viviente que ofrecía un sistema especial de relación entre sus miembros, y que podía no sólo ocasionar patología en los individuos sino también enfermar ella misma.

4. *La Psiquiatría*. En este aspecto se presentan dos vertientes: en primer lugar, los estudios realizados con pacientes esquizofrénicos, y en segundo lugar, la evolución de los métodos psicoterapéuticos hasta llegar a la terapia familiar.

Los estudios con esquizofrénicos abrieron el camino de una nueva concepción de enfermedad mental. En vez de considerarla una enfermedad en sí misma se vió como una conducta compleja desarrollada por el individuo sometido a exigencias inapropiadas de su medio ambiente.

Las situaciones familiares que han sido estudiadas como generadoras de trastornos mentales entre las que se cita la esquizofrenia son:

a) *El Doble Vínculo*. La formulación original fue propuesta en 1956 por Bateson, Jackson, Weakland y Haley como una explicación de la etiología de la esquizofrenia. Básicamente indica la "copresencia de mensajes contradictorios correspondientes a distintos niveles lógicos" (Sluzki, 1970, pág. 89). Por ejemplo, una madre que pide a su hijo un beso, y cuando el niño se acerca lo rechaza con una mueca facial aunque sin retirar la cara, recibiendo finalmente el beso. En este caso el niño ha recibido dos mensajes contradictorios, uno es el mensaje verbal que le pide una demostración de acercamiento, intimidad y afecto; y otro es el rechazo que le comunica su conducta no verbal. Este doble mensaje contradictorio crea una confusión en la recepción de los mensajes en el niño que finalmente no sabe a qué atenerse.

b) *La Madre Esquizofrenógena*. En 1948, Frieda Fromm-Reichman propuso que una madre patológica podía inducir la esquizofrenia en un niño vulnerable a padecerla (Ackerman, 1970; Bateson, 1974; Sluzki, 1970).

c) *Pseudomutualidad*. La necesidad que tiene toda persona

de resolver tanto los problemas de su propia identidad como los de su relación con los demás, puede llevar a tres soluciones diferentes: la mutualidad (aceptación), no mutualidad (no aceptación), o la pseudomutualidad. "Esta última exige un esfuerzo de adecuación realizado a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan en esta relación" (Bateson, 1974, Pág. 115). Si un miembro tiene que sacrificar su propia identidad para mantener las creencias y valores familiares, ya que cuando intenta disentir es rechazado por el sistema familiar, puede, si esto se hace de manera repetitiva, presentar más tarde episodios esquizofrénicos agudos. La familia le impide alcanzar su madurez personal y el desarrollo de su propia identidad para mantener la complementaridad con los valores que defiende el sistema familiar. En esto consiste la pseudomutualidad, una falsa aceptación de los valores familiares que bloquea el desarrollo de la identidad propia.

En lo que respecta a la evolución de los métodos psicoterapéuticos, el final de la Segunda Guerra Mundial marca el inicio de nuevos enfoques dentro de la psiquiatría. La aceptación de que gozaba el movimiento psicoanalítico a nivel internacional propició el surgimiento de teorías como las desarrolladas por Kurt Lewin y Harry Stack Sullivan (Sullivan, 1964) sobre el campo interaccional, los trabajos de Karen Horney que muestran gran preocupación por los factores socioculturales, y los de Erik Erickson que propone sus etapas de desarrollo valorando, de manera determinante, las relaciones del individuo con su familia.

Poco a poco se va introduciendo la idea de que la familia, como tal, necesita una atención especial. En el aspecto clínico, se estudian los efectos del ambiente de hospital comparándolo con las "comunidades terapéuticas"; se observan también las posibilidades que ofrece el tratamiento de los pacientes con un enfoque familiar. Esto último se obtiene al incluir la familia en la terapia y al evitar internamientos innecesarios, transformando el hogar en un sitio de recursos positivos para el paciente psiquiátrico. Las ideas de R. D. Laing y su concepción de la enfermedad mental tuvieron y tienen mucha influencia ya que,

como representante de la antipsiquiatría, defiende un ambiente familiar como parte del tratamiento de recuperación de sus pacientes.

En consecuencia, las perspectivas antropológicas, sociológicas, de trabajo social y psiquiátricas, que partieron de un enfoque individual, evolucionaron hacia una concepción integrada del hombre y su medio, dando lugar a la ponderación de la familia como objeto necesario para sus diferentes áreas de estudio.

B. *Historia de la Psicoterapia Familiar en los Estados Unidos.* En la formulación de la *familia como paciente* intervienen simultáneamente varios grupos multidisciplinarios que constituyen el núcleo generador de lo que hoy se tiene por terapia familiar. En los Estados Unidos estos grupos se sitúan geográficamente con la fundación de varios institutos de investigación y la elaboración y desarrollo de amplios proyectos patrocinados por universidades y entidades públicas y privadas.

Entraremos con cierto rigor en los detalles de los autores, lugares e instituciones en los que trabajaron o trabajan, de manera que pueda servir de referencia para una concepción clara de cómo evolucionó el enfoque familiar hasta llegar al desarrollo y la relevancia que tiene en los Estados Unidos hoy.

Para facilitar una visión ordenada de estos acontecimientos que se desarrollaron paralelamente en varios puntos de los Estados Unidos, los hemos agrupado de acuerdo con cada región en particular.

El movimiento de terapia familiar nace en diferentes partes de los Estados Unidos a fines de la década del 1940 y comienzos del 1950. En esa época el psicoanálisis se había establecido ya en muchas escuelas de medicina de las universidades norteamericanas.

Dos problemas específicos dentro del área de las enfermedades mentales impulsaron a investigar la problemática familiar: primero, el fracaso obtenido al aplicar los principios psiquiátricos convencionales a los esquizofrénicos y sus familias, y segundo, los intentos de ofrecer tratamiento adecuado a los

problemas de conducta y la delincuencia en los niños.

El trabajo con las familias tenía como meta la investigación. Estos trabajos, que abarcaron varias regiones de los Estados Unidos, incluyeron los investigadores más importantes y han contribuido de manera definitiva al avance de la psicoterapia familiar.

CALIFORNIA.

En 1952 Gregory Bateson recibió financiamiento para estudiar la comunicación humana; trabajaron con él Jay Haley y Don D. Jackson, quienes más tarde seguirían investigando el área familiar en el Centro de Investigaciones de Palo Alto. El trabajo de Bateson ha sido fundamental para el desarrollo de la teoría de los sistemas en relación con la conducta humana. De manera que Bateson, antropólogo, y Jackson, clínico, se unieron para desarrollar los conceptos de la teoría de los sistemas, originalmente expresada por Von Bertalanffy (1975) adaptándola a la dinámica familiar con la ayuda y colaboración de Haley y Weakland.

En 1959, Jackson formó el Instituto de Investigaciones Mentales donde en unión a Haley prosiguió las investigaciones dentro del área familiar.

También en 1959, Virginia Satir se trasladó desde Chicago a California para trabajar con Jackson en el Mental Research Institute, y rápidamente se encontró en el centro del movimiento de terapia familiar. Su libro "Conjoint Therapy" publicado en 1967 expone las ideas que predominaban en esa institución. Esta brillante trabajadora social tiene una gran habilidad para sintetizar las ideas de los demás lo que unido a su propia creatividad y carisma personal, le proporcionó un sitio de gran influencia que mantiene hasta el presente.

Jay Haley se fue a Philadelphia a mediados del 1960 donde siguió elaborando sus ideas sobre la familia como un sistema. En sus primeros años en Philadelphia colaboró con Salvador Minuchin en la formación del enfoque estructural en terapia familiar.

WASHINGTON, D. C.

En la ciudad de Washington hay dos vertientes en el desarrollo de la terapia familiar; una es Murray Bowen con el Instituto Nacional de Salud Mental, y otra el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown.

El trabajo de Murray Bowen comenzó a desarrollarse en Topeka, Kansas, donde en 1951 le pedía a las madres de esquizofrénicos que asumieran, aunque fuera parcialmente, el cuidado de su hijo esquizofrénico, trasladándose por uno o dos meses a unas cabañas. En 1952 y 1953 incluyó a algunos de los padres en este experimento, pero su principal interés era la simbiosis madre-hijo.

Fue en 1954 cuando Bowen ingresó en el Instituto Nacional de Salud Mental, donde estableció el proyecto de hospitalizar familias enteras de pacientes esquizofrénicos para investigación y observación. Este proyecto puede considerarse como un acontecimiento muy importante al romper con la concepción tradicional de enfermedad mental.

En 1956 tanto dentro como fuera de los Estados Unidos, los descubrimientos que emanaban de este proyecto recibieron gran atención, pero desgraciadamente este nuevo enfoque violaba muchos patrones establecidos y después del entusiasmo inicial fue encontrado trabas tanto para su presupuesto como para el desarrollo de sus publicaciones en el National Institute of Mental Health. Y fue así como Bowen decidió aceptar el respaldo que le ofrecía el director del departamento de psiquiatría de la Universidad de Georgetown, donde ejerció la enseñanza de la teoría familiar basada en los sistemas. Bowen también trabajó en la Universidad de Virginia donde estableció probablemente el proyecto más extenso de terapia familiar con el uso de video-tape, de los cuales el más famoso, por su uso en el entrenamiento de los futuros terapeutas familiares, es "Hacia Una Diferenciación de Sí Mismo".

La figura principal de esta región es Carl Whitaker, quien de 1943 a 1945 practicó la co-terapia en colaboración con John Warkenton; se trataba de sesiones donde participaban otros miembros de la familia del paciente identificado, así como los hijos. Trabajaban con niños con problemas de conducta y delincuencia.

En 1946 Whitaker se interesó en la esquizofrenia y siendo entonces Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Emory en Atlanta comenzó estudios intensivos con esquizofrénicos y sus familias, juntos a Warkenton y Thomas Malone. De 1948 a 1955 estos tres terapeutas se reunieron cada seis meses durante cuatro o cinco días para intercambiar ideas y experiencias; usaron, inclusive, habitaciones con espejos especiales para estudiarse unos a otros durante sesiones de terapia con el paciente y sus familiares.

En 1965 Whitaker fue designado profesor de la Universidad de Wisconsin, trabajando solamente en terapia familiar. Para entonces su trabajo estaba enfocado hacia el estudio de familias normales, lo que lo llevó a su interés actual en el papel de la familia extendida dentro del proceso terapéutico. Al principio invitaba a los abuelos a las sesiones pero después fue incluyendo más y más miembros hasta llegar algunas veces a reunir 35 ó 40 personas en sesiones de terapia que duraban un fin de semana completo.

En estas sesiones, su intervención consistía en estimular a la familia a enfrentarse a sus fracasos y debilidades. Trataba de que se pusieran al descubierto las "locuras" y problemas sin resolver, que usualmente permanecen encubiertos bajo la rutina diaria. Muchos han criticado la manera en que él demostró a veces sus propias "locuras" para que la familia se diese cuenta que estaba permitido hacerlo sin mayores problemas, pero es indudable que en todo momento su actuación estaba sujeta a un control exacto que armonizaba con su propósito terapéutico central.

PHILADELPHIA.

Ha tenido una gran importancia para el desarrollo de la terapia familiar en esta ciudad la fundación en 1964 del "Instituto de la Familia" de Philadelphia, integrado por terapeutas como Ivan Nagy, Jim Framo y muchos otros que han proseguido la investigación y el avance de este nuevo enfoque terapéutico. Una de las figuras principales que actualmente trabaja en la formación de terapeutas familiares y dirige el "Child Guidance Clinic" es el argentino Salvador Minuchin. Su libro "Familias y Terapia Familiar" se usa como texto en muchas universidades. Su trabajo se dirigió principalmente a familias de un nivel socioeconómico bajo, y sus estudios fueron presentados en su primera obra "Families of the Slums". Jay Haley colaboró con Minuchin y ambos tomaron algunos conceptos básicos de la teoría de los sistemas de Bateson, Bowen y Erickson. La labor de estos dos clínicos, Minuchin y Haley, concretizó sus experiencias y demostró definitivamente su eficiencia tanto en su trabajo clínico como en el campo de la enseñanza. Existe un número considerable de video-tapes que demuestran la excelencia del trabajo de este grupo.

NUEVA YORK.

Natham Ackerman fue la figura dominante en el campo de la terapia familiar ya que desde los años de la depresión, alrededor del 1930, estaba interesado en la problemática familiar y escribía constantemente sobre la influencia de la familia en la génesis de muchos estados mentales. Siendo un psiquiatra con entrenamiento psicoanalítico, en la última parte de la década de 1940 y principios del 1950 seguía haciendo psicoanálisis de adultos pero mandaba a los miembros de su grupo a visitar las familias y estudiar la dinámica familiar. En su práctica privada comenzó a introducir su propio estilo de terapia familiar.

Fue maestro de muchos de los principales terapeutas familiares de la actualidad. En 1965 fundó el "Instituto de la

Familia" que hoy, después de su muerte, lleva su nombre. Uno de sus logros en la actividad del Instituto fue establecer la práctica de la terapia familiar a muy bajo costo de manera que familias de ingresos medios y bajos pudieran beneficiarse de sus servicios, utilizando como referencia los ingresos de la familia sometidos a una escala para el costo de los servicios.

Ackerman vivió y murió como un psicoanalista convencido pero esto no le impidió aceptar ciertas concepciones que representaban verdaderas herejías dentro del rigor del psicoanálisis, como es el caso de la teoría del sistema familiar. Por eso, a pesar de haber sido fundador de la Asociación de Psicoanalistas, su nombre fue omitido en la reunión que se celebró inmediatamente después de su muerte.

En Nueva York hay otro "Centro para la Enseñanza Familiar" en New Rochelle, fundado por Philip J. Guerin, en el 1973, que se especializa en cursos de entrenamiento para profesionales de la salud mental que quieren especializarse en terapia familiar.

Además de estos dos centros, las universidades de Columbia, Bronx State, Einstein Medical School, y muchas más ofrecen entrenamiento en terapia familiar.

CHICAGO.

Fue en Chicago que la Sociedad Americana de Ortopsiquiatría lanzó en 1957 la terapia familiar a nivel nacional dentro de los Estados Unidos. También fue aquí donde comenzó a trabajar la conocida Virginia Satir.

En esta ciudad existen dos centros muy destacados de terapia familiar: el Instituto de la Familia de Chicago y el Instituto de Investigaciones Juveniles.

Existen muchos otros centros de terapia familiar en los Estados Unidos; la anterior es una selección de aquellos donde han trabajado y trabajan las figuras más sobresalientes de este movimiento.

CAPITULO II

DEFINICION Y VARIACIONES EN LA TERAPIA FAMILIAR

A. *Qué es la Psicoterapia Familiar.* En esta sección se presentan tres definiciones que reúnen los factores más importantes para distinguir lo que es la terapia familiar.

La primera definición es del profesor Ira Glick y su colega David Kessler, ambos psiquiatras, profesores de la Universidad de California y miembros del Instituto Nacional de Salud Mental. Está incluida en su libro "Terapia Marital y Familiar" publicado en 1974 y que se distingue como obra didáctica por excelencia. Dice así:

La terapia familiar y matrimonial es un esfuerzo profesional organizado, de producir cambios beneficiosos en una unidad marital o familiar problematizada a través de métodos esencialmente interaccionales y psicológicos (pág. 4).

En esta definición hay tres elementos esenciales de la terapia familiar. Se dice que es: 1o. "un esfuerzo profesional organizado". Por esto se diferencia de ciertas entrevistas ocasionales que pudieran llevarse a cabo con miras a obtener

información sobre un paciente determinado, y se distingue del enfoque puramente sociológico que estudia el marco de referencia del hombre sin buscar el cambio terapéutico. Ante todo, aún con los tropiezos que derivan de su juventud, la terapia familiar está tratando de evitar la improvisación. 2o “de producir cambios beneficiosos en una unidad marital o familiar”. En esta afirmación se define el fin terapéutico del cambio, así como el énfasis en considerar la familia como un todo, no la suma de varios individuos con problemas. Se tratará de localizar las características específicas del sistema familiar, positivas y negativas, para poder llegar al cambio terapéutico deseado. 3o “a través de métodos esencialmente interaccionales y psicológicos”. El uso de psicofármacos es muy mal visto entre los terapeutas familiares ya que de nuevo se pierde el enfoque del sistema familiar en cuanto a la localización de la patología. No es en el miembro familiar, aún en el que ha sido identificado como enfermo, donde realmente reside la patología, sino en el sistema familiar disfuncional que lo ha provocado para mantener su status quo. Estos tres conceptos están implicados en todas las diferentes vertientes del enfoque familiar hoy.

Los autores de la segunda definición son el actual director del Instituto Ackerman de la Familia, Dr. Donald Bloch, y la Dra. Kitty La Perriere, quienes en su libro “Técnicas de Psicoterapia Familiar” (1973) nos dicen:

Terapia familiar es la psicoterapia cara a cara de un sistema natural, natural en oposición a un grupo formado específicamente para los fines de la terapia. Lo que une a todos los terapeutas familiares es la creencia de que el cambio, que es lo vital en la empresa terapéutica, se realiza dentro del sistema familiar. Con este elemento unificador, pueden variar considerablemente en cuanto al número de los miembros de la familia con quienes trabajan, las técnicas que emplean y la teoría a la cual se adhieren (pág. 1).

En esta definición se menciona el “sistema natural” o sea la

familia, para distinguirla específicamente de la psicoterapia grupal, de la que la terapia familiar ha tomado muchos conceptos pero de la que se diferencia en su objetivo fundamental; se busca el cambio del sistema familiar, no el cambio individual de los miembros del grupo. Los autores apuntan mayormente hacia la gran diversificación que puede existir en la práctica de la terapia familiar, en cuanto a quiénes asisten a la terapia, las técnicas utilizadas y la teoría que representan, pero establece como un área común a todos los terapeutas familiares que el cambio terapéutico tenga lugar dentro del sistema familiar. Este señalamiento es el aporte más importante de los autores ya que ofrece un requisito claro y preciso que puede ser utilizado para discriminar qué es y qué no es terapia familiar.

Por último, la tercera definición es la del Dr. Natham Ackerman. A pesar de ser la más antigua, ya que fue presentada en uno de sus artículos en el año 1968, se considera como la más completa. Incluye varios de los elementos que mencionan los autores anteriores pero agrega un elemento de la corriente existencial cuando se proyecta en "una nueva manera de vivir". El texto dice así:

La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, un grupo primario. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. El proceso de curación se concentra en los efectos interdependientes de múltiples perturbaciones que existen dentro del grupo. Esta psicoterapia se ocupa de las relaciones entre las funciones psicosociales de la unidad familiar y el destino emocional de sus miembros. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien crear una nueva manera de vivir. (1970, pág. 12)

B. *Diferencias entre la Terapia Individual y la Terapia Familiar.*

1. *Determinantes de la Personalidad.*

Una de las diferencias entre la terapia familiar y la terapia individual es precisamente la localización de las fuerzas que supuestamente predominan en el proceso de formación de la personalidad. La terapia individual, a pesar de reconocer la importancia del ambiente en la formación de la personalidad, considera los factores internos determinantes en la formación de la conducta. De manera que en la teoría psicoanalítica se buscan los conflictos internos que han sucedido a lo largo del desarrollo psicosexual del individuo, al considerar que es ese movimiento interno el que ocasiona los conflictos que producirán los diferentes estados mentales, ya sean normales o patológicos.

2. *El Cambio Terapéutico.*

En la terapia rogeriana y en la de la gestalt, las técnicas de tratamiento se dirigen a producir un cambio en los mecanismos intrapsíquicos. Aún en la terapia conductual, donde existe una gran preocupación por los eventos que anteceden y siguen a la conducta, considerándolos factores asociativos que refuerzan el binomio básico estímulo-respuesta, se busca, en última instancia, un cambio dentro de la persona.

