



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar « pirata » o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100 Carrera 12-A No. 79-03/05
México, D.F. Santafé de Bogotá



TERAPIA FAMILIAR: MODELOS Y TÉCNICAS

Mtro. Daniel Sánchez y Gutiérrez
Master en Terapia Familiar
Profesor del Seminario de Terapia Familiar
Universidad de las Américas, campus Ciudad de México

Editor responsable:
Lic. Verónica Ontiveros Ruiz
Editorial El Manual Moderno

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD JAVERIANA-SEC CALI



4 0000 00121123 6



Editorial El Manual Moderno
México, D.F. - Santafé de Bogotá

HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

La profesión de terapeuta familiar surge como un apoyo a profesiones como la psiquiatría, psicología, pedagogía y sexología. Es a finales de la década de 1930 cuando se independiza de todas estas especialidades y se pronuncia como una disciplina con fundamentos teóricos.

El movimiento se inicia en Alemania entre 1929 y 1932, con Hirschfeld y sus estudios de la familia; mientras que en 1930, en EUA, Popenoe abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares en Los Ángeles, California. Inicialmente él era el alma de la clínica; cobraba 3 dólares por hora y 100 dólares por clínica de varias semanas de trabajo. Popenoe, como biólogo y especialista en genética humana, inicia su formación en la terapia familiar con el estudio social de las familias. Fue miembro de la *American Social Hygiene Association* (Asociación Estadounidense de Higiene Social) en Nueva York, y de la *American Genetic Association* (Asociación Estadounidense de Genética); además de editar el *Journal of Heredity*. Él tiene la distinción de introducir el término *Marriage Counseling* (Consejero matrimonial) al idioma inglés, como traducción del alemán *Eheberatungsstellen*, el cual surgió en Viena y posteriormente se difundió por toda Europa. Popenoe, probablemente más que otra persona, promovió el reconocimiento público de la profesión de *Marriage Counseling*. Sus artículos fueron publicados en el *Ladies Home Journal*, que inició en 1945 con el título "Este matrimonio se podrá salvar", para después continuar a través de la televisión, en donde se presentaban casos terapéuticos que se editaban con el nombre de *Corte de divorcio*, los cuales se transmitieron en los decenios de 1940 y 1950 (Popenoe, 1975).

Otros trabajos iniciales son los realizados por Abraham y Hannah Stone durante el año de 1949, quienes trabajaron en forma independiente en diferentes lugares de EUA. A. Stone publicó una pequeña historia de sus incursiones en este campo en una clínica ubicada en Nueva York, unos cuantos meses después de la publicación de Popenoe en 1930, editó sus casos clínicos en el libro *Emily Mudd's*. Bien sea el segundo o el primero en editar sus trabajos, A. Stone debe recibir el crédito de ser pionero en la terapia familiar, pues ya la practicaba en su época de residente, en el año de 1930, y la había iniciado con anterioridad a ese año, en el *Labor Temple* de Nueva York; en 1932 se cambió a la *Community Church of New York*, donde dirigió el centro de *Ecumenical Marriage* (Matrimonio ecuménico) durante varios años. Por lo que respecta a los trabajos de Hannah, no existe suficiente información (Mudd, 1955).

El tercer pionero de la orientación familiar es la Dra. Emily Mudd, quien estableció la práctica de terapia familiar en Filadelfia, en 1932. La doctora Mudd se dedicó a la investigación de la terapia familiar, y en 1939 fue la primera en desarrollar un programa de evaluación (Mudd, 1955). Su libro de casos clínicos figura entre los primeros que se editaron en este campo (Mudd, E., Stone A., Karpf M. y Nelson J. 1958). Ella fue también una de las tres personas responsables de fundar la *American Association of Marriage Counselors*, AAMC (Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales). En 1934, Dearborn, genetista social y terapeuta social en la YMCA de Boston, invitó a la doctora Mudd para hacer el intento de formar y organizar el campo de la terapia familiar, con los objetivos de establecer estándares, intercambiar información y conocimientos respecto a las relaciones familiares; desafortunadamente nada se obtuvo de esta primera entrevista. Posteriormente Dearborn se entrevistó con Stone para tratar los mismos puntos, pero tampoco se obtuvieron resultados positivos. Finalmente estableció contacto con Ernest Groves, quien respondió a esa misma inquietud y en abril de 1942, en la conferencia anual para matrimonios y familias que se celebró en Chapel Hill, N.C., Groves propuso el establecimiento de una asociación profesional de orientación familiar.

Ese mismo año, Dearborn y su colega, el psiquiatra Robert Laidlaw convocaron a otros seis especialistas. El 20 de junio de 1942 asistieron, además de los ya mencionados, los doctores Groves, Mudd, Stone, Dickenson y Parker. Así, de manera informal, se reunieron anualmente durante los siguientes tres años bajo la supervisión de Dearborn. En abril de 1945 eligieron formalmente a este último como su primer presidente, a Emily Mudd como vicepresidente y a Robert Laidlaw como secretario tesorero, con lo que quedó fundada la AAMC con los siguientes lineamientos: es una organización profesional en la que se concentran los especialistas en orientación familiar, la cual tiene reglamentos y estatutos para establecer y mantener las pautas profesionales de los especialistas; éstas serían establecidas a través de las reuniones y las sesiones clínicas, y sus resultados, investigados y publicados. La membresía estaba abierta a los profesionales dedicados a este campo, a todos aquellos

cuya profesión se relacionara indirectamente y que estuvieran en entrenamiento, preparación o iniciando su práctica y además mostraran interés en establecer contacto con especialistas más avanzados en ese campo (Mudd y Fowler, 1976).

Simultáneamente pero en el otro lado del océano Atlántico, en Londres, Inglaterra, David y Vera Mace junto con otros colegas, investigaban con el fin de encontrar soluciones o, por lo menos, hallar una respuesta constructiva para los crecientes problemas domésticos observados durante la primera depresión económica y los de la Segunda Guerra Mundial. Así, en el año de 1938 formaron el primer concilio de consejeros matrimoniales (el *Marriage Guidance Council*) y para 1943, éste se había convertido en el Concilio Nacional de Consejeros del Reino Unido (*National Guidance Council of Great Britain*). Ellos ofrecían una intervención que difería en mucho de los parámetros establecidos en el resto de Europa en el campo de la terapia familiar, así como de los que se ofrecían en EUA. Su forma de trabajo era la siguiente: varios profesionales de diferentes especialidades entrenaban a un gran grupo de voluntarios quienes se preparaban para ofrecer orientación y apoyo a las familias en crisis o desintegradas, con tarifas muy bajas, de acuerdo con los ingresos de una clase trabajadora que vivía la depresión y los efectos de la Segunda Guerra Mundial. Así, en 1944, establecieron los lineamientos para formar orientadores familiares a través de estatutos y objetivos muy definidos, los cuales siguen funcionando hasta la actualidad (Mace, 1945/1948).

PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Continuando con la secuencia cronológica de los acontecimientos en el desarrollo de la profesión de terapia familiar, es necesario remontarse al pasado para ubicar de manera significativa y clara a los precursores. Fue en el decenio de 1950-1959 cuando los pioneros intercambiaban correspondencia y se comunicaban sus inquietudes y estudios respecto de la terapia familiar, todas éstas convergían en el *Family Process*, que apareció por primera vez en 1962.

JOHN BELL

Tal vez, quien tuvo las ideas más claras en los inicios de este movimiento fue John Bell, a quien se le puede llamar "el padre de la terapia familiar moderna" por sus publicaciones en el *Saturday Evening*. Una tarde de agosto de 1951, el doctor Bell, entonces profesor de psicología de la Universidad de Clark en Worcester, Massachusetts, fue a visitar al doctor John Sutherland, director de la clínica Tavistock en Londres. El doctor Sutherland platicaba de algunos estudios realizados por él en su clínica, comentando sobre el

trabajo que realizaba uno de sus colegas (el doctor Bowlby), dijo: "tiene a toda la familia del paciente asistiendo a terapia"; en ese momento sus respectivas esposas entraron para servir el té y el tema de la conversación cambió, pero unos días después, navegando de regreso a EUA, el doctor Bell recordó nuevamente la frase "tiene a toda la familia del paciente asistiendo a terapia", y comentó: "yo veo a todos los miembros de la familia en forma independiente y luego en una sesión conjunta; saber lo que estaban haciendo mis colegas fue un gran impacto, después pensé que esto era importante y decidí usar la misma técnica".

De regreso a su clínica en la Universidad de Clark, le fue remitido para consulta un joven de 13 años que había sido expulsado de su escuela en el oeste de Massachusetts por conducta violenta. El doctor Bell decidió trabajar en forma conjunta, no sólo con sus padres, sino también con sus hermanos. El padre, quien trabajaba como banquero y tenía muchas ocupaciones, rechazó participar en las terapias; posteriormente aceptó, comentando: <<esto no tiene sentido, es Bill, quien tiene los problemas, el resto de la familia está perfecta>>. En la primera y segunda sesión se revelaron conductas que el doctor Bell menciona de esta manera: "La madre es una persona muy rígida y perfeccionista, con hostilidad hacia Bill por ser hijo adoptivo. El padre es incapaz de enfrentarse a la esposa y busca escape por medio de la debilidad. De esta manera, debido al distanciamiento en la cúpula parental, Bill desarrolla sus problemas de agresividad". Así, al atender a toda la familia en forma conjunta, el doctor Bell logró ver el panorama completo del problema (Bell, 1961).

En 1953, el doctor Bell hace su primer reporte a un grupo de colegas, indicándoles el uso de nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar, a quienes atendía con técnicas individuales y grupales. Desafortunadamente, estas primeras experiencias no tuvieron difusión científica. Sus trabajos se divulgaron en el libro *Family Group Therapy* (1961).

De alguna manera el carácter y la decisión de Bell se reflejan en el reconocimiento y respeto de sus colegas, como Ackerman. Bell comenta:

Quando Arthur Rosenthal me pidió escribir un artículo en la última edición del *Ackerman Classic Book*, acepté inmediatamente y sin reservas. ¿Por qué reaccioné así?, porque del pasado llegan memorias dolorosas. Recuerdo que cuando consulté este libro por primera vez en 1958, me provocó un sentimiento de hostilidad ya que mis propias ideas y teorías de la familia y de la terapia familiar se encontraban entonces más avanzadas que las de Ackerman. Pero posteriormente, los años nos proporcionaron una buena amistad, las publicaciones en el *Family Process* nos acercaron más como colegas y nos brindaron el entendimiento y la madurez profesional, la cual terminó, desafortunadamente, con su repentina muerte. Esta mutua amistad nos permitió entender nuestras diferencias y similitudes profesionales.

Por su parte, Ackerman comentó:

Agradezco y reconozco con todo respeto la gran contribución de Bell al campo de la terapia familiar, por sus trabajos y la aportación de su obra *Family Group Therapy*, ya que constituye un libro de texto para la profesión de la terapia familiar (Bell, 1961).

NATHAN ACKERMAN

Se debe mencionar como uno de los precursores de este campo a Nathan Ackerman, quien llegó a esta especialidad a través de la psiquiatría infantil por su comprensión del papel de la dinámica familiar en la patología del paciente. Él comentó:

Durante la década de 1930-1939, cuando me encontraba realizando mi internado de especialización, la tarea más penosa era dar el reporte del avance del paciente a sus padres, en la visita semanal. En esos días parecía ser una tarea rutinaria, así era entendido en aquellas épocas. Separar al paciente de su núcleo familiar era el detonante que los hacía reaccionar de manera favorable durante la hospitalización: recuperarse y así poder abandonar el hospital para reunirse con su familia. Ese punto de vista cambió rápidamente después de haber terminado mi residencia hospitalaria. En los años de la depresión económica, cuando me involucré en el estudio de los problemas mentales causados por la depresión en un pueblo minero de Pensilvania, vi los efectos causados en la familia de un minero, sus experiencias fueron impactantes y me llevaron hasta el límite, a un campo inexplorado de la familia y su salud. Estudié a 25 familias donde el padre era el único proveedor de alimento. Algunos se encontraban sin trabajo por periodos de hasta cinco años; los mineros, acostumbrados al desempleo, pasaban los días en la calle o en el bar del pueblo, se sentían engañados y frustrados; se consolaban unos a otros para dar y recibir alivio, y para pasar los días de inactividad. Humillados como proveedores familiares, se quedaban fuera de sus casas todo el día. Ellos tenían más pena que sus familias. Las esposas e hijos vivían la incertidumbre de cada día, rechazando al padre y al esposo. Las esposas los castigaban o limitaban sexualmente, pues el hombre que no traía a casa su cheque de pago no era ya el jefe del hogar; perdía la posición, respeto y autoridad en la familia; la esposa lo echaba a la calle y buscaba consuelo en el hijo mayor. Así, la madre y el hijo usurpaban la posición de líderes de la familia. En estos miembros desempleados se encontraban sentimientos como depresión, culpa, crisis psicósomáticas, desórdenes sexuales, crisis hipocondríacas, pérdida de valores y de identidad, por tanto, la configuración de la familia de los mineros era altamente modificada debido a la incapacidad del hombre para cumplir su rol de proveedor familiar (Ackerman, 1967).

Éstas y otras experiencias motivaron a Ackerman a creer que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique. Él llevó consigo estas ideas como psiquiatra infantil a la universidad *Southard School*. Posteriormente ingresó a la *Menninger Clinic*, en Topeka, Kansas, donde se acostumbraba que el psiquiatra viera al paciente y el trabajador social a la familia de éste. Ackerman rompió con la rigidez de la consulta y permitió que los psiquiatras vieran a toda la familia, como una nueva modalidad de tratamiento. También en su práctica privada aplicó los nuevos conceptos de terapia y así descubrió, como anteriormente lo había hecho Bowlby, que la intervención con toda la familia podría ser de gran ayuda para romper el estereotipo del niño con problemas psiquiátricos. Su principal contribución no fue sólo el legado pragmático, también ofreció conferencias, pláticas y publicaciones sobre la relación de las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar. Él inició esta perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico, e inició a su

equipo de colegas en las visitas familiares de sus pacientes. Su artículo, en cooperación con Sober, *Family Diagnosis and Approach to the Preschool Child*, se convirtió en un documento fundamental de la teoría familiar. En 1955 organizó y dirigió las primeras sesiones de diagnóstico familiar que se llevaron a cabo durante la reunión de la *American Orthopsychiatric Association* (Ackerman, Baternan y Sherman, 1962).

En 1957 fundó e inauguró la *Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services* en Nueva York; en 1960, publicó su libro *The Psychodynamics of Family Life*, referente al diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares; pero su mayor aportación de servicios clínicos fue la fundación en 1960, del *Family Institute* en Nueva York, que después de su muerte recibió el nombre de *Ackerman Institute*.

La influencia de Ackerman en este campo se refleja en todos aquellos que continuaron con sus enseñanzas y en los profesionales que fueron capacitados en su instituto, como Israel Zwerlin y Salvador Minuchin. Cuando este último inició sus trabajos en la *Wiltwich School* en Nueva York, Ackerman fue su primer supervisor y profesor (Gurman y Kniskern, 1991).

■ CHRISTIAN F. MIDELFORT

Otro de los pioneros es Christian F. Midelfort, él ejemplifica lo que sucede cuando uno de los precursores se aleja y aísla de sus colegas pilares del movimiento terapéutico familiar. En el prefacio de su libro *The Family in Psychotherapy* dice:

Como participante del desarrollo de la psiquiatría moderna estoy manifestando en este libro los resultados de mis estudios con familias de pacientes con diferentes tipos de enfermedad. Mis experiencias y desarrollo en esta área se basan primeramente en las que observé durante la práctica de mi padre. Según mi conocimiento, por primera vez en este país se aplicaron estas técnicas a la terapia familiar en el *Lutheran Hospital*, en La Crosse, Wisconsin. En ese hospital los parientes del paciente psiquiátrico permanecían como si fueran enfermos acompañando al individuo hospitalizado de manera constante durante toda la estancia del mismo, para darle terapia recreativa y ocupacional, así como para apoyarlos durante las terapias de insulina; de esta manera se minimizan los riesgos de suicidio, miedos, agresión e inseguridad. Los padres tomaban parte en las entrevistas del paciente con el psiquiatra. El tratamiento de la familia se incluye en todo tipo de problemas mentales (Midelfort, 1957).

Entregó sus estudios y modelo técnico para la terapia familiar, en la reunión de 1952 de la *American Psychiatric Association*, APA (Asociación Psiquiátrica Estadounidense). Tal vez éste fue el primer informe de un psiquiatra de EUA que presenta este tipo de estrategia para el trabajo psiquiátrico, en él enfatiza los factores religiosos y éticos de los procesos de la salud mental. Para Midelfort, los valores de cada familia se basaban en sus propias tradiciones y raíces pero, desafortunadamente, por ubicar su trabajo en una pequeña

comunidad de Wisconsin, como jefe de psiquiatría y posteriormente como miembro del seminario luterano en St. Paul, Minesota, no le permitieron tomar parte activa dentro del movimiento vanguardista de la terapia familiar, en donde se intercambiaba información mediante reuniones y publicaciones. Nunca perteneció al grupo de escritores del *Family Process*, ni estableció alguna institución que continuara con sus conceptos renovadores (Midelfort, 1957).

■ THEODORE LIDZ

Theodore Lidz fue uno de los fundadores de la terapia familiar, con formación psicoanalítica durante la década de 1940-1949, después de ejercer como psiquiatra. Perteneció al grupo de la *Johns Hopkins University* y se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos. Lo que descubrió a través de sus estudios e investigaciones es que estos pacientes tienen una familia de origen que tiende a ser, en la mayoría de los casos, muy inestable (Lidz, 1957). Posteriormente continuó su práctica en la universidad de Yale, en 1951, ahí prosiguió con sus estudios de pequeños grupos de personas esquizofrénicas hospitalizadas y sus familias.

Al aplicar sus conocimientos psicoanalíticos descubrió la falta de capacidad que tienen estas familias para desarrollar sus propias estructuras internas, así como para definir los roles.

Lidz fue el primero en explorar el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia (Lidz, 1957). Fue también el primero en descubrir las relaciones destructivas entre los padres e hijos, lo que constituye una de sus mayores contribuciones. En algunos de sus casos encontró hostilidad y distanciamiento entre los padres, a lo que llamó *schism*. En otros observó tendencia de la madre a ser dominante de una manera destructiva, a lo que llamó *skew*, situación que resultaba más conflictiva para los hijos varones que para las hijas (Lidz, 1957). Presentó sus trabajos en la asamblea anual de 1955, en Washington, en la que encontró una similitud entre sus trabajos y los de Jackson, Bowen, Wynne y Ackerman. Finalmente, en 1962 aceptó el cargo de miembro consultante de las publicaciones de *Family Process* (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957).

■ LYMAN C. WYNNE

Tal vez de los pioneros mencionados, quien tiene la preparación más adecuada para este campo es Lyman C. Wynne. En 1948, después de haber recibido su título como médico de la universidad de Harvard, realizó un posgrado en relaciones sociales (PhD). Durante cuatro años tuvo la oportunidad de trabajar con precursores de áreas como psicología, psicología social y antropología.

Gracias a estos nuevos conceptos, sus ideas se identificaron con las de Parsons, para comprender un subsistema de un sistema más amplio, como es el de la familia. En esa época colaboraba con Erich Lindemann en el *Masachusetts General Hospital* y en el *Human Service of Wellesley*, una de las primeras clínicas de Norteamérica en brindar un servicio completo a la salud mental, y que atendía pacientes con problemas psicóticos y colitis ulcerada. De esta manera, descubrieron en su equipo de trabajo que las causas de la úlcera por lo general son los problemas familiares; lo que confirmó sus teorías respecto de la estructura familiar, su contexto social, la destrucción de la familia, así como otros conceptos (Gurman y Kniskern, 1991).

Posteriormente, en 1952 aceptó un puesto como psiquiatra en el *John Clauston's Laboratory of Socioenvironmental Studies* del *National Institute of Mental Health* (NIMH) en Bethesda, Md., desde donde continuó sus investigaciones y prácticas con familias de pacientes mentales. Primero, intentó reunir a toda la familia cuando los entrevistaba, pero esta técnica no resultó. Luego, de manera gradual, retomó las técnicas de Parsons respecto de la estructura de los sistemas familiares y después aplicó sus conocimientos a las familias de pacientes esquizofrénicos (Wynne, 1961; Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958).

Durante 1954, Murray Bowen ingresó al NIMH como jefe de investigación en tiempo parcial, para trabajar con cuadros esquizofrénicos hospitalizados y sus familiares. Wynne y Bowen trabajaron en el mismo hospital, pero desafortunadamente cada uno por su cuenta, y nunca pudieron unir sus conocimientos sobre los sistemas familiares de los pacientes.

Tiempo después, Wynne se identificó con los trabajos realizados por Bowen como el único que cultivó sus intereses respecto a la estructura familiar. Dos años después, cuando Bowen dejó la clínica, Wynne se quedó con su proyecto y continuó sus investigaciones de familias con pacientes esquizofrénicos (Nicholas y Schwartz, 1991).

La primera indicación de que Wynne y sus teorías no se encontraban aislados, sino que también sus colegas tenían los mismos intereses e inquietudes, se dio en 1957, durante la reunión anual de la APA, celebrada en Chicago, cuando él y Bowen intercambiaron información con Jackson, Lidz y Ackerman. Uno de los primeros resultados fue el intercambio de grabaciones de sus prácticas con familias, así como de experiencias entre Jackson y Wynne (Jackson, Riskin y Satir, 1961; entrevistas grabadas de Wynne en Palo Alto, California). Mientras que Wynne mandaba a Jackson grabaciones de consulta, éste grababa sesiones donde Virginia Satir representaba el papel de madre para escenificar el principio de Jackson de la teoría del "doble vínculo". Tiempo después, Jackson se disculpó diciendo que no grababa las sesiones originales, pero escenificaba lo sucedido en éstas. Mientras tanto Wynne continuaba intercambiando información con Palo Alto. Se les unieron otras instituciones hospitalarias. Finalmente, Wynne se convirtió en el jefe editor del *Family Process* y en 1971 se cambió del NIMH a la universidad *Rochester*

Medical School, donde todavía continuaba trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos (Wynne et al, 1958).

MURRAY BOWEN

Con experiencia en psiquiatría infantil, al igual que su colega Ackerman, Murray Bowen inició su relación en la terapia familiar durante su práctica en la clínica *Menninger*, en compañía de Midelfort. Él pensaba que los padres y especialmente la madre, deberían ser hospitalizados con el paciente psiquiátrico. Su petición fue rechazada por la dirección de esta clínica, por encontrarla demasiado rígida y autoritaria, especialmente en aquellos años cuando la psiquiatría se aplicaba de manera muy ortodoxa. Sin embargo, Bowen continuó sus estudios así como su práctica en la simbiosis de la madre con el paciente.

En 1954 ingresó al NIMH, donde sí se le permitió tener a la madre durante la hospitalización del paciente con esquizofrenia. De esta experiencia Bowen comentaba en su artículo del *Saturday Evening Post*:

Siete familias completas participaron en el proyecto que se realizó de 1954 a 1959. Usualmente se atendía de 2 a 3 familias simultáneamente en el hospital, en una unidad especial. Los padres ocupaban una habitación y sus hijos se encontraban en otra muy cercana; las familias comían en el mismo cuarto y compartían la misma sala de estar y de juegos. En la mayoría de los casos el padre salía a trabajar durante el día y en la noche regresaba al hospital con su familia. En otros, el padre se ausentaba totalmente del trabajo. La familia se encontraba en observación por psiquiatras del equipo, así como por trabajadores sociales, enfermeras y acompañantes, quienes algunas veces trabajaban siete días a la semana por periodos de ocho horas diarias. La privacidad de la familia se respetaba pero el equipo estaba preparado para cualquier llamado de ésta (Silverman y Silverman, 1962).

Originalmente el proyecto proveía terapeutas separados para cada uno de los miembros de la familia; pero después de un año, el único requisito de admisión era que toda la familia estuviera incluida en la terapia. Las familias admitidas con anterioridad continuaban con su terapia individual, pero poco a poco fueron incorporadas a terapia familiar conjunta. Se observó que en los pacientes de las nuevas familias que ingresaban a terapia familiar conjunta se presentaban mayores avances, mientras que no sucedía así con las familias que continuaban con la terapia individual, en la que la actitud del paciente era: <<Yo sólo le digo mis problemas al doctor y no a mi familia>>. Como resultado de este análisis, algunos meses después, todas las familias fueron incorporadas al programa de terapia familiar conjunta (Bowen, 1976).

Bowen aplicó este nuevo procedimiento a su práctica privada, su primer paciente fue un esposo joven y talentoso con una personalidad compulsiva con reacciones fóbicas, quien había hecho poco por progresar en su psicoterapia.

Después de asistir seis horas a la semana, el caso fue presentado al supervisor terapéutico, quien comentó:

Si a este paciente, se le continúan aplicando las técnicas psicoanalíticas, tal vez después de 600 o 700 horas llegue a mejorar sus fobias y personalidad. Mientras tanto, su esposa, en estos dos años, es posible que desarrolle también una gran cantidad de problemas y tendrá que ser referida a otro psiquiatra por 2 o 3 años. Así, después de seis años a partir de ese momento y después de 1000 horas de psicoanálisis, tal vez los dos tengan sus vidas en perfecto orden. Pero ¿cómo podría tener mi conciencia tranquila, durante todos estos años, si yo sé que aplicando otro contexto terapéutico podría lograr lo mismo en menos tiempo? Por otro lado, ¿cómo podría estar tranquilo conmigo mismo si sugiero este nuevo enfoque de terapia que no se ha practicado y sé que el psicoanálisis es el indicado? El supervisor me cuestionó la conveniencia de hacer este cambio después que el paciente había trabajado bajo un encuadre psicoanalítico, además ¿cómo reaccionarían al cambio él y su esposa? Esto fue discutido con el paciente y una semana después éste llegó acompañado a la sesión por su esposa. Los métodos aplicados fueron el análisis de las reacciones emocionales en el otro; continuaron sus sesiones tres veces a la semana durante 18 meses, para hacer un total de 203 horas. El resultado fue mucho mejor de lo esperado si se hubieran aplicado 600 horas para cada uno (Bowen, 1960).

Después de dos años de práctica en el NIMH, Bowen no recibió apoyo para continuar con el proyecto, dejó esta institución e ingresó en 1956 a *Georgetown University*, la que se encontraba a unos cuantos kilómetros de distancia, con el propósito de continuar con su proyecto. Desafortunadamente, el jefe de la clínica murió durante el proceso de cambio y no le fue permitido llevar a su equipo de colaboradores. Sin embargo, al estar ya establecido en esta universidad inició el primer programa para formar terapeutas familiares y de pareja, distinguiéndose de los demás terapeutas por establecer su propio modelo terapéutico.

En 1971 realizó el famoso viaje a casa de su familia en Pensilvania, para llevar a cabo lo que llamó "una reunión de asuntos pendientes con ellos" (para obtener información detallada de esta experiencia y su análisis, véase sus escritos en Framo, 1976). Este viaje fue el prototipo de aquellos que recomendaba a muchos de sus pacientes, quienes tenían problemas no resueltos con su familia de origen. Bowen continuó sus trabajos en Georgetown hasta su muerte, en 1990.

● CARL WHITAKER

Desde sus inicios, Carl Whitaker fue reconocido como el más irreverendo de todos los fundadores de la terapia familiar, pues desarrolló sus técnicas de lo absurdo. En esta terapia y frente a la familia, él representaba una actitud de mayor enojo que ellos; por ello él fue uno de los que realizó cambios más violentos, respecto al psicoanálisis tradicional. En 1943, él y John Warkentin, cuando ejercían la psiquiatría en Oak Ridge, Tennessee, iniciaron la práctica de

incluir en la terapia al cónyuge y en algunas ocasiones a los hijos de éstos; en 1946 se cambió para Atlanta, como jefe de psiquiatría en la clínica *Emory*; ahí enfatizó su práctica con pacientes esquizofrénicos, también encontró que involucrar a la familia en el tratamiento da resultados positivos.

Simultáneamente inició un nuevo proyecto llamado *Dual therapy (Conjoint Marital Therapy)* y en 1954 publicó el resultado de su proyecto con 30 parejas tratadas de 1955 a 1957. A Whitaker se le debe dar crédito por haber convocado la primera reunión del movimiento de terapia familiar. De su experiencia, Whitaker comentó:

Nuestro equipo de psiquiatras, en la clínica *Emory*, se reunió con el grupo de pacientes psiquiátricos por lo menos cuatro horas diarias para intercambiar experiencias. Nos concentrábamos en el tratamiento de un paciente y su familia durante días. Se realizaban dos entrevistas por un equipo cada día, mientras que el resto observaba a través de la cámara de Gesell. Pasábamos el resto de la jornada con el equipo discutiendo las entrevistas (Whitaker y Malone, 1953).

Dentro del movimiento de la terapia familiar, Whitaker siempre tomó parte central de todos los acontecimientos desde sus comienzos, siendo uno de los primeros editores del *Family Process* y uno de los primeros clínicos en incorporar a la terapia familiar la figura de los abuelos. En 1965 se cambió de Atlanta, para ser profesor emérito en el Departamento de Psiquiatría de la *University of Wisconsin Medical School*, hasta su muerte en 1995.

● MENTAL RESEARCH INSTITUTE (MRI)

No podría conjuntarse un grupo con tanta experiencia y conocimientos como el formado en Palo Alto, en el *Mental Research Institute (MRI)* al que pertenecieron personalidades de la terapia familiar como Don D. Jackson, Gregory Bateson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Kantor, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John H. Weakland; no es posible mencionar a uno sin hacer referencia a los restantes. Gregory Bateson fue uno de los fundadores del campo de la terapia familiar, lo cual es irónico y muchos lo consideran así, ya que en sus inicios él tenía muy poco interés en este campo. Bateson no era terapeuta sino antropólogo y filósofo, fue hijo del biólogo más importante de su época, William Bateson, quien introdujo el término "genética" al idioma inglés. Gregory Bateson, antes de que enfocara su atención a la dinámica familiar, tenía ya mucha experiencia como antropólogo; investigó la estructura familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda con su esposa Margaret Mead (Nicholas y Schwartz, 1991); además de la comunicación y comportamiento en algunas especies animales. Fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética, tenía estudios filosóficos y debatía la filosofía de personajes como Bertrand Russell

y Al Frederick North Whitehead. Intercambiaba experiencias y conocimientos con personalidades de la psiquiatría como Kurt Lewis y Harry Stack Sullivan. Todo esto antes de dedicarse de lleno a lo que fue su única verdad: la condición humana. Con Jürgen Ruesch publicó un libro titulado *Communication – The Social Matrix of Psychiatry* (Ruesch y Bateson, 1951).

Fue una feliz coincidencia la razón por la cual Bateson se inició en el campo de la comunicación y sus conceptos paradójicos. Whitehead y Russell habían desarrollado los conceptos jerárquicos de la lógica como manera de resolver las cualidades paradójicas de algunas afirmaciones, por ejemplo la clásica “yo miento”. Como en todas las paradojas, lo difícil es pensar de este modo, lo más desconcertante de la expresión sería: “ésta es verdad solamente si es falsa y es falsa solamente si es verdad”. Usando esta teoría de la lógica se aclara que la paradoja está formada por dos afirmaciones contradictorias que eluden la comprensión porque se encuentra a dos diferentes niveles de lógica. Así, éste es el evidente contenido de la expresión “yo miento”, que también tiene un marco de referencia o una metareferencia, la cual no se dice en forma explícita pero es inherente a cualquier discurso que afirme “espero que tú creas todo lo que yo te digo”, cuando el mensaje original “yo miento” pierde toda su inquietud mental y su contexto de paradoja.

Durante su observación con familias de pacientes esquizofrénicos, Bateson quedó sorprendido de la gran cantidad de contextos paradójicos y metamensajes que presentaban estas familias; como cuando se dice “esto es sólo un juego”, lo cual permite de alguna manera, comportarse como los animales en una batalla sin miedo ni terror. La aparente verbalización absurda del esquizofrénico tiene ese mismo significado; también, el aparente humor que nos desencadena un ventrílocuo cuyo títere está lleno de contextos paradójicos (Gurman y Kniskern, 1991).

En 1952, Bateson obtuvo fondos de la Fundación Rockefeller para continuar con sus investigaciones en este campo, junto con Jay Haley y John Weakland. El primero, con una especialización en comunicación, estudiaba las fantasías durante el proceso de análisis de sus pacientes, de manera similar a la realizada por Bateson. Weakland tenía la especialidad de ingeniero químico, pero le interesó más la antropología de la cultura oriental.

Uno de los primeros intereses de Haley fue establecer contacto profesional con Milton Erickson y su trabajo de hipnosis; de hecho, llegó a ser el mejor expositor de sus teorías. Los modelos ericksonianos de la teoría estratégica, así como los de la paradoja, se convirtieron en la piedra angular de la terapia familiar en el MRI de Palo Alto. En 1954, los fondos de la Fundación Rockefeller se agotaron y el grupo tuvo que recortar sus estudios en esa área y se limitaron a continuar con el estudio de familias con miembros esquizofrénicos; esta investigación proponía la siguiente premisa: “la esquizofrenia infantil se debe a que el niño es atrapado por la madre en un contexto mental basado en una comunicación de paradojas”, lo cual llevaba a la madre no sólo a castigar al niño por sus demandas de cariño, sino también por cual-

quier insinuación que el niño hiciera respecto de que la madre no lo amaba (Gurman, Kniskern, 1991).

Este proyecto fue apoyado por las conferencias de la Fundación *Macy's* para lo cual invitaron a colaborar a Don D. Jackson, como psiquiatra consultante, con el fin de proseguir sus estudios de niños esquizofrénicos y su comunicación con la madre. Jackson había trabajado como psiquiatra infantil de Chestnut Lodge, en Rockville, y sus estudios se habían especializado en la importancia de los mecanismos de hipnosis en la familia, supervisados por Sullivan. En 1956, el equipo formado por Haley, Bateson, Jackson y Weakland generó el discutido informe psiquiátrico *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, en éste, incluyeron el concepto de “doble vínculo” como la causa de la esquizofrenia en los niños. Por contradictorio que parezca, ellos nunca habían observado la dinámica de la familia de esquizofrénico, en terapia. Haley comentó que no se le había ocurrido que la esquizofrenia se presentara en los niños por la interacción familiar, ya que la población en la que se basaron para establecer sus teorías fue la clínica hospitalaria de los veteranos de guerra; sin embargo, señaló que uno de los pacientes mostraba un alto grado de ansiedad después de la visita de su madre al hospital, lo que le indicó que debía observarse sistemáticamente la visita de la madre al paciente. Ello reveló de manera dramática cómo funcionaba el principio de doble vínculo. Después de esta experiencia, el grupo decidió, como parte del proyecto, incluir en la terapia del paciente a toda la familia, así como grabar en vídeo todas las sesiones para su estudio posterior.

En 1957, Jackson se reunió con John Bell y Charles Julweiler, quienes le indicaron el uso de la cámara de Gessell como un mecanismo interactivo de supervisión. El año de 1959 fue crucial para los trabajos de Jackson y su grupo, ya que publicaron de nueva cuenta sus investigaciones respecto a la terapia familiar conjunta en las que indicaban que ésta resulta más efectiva para el tratamiento de familias de esquizofrénicos que la terapia individual del paciente; ese mismo año, conjuntando los intereses de Bateson en la terapia familiar, se fundó el MRI, que se especializó en la terapia familiar de la comunicación. También en 1959, Virginia Satir dejó Chicago, para formar parte del instituto, ella fue la única mujer en ingresar al MRI con estudios de trabajo social. En privado, Satir había trabajado con familias en Chicago desde 1951; su primera sesión conjunta con la familia había sido por casualidad, según indica Bunny Duhl (1981):

La madre de una joven con problemas, a quien Satir había estado viendo en terapia, pero sin mejoría, pidió se le indicara a su hija que fuera más cariñosa con ella. Satir respondió solicitándole que se presentara con la hija para la siguiente sesión, en la que observó el mismo comportamiento en ambas, en la misma forma que ella misma (Satir) lo experimentaba con su propia hija, cosa que le impactó profundamente. Para la siguiente sesión, pidió a la paciente que trajera a su esposo y a su hija. Continuaron con el tratamiento observando gran progreso en la paciente, hasta que Satir fue invitada a participar en el MRI en 1959.

Durante su práctica en Chicago, Satir preparaba terapeutas para la residencia en el *Illinois State Psychiatric Institute*, en ese entonces escribió: "Trabajé con técnicas sistémicas mucho antes de que las conociera o que, incluso, hubiese escuchado algo de ellas". En 1957 leyó el artículo de Don D. Jackson *Hacia una teoría de la esquizofrenia* y entendió qué es lo que estaba haciendo (Guerin, 1976).

En 1960, Jackson asistió a la reunión anual de la AAMC, en Nueva York y acordó con Ackerman que fuesen el MRI y el Instituto de la Familia en forma conjunta, los responsables de la nueva edición de *Family Process*. Haley fue el primer editor asignado, como se ha hecho notar anteriormente, esa publicación fue la fuente que unificó el campo de la terapia familiar. En 1967, Haley dejó el MRI y se fue con Salvador Minuchin a trabajar en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, en Filadelfia.

Virginia Satir y sus publicaciones fueron influenciadas por su trabajo en el MRI de Palo Alto. En ellas desarrolló el concepto de "metamensaje", referido a conceptos de interacción familiar, a diferencia del que había aportado anteriormente respecto de la terapia familiar conjunta. A mediados del decenio de 1960-1969 renunció al MRI, cuando sus intereses se enfocaron más al movimiento del desarrollo humano y se incorporó al *Esalen Institute of Big Sur*, Ca. Tal vez, más que nadie en la terapia familiar, ella fue la responsable de popularizar este movimiento, ya que tenía gran carisma y simplicidad en todas sus presentaciones, además sus publicaciones han sido leídas por miles de personas en todo el mundo.

En 1968 murió Don D. Jackson, perdiendo el campo de la terapia familiar a uno de sus fundadores más creativos y entusiastas. Gregory Bateson dedicó sus últimos años al estudio del comportamiento animal en el Instituto Marino de Hawaii, y murió en 1980 a la edad de 76 años, Virginia Satir falleció en 1988.

IVAN BOSZORMENYI-NAGY Y COLABORADORES

Ivan Boszormenyi-Nagy fundó el Grupo de Filadelfia, convirtiéndose en el primer director y presidente del *Family Psychiatric at the Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute*, el cual puede ser catalogado como uno de los grupos más significativos en el campo de la investigación y formación de profesionales en la terapia familiar. En la psiquiatría, durante su etapa de psicoanalista, trabajó con las teorías de la psicosis, luego se integró a la terapia familiar. Como director de ese centro fue capaz de reunir un equipo excepcional de profesionistas, llegando a ser uno de los institutos más acreditados de Estados Unidos.

Colaboraron con él personalidades como James Framo, Gerald Zuk, Geraldin Spark, David Rubinstein, Barbara Krasner, Margaret Crotoneo, León Rubinstein, Geraldin Lincoln-Grossman y Oscar Weiner. Ellos organizaron

el primer programa de capacitación de terapeutas familiares en Holanda, en 1967. Difundieron la terapia familiar en todo EUA a través de conferencias. Cientos de profesionistas fueron preparados en este instituto hasta que, abruptamente, los fondos fueron suspendidos por el Estado de Pensilvania y en 1980 se tuvo que cerrar el centro de psiquiatría y suspender el programa de investigación. Sin embargo, una de sus mayores aportaciones fue el texto denominado *Intensive Family Therapy* de Boszormenyi-Nagy y Framo (1965), donde el primero hace una de las primeras aportaciones a lo que más tarde se llamó **terapia contextual** o **terapia integral**. Nagy y algunos de sus colegas continuaron sus trabajos en la *Hahnemann University*.

Después de la publicación de *Family Process*, en el año de 1962, se puede decir que la terapia familiar inicia otra época. Los pioneros siguieron activos, aportaron toda su experiencia y conocimiento a este campo, pero fueron seguidos por nuevos talentos. Para finales de 1967 surgió una asociación nacional en EUA, la *American Family Therapy Association* (AFTA) fundada por la reunión de varios institutos establecidos y reconocidos. Se editaron libros con diferentes enfoques en la materia y se esparció rápidamente el interés por la terapia familiar, estableciéndose más institutos para la preparación de profesionales.

Es justo decir que Nueva York y Filadelfia son las capitales más importantes del este de EUA, en lo que tiene que ver con la terapia familiar en los últimos 15 años.

ISRAEL ZWERLING Y COLABORADORES

Como segundo centro de importancia en Nueva York se encuentra el *Albert Einstein College of Medicine* y su filial el *Bronx State Hospital*. Israel Zwerling, junto con Marilyn Mendelson, (psicoanalizada por Don D. Jackson) fundaron en el decenio de 1960-1969 el *Family Studios Section*, en el Departamento de Psiquiatría del *Bronx State Hospital*, centro que continúa siendo un gran derrotero en el campo de la terapia familiar. En 1964, Andrew Ferber se convirtió en director del programa; luego Philip Guerin, discípulo de Bowen, fue director académico, en 1970.

SALVADOR MINUCHIN Y COLABORADORES

La tercera institución en Nueva York que ha realizado grandes aportaciones a este campo es el *Wiltwyck School of Boys*. A principios del decenio de 1970-1979, Edgar Auerswald y Salvador Minuchin trabajaron conjuntamente en el programa de delincentes menores. Bajo el apoyo y la supervisión de Ackerman, iniciaron un programa muy ambicioso, *La dinámica de las familias pobres*, quedando altamente impresionados por la pobreza de las familias portorriqueñas, quienes presentaban el conflicto en sus limitaciones eco-

nómicas como emigrados y no en problemas psicodinámicos. Cuando a estas familias se les dio apoyo y orientación, sus síntomas desaparecieron. Salvador Minuchin, nativo de Argentina, donde recibió su título de médico, emigró a EUA para ubicarse en la ciudad de Nueva York, donde se especializó como psicoanalista, para luego realizar trabajos en Israel, con niños afectados por la guerra de los siete días y que habitaban en los kibbutz. Aquí fue donde por primera vez comprendió la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia. Llegó a sus manos el artículo de Ackerman *The Unity of the Family*, pero encontró limitaciones para aplicar estos conceptos a familias de clase más baja, con poca educación. Su proyecto concluyó con la obra *Families of the Slums* en la que cooperaron sus colegas Braulio Montalvo, Bernard Guernsey, Bernice Rosman y Florence Schumer (1967). Como resultado, Salvador Minuchin llegó a ser el director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic* donde sus contribuciones y conceptos maduraron y se expandieron. Invitó a colaborar con él a Montalvo y a Rosman, así como a Jay Haley, quien formaba parte del grupo del MRI. Juntos formaron un programa para preparar terapeutas familiares de la comunidad de raza negra; parte del éxito de este programa fue el establecer un sistema de supervisión llamado *On line*, programa que ellos idearon para que todas las sesiones fueran supervisadas por equipos de especialistas desde la cámara Gessell, donde tenían una intercomunicación de la sala de terapia a la de supervisión, y en ocasiones detenían la terapia o salían de la misma para oír los consejos de los supervisores (Guerin, 1976).