Es evidente que, en la gran mayoría de los casos, el terapeuta individual conceptualiza su tratamiento de manera que excluye el contacto con el medio interpersonal del cliente debido a que considera que lo que debe cambiar durante el proceso terapéutico es la manera en que el paciente maneja las motivaciones internas de su conducta. En este enfoque individual no se toma tan en cuenta la acción negativa que los factores ambientales pueden tener para la determinación de un cambio terapéutico.

Por el contrario, en la terapia familiar se piensa que las fuerzas determinantes de la conducta están localizadas en el

exterior del individuo, en las características organizadas del sistema familiar a través del cual se maneja y regula la vida interpersonal de sus miembros.

Dentro de este enfoque, la familia se considera como un sistema regido por ciertas reglas, resistente al cambio y con un programa operacional que ha evolucionado a través de varias generaciones. Este sistema se mantiene por la interacción de los miembros de la familia, y persiste ante la conformidad implícita de las diferentes personalidades que integran la constelación familiar donde, hasta cierto grado, cada cual evoluciona para representar el papel asignado por el sistema.

La relación temprana del niño con su madre, tan estudiada por los psicoanalistas, no puede considerarse sólo como una díada donde la madre responde a las necesidades de su hijo sino que la conducta de la madre dependerá también de la calidad de su relación con su esposo, además de las características específicas del niño y el significado que para ella tenga la maternidad dentro de su cultura.

Por otro lado, para el niño, el contacto inicial con su madre es también su primer contacto con su sistema familiar. Por esto, la respuesta materna podría estar demasiado desarrollada, creando un apego excesivo en su relación con el hijo, como sucede frecuentemente en los casos en que la relación marital no es el centro gratificante; o podría ser de carencia de afecto cuando existe un rechazo hacia el esposo o hacia su condición de casada.

Se ha podido comprobar a través de varios estudios de familias, que la pareja que sufre deficiencias en sus relaciones matrimoniales tiende a esconderlas o justificarlas lanzando sobre los hijos roles que sirvan para escudarse de sus propios problemas. Por ejemplo, la pareja con un desajuste sexual se queja de que la presión de los hijos no les deja tiempo para estar solos. En este enfoque familiar, el complejo de Edipo freudiano representa el fracaso de un individuo que surge del contexto padre-hijo como un adulto individualizado. Esto sucede, no por conflictos internos no resueltos, sino como resultado de una trama de necesidades que una relación marital deficiente ha

tratado de llenar con una exagerada relación padre-hijo.

Es justo recordar en este momento que la terapia familiar no proclama la ausencia del dinamismo intrapsíquico sino la interacción de éste con las fuerzas externas del medio familiar concediéndole un valor determinante a estas últimas. Como señala Salvador Minuchin en su libro *Familias y Terapias Familiar* : "un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende a ver el individuo como la localización de la patología y a reunir sólo los datos que pueden ser obtenidos de o acerca del individuo". Y continúa diciendo: "el terapeuta que trabaja en este marco de referencia puede compararse a un técnico usando un lente de aumento. Los detalles del campo están claros, pero el campo está severamente circunscrito. Un terapeuta trabajando dentro del esquema de la terapia familiar, sin embargo, puede compararse a un técnico con un lente zoom. Puede acercarse para un *closeup* cuando lo desee para estudiar el campo intrapsíquico, pero puede también observarlo todo con una visión más amplia" (1974).

3. *La Formación del Síntoma.*

En general, las terapias individuales consideran el síntoma como el resultado de un conflicto entre aspectos diferentes de las estructuras psíquicas del individuo. El medio ambiente está considerado como un factor en el proceso de formación del síntomas en cuanto a que puede agudizar la ansiedad y precipitar ciertas condiciones mentales ya presentes. Si tomamos el psicoanálisis, vemos que algunos síntomas son el resultado de conflictos entre el ego y el id.

En la teoría conductual, el síntoma es un condicionamiento establecido por un aprendizaje asociativo que debe ser reaprendido de acuerdo a la conducta deseada.

En la teoría de la Gestalt, los síntomas son el resultado de dificultades intrapsíquicas que producen conflictos en los esfuerzos del paciente por organizar su campo perceptivo. En cada uno de estos casos, el medio ambiente contribuye a la respuesta sintomática pero sólo porque ya existía una condición

de conflicto interno. Y como es natural, el tratamiento para las terapias anteriores se dirige a eliminar las áreas problemáticas dentro del psiquismo del paciente, que le provocan los conflictos internos.

En la terapia familiar también se consideran los síntomas como una manifestación de un conflicto, pero la localización del conflicto no es dentro del paciente sino en la intersección de éste con un sistema familiar disfuncional. Leon Robinson en un artículo publicado en el *American Journal of Psychiatry* (1975) define la familia disfuncional como aquella que impide el movimiento gradual de sus hijos hacia una independencia que les permita su entrada en el mundo de la no-familia. En este caso, cada intento de uno de los miembros por separarse del sistema familiar, será recibido por una fuerte oposición de manera que el individuo se siente sometido a serias presiones que tratan de mantenerlo en su rol dentro del sistema familiar.

En cualquier tipo de familia disfuncional los hijos tienden a sentirse emocionalmente atrapados por la dinámica familiar ya sea que acepten o rechazan los valores designados por la familia debido a su proceso evolutivo.

Los que aceptan irrestrictamente los roles designados estarán mal preparados para la separación definitiva que implica la adultez. Esta incapacidad de autodeterminarse fuera del marco familiar les puede crear altos niveles de frustración y ansiedad. Si por el contrario, rechazan de plano los valores y roles que el sistema familiar les designa se verán prematuramente arrojados a un mundo que no están listos para afrontar careciendo a destiempo de las funciones protectoras que la familia proporciona.

Es por esto que en el enfoque familiar, se considera que los padres participan en la formación del síntoma individual y que el aparato psicodinámico del individuo es muy vulnerable ante la organización del compromiso familiar por mantener su propio sistema en equilibrio. Más adelante se habla ampliamente del concepto de la "homeostasis" y su aplicación en el campo familiar.

Finalmente, se puede decir que las terapias individuales

persiguen una reestructuración de la personalidad del paciente dentro de una relación de díada con el terapeuta, ya sea utilizando, entre otros, el análisis del pasado, de las necesidades inconscientes, de las reacciones condicionadas o de los sentimientos. Dentro de la terapia familiar se busca como meta principal mejorar los niveles de funcionamiento de toda la familia considerándola como una unidad (Ackerman, 1970). Para alcanzar esta meta, el terapeuta se reúne con la familia como un *todo* para observar directamente los patrones específicos que la caracterizan; trata de que los aspectos disfuncionales del sistema queden expuestos y puedan discutirse, posibilitando el cambio bajo condiciones de una verdadera interacción social.

El enfoque familiar no es una panacea para todos los problemas de salud mental. Al destacar las diferencias entre éste y la terapia individual pretendemos proporcionar criterios generales que consideren el fenómeno humano desde un punto de vista relativamente nuevo. Pero creemos que el terapeuta capacitado buscará utilizar el enfoque que le proporcione en cada caso específico los mayores beneficios terapéuticos; aunque para esto tenga que referir el paciente a otro profesional de la salud mental, ya sea terapeuta individual o familiar.

Según el Dr. George Fitzgerald, eminente terapeuta familiar, profesor de esta técnica en la Universidad de Princeton y colaborador en el Instituto Ackerman de la Familia de Nueva York, no es raro que un terapeuta familiar refiera un miembro muy deteriorado de la familia para que reciba terapia individual al mismo tiempo que las sesiones familiares. En este caso se trata de ayudar al paciente identificado a mejorar su problemática interna e interactuar con los miembros de su familia, y a colaborar en la mejoría del sistema familiar.

C. *Variaciones en la Práctica de la Terapia Familiar.*

1. *Marco Teórico.*

La mayoría de los terapeutas familiares han evolucionado

de una forma u otra de la terapia individual, y sus orientaciones teóricas casi siempre reflejan su entrenamiento profesional. El psicólogo conductista que practica la terapia familiar puede considerar la familia como una situación de aprendizaje. El psicoanalista puede ver la familia como un campo dinámico donde se desarrollan conflictos intrapsíquicos. El terapeuta familiar con entrenamiento en comunicación o trabajo social estará interesado en los patrones de comunicación de la interacción familiar.

2. *Análisis en Escala del "Comite del Grupo Familiar"*

Para representar con mayor precisión las variaciones que pueden existir en la práctica de la terapia familiar, se ha utilizado una escala que representa lo que cada terapeuta familiar hace y cómo lo hace. En un extremo *O* tenemos los terapeutas que trabajan principalmente de manera individual pero que ocasionalmente pueden ver familias, aunque siempre retienen su enfoque individual. En el otro extremo *6* están aquellos que trabajan exclusivamente con el sistema familiar. En el punto medio *3* estarían aquellos terapeutas familiares que consideran tan válido el enfoque individual como el familiar y que se deciden a usar uno u otro dependiendo de sus intereses y de las necesidades de su paciente.

De acuerdo a investigaciones hechas por "El Comité del Grupo Familiar para el Avance de la Psiquiatría" a través de cuestionarios diseminados por todos los Estados Unidos (The Committe of the Family, 1970) los terapeutas familiares del extremo *O* de la escala tienden a concentrarse en las grandes instituciones académicas. Pueden diferir en cuanto a las teorías que defienden pero se inclinan a trabajar en sitios donde el psicoanálisis tiene un gran prestigio o donde el behaviorismo está profundamente arraigado.

Los terapeutas familiares que ocupan la posición *3* mantienen una estrecha comunicación con terapeutas individuales y defienden el que antes de poder ser terapeuta familiar es necesario adquirir entrenamiento en terapia individual.

En el extremo 6 están los que consideran que la orientación familiar es un cambio radical y absoluto; algunos eran psicoanalistas que han renunciado a su afiliación previa, otros tienen un entrenamiento en trabajo social o en psicología y aún hay algunos profesionales de las ciencias sociales que no han recibido un entrenamiento formal en terapia individual. Son los de este último grupo los que como Jay Haley sostienen que la terapia familiar es un "cambio radical". Inclusive consideran el entrenamiento individual como un obstáculo para poder ser efectivo dentro de la teoría del sistema familiar.

CAPITULO III

CONCEPTOS BASICOS EN TERAPIA FAMILIAR

A. *La Teoría de los Sistemas.*

1. *Enfoque teórico.* La teoría general de los sistemas puede comprenderse mejor desde su perspectiva histórica. Durante la época Cartesiana la actividad científica tuvo que limitarse solo a aquellas áreas que pudieran resistir el análisis reductivo. La física dominaba todas las áreas del saber. Después llegó la teoría de la relatividad y la teoría cuántica, que cambiaron completamente el enfoque científico y prepararon el camino para el desarrollo de la teoría de los sistemas.

El antiguo concepto monádico de los objetos se convirtió en un enfoque de su función y su relación con los demás objetos. Al mismo tiempo, la causalidad lineal cedió ante el nuevo concepto de la circularidad de la relación entre causa y efecto. Las ciencias sociales surgieron con fuerza ante el descubrimiento de que el crecimiento, la creatividad y la conducta dirigida hacia una meta, podían explicarse científicamente basándose en la interacción de las partes que componen todo sistema viviente (Bertalanffy, 1975).

Podemos decir que el enfoque de los sistemas ha venido a

llenar la necesidad creciente que tenían todas las áreas del saber de captar la realidad abarcando toda su complejidad.

Muchos científicos comenzaron a estudiar la problemática de los sistemas y en 1954 se inició un anuario que recopiló el trabajo realizado y ayudó al enriquecimiento mutuo de sus colaboradores. Entre los estudiosos del enfoque de los sistemas sobresale la figura de Ludwing Von Bertalanffy (Laszlo, 1972) quien hizo la primera publicación oficial de la Teoría General de los Sistemas en 1945. Como lo expresa el mismo Bertalanffy:

El enfoque de los sistemas es una visión amplia que trasciende mucho más que los problemas y las demandas tecnológicas: es una reorientación que se ha hecho necesaria en la ciencia en general y en la gama de ciencias sociales y del comportamiento así como en la filosofía. Resulta operacional, con diversos grados de éxito y exactitud en muchas áreas, y anuncia una nueva visión del mundo de considerable impacto (1975, pág. 7).

2. Principios Básicos de la Teoría de los Sistemas.

Los sistemas (fenómenos complejos organizados) son el producto de la interacción dinámica entre sus partes, y no la suma de sus características absolutas. Esto significa que no podemos explicar el todo resultante ni sus nuevas características basándonos en la naturaleza de las partes que lo forman, sino que éstas características sólo pueden considerarse como una función del intercambio continuo de materia, energía e información entre las partes.

Esta noción aplicada a la familia significa que el sistema familiar tiene cualidades especiales que no pueden inferirse de las características individuales de sus miembros. En este caso el todo (el sistema familiar) no es igual a la suma de sus partes (los miembros de la familia).

El mundo está concebido fenomenológicamente como una jerarquía de sistemas interrelacionados. Dentro de esta jerarquía, cada sistema tiene por debajo sus sub-sistemas y

encima sus super-sistemas (Durkin, Helen E., en Sager y Kaplan, *Progress in Group & Family Therapy*, 1972). La sociedad se considera un supersistema, la familia el sistema y dentro de ésta varios subsistemas.

3. *Aplicación de la Teoría de los Sistemas a la Terapia Familiar.*

La familia se considera un sistema, donde un cambio en una de sus partes es seguido por un cambio compensatorio en otra de sus partes (Bowen, 1971).

Dentro de la familia podemos hablar de varios niveles de organización que siguen la ley de jerarquización expuesta anteriormente. Podemos observar un nivel bioquímico de organización, un nivel intrapersonal, un nivel interpersonal y un nivel socio-cultural. En general, podemos aceptar que el fenómeno familiar puede estar representado en todos y cada uno de estos niveles.

Para aclarar bien estas ideas se toma el ejemplo que nos ofrece Donald Bloch utilizando la depresión en una mujer de 30 años. Esta misma depresión se considera desde varios ángulos diferentes:

1. Nivel Bioquímico - cambios hormonales durante la menstruación que coinciden con la aparición de la depresión.

2. Nivel Intrapersonal - uso de la depresión como mecanismo para manejar cierta hostilidad presente.

3. Nivel Interpersonal - uso de su posición como depresiva dentro de los patrones generales de adaptación de la familia.

4. Nivel socio-cultural - culturalización de la mujer dentro de patrones que la presentan como víctima (Bloch, 1973).

No se puede afirmar que solo uno de estos niveles es el verdadero, todos lo son simultáneamente, pero si se quiere producir un cambio de conducta, hay que elegir uno de estos niveles con un criterio operacional o etiológico.

La psicoterapia familiar considera la conducta individual

como expresión del funcionamiento del sistema familiar por lo que resulta más efectivo buscar el cambio directamente en el nivel familiar. Sin embargo, la elección de este nivel no significa que sea el único que pueda ser elegido con propiedad. La estrategia terapéutica es responsabilidad del terapeuta y de su sensibilidad clínica.

Los terapeutas familiares están orientados hacia la observación de patrones de conducta que se repiten ante procesos adaptativos y van muchos más lejos que la relación padre-hijo. Incluye, por lo menos, las familias de origen de ambos padres y puede abarcar hasta tres o cuatro generaciones.

La decisión de intervenir en el nivel del sistema familiar está basada en interrumpir los patrones de conducta en el mismo sitio en que se producen evitando así reacciones circulares. En la terapia a nivel individual se busca el cambio en la persona para que ésta a su vez cambie el sistema del que forma parte. Esta tarea se dificulta por la cualidad homeostática de los sistemas sociales, donde todos los miembros están empeñados en mantener el status quo.

Salvador Minuchin en su libro "Familias y Terapia Familiar" (1974) nos ofrece un esquema para el análisis de la familia considerándola un sistema que opera dentro de un contexto social específico y que consta de tres componentes:

1. La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en transformación.

2. Las diversas etapas por las que atraviesa la familia la obligan a reestructurarse.

3. La familia se adapta a los cambios tratando siempre de mantener cierta continuidad y promover el crecimiento psico-social de cada miembro.

También Virginia Satir (1967, 1972, 1977) utiliza el concepto de sistema en su enfoque familiar y nos da su definición de sistema "todo sistema consiste en varias partes individuales que son esenciales y relacionadas entre sí cuando se desea un resultado específico. Existen acciones, reacciones e

interacciones entre las partes que cambian constantemente” (Satir, 1972, pág. 112). Está de acuerdo con el primer componente de Minuchin al considerar la diferencia entre un sistema abierto y uno cerrado y situar la familia saludable y ajustada en la primera categoría.

En una familia ajustada o funcional, de acuerdo a Virginia Satir, hay margen para el cambio, venga éste desde fuera o desde dentro; la comunicación es directa, clara, específica; las reglas son flexibles y al día, y los resultados son seguros promoviendo la estima propia de sus miembros (Satir, 1976).

4. *El sistema familiar y los subsistemas*

El sistema familiar se diversifica y lleva a cabo sus diferentes funciones a través de los subsistemas. Los miembros son subsistemas dentro de la familia. Las díadas esposo-esposa, madre-hijo pueden considerarse subsistemas. Tanto la función, como el sexo, la generación o los intereses pueden formar subsistemas.

Cada miembro de la familia pertenece simultáneamente a varios subsistemas, en cada uno de ellos aprende diferentes roles y dispone de niveles diferentes de poder. Dentro de cada subsistema el individuo aprende tareas complementarias en la interacción con los demás. Una persona puede ser padre, hijo, esposo y hermano. De manera que al conversar con su esposa su relación de poder y complementación es muy diferente a su relación con su hermano mayor a nivel familiar.

Los subsistemas dentro de una familia mantienen un aprendizaje constante para tratar de defender la propia individualidad del “yo soy” al mismo tiempo que se funciona a niveles tan diferentes en el plano interpersonal.

Esta concepción de la familia como sistema es una de las que tiene más seguidores y que ha recibido respaldo científico con los trabajos de autores tan distinguidos como Salvador Minuchin, Virginia Satir, Murray Bowen y Natham Ackerman. Cada uno de estos autores tiene un enfoque especial en su actividad terapéutica: Minuchin utiliza la terapia familiar

estructural, Satir se inclina más al aspecto de la comunicación, Bowen y Ackerman están matizados por su condición de psicoanalistas, pero todos consideran la familia como un sistema único con características especiales y con funciones específicas.

B. *Fronteras.*

Del concepto de la familia como un sistema que a su vez incluye diferentes subsistemas, se ha derivado la consideración de cómo estos subsistemas se relacionan entre sí. El concepto de "fronteras" (1) se refiere específicamente al tipo de relación que tiene cada subsistema en referencia a los demás subsistemas que componen el sistema familiar total.

Salvador Minuchin utiliza ampliamente este concepto y define las fronteras de la siguiente manera: "Las fronteras de un subsistema son las reglas que determinan quién participa y cómo" (1974, pág. 53). Esta definición, aparentemente una de las más sencillas, es al mismo tiempo la que mejor describe el aspecto dinámico de este concepto.

La función de "Las fronteras" es la de proteger la diferenciación del sistema. Cada subsistema tiene funciones específicas y le pide cierto tipo de exigencias a sus miembros, quienes desarrollan habilidades que no deben ser interferidas por la actuación de los demás subsistemas. Por ejemplo, si los esposos quieren mejorar su capacidad de diálogo necesitan estar libres de la interferencia de los hijos o los suegros.

En el caso de los hijos, para que ellos puedan desarrollar la habilidad de negociar entre ellos mismos y resolver sus propios problemas, deben estar libres de la interferencia de los padres.

Las fronteras deben estar claramente definidas, y esto precisamente puede indicar si la familia es funcional o no.

Existen varios tipos de fronteras:

Difusas o borrosas (enmeshment): son aquellas familias que viven inmersos en los problemas de los demás miembros. La comunicación aumenta en relación proporcional a la

1. En inglés Minuchin usa la palabra "boundaries"

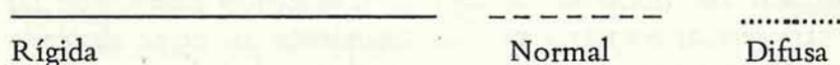
preocupación por los demás, a tal grado, que la distancia entre los subsistemas disminuye y la diferenciación es muy difícil.

Este sistema familiar puede llegar a sobrecargarse, a carecer de los recursos necesarios para adaptarse y ser incapaz de producir los cambios apropiados bajo situaciones de tensión.

Rígidas (desengagement): en estos casos la comunicación entre los diferentes subsistemas se hace muy difícil y muchas de las funciones protectoras de la familia se encuentran paralizadas.

Normal: son aquellas que están claramente definidas y diferenciadas pero que permiten cierta flexibilidad e interacción con los demás subsistemas, manteniendo siempre su función específica.

Minuchin representa las fronteras gráficamente a lo largo de un continuum:



Tanto las fronteras difusas como las rígidas expresan, en términos de la interacción humana, un sistema transaccional de relacionarnos con los demás. La mayoría de las familias pueden en un momento dado tener subsistemas con ambos tipos de fronteras y no ser disfuncionales. El subsistema compuesto por la madre y los hijos tiende a ser difuso mientras están pequeños pero al crecer los hijos puede cambiar hasta ser normal. Sin embargo Minuchin aclara que los dos extremos pueden indicar áreas de patología en el futuro (Minuchin, 1974).

Las fronteras difusas entre los subsistemas familiares pueden ocasionar algunos de los siguientes problemas: anular el deseo de autonomía debido al sentimiento de pertenencia al grupo; disminuir la capacidad de resolver problemas; bajar la creatividad de sus miembros, especialmente en los niños, e inhibir las habilidades cognitivas y afectivas.

También es cierto que la conducta de un miembro del sistema afecta inmediatamente a los demás, de manera que la tensión en un individuo se hace eco en los subsistemas. Este tipo de familia responde a cualquier estímulo externo con demasiada rapidez e intensidad. El sentimiento de lealtad está listo a atacar en defensa del grupo familiar y cualquier detalle se hace importante por la preocupación que provoca. Por ejemplo, si un niño no se toma la leche un día, todos se preocupan porque no se alimenta bien.

En el caso de las fronteras rígidas, los miembros de la familia gozan de gran autonomía y defienden su sentido de independencia. Carecen de sentimientos de lealtad familiar. No saben pedir favores a los demás. Cuando se presenta un problema del exterior, esta familia tiende a no responder aún cuando se hace necesaria una respuesta. Las familias con fronteras rígidas no le dan importancia a que el niño vomite cada vez que llega la guagua de la escuela.

Una de las labores del terapeuta muchas veces consiste en delinear las fronteras de algunos subsistemas eliminando las interferencias nocivas a su funcionamiento así como abriendo aquellas fronteras muy rígidas que inducen al aislamiento de sus miembros. La evaluación de los tipos de fronteras que operan en un sistema familiar produce un cuadro diagnóstico rápido y valioso para el terapeuta que le sirve para dirigir sus intervenciones con mejores probabilidades de éxito.

1. *El subsistema Conyugal.*

Está formado por el esposo y la esposa que han expresado el deseo de integrar una familia. Para llenar a cabalidad su función este subsistema depende de dos cualidades básicas: complementaridad y habilidad de acomodación. Esto quiere decir que manteniendo su individualidad la pareja debe fomentar su iniciativa de intimidad y el deseo de compartir que los llevó a unirse. En el sentido positivo la complementaridad puede activar muchos aspectos creativos que de otra manera habrían pasado desapercibidos. Pero en el sentido negativo,

también pueden activarse las cualidades negativas. Muchas veces esto resulta del empeño de los esposos por mejorar o redimir la pareja, y en este mismo intento de mejorarlos los subvalúan. En lugar de aceptarlos como son, les imponen nuevas normas que deben alcanzar a toda costa. Uno de los dos se convierte en dependiente del otro y mantiene esta relación de manera que el otro siga haciendo el papel de protector.

El terapeuta familiar con un enfoque basado en la familia como sistema, interviene para reforzar la complementariedad y evitar el patrón disfuncional establecido. Esto se consigue interpretándolo de ambos lados al mismo tiempo. Podría indicarse que el esposo, por ejemplo, protege tanto a su esposa que la inhibe, pero agregando que ella busca una protección excesiva de su esposo. Dentro de la terapia todo comentario debe reforzar el balance de la pareja.

El subsistema conyugal necesita desrrollar "fronteras" que proteja a la pareja de la intromisión de otros subsistemas (niños, suegros, etc.) Dentro de una sesión de terapia familiar, si los niños interfieren en una transacción entre esposo y esposa el terapeuta debe bloquearlos, para reforzar la frontera conyugal. Si es necesario pueden celebrarse algunas sesiones excluyendo los niños para obligar a los esposos a enfocar el funcionamiento de su subsistema. Muchas veces, aún en una sesión solos los esposos insisten en hablar de sus problemas como padres; esto debe ser interpretado como una interferencia dentro de la frontera conyugal y es necesario restringirlo inmediatamente.

2. *El Subsistema Padres—Hijo.*

Desde el momento en que una pareja tiene su primer hijo, surge la frontera entre el subsistema conyugal y el subsistema padres-hijo. Esta frontera debe ser lo suficientemente flexible para que le permita al hijo atravesar sus etapas de desarrollo sin sentirse aislado o solo pero manteniéndolo fuera de la interacción esposo-esposa.

La socialización progresiva del hijo que va ampliando su radio de acción a la escuela y a los amigos, requiere constantes

adaptaciones dentro del subsistema padres-hijo. La autoridad en el mundo moderno se entiende como algo flexible y racional que va en servicio del individuo.

La crianza de los hijos es un proceso difícil y nadie siente que lo ha realizado sin cometer algún error en un momento dado. Pero esta realidad no debe servir de excusa a muchos matrimonios para esconder las dificultades que tienen como pareja.

En estos casos, la labor terapéutica debe concentrarse en la eficiente delimitación de los campos de acción específicos de cada subsistema.

C. *Homeostasis.*

El término "homeostasis" se refiere al principio vital que defiende la integridad y la continuidad del organismo vivo. Este término, tomado por las ciencias de la conducta directamente de la biología, ha sido adaptado en su interpretación al aplicarlo a la conducta humana.

En este proceso adaptativo se incluyen las relaciones del organismo tanto con su ambiente externo como con el interno. Literalmente, homeostasis significa "permanecer igual". Implica una capacidad adaptativa para estabilizar el organismo ante las exigencias en continuo cambio, de la vida. Estos cambios ofrecen un peligro constante para la integridad y continuidad del organismo vivo (Ackerman, 1958).

Precisamente hay aquí cierta paradoja, ya que el cambio es de la misma esencia de la vida, y sin embargo hay que mantener el equilibrio homeostático para vivir. En un sentido, el hombre debe permanecer igual y en otro debe estar listo para el cambio que se deriva del esfuerzo por mantener el equilibrio dinámico de su vida interior y su intercambio con el ambiente que le rodea.

Natham Ackerman, intentando resolver la aparente contradicción, dice que el concepto de homeostasis aplicado a la conducta humana se interpreta como:

La capacidad para una adaptación creativa y fluida al cambio, que al mismo tiempo se asegura de mantener un control para coordinar una excesiva cantidad de estímulos que excedan la capacidad del organismo para manejarlos (1958, pág. 70).

Sin embargo, esta aclaración sólo agrega una nueva dimensión a la función homeostática, que es el valor de la retroalimentación en el ajuste de la conducta.

L. Von Bertalanffy rechaza el concepto de homeostasis como determinante de la conducta humana, aclarando que esto tiene su base en el concepto freudiano de que la tendencia suprema del organismo es quitarse las tensiones y frustraciones y descansar en un estado de equilibrio gobernado por el "principio de estabilidad" que Freud tomó prestado del filósofo alemán Fechner (Bertalanffy, 1975). Su propia teoría de la conducta humana sostiene que más allá del principio homeostático tradicional existe una "espontaneidad de la actividad del organismo que se debe a su propia energía" (Bertalanffy, 1975, pág. 107). Esto nos recuerda los pensamientos de otro gran biólogo y antropólogo además de filósofo, Teilhard de Chardin, cuando nos habla del principio de vida que existe en potencia y que irá evolucionando hasta alcanzar su perfección en el "Hombre Omega" (Chardin, 1959). Como Bertalanffy, Teilhard cree en un movimiento espontáneo que impulsa al organismo vivo hacia una actividad cada vez más perfecta y que se encuentra en potencia desde el primer escalón de la escala filogenética. Esto significa que los organismos no sólo cumplen con una función homeostática respondiendo a su medio ambiente sino que tienen el potencial de crear desde dentro en base a su propia energía.

El hombre se proyecta a muchos niveles diferentes simultáneamente, por eso puede ser creativo y más tarde simplemente reactivo, dependiendo del nivel que se esté estudiando. Es necesaria una visión unitaria del hombre, que abarque toda su complejidad, para hacerle justicia al fenómeno humano. La teoría de los sistemas sería la forma de unificar esta

complejidad sin sacrificar ningún nivel.

La homeostasis tiene la función de defender la estabilidad del organismo (su identidad propia) y adaptarlo, al mismo tiempo, a un medio ambiente en constante cambio. En consecuencia, este concepto puede aplicarse al ámbito de la familia, que se considera una unidad psicosocial. En la dinámica familiar puede observarse, sin mucho esfuerzo, cómo un cambio en la situación externa de la familia, provoca mecanismos que le permite compensar y adaptarse a este cambio. Esta adaptación se realiza tanto en el aspecto externo, como en la interacción de los diferentes miembros. Inmediatamente comienzan las nuevas alianzas, las componendas y las coaliciones para buscar el equilibrio dinámico que se tenía antes pero manteniendo la estabilidad específica del sistema.

De esta capacidad para volver al equilibrio dinámico se desprende un fenómeno muy estudiado en las relaciones familiares: la presencia del "chivo expiatorio". A través de varios estudios se ha podido comprobar que muchas veces la familia con problemas elige uno de sus miembros, casi siempre el de mayor sensibilidad o fragilidad psíquica, para que "pague los platos rotos". Este miembro es al que todo le pasa, el que siempre se enferma, el que causa todos los problemas, pero que a su manera y por delegación oficial del resto de la familia, absorbe las corrientes de conflicto manteniendo una situación que la mayoría de las veces termina de manera patológica para él.

Gerard H. Zuk y David Rubinstein realizaron un trabajo muy interesante destinado a revisar los principales conceptos que han sido desarrollados partiendo de los estudios de familias esquizofrénicas, y señalan lo siguiente:

Las deformaciones del pensamiento y el afecto que se observan en los pacientes, se ponen en relación con el contexto de las deformaciones semejantes que operan subclínicamente en sus familias. Tales deformaciones en el paciente no harán sino aliviarse cuando surja un destello de patología en otro miembro de la familia que anteriormente

no hubiera manifestado síntomas. Así pues, se estima que la patología familiar cumple el principio de la homeostasis (Zuk y Rubinstein, 1976, pág. 48).

De esta manera se restablece el balance que permite la permanencia del sistema familiar aún en el caso de un sistema familiar patológico.

Los conceptos de pseudomutualidad y doble vínculo mencionados en el primer capítulo así como el de complementaridad patológica de necesidades se ajustan a una especie de principio de economía psicopatológica ya que sostienen que "en un punto determinado, las tensiones generales en un sistema familiar patológico se reducen mediante una proyección de la tensión sobre un determinado miembro de la familia". (Zuk & Rubinstein, 1976, pág. 48).

Muchas veces, la familia busca ayuda porque el paciente identificado tiene trastornos serios y los demás no soportan la situación. Durante la terapia, el terapeuta se da cuenta de que este miembro enfermo de la familia ha sido recargado de hostilidad y rechazo, o por el contrario de sobre-protección y excesivo afecto. Después de una buena evaluación de la dinámica familiar, será necesario tener mucho cuidado al introducir los cambios terapéuticos, de manera que ofrezcan la oportunidad para que surjan nuevas formas alternas que compensen las tensiones originales que dieron lugar a la patología inicial dentro de la interacción familiar.

Resumiendo, este concepto de la homeostasis es quizá uno de los más importantes dentro del enfoque de la familia como un sistema. Se refiere, tanto a la tendencia de un sistema a mantener un equilibrio dinámico en relación a una tendencia central, que en el caso de una familia serían las características específicas de la misma, como a emprender las acciones necesarias para restablecer este equilibrio cuando se presenta alguna alteración al mismo.

Donald Bloch defiende las ventajas de la terapia familiar, precisamente usando este concepto de homeostasis. Bloch mantiene que la intervención en el nivel familiar resuelve el

problema etiológico pero al mismo tiempo interrumpe patrones de conducta que bloquean estratégicamente el ciclo patológico. Por el contrario, en la terapia individual se introduce el cambio intrapsíquico con la esperanza de que este proceso pase a los sistemas sociales de los que el paciente forma parte. Pero, el problema estriba en que los sistemas sociales, como se señaló anteriormente, están comprometidos con el principio homeostático. Es por eso que el cambio al nivel individual se hace más difícil ya que el resto de los sistemas luchan por mantener su equilibrio dinámico original (Bloch, 1973).

La terapia familiar utiliza la homeostasis del sistema para introducir cambios específicos y puede también buscar el desequilibrio como técnica terapéutica que convierta los nuevos patrones de conducta en alternativas funcionales para el sistema familiar.

CAPITULO IV

LAS FASES DE LA PSICOTERAPIA DE FAMILIA

La psicoterapia familiar es un proceso que consta de las fases siguientes:

- A. Evaluación y Diagnóstico
 - B. Contrato
 - C. Terapia
 - D. Conclusión
- A. *Evaluación y Diagnóstico.*

1. La Entrevista Inicial.

En la psicoterapia familiar uno de los aspectos más importantes es la entrevista inicial. Esta puede comprender desde la primera hasta la tercera sesión, dependiendo del caso.

A pesar de que se trata de tipificar esta primera entrevista y de que como indicamos más adelante, hay varios aspectos que

son específicos del inicio de una terapia familiar, es también cierto que pueden presentarse muchas veces variaciones debido principalmente a las características especiales de la familia, el estilo personal del terapeuta, su entrenamiento y su marco teórico.

(a) El Contacto Inicial. En los Estados Unidos se utiliza el contacto telefónico como primer avance de una terapia de familia. Casi siempre, el miembro de la familia que hace la cita puede solicitar ayuda para un niño que tiene problemas de conducta o una pareja de casados que no se llevan bien. En esta conversación telefónica se pregunta por los miembros de la familia y las personas relacionadas con el problema, tratando de abarcar a todos aquellos que tengan una relación directa con el mismo o que vivan bajo el mismo techo.

Muchas veces la primera sesión es utilizada por un miembro de la familia que viene a hablar de los demás o por ambos padres que vienen a buscar solución al problema de uno de sus hijos. En estos casos, después de determinar que conviene seguir una terapia familiar, se invita a la próxima sesión todos los que están relacionados con el problema. Hay ciertas dificultades de horario para que todos puedan asistir pero casi siempre los resultados son positivos. Cuando se presenta alguna resistencia a que asistieran todos los miembros de la familia hay que tener mucho cuidado de no formar alianzas que puedan antagonizar a los demás.

Si el terapeuta está personalmente convencido de que el enfoque familiar es necesario para una situación específica, debe negarse a ver sólo a una parte de la familia. Se recomienda no iniciar una terapia familiar si "la cabeza" de la familia se niega a asistir. Esta "cabeza" puede ser cualquiera de sus miembros como son el padre, la madre, un adolescente o la abuela. Precisamente, la primera sesión debe incluir la mayor cantidad de miembros posibles, con el fin de que el terapeuta pueda observar en vivo quién es el jefe de la familia, quién está aliado con quien, así como infinidad de otros detalles que son muy significativos. Después se puede requerir en circunstancias especiales la asistencia de sólo una parte de la familia,

alternando las alianzas y los triángulos de relación.

(b) El Arreglo de la Oficina. La oficina o habitación destinada a terapia de familia debe ser lo suficientemente amplia como para que exista cierto movimiento espontáneo de los participantes. Debe contar con suficientes asientos para que todos puedan sentarse cómodamente, pero las sillas no deben estar pre-arregladas en círculo o en líneas rectas, ya que es de gran importancia que la familia escoja libremente su lugar y forma de sentarse. Este es uno de los primeros datos significativos que deberán tomarse en cuenta para hacer la evaluación y el diagnóstico.

Se recomienda que el terapeuta salude individualmente a cada miembro de la familia fuera de la oficina, y que los invite a entrar permitiéndoles que se acomoden como lo deseen. Para enfatizar la importancia de esto, algunos terapeutas ponen exactamente la cantidad de asientos para acomodar cada miembro, además de la de él. Cuando la familia deja el asiento del terapeuta en el medio de los puestos que ocupan, podría indicar que hay dos grupos rivales que tratan de atraparlo en el medio. Es muy beneficioso en estos casos que el terapeuta cambie los sitios saliéndose de esta posición y situándose donde él pueda ver a todos los participantes y estos a su vez puedan verlo a él.

(c) El Inicio de la Primera Sesión. Uno de los problemas que puede entorpecer el inicio de la sesión es que no lleguen todos los participantes juntos. En este caso es recomendable esperar y mantener la decisión de ver a toda la familia, aunque esto implique que la sesión sea más corta. Otras veces, le informan en ese momento al terapeuta que uno de los miembros de la familia no va a asistir. En este caso, es recomendable celebrar la sesión de acuerdo a lo programado, pero se puede dejar una silla vacía indicando la ausencia de dicho miembro e incluyéndole simbólicamente, así como recordándole a los demás que es imprescindible la participación de todos y que el terapeuta no acepta esta ausencia.

En los Estados Unidos se usa corrientemente por lo menos un equipo de grabación, pero muchas veces, especialmente la

entrevista inicial, es grabada en video-tape para estudiarla posteriormente e incluso utilizarla de manera terapéutica al mostrársela a la familia para que puedan observar los patrones de conducta que mantienen y sus posibilidades de cambio (Glick & Kessler, 1974; Guerin, 1976; Sager & Kaplan, 1972).

Desde el primer momento comienzan a surgir los datos en abundancia: ¿Cómo están vestidos?, ¿Quién habla primero?, ¿Quién manda a los demás? Es de suma importancia que el terapeuta esté atento a la comunicación no-verbal ya que en terapia familiar, *lo que una familia hace es mucho más importante que lo que dice.*

2. La Historia Clínica.

Contrario a lo que ocurre en la terapia individual, la historia clínica de la familia surge poco a poco a través de la terapia según se relacione con sucesos actuales que sobresalen en la interacción familiar. La estructura buscada primordialmente es el genograma, un mapa que incluye el desarrollo generacional de la familia y la interacción de sus miembros. Como señala Donald Bloch:

Muchas veces el terapeuta familiar principiante trata de recoger la mayor cantidad posible de datos de la historia de la familia para sentir que puede intervenir adecuadamente. Sin embargo, la experiencia después le demuestra que sólo los datos vivos, íntimamente relacionados con los problemas actuales, son efectivos para conseguir los cambios en las relaciones familiares (Bloch, 1974, pág. 35).