Las aportaciones del grupo integrado por Salvador Minuchin y Jay Haley, fueron sustantivas tanto en el modelo de familia como en sus técnicas terapéuticas y su metodología, las que llegaron a conocerse como "Terapia estructural". Minuchin manifestó un gran interés en el estudio de las familias que inducen problemas psicosomáticos, como anorexia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978).

Otro instituto también significativo en Filadelfia, es el formado por Friedman y Oscar Weiner del *Philadelphia Psychiatric Center*, ellos también realizaban terapia familiar conjunta y en 1964 se incorporaron al *Family Institute of Philadelphia* como parte ramal del *Institute Ackerman* de Nueva York. Muchos terapeutas familiares iniciaron sus carreras en este instituto, por mencionar algunos, Gerald Zuk y Ross Speck, quien desarrolló la intervención de las terapias cortas llamadas *Network Therapy*.

El MRI de California también ha pasado por una gran cantidad de penalidades y de cambios para poder llegar a consolidarse como una de las instituciones pioneras de la terapia familiar en el campo de la comunicación y los sistemas. Fue en 1967, cuando el grupo formado por Watzlawick y Jackson editó el libro *Pragmatics of Human Communication*, el que de algún modo sintetizaba los trabajos de este grupo hasta ese momento.

Sin embargo, con el cambio de Jay Haley a Filadelfia y la muerte de Don D. Jackson el grupo pasó por un momento de crisis y reajuste, pero emergió

un nuevo liderazgo muy productivo en este campo como el de Paul Watzlawick, Arthur Bodin, John Weakland, Richar Fisch, quienes, bajo la dirección y liderazgo de Fisch, establecieron el centro de Terapia breve; este esfuerzo por establecer estrategias y una perspectiva de *Brief Interventions* con pacientes con alto grado de alteración los condujo a escribir dos textos de gran relevancia en este campo, como son *Change Principles of Problem Formation* de Watzlawick, Wekland y Fisch y otro más reciente, *The Tactics of Chance: Doing Therapy Briefly*, de Fisch, Weakland y Segal (1982).

Otro de los grandes innovadores del MRI es Carlos Sluzki, quien tal vez ha hecho más que los fundadores para estudiar y redefinir el concepto de doble vínculo y quien se convirtió en el tercer editor en jefe del *Family Process*, reemplazando a Donald Bloch en 1983.

Se debe mencionar también a Jules Riskin, gestora de los trabajos para evaluar psicométricamente la interacción de la dinámica familiar.

■ MARA SELVINI-PALAZZOLI Y COLABORADORES

Mientras tanto en Milán, Italia, Mara Selvini-Palazzoli, psiquiatra de niños, trabajaba con jóvenes anoréxicos y sus madres; se interesó en el trabajo de Bateson y Ackerman. En 1967, en compañía de tres colegas, Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin, fundó el Instituto de la Familia en Milán. Igual que en Galveston, sus clientes venían de distancias muy lejanas; los asociados de Milán (como ellos se llamaban) desarrollaron técnicas cortas de intervención, en las que intervenían a las familias por sólo 10 días en sesiones que duraban todo el día, espaciadas por un mes. En 1967 este grupo realizó su visita a los centros terapéuticos de EUA; este viaje, así como la información literaria especializada publicada en ese país, enriquecieron sus estrategias de trabajo. La subsecuente historia de este dinámico grupo se puede dividir en dos importantes grupos: Selvini-Palazzoli y Prata en uno, Boscolo y Cecchin en otro, ellos se desligaron de sus intereses iniciales, como fueron los problemas de anorexia.

■ ROBERT MCGREGOR Y AGNES RITCHIE

Un movimiento importante en el campo de la terapia familiar es el suscitado en Galveston, Texas, al sur de EUA; ahí se desarrolla una de las técnicas más innovadoras de la terapia familiar, con las aportaciones del psicólogo clínico Robert McGregor, de la trabajadora social Agnes Ritchie y otros que trabajan con delincuentes juveniles y sus conflictos familiares. Utilizan la técnica de hacer explotar virtualmente a las familias con un grupo de especialistas, como psiquiatras, trabajadoras sociales y psicólogos en una interacción que tiene dos días de duración; su objetivo es producir un cambio notable en la

familia del delincuente, que dure por lo menos varios días. Ellos llaman a esta técnica "Técnica de Impacto Múltiple" (MacGregor et al, 1964).

FREDERICK DUHL

La fundación del *Boston Family Institute* en 1969 ilustró claramente cómo emergió el desarrollo de nuevas instituciones hacia el interés de la terapia familiar. Sus dos fundadores fueron Frederick Duhl y David Kantor, ellos habían tenido experiencia con familias, pero ninguna preparación en terapia familiar. Duhl, como psiquiatra, al igual que Lyman Wynne, se había vinculado con el trabajo de Erick Lindemann en el *Massachusetts General Hospital* donde, durante su preparación con pacientes psicóticos, atendió por primera vez a las familias en contexto terapéutico. También conoció a Edgar Auerswald, con quien intercambió experiencias profesionales en el campo de la terapia familiar. Kantor, con especialidad en psicología, grupos y psicodrama, había realizado un estudio comparativo con grupos de familias normales y esquizofrénicas; publicó en 1965 un libro titulado *Inside the Family*. Dos años más tarde, Kantor y Duhl decidieron unirse para ofrecer el curso de terapeutas familiares a los médicos residentes del *Boston State Hospital*. Esto no tuvo buena aceptación por parte de sus discípulos, sin embargo, obtuvieron importantes experiencias de este fracaso; dos años después fundaron el *Boston Family Institute*.

En Chicago, se crearon dos centros de preparación para terapeutas familiares durante este último periodo (1968). Charles Cramer fundó el *Family Institute of Chicago*. Como psicoanalista nunca fue preparado para trabajar con familias, pero mantuvo contacto con todos los movimientos de la terapia familiar, en las reuniones anuales de la asociación; su trabajo es filial al *Department of Psychiatry of Northwestern Medical School*. El otro centro de preparación de terapeutas familiares en Chicago es el *Irving Borstein's Program* en el instituto *Juvenile Research*. Todos los programas que se desarrollaron en Chicago fueron influenciados por las teorías de Carl Whitaker, quien fue el supervisor inicial de estos programas (Whitaker y Malone, 1953).

Actualmente, después de medio siglo del inicio de la profesión, los centros de capacitación para terapeutas familiares han proliferado y se cuentan los siguientes:

En EUA:

The Boston Family Institute
The Family Institute de Cambridge
Kantor Family Institute
The Family Therapy Practice Center de Washington
The Philadelphia Child Guidance Clinic

United States International University, San Diego
Atlanta Institute for Family Studies
Brief Family Therapy Center, Palo Alto California
Family Institute, de Filadelfia
Mental Health Institute, de Nueva York
Family Systems Program
The Galveston Family Institute
The Mental Research Institute, Palo Alto California
Family Studies, Inc, Nueva York
The Ackerman Institute de Westchester
The Family Therapy Training Program de la *University of Rochester*
California University, Loyola Marymount
The Institute of Family Relations, California
Irving Borstein's Program
The California Family Studies Center
Rochester Medical School
Menninger Clinic, de Topeka, Kansas
Georgetown University
Emory Clinic, de Atlanta, Georgia
The Free Students (James Rue), de Nueva York
University of Wisconsin Medical School
Family Institute de Chicago
Bronx State Hospital Family Studies Section, en Nueva York
Illinois State Psychiatric Institute
Brief Therapy Center, Woodstock, Nueva York
Family Institute, en Vermont, Virginia
Milwaukee Brief Therapy Center
Medical School Robert Wood Johnson, en Picataway, Nueva Jersey
Family Institute, de Nueva York

ESTABLECIMIENTO FORMAL DE LA PROFESIÓN

En 1932 funcionaban tres centros de orientación familiar, 15 años después, en 1947, Ernest Groves refiere 15 centros que operaban de manera oficialmente reconocida. A diferencia de los primeros tres que iniciaron sus trabajos en Los Ángeles, Filadelfia y Nueva York, los siguientes se formaron en Boston, Chicago, Detroit, Cincinnati, Washington, Chaper Hill y San Francisco (Gurman y Kniskern, 1991).

Para aquel entonces además se publicó el primer libro de texto de orientación familiar, *Marriage and Family Counseling* (1945), escrito por el rabino Sydney Goldstein, quien fuera piedra angular y fundador del *Jewish Institute on Marriage and Family*, en Nueva York y presidente del *National Counsel on Family Relations and Marriage Counseling Practice* (1948).

David Mace fue nombrado miembro honorario foráneo de la AAMC por sus trabajos en Gran Bretaña, por ser el fundador de la orientación familiar en su país y por su aportación con la obra *The Practice of Marriage Counseling* (Mace, 1948).

En el año de 1948, durante la reunión anual de la AAMC y el Concilio Nacional en Relaciones Familiares, se propuso la presidencia de Abraham Stone y bajo su mandato se establecieron los estándares para los profesionales en la orientación familiar. En el acta de la reunión nacional celebrada por el AAMC el 11 de mayo de 1949, figuran:

Abraham Stone, MD Presidente
 Janet Fowler Nelson, Secretaria
 Gladys, H. Groves
 Sophia J. Kleegman, MD
 Robert W. Laidlaw, MD
 Emily Hartshone Mudd
 Reverendo Otis R. Rice
 Ana Budd Ware
 Herbet D. Lamson

Ellos acordaron que la orientación familiar se reconoce como una especialidad en el campo de la orientación, que estudia las relaciones entre los cónyuges. Ésta concentra gran cantidad de profesionistas relacionados con esta disciplina e interesados en pertenecer a esta especialidad, ya sean médicos, clérigos, psiquiatras, pedagogos, psicólogos, sociólogos o trabajadores sociales. Los requisitos para ser aceptados como especialistas en la orientación familiar son presentados aquí en términos de preparación académica, experiencia profesional, cualidades personales (Gurman y Kniskern, 1991), que a continuación se describen.

PREPARACIÓN ACADÉMICA

- A) Cada orientador familiar deberá ser profesionista y estar graduado en una institución ampliamente reconocida; el título podrá ser de las siguientes materias: educación, economía familiar, derecho, medicina, enfermería, psicología, sacerdocio, antropología social, trabajo social y sociología.

- B) Cualquiera que sea la materia elegida, deberá tener acreditados cursos de especialización en: psicología, desarrollo de la personalidad, elementos de psiquiatría, biología humana (incluidos los fundamentos de anatomía sexual), fisiología, genética, psicología del matrimonio y de la familia, aspectos legales del matrimonio y de la familia, además de técnicas de orientación.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- A) El candidato deberá tener por lo menos tres años de experiencia reconocida en su campo de especialidad, así como experiencia clínica bajo supervisión de un especialista en terapia familiar.
- B) Para ingresar a la asociación, el aspirante deberá tener la capacidad de diagnosticar con habilidad entre los niveles superficiales y los más profundos de desajuste familiar, así como ser capaz de reconocer cuándo la familia deberá ser referida a otro especialista.
- C) Tener una actividad científica que observe las variaciones individuales y sus derivaciones; por ejemplo ser especialista en el área del comportamiento sexual y tener la habilidad de discutir estos problemas de manera objetiva.

CUALIDADES PERSONALES

- A) El candidato deberá poseer integridad personal y profesional de acuerdo a los estándares de la ética.
- B) El aspirante deberá poseer una actitud de interés, apego y bondad hacia la gente; combinando todo esto con una gran integridad y madurez emocional.
- C) La experiencia personal en el área matrimonial y parental se considera como otra cualidad.

El primer gran logro de la AAMC fue definir y estandarizar sus objetivos en la reunión del 11 de mayo de 1949, como resultado de varios años de esfuerzo y penalidades. Posteriormente, en 1956, la AAMC acreditó otras tres instituciones para la formación de orientadores familiares:

1. *Marriage Council of Philadelphia*, F.
2. *Merrill - Palmer School*, en Detroit, Mich.
3. *Menninger Clinic*, en Topeka, Kansas.

Con todos estos años de experiencia, y contando con centros especializados en el campo de la orientación familiar, al principio de la década de 1960-1969 la profesión llegó a adquirir una identidad propia y bien definida, y su filosofía de tratamiento. Desafortunadamente el proceso que en sus inicios tuvieron que pasar estas clínicas fue muy lento y penoso, ya que sus estudios clínicos revelan que la terapia con familias llegaba solamente a 5% de la práctica total en el decenio de 1940-1949, 9% en el decenio de 1950-1959 y 15% en el de 1960-1969. Todavía más impresionantes son los datos que corresponden al tratamiento de parejas, donde el porcentaje bajó de 5 a 3% y llegó hasta 1%. Así, la intervención se tuvo que realizar con un solo cónyuge, es decir, una intervención personal respecto a los problemas conyugales (Guerin, 1976).

Algunas investigaciones referentes a los inicios de la orientación familiar, revelan la lentitud de los cambios que entonces se permitían. Se manejaban todos los casos bajo normas y actitudes muy ortodoxas. En el año de 1965, la AAMC reconocía como dedicados a la orientación familiar únicamente a 25% de sus asociados; el 75% restante ejercía básicamente su profesión, como era la de médicos, psiquiatras, sociólogos y demás. (Gurman y Kniskern, 1991.)

La AAMC pasó, como consecuencia, por momentos muy difíciles a finales del decenio de 1950-1959 y se vio obligada a cerrar las puertas de su clínica en Nueva York, ya que no podían cubrir sus gastos. Afortunadamente, en la década de 1960-1969, David y Vera Mace emigraron de Inglaterra a EUA, apoyando a la AAMC con una clínica en Nueva Jersey, la cual llegó a ser autosuficiente después de varios años.

Al mismo tiempo que estos conflictos se presentaban en la costa este de EUA, en la costa oeste tenía lugar el *American Dream*, con la gran afluencia demográfica y el auge de la posguerra. En el sur de California, un grupo de orientadores familiares con gran determinación se reunió para legislar y reglamentar la formación y práctica profesional en este campo. Algunos de ellos fueron James A. Peterson, fundador del primer doctorado (PhD) y del centro de orientadores familiares de la Universidad de California en 1953; también Clinton Phillips, en ese tiempo director del *Institute of Family Relations* fundado por Popenoe en 1930, y posteriormente fundador del *California Family Studies Center*.

James Rue fue el fundador de una institución independiente llamada *The Free-Sanding California Association of Marriage and Family Counselors*. En ese tiempo esta agrupación de California decidió no asociarse a la AAMC, cosa que hizo posteriormente; en la actualidad cuenta con más de 18 000 asociados y desde 1963 obliga a obtener la licencia del Estado para ejercer la especialidad en terapia familiar y terapia infantil. Por primera vez se limitó la práctica de la terapia familiar sólo a las personas que tuvieran la preparación requerida por la asociación de ese Estado y se estableció la clara diferencia entre la especialidad de terapia familiar y las demás especialidades, como medicina, psiquiatría o trabajo social (Whitaker y Malone, 1953).

CONSOLIDACIÓN Y MADUREZ DE LA PROFESIÓN

Al inicio del decenio de 1970-1979, la profesión obtuvo su maduración y consolidación. En un estudio comparativo y analítico de las publicaciones especializadas es posible ver cómo en esta área se fue fortaleciendo la profesión y la información en este campo, desde sus inicios a partir de 1940 hasta la década de 1970-1979 realizando 10 publicaciones con tópicos de familia.

Fue hasta 1975 cuando William Nichols editó el *Journal of Marital and Counseling* que en 1979 se llamó *Journal of Marriage and Family Therapy*. De esta manera, la especialidad de terapia familiar obtuvo otra publicación para expresar sus bases e investigaciones. En la década de 1990-1999 existen, en inglés, por lo menos una docena de revistas especializadas y 15 en otros idiomas (Guerin, 1976).

Uno de los beneficios que se obtuvo en el campo de la terapia familiar fue la apertura a las aportaciones, que desde el principio se planteó para su práctica. Su enfoque fue multidisciplinario y en él se conjuntaron las contribuciones de médicos, psiquiatras, pedagogos, sociólogos, genetistas, comunicólogos y psicólogos. Ahí los problemas familiares se analizaron desde diferentes enfoques profesionales, lo que permitió fortalecer sus inicios a esta creciente profesión. Aparecieron algunas nuevas orientaciones en el campo cognoscitivo y conductual, como las de Richard Stuart (1969, 1975, 1976), David Knox (1971), y del grupo de Oregon (Weiss et al., 1973; Jacobson, 1976).

Simultáneamente, el grupo que manejó los talleres de comunicación grupal señaló que éstos proliferaron al internarse en el campo de la terapia familiar, como fue el caso del grupo de comunicación de pareja de Minnesota (Miller, Nunnally y Wackman, 1975) o como los grupos de terapia conyugal desarrollados por Guernsey. Otra variante fue la de Mace y Mace (1976), ésta se enfocaba más a la prevención que a la terapia en sí; trabajo que realizaron en su clínica de Nueva Jersey, después de emigrar de Inglaterra, donde fueron fundadores de la terapia familiar.

Pero, tal vez, el momento más significativo en el decenio de 1960-1969 y principios del de 1970-1979, se suscitó con la confluencia de otros movimientos, cuando fueron invitados a la reunión anual de la AAMC, Nathan Ackerman, John Warkentin, Virginia Satir, Anford N. Sherman y John Bell, quienes presentaron sus trabajos realizados con familias, aportando nuevas conceptualizaciones. El impacto fue tan significativo, que en 1964 estos grupos propusieron a la AAMC ser responsables de la publicación del *Family Process*, pero por estar al frente de esta publicación el grupo de Jackson, de Palo Alto, California, fueron rechazadas sus propuestas. Sin embargo, el grupo de Ackerman, de Nueva York, fue considerado como pilar de la terapia familiar y, por tanto, se le nombró editor responsable del *Family Process*. Sus intereses no concluyeron aquí, en 1970 cambiaron el nombre de la asociación

AAMC por el de *American Association of Marriage and Family Counselors*, AAMFC (Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales y Familiares). Finalmente, la consolidación de tanto esfuerzo llegó a la madurez suficiente para la preparación de sus especialistas, así como para las publicaciones especializadas. En el año de 1975 se cambió nuevamente el nombre de la asociación por el de *American Association of Marriage and Family Therapy*, AAMFT (Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar, 1991) la cual funciona hasta la fecha.

HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR EN MEXICO, D.F.*

El doctor Raymundo Macías, en colaboración con los doctores Roberto Dervez y Lauro Estrada, estableció en México, en el año de 1969, el primer posgrado (M.D.) para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana, con un año de duración. El doctor Macías tomó como antecedente el interés que mostraron los asistentes al curso que impartió la doctora Teodora Abel, del *Mental Health* de Nueva York, el cual se impartió en el Hospital Psiquiátrico Infantil (Wasongarz, 1991).

Posteriormente se planteó un segundo curso para los años 1970-1972, año en que el doctor Macías se separó de la Universidad Iberoamericana y decidió fundar su propio instituto, Instituto de la Familia A.C. (IFAC), que estaba incorporado a la misma universidad. El IFAC involucra a las siguientes instituciones de salud para su práctica y atención: Hospital de Pediatría, Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil, Instituto Mexicano de Atención a la Niñez (IMAN), Programa Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Hospital General del Centro Médico Nacional, Servicio Psicológico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital de la Raza, Hospital Psiquiátrico Infantil, Instituto Nacional de Nutrición, Clínica San Rafael y el Instituto Nacional de Cardiología. En el año de 1989 abrió su propia clínica.

El trabajo psicoterapéutico en México se encuentra controlado por dos grupos psicoanalíticos desde el decenio de 1960-1969: la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM) y el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMP). Durante 1967 a 1968 surgieron otros grupos, como la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A.C., la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), y, desde 1981, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF).

*N. del Autor: En esta primera edición se incluyeron únicamente las instituciones de terapia familiar ubicadas en el D.F.; las que se encuentran en el resto de la República Mexicana podrían integrarse en futuras ediciones.

En el campo de la terapia familiar, el doctor Macías hizo su preparación en Montreal bajo la supervisión de Epstein; sus objetivos en el IFAC son los siguientes:

- 1) Promover el estudio y la enseñanza de la dinámica familiar y sus raíces psicosociológicas, formar psicoterapeutas familiares y mantener entre sus miembros y estudiantes un buen nivel de madurez profesional.
- 2) Organizar cursos para médicos, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, clérigos y otras personas que tratan de ayudar a las familias; éstos imparten conocimientos dinámicos y de terapia familiar.
- 3) Dar tratamiento a familias de escasos recursos económicos, sin finalidad de lucro.
- 4) Realizar investigaciones científicas en psicoterapia y dinámica de las familias mexicanas.
- 5) Contribuir con conferencias, cursos internos y talleres de psicoterapia familiar, a la vida cultural mexicana.