3. El Diagnóstico.

En el proceso de las sesiones de evaluación el terapeuta familiar tratará de llegar a un diagnóstico que sirva de base para la próxima fase, que es la del contrato. Es importante que la familia reconozca el valor del proceso evaluativo y la diferencia que existe entre éste y la terapia propiamente dicha.

Para Jay Haley, famoso representante de la teoría interaccionalista en terapia familiar y miembro del grupo de Palo Alto, California, la unidad de diagnóstico no es el individuo pero tampoco es la familia. Haley declara que:

Para un terapeuta familiar, tal vez la premisa más importante sobre diagnóstico es el detectar hasta que punto una familia es cambiante (Haley, 1970, pág. 68).

Defendiendo su posición señala que finalmente todo tipo de terapia busca un cambio en la manera en que las personas interactúan con los demás.

De acuerdo a Salvador Minuchin, que sigue la terapia familiar estructural, para llegar al diagnóstico apropiado el terapeuta debe concentrarse en seis áreas importantes:

(1) La estructura familiar, que incluye los patrones transaccionales y sus alternativas.

(2) La capacidad del sistema para cambiar de acuerdo a las circunstancias y tomando en consideración los subsistemas, coaliciones y alianzas.

(3) La resonancia del sistema familiar, que indica cómo afecta a los demás miembros los problemas de uno de ellos.

(4) El análisis del contexto familiar.

(5) La etapa de desarrollo de la familia y su ajuste a las funciones propias de dicha etapa.

(6) La exploración de los mecanismos que provocan los síntomas en el paciente identificado (PI) (Minuchin, 1974).

El diagnóstico debe aparecer en el mapa familiar, así como aparece también la personalidad del terapeuta y la manera en que la familia le responde. El terapeuta, de acuerdo a la teoría estructural de Minuchin, no puede hacer un diagnóstico "desde fuera", por lo que usa el término de "diagnóstico interaccional, que va cambiando según la familia va asimilando la figura del terapeuta, se acomoda a su presencia, y reestructura, o resiste intervenciones para reestructurarse" (Minuchin, 1974, pág. 131).

En la terapia individual, el diagnóstico, hasta cierto punto, es una etiqueta estática. En terapia familiar, existe una dinámica constante entre los miembros de la familia y el terapeuta, por lo que el diagnóstico y la terapia resultan inseparables.

B. Contrato

La familia y el terapeuta deben llegar a un acuerdo en cuanto a la naturaleza del problema y los objetivos para el cambio. Dependiendo del grado de patología de la familia ésta podrá participar más o menos en la elaboración del contrato. Mientras más sana sea la familia mayor será su participación.

Muchos recomiendan ser específicos en los términos del contrato evitando señalamientos muy generales como “ayudarlos a que sean más felices” o “lograr un mejor funcionamiento de la familia”. Sin embargo, Minuchin aclara que:

Aunque el contrato puede no tener una naturaleza claramente definida, debe estar presente. Puede al principio, ser muy limitado, pero podrá cambiar o expandirse con el tiempo. Como el diagnóstico, va evolucionando según va progresando la terapia. (Minuchin, 1974, pág. 132).

Además de los objetivos específicos de la terapia, es necesario acordar asuntos como: tiempo en que se van a reunir, lugar de reunión (es recomendable que algunas de las sesiones se realicen en la propia casa de la familia), honorarios, sistema para la cancelación de citas, cuántas sesiones van a incluirse en el ciclo, y cuáles miembros de la familia van a participar. Todos estos elementos podrían ajustarse de acuerdo a las necesidades de la terapia pero deben establecerse antes de iniciarla.

C. Terapia.

1. Líneas de acción

Al comenzar la terapia, después que todos estén

cómodamente sentados y siguiendo las indicaciones para el recibimiento, saludo y elección de asientos como se describió para la entrevista inicial, el terapeuta puede elegir entre dos líneas de acción:

a) Intervenir para dar inicio a la sesión, en cuyo caso debe ser breve y general, sin mirar a nadie en particular de manera que no se interprete como una orden para que hable.

b) Esperar, después del saludo tradicional, a ver quién rompe el silencio primero. Esta opción resulta más conveniente y es la más utilizada por la mayoría de los terapeutas.

2. Inicio de la Terapia

Existen muchas formas de iniciar una sesión de terapia. Se puede usar:

a) Un enfoque muy poco directivo, el que se recomienda en el caso de familias frágiles, hostiles o antagónicas. En este caso no se toca el tema crítico sino que se hacen preguntas generales informativas que puedan ayudar a crear el clima de confianza propicio a una futura profundización del diálogo.

b) Un enfoque medianamente directivo, recomendable en la mayoría de los casos. Algunas de las preguntas que podrían hacerse serían: ¿Cómo se siente uno viviendo en la familia X? ¿Quién puede hablarnos del problema? ¿Por qué piensan que estamos aquí reunidos?

c) Un enfoque muy directivo. Algunos terapeutas comienzan la sesión de esta manera, pero cada día son menos los que lo hacen así. En este caso, las preguntas serían: ¿Quién es el jefe de la familia?

De nuevo hay que recordar que lo importante en este tipo de terapia familiar no son las palabras sino la acción. La comunicación no-verbal adquiere una importancia insustituible para descifrar la mejor manera de intervenir en la dinámica familiar.

3. Objetivos de la Terapia.

Casi siempre se inicia la terapia con aquello que la familia considera crucial y que representa una situación de crisis. Pero hay algunos terapeutas que como Don D. Jackson y Jay Haley se preocupan más por mejorar los sistemas de interacción que en resolver o analizar problemas específicos (Haley, 1967, 1971, 1977; Jackson, 1974).

Existen muchas formas de alcanzar las metas terapéuticas: se puede enfocar un problema especial o resolver los que surjan de acuerdo al avance de la terapia. En su último libro "Problem Solving Therapy", Jay Haley cristaliza su visión de que lo principal en la terapia es solucionar los problemas que se consideran ocasionados por fallas en la interacción de los miembros de la familia.

Natham Ackerman se expresa contrario a todo procedimiento formal para recoger información y hacer el diagnóstico. Considera que resulta más enriquecedor iniciar el tratamiento sin prejuicios de ninguna clase, ni de datos de la historia clínica de sus miembros ni ninguna otra información. En la medida en que el grupo forcejea con su tensión inmediata surge una historia viva que deberá ser más sincera que la historia clínica tradicional. Este "pasado vivo" de que nos habla Ackerman puede incluir factores de influencia patogénica que surgen del pasado y que se entremezclan en los eventos familiares emocionales contemporáneos, a pesar de que ahora pueden presentarse organizados en diferente manera (Ackerman, 1958).

En las entrevistas familiares, lo que un miembro esconde, el otro lo revela. Tarde o temprano los secretos se rompen. El terapeuta clínico es responsable de distinguir los secretos reales de los falsos y patogénicos. Respeta los primeros e investiga los últimos. Es observador participante, activo, abierto, sincero, y a veces duro. Se acerca al conflicto familiar para darle más energía e influenciar los procesos interaccionales; se aleja para objetivar sus experiencias y reconocer los eventos importantes. Trata siempre de apoyar los procesos sanos y de anular o

neutralizar los procesos disfuncionales alternando su función en los diferentes estadios del proceso terapéutico. Sus responsabilidades son variadas y complejas; más que nada, requieren un uso flexible y abierto de su persona (Ackerman, 1966).

La mayoría de los terapeutas familiares están preocupados por el "aquí y ahora". Los determinantes del pasado son examinados sólo para comprender mejor los problemas presentes (Ackerman, 1966).

Jay Haley está opuesto a las interpretaciones dentro de la terapia y mantiene que no es esencial que la familia tome conciencia de los conflictos que transcurren en su seno sino que "en la situación de terapia, y gracias a la presencia activa del terapeuta, se rompan los patrones de conducta sin necesidad de apelar a interpretaciones" (Haley, 1970, pág. 69).

4. Rol del Terapeuta.

Dentro de las funciones que puede desempeñar el terapeuta familiar Glick y Kessler resumen maravillosamente en tres las más importantes:

a) Facilitar la comunicación de ideas, especialmente de sentimientos.

b) Cambiar roles y coaliciones problematizadas e inflexibles.

c) Servir como modelo y crear nuevos modelos de interacción en la familia.

Para Salvador Minuchin, el terapeuta familiar es un instrumento de cambio, por lo que debe ser un líder, un monitor, un reorganizador de la realidad y al crear nuevas alternativas de acción se convierte también en una fuente de esperanza.

5. Técnicas

La terapia familiar utiliza diferentes técnicas, algunas de las cuales se relacionan con el marco teórico correspondiente y otras que han surgido dentro de la práctica terapéutica.

De estas últimas mencionaremos el tipo de enfoque familiar donde se utilizan así como su representante más importante:

a) La terapia familiar experiencial-simbólica está representada por Carl A. Whitaker, y sus técnicas más usadas entre otras, redefinición de síntomas, confrontación afectiva y modelamiento de alternativas imaginativas al "stress de la vida real".

b) El enfoque interaccional en terapia familiar que se ha desarrollado en el Mental Research Institute (MRI) incluye terapeutas como Jay Haley, John E. Bell, y Carlos Sluzki. Sus técnicas han sido estudiadas y sistematizadas en una extensa bibliografía e incluye: prescripción del síntoma, demostrar en vez de esconder y reenmarcación de conductas incomprensibles, entre otras.

c) La terapia familiar estructural la representa Salvador Minuchin, Braulio Montalvo y Harry Aponte, y algunas de sus técnicas son: reactuación, intensidad y desbalance.

D. *Conclusión de la Terapia.*

Al finalizar el plazo del contrato y de acuerdo al progreso de la terapia, el terapeuta debe reevaluar la duración del ciclo o terminarlo.

Al concluir una terapia, es conveniente que la familia sienta que siempre quedan abiertas las puertas para cualquier ayuda en el futuro, pero sin alentar una dependencia que les impida utilizar los cambios que han vivido.

Algunos terapeutas programan dos o tres sesiones con un mes o dos de intervalo para hacer más gradual la instalación de los nuevos patrones de conducta. Esto depende de la personalidad del terapeuta y de su propia experiencia.

En la mayoría de los casos, la terapia familiar es una terapia breve. Como número promedio se indican un total de 10 a 15 sesiones, una sesión por semana, pero hay muchas variaciones en función de las necesidades de cada caso, el estilo profesional del terapeuta y las facilidades de la institución donde trabaje.

CAPITULO V

LA TEORIA FAMILIAR DE MURRAY BOWEN

La selección de la teoría familiar del Dr. Bowen se debe a que fue quien primero realizó una verdadera integración de sus investigaciones en el campo familiar. A pesar de que otros incursionaban simultáneamente en este campo en otras regiones de los E.U., ninguno tenía el enfoque experimental y científico que trataba de imponer Bowen en sus trabajos. Por eso, el conocimiento de su teoría constituye una magnífica plataforma para juzgar las que han surgido después, pero que siguen muchas de las pautas trazadas por Bowen en sus trabajos.

La historia del Dr. Murray Bowen es la historia del desarrollo de la terapia familiar en la región de Washington, D.C. Su trabajo en el Instituto Nacional de la Salud Mental, y más tarde, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Georgetown, son puntos claves en la sistematización y la investigación del enfoque familiar en los Estados Unidos. Su labor como educador es incalculable. Muchos de los terapeutas familiares de hoy fueron entrenados en sus cursos en la Universidad de Virginia, así como en Georgetown. Se considera junto con Jay Haley, Don D. Jackson, Carl Whitaker y Natham Ackerman, uno de los pioneros de la terapia familiar.

Su vida.

Es muy importante, para poder apreciar la teoría de Bowen, conocer algo de su vida, ya que él defiende que el terapeuta familiar debe, tarde o temprano, resolver su propia problemática familiar. De acuerdo con esta idea, presentó en un seminario en 1974, el reporte clínico de cómo realizó la terapia de su propia familia (Bowen, 1974).

Bowen nos relata como en su niñez se sentía atraído por la solución de rompecabezas difíciles y por el reto de encontrarle solución a problemas aparentemente insolubles. En su adolescencia tuvo una experiencia traumática al presenciar la muerte de una niña sin que pudieran ofrecerle atención médica, y en ese momento, se decide a estudiar medicina.

Ingresa en la Escuela de Medicina y después se especializa, primero en neurología y luego en neurocirugía. Después de ingresar al ejército durante la Segunda Guerra Mundial, se decide a comenzar su entrenamiento psiquiátrico. Desde el inicio de su trabajo como psiquiatra entrenado en la escuela psicoanalista, su interés fue la esquizofrenia. Investiga y estudia todas las teorías y tratamientos sobre la esquizofrenia hasta que llega a los conceptos de la familia en el tratamiento de esta enfermedad. Desde ese momento, dedica toda su labor experimental al estudio del sistema familiar.

Antecedentes de la Teoría.

Desde sus primeras investigaciones, Murray Bowen trata de sistematizar su trabajo para hacerlo lo más objetivo y predecible posible. Se sentía preocupado por el uso indiscriminado de la "intuición" que veía en la práctica de la psiquiatría. Su meta era elaborar un conjunto de principios que respaldados por la experimentación pudieran ir formando una verdadera teoría. Cada cambio en la estrategia psicoterapéutica debía estar respaldada por una explicación de principios o métodos objetivos.

Bowen evolucionó hacia la terapia familiar desde el

psicoanálisis, y se puede ver una red psicoanalítica que soporta todos sus conceptos familiares y su enfoque terapéutico.

La teoría familiar de Bowen fue desarrollada a lo largo de su trabajo de investigación. El tema original era la "Relación Simbiótica Entre la Madre y el Paciente Esquizofrénico" (Bowen, 1976, Pág. 258). En estos experimentos pudo comprobar el origen y el desarrollo de la esquizofrenia como un producto de la relación entre la díada madre-hijo. (1)

El método usado por Bowen consistía en comprobar las hipótesis elaborando principios y técnicas que pudieran aplicarse a las diferentes situaciones clínicas. Las hipótesis predecían el cambio psicoterapéutico. Cuando las observaciones en la investigación no eran consistentes con las hipótesis, éstas eran modificadas para que se adaptaran a los nuevos acontecimientos, y la psicoterapia se modificaba para adaptarla a las nuevas hipótesis haciendo nuevas predicciones del resultado de la psicoterapia. Cualquier fracaso en conseguir el cambio esperado era razón suficiente para re-examinar la hipótesis original, y buscar otras alternativas posibles. La práctica estricta de esta secuencia dio cómo resultado un sistema teórico-terapéutico, que se desarrolló como una unidad en la cual la psicoterapia estaba determinada por la teoría. La disciplina de la investigación mejoró la habilidad de los terapeutas a quienes se les pedía un control estricto de sus actividades.

La hipótesis original se basaba en la relación madre-hijo (2) y en la hipótesis siguiente, derivada de la primera, se incluyeron los padres. Las familias de este estudio eran completas y se creó

(1) Gerald Zuk y David Rubinstein en el libro *Terapia Familiar Intensiva*, editado en 1976 por Boszormenyinagy & Framo hacen una magnífica revisión de la investigación realizada en este campo. En ese análisis podemos notar que varios de los investigadores más tarde ofrecieron los aportes más valiosos a la terapia familiar, estaban haciendo un intenso trabajo experimental con la problemática del esquizofrénico. Entre estos podemos citar a Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley y John Wakland, que formaban el famoso grupo del "Mental Research Institute" de Palo Alto, California. También Theodore Lidz y su grupo en John Hopkins y Yale.

(2) La elección de esta díada como primer tema de investigación refleja la influencia psicoanalítica.

un sistema de tratamiento especial para esta nueva unidad. Los patrones de relación que se observaron en las familias de los esquizofrénicos, fueron considerados específicos de la esquizofrenia. Pero, una vez que se comprobaron en los esquizofrénicos, se observaron estos mismos patrones en forma menos intensa en todos los niveles de trastornos emocionales. Con ese descubrimiento se cambió el destino de la investigación que fue dirigida entonces hacia todas las familias: normales y patológicas y se abrieron nuevos horizontes para nuevas hipótesis. Como las personas con menos problemas mejoran con mayor rapidez, los cambios terapéuticos hacia nuevas hipótesis se multiplicaron y fueron modificadas, extendidas y corregidas cientos de veces. Cada modificación era comprobada dentro y fuera de la situación clínica. Así, en un período de seis años, entre 1957 y 1963, Bowen desarrolló los conceptos que componen su "teoría" y que fueron publicados oficialmente en 1966, aunque ya en 1965 habían sido incluidos en el libro "Terapia Familiar Intensiva" editada por Nagy y Framo.

Conceptos Teóricos. La Teoría de Bowen publicada en 1966, estaba basada en seis conceptos entrelazados: 1) la escala de diferenciación de sí mismo, 2) el sistema emocional, 3) el proceso familiar proyectivo, 4) el proceso de transmisión multigeneracional, 5) los perfiles de posición de los hijos, 6) los triángulos. Después del 1966 se realizaron algunos cambios en cuanto a las técnicas terapéuticas pero la teoría permaneció igual hasta el 1975 en que se le agregaron dos nuevos conceptos: 7) el aislamiento emocional y 8) la regresión social.

El nombre de su teoría sufre también ciertos cambios. Primero se llama "Teoría Familiar", después "Teoría de los Sistemas Familiares" y finalmente en 1975 la designa formalmente "La Teoría Bowen".

Esta teoría considera principalmente dos variables: el grado de ansiedad y el grado de diferenciación de sí mismo (1) Afectando estas dos variables tenemos la intensidad, la duración

(1) En inglés la palabra es "self" lo que podría traducirse también como "diferenciación del yo" o ego.

y la ansiedad en sus diversas formas. Existen otras variables que tienen que ver con el grado de diferenciación de sí mismo. El tema principal de esta teoría lo expresa Bowen con estas palabras:

Todos los organismos pueden adaptarse razonablemente bien a la ansiedad aguda. El organismo tiene mecanismos internos para manejar pequeños episodios de ansiedad. Pero la ansiedad crónica y sostenida es la más útil para determinar la diferenciación de sí mismo. Si la ansiedad es lo suficientemente baja, casi cualquier organismo puede aparecer normal en el sentido de que está libre de síntomas (Bowen, 1976 b, Pág. 65).

La tensión puede ocasionar síntomas fisiológicos, enfermedades físicas disfunción emocional, trastornos sociales, ya sean de impulsividad, de retirada o conductas desordenadas. La idea de Bowen es que la ansiedad es un fenómeno infeccioso que puede contagiarse tanto la familia como la sociedad. Así también hace hincapié en la posibilidad de que una persona puede aparecer normal en un nivel de ansiedad y anormal en otro.

Los primeros tres conceptos básicos de la teoría de Bowen se aplican a la familia en general, los restantes cinco cubren áreas específicas dentro del área familiar.

1. *La Diferenciación de Sí mismo.*

Consiste en considerar a los individuos de acuerdo al grado de fusión o diferenciación que tengan entre sus funciones emocionales e intelectuales. En el extremo más bajo están aquellas personas en las que las emociones y los procesos intelectuales están muy "fusionados" y sus vidas están dominadas por una especie de "sistema emocional automático". Son personas poco adaptativas, poco flexibles y bastante dependientes de los que les rodean. En el otro extremo se encuentran los que son más diferenciados. Estos pueden, en

momentos de tensión, ser más flexibles, más adaptables y más independientes del sistema emocional, aunque esta separación siempre sea relativa. En el medio de estos dos extremos existe un número infinito de combinaciones entre el funcionamiento emocional y el intelectual.

Generalmente la psiquiatría define "normal" aquel comportamiento libre de síntomas que se desenvuelve en un ámbito promedio. Bowen elimina esta noción ya que el camino de un extremo a otro de la diferenciación no está supeditado a la presencia o ausencia de síntomas. Pueden presentarse personas con un alto grado de fusión que no llegan a desarrollar síntomas, y otras con mayor diferenciación los tienen.