El marco teórico que se aplica en el IFAC es psicoanalítico y sistémico, con diferentes enfoques: estructural, estratégico, de Milán, de Boston, de Palo Alto (MRI), y de la narrativa y el constructivismo social; con una visión dinámica, sistémica e integrativa. La formación se completa en seis semestres (3 años); los aspectos formativos experienciales son de gran importancia, emplean videograbaciones de familias con supervisores y estudiantes.

Otra de las instituciones pioneras de la terapia familiar en México es la Universidad de las Américas (UDLA), fundada hace más de 50 años en México con el nombre de *Mexico City College* (MCC), orientada a la preparación de profesionales que posean dominio completo de los idiomas español e inglés. Otorga la maestría acreditada por la Secretaría de Educación Pública de México (SEP), y *Master* avalada por la Comisión de Colegios de la Asociación de Universidades del Sur de EUA (1866, Southern Lane, Decatur, Georgia 30033-4097). La UDLA imparte la maestría en psicología en dos especialidades Género y Terapia Familiar. El programa está formado por cuatro cursos de tronco común y 16 cursos en terapia familiar, 13 o 14 en Género, debiendo cursar un total de 90 créditos y 64 de especialidad, con una duración de dos años divididos en cuatro semestres.

Para ingresar a la maestría en la UDLA es necesario tener licenciatura en psicología o en áreas relacionadas a la salud mental. En 1980 se modificó el programa original de psicología clínica en general y se convierte en la maestría de orientación familiar, pasando por varios problemas al no ser reconocidos los estudios y el proceso de tesis oficialmente.

La práctica de los estudiantes se lleva a cabo en su propia clínica (OIRA), en el Hospital Infantil de México o en el Instituto Nacional de Pediatría. Las modalidades en la supervisión ahora son diversas, se da prioridad a la supervisión en vivo en la cámara Gesell, también se utiliza la revisión de material

grabado de familias en tratamiento previo; otra variante es el reporte oral y escrito y el juego de roles donde los estudiantes escenifican a la familia.

Una institución más reciente es el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) fundado por el Dr. Maldonado el 12 de septiembre de 1984. Él es médico con estudios de posgrado en psiquiatría y psicoanalista de grupo; en 1974 llegó a México invitado por el doctor Macías como docente del IFAC. Al separarse de este último, en compañía de Horacio Skorkick y Estela Troya, forma el ILEF, con un marco teórico analítico, sistémico y social y, posteriormente, invita a colaborar con ellos a Margarita Díaz y a Javier Vicencio.

Otra institución es PERSONAS, Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría. Fue fundado por el Dr. Freidberg, el Dr. Lichtein y la Dra. Dolores Villa, en 1980. Se inició para ofrecer formación de terapia Gestalt; pero en 1984 dio un giro hacia la terapia familiar y de pareja. Los estudios que imparte son reconocidos por la UNAM y se otorga únicamente un diploma. Sus modelos conceptuales son la terapia existencial, la estructural sistémica, de Milán, de Andolfi, del MRI y de Ackerman.

El Instituto de Terapia Familiar, CENCALLI, creado en 1987 para la capacitación de terapeutas familiares con grado de Maestría y especialidad, fue fundado por la Dra. María Luisa Velazco de Torres, Dra. en psicología clínica por la Universidad Iberoamericana, fundadora de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, iniciadora y catedrática de la Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas A.C. (1981-1987).

La Maestría se imparte en dos años divididos en cuatro semestres y 127 créditos, y está dirigida a médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales y líneas afines. El enfoque teórico es estratégico estructural, de Milán y de la comunicación.

Los objetivos de esta institución son formar recursos humanos para la investigación de las problemáticas familiares, sus orígenes y consecuencias; desarrollar y probar métodos y técnicas de tratamiento adecuados al perfil de la familia mexicana, así como a la investigación; y desarrollar habilidades clínicas para la prevención, atención y rehabilitación de los problemas familiares, con énfasis en el enfermo crónico, las adicciones y el fracaso escolar.

También se cuenta con el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C. (IMTB), fundado por la Dra. Mari Blanca Moctezuma el 24 de octubre de 1986. Ella es licenciada en psicología por la UDLA y doctora en el área de lenguaje por la Universidad de Hawaii, con práctica en la UNAM y estudios en el MRI, donde se especializó en terapia familiar y en terapia breve. El objetivo de la institución es dar formación de alto nivel en terapias breves; su programa incluye apoyo a conflictos de adultos, niños y de familia, problemas de anorexia, bulimia y obesidad. Desde sus inicios, colaboraron con la Dra. Moctezuma el Mtro. Jorge J. Molina y la Mtra. Elena Fernández.

Otro centro que ofrece estudios de la familia es el Instituto Superior de Estudios para la Familia, fundado en México en el año de 1992 por el doctor en filosofía Alberto Castellanos; ofrece la carrera de licenciatura en ciencias de la familia con una duración de cuatro años dividida en ocho semestres, con tres áreas o troncos comunes: filosofía, psicología y pedagogía, enfocados al estudio del individuo, la pareja y la familia. Este instituto ofrece también la especialidad o maestría en ciencias de la familia, en un periodo de dos años dividido en ocho trimestres con énfasis en aspectos filosóficos, psicológicos, pedagógicos, médicos y jurídicos. Sus objetivos son la formación de profesionales líderes, con una preparación intelectual y humana que les permita influir positivamente en la sociedad; lo anterior se logra con el estudio de las disciplinas sociales y los valores fundamentales de la familia. Su sede se encuentra en la Universidad Anáhuac del Norte, Huizquilucan, Estado de México.

Para esta maestría puede ser candidato cualquier grado de licenciatura. Estos estudios de licenciatura y maestría están reconocidos en México por la SEP y por la Universidad Lateranense de Roma que cuenta también con sedes en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, en México, y en países como España, África, India y Brasil.

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) tiene entre sus objetivos el difundir la terapia familiar, unificar y revisar los programas de los diferentes institutos de formación, tener un órgano de difusión y fundar su propia publicación. La asociación se formó el 17 de febrero de 1981. Los objetivos iniciales de la asociación fueron uniformar y aprobar los programas de las diferentes instituciones de formación, así como tener un órgano de promoción y difusión. La Asociación pide periódicamente a las instituciones de formación sus programas de estudio para hacer una revisión de éstos.

También dentro de sus objetivos se encuentra proporcionar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, y ver por los intereses de los psicoterapeutas familiares como especialidad.

La AMTF incluye a instituciones como IFAC, UDLA, ILEF, PERSONAS, CENCALLI, IMTB y CEMIC (en esta última no se da formación).

VALORES ÉTICOS DEL TERAPEUTA FAMILIAR

El primer escrito que abordó de manera central este aspecto fue el *Handbook of Family Therapy*, en 1970, donde se señalaban los valores éticos que deberían tener un terapeuta familiar en su práctica profesional, como son la formación, la confidencialidad, el interés en el campo familiar, decepciones y frustraciones, la investigación y la actualización. Durante el periodo formativo de la terapia familiar (1970-1980), los pioneros se enfocaron más a los

Cuadro 1-1. Cronología evolutiva de los institutos de terapia familiar en México

1972	Fundación. Formación en 4 semestres. Afiliado a la U. Iberoamericana. Red hospitalaria.						
1975	Escisión política. El Dr. Barragán se separa.						
1977	Se rompe la afiliación con la U. Iberoamericana.						
1980		El programa de psicología se transforma en orientación y terapia familiar. Colaboración con la clínica OIRA.					
1981	SE FUNDA LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE TERAPIA FAMILIAR (AMTF)						
1983	El ingreso a la formación se vuelve anual.	El programa estructurado por trimestres se modifica en cuatrimestres.					
1984	Se consolida el curso propedéutico.		Fundación. Se consolida la clínica del ILEF.	El programa de Gestalt se transforma en Terapia Familiar y de Pareja (2 años). Convenio con ISSSTE.			
1985		Se separa UDLA D.F. de UDLA Cholula.					
1986	En "papel" se formaliza el programa de 3	El programa se amplía a 6 semestres.				Fundación por la Dra. Moctezuma y	

1986	años, pero esto no se lleva a cabo.					el Mtro. Molina. Especialidad en 4 semestres. Diplomado con 1 año de duración. Avalado por el MRI de Palo Alto, California.	
1987	PRIMER CONGRESO NACIONAL DE TERAPIA FAMILIAR						
		Convenio con INP. Escisión política. Se separa M. L. Velazco.	Escisión política. Se separan M. Díaz y J. Vicencio.		Es fundado por la Dra. M. L. Velazco. Maestría en Terapia Familiar en 4 semestres. Especialidad en Terapia Familiar.		
1988	El programa de formación se amplía a 5 semestres.		Inician sus cursos internacionales.				
1989	SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE TERAPIA FAMILIAR, SE CREA LA REVISTA "PSICOTERAPIA Y FAMILIA"						
	Se consolida la clínica IFAC.			Aumenta el programa de formación a 5 semestres. Termina convenio con ISSSTE. Consolidación clínica.			
1990	TERCER CONGRESO NACIONAL DE TERAPIA FAMILIAR						
	La formación aumenta a 6 semestres.		Se consolida curso propedéutico. Convenio con INP.			Fundación por el Dr. A. Castellanos (1992). Licenciatura en Ciencias de la Familia, con enfoque filosófico, psicológico y pedagógico, con duración de 8 semestres.	

conceptos teóricos y técnicos, mientras los valores éticos se delinearon únicamente en las experiencias profesionales de aquéllos.

El primer artículo que apareció respecto de este tópico fue publicado por Groseer y Paul en el año de 1964, en el *American Journal of Orthopsychiatry*; ellos apuntaron valores éticos vigentes actualmente, como el del secreto profesional y otros que emergen durante el proceso terapéutico. Sin embargo en 1960, Boszormenyi-Nagy junto con Spark, habían desarrollado la teoría de éticas intergeneracionales de familia, que veía al terapeuta como pilar de los valores éticos de ésta, estableciendo un balance entre su miembro más débil o vulnerable (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983).

No se realizaron más aportaciones en este sentido, sino hasta finales del decenio de 1970-1979, con la obra de Haley *Problem-Solving Therapy* donde se indica que el terapeuta ofrece un marco de intercambio social en sus valores éticos, es decir, actúa éticamente en el intercambio, pues a cambio de una compensación económica, él devuelve la posibilidad de resolver los problemas del paciente. Haley presenta en este libro la posibilidad de manejar actualmente las posiciones respecto de actitudes de manipulación y decepción (Haley, 1980).

Otro grupo que muestra interés en los valores éticos es el feminista, representado por Rachel Hare-Mustin, quien señala que los valores femeninos están siendo sacrificados por los beneficios de los grupos (Vasper, 1991).

Como consecuencia de estas críticas internas, los terapeutas familiares, así como todos los profesionales de la salud mental, se vieron obligados a confrontar los cambios legislados en 1970 respecto de las familias y su tratamiento, como fueron el divorcio, la custodia de menores, el abuso de menores y la regulación de la profesión de terapeuta familiar (AAMFT, 1991).

El año de 1982 fue de gran relevancia para los valores éticos de la profesión, pues Margolin publicó en el *American Psychologist* sus trabajos en la revisión de los valores éticos de la profesión de terapia familiar; ahí se resumen los valores del terapeuta, los que resurgen como más severos que los ya establecidos en la psiquiatría individual. Algunos de éstos son: ¿quién es el cliente?, ¿cómo se maneja la información confidencial?, ¿cuál es el derecho que tiene cada uno de los miembros de la familia para rechazar la terapia?, ¿cuál es la función de los valores del terapeuta, respecto de los conflictos de la familia? Ese mismo año, la AAMTF publicó sus *Ethical Principles of Family Therapy*; en este documento se especificaron las normas de los terapeutas familiares: responsabilidad profesional, competencia, responsabilidad de la investigación y responsabilidad social (AAMFT, 1991).

También 1985 es relevante por la publicación de *Counseling and Values*, ésta contiene artículos de diferentes autores, como el de Boss y Weiner sobre los prejuicios contra la mujer; el de Ryder, de los valores de la familia; el de N. Kaslow y Gurman respecto a su investigación de los valores éticos de la terapia familiar; y el de Cristianson, de la ética de los centros médicos de la terapia familiar.

El libro *Between Give and Take* de Boszormenyi-Nagy y Krasner, en 1986, retoma el tema y reformula los valores éticos de la terapia familiar, donde el terapeuta se identifica con la vulnerabilidad y recursos de cada uno de sus pacientes, en esto estriba el término de balance del sistema en varias soluciones múltiples.

La confianza hacia el terapeuta como conocedor aproxima a los miembros de la familia a un balance más justo de equilibrio. A diferencia de quienes enfatizan los valores éticos del terapeuta, Nagy hace hincapié en los valores éticos de la familia; para él la relación generacional de ésta es un valor permanente y los valores morales del padre son inherentes a los hijos. Las obligaciones éticas, por lo mismo, se deben presentar en cada uno de los miembros de la familia. Una de ellas es la lealtad, pero también son como un coro para la relación familiar; los padres están obligados a proporcionar el bienestar de sus hijos, quienes en respuesta, deben ser leales con los padres; los cónyuges, por su compromiso moral, deberán ser fieles uno con el otro.

El nuevo concepto contextual de la terapia familiar viene a cuestionar todos estos valores que asume la terapia sistémica estructural, como son las fuerzas de jerarquías y desbalance, los cuales se desvanecen con los nuevos movimientos, como el feminista, donde se postula que tanto el hombre como la mujer tienen los mismos derechos en la sociedad y la familia.

En el año de 1987 aparecieron dos obras significativas en la ética de la terapia familiar, una de ellas a cargo de Huber y Baruth quienes publicaron los requerimientos educativos de la AAFT para preparar a los profesionales en la terapia familiar. La segunda publicación es realizada por el terapeuta inglés Waldron-Skinner en colaboración con Watson. Lo que destaca de su obra son los valores morales y filosóficos del terapeuta familiar: "Los valores éticos nos sirven como principio para poder seleccionar diferentes cursos de acción, un componente existencial, lo cual significa que los valores nos ayudan a definir la naturaleza de la realidad y finalmente tienen un factor afectivo; las personas no sólo prefieren y crean sus propios valores, sino que son capaces de pelear y morir por ellos. Por tal razón un valor, una vez formulado, puede ser cambiado con gran dificultad" (Vasper, 1991).

Por tanto, al referirse uno a los valores y preferencias que guían al ser humano a tomar decisiones, como lo hizo notar Stein (1955), esta definición tan simple se convierte en compleja, cuando uno diferencia entre valores latentes y manifiestos, conscientes e inconscientes, expresados y no expresados, y operantes y no operantes. Algunos de estos valores se convierten en idiosincracia, unos son compartidos por el sistema familiar y otros se extienden fuera de la familia (Pope y Vázquez, 1991). Finalmente, unos son inherentes a la familia y otros se presentan en ciertos contextos únicamente.

Aquí se utiliza el término filosófico ético en el sentido no moral, sino racional respecto de la aceptación o negación de la intervención terapéutica. El término ética aplicado a la situación donde el terapeuta familiar toma una

decisión de una acción específica referida a la moral dominante de la confidencialidad de la familia.

La confidencialidad entre clínicos y pacientes tiene su origen en el siglo xvi, cuando los médicos descubrieron que una enfermedad contagiosa en la familia podría enfrentarlos a una discriminación social. La base de la confiabilidad en la clínica es el derecho del paciente a ser protegido de la información vertida en su proceso terapéutico, a menos que el mismo paciente dé autorización explícita.

La primera posición del terapeuta familiar será la de mantener en completa confianza las peticiones que le hagan los miembros de la familia. La segunda será la de rechazar en forma activa los secretos de algún miembro de la familia, sin permitir que estos secretos limiten la confidencialidad de la terapia. La razón respecto de esta segunda posición será no crear una alianza secreta entre el paciente y el terapeuta que pueda interrumpir el proceso terapéutico. La tercera posición se encuentra entre las primeras dos, en ella el terapeuta indicará a sus pacientes que en general la confidencialidad no se aplica, pero que el paciente tiene el derecho de pedir que la información se mantenga en secreto.

No importa qué modelo aplique el terapeuta, deberá especificar ante sus clientes la política de confiabilidad, si no, la familia podría caer en suposiciones falsas. ■

T EORÍA DE LOS SISTEMAS Y LA CIBERNÉTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR

TEORÍA DE LOS SISTEMAS

Dentro de la concepción científica de finales del siglo xx, se ha presentado un paradigma científico de naturaleza esencialmente nueva. En disciplinas como la física, química, sociología, antropología, informática, psicología y ecología, se ha dado un giro de 180° respecto de la percepción y concepción de estas disciplinas. El modelo reduccionista o mecanicista, partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual. Este nuevo punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Esta nueva comprensión de las ciencias físicas, humanísticas y sociales, resultó de una necesidad por entender con mayor amplitud los fenómenos racionales, los problemas teóricos, las ciencias biológicas, así como de la modernización de la ciencia mecanicista; con una nueva concepción que vislumbra a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo, dentro de la intervención sistémica, para verlos con niveles de organización consigo mismo y con el mundo que lo rodea a través de estímulos reales.

Desde los albores del siglo xx, los avances en la ciencia, la tecnología y la cibernética, han demostrado que los paradigmas hasta entonces utilizados, se enfocaban al aspecto positivista lógico y enciclopedista, de retroalimen-

CAPÍTULO
CINCO

MODELO ESTRATÉGICO

ANTECEDENTES

El modelo estratégico en la terapia familiar se deriva de las teorías de Milton Erickson. El primer objetivo de este modelo es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos. El énfasis no recae en una estrategia que se aplique a todos los problemas, sino en realizar tácticas para cada uno de los problemas. La tarea del terapeuta será la de diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente, por tanto, esta aproximación se interesa más en técnicas que en teorías.

El énfasis de las teorías ericksonianas radica en la idiosincrasia de la familia sin etiquetar las conductas como patológicas. Hay gran cantidad de maneras de vivir, así como muchas y diferentes clases de individuos. El modelo se desarrolla bajo estas premisas.

Erickson está interesado en la personalidad, pero no en la forma que se desarrolla; él acepta la idiosincrasia individual y sus diferencias como algo que le fue dado a cada individuo para hacer su vida interesante y así permitirle un cambio. La tolerancia es el marco de referencia de la teoría estratégica.

El objetivo de este modelo es ayudar a los pacientes a superar la crisis que presentan, sin más aspiraciones, sin tratar de modificar la psicodinámica ni la estructura familiar. Esto ha sido descrito por Haley (1973) como "un tipo

de comportamiento que forma parte de la secuencia de actos de varias personas". El modelo estratégico enfatiza la distinción entre:

1. Identificar el problema durante la terapia.
2. Definir el problema para realizar un diagnóstico y aplicar técnicas encaminadas a solucionar únicamente el problema presentado.

El diagnóstico de patología es muy característico de los psicólogos clínicos y los psiquiatras. En la terapia estratégica la primera tarea será "definir el problema presente de manera que se pueda resolver" (Haley, 1981). La intervención terapéutica generalmente toma la dirección hacia lo que la familia debe hacer, fuera y durante las sesiones. La dirección es en la terapia estratégica, lo que la interpretación es en el psicoanálisis.

Ya que el terapeuta estratégico determina un plan específico para cada problema, el modelo se puede aplicar a familias de cualquier extracto social y a cualquier tipo de problemas. Si una estrategia no funciona, se deberá aplicar otra. Este modelo permite recurrir a cualquier otra aproximación terapéutica, es decir, no es un enfoque rígido; por el contrario, los estratégicos recurren a cualquier modelo que les permita solucionar el problema de la familia; lo que permite al terapeuta decidir cuál modelo aplicar, será el tipo de problema a resolver, así como las características de las familias.

El uso de conceptos es un recurso usual en la terapia estratégica, cada concepto tiene un rango o continuidad que va de un extremo a otro. El terapeuta, durante el proceso terapéutico, podrá pasar de un extremo a otro, de la hostilidad al amor con la familia, con parámetros de ambivalencia, entre el rango de los dos extremos o en términos de igualdad o jerarquías familiares. Esto determinará el modelo estratégico a seguir por el terapeuta.

En las relaciones humanas nada es blanco o negro, donde hay amor, hay odio y el poder es asociado a la dependencia; el comportamiento es totalmente voluntario o involuntario; tan pronto como una persona ha definido una situación y la comprende sin ambigüedad, los opuestos se nos presentan en la mente y parecen igualmente concebibles.

Según Erickson, existen seis formas de conceptualizar los problemas en la terapia estratégica, mismos que se describen a continuación.

COMPORTAMIENTO VOLUNTARIO / COMPORTAMIENTO NO VOLUNTARIO

Cuando las características del problema (p. ej., el dolor de cabeza) son presentadas por la familia como una conducta involuntaria, el terapeuta pensará que son voluntarias y que están bajo el control del paciente, excepto las enfermedades orgánicas. Algunas veces, para resolver el problema, se hace ver al paciente que es un síntoma controlable y no incontrolable. Este con-

cepto de conducta voluntaria o involuntaria es crucial para algunos casos y algunas estrategias, e irrelevante para otras. Por ejemplo, determinar el consumo de drogas como una conducta voluntaria en lugar de involuntaria, es crucial en la clínica.