Hay que aclarar que cuando Bowen nos habla del "sistema intelectual" (Bowen, 1976 b, Pág. 67) no se refiere a la intelectualización de los conceptos (dentro de la teoría psicoanalítica sería "racionalización") que usan los pacientes como defensa sino la capacidad de mantener el sistema emocional en equilibrio. Esta diferenciación le permite participar con otros sin fusionarse con ellos a través de un proceso de razonamiento lógico.

En escritos anteriores (Bowen, 1968) este concepto se llamaba "La escala de Diferenciación de Si Mismo". Allí encontramos: "La escala iba de 0 a 100, donde 0 representaba el nivel más bajo posible en que podía funcionar un ser humano, y '100' representaba una noción hipotética de perfección a la que el hombre podía evolucionar si su cambio evolutivo iba en esa dirección" (Bowen, 1976 (b), Pág. 67).

Bowen hace también una distinción entre el "yo real" y el "pseudo-yo". De nuevo emerge la red psicoanalítica de manera muy clara. Al leer su definición del "pseudo-yo", recordamos el super-yo de Freud. La definición es la siguiente: "El 'pseudo-yo' está compuesto por una gran variedad de principios, creencias, filosofías y conocimientos adquiridos porque son exigidos o considerados correctos por el grupo". Y aclara más adelante: "fue adquirido para adaptarse a su medio ambiente" (Bowen, 1976 b, Pág. 68).

Para aclarar los grados de diferenciación en el funcionamiento emocional e intelectual, Bowen realizó estudios de los que presenta los siguientes perfiles psicológicos:

Perfiles de Niveles Bajos de Diferenciación.

Este grupo incluye los niveles de 0 a 25. En este grupo la fusión emocional es tan intensa que las variables se extienden de la "masa yoica familiar indiferenciada" (1) hasta "la masa yoica social indiferenciada". Gastan la mayor parte de su energía en buscar amor y aprobación de los demás. Las decisiones importantes de la vida se hacen sobre la base de "lo que siento que me conviene". Realizan esfuerzos tremendos día a día para alcanzar cierto grado de control sobre la ansiedad. Se desarrollan como apéndices de sus padres y buscan, más tarde, relaciones de dependencia con sus hijos. Pero, su mayor preocupación es mantener la armonía de sus relaciones dependientes.

Este grupo presenta la mayor parte de los problemas sociales y los trastornos graves de salud.

Perfil de Niveles Moderados de Diferenciación.

Este grupo va de 25 a 50, en él existe cierta diferenciación entre el funcionamiento emocional y el intelectual donde el yo se presenta mayormente como "pseudo-yo". Cuando la ansiedad es baja su funcionamiento es igual al de grados más altos de diferenciación, cuando la ansiedad es alta su funcionamiento es igual al de grados más bajos de diferenciación. La estima propia depende de lo que piensen los demás. En la escuela aprende por complacer al maestro y estar de acuerdo con el sistema. En el trabajo triunfan por las personas con que se relacionan, más que por sus conocimientos.

(1) Este término es característico de la teoría Bowen, y ha sido incorporado al lenguaje científico de la terapia familiar en los E. U. En inglés es "undifferentiated family ego mass" y se le aplica a la persona que no tiene movilidad dentro de una relación de "triángulos" entrelazados.

Viven en constante búsqueda de la relación ideal que les proporcione un acercamiento emocional y una comunicación directa y abierta de sus sentimientos. Los síntomas y las enfermedades físicas se presentan cuando la relación con los demás pierde su balance. Sus enfermedades emocionales incluyen: problemas internalizados a nivel neurótico, depresión, desórdenes del carácter y la conducta, uso de alcohol y drogas para aliviar la ansiedad.

Perfil de Una Moderada - Buena Diferenciación.

Este grupo va de 50 a 75, en los que pertenecen a este grupo el sistema emocional y el intelectual pueden funcionar con cierta autonomía. Por debajo de 50, el emocional domina, por encima de 50, el intelectual tiene suficiente desarrollo para actuar sólo. Estas personas tienen sus propias ideas, por lo menos de los valores básicos de su vida. Según se sube la escala, hay mayor grado de yo-real.

Las personas que tienen más de 50 pueden participar en la vida emocional con libertad porque saben que pueden apartarse de la escena emocional cuando lo piensen conveniente. Evitan con éxito las crisis serias.

Perfil de una Buena Diferenciación.

Las personas que se encuentran en el grupo de 75 a 100, son aquellas que no necesitan ayuda psicológica. Resulta casi imposible que una persona tenga todas las características necesarias, para asignarle un 100. La mayoría de las personas se encuentran entre los 75 y 95. Sus características principales son: seguridad en sí mismo y en sus convicciones, flexibilidad, para el cambio, independencia psicológica, no les afecta la crítica o el elogio, respetan la identidad de los demás y evitan la manipulación de sus amigos.

La meta general de la terapia basada en esta teoría de la diferenciación es ayudar a los miembros de la familia a salir del lazo de unión emocional que los une a todos. Las fuerzas de

acercamiento entre los miembros son tan fuertes para mantener el status quo, que cualquier pequeño paso hacia la diferenciación de uno de sus miembros provoca desaprobación del grupo familiar.

Triángulos.

“Un triángulo es una configuración emocional de tres personas; constituye el más pequeño sistema de relación” (Bowen 1976 (b), Pág. 76). Bowen lo llaman la “molécula” del sistema de relación emocional o sea que lo considera como la unidad básica en cualquier tipo de grupo social.

La presencia de ansiedad puede perturbar una relación positiva entre dos personas de manera que atrae una tercera persona, posiblemente la más vulnerable, para formar el triángulo. Así mismo, la tensión en un triángulo puede ser tan grande que atraiga otros triángulos y forme una serie de triángulos entrelazados.

Cuando no hay mucha tensión el triángulo está formado por dos muy unidos y uno más apartado, pero que trata de aliarse a uno de los otros dos de la pareja para sustituirlo. En los momentos en que la tensión aumenta, la posición más solicitada es la de afuera, donde hay más seguridad y bienestar.

Murray Bowen usa como el mejor ejemplo del triángulo la relación padre-madre-hijo. De acuerdo a esta teoría los patrones de conducta se repiten de manera que pueden predecirse con cierta exactitud. En este caso, uno de los patrones más comunes es cuando hay gran tensión entre los padres, entonces el padre se va a la posición de afuera (se le considera pasivo, distante, débil, desentendido del problema) dejando a la madre en conflicto con el hijo. La madre entonces (se le considera dominante, agresiva, castrante) se gana al hijo, quien a su vez se acerca más a un trastorno funcional severo. Esto se denomina “proceso familiar proyectivo”.

El conocimiento de esta dinámica de los triángulos ayuda a explicar y predecir algunos patrones establecidos en el sistema familiar y agiliza el cambio terapéutico. El terapeuta familiar

debe tratar de mantenerse siempre fuera del sistema emocional familiar en una posición neutral. Esto resulta muy difícil en la práctica porque hay la tendencia de integrarlo a la red de triángulos que operan en ese momento.

Bowen le da mucha importancia al triángulo que incluye a los esposos en la familia y piensa que si hay un cambio beneficioso en este triángulo, los demás cambios necesarios serán más fáciles. Lo problemático es la alta reactividad emocional de la pareja y el esfuerzo que debe hacer el terapeuta para permanecer fuera de ese triángulo.

3. *El Sistema Emocional de la Familia Nuclear.* Este concepto describe los diferentes patrones que tiene, en una sola generación, el funcionamiento emocional. Uno de los mecanismos más importantes que utilizan los esposos en su lucha contra los síntomas de fusión, es la distancia emocional. En este caso, cada día se convierten en mayores extraños uno del otro.

Existen, de acuerdo con Bowen, tres áreas en las que se manifiestan los síntomas de fusión en el matrimonio:

(a) *Conflicto Marital.* El sistema básico de conflicto puede ser en el que ninguno de los dos *cede* a las presiones del otro o cuando ninguno tiene capacidad de adaptarse al otro. Toda la energía se utiliza en el otro cónyuge de manera que uno piensa constantemente en el otro. Bowen considera que este conflicto entre los esposos no es necesariamente dañino para los hijos mientras no exista la proyección del problema. Personalmente pienso que esta división es más bien teórica que real. ¿Hasta dónde puede una pareja de esposos sumergirse en un área de conflicto mutuo tan intensa que sólo piensen el uno en el otro sin evitar el rechazar la intromisión de los hijos o proyectar ese estado emocional desequilibrado en sus relaciones con sus hijos? Si estos esposos pudieran mantener aislado su estado emocional mutuo, nos parece que no tendrían problemas de fusión ya que serían capaces de objetivar una situación del sistema emocional supeditándola al sistema intelectual. Esto, de

acuerdo a la teoría Bowen es la medida de la madurez emocional.

(b) *Disfunción en un Cónyuge.* Sucede con frecuencia como resultado de mantener una posición adaptiva en la pareja. El cónyuge que siempre cede va perdiendo su habilidad para tomar decisiones y basta un suceso desencadenante para llevarlo a una disfunción, o sea un mal funcionamiento, ya sea en el área de la salud, la emocional o la social.

(c) *Proyección de los problemas en los hijos.* Este proceso se incluye en el concepto básico: Proceso de Proyección Familiar, que tratamos a continuación. Se menciona aquí porque pertenece a los síntomas de fusión matrimonial. Su importancia hace que Bowen lo estudie de manera especial.

4. *Proceso de Proyección Familiar.*

La falta de diferenciación en los esposos puede ser proyectada en los hijos produciendo ciertos tipos de trastornos que existen en varios grados de intensidad. Incluye el triángulo padre-madre-hijo, pero depende mucho de la madre ya que ella es la que atiende al hijo directamente. Para Bowen este concepto es universal y aparece de alguna manera en todas las familias.

La esquizofrenia es considerada por Bowen como el producto de varias generaciones de deterioro emocional sintomático progresivo.

5. *Aislamiento Emocional.*

Este concepto, que fue agregado a la teoría en 1975, trata de presentar los patrones de vida de aquellos miembros de la familia que mantienen conflictos emocionales sin resolver con sus padres. Todos tenemos cierto grado de apego emocional hacia nuestros padres, pero mientras mayor sea el nivel de diferenciación, ^{mayor} será el grado de conflictos emocionales sin resolver.

Este sentimiento de apego insatisfecho puede provocar un

mecanismo intrapsíquico, un proceso de negación y aislamiento mientras vive con los padres, una huida física del hogar, o una combinación de aislamiento emocional y distancia física.

En este concepto se considera tan dependiente emocionalmente la persona que huye de su familia como la que nunca deja su casa. La que permanece en su hogar tiende a presentar mecanismos intrapsíquicos y síntomas de internalización de su tensión como enfermedad física y depresión. La que huye de su casa tiende a presentar una conducta impulsiva. Culpa a los padres de su problema y considera la distancia el pasaporte hacia su independencia.

La relación ideal es aquella en que los miembros de una familia pueden mantener una proximidad funcional, un acercamiento que les permita compartir con sus familias de origen sin necesidad de sentirse amenazados o fusionados por el sistema familiar. Las palabras de Bowen son muy explícitas:

Mientras más una familia nuclear mantenga cierto contacto emocional viable con las generaciones pasadas, más ordenada y asintomática será la vida de ambas generaciones (Bowen, 1976 b, Pág. 85)

6. *Proceso de Transmisión Multigeneracional.*

El proceso de proyección familiar se extiende de generación en generación a través del miembro más vulnerable y con menor grado de diferenciación. Es dentro de esta transmisión multigeneracional que según Bowen, se produce la esquizofrenia.

También pueden surgir miembros con igual diferenciación que los padres. Estos seguirán la "tradición familiar" y usarán con sus propias familias los mismos mecanismos que sus antepasados. Así también, habrán miembros que emergen del sistema familiar con un nivel muy alto de diferenciación. Estos tendrán descendientes altamente eficientes y exitosos en la vida, a pesar de que en cualquier momento, uno

de los miembros puede iniciar un descenso o ascenso contrario a la línea de su propio sistema familiar.

7. *Situación de los Hijos.*

Este concepto está basado en los estudios realizados por Walter Toman publicados en 1961 en su libro "Constelación Familiar". La idea fundamental de las investigaciones que hizo Toman con familias "normales" es que de acuerdo al orden en que nazcan los hijos presentarán ciertas características importantes en su personalidad (Toman, 1976). Sus ideas fueron usadas por Bowen para determinar cuál de los hijos tendrían mayor posibilidad de ser objeto del proceso de proyección familiar.

Toman estudió diez perfiles básicos en la constelación familiar. Sus investigaciones se hicieron con gran rigor metodológico y abarcaron un número de familias tal que constituye una hipótesis aceptada de la psicología moderna, pero se ha usado más en el campo familiar. Lleno de entusiasmo al comprobar muchos de los criterios de Toman, Bowen llega a decir: "Yo creo que ningún otro dato, por sí solo, es más importante que conocer la posición familiar de las personas en las generaciones presentes y pasadas" (Bowen en Guerin, 1976, Pág. 87).

8. *Regresión Social.*

Este último concepto de la teoría de Bowen fue definido en 1972 y formulado oficialmente 1975. El concepto como lo define el propio Bowen, es el siguiente:

Este concepto establece que cuando una familia es sometida a una ansiedad crónica y persistente, la familia comienza a perder contacto con sus principios determinados intelectualmente y a recurrir más y más hacia decisiones determinadas emocionalmente para aliviar

la ansiedad del momento. Los resultados del proceso son síntomas y eventualmente una regresión a niveles más bajos de funcionamiento (Bowen, 1976 b, Pág. 88).

Este mismo mecanismo lo aplica Bowen a la sociedad en general. La sociedad, aquejada de ansiedad, busca soluciones emocionales para calmarla. Los resultados son un funcionamiento más deteriorado que antes y la presencia de nuevos síntomas y disfunciones en todo el sistema social.

Resumiendo, la finalidad de esta terapia familiar, según los conceptos enunciados, es lograr que individuos de una familia consigan un más alto nivel de diferenciación de sí mismos. Para lograrlo el terapeuta debe mantener su separación emocional del sistema familiar y tratar de que la familia llegue a conocerse a sí misma.

CAPITULO VI

ESCULTURA

Esta nueva técnica terapéutica utilizada hoy en terapia familiar, fue creada por David Kantor y desarrollada en el Instituto de la Familia del Programa de Entrenamiento Familiar del Hospital del Estado de Boston, en 1969. Desde entonces su uso se ha generalizado en el área familiar.

La escultura utiliza el espacio y el tiempo para representar en la acción el sistema familiar. Las actitudes y sentimientos son percibidos directamente a través de gestos, y movimientos, . Es un proceso dinámico que ayuda a la representación material y viva del sistema con la misma complejidad de sucesos simultáneos que tiene en la realidad. Su principal objetivo es la confrontación vivida con el sistema familiar de manera que al conocerlo puedan incorporarse nuevas alternativas de conducta.

Para comprender lo que pretende "la escultura" es esencial conocer las ideas en las que se basa esta técnica.

Para Kantor y sus asociados el término "terapia" en la forma en que es usado en psiquiatría resulta incorrecto ya que él no considera que los psiquiatras curan. Lo que hace toda intervención psicosocial, realmente, es proporcionarle al paciente la oportunidad de "aprender", ya sea de manera individual o en

grupo. Considera la terapia como un proceso en el que el terapeuta (maestro) le ofrece al paciente la oportunidad de reorganizar sus mecanismos de recepción y almacenaje de información. De manera que dentro de este concepto de la terapia como un aprendizaje, es importante, considerar no sólo los procesos internos sino también los procesos de los sistemas en los que el individuo vive y aprende. El primer sistema que ejerce su influencia es la familia (Duhl, Kantor y Duhl, 1973).

En el sistema familiar el proceso de aprendizaje es muy complejo ya que suceden muchas cosas simultáneamente y se hace necesario integrarlas y organizarlas.

Cuando se considera la terapia como un aprendizaje, se piensa que el cambio individual sólo puede realizarse si se trasciende el propio sistema. Para trascenderlo hay que conocerlo. Este es precisamente uno de los objetivos de la escultura: facilitar el concimiento del sistema del que se forma parte para que, si fuera necesario, se puedan cambiar los roles. Es un aprendizaje en la acción que según Kantor "enfoca los aspectos comunes de los sistemas: espacio, tiempo y energía". (Duhl, Kantor y Duhl, 1973, Pág. 49).

El espacio que rodea un individuo llega a formar una frontera, y se hace presente en los momentos en que se pasa al otro lado. Todos los sistemas, además de estar en el espacio, están rodeados de un espacio funcional y de una frontera invisible pero real.

Un sistema, definido como conjunto de unidades con propiedades comunes que se interrelacionan a través del tiempo, es algo difícil de escribir con palabras. Cada palabra implica sucesión y se pierde la acción simultánea del sistema.

Por mucho tiempo, la psicoterapia ha sido un proceso verbal, desde que Freud logró que las personas descubrieran su mundo intrapsíquico por la libre asociación. La terapia psicodinámica busca la asociación entre las palabras y las experiencias corporales, las imágenes, etc. Los estímulos externos son minimizados conscientemente por el terapeuta. Por el contrario en una terapia más activa como la escultura, los sonidos, las palabras, los olores, los movimientos, la presencia de

los otros; evoca, dentro de un contexto específico: asociaciones, mensajes y conducta.

Poco a poco se va llegando en psicoterapia al convencimiento de que no sólo debemos buscar la adaptación interna sino el cambio en la conducta social.

Con estas ideas como base pasaremos a citar la definición que nos ofrece su creador, David Kantor de la técnica de acción que ha denominado escultura:

"Es un proceso dinámico, activo, no-lineal, que representa relaciones en el espacio y el tiempo, de manera que los eventos o las actitudes puedan ser percibidos de manera simultánea". (Duhl, Kantor y Duhl, 1973, Pág. 52)

La gran diferencia con otras técnicas psicoterapéuticas es que lo importante no es la información hablada sino la vivida a través de la observación y la acción. Se usa mucho la presentación de un mapa que representa las relaciones interpersonales y se evitan las descripciones verbales.

La escultura puede utilizarse en todos los campos en que se busque aprender acerca del hombre.

Existen tres variaciones de la escultura, tomando en consideración el número de personas que incluye: 1) individual, 2) díada, 3) familia o grupo. La meta de todas es "la revelación de las percepciones personales a través de procesos cognitivos que serán traducidos en conducta en su marco de referencia y a través del tiempo." (Duhl, Kantor, Duhl 1973, Pág. 53).

Los personajes son, 1) el escultor: este participante presenta ante los demás su manera de percibir la realidad. 2) el monitor o terapeuta: su función es guiar al escultor para que alcance la mayor claridad posible en su exposición. 3) los actores: se presentan para representar los roles de los miembros del sistema de la manera en que el escultor los percibe. 4) la audiencia: observa todo el proceso y puede ofrecer algunos comentarios en el momento oportuno.

Dependiendo del número de personas que estén

disponibles, los diferentes personajes serán suplidos por los demás.

El papel del monitor es proteger el proceso de cualquier interferencia que pueda alterar el contenido. Es responsable de distribuir el tiempo, detener o acelerar, evocar recuerdos, acciones o sentimientos que ayuden el proceso pero siempre manteniéndose al servicio de las necesidades del escultor.

Escultura Individual.

Se inicia la escultura cuando el escultor y el monitor se paran y tratan de elegir una situación significativa (ya sea familiar o no) que se desea explorar. Se elige un punto en el tiempo, el monitor le pide que cierre los ojos y trate de obtener una imagen de ese momento y de pensar que está ahí. Luego le pide que le describa lo que ve. Se le pide que describa su percepción del espacio: tamaño, forma, colores, luz, textura de los pisos, calidad de los alrededores. Resulta comparable a preparar el escenario de una obra teatral, no en la realidad sino para poder percibir el estado emocional apropiado. Se buscan las asociaciones kinestésicas y sensoriales del escultor.