Caso clínico

La familia Molina asistió a terapia debido a que el hijo mayor de la familia, Carlos, abandonó los estudios cuando su padre finalmente enfermó después de toda una vida de alcoholismo. El matrimonio había estado casado durante 15 años en los cuales procrearon cuatro hijos de 15, 14, 12 y 9 años de edad; la esposa desde el inicio de los problemas de alcoholismo de su esposo, se dedicó a ayudar económicamente a la familia, siendo el único soporte económico durante los últimos 10 años. La señora Molina delegó la educación y disciplina de sus hijos a su esposo, él manejó esta situación con mucho conflicto, golpeándolos constantemente, provocó que éstos se alejaran de él. El señor Molina permanecía en casa, pero únicamente en estado de ebriedad.

Carlos, el mayor, sintió la necesidad de enfrentar la responsabilidad económica con su madre pero finalmente, al obtener ingresos, abandonó el hogar. Al presentarse esta situación, el padre dejó de beber y decidió, después de muchos años, atenderse en Alcohólicos Anónimos (AA). Asistieron conmigo a 10 sesiones de terapia familiar. El señor Molina se reintegró a su profesión de contador público y logró superar, después de 20 años, el alcoholismo.

Durante las sesiones de terapia se manejó el marco teórico del modelo estratégico: el foco de la terapia fue el alcoholismo, abordado con los conceptos de Milton Erickson, de conducta no voluntaria o conducta voluntaria.

PODER / DEBILIDAD

Las familias sintomáticas tratan de aparentar debilidad, sin poder cambiarlo. Sin embargo, ésta es una oportunidad para hacerles notar que sus vidas están limitadas y dominadas por una fuente de poder que las mantiene en un estatus de debilidad y de síntomas. Los miembros no sintomáticos de la familia aparecen en una situación de poder y de control sobre éstos, pero son incapaces de influir en la persona sintomática ya que esta última, en el fondo, tiene más dominio y es quien controla la situación. Por ejemplo, podríamos ver al bebé más débil, pero es él quien tiene el control sobre la madre y los demás miembros de la familia. El terapeuta deberá pensar en dimensión de poder o debilidad para idear su redistribución, así como también la responsabilidad que va ligada a ésta y establecer la estrategia para el cambio.

Caso clínico

La familia Flores llegó a terapia debido a que después de 10 años de matrimonio, finalmente nació el primer hijo. El señor Flores era un alto ejecutivo bancario y su esposa una empresaria exitosa. Durante los días siguientes al nacimiento de su hijo la Sra. Flores invitó a su suegra a que la asistiera en el cuidado del niño, ya que sus

actividades de trabajo le impedían atenderlo. Después de dos años de convivir con la suegra, la señora Flores empezó a tener conflictos con ella debido a la poca atención que le daba a su hijo. El problema se agravó desde que la madre del señor Flores desmontó su casa y no quiso dejar a la familia de su hijo, ya que últimamente presentaba un estado de salud delicado, convirtiéndose en una persona más que atender y cuidar. Para la Sra. Flores, la situación se ha vuelto intolerable ya que la atención a su hijo se multiplicó, teniendo que cuidar ahora a su suegra. Consecuentemente, la pareja empezó a tener problemas respecto de si debían o no prescindir de la suegra.

Durante varias sesiones, se manejó el poder que podría tener una persona indefensa, como es el caso de la suegra. Finalmente se decidió, ya que la situación económica lo permitía, ubicarla en un departamento con una enfermera asistente.

METÁFORA / SECUENCIA LITERAL

Aquí los síntomas se presentan en forma de metáfora y el terapeuta llevará a la persona a un lenguaje más coloquial, es decir, enfrentar el problema desde el nivel déctico.

Caso clínico

Pedro, paciente de 17 años, se presentó a terapia en compañía de su tío paterno, quien había solicitado la consulta. Pedro era el menor de tres hermanos y fue llevado a vivir con su tío desde hacía dos años, cuando se agravó la sintomatología del primero. Pedro pasó la mayor parte de su vida en un ambiente familiar caracterizado por una madre alcohólica y un padre desempleado que cambiaba de trabajo constantemente y que era promiscuo, lo que desencadenaba pleitos frecuentes con la madre, el padre y sus hermanos.

En la época en que comenzó a vivir con el tío y su familia, Pedro reveló una conducta muy agresiva, mostrándose defensivo, con una comunicación escasa y un lenguaje metafórico que la familia del tío y éste no comprendían. Fue expulsado varias veces de la escuela, tenía un solo amigo, robaba y reñía a la menor provocación; el tío entendió la magnitud del problema y decidió hacer lo posible por establecer una relación adecuada con Pedro.

En el proceso de terapia, le indiqué al tío que no diera importancia a las conductas antisociales (robo, violencia), sino que se enfocara a las pocas conductas positivas que quedaban en Pedro. De esta manera, durante las sesiones de terapia se reforzó el comportamiento positivo y el diálogo coloquial del paciente.

Durante este periodo, Pedro frecuentaba la alacena por las noches para hurtar comida y dinero de la cartera del tío. Esta posición cambió al dar a Pedro dinero para que no tuviera que hurtarlo y la comida suficiente para quedar saciado. Después de unos meses, Pedro empezó a confiar más en su tío y a dialogar con él; éste se convirtió en su consejero, e incluso Pedro le confesó

haber tomado dinero de su cartera en varias ocasiones, aunque después lo devolvía.

Los episodios de robo, así como su conducta antisocial fueron haciéndose menos frecuentes, y las relaciones con maestros y compañeros mejoraron. Su comunicación se volvió más clara y coloquial.

Después de vivir una relación agresiva tantos años, a Pedro se le permitió establecer una relación de confianza, amistad y afecto. Por el temor a perder este nuevo vínculo, Pedro controló sus emociones instintivas; este esfuerzo por dominar sus instintos podría ocasionar mecanismos compulsivos, para contener el proceder inmaduro. Por este motivo, a Pedro se le realizó un seguimiento con el fin de observar que los trastornos de personalidad antisocial no se convirtieran en un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

JERARQUÍA / IGUALDAD

Las relaciones familiares se enfocan en términos de jerarquía e igualdad. Muchos terapeutas piensan que para que exista un buen funcionamiento familiar deberá existir la igualdad; otros, como el caso de la terapia estructural, piensan que deberán existir las jerarquías dentro de la familia para que ésta funcione de manera óptima. Los terapeutas estratégicos consideran que hay jerarquía impunitiva o igualdad relajante, lo cual está determinado por la familia. El terapeuta intervendrá en esta dimensión, si esto es únicamente causa de la patología familiar.

Caso clínico

La familia León acudió a terapia debido a la patología que presentaba la señora León, quien padecía problemas de cleptomanía que en los últimos años se había agudizado. Dicha situación causó grandes conflictos en la pareja, llegando a la separación en el último mes. El señor León fue quien solicitó la terapia, debido a recomendaciones de la dirección de la escuela de uno de sus hijos, quien presentaba también conductas de cleptomanía con algunos compañeros.

En la primera entrevista con la esposa encontré cuadros depresivos y de alto estrés; además, entre la pareja existía una jerarquía patológica en el subsistema parental. La señora León, desde antes de conocer a su esposo, era profesional exitosa en el ramo de la bioquímica; trabajó para mantener los estudios de su marido en administración, hasta que él se graduó y pudo encontrar un buen puesto público. Después del nacimiento de su segundo hijo (hacia nueve años), la señora León por petición de su esposo, dejó su trabajo dedicándose al cuidado y crianza de sus hijos, situación que se agravó por la dependencia económica que recayó en el señor León. Así, se acrecentó la posición jerárquica del esposo, quien mantenía el control económico muy restringido hacia su esposa y sus hijos; a la primera no le permitía incorporarse a su carrera productiva, a su hijo le exigía que trabajara y se mantuviera con actividades después de la escuela y fines de semana, lo cual no aceptaba la señora León, ya que ella quería trabajar para ayudar a la economía y a su relación, no que esto lo hiciera su hijo.

Esta condición se agravó después de los primeros cinco años, ya que ella empezó a sustraer dinero de la cartera de su esposo, también a robar mercancía de almacenes hasta que fue sorprendida varias veces. El hijo mayor fue cómplice de la madre para hurtar el dinero de su padre.

La terapia se planteó en forma concurrente, iniciando con la señora León las primeras tres sesiones; luego tres con su esposo y tres con sus hijos de 9 y 15 años respectivamente.

En las sesiones con el señor León, encontramos o confirmamos la hipótesis respecto de la disparidad jerárquica, el control y la manipulación de él hacia la familia. La diferencia de apariencia física (presentación al vestir), de intereses o diversiones (de gran lujo y derroche), en comparación con lo restringido de su esposa e hijos, hacía parecer que pertenecían a dos familias diferentes (padre, esposa, hijos).

La terapia se enfocó obviamente a la relación vertical, con la finalidad de realizar un cuadro de Jerarquía / Igualdad, respecto de los subsistemas parental y fraterno. El foco de cleptomanía de la paciente identificada, la señora León, se concentró en la dependencia vertical o sojuzgación o casi de aherrojamiento. Se trabajó posteriormente con un tratamiento de terapia conjunta durante diez sesiones.

Después de la tercera sesión, los esposos León aceptaron de mutuo acuerdo repartirse entre ambos las cargas económicas, incorporándose la esposa a un trabajo en su especialidad. Fue únicamente a través de la terapia como se pudo plantear este movimiento jerárquico y la familia dejó atrás la separación. Como se puede observar, en este caso clínico no profundizamos en las estructuras psicodinámicas de ninguno de ellos y menos en los de la señora León; se analizó el problema de ella a nivel estructural y estratégico, dándole un giro en Jerarquía / Igualdad.

Al finalizar las sesiones, a la señora León y a su hijo se les cambió la etiqueta de cleptomanía por la de víctimas del estatus o poder de su esposo y padre.

HOSTILIDAD / AMOR

La mayoría de las personas se encuentran motivadas por los conceptos de Hostilidad/Amor. El castigo de los padres a los hijos puede ser causado por la hostilidad o por el amor. En la terapia estratégica, estos conceptos son empleados por el terapeuta de acuerdo con la pauta familiar, ya que algunas familias manejan sus relaciones, la mayoría de las veces, en ambos extremos. El terapeuta deberá observar si esto motiva la patología familiar. De ser así, deberán buscarse términos medios.

Caso clínico

En mi consultorio se presentó Julio, un joven obeso de 15 años de edad quien había intentado, de manera infructuosa, todo tipo de regímenes alimentarios. Su obesidad lo

había llevado a ser el bufón de la escuela y de sus amigos; sus padres manifestaban que este problema lo había conducido a un cambio de personalidad, pues de ser un niño simpático y agradable para todos, se convirtió en una persona hostil, agresiva y retraída.

Julio era el hijo único de un matrimonio de edad avanzada; sus padres provenían de una condición humilde y de carencias, y no fue sino hasta después de 10 años de casados, cuando (gracias a sus esfuerzos y estudios) tuvieron una situación desahogada que antes no habían tenido y concibieron a Julio. Los padres habían proyectado todas las carencias de la infancia en la alimentación de su hijo; la madre consideraba parte de su éxito el poder ofrecer a Julio, desde su nacimiento, todo tipo de viandas y alimentos suculentos; su amor a Julio lo había convertido en hostilidad hacia la comida y, finalmente, esta hostilidad se convirtió en la obesidad de Julio.

Durante la segunda sesión vi conjuntamente a Julio y a su madre, obteniendo información de esta última, lo que confirmó mi hipótesis.

La madre siempre aceptaba de manera verbal el deseo de su hijo de bajar de peso, pero rechazaba los platillos que Julio le pedía. Evidentemente, la madre consideraba que a través de su arte culinario demostraba su amor hacia Julio y su esposo, y le desagradaba que ellos rechazaran sus platillos, lo que para ella significaba que no la amaban o rechazaban su amor.

INTERESES PERSONALES / ALTRUISMO

La sintomatología personal se encuentra por lo general motivada por el altruismo o por las ganancias secundarias. Si el paciente sintomático es visto como hostil, es porque está motivado por sus intereses personales, por tratar de ayudar a otros o por recibir afecto de otras personas. El terapeuta estratégico deberá observar si la conducta de altruismo va asociada o no a las ganancias secundarias de alguna persona de la familia y si son innatas en ella (Fallon, 1988).

Caso clínico

Francisco, un joven de 14 años de edad, se presentó a consulta debido a las lesiones físicas que le había causado su padre por haber reprobado el sexto año de primaria. El padre era una persona estricta y poco tolerante que había exigido a Francisco un mejor rendimiento y aprovechamiento escolar.

En la entrevista con ambos padres pudo observarse que no se trataba de personas hostiles, sino por el contrario, su historia mostraba al padre como cariñoso y protector. Sin embargo, el padre nunca tuvo la posibilidad de estudiar y, como consecuencia, sufrió muchas carencias; él no deseaba que su hijo viviera lo mismo.

En el proceso de terapia, se le hizo ver al padre sus intereses personales proyectados, en una posición de altruismo, en la persona de Francisco, de tal manera que pudiera quitarse la carga emocional tanto para el padre, como para el hijo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El terapeuta deberá compartir valores con la familia, aunque una sociedad cambiante presenta constantemente nuevos problemas. A las dificultades actuales se les da nueva prioridad, los terapeutas trabajan siempre el conflicto presente. Ellos distinguen cuatro dimensiones de la interacción familiar que corresponden a diferentes etapas del desarrollo emocional de las familias; cada dimensión corresponde a un tipo específico del problema que se presente durante la terapia y para cada dimensión hay una estrategia específica para la solución de dicho problema.

DOMINAR Y CONTROLAR

Esta dimensión involucra a las personas, para tener control y poder sobre sus vidas. Los miembros de la familia se retan por el poder para beneficio propio y la satisfacción de sus deseos personales; la meta de cada uno radica en ser dominante para su beneficio propio.

El objetivo terapéutico será involucrar el concepto de dominancia y control, con el de protector y orientador, conceptuándolo de una manera más sana. Además, cambiar los beneficios, no como algo compensatorio de una conducta, sino por desinterés.

SER AMADO

Esta segunda dimensión involucra las dificultades que produce el deseo de ser amado. Los miembros de la familia están involucrados en un constante reto existencial para romper este vértigo. Muchas veces las personas tendrán que llegar a una crisis, para recibir atención y cariño de los demás. El deseo de ser querido y aceptado es por lo general una conducta innata en todos los humanos, si esta conducta se presenta, la persona trae consigo las mejores cualidades. Por el contrario, si ésta no se da, puede originar hostilidad y odio.

Redistribuir la armonía y el amor entre la familia, propiciar el deseo de protección y unión entre ellos, desarrollar los lazos emocionales entre los miembros de la familia, enfatizando estos sentimientos, serán los objetivos a seguir, los cuales pueden conseguirse a través de:

- a) **Prescribir el síntoma.** Si una persona llega a terapia para eliminar el síntoma, se le pide que tenga más síntomas (estrategia paradójica). Otra estrategia sería indicarle cuándo, dónde y cómo presentar el síntoma.

- b) **Prescribir actos simbólicos.** Cuando un paciente está involucrado en patrones de autodestrucción, una estrategia eficaz es pedirle que efectúe en forma repetitiva la conducta, actuándola.
- c) **Prescribir un síntoma inexistente.** Cuando un paciente presenta una conducta con el fin de recibir atención y cariño, indicarle que cada vez que quiera recibirlos tiene que presentar esta conducta.

AMAR Y PROTEGER A OTROS

El deseo de querer y proteger a otros es el más alto grado de comprensión, devoción, generosidad y atención, lo que también puede ir acompañado de posesión y dominación. La intrusión y violación por lo general se justifican en aras del amor.

Los objetivos terapéuticos serán:

- a) Cuando el problema que se lleva a terapia está relacionado con la pena por una separación o exclusión de alguna persona amada, la meta será reconciliar a estas personas de la familia y ventilar las rencillas pasadas.
- b) Cambiar la dinámica estereotipada de "quién es indefenso con quién". Algunas veces la función del síntoma es ayudar a alguien más.
- c) Convertir a los hijos en protectores de los padres. Esta estrategia se aplica cuando existen conductas patológicas de los hijos, ya sea indisciplina o drogadicción, y los padres se convierten en "indefensos".

ARREPENTIRSE Y OLVIDAR

Esta cuarta dimensión es la más importante entre los miembros de la familia, cuando se han ofendido o violentado y la atmósfera se convierte en pesada, tensa, aislada, desintegrada, incomunicada y rencorosa. La emoción central es la vergüenza por lo que determinada persona ha hecho o ha dejado de hacer.

Los objetivos terapéuticos serán:

- a) Crear un contexto positivo. Mejorar la calidad de vida de la familia, creando una atmósfera para resolver las agresiones, aumentando la comunicación y la habilidad para dar y recibir afecto.
- b) Encontrar protectores. Algunas veces el terapeuta, en casos de abuso o negligencia, tendrá que hallar una figura protectora de la familia, podría ser un abuelo o pariente de la familia extensa.
- c) Comprensión y unidad. El destacar estas cualidades en la familia funciona muy bien con individuos que han sido víctimas y tratan de comprender por qué les pasó esto o aquello.

Algunos seguidores de la teoría estratégica fueron personalidades como Cloe Madanes, de Washington D.C. y algunos miembros del MRI, como Jay Haley, Don D. Jackson, John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick; ellos tomaron el modelo estratégico de la escuela de Milán, adaptando el modelo estratégico a su modelo de comunicación y al de los sistemas. Lynn Hoffman también trabaja con este modelo y colaboró con Haley en 1969, uniéndose posteriormente al grupo del Instituto Ackerman de Nueva York, donde además aplicaron este modelo Peggy Papp, Joel Bergman y Peggy Penn, esta última innovó el modelo de Milán y las preguntas circulares.

El centro de terapia breve del MRI establece seis etapas para la aplicación del modelo estratégico:

1. Introducir a la familia en el escenario del tratamiento.
2. Definir el problema.
3. Determinar el comportamiento que mantiene el problema.
4. Establecer los objetivos del tratamiento.
5. Tratar y establecer conductas de interacción.
6. Finalizar la intervención.

En la primera entrevista, los pacientes deberán llenar un formulario de información general, después el terapeuta indicará que las sesiones serán videograbadas para que otros especialistas, quienes también están involucrados en el mismo caso, las observen y estudien posteriormente.

El terapeuta también señalará a la familia que el tratamiento durará únicamente diez sesiones, esto establece una gran expectativa de cambio. Una vez que el encuadre es establecido, el terapeuta pide una amplia y clara definición del problema.

El MRI cree que los pacientes, con el fin de que la terapia progrese, son capaces de definir su problema. Cuando éste se determina de manera muy vaga, confusa, o con causa presumible, la meta del terapeuta será ayudar a la familia a definirlo y a establecer objetivos claros para solucionarlo. Se realizan preguntas como "¿cuál podría ser una pequeña señal que nos indique que las cosas van a cambiar?" Cuando el problema, los objetivos y las conductas que lo mantienen están claramente definidos, se procede a la etapa de terapia (Fallon, 1988).

En general, las causas que tratan de perpetuar o exacerbar el problema se encuadran en tres categorías, las cuales deberán ser observadas por el terapeuta y son:

1. Cuando la solución es sólo para negar la existencia del problema y la acción es necesaria pero no se realiza.
2. Cuando el esfuerzo se realiza en algo que no está involucrado en el problema.
3. Cuando se hace el esfuerzo para resolver el problema, en un marco de referencia que hace imposible su solución.

En el primer punto, la familia tendrá que actuar; en el segundo, tendrá que dejar de actuar; y en el tercero, deberá actuar de diferente manera.

Una vez que el terapeuta conciba la estrategia para el cambio de la secuencia que mantiene el problema, la familia deberá ser convencida de mantener esta estrategia. En el MRI, se convence a las familias para que continúen una estrategia, para lo cual se establece lo siguiente: redefinir el problema dándole un nuevo significado o reencuadre, siendo ésta la técnica en la cual se asocian nuevos significados a los hechos que provocaron el significado anterior o la realidad de la familia. "Reencuadrar" significa cambiar el marco o el punto de vista conceptual o emocional, o ambos, en relación con el cual se experimentaba una situación, ubicándola en otro plano o perspectiva, que se aduce igualmente bien o incluso mejor a los hechos anteriores de la misma situación concreta; modificando de tal modo su significado, que el dominio de los intereses en el encuadre se amplía para incluir tanto el reencuadre, que le proporciona un marco o significado alternativo a una situación, como el desencuadre, que anula o arroja dudas sobre los marcos de referencia o significados anteriores (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Esta redefinición o significado no funciona como la interpretación psicoanalítica, sino que su fin es brindar confianza. El terapeuta no estará limitado para realizar o redefinir nuevos significados que considere significativos y necesarios para cumplir sus objetivos.

Consecuentemente, los terapeutas estratégicos tratan de hacer o hacen creer a la familia cosas que van contra lo intuitivo, lo opuesto al sentido común. Estas técnicas son llamadas "Intervenciones paradójicas", ya que parece paradójico que las familias tengan que hacer cosas que van en aparente oposición a los objetivos de la terapia con el fin de lograr los objetivos terapéuticos (Frankl, 1960; Haley, 1973; Hare-Mustin, 1978; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Una de las técnicas más comunes de la paradoja es la "prescripción del síntoma", donde se le indica a la familia que continúe o que se expanda el comportamiento del problema. En algunos contextos, la prescripción se realiza con el objetivo de que la familia cumpla con ésta y se vea obligada a revertir una posible solución. Se puede observar que redefinir o realizar una conducta a través de la paradoja es muy importante en este modelo. Para ello se utilizan diferentes connotaciones y lenguajes, ya sea para maximizar la confianza o para establecer un reto u orientación, dependiendo de los objetivos del terapeuta. Este grupo también prescribe paradojas cuando la familia se resiste a efectuar un cambio para mejorar y cuando se presenta ambivalencia.