Entonces el escultor comienza a elegir y disponer en su espacio, uno por uno, los personajes que forman su sistema (familiar o no). Puede escoger de los miembros de su familia o de los demás asistentes pero es interesante observar que la mayoría de las veces se eligen personas que se perciben con las mismas cualidades que las personas que deben representar.

Ya con los personajes en posición el escultor puede mantener un cuadro activo; los personajes pueden moverse, dándoles a todos flexibilidad en el uso de su espacio vital. La escultura cobra vida, el monitor anima a todos para que actúen pero sin hablar. Para el escultor se inicia el proceso de revelación de sus propios sentimientos; el monitor debe mantener el control y suspender la experiencia con sensibilidad terapéutica. Ahora se le pide al escultor que trate de salirse del centro del sistema y que observe el sistema desde varios puntos de vista. Para facilitar esta parte, se le pide a los personajes que verbalicen cómo se sintieron dentro de los roles y ocupando el espacio que el escultor les asignó.

Esta parte de la escultura persigue que el escultor perciba los múltiples aspectos de la actividad del sistema de manera que puedan influir en su conducta. Así también, la audiencia puede señalar detalles que han pasado desapercibidos por los demás y ampliar la presentación del sistema como un todo.

Escultura de Díada. En esta escultura se incluyen dos personas, que pueden elegirse entre otros co-terapistas, compañeros de trabajo o parejas de casados.

Se usa, más que nada, para esclarecer las leyes conflictivas que están subyacentes en los problemas que surgen entre dos personas. Lo que se va a destacar en este proceso, es que las reglas con que una persona maneja su espacio vital sólo se supone que el otro las conoce o son completamente desconocidas por el otro; de manera que la conducta de una persona se juzga con las medidas del otro.

Se le pide a una de las personas que elija su espacio vital y que lo describa. El monitor lo resume en palabras y le pregunta si interpretó correctamente. Esto le da una oportunidad al escultor de agregar o corregir y también le indica el grado de control que tiene de su espacio vital (esto se ha relacionado con el concepto de sí mismo). Si una persona no controla su espacio vital se dice que vive condicionado por la intervención de los demás.

El monitor le pregunta quién puede entrar en su espacio vital y bajo cuáles condiciones. En estos momentos la otra persona hace de audiencia y no interviene directamente. Se eligen hombre o mujer, conocido o extraño, para que entren y salgan de su espacio vital, mientras el escultor refleja con acciones sus reacciones y sentimientos y va dando a conocer su unicidad: las reglas internas que gobiernan su manera muy especial de relacionarse con los demás.

Se le pide también que demuestre cómo logra el que una persona entre en su espacio vital, qué mecanismos utiliza para hacerlo y cómo reacciona una vez que lo ha logrado. De nuevo el personaje (puede ser el monitor) le da su "feed-back" al escultor expresándole porqué entró o no entró en su espacio, o porqué pudo resistirlo por tanto tiempo. De esta manera, el

escultor recibe nueva información sobre la manera como su conducta afecta al otro.

Este proceso completo se ejecuta de nuevo con la otra persona y el escultor original pasa a ser audiencia.

A través de la experiencia adquirida en la práctica de esta técnica, los autores consideran conveniente que la pareja se de cuenta de que estaban juntos antes de recibir toda la nueva información sobre el otro. Después, se practica un cambio de patrones de conducta tomando en consideración todo lo que saben ahora, relacionándolo con la manera como a cada uno le agrada que se intervenga en su espacio vital correspondiente. De esta manera la nueva información se traduce en nuevas formas de comportamiento.

Se ha abierto en nuevo canal de comunicación tomando en cuenta el "feedback" de cada uno y respetando las características especiales con que cada uno percibe su realidad. Cada uno puede aceptar libremente las percepciones del otro, sus barreras, sus reglas internas, que ya no tienen que ser defendidas agresivamente porque han sido reconocidas y respetadas por el otro, dando margen a que sean cambiadas y modificadas desde el momento en que los conflictos originales dejan de existir.

La escultura, como cualquier otra técnica terapéutica, es un instrumento que puede producir efectos maravillosos siempre que el terapeuta o monitor tenga lo que Kantor llama: "sensibilidad terapéutica". Si sabe manejar bien las situaciones delicadas y mantener todo el proceso con una visión total del sistema familiar, sin permitir que se satisfagan sólo las necesidades particulares de uno de los miembros, logrará descubrir nuevas estrategias para la terapia y facilitará el esfuerzo de la familia hacia el cambio.

CONCLUSION

La psicoterapia familiar viene a responder a las demandas de la "familia neurótica" de nuestro tiempo. Es una respuesta a varios niveles y emerge como una lucha del hombre por encontrar alivio a la inestabilidad que le producen los cambios acelerados que sufre diariamente.

A pesar de que muchos falsos profetas predicen su caída (Cooper, 1971) la familia como tal tiende a prevalecer. Y no sólo existe, sino que es considerada por autores como Ehrenwald, Grothahn, Ackerman, Bell, Minuchin y muchos más, como el marco adecuado para la definición y conservación de los roles de padre, madre e hijo que constituyen los roles básicos de todas las culturas.

Dentro del campo psicológico, la nueva orientación comunitaria implica "nuevas actitudes y el esfuerzo activo en busca de otras alternativas que permitan enfocar los problemas de la salud mental en forma más efectiva" (Adis Castro, 1974, pág. 23).

Los estudios epidemiológicos en América Latina señalan una alta prevalencia de problemas de salud mental en la población. La magnitud de estos problemas es alarmante y el escaso número

de profesionales hábiles para responder a esta demanda. Se habla ahora de la "psicología comunitaria", para responder a un mayor número de personas que necesitan ayuda. A este nivel, la psicoterapia familiar ofrece las ventajas siguientes: es más económica que la terapia individual, el tratamiento es generalmente más corto (Ziegler-Driscoll, 1977) y se atiende a un mayor número de personas en menor tiempo.

Considerando ahora las ventajas del tratamiento familiar en función de la psicoterapia misma, uno de los aspectos que más se toman en cuenta es que cuando se hace psicoterapia en familia se está viendo el problema en el mismo medio donde se produce. No existen las interpretaciones personales y las proyecciones de los relatos individuales. Se viven los problemas como son, con las personas que lo provocan, consciente o inconscientemente. Para muchos clínicos este elemento resulta de gran importancia ya que les permite acumular una gran cantidad de datos en un instante y enfocar su diagnóstico con una mayor precisión en menor tiempo.

Otra de las ventajas que ofrece la práctica de la terapia familiar es que el cambio terapéutico se mantiene de manera más estable. Se reduce el peligro de las recaídas ya que el cambio se sitúa dentro del sistema y no a nivel individual.

También como un factor positivo, la terapia familiar ofrece un aprendizaje activo que se generaliza con mayor facilidad y que le ofrece a la familia alternativas interaccionales que puede utilizar como modelo para cambiar los patrones disfuncionales de relaciones existentes.

Todos estos aspectos están relacionados con una prevención secundaria de la enfermedad mental, que busca reducir el número de casos existentes haciendo un diagnóstico adecuado y ofreciendo un tratamiento rápido. Pero resulta también de vital importancia poder realizar una prevención primaria de los trastornos mentales, tratando de reducir las probabilidades de que ocurra un nuevo caso e introduciendo cambios en la vida diaria de las personas que favorezcan la salud mental del individuo y le permitan adaptarse a su comunidad. Esto también lo lleva a cabo el enfoque familiar, que al mejorar

el sistema le proporciona a sus miembros un medio adecuado para su desarrollo. Además, de estos miembros iniciales surgirán los nuevos "formadores de familia" que ya habrán aprendido "una nueva manera de vivir" y podrán trasmitírsela a sus hijos y estos a los suyos, y así sucesivamente.

Es evidente que la terapia familiar tiene sus enormes dificultades. Para comenzar, de la misma teoría de los sistemas deducimos que todo sistema establecido lucha por mantener su status quo. Rechaza el cambio por el cambio mismo.

Es difícil, aún en el propio desarrollo personal, pasar del interés individual al interés del grupo. Pero, precisamente, una de las cualidades de la madurez psicológica es la aceptación del "nosotros". Así pues, las mismas exigencias de un país que necesita respuestas rápidas y eficaces a sus problemas hará posible el enfoque de la familia ante el aumento progresivo de las tensiones que nuestra sociedad de consumo nos provoca.

En los Estados Unidos, donde se ha podido ver claramente los efectos de una tecnología que atenta contra la misma supervivencia del hombre, se ha iniciado el enfoque familiar recogiendo valores que se consideraban pasados de moda después de la revolución industrial y sexual, y trabajando en todas sus regiones, universidades y centros privados de investigación, por una nueva familia ajustada al macrosistema social, pero fomentado el respeto a la propia diferenciación y desarrollo personal.

También para el terapeuta tradicional, la situación terapéutica familiar resulta amenazante. Muchas cosas suceden simultáneamente y su rol de líder implica que debe mantener el control de un sistema complejo de interacciones con cierta flexibilidad ya que reconoce la existencia de varios niveles de significación.

Su preparación debe abarcar grandes áreas del conocimiento científico. Pero sobre todo, la terapia familiar no es sencillamente uno más de los métodos psicoterapéuticos. Exige nuevas formas de pensamiento para resolver los problemas humanos y una nueva concepción del mundo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N. *Treating the Troubled Family* . Basic Books, New York, 1966.
2. Ackerman, N. *The Psychodynamics of Family Life* . Basic Books, New York 1958.
3. Ackerman, N., Beatman, F., Jackson, D. y otros. *Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar* . Editorial Proteo, Buenos Aires, 1970.
4. Ackerman, N. (Ed.) *Family Process* Basic Books, New York, 1970.
5. Adis Castro, G. *Psicología y Psiquiatría Comunitaria* . Acta, Volumen XX, Número I, Buenos Aires, 1974.
6. Bandler, R., Grinder, J. y Satir, V. *Changing with Families* . Vol. 1, Science and Behavior Books, California, 1976.
7. Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., y otros. *Interacción Familiar, Aportes Fundamentales Sobre Teoría y Técnica* . Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1974.

8. Beltrao, P. *Sociología de la Familia Contemporánea* . Ediciones Sígueme, Salamanca, 1975.
9. Berenstein, I., Kalina, E., Liendo, E., Pavlovsky, E., Szpilka, J. y Teruel, G. *Psicoterapia de Pareja y Grupo Familiar con Orientación Psicoanalítica* . Editorial Galerna, Buenos Aires, 1970.
10. Berenstein, I. *Familia y Enfermedad Mental* . Editorial Paidós, Buenos Aires, 1976.
11. Bertalanffy, L. *Perspectives on General System Theory* . George Braziller, New York, 1975 (a).
12. Bertalanffy, L. *General System Theory* . George Braziller, New York, Fifth Printing, 1975 (b)
13. Bloch, D. (Ed.) *Techniques of Family Psychotherapy* . Grune & Stratton, New York, 1973.
14. Boszormenyi, N. y Framo, J. (Ed.) *Terapia Familiar Intensiva* . Editorial Trillas, México, 1976.
15. Bowen, M. Psicoterapia Familiar de la Esquizofrenia en el Hospital y la Práctica Privada. En J. Bosormenyi-Nagy y J. L. Framo. (Eds.) *Terapia Familiar Intensiva* . Editorial Trillas, México, 1976 (a).
16. Bowen, M. Theory in The Practice of Psychotherapy. En P. J. Guerin (Ed.), *Family Therapy* . Gardner Press, Inc. New York, 1976 (b).
17. Bowen, M. The Use of Family Theory in Clinical Practice. En J. Haley (Ed.) *Changing Families* . Grune & Stratton, New York, 1971.
18. Bry, A. *Transactional Analysis for Families* . Harper & Row, New York, 1976.
19. Calvo, I. y otros. *Pareja y Familia* . Amorrortu, Buenos Aires, 1973.
20. Cooper, D. *The Death of The Family* . Vintage Books, New York, 1971.

21. Duhl, F. J., Kantor, D., y Duhl, B. Learning, Space, and Action in Family Therapy: A Primer of Sculpture. En D.A. Bloch, (Ed.) *Techniques Of Family Psuchotherapy* . Grune & Stratton, New York, 1973.
22. Ehrenwald, J. *Neurosis en la Familia* . Siglo 21 Editores, México, 1967.
23. Erickson, G. y Hogan, T. *Family Therapy, an Introduction to Theory and Technique* . Brooks/Cole Pub. Co., California, 1972.
24. Erickson, E. *Childhood and Society* . W. W. Norton & Co., New York, 1963.
25. Erickson, E. *Identity, Youth and Crisis* . W. W. Norton & Co., New York, 1968.
26. Ferber, A. y otros. *The Book of Family Therapy* . Houghton Mifflin Co., Boston, 1972.
27. Flugel, J. *Psicoanálisis de la Familia* . Editorial Paidós, Buenos Aires, 1961.
28. Fox, R. *Kinship and Marriage* . Penguin Books, Great Britain, 1967.
29. Fromm, E., Horkheimer, M. y otros. *La Familia* . Ediciones Península, Barcelona, 2da. Ed. 1972.
30. Gear, M. y Liendo, E. *Psicoterapia Estructural de la Pareja y del Grupo Familiar* . Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1974.
31. Glick, I. and Kessler, D. *Marital and Family Therapy* . Grune & Stratton, New York, 1974.
32. Grotjahn, M. *Psicoanálisis y la Neurosis de la Familia* Ediciones Zeus, Barcelona, 1962.
33. Guerin, P. (Ed.), *Family Therapy* . Gardner Press, New York, 1976.
34. Haley, J. (Ed.), *Changing Families*. Grune & Stratton, New York, 1971.

35. Haley, J. y Hoffman, L. *Techniques of Family Therapy* . Basic Books, New York, 1967.
36. Halet, J. *Problem—Solving Therapy* . Jossey—Bass Pub., San Francisco, California, 1977.
37. Haley, J. Terapia Familiar. Un Cambio Radical. En C. E. Sluzki, J. Berenstein, H. B. Bleichmar e I. Maldonado (Eds.) *Patología y Terapéutica del Grupo Familiar* . Acta, Buenos Aires, 1970.
38. Horney, K. *Our Inner Conflicts*. W. W. Norton, New York, 1966.
39. Jackson, D. (Ed.) *Communication, Family and Marriage* . Science & Behavior Books, Palo Alto, California, Fourth Printing, 1974.
40. Jackson, D. (Ed.) *Therapy, Communication and Change* . Science & Behavior Books, Palo Alto, California, Fourth Printing, 1973
41. Johnson, H. *Sociología y Psicología Social de la Familia* . Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.
42. Kantor, D. y Lehr, W. *Inside the Family* . Harper Colophon Books, New York, 1975.
43. Laing, R.D. *The Politics of The Family* Random House, New York, 1972.
44. Laing, R.D. and Esterson, A. *Sanity, Madnes and the Family* . Penguin Books, Great Britain, 1970.
45. Laszlo, E. *Introduction to Systems Philosophy* . Harper Torch Books, New York, 1972.
46. Lemaire, J. *Terapia de Pareja*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1971.
47. Levi Strauss, C. *Polémica Sobre el Origen y la Universalidad de la Familia* . Editorial Anagrama, Barcelona, 1974.
48. Lewis, J., Beavers, W., Gossett, J. T., y Austin, V. *No Single Thread* . Brunner & Mazel, New York, 1976.

49. Martin, P. *A Marital Therapy Manual* . Brunner & Mazel, New York, 1976.
50. Mash, E. J. (Ed.) *Behavior Modification and Families*. Brunner/ Mazel, New York, 1976.
51. Michel, A. *Sociología de la Familia y del Matrimonio* . Ediciones Península, Barcelona, 1974.
52. Minuchin, S. *Families & Family Therapy* . Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.
53. Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. y Schumer, F. *Families of the Slums* . Basic Books, New York, 1967.
54. Pichon-Riviere, E.J. Una Teoría del Abordaje de la Prevención en el Grupo Familiar. En C. E. Sluki, I. Berenstein Bleichmar e I. Maldonado (Ed.) *Patología y Terapéutica del Grupo Familiar* . Acta, Buenos Aires.
55. Robinson, L. Basic Concepts in Family Therapy. *American Journal of Psychiatry* 1975, XVI, 24-30.
56. Ritterman, M. K. Paradigmatic Clasification of Family Therapy Theories . "Family Process" March 1977, XVI 1.
57. Sager, C. J. y Kaplan, H. S. (Eds.) *Progress in Group and Family Therapy* . Brunner/Mazel, New York, 1972.
58. Satir, V. *Conjoint Family Therapy* . Science & Behavior Books, California, Rev. ed. 1967.
59. Satir, V. *Helping Families to Change* . Jason Aronson, New York 1977 (third printing).
60. Satir, V. *Helping Families to Change* . Jason Aronson, New York 1977 (third printing).
60. Satir, V. *Peoplemaking* . Science & Behavior Books, California, 1972.

61. Sluzki, C. y otros (Eds.) *Patología y Terapéutica del Grupo Familiar* . Acta, Buenos Aires, 1970.
62. Sluzki, C., Berenstein, I., Bleichmar, I., y Maldonado, I. (Comp.). *Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja* . Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.
63. Smith, G. W. y Phillips, A. *Couple Therapy* . Collier Books, New York, 1971.
64. Speck, R. V. y Attneave, C. L. *Redes Familiares* . Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1973.
65. Sprott, W. J. La Familia. En Johnson. H. M. y otros. *Sociología y Psicología Social de la Familia* . Paidós 1967,
66. Sullivan, H. S. *La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría* . Editorial Psique, Buenos Aires, 1964.
67. Tashman, H. S. *La Familia Neurótica de Nuestro Tiempo* . Editorial Psique, Buenos Aires, 1972.
68. Teruel, G. *Diagnóstico y Tratamiento de Parejas en Conflicto* . Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.
69. The Committee on the Family. *Treatment of Families in Conflict* . Science House, New York, 1970.
70. Toman, W. "Family Constellation". Springer Pub. Co., New York, Third, edition, 1976.
71. Wahlroos, S. *Family Communication* . Signet Book, New York, 1974.
72. Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. *Teoría de la Comunicación Humana* . Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Tercera Edición, 1974.
73. Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. *Change Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. W.W. Norton, New York, 1974.

74. Ziegler-Driscoll, G. Family Research Study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center . *Family Process* . Junio 1977, Vol. 16, No.2.
75. Zuk G. H., y Rubinstein, D. Revisión de Conceptos Utilizados en el Estudio y Tratamiento de Familias de Esquizofrénicos. En I. Boszormenyi—Nagy y J. L. Framo. *Terapia Familiar Intensiva* . Trillas, México, 1976.

CAPITULO VII

TERAPIA FAMILIAR: APLICACION DE UN ENFOQUE ESTRUCTURAL EN REPUBLICA DOMINICANA

Presentado en el XVIII Congreso
Interamericano de Psicología
Junio 24 de 1981.
Santo Domingo, R.D.

El objetivo de esta ponencia es presentar el modelo estructural de terapia familiar, incluyendo primero, una breve visión histórica, los conceptos estructurales básicos y después la aplicación del mismo, definiendo las técnicas específicas utilizadas y presentando, finalmente, una investigación realizada con 45 familias completas en función de cinco factores que inciden en el proceso terapéutico. Estos factores son: A. Número de sesiones a las que asistieron las familias; B. Disponibilidad de la familia a participar en las sesiones; C. Problema presentado por el paciente identificado; D.