Cuando el terapeuta estimula a la familia a realizar un cambio y ésta responde con más resistencia y conductas de fracaso, los terapeutas del MRI utilizan las "técnicas restringidas", que consisten en cuestionar cuáles son las consecuencias negativas o paradójicas del cambio y prevenir a los miembros de la familia para cuando la recaída de los cambios se presente.

MODELO ESTRATÉGICO DE LA ESCUELA DE MILÁN

Las técnicas del modelo de Milán son difíciles de enumerar, por ser muchas y muy variadas. Su modelo original fue el estratégico dentro del modelo sistémico, pero sus aportaciones principales fueron: 1) las connotaciones positivas, 2) la contraparadoja, 3) la hipótesis sistémica, 4) el contexto referente y 5) el cuestionamiento circular.

En este modelo se utilizan "rituales" con la intención de involucrar a toda la familia en una serie de acciones, a fin de minimizar o exagerar su rigidez y sus mitos; estas situaciones serán la manera como interactúe la familia en su organización diaria. Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) utilizan estos rituales para observar la rigidez y flexibilidad de la familia, con una connotación positiva que consiste en que cada miembro de la familia exprese su gratitud al paciente identificado (PI) por tener su problema. Las connotaciones positivas, así como los rituales, se convierten en interacciones provocativas y fuertes, que pretenden romper la homeostasis del síntoma de la familia.

A finales del decenio de 1970-1979 y a principios de 1980, el grupo de Milán definió la naturaleza de su trabajo. Selvini-Palazzoli y Prata dejaron de utilizar la paradoja y experimentaron un nuevo modelo llamado "prescripción invariante". Afirmaban que los pacientes con anorexia y problemas psiquiátricos eran atrapados en un "juego sucio", retomaron el modelo original de Milán incorporando las "preguntas circulares" para establecer su hipótesis, pero en este caso las hipótesis y las preguntas se concentraban en el "juego sucio de la familia" (Keeney y Ross, 1985).

Carlos Sluzki realizó también aportaciones de teoría y técnicas estratégicas, indicando una serie de pautas paradójicas: si A y B concuerdan en definir a A como víctima y a B como victimario, se debe encontrar una fórmula para reforzar los roles, que A continúe como víctima, de acuerdo con sus sentimientos; y que B continúe victimario como siempre, para hacer más difícil la tarea de B. Este planteamiento sirve para el siguiente propósito:

1. Que B pueda ser auténticamente pesimista.
2. Que el genuino comportamiento victimario de B, se manifieste como un deseo "bueno", con una connotación positiva.
3. Que estas instrucciones lleven de manera rápida a una saturación que los forzará a ver el lado positivo de ellos.
4. Ninguno de ellos, sino el terapeuta, será el culpable de eliminar el rol de víctima y victimario.
5. Será vista esta conducta con más relajamiento cuando se vuelva a presentar.

Con esta técnica, según Sluzki, se reducen de manera clara los conflictos y se redefinen y aclaran los roles.

MODELO ESTRATÉGICO DE HALEY Y MADANES

Haley trabaja con el modelo estratégico, con los del MRI, así como con los modelos de Salvador Minuchin. Cuando se asoció con este último, incorporó el modelo de terapia estructural y utilizó las técnicas de paradoja. Sus objetivos eran estructurales; con énfasis en la jerarquía dentro de la familia. Él creía que la terapia que termina bien debió haberse iniciado bien, por lo cual prestó gran atención a los movimientos iniciales de la terapia y quién es presentado como el paciente identificado (PI).

Utiliza los primeros minutos de la sesión para relajar a la familia, actúa como si fuera un anfitrión; con una conversación inicial, observa cómo actúa y se comporta cada uno de los miembros de la familia. Inicia sus intervenciones con el subsistema más alto (parental) y continúa con los demás subsistemas.

Haley y Madanes se interesan en motivos. Haley, en el deseo de control y las fuerzas de la interacción familiar; Madanes, en el deseo de amar y ser amado, siendo esto lo que mueve a los individuos y a las familias. Sus intervenciones iniciales están bien definidas y siguen cuatro escenarios:

1. La escena social.
2. La escena del problema.
3. La escena de la interacción.
4. La escena de los objetivos.

Después de establecer la escena social como primer paso, piden a cada miembro de la familia su opinión respecto del problema que los trae a terapia, dando claras indicaciones de quién debe hablar primero y quién después. Por ejemplo, si la madre es más central que el padre, ellos piden que hable primero el padre para aumentar su sentido de preocupación y que se involucre más. Esto es característico del manejo de Haley y Madanes; en la interacción se observan las jerarquías y coaliciones de la familia para establecer futuras estrategias. Generalmente a la familia se le asignan tareas para el hogar desde la primera sesión, lo que ellos llaman "terapia para resolver problemas".

Estos autores observan qué estrategias se han intentado en la familia y por qué han fracasado. Involucran a toda la familia en la estrategia de solución y evitan el sentimiento de fracaso de las experiencias anteriores, indicándoles por qué no han tenido éxito y cómo pueden superarse. El modelo enfatiza que si han triunfado en el pasado solamente tendrán que expandir sus éxitos (Haley, 1981).

Existen grandes grupos de terapia estratégica. El MRI, que en sus orígenes inició con este modelo de terapia, incorporó el modelo de la comunicación y el de los sistemas; igualmente que Haley y Madanes, se trata de grupos estrictamente interactivos a efecto de detectar e intervenir en el problema, sin intervenir en los sentimientos e intenciones. El grupo de Milán vislumbra los poderes de cambio dentro de los miembros de la familia, denominándolos "fuerza de intervención", "connotación positiva" y "rituales" (Keeney y Ross, 1985). ■

CAPÍTULO

SELS

M

ODELO ESTRUCTURAL

ANTECEDENTES

Al principio del decenio de 1960-1969, Salvador Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York. Pertenecía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas ya existentes en esta institución. En este grupo se encontraba Braulio Montalvo y juntos elaboraron este nuevo concepto terapéutico que surgió debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, debido a los problemas familiares. Ellos procedían de las minorías urbanas, experimentaban pobreza, discriminación, miedos, temores, persecución y marginación (Minuchin, et al. 1967).

Debido a esto y, porque, en general, estas minorías pertenecían a familias de emigrados con limitaciones de lenguaje, las intervenciones terapéuticas debían ser concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales.

El grupo tomó la alternativa denominada "Más acción y menos habla", con técnicas de acción, técnicas de *role-playing*, técnicas basadas en acciones para la casa o domicilio, así como otras completamente innovadoras, las que sirvieron para determinar el diagnóstico y el tratamiento. Este modelo se convirtió en sobresaliente para la terapia familiar en el decenio de 1970-1979.

Salvador Minuchin también se especializó en el estudio de la estructura familiar y la definió como "una serie invisible de demandas funcionales que

se organizan en la manera en que sus miembros interactúan". La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Respecto de las actividades de la familia, su estructura cambia de acuerdo con su evolución, viendo que la patología no estaba en el paciente identificado (PI) sino en la estructura familiar. Las familias disfuncionales parecen ser más rígidas en el rango de su estructura, en comparación con las familias funcionales.

Los terapeutas estructurales familiares reconocen explícitamente la transacción del ciclo de vida de la familia, como causante de la disfunción, estos cambios son evolutivos y pueden desajustar la estabilidad familiar (Minuchin, 1974).

Todos los modelos de terapia familiar son sistémicos, debido a que están basados en el principio general de los sistemas, en donde la familia es considerada como un sistema formado por la agrupación de subsistemas que interactúan como un todo.

Los modelos pueden diferir en el énfasis entre las construcciones intrapsíquicas y su comportamiento externo; también en el tipo de intervención y de los objetivos terapéuticos, pero todos utilizan el modelo sistémico.

Minuchin es conocido como el artista de la terapia familiar estructural y su modelo se ha convertido en uno de los más aplicados debido a que sus técnicas son tan sencillas y claras que pueden emplearse en cualquier contexto familiar y social, además de brindar una organización y señalización a la estructura de la familia para su tratamiento. Los conceptos de Minuchin son relevantes para la estructura familiar y se manifiestan de manera nítida en la interacción de la familia con el terapeuta.

Los teóricos de la terapia familiar estructural reconocen y aceptan la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, para convertir al sistema familiar en un sistema "familia-terapeuta" (Minuchin y Fishman, 1981). La primera publicación del modelo de Minuchin fue en el año de 1972, con el título de *Structural family therapy*; en ella se presentaron realidades en lugar de historias, delimitando la estructura familiar, lo cual retomaron otros modelos de la terapia familiar. Posteriormente, con las colaboraciones de Haley y Montalvo, publicó *Families and family therapy* (1974), con el que se difundió aún más el modelo estructural.

Los terapeutas familiares estructurales enfatizan la distribución del poder y la flexibilidad en las familias. Es un modelo que maneja la jerarquía, donde los mayores tienen mayor estatus. Los miembros de la familia se agrupan en subsistemas según su posición en la familia, pero cualquiera que sea la configuración en un momento dado, deberán existir límites claros y bien definidos entre los miembros de la familia. Alianzas y coaliciones se reconocen como realidades de la familia.

El objetivo de la terapia familiar estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera

más efectiva o funcional, competente y cooperativa. Todo esto tiene también una orientación estratégica ya que el terapeuta ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar. Sus metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios.

Se podría definir al modelo estructural, como la acción de "desviar y minimizar las funciones de reto y alimentación de los síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia afuera de esta mala interacción establecida" (Haley, 1980). El terapeuta puede decir o hacer algo para expresar su sentimiento, o puede hacer ambas cosas. Por ejemplo, durante la sesión, el terapeuta puede enfrentar los ataques de la familia, podría entonces cambiar de lugar y sentarse entre los miembros de la familia, apuntar a su silla vacía y decir: <<qué difícil fue estar sentado ahí y ser atacado por ustedes; esto me hacía sentirme relegado>>. El terapeuta le indicará a la familia que se sintió excluido por ellos y comentará sus sentimientos, los cuales pueden no ser comprendidos por todos los miembros de la familia, pero sí lo será su empleo del lenguaje gestalt.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Los componentes esenciales de la teoría de la terapia familiar estructural son tres conceptos: la estructura, los subsistemas y los límites.

La estructura será la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia. Esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucrará y establecerá reglas que rijan sus transacciones. Está formada en parte por su principio universal y en parte por las pautas de su propia idiosincrasia. Para discernir acerca de la estructura familiar es importante diferenciar dos aspectos: uno sistémico, que explique la estructura familiar y el otro que observe a la familia en acción.

Las familias son identificadas por los subsistemas. En la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o dos o más formarán un subsistema, éstos son determinados por generaciones (parental, fraterno, familia extensa). Cada miembro de la familia desarrolla diferentes roles en distintos subgrupos. Una persona podrá ser madre, hija y hermana, al mismo tiempo. Cada individuo y subsistema, así como toda la familia, están interrelacionados a través de límites personales, barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro, y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos. Estos límites pueden ser rígidos o difusos. Los rígidos serán muy restrictivos y permitirán poco contacto con los subsistemas, produciendo personas y subsistemas muy aislados e incommunicados; el aspecto positivo de este tipo de límites es que permite la independencia, crecimiento y autonomía.

Los límites difusos se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo, pero a costa de la independencia y la autonomía; por lo general, los padres con este tipo de límites son cariñosos y afectivos, pasan mucho tiempo con sus hijos, hacen mucho por ellos y tienen dificultad para socializar fuera de la familia, fomentando la dependencia y la autoestima.

Salvador Minuchin determina varias etapas para el desarrollo de la familia, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ir ajustándose a estos cambios:

1. La formación de la familia, etapa que se desarrolla a través de la interacción de la pareja, formando una unidad o subsistema con sus propios límites.
2. La familia con hijos pequeños, estadio que se presenta con el nacimiento del primer hijo y que forma un nuevo subsistema (padre-hijo y madre-hijo).
3. Familias con hijos de edad escolar y adolescentes, etapa que representa una nueva renegociación de los subsistemas respecto de sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.
4. Familia con hijos mayores, en este estadio la familia sufre un desajuste, por lo general, los hijos dejan la casa parental. Éste es un nuevo reajuste, un reencuentro de los cónyuges para vivir en pareja.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Salvador Minuchin afirma que implementar las técnicas terapéuticas debe ser un arte, el terapeuta deberá descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia en el aspecto transaccional y con la personalidad de él mismo. Con la imitación de las técnicas de otro terapeuta, la terapia se puede convertir en impersonal e irrelevante porque no va de acuerdo con la personalidad del terapeuta y, como consecuencia, no será efectivo en el tratamiento. Por tanto, los detalles de la terapia son también personales.

Minuchin cree que el gran secreto de las técnicas estructurales debe ser especificado y enseñado a cada terapeuta familiar. En su libro *Families and Family Therapy*, explica tres procesos estructurales que se deberán dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse:

1. Acercamiento o incorporarse a la familia (*joining*).
 - a) Posición cercana.
 - b) Posición media.
 - c) Posición alejada.
2. Mapa de la estructura familiar o "filiograma".
3. Técnicas de intervención.

ACERCAMIENTO (*JOINING*)

En el primer proceso del acercamiento (incorporarse a la familia) el terapeuta deberá recibir a la familia con una posición de experto y conoedor, con la finalidad de que la familia perciba al terapeuta como el indicado para resolver sus problemas. La familia por lo general es referida a terapia por un problema identificado o confuso con uno de sus miembros, llamado paciente identificado (PI), pero Minuchin considera a toda la familia como disfuncional, ya que las familias forman patrones rígidos de homeostasis patológica.

El tratamiento de la familia representa un reto y una confrontación para el terapeuta; por lo que deberá desplegar aceptación y comprensión. Muchas veces, la familia o uno de sus integrantes no acepta o rechaza el tratamiento, presentándose en forma defensiva e indicando que él no es el enfermo; el objetivo terapéutico será integrarlo a las sesiones.

Como lo vimos anteriormente, Minuchin determina tres tipos de acercamiento a la familia, la aplicación de cada técnica dependerá de la idiosincracia y estructura familiar, y también hasta qué punto permite ésta el acercamiento del terapeuta.

- a) Posición cercana o *joining* (dirigiendo). En este nivel el terapeuta puede llegar a afiliarse a los miembros de la familia, inclusive hacer una coalición con alguno de ellos.
- b) Posición media o *tracking* (participando). El terapeuta interviene a la familia en una posición neutral, escuchándola y ayudándola a hablar, entrando y saliendo del sistema familiar.
- c) Posición alejada o *disengaged* (distanciándose). El terapeuta no participa como actor, únicamente como director.

La estructura de la familia se podrá estudiar únicamente durante la interacción. Lo que importa es la dinámica de la acción de ésta y no lo que dicen que pasa o lo que el terapeuta cree que sucede. La familia tiene que hablar de ella para que emerja la dinámica.

En la etapa en que el objetivo de la terapia es el acercamiento, el terapeuta trabaja con "técnicas de danza" que consisten en observar a la familia platicando, en interacción. El terapeuta deberá seleccionar una conducta que considere más relevante, con el criterio de qué es lo que está manteniendo el síntoma. También se trabaja con técnicas de secuencia espontánea. El terapeuta hará que todos opinen y comenten entre ellos para provocar la interacción; descubrirá en la estructura familiar quién es el más central y quién el más periférico, cuáles son los límites, las coaliciones, los territorios, las jerarquías, la geografía de la familia, etc. Otro recurso es la espontaneidad, que permite ver de manera más clara la estructura familiar.

La estructura familiar podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico de la terapia estructural, éstos son las jerarquías, los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio, la geografía y los subsistemas.

Jerarquías

Se refieren a la manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia. Para los estructurales, el poder deberá encontrarse en la díada parental.

Límites

Definen el funcionamiento familiar, permiten a cada integrante y a la familia entera, delimitar sus funciones y responsabilidades. Los límites pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles. "Familias funcionales, límites definidos", sin llegar a los extremos de amalgamamiento-desvinculación.

Alianzas

El terapeuta deberá observar las alianzas existentes entre dos o más miembros de la familia. Éstas pueden ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes, contra uno o más integrantes de la familia.

Coaliciones

Cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.

Territorio

Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas; una, cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y, la otra, cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia.

Geografía

Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, cómo duermen, cómo comen, etc. Esto se refleja también en la manera de sentarse en las sesiones de terapia (término aportado por el doctor Raymundo Macías).

MAPA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR O "FAMILIOGRAMA"

El diagnóstico estructural de la familia se puede esquematizar a través del instrumento conocido como "filiograma". Éste es estático y tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia, es decir, cómo presenta su patología; es un instrumento útil para establecer los objeti-

vos terapéuticos y determinar cuál deberá ser el filiograma de la familia de acuerdo con el diagnóstico estructural.

Minuchin define al filiograma como una poderosa simplificación, que ayuda al terapeuta a organizar el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticos. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros.

Sus principios están basados en una interpretación de la teoría familiar sistémica, y son utilizados por otros modelos de terapia familiar, así como por la física, la genética y la sociología. Es importante remarcar que el filiograma es sólo una herramienta para la terapia familiar. Dado que son únicamente esquemáticos, no podrán detallarse en ellos todas las vicisitudes de la familia (McGoldrick y Gerson, 1985).

El filiograma se esquematiza en forma de árbol genealógico de hasta tres generaciones (figura 6-1). Su formulación vertical arrojará la información a través de las generaciones; la horizontal presentará los cambios suscitados en una familia durante su ciclo de vida.

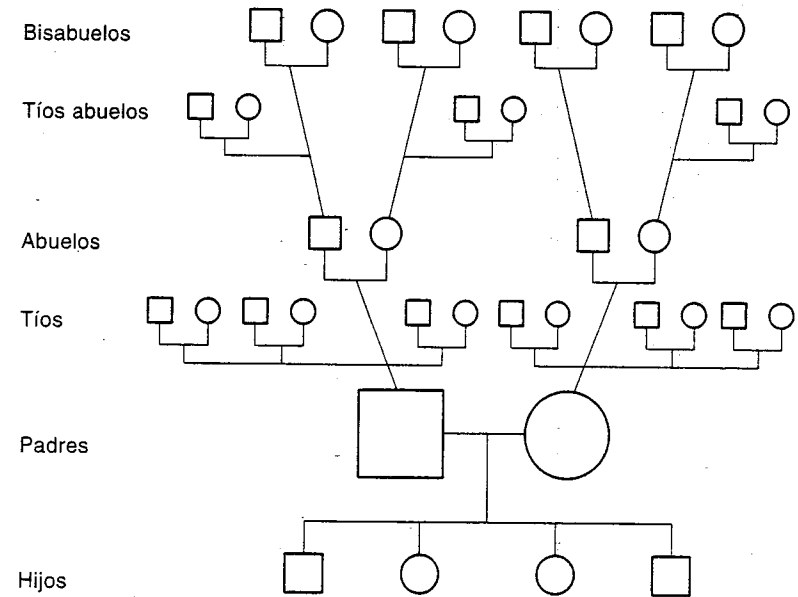


Figura 6-1. Filiograma.

Construcción del famioliograma

La construcción del famioliograma se realiza con base en tres niveles:

- 1. Mapeo de la estructura familiar.** Aquí se describen las diferencias biológicas, su relación legal, edad y psicopatología, utilizando para ello cierta nomenclatura, que tendrá significado si los símbolos son uniformes y continuos para los profesionales de este campo (figura 6-2 y figura 6-3).
- 2. Recoger información familiar.** Luego de definirlo, se pueden añadir datos sobre la demografía, el funcionamiento y eventos críticos. La demografía tiene que ver con las edades, fecha de nacimiento y muerte, ocupación, educación. El funcionamiento se refiere a las conductas de cada miembro de la familia, sus datos médicos y funcionales. Los eventos críticos son las crisis de la familia, emigración, accidentes y sucesos que pudieron afectarla. Estos datos se registran en el famioliograma o en hojas por separado (figura 6-4).
- 3. Delinear las relaciones familiares.** Éstas se determinan de acuerdo con la observación directa del terapeuta y el reporte de la familia. Se refieren a los límites, las coaliciones, el involucramiento, la desviación y el sobreinvolucramiento (figuras 6-5, 6-6 y 6-7).

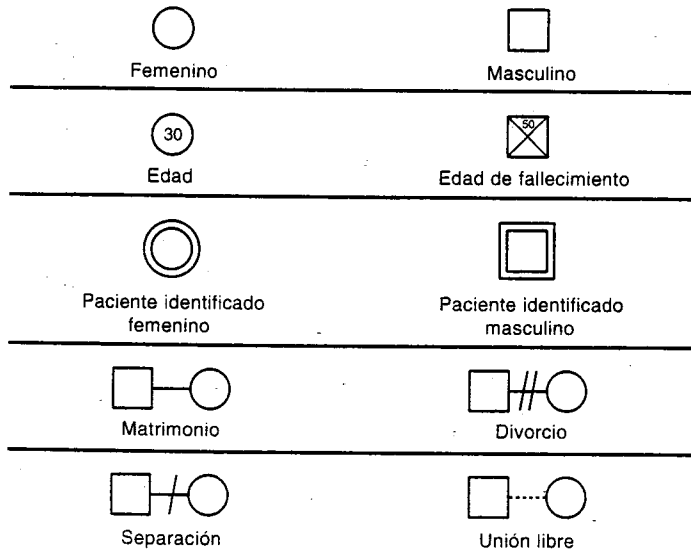


Figura 6-2. Símbolos y nomenclatura.

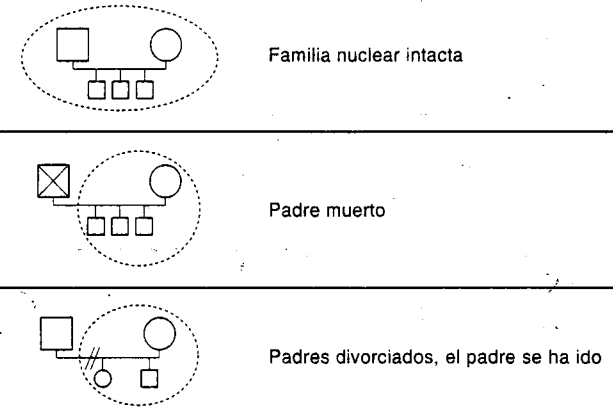


Figura 6-3

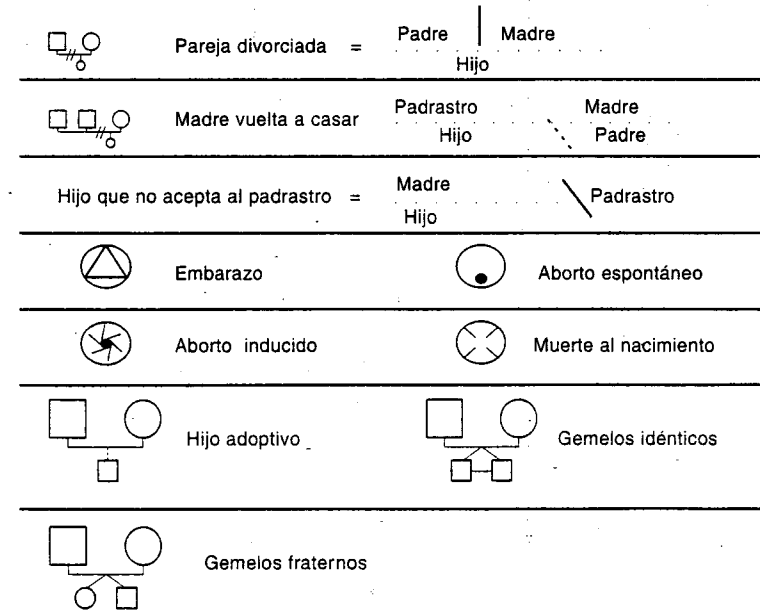


Figura 6-4

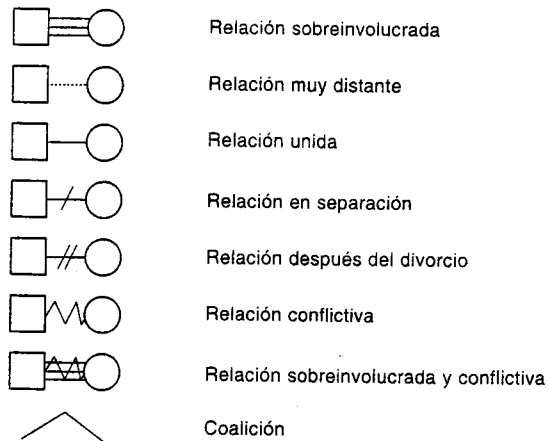


Figura 6-5. Nomenclatura de relaciones familiares de observación directa.

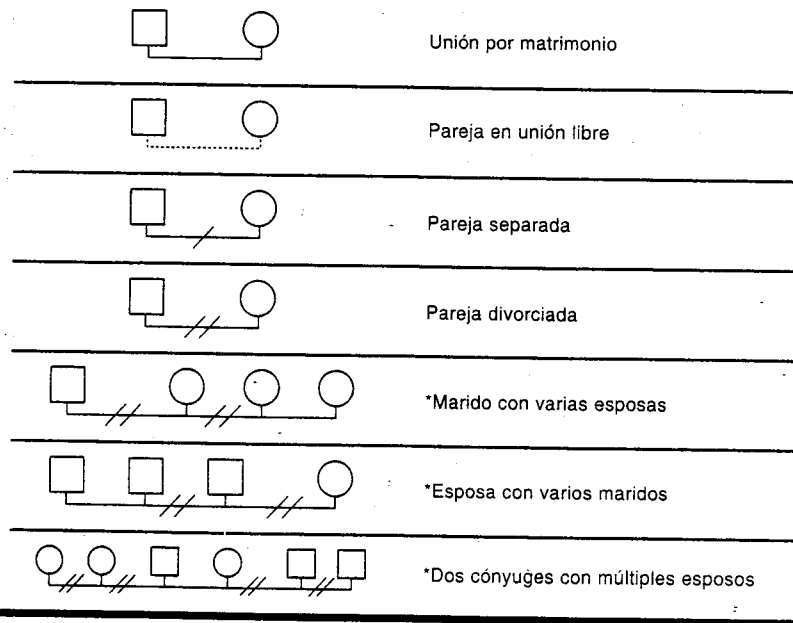


Figura 6-6

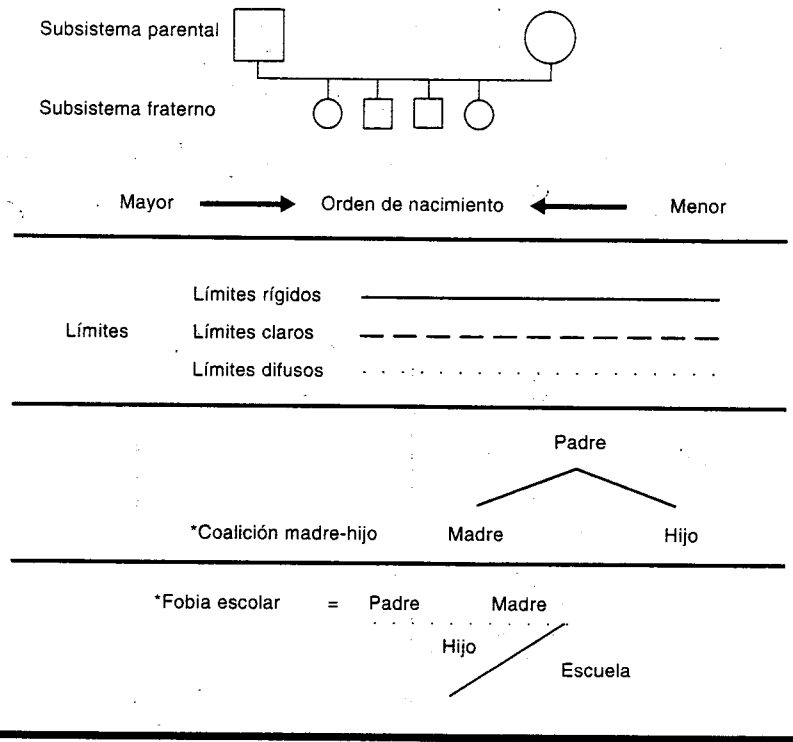


Figura 6-7. Sistema familiar.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Técnicas de diagnóstico

- Dramatización.** Se trata de la técnica por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así obtener información que la familia no considere importante o relevante. Puede ser:
 - Espontánea.** Después del proceso de acercamiento el proceso de espontaneidad se presenta inevitablemente en la primera sesión.

Cuadro 2-1. Cuadro sinóptico de las técnicas de terapia estructural

Incorporarse a la familia (Joining)	Cercano Medio Lejano	
Técnicas de diagnóstico	Dramatización	Espontánea Interpretaciones provocadas Interacciones alternativas
	Focalización	
	Intensidad	Repetición del mensaje Mensaje isomórfico Tiempo y ritmo Distancia Resistencia
Técnicas de reestructuración	Límites	Distancia psicológica Tiempo
	Desbalance	Afiliación Alternar afiliación Ignorar Coalición
	Complementariedad	Desafiando el problema Desafiando los eventos
	Paradojas	Familia como sistema autorregulador Síntoma como sistema autorregulador
	Resistencia	Intervenciones directas Intervenciones paradójicas Intervenciones reversibles
Técnicas de apoyo	Construcciones	
	Realidades	Símbolos universales Verdades familiares Consejos de especialistas

b) Interpretaciones provocadas. Minuchin provoca que las cosas pasen, la técnica será establecer un nuevo escenario para cambiar las secuencias de la interacción.

c) Interacciones alternativas. Técnicas que son variantes del mismo tema: 1) si las cosas no ocurren hay que hacer que ocurran; 2) el terapeuta explora la posibilidad de desarrollar una transacción poco común en la familia; 3) mantener la distancia durante la interacción de la familia.

2. **Focalización.** Por su observación de la familia, el terapeuta recibe información, que deberá seleccionar y darle un significado. Se observan los límites, las fuerzas, los problemas y se determina el familiograma, así como la estrategia terapéutica, seleccionando primeramente el foco y, en segundo lugar, se desarrolla el tema terapéutico de trabajo.

3. **Intensidad.** Es la técnica por medio de la cual el terapeuta hace escuchar el mensaje a la familia, más allá de las fuerzas defensivas de ésta. Estas técnicas se pueden dar en:

a) Repetición del mensaje. Reiterar el mensaje las veces que sean necesarias para que se comprenda.

b) Mensaje isomórfico. Mensajes que superficialmente parecen diferentes, pero en su estructura profunda son similares.

c) Cambio del tiempo o ritmo de la familia. Ésta desarrolla una estructura con noción propia del tiempo y del movimiento. La técnica será modificar esto.

d) Cambio de distancia. Las familias desarrollan, a través del tiempo, el sentido de distancia o aproximación de cada uno de sus miembros. La técnica será que el terapeuta se acerque o se aleje de la familia, para enfatizar o relajar la intensidad.

e) Resistencia a la presión de la familia. La técnica será establecer el liderazgo ante la familia y no hacer lo que la familia quiera, sino lo que el terapeuta haya planeado.

Técnicas de reestructuración

Estas técnicas cuestionan la estructura familiar, los límites, la manera en que hace las cosas la familia, sus interacciones y su forma de solucionar los problemas.

1. **Límites.** Dar la permeabilidad a los límites que separan los subsistemas. Éstos se pueden dividir en:

a) Distancia psicológica. Generalmente la manera en que los miembros de la familia se sientan durante la sesión terapéutica, reflejan los índices de sus afinidades, las díadas, tríadas y distancia que existen entre ellos. El terapeuta deberá aplicar sus conocimientos y realizar movimientos que establezcan nuevos límites en la familia.

- b) Tiempo de interacción. Extender o acortar el proceso es una técnica para aumentar la intensidad y demarcar o separar sistemas. Es más importante que ocurra la transacción, que el contenido del proceso.
2. **Desbalance.** El objetivo terapéutico será cambiar la relación jerárquica de los miembros de un subsistema. Existen dos problemas con esta técnica: primero que es poco ética y por definición, injusta; segundo, la necesidad de apoyo que tiene la familia respecto del terapeuta. Esta técnica podrá tener cuatro categorías de acuerdo a lo que la familia requiera:
- Afiliación con miembros de la familia. La posición del terapeuta, de experto y de confianza, le permite hacer intervenciones dentro de la familia.
 - Alternando afiliaciones. Alternar afiliación con dos subsistemas en conflicto es una técnica complicada pero muy eficaz.
 - Ignorar a miembros de la familia. Esta técnica va contra algunos principios terapéuticos, ya que consiste en hablar y actuar como si ciertos miembros de la familia fueran invisibles, por lo que sólo se utiliza en estructuras patológicas muy rígidas.
 - Coalición contra miembros de la familia. Cuando un miembro de la familia está en desventaja en relación a los demás, el terapeuta hará coalición con el primero para darle más fuerza.
3. **Complementariedad.** El objetivo terapéutico será hacer ver y experimentar a los miembros de la familia que pertenecen a una entidad y que ésta es tan grande como su yo individual. Para facilitar este objetivo, el terapeuta deberá retar a la familia en dos aspectos:
- Desafiando el problema. Por lo general los síntomas familiares se presentan en una persona, en el paciente identificado (PI); el primer reto será desafiar esta verdad.
 - Desafiar la puntuación de eventos. El terapeuta reta la epistemología familiar, introduciendo el concepto de expansión temporal.
4. **Paradojas.** El uso de las paradojas se basa en la comprensión de tres conceptos: a) la familia como un sistema autorregulador, b) los síntomas como función autorreguladora, y c) la resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de los dos anteriores. Las paradojas se usan como:
- Intervenciones directas (*compliance-based*), referidas a consejos, explicaciones, sugerencias e interpretaciones y tareas a realizar.
 - Intervención paradójica (*defiance-based*), donde se dice lo opuesto a lo que se quiere que se realice.
 - Intervención reversible (*defiance-compliance-based*), una persona cambia de opinión respecto de algo, para que los demás lo comprendan en forma de mensaje paradójico.

Técnicas de apoyo

- Construcciones.** La familia tiene su organización cognitiva y constituye su visión del mundo. El terapeuta le ofrece una realidad diferente, utiliza las verdades de la familia para la reconstrucción de una nueva realidad de su mundo. Con estas técnicas el terapeuta cuestiona la concepción del mundo que tiene la familia y son: las construcciones cognitivas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.
- Realidades.** La familia no sólo tiene una estructura, sino un esquema cognitivo legítimo para la organización familiar. Al llegar la familia a terapia, desea que el terapeuta pule y repare su organización. El terapeuta, como creador de nuevos mundos, ofrecerá a la familia otro mundo, con otra realidad, para lo cual utiliza realidades que son verdad para todas las familias, como son:
 - Símbolos universales. Verdades que son del dominio universal.
 - Verdades familiares. La manera en que se desarrollan las estructuras familiares son análogas a como se desarrollan los procesos sociales.
 - Consejo de especialista. Consejos del terapeuta como experto en la materia.

CASO CLÍNICO

A continuación se transcribe parte del tratamiento de la familia Ramos, quien fue atendida bajo el marco teórico sistémico estructural; se transcribirá el diálogo, identificando como Daniel al terapeuta y se indicarán en cursivas las técnicas y los objetivos terapéuticos de la estructura familiar así como el familiograma de esta familia, desde su inicio hasta el final del tratamiento.

La familia Ramos fue remitida a terapia por su médico familiar. La señora Ramos había presentado una gran variedad de síntomas como trastornos digestivos, obesidad, estrés, insomnio y depresión. Su médico, después de tratarla por un periodo de más de 15 años, de haberle realizado una infinidad de exámenes médicos y prescrito una innumerable cantidad de medicamentos, decidió remitirla a un tratamiento de terapia familiar. La última recaída de la señora Ramos fue acompañada de aislamiento (en su habitación por tres meses), de una hospitalización urgente debido a la ingestión de sedantes (5 en un día) y de falta de apetito; su médico familiar, después de este cuadro depresivo y ante el peligro de que la señora Ramos atentara contra su integridad física, decidió hospitalizarla. El esposo y los hijos se opusieron y optaron por ser atendidos con un encuadre sistémico de terapia familiar.

La familia Ramos estaba formada de la siguiente manera: el señor Ramos, comerciante en muebles, de 55 años de edad; la señora Ramos, maestra titulada en historia, ejerció su profesión hasta el nacimiento de su tercer hijo, y desde esa fecha hasta el

momento de acudir a terapia no ejercía; el primer hijo, Héctor de 25 años, ingeniero en sistemas, casado hacía un año y divorciado, sin hijos, a los 8 meses regresó a la casa paterna durante la última crisis de su madre; la segunda hija, Verónica, con 23 años, estudiaba el último semestre de psicología y vivía en la casa paterna; el tercer hijo, José, con 19 años, tenía problemas de deserción de estudios, y actualmente cursaba la preparatoria abierta; y la abuela paterna de 82 años, vivía con la familia desde el nacimiento de Verónica.

Los Ramos eran una familia de clase media, con poca solvencia económica. Asistieron a la primera consulta los esposos y sus tres hijos.

Daniel: Qué gusto me da ver a toda la familia reunida, para tratar de revisar su problemática.

Sr. Ramos: Realmente tiene razón doctor, pocas veces nos reunimos toda la familia, pero esta ocasión así lo amerita, debido a la gravedad de mi esposa.

Daniel: Debido a la gravedad de la señora o a la preocupación de toda la familia debido a un problema, a esto yo le llamo trabajo de equipo o cohesión. *Connotación positiva del terapeuta hacia la familia y se inicia la dispersión del foco del PI, hacia toda la estructura familiar.*

Sra. Ramos: Verá doctor, estamos aquí porque realmente no quedaba otra alternativa: o me hospitalizaba o aceptaba venir con usted a tratamiento, no me quedó otra alternativa.

Daniel: No le quedó o no les quedó otra alternativa. ¿De quién fue la idea de que vinieran a terapia? *El terapeuta continúa ampliando el foco, del PI hacia la estructura familiar, reetiquetando, a través de una metáfora, la problemática de la familia como un dolor de muela que debe atenderse o seguir sufriendo el dolor.*

Cuando una pieza dental se caria hay que curarla, si no hay salvación de la pieza, se tendrá que extraer, pero esta extracción provoca el desgaste de las demás piezas de la boca. *A través de la metáfora el terapeuta trata de que todos visualicen que el problema no es del PI sino de toda la familia; la hospitalización se equipara con la extracción de la muela.*

Sra. Ramos: Sí, pero estamos aquí no por una muela, estamos aquí porque me querían hospitalizar y creo que ahora sí querrán librarse de mí.

Verónica: Te dije desde hace mucho tiempo que no debías tomar tantos medicamentos, que lo que tenías era emocional; siempre querías encontrar síntomas para estar enferma, hasta que finalmente llegamos al límite, pero insistes en seguir viendo a tu médico para todo.

Daniel: Llegamos al límite, muy bien dicho Verónica, lleguemos al límite y yo también me incluyo en su problema; de hoy en adelante, considérenme como alguien solidario de su problema. *El terapeuta inicia el acercamiento con la familia (insertarse e interesarse).*

José: Doctor, dice usted que lo consideremos parte de la familia, ¡pero cómo! Si ni siquiera sabemos quién es usted ni usted sabe a qué venimos, así nos vamos a quedar. *El terapeuta detecta límites rígidos en la estructura familiar.*

Daniel: ¿Qué, es muy difícil pertenecer a su familia o hacer amistad con ustedes? *El terapeuta continúa implementando la técnica de acercamiento medio.*

José: Yo tengo amigos de muchos años, que no pueden entrar a mi casa y que ni mi papá ni mi mamá los conocen. Tengo que ir a verlos a su casa o en algún otro lugar que no sea mi casa, nunca han aceptado a mis amigos. Y eso que no todos son como ellos creen.

Daniel: ¿Cómo creen que son tus amigos, o cómo son? *El terapeuta continúa ampliando el foco así como recopilando información respecto de la estructura familiar.*

José: Bueno, mi mamá no tolera que lleve a nadie a la casa, siempre está o enferma o de mal humor. Mi papá nunca está en la casa, viaja todo el tiempo. Y mi abuelita es la que sí está siempre despierta, pero si nos atiende se pelea mi mamá con ella por desobedecerla, así es que lo que hago es pararme lo menos posible en la casa.

Daniel: Así que tu abuelita vive con ustedes, ¿es mamá de quién?

José: De mi papá.

Daniel: ¿Y desde cuándo vive con ustedes?

José: Desde que yo me acuerde. Siempre.

Daniel: ¿Y cómo es tu abuelita?

José: A todo dar, pero siempre discute con mi mamá, creo que no se quieren.

Daniel: Señor Ramos, ¿cómo ve usted esta situación? *El terapeuta sigue ampliando el foco.*

Sr. Ramos: Creo que muy complicada.

Daniel: ¿Por qué?

Sr. Ramos: Bueno, muy difícil, ella no puede vivir sola y de alguna manera nos ayuda mucho en la casa y con mis hijos, cuando mi esposa no se siente bien.

Daniel: Y ¿cada cuándo pasa que no se siente bien señora Ramos?

Sra. Ramos: Bueno, últimamente muy seguido, pero cuando ella llegó, hace 23 años, yo me sentía muy sana, fuerte. Realmente el haberla traído a vivir con nosotros, creo que fue una ayuda para mí, pero con el tiempo todo cambió.

Daniel: ¿Por qué todo cambió?

Sra. Ramos: Bueno, creo que era muy joven y que necesitaba alguien con experiencia que me ayudara a criar a mis hijos.

Daniel: Pero si usted es una persona preparada y con estudios, con carrera universitaria, ¿en qué especialidad? *El terapeuta aplica la técnica de valores universales.*

Sra. Ramos: En historia.

Daniel: ¿Titulada?

Sra. Ramos: Sí y con experiencia docente.

Daniel: ¿Y se creía incapaz para criar a sus hijos? *Técnica de reencuadre, connotación positiva.*

Sra. Ramos: Sí, no sabía qué hacer yo sola con mis hijos, me ponía muy nerviosa, siempre le hablaba a mi suegra a su casa, cuando tenía un problema.

Daniel: ¿Qué problema? *Traking, información, retroalimentación.*

Sra. Ramos: Bueno, cuando nació Verónica, Héctor se me puso muy malo de diarrea y no podíamos pararla, me parece que fue disentería. Héctor, mi esposo,

no estaba y me sentí desesperada, llamé a mi suegra y le pedí que viniera unos días a estar en la casa.

Daniel: ¿Y Héctor, su esposo, dónde estaba?