Cumplimiento de las tareas terapéuticas; y E. Cambios terapéuticos en función de la secuencia de las sesiones

VISION HISTORICA

La terapia familiar que surge a partir del 1950 en Estados Unidos y después del 1960 en Europa, no lucha ya, como en sus inicios, por lograr el reconocimiento de la comunidad científica. Después de estos 31 años, ha atravesado por un proceso de desarrollo sorprendente, especialmente en los últimos 10 años.

Dentro del campo familiar han surgido una gran variedad de enfoques terapéuticos que persiguen dentro del quehacer científico lograr la sistematización de sus técnicas y conocimientos.

Uno de los enfoques que mayor reconocimiento ha tenido, por su preocupación en diseñar y ejecutar una investigación constante a través de su desarrollo ha sido la "Terapia Familiar Estructural". Su principal representante es el Dr. Salvador Minuchin quien ya en 1967, junto con Montalvo, Guernev, Rosman y Schumer, hace la primera aplicación objetiva del enfoque estructural en su libro "Familias de los Barrios".

Otro de los autores que ha hecho grandes aportes en esta área es Harry Aponte, M. S. W. (1980), que amplía el campo terapéutico al incluir la consideración de los eco-sistemas.

A diferencia de otras terapias que han surgido en respuesta a las necesidades de la clase media, y después, se tratan de adaptar a las familias de bajo nivel socio-económico, la terapia familiar estructural surge como una respuesta directa a las familias pobres que luchan diariamente con las urgentes necesidades de su subsistencia. Más tarde, ante los resultados positivos que la práctica terapéutica ha ido ofreciendo, se han multiplicado los centros de entrenamiento y se ha extendido su aplicación a todas las clases sociales.

La manera como se desarrolla la terapia familiar estructural condiciona su objetivo central, ya que ha sido concebida como un instrumento *práctico* que pueda facilitar la solución de los problemas del sistema familiar *dentro de su contexto y con los*

recursos que tiene a su alcance. En este sentido, no busca *hablar de los problemas* sino *actuar con los problemas* para solucionarlos.

Por lo tanto, podemos definir la terapia familiar estructural, como un esfuerzo profesional organizado, dirigido a alcanzar la funcionalidad del sistema familiar a través de la reorganización de sus estructuras básicas. O sea, que para el terapeuta familiar que practica el enfoque estructural, el objetivo del proceso terapéutico es transformar las estructuras básicas de interacción que forman las reglas o patrones de relación del sistema familiar hasta lograr la funcionalidad del mismo.

CONCEPTOS ESTRUCTURALES BASICOS

La premisa fundamental de la teoría estructural de este modelo terapéutico es que "las partes y el todo sólo pueden ser explicados adecuadamente en términos de las relaciones que existen entre las partes" (Lane, 1970). Esta premisa se relaciona directamente con uno de los conceptos básicos de la teoría de los sistemas que dice que la suma de las partes no es igual al todo. (Bertalanffy, 1975).

Es por esto que se consideran las transacciones como una expresión de las relaciones entre los miembros del sistema familiar. Esto sin olvidar, que la función no puede separarse de la estructura en un dinamismo de causalidad circular.

Dos de los aspectos que caracterizan la terapia familiar estructural son a) el concepto de subsistemas y b) el concepto de fronteras

a) Los subsistemas se forman en base a diferentes tipos de relaciones como serían, entre otros, sexo, funciones y edad. En este sentido tenemos el subsistema de los padres o núcleo ejecutivo, el de los hijos, el padre y su hijo mayor, y muchos más, dependiendo de la etapa de desarrollo y la organización específica de la familia. Un miembro de la familia también puede considerarse en sí mismo, un subsistema. b) Las fronteras son los límites de los subsistemas y determinan "quién participa y cómo". (Minuchin, 1974).

En la práctica, el terapeuta busca descubrir las relaciones entre las partes (los subsistemas) y el todo (el sistema familiar) y las del todo con su ecosistema social. Las fronteras reflejan las normas de interacción que cada familia tiene y que tienden a mantener la homeostasis familiar.

El modelo estructural es flexible en cuanto a dónde y quién participa en las sesiones. Su aplicación ha sido mayormente en situaciones donde el niño es el paciente identificado, por lo que se ha trabajado con la familia completa, la familia extendida y también ciertos aspectos relevantes de la comunidad (maestro, vecino, ...). La decisión de quién incluir en la terapia, depende de quién comparte el problema específico.

En cuanto al lugar, puede ser la oficina del terapeuta, que rinde una función práctica para el control y grabación de las sesiones pero no descarta desplazarse a la casa o un sitio de la comunidad. Los tratamientos de grupos de familias no son aceptados dentro de este modelo de intervención.

TECNICAS ESTRUCTURALES

En el modelo estructural algunas de las principales técnicas utilizadas son: 1) Reactuación (enactement), 2) Desbalance, 3) Intensidad, 4) Reenmarcación (reframing), 5) Acomodación, y 6) Metáfora.

Estas técnicas han sido desarrolladas mayormente por el Dr. Salvador Minuchin y sus colaboradores en el Philadelphia Child Guidance Clinic y le han ganado los títulos de "virtuoso" y "maestro" de la terapia familiar, en revistas científicas como "Family Process".

1) REACTUACION (Enactment): consiste en crear, dentro de la sesión, el "escenario" para que se produzcan las transacciones que el terapeuta desea evaluar, así como las que desea promover y modelar. En ambos casos, el terapeuta evalúa el "aquí y ahora" de los patrones de interacción pudiendo intervenir directamente sin necesidad de acudir a narrativas del pasado basándose tanto en la comunicación verbal como en la no-verbal.

Aplicación: Una de las familias estudiadas está compuesta por un padre débil, una madre autoritaria con rasgos obsesivos y sus tres hijos. El mayor de trece años es de conducta rebelde y desafiante y los demás son, una niña de once y un varón menor de ocho años. El terapeuta promueve una conversación entre padre e hijo sobre un tema que sabe de antemano es motivo de fricción entre ambos. Durante la reactuación observa las constantes interrupciones de la madre, la incapacidad del padre para controlar la situación y la alianza de los dos menores con la madre, quien finalmente termina dominando la conversación y bloqueando la transacción original. Este patrón de interacción disfuncional es recogido y evaluado por el terapeuta para luego trazarse ciertas estrategias de acción. Algunas podrán ser, trabajar con el núcleo ejecutivo (padre-madre), buscar una alianza padre-hijo, y muchas otras alternativas que surgirán del mismo contexto familiar.

2) DESBALANCE: en la práctica de esta técnica, el terapeuta entra directamente a formar parte de una transacción usando su persona para alterar la homeostasis familiar y provocar una reorganización de las estructuras originales.

Aplicación: En el caso anterior, el terapeuta inicia un diálogo con el padre débil, dándole prácticamente la espalda a la madre autoritaria y reforzando las intervenciones del padre en todo sentido. La madre, que desde el principio trata de ganarse la alianza con el terapeuta, finalmente se retira y permite una segunda reactuación con el hijo mayor y su padre, esta vez, sin intervenciones de su parte.

3) INTENSIDAD: el uso de esta técnica busca aclararle al sistema familiar un objetivo terapéutico que por la naturaleza de las reglas ya establecidas y acatadas por todos pueden pasar desapercibidas. Se aumenta la intensidad de una transacción a través de tres aspectos: a) aumentando el tiempo que dura, b) aumentando el componente afectivo, y c) repitiendo el mismo mensaje en diferentes transacciones.

Aplicación: Una familia asiste a terapia porque la hija menor de once años tiene mala conducta en la casa y saca malas

notas en la escuela; su otro hermano de trece no tiene problemas aparentes. El padre es un hombre culto y equilibrado pero protege a la niña contra las descargas agresivas de la madre que se declara impotente para manejar a su hija, aunque demuestra implícitamente que el verdadero culpable es el padre.

El terapeuta promueve una alianza entre madre e hija al asignarle la tarea terapéutica a la madre de que ayude a su hija con su trabajo escolar por pequeños períodos diarios de tiempo. La tarea se cumple y en las sesiones siguientes el terapeuta repite el mensaje de lo efectiva que ha sido la madre al lograr ayuda a su hija con el trabajo de la escuela. Destaca también el amor que la madre siente por su hija al asistir a las sesiones y finalmente ocupa diez minutos de una sesión en una reactuación en que madre e hija planifican la celebración del cumpleaños del padre. En este caso la intensidad se utiliza tanto en la repetición del mensaje como en el componente afectivo y el tiempo que se le ha asignado en la sesión.

4) REENMARCACION (reframing): consiste en cambiar la interpretación que una transacción ha llegado a significar dentro de un sistema disfuncional para neutralizar sus efectos negativos y provocar una reorganización de los patrones de interacción.

Aplicación: La familia X tiene dos varones pequeños de 9 y 7 años. La madre se preocupa mucho por todo lo relativo a la crianza de sus hijos y el padre también. Programan juntos todas las actividades, alimentación, salidas, etc. El padre participa activamente en todo, a tal grado, que con su eficiencia va creándole a la madre cierto sentimiento de incapacidad. El hijo mayor es muy retraído y come mal y el menor presenta una encopresis leve..

El terapeuta se da cuenta de que la madre percibe la participación del padre en la preparación de alimentos y en todas las demás actividades con los niños como una falta de confianza en su propia capacidad y se siente culpable de los problemas que presentan los hijos. En este caso, el terapeuta cita sólo al núcleo ejecutivo y trata con ellos lo que significa el rol de padre y de madre dentro de las expectativas de cada uno

de ellos. Dirige el tema para que el padre exprese claramente sus motivaciones personales en su participación en el sistema familiar y refuerce la importancia que él le da a la participación de su esposa en las mismas. Finalmente el terapeuta promueve nuevas transacciones que confirmen una nueva interpretación de la disfunción no como culpa de una persona en particular sino como fallas del sistema. Finalmente, se logra que la participación del padre no sea una amenaza para la madre sino una respuesta a las motivaciones personales del padre puestas al servicio de una estrategia funcional para el sistema.

5) **ACOMODACION:** en esta técnica el terapeuta se une a las transacciones familiares aceptando sus reglas y sus canales de comunicación. Al respetar estas estructuras básicas, entra en el sistema y afianza sus posibilidades de promover cambios en el proceso terapéutico.

Aplicación: Tomando el mismo ejemplo de la familia anterior, en las primeras sesiones, el terapeuta se da cuenta de que la persona que representa verbalmente al sistema es el padre, quien inicia o complementa las intervenciones de los demás miembros. En las sesiones posteriores, el terapeuta busca primero, el acuerdo con el padre para la elección de las tareas terapéuticas que se harán en la casa, aunque ratificándolas después con la esposa. En este caso, el terapeuta respeta las reglas del sistema y las utiliza positivamente para conseguir los cambios deseados.

6) **METAFORA;** se refiere al uso que hace el terapeuta de una transacción disfuncional observada en la sesión al compararla con una función elegida del contexto socio-cultural, que destaque la naturaleza de la misma y pueda servir para que la familia inicie el cambio terapéutico.

Aplicación: La familia Z está formada por los padres, la hija mayor de 12 años que presenta un trastorno de conversión (300.11, DSM III) que le limitan gravemente el movimiento de sus piernas y el brazo derecho (paciente identificado), y un varón de diez años.

Desde las primeras sesiones, el terapeuta observa que cuando le pregunta directamente a la niña, la madre siempre completa la respuesta de su hija poniendo ejemplos o aclarando lo que realmente su hija quiere expresar. Después de decidir que este patrón de comunicación es disfuncional el terapeuta le pregunta a la madre si ella es la "intérprete oficial de su hija". La madre se sorprende y no responde nada inmediatamente. Entonces el terapeuta expresa que las funciones de un intérprete son necesarias sólo cuando las personas no hablan el mismo idioma. Otras preguntas que le dirige a la madre, para reforzar la metáfora son: "¿Su hija habla otro idioma?", "¿Es usted la única que entiende el idioma que habla su hija?". La elección de esta metáfora es especialmente relevante al contexto socio-cultural de esta familia, ya que son extranjeros que radican temporalmente en Santo Domingo y tienen otro idioma nativo..

La experiencia de ésta metáfora en el sistema familiar creó las condiciones para adoptar una nueva estrategia de comunicación evidenciando la dependencia de la alianza madre-hija en esta familia y promoviendo el cambio del sistema familiar.

INVESTIGACION

Este estudio descriptivo pretende ofrecer ciertas indicaciones generales que faciliten el entrenamiento de futuros terapeutas familiares dentro del modelo estructural.

A continuación presentaremos la investigación realizada con 45 familias completas que hemos atendido en nuestra consulta privada en un período de dos años (1979-1980) en función de los cinco factores mencionados al principio que son: A. Número de sesiones a las que asistieron las familias; B. Disponibilidad de la familia a participar en las sesiones; C. Problema representado por el paciente identificado; D. Cumplimiento de las tareas terapéuticas; y E. Cambios terapéuticos en función de la secuencia de las sesiones.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Se seleccionaron 45 familias completas (padres naturales + hijos) ya que la problemática de las familias incompletas (uno de los padres + hijos), la familia en transición (un padre natural y otro no) y la familia extendida (padres + hijos + familiares) exigen un tratamiento especial y alteraría la homogeneidad de la muestra.

Todas las familias fueron atendidas en nuestra práctica privada, de manera que, considerando que podían pagar estos servicios y además tenían sus hijos en colegios privados, deducimos que son de nivel socio-económico medio y medio alto.

De las 45 familias, el 27 o/o (12) tenían de 5 a 10 años de casados, el 47 o/o de 11 a 16 años y el 29 o/o (13) más de 16 años.

TABLA I

	<u>Tiempo de Casados</u>		
	<u>5-10</u>	<u>11-16</u>	<u>16 +</u>
f	12	21	13
o/o	27	47	29

En cuanto al número de hijos, observamos que el 42 o/o (19) tiene 4 hijos, el 21 o/o (14) tiene tres hijos, el 20 o/o (9) tiene 2 hijos y solo el 2 o/o (1) tienen 1,5 y más de 6 hijos.

TABLA II

	<u>No. de Hijos</u>					
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6 +</u>
f	1	9	14	19	1	1
o/o	2	20	31	42	2	2

El tipo de referimiento por el cual éstas familias solicitaron tratamiento fue: el 40 o/o (18) por referencias de familiares o recomendaciones de amigos y antiguos pacientes, el 36 o/o (16) por recomendación del psicólogo, orientador o maestra de la escuela de sus hijos, y el 25 o/o (11) por recomendación médica (psiquiatra, pediatra y neurólogo).

TABLA III

Tipo de Referimiento

	f	o/o
Independiente	18	40
Escolar	11	24
Médico	<u>16</u>	<u>36</u>
	45	100

Resumiendo vemos que, de las 45 familias la mayoría tiene más de 11 años de casados y de 3 a 4 hijos (64 o/o).

Al considerar la práctica de la terapia familiar es interesante notar que el 60 o/o de los referimientos vienen de otros profesionales del área educativa y médica, lo que refuerza la necesidad de ofrecer este tipo de atención en centros multidisciplinarios donde las tres áreas: educativa, psicológica y médica se complementen.

FACTORES Y ANALISIS

Factor A. Número de Sesiones.

La terapia familiar se practica, casi siempre, dentro de la categoría de terapia breve. Existe cierta flexibilidad en que sean de 10 a 12 o quizás hasta 15 sesiones. En nuestro caso, preferimos hacer un contrato inicial de 10 sesiones y sólo en casos excepcionales continuar con un número mayor. Estas

sesiones no incluyen la primera entrevista sino que hemos considerado en nuestro estudio a partir de la segunda sesión, ya que en el 87 o/o de los casos a la primera sesión sólo venía uno de los padres, generalmente la madre, con el paciente identificado, y era necesario motivar la necesidad de entrevistar a toda la familia. En muy pocos casos, como por ejemplo en los casos de robo, vinieron ambos padres solos a la primera sesión. Aponte y Van Deusen (1981) reportan que en el Philadelphia Child Guidance Clinic el número promedio de sesiones oscila entre 6 y 10 por familia.

En los estudios con trastornos psicossomáticos el tratamiento se extiende hasta cinco y seis meses con una sesión por semana (Minuchin, 1978). En las familias de esta investigación, el caso del trastorno de conversión se prolongó por siete meses; y otro de encopresis fue necesario atenderlo por cinco meses con un total de 28 sesiones. En el primero de los casos la sintomatología mejoró notablemente hasta su gradual mejoría completa fuera del tratamiento y en el segundo caso, el síntoma desapareció al final del proceso terapéutico.

Las sesiones se realizaron con un intervalo no menor de 7 ni mayor de 15 días. El faltar a una sesión, sin excusa previa, fue motivo en varios casos de que el terapeuta no continuara las sesiones.

TABLA IV
No. de Sesiones

	f	o/o
1-3	14	31
4-6	11	24
7-10	18	40
10 +	2	4
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	
	45	100

De las 45 familias, el 40 o/o (18) participó de 7 a 10 sesiones; el 31 o/o (14) de 1 a 3 sesiones, el 24 o/o (11) de 4 a 6 sesiones y el 4 o/o (2) más de 10 sesiones.

Uno de los problemas que enfrenta toda práctica psicoterapéutica es el alto índice de deserción. Shapiro y Budman (1973) han descrito muchos de los casos de familias que asisten de 1 a 3 sesiones llamándolas de "final prematuro". En el presente estudio, el 31 o/o está en esa categoría. También Kramer (1980) reporta en un estudio con 44 familias que 19 (43 o/o) dejaron de asistir después de las primeras sesiones. Sin embargo, podemos notar que en esta investigación el 74 o/o cumplió, por lo menos con la mitad del contrato inicial y de éstos el 44 o/o lo cumplieron en casi su totalidad.

Esta dificultad compartida por los terapeutas ha incrementado el uso de la terapia breve y metas terapéuticas específicas en el tratamiento con familias. Como lo expresa Boszormenyi-Nagy y Spark (1973) la familia puede estar interesada sólo en buscarle respuesta a uno de sus problemas. Esta elección es válida para el sistema y por lo tanto debe ser acatada por el terapeuta.

Factor B. Disponibilidad de la Familia a Participar en las sesiones.

Este factor se refiere a lo accesible o no que estén los miembros de la familia para asistir a todas las sesiones, ratificando con su presencia su compromiso con el sistema familiar. Para medirlo, utilizamos el o/o que cada familia tiene de asistencia completa relacionándolo con una escala de intensidad que denominamos "Escala de Disponibilidad" (Ver Tabla V).

TABLA V
Escala de Disponibilidad

o/o Asist. Completa	Familias f	o/o
0-20 = 0	0	0
21-30 = 1	0	0
31-50 = 2	8	18
51-70 = 3	6	13
71-80 = 4	14	31
81-100 = 5	17	38
	----- 45	100

En este factor vemos que el 38 o/o (17) tiene muy buena disponibilidad para participar en el proceso terapéutico, el 31 o/o (14) buena, el 13 o/o (6) regular y el 18 o/o (8) mala.

En general, resulta alentador, considerando que la asistencia de 4 ó más personas en una sola sesión significa un mayor esfuerzo para la familia por razones de horario y ocupaciones, que el 69 o/o hayan tenido buena y muy buena disponibilidad para la terapia.

Esto confirma que se ha cumplido un objetivo básico de la terapia familiar, que es: crearle la conciencia a la familia de que el problema del paciente identificado no es individual, sino que reside en una disfuncionalidad del sistema y atañe a todos por igual. Este objetivo se ha llamado "estrategia de descentralización síntoma/paciente" (symptom/patient defocusing operation), y si no se alcanza al iniciar el proceso puede impedir su progreso. (Pinsof, Gurman, 1981).

Factor C. Problema Presentado por el Paciente Identificado.

Dentro de la práctica terapéutica consideramos importante presentar el tipo de problema que llevan una familia a buscar ayuda. En los casos presentados aquí, fué una conducta disfuncional de uno de los hijos lo que motivó la consulta inicial.

TABLA VI

Problema	f	o/o
Incapacidad padres para controlar conducta hijos	19	42
Fracaso escolar	15	33
Rivalidad entre hermanos	5	11
Actos delictivos (robo)	3	7
Encopresis	2	5
Trastornos de conversión	<u>1</u>	<u>2</u>
	45	100

La mayoría de los problemas presentados por el paciente identificado se refieren a incapacidad de los padres para controlar la conducta de sus hijos (42 o/o - 19) y fracaso escolar (33 o/o - 15). El 25 o/o restante incluye rivalidad entre hermanos (11 o/o), actos delictivos (7 o/o), encopresis (5 o/o) y trastornos de conversión (2 o/o).

Estos datos nos enfrentan con la necesidad de una labor preventiva con los padres que en unión con el sistema educativo deben reforzar su entrenamiento para desempeñar más eficientemente sus funciones como contexto de desarrollo del niño.

Factor D. Cumplimiento de las Tareas Terapéuticas.

Las tareas terapéuticas son acciones que de común acuerdo con la familia, deben realizarse en la casa. Su finalidad es iniciar o prolongar nuevas transacciones que ofrezcan alternativas funcionales a un problema específico.

Hemos determinado para cada familia, en cuáles de las sesiones se reporta el cumplimiento de las tareas asignadas en la sesión anterior, formando los grupos: las que asistieron de 4 a 6 sesiones (n-11) y las que asistieron de 7 a 10 sesiones (n-18) (ver anexo 1).

No. Tareas Terapéuticas

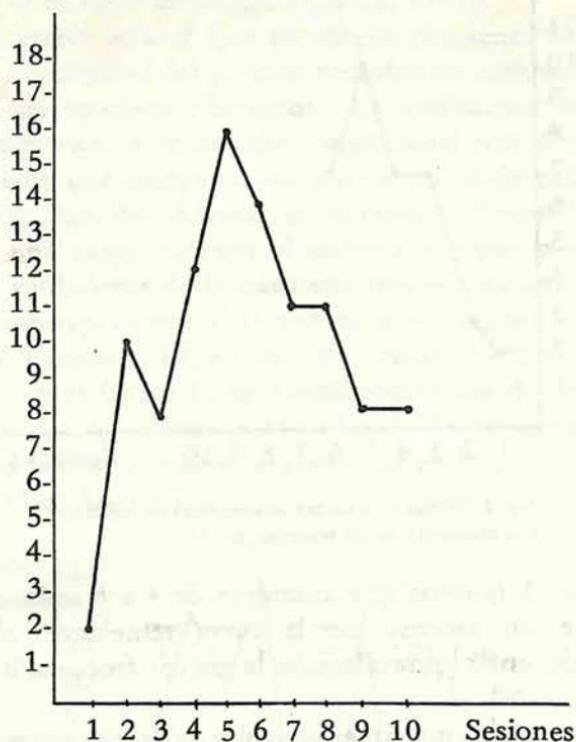


Fig. 1. Número de tareas terapéuticas cumplidas en relación a la secuencia de las sesiones. (n=18).

La Figura 1 nos indica que en la quinta sesión es donde con mayor frecuencia se cumplen las tareas terapéuticas en las 18 familias que asistieron de 7 a 10 sesiones. Le sigue la sexta sesión y luego la cuarta. Después de la séptima hay un pequeño descenso que se mantiene hasta el final.

No. Tareas Terapéuticas

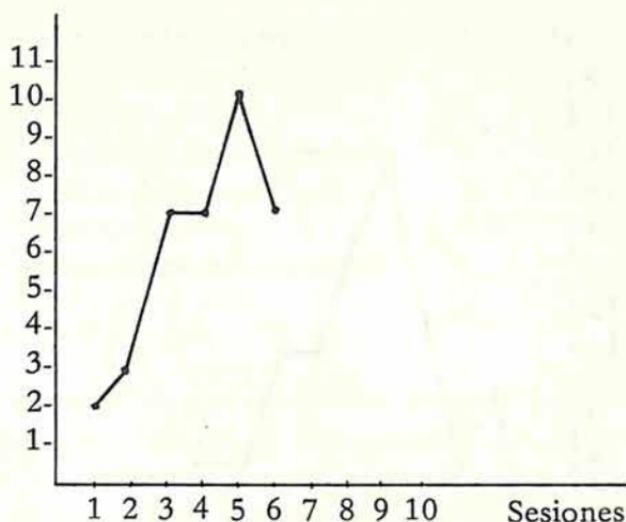


Fig. 2. Número de tareas terapéuticas en relación a la secuencia de las sesiones (n=11).

En las 11 familias que asistieron de 4 a 6 sesiones (Fig. 2) se produce un ascenso de la curva semejante al anterior, coincidiendo en la quinta sesión la mayor frecuencia de tareas cumplidas.

A pesar de las múltiples variables que reconocemos inciden en el cumplimiento de una tarea en la casa, tanto en función de la naturaleza de la tarea misma como en cuanto a las condiciones ambientales y la forma como ha sido introducida en la terapia, se mantiene su importancia como un instrumento para operacionalizar nuevas transacciones y conseguir la "estructuralización" deseada (Aponte, 1981).

Factor E. Cambios Terapéuticos en función de la Secuencia de las Sesiones.-

Se han registrado los cambios terapéuticos de acuerdo los siguientes criterios: cuando a través de la dinámica interpersonal evaluada por el terapeuta o los comentarios verbales ratificados

por todos los miembros del sistema familiar se ha alcanzado una transacción funcional que responde a una meta terapéutica específica. La importancia del cambio terapéutico ha sido estudiada especialmente en el modelo estructural (Minuchin, 1974) y en el modelo estratégico (Haley, 1976).

Es necesario aclarar que en ningún momento se pretende implicar la efectividad del proceso terapéutico completo en base al número de cambios obtenidos. La evaluación del proceso como tal, significaría un estudio longitudinal con el control de otras variables que escapan a los instrumentos de análisis de la presente investigación. Además, el objetivo de "curar" la familia le impone una carga excesiva al sistema que puede sobrepasar los límites verdaderos de la asistencia terapéutica adjudicándole cualidades omnipotentes al terapeuta que exceden su campo profesional (Combrinck-Graham, en Gurman, 1981).

Como en el factor D, se consideraron los dos grupos: las familias con 4 a 6 sesiones (n=11) y las de 7 a 10 sesiones (n=18) y se registraron los cambios terapéuticos en la sesión en que se producían (Ver Anexo 2).

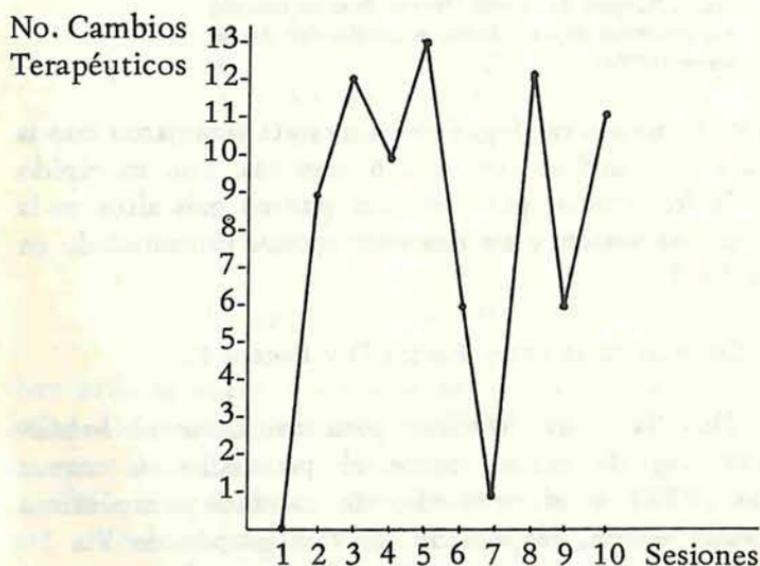


Fig. 3. Números de cambios terapéuticos en relación a la secuencia de las sesiones en familias con 7 a 10 sesiones (n = 18).

En las familias con 7 a 10 sesiones, podemos observar (Fig. 3) que la curva llega a su punto más alto en la quinta sesión indicando la mayor frecuencia de cambios terapéuticos; sin embargo, hay un descenso abrupto en la séptima sesión que se recupera parcialmente en la octava pero desciende de nuevo en la novena y termina en la décima con una frecuencia bastante alta.

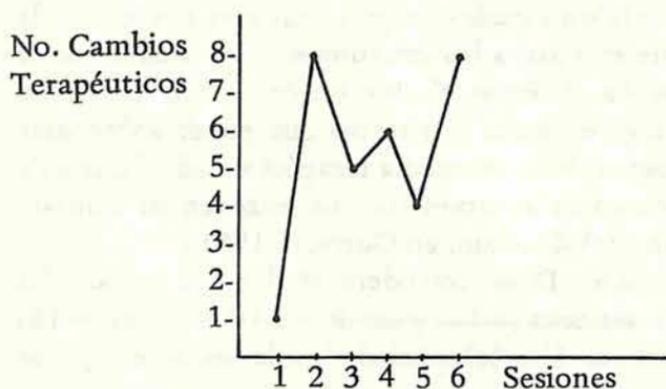


Fig. 4. Número de cambios terapéuticos en relación a la secuencia de las sesiones en familias con 4-6 sesiones ($n=11$)

En la siguiente curva (Fig. 4) vemos cierta semejanza con la anterior para las familias con 4 a 6 sesiones, con su rápido ascenso en la frecuencia, pero con sus puntos más altos en la segunda y última sesión y un descenso menos pronunciado en las sesiones 3 y 5.

Análisis de Correlaciones entre Factor D y Factor E.

Se utilizó la *t* de Student para averiguar si habían diferencias significativas entre el promedio de tareas terapéuticas (PTT) y el promedio de cambios terapéuticos (PCT) en cada sesión, respetando los dos grupos de 7 a 10 sesiones y el de 4 a 6 sesiones.

Los resultados indican que en las familias con 7 a 10 sesiones, en la sesión 7 existe una diferencia muy significativa en

sentido positivo ($t=3.5360$, $p\leq 0.01$) indicando que se cumplen más tareas terapéuticas pero se observan menos cambios terapéuticos. De igual manera, en la sesión 6, aparecen diferencias significativas ($t=2.3670$, $p\leq 0.05$) en el mismo sentido y con la misma interpretación. (Ver Tabla VII)

TABLA VII

Correlaciones entre el número de Tareas
Terapéuticas y Cambios Terapéuticos
Familias con 7-10 sesiones ($n_1=n_2=18$)

S	p1	p2	t
1	0.1111	0.0000	1.4542 !
2	0.5556	0.5000	0.3341
3	0.4444	0.6667	-1.3424 !
4	0.6667	0.5556	0.6837
5	0.8889	0.7222	1.2638
6	0.7778	0.3889	2.3670 *
7	0.6111	0.0556	3.5360**
8	0.6111	0.6667	-0.3473
9	0.4444	0.3333	0.6837
10	0.4444	0.6111	-1.0018

! significativo al 0.10

* significativo al 0.05

** significativo al 0.01

p1=PTT

p2=PCT

Para las familias con 4 a 6 sesiones, en la quinta sesión hay una diferencia muy significativa ($t=2.1321$, $p\leq 0.01$) que indica que se cumplen más tareas terapéuticas pero se producen menos cambios terapéuticos. Pero en la segunda sesión, se confirma una diferencia significativa ($t=-2.1321$, $p\leq 0.01$) en sentido negativo, indicando que por primera vez, se producen más cambios terapéuticos y menos tareas terapéuticas. (Ver Tabla VIII).

TABLA VIII

Correlaciones entre el número de Tareas
Terapéuticas y Cambios Terapéuticos
Familias con 4-6 sesiones ($n_1 = n_2 = 11$)

S	p1	p2	t
1	0.1818	0.0909	0.6213
2	0.2727	0.7273	-2.1323*
3	0.6364	0.4545	0.8568
4	0.6364	0.5455	0.4337
5	0.9091	0.3636	2.6597**
6	0.6364	0.7273	-0.4577

* significativo al nivel de 0.05 p1=PTT

** significativo al nivel de 0.01 p2=PCT

Dentro de la práctica terapéutica, existe una tendencia a asociar el cumplimiento de la tarea terapéutica con el que se establezca un cambio terapéutico. Es interesante notar que en sentido general, esta relación se produce, ya que se aplicó la correlación de Pearson a las sesiones en ambos grupos que no presentaron diferencias significativas (grupo 7-10, sesiones 2, 4, 5, 8, 9 y 10 con $R=0.9593$ y el grupo 4-6, sesiones, 1, 3, 5 y 6 con $R=0.9161$). Pero no se puede afirmar de manera definitiva, ya que hemos presentado cómo en la sexta y séptima sesiones aunque se cumplen las tareas terapéuticas los cambios no se establecen claramente. Esto podría explicarse porque hay metas terapéuticas más difíciles de integrar para el sistema por la natural resistencia de la homeostasis familiar, o también, porque después de seis a siete sesiones la familia pierde cierta motivación dentro del proceso, que el terapeuta debe manejar con mucho cuidado. La sesión séptima es también la sesión en que el 25 o/o de las 45 familias interrumpieron las sesiones, lo que respalda la importancia de la motivación y el interés del sistema familiar para cumplir el contrato de 10 sesiones.

Se calculó la correlación de Pearson entre todos los pares de estas 4 variables posibles y después se aplicó la *t* de student para probar la hipótesis de que esas correlaciones eran significativamente diferentes de 0. Los resultados no fueron significativos lo que indica que la presencia de cualquiera de estos factores no intervendría en la presencia o ausencia de los demás.

CONCLUSION

El análisis de los resultados anteriores presenta tres aspectos importantes.

El primero es, que a pesar de lo limitado del número de sesiones (4-6), se producen cambios terapéuticos semejantes a los de los procesos más largos (7-10), lo que apoya la eficacia de la terapia breve dentro del tratamiento familiar. El segundo es, que parece existir un período crítico después de un incremento inicial en los cambios terapéuticos hacia la sexta y séptima sesiones que coincide con el período de deserción del 44 o/o (11) de las 25 familias que no cumplieron el contrato de 10 sesiones.

Finalmente, a pesar de que el índice de disponibilidad de las familias es alto (74 o/o), parece que no es necesaria la presencia de todos los miembros del sistema familiar en todas las sesiones para que se produzcan los cambios terapéuticos.

Sería interesante que éstos resultados pudieran ser evaluados en otros grupos y por otros terapeutas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aponte, H. y Van Deusen, J. Structural Family Therapy en Gurman, A. *Handbook of Family Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1981.
2. Bertalanffy, L. *General Systems Theory*. George Braziller, New York, 5th printing, 1975.
3. Boszormenyi-Nagy, I., y Spark, G. *Invisible Loyalties*. Harper and Row, New York, 1973.
4. Combrinck-Graham, L. Termination in Family Therapy. en Gurman, a' *Questions and Answers in the Practice of Family Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1981.
- 5.- Haley, J. *Problem—Solving Therapy*. Jossey—Bass, San Francisco, California, 1976.
- 6.- Kramer, C. *Becoming a Family Therapist*. Human Sciences Press, New York, 1980.
- 7.- Lane, M. *Introduction to Structuralism*. Basic Books, New York, 1970.

- 8.- Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Massachusetts, 1974.
- 9.- Minuchin, S. et al. *Families of the Slums*. Basic Books, New York, 1967.
- 10.- Minuchin, S. et al. *Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press, Massachusetts, 1978.
- 11.- Ruiz, Z. *Teoría y Técnicas de la Psicoterapia Familiar*. Monografía, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, 1978.
- 12.- Ruiz, Z. *La Familia: Contexto de Desarrollo del Niño*. Trabajo presentado en el Tercer Simposio de Psicología, Santo Domingo, Mayo 11 y 12 de 1979.
- 13.- Shapiro, R. y Budman, S. *Defection, Termination and Continuation in Family and Individual Therapy*. Family Process 12 (1973)

ANEXO 1

Factor D

Cumplimiento de las tareas terapéuticas. (Se eliminan las familias de 1-3 sesiones y las de 10-+)

Familias con 4-6 sesiones (n=11)

Sesiones	1	2	3	4	5	6
1		x		x	x	
2			x	x	x	
3			x		x	x
4	x			x	x	x
5		x	x	x	x	
6	x				x	x
7			x	x	x	x
8				x	x	x
9			x		x	
10		x	x		x	x
11		x	x	x		x
	2	3	7	7	10	7

Familias con 7-10 sesiones (n=18)

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			x		x	x	x			
2	x	x		x		x	x			
3		x		x		x				
4			x	x	x	x				
5		x		x	x		x	x		
6			x		x	x	x			
7			x	x	x	x		x		
8		x		x	x	x	x	x		x
9	x			x	x		x	x	x	x
10		x		x	x	x		x	x	
11		x	x		x	x	x		x	x
12		x		x	x		x	x	x	
13			x		x	x	x	x		x
14			x		x	x		x		x
15			x		x	x		x	x	
16		x		x	x	x		x	x	x
17		x		x	x	x	x		x	x
18		x		x	x		x	x	x	x
	2	10	8	12	16	14	11	11	8	8

ANEXO 2

Factor E

Cambios Terapéuticos en relación a la secuencia de las sesiones.

Familias con 4-6 sesiones (n=11)

Familias	Sesiones					
	1	2	3	4	5	6
1		x	x	x	x	
2	x		x		x	
3		x		x	x	
4		x		x	x	x
5			x	x		x
6		x				x
7		x		x		x
8		x				x
9			x	x		x
10		x	x			x
11		x		x		x
	1	8	5	6	4	8

Familias con 7-10 sesiones (n=18)

Familias	Sesiones									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			x	x	x			x		x
2		x		x	x			x		x
3			x		x	x			x	x
4			x		x			x		
5		x	x		x			x		x
6		x	x	x				x		x
7		x		x		x			x	
9		x		x	x			x		x
10		x	x		x		x			x
11			x	x	x			x		x
12		x		x	x			x	x	
13			x	x		x				x
14			x		x	x		x		
15			x			x		x	x	
16		x		x	x					x
17		x		x		x		x		
18			x		x				x	x
		9	12	10	13	7	1	12	6	11

Este libro se terminó de imprimir el día 27 de noviembre de 1981, en los Talleres Offset de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Composición tipográfica: Félix Santiago Núñez y Vicente Salas Woss; Diagramación: Nelson Núñez, Nelson Henríquez y Máximo García; Fotomecánica: Francisco Tavárez y José Altagracia Bussi; Impresión: Nelson Veloz y Máximo Saldaña; Compaginación y Encuadernación: Roberto Pol, Israel Ferreras, José María Díaz, Héctor Santana, Eurl Hernández, Eddy Antonio Heredia y Rafael Socorro Mendoza.

LIC. ZELIEDA ALMA DE RUIZ

TERAPIA FAMILIAR

TEORIAS Y TECNICAS



La Lic. Zelieda Alma de Ruiz es psicóloga clínica graduada de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Por muchos años ha venido trabajando en atención de la familia dominicana, interés que la lleva a realizar estudios de postgrado en el Instituto Ackerman de la Familia y en el Philadelphia Child Guidance Center con el Dr. Salvador Minuchin.

Ha ofrecido varios cursos de Terapia Familiar en universidades e instituciones públicas nacionales y es profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Su trabajo a través de seminarios, programas de servicio, artículos publicados y charlas, constituyen el primer esfuerzo sistemático como base de una labor científica en el campo de la terapia familiar en República Dominicana.