Sra. Ramos: Viajando, siempre ha estado viajando desde que tiene este trabajo, hace 25 años, no cuento con él.

Daniel: Cuénteme usted Héctor (padre) ¿por qué dice su esposa que no cuenta con usted? *Técnica de diagnóstico, intensidad, forzar el influjo del mensaje, así como recibir retroalimentación del implicado directo (padre); no triangular la información sino recibir información directa.*

Sr. Ramos: Bueno, ella sabe que desde que tengo este trabajo tengo que salir constantemente, a ver a mis clientes. Pero cuando estoy en casa sí cuenta conmigo, o sabe que constantemente le hablo por teléfono cuando viajo.

Daniel: ¿Esta situación no le causa conflicto en el trabajo, como con su esposa? *El terapeuta cuestiona el subsistema parental.*

Sr. Ramos: Bueno, en el trabajo al principio sí causaba conflicto; sentía a Verónica (mi esposa) indefensa en la casa con mis hijos, pero cuando mi mamá se fue a vivir con nosotros me sentí más tranquilo. Cuando estaba trabajando o viajando le hablaba a Verónica (esposa) hasta tres veces al día.

Daniel: Pero si su esposa es una persona que está muy bien preparada, ¿por qué se preocupaba tanto? *Reetiquetar al PI como persona preparada o capaz.*

Sr. Ramos: Bueno, realmente ella no me hablaba, yo era el que le hablaba, cuando salía de viaje sentía que ella no iba a poder con la casa ni con los hijos.

Daniel: ¿Ella no podía o usted creía que ella no podía? *Continúa ampliando el foco del PI a la estructura familiar.*

Sr. Ramos: Bueno, mi madre me indicaba que cuando yo salía, Verónica (esposa) le hablaba constantemente para pedirle ayuda.

Daniel: Pero pedir ayuda no quería decir que no pudiera con su responsabilidad, nadie es perfecto; todos, tarde o temprano, hemos pedido orientación. *El terapeuta cambia el escenario de la interacción de incapaz a pedir orientación; interacción alternativa; técnica de diagnóstico variante del mismo tema.*

Sr. Ramos: Bueno, yo me iba a mis viajes muy preocupado cuando dejaba a Verónica (esposa) con mis hijos, sentía que podía pasar algo malo o que cuando regresara algo estaría mal.

Daniel: ¿Mal en qué sentido? *Técnica de diagnóstico de intensidad para reforzar el flujo del mensaje y revisar el sistema parental en su eficacia.*

Sr. Ramos: Bueno, usted sabe, todos los peligros que pueden tener los niños pequeños así como la gran preocupación que debe tener una madre sola con dos pequeños.

Daniel: ¿Cuáles son esos peligros que usted refiere? *Continúa la técnica de diagnóstico de intensidad en el subsistema parental retando la eficiencia de éste.*

Sr. Ramos: Bueno, no sé, pero pueden pasar muchas cosas.

Daniel: ¿Cómo qué? *Continúa la técnica de intensidad.*

Sr. Ramos: Bueno, una vez Héctor, muy pequeño, se enfermó de vómito por la leche o por la fórmula que le prescribió el pediatra, o por una infección y tuve

que regresar a la casa de emergencia y dejar mi trabajo pendiente; tomé un vuelo urgente.

Daniel: ¿Y qué le sucedió a Héctor?, aquí lo estoy viendo y se ve muy sano y fuerte. *Técnica de desbalance.*

Sr. Ramos: Bueno, cuando llegué todo estaba bien y tuve una gran discusión con Verónica (esposa).

Daniel: ¿Por qué fue la discusión?

Sra. Ramos: Bueno cuando llegué, yo le dije que no era necesario que regresara, que ya le había hablado al pediatra y que me había recetado un medicamento y que todo iba a estar bien en menos de 6 horas, como sucedió.

Daniel: ¿Por qué fue la discusión? *El terapeuta continúa con la técnica de intensidad para ver la resolución o la eficiencia del subsistema parental.*

Sr. Ramos: Bueno, fue...

Sra. Ramos: No, déjame decirle al doctor por qué fue. La discusión fue porque tú me culpaste de no haber estado preocupada, pero yo te dije claramente cuando me hablaste, yo no te hablé, tú fuiste el que me hablaste tres o cuatro veces. Te dije que no estuvieras preocupado, que todo iba a salir bien, que no vinieras; ya que estabas aquí me culpaste de perder a tus clientes y de haber sido yo la que estaba preocupada, si realmente el preocupado fuiste tú.

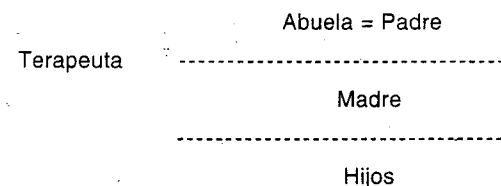
Sr. Ramos: Bueno, pero tenía razón de estarlo.

Sra. Ramos: No.

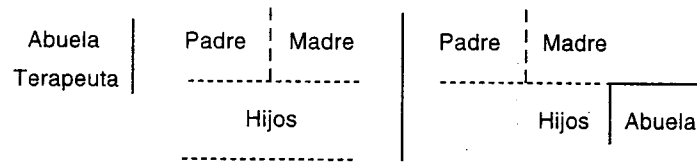
Daniel: Entonces, ¿quién era el más preocupado? *Cuestiona la validez del etiquetamiento del PI en la estructura familiar, cuestiona el planteamiento de la realidad de la familia.*

Sra. Ramos: Él (Héctor, el padre) y su mamá, siempre me hablaban por teléfono, ella por lo menos cinco o seis veces al día, “¿cómo amanecieron?”, “¿durmieron bien los niños?”, “¿qué desayunaron?”, “¿qué vas a hacerles de comida?”, “¿los vas a sacar a pasear?”, “si los sacas al jardín cúbrelos bien”, “que no les dé mucho el sol”, etc. Cualquier cosa la hacía con tanto cuidado y tanta preocupación que llegué a sentir que yo era la nana, no la mamá.

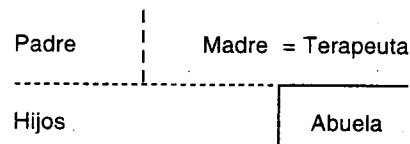
Daniel: Se sentía vigilada u observada cada vez que estaba con sus hijos. *El terapeuta observa que Verónica (esposa) no es el único problema; el problema, al ampliar el foco y la intensidad, lo encontramos en la estructura familiar, en el subsistema parental, con la inserción de la abuela en la jerarquía suprema de este sistema. Después de estas primeras sesiones, la estructura familiar (familiograma) es la siguiente, de acuerdo con la información recibida:*



El objetivo terapéutico de la próxima sesión será reubicar a Verónica en el subsistema parental y retirar plenamente la jerarquía que ha tomado la abuela. El familiograma del objetivo terapéutico será el siguiente:



El proceso terapéutico está enfocado a reforzar más a Verónica (madre) en el subsistema parental, con el apoyo del terapeuta.



Durante las siguientes sesiones se trabajó con el planteamiento anterior, de reforzar la posición de la madre en el subsistema parental y desvincular a la abuela de este subsistema, a través de técnicas de reestructuración, fijación de límites, desbalance, complementariedad y paradojas. Se continuó ampliando el foco o el cuestionamiento inicial de la incapacidad o ineficiencia del PI (Verónica, madre), en el sistema familiar y la interacción de la estructura. Nuevamente, transcribo lo más trascendente de la intervención terapéutica.

Héctor: Pero no creo que mi abuelita sea la culpable de los problemas, al contrario, ella nos ha cuidado y atendido cuando tú (madre) estabas enferma.

Daniel: ¿Y cuando Verónica (mamá) estaba enferma, quién la cuidaba?

Héctor: Verónica o yo, porque José nunca está en la casa.

Daniel: Y la abuelita ¿qué hacía?

Héctor: Nos hacía la comida o nos lavaba y planchaba.

Daniel: ¿Hacía lo que tu mamá no quería o lo que no le dejaban hacer, o lo que ustedes debían hacer? *Técnica de desequilibrio, el terapeuta cuestiona la distribución de poder en la familia, tema de complementariedad, cuestionando la interdependencia de las partes; el terapeuta reta nuevamente la etiquetación de mapas del PI. Silencio de medio minuto, momento reflexivo de la familia.*

Daniel: (A la abuela.) Usted señora, ¿cuántos hijos tuvo? ¿Por qué tiene tanta experiencia para criar niños? *El terapeuta interviene con la técnica de paradoja para obtener lo opuesto a lo que parece preguntar, planteando una técnica de desafío, para que la abuela invierta la conducta de experta con hijos y*

revertirla hacia Verónica (madre) para ser más experta por haber tenido más hijos que la abuela.

Abuela: Sólo tuve a Héctor.

Daniel: ¿Sólo a Héctor? *Continúa la misma postura anterior.*

Abuela: Bueno, sí, no se me lograron dos al nacimiento.

Daniel: ¿Por qué razón? *El terapeuta continúa en el desafío de la eficiencia de la abuela como madre o protectora de hijos.*

Abuela: Bueno ya sabe usted, en aquella época las cosas eran diferentes, no había tanta atención ni conocimientos.

Daniel: ¿Qué edad tiene usted señora? *El terapeuta continúa aplicando la técnica de reestructuración, de desbalance, formando coalición con la madre (Verónica) para desetiquetarla como PI.*

Abuela: 82 años.

Daniel: Bueno en esa época había muchos avances y cuidados prenatales y perinatales. *Continúa con la posición anterior.*

Sr. Ramos: Doctor, creo que está yendo más allá de lo que se debe, creo que no hay por qué culpar a nadie y menos a ella (un poco alterado él y sus hijos).

Daniel: No estamos culpando a nadie, estamos ampliando el diagnóstico.

Sr. Ramos: Pero esto para qué es importante, si el problema está en Verónica (esposa).

Daniel: Eso es lo que debemos diagnosticar, si el problema está realmente en Verónica (madre). *El terapeuta amplía el foco del PI y cuestiona la interacción de la estructura familiar; reta el planteamiento inicial de la familia, respecto de la causa de la consulta.*

José: El problema como yo lo veo, no es de mi mamá (Verónica). Es de que nunca se puede estar a gusto o como si la casa estuviera vacía o molesta.

Daniel: ¿La casa te molesta o es la forma como está la familia en la casa? *El terapeuta sigue su técnica de desequilibrio a través de la paradoja planteada por José, la cual retoma el terapeuta para reetiquetar o redefinir el problema.*

José: ¿Cuál familia?, yo diría que es una casa sin familia. *José plantea la metáfora y redefine el problema de la estructura familiar.*

Verónica: ¿Cómo una casa sin familia, y nosotros qué?, no somos como tú que nunca estás.

José: No me refiero a nadie, es la sensación que a veces me da la casa cuando llego.

Daniel: ¿Qué es lo que sientes cuando llegas? *El terapeuta hace una coalición con José para darle más fuerza a su metáfora, para ver si a través de él se da el desequilibrio y la reetiquetación del PI a la estructura familiar.*

Sr. Ramos: Bueno, nos estamos saliendo del tema.

Daniel: No; permita que José termine su idea. *El terapeuta desafía al sistema parental quitándole fuerza y poder, para delegarlo al subsistema fraterno y darle intensidad a este foco de la intervención. El terapeuta sigue en coalición con José para darle fuerza al planteamiento central del problema de la estructura familiar y no a la del PI.*

Sr. Ramos: No tiene caso.

Daniel: Sí, es importante, todos tienen que participar y yo digo cuándo y cómo. *El terapeuta enfatiza su posición de experto y de jerarquía dentro del sistema familiar.*

José: Ya se me fue la idea.

Daniel: Planteabas que ibas a decir la sensación que tienes cuando llegas a casa. *El terapeuta enfatiza la coalición con José contra el sistema parental y además hace la indicación del tiempo de la reflexión, "el aquí y el ahora".*

José: ¡Ah, sí!, bueno cuando llego a casa siento que...

Daniel: Sientes.

José: Sí, siento que la casa está hueca o vacía.

Sr. Ramos: ¡Oh!...

José: Sí, siento que es una casa de fantasmas...

Héctor: ¡Ya!...

Daniel: No intervengan, dejen que exprese su idea. *Continúa la coalición, ahora contra todo el sistema familiar.*

José: Bueno llego y mi mamá, en su cuarto; mi papá, pues nunca está; y Héctor y Verónica (hermana), tampoco. *No menciona a la abuela.*

Héctor: No exageres, ¿y qué quieres, que te recibamos con mariachis?

Abuela: ¿Y yo, qué, no cuento?

José: Sí, pero siempre me regañas por no hablarte por teléfono o por no decir dónde estoy o qué estoy haciendo. Creo que ya estoy bastante grande para seguir pidiéndote permiso para todo.

El terapeuta percibe en esta estructura familiar que la abuela es muy central y desarrolla funciones que correspondían a la madre o al padre, ha tomado una posición muy fuerte en el subsistema parental. Se confirma la hipótesis del primer planteamiento de diagnóstico; el terapeuta tendrá que plantear límites claros en el subsistema parental, dar fuerza a Verónica (madre) y a Héctor (padre) y bajar la jerarquía de la abuela. El planteamiento terapéutico después de diez sesiones sería la siguiente:

Terapeuta = Padre ≡ Madre

Hijos

Abuela

El terapeuta continúa con el planteamiento anterior ante la familia, involucrándose y dando fuerza al subsistema parental (=), tratando de sobreinvolucrar (≡) la jerarquía y fuerza del subsistema parental ante el subsistema fraterno, además pretende bajar la jerarquía de la abuela con límites muy flexibles (---) en el subsistema fraterno y subsistema parental, con límites muy rígidos respecto de la abuela con estos subsistemas. Para ello, el terapeuta utilizará o ampliará las técnicas de apoyo como son las realidades, construcciones, símbolos universales, verdades familiares y

consejos especialistas, además destacar u obtener los lados fuertes o la fuerza de la familia.

Después de 15 sesiones, al ampliarse el enfoque o al reetiquetarse la estructura familiar, como la del problema, se cuestionó de tal forma este planteamiento que la familia dudó en continuar o no, ahora la más motivada era Verónica (madre) y José y Verónica (hija); Héctor, el padre, continuó pero con varias ausencias hasta que fue obligado por Verónica (hija) a asistir de mal humor. La abuela seguía sin asistir.

Verónica (madre, PI) continuó muy interesada y puntual a todas las sesiones de trabajo terapéutico. Parecía que al quitarle las etiquetas y al ampliar el foco de la problemática familiar, se le hubiera quitado un peso de encima. Ella ya no se culpaba de alguna manera de sus problemas, sino que ahora sería también la problemática de Héctor (hijo) por su divorcio; de José por sentirse solo; de la abuela por sentirse necesaria; ya no sentía, como lo manifestaba en algunas sesiones, coraje con la suegra sino lástima por ella y se sentía incapaz de delegarla. Se estableció un nuevo planteamiento ante ella (Verónica, madre) y Héctor (padre) de qué podían hacer con la abuela; se plantearon varias opciones, como buscarle un departamento o asilo; pero la familia planteó la posición de ella, en el sentido de no atacarla o expulsarla sino de protegerla. Se replanteó el problema o la estructura familiar y ahora no se veía a la abuela como problema sino como alguien desprotegido, a quien hay que dar apoyo y ayudar; se realizó una técnica de apoyo con una nueva construcción o fuerza familiar, ¡ayudar a la abuela! Nuevamente se transcribe aquí parte de la sesión.

Daniel: Creo yo que no es una solución adecuada el que ella viva sola (se dirige a Verónica, madre), si sigues como lo hacías hasta ahora, enferma y encerrada en tu cuarto, la casa va a seguir siendo de fantasmas y la abuela tendrá que encarnar en ti, como si fuera una real casa de fantasmas. *El terapeuta utiliza técnica de reestructuración para confirmar el desbalance y el planteamiento de cambio de la estructura familiar, utilizando la metáfora que fue dada por José, misma que sigue reforzando el cambio de la estructura familiar, así como no aceptar el rechazo o la salida de la abuela de la familia, sino reestructurar su posición, jerarquía y límites ante la estructura de la misma.*

Daniel: Si revisamos el "aquí y ahora" parecería que la abuela se está deslindando de las responsabilidades que no le correspondían en la familia y que les correspondían a ustedes dos (madre y padre), las cuales tomó durante mucho tiempo o las que le cedieron. *El terapeuta aplica técnicas de apoyo a la nueva estructura, como son símbolos universales y verdades familiares.*

Sr. Ramos: Bueno, nos fue y sigue siendo de mucha ayuda.

Daniel: Creo que ella está para que le ayuden y no para ayudar. *El terapeuta replantea o desafía la verdad de la familia por una verdad universal.*

Sr. Ramos: Por su edad... ya...

Daniel: Sí, por su edad debemos replantear su situación y la de ustedes. *El terapeuta enfatiza nuevamente una técnica de reestructuración, desafiando la verdad familiar por un valor universal, y trata de bajar la jerarquía que ambos dieron a la abuela y reubicarla por debajo de ellos, en el subsistema fraterno y no parental.*

Sra. Ramos: ¿Y, usted qué cree que debemos hacer?

Daniel: Con una pobre anciana, ¿qué creen ustedes que se pueda hacer? *Técnica de apoyo, verdad universal.*

Sr. Ramos: No lo haríamos nunca así.

Sra. Ramos: Creo que no podríamos mandarla a vivir sola. Tendríamos que revertir lo que ha hecho por nosotros, cuidarla y protegerla.

Daniel: Creo que es una buena posición y ahora tienen mucho que hacer.

Finalmente el tratamiento concluyó después de 30 sesiones; luego de 25 años de rigidez, a través de las técnicas estructurales, se logró el involucramiento del subsistema parental (Héctor-Verónica) y se desvió o se reetiquetó el enfoque del PI (madre enferma) por el de agradecimiento y atención hacia la abuela, siendo esta última quien realmente necesita atención y cuidados. Era preciso no ubicarla en el subsistema parental, sino en el subsistema fraterno o de menor jerarquía, de la que tenía al inicio del planteamiento terapéutico. Verónica (madre) finalizó las sesiones con otro planteamiento existencial y bajo otro rótulo, de menor peso, y de no ser ya quien daba o mantenía la homeostasis familiar a través de su sintomatología. ■

T EORÍA DE LA COMUNICACIÓN

ANTECEDENTES

El modelo de la comunicación fue precursor en la terapia familiar, durante los decenios de 1950-1979, los pioneros de este modelo fueron los miembros del estudio del modelo de la comunicación de la esquizofrenia, desarrollada por Don D. Jackson y Jay Haley en el *Mental Research Institute* (MRI).

Don D. Jackson se recibió de médico psiquiatra en el año de 1943 por la universidad de Stanford, donde las mayores influencias teóricas fueron las de Freud y Sullivan. Realizó su residencia en la clínica *Chestnut Lodge* en Rockville, en el año de 1951; durante ese periodo fue también candidato al Instituto Psicoanalítico de Washington-Baltimore. En el año de 1952 cambió de residencia y se estableció en Palo Alto, California, donde realizó práctica privada y trabajó como Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Médica. Fue también asociado del Instituto Psicoanalítico de San Francisco, California, hasta 1954; también, asociado del Departamento de Psiquiatría de la universidad de Stanford, desde 1951 hasta 1960. Además colaboró como miembro consultor en el Hospital de Veteranos en Palo Alto, junto con Bateson.

Jackson fundó el MRI en noviembre de 1958, recibiendo su primer presupuesto en el año de 1959. El grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor.

compañía, la cual aceptó subsidiar 25% de los gastos que generara la atención al problema de sordera de Juan, con la posibilidad de aumentar el porcentaje hasta 50%. La madre de Juan empezó a aceptar el problema de su nieto; ello hizo que María empezara a tenerle confianza y dejara a Juan a su cuidado desde que él salía de la escuela hasta que ella llegaba de su trabajo. Aunque no fue posible quitar el sentimiento de culpabilidad a María y a Pedro*, al elevar su autoestima se les proporcionaron las armas suficientes para enfrentar este sentimiento y aceptarlo en un futuro. ■

* **N. del autor:** Los padres de hijos discapacitados pasan por varias fases cíclicas y es normal que éstas se presenten durante toda la vida. No existe padre que pase toda su vida aceptando el problema de su hijo sin sentir culpabilidad u otro factor que haga que su autoestima disminuya.

CAPÍTULO
OCHO

TEORÍA SISTÉMICA DEL GRUPO DE MILÁN

El desarrollo del modelo de Milán ha sido un continuo: la aplicación de nuevas técnicas según la retroalimentación de éstas por las familias, colegas y estudiantes. Analizar el modelo de Milán es una tarea que llevaría un libro completo pero, a grandes rasgos, se describirá su evolución en cinco etapas primordiales o significativas.

NACIMIENTO DEL MODELO DE MILÁN

En el año de 1967, Mara Selvini-Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia, en Milán, invitando para tal efecto a otros psicoanalistas, entre los que se encontraban Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Durante los primeros años, se reunían una vez a la semana sin recibir ningún salario, discutiendo los casos de las familias en terapia y los trabajos de Don D. Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson, con la finalidad de establecer las raíces de un modelo terapéutico. Al principio, rechazaron muchas invitaciones de otros centros, hasta no tener bien delineado y respaldado por casos clínicos su modelo terapéutico, y fueron motivados a continuar con él por la visita de Watzlawick a Italia durante este periodo.

Sus primeros trabajos fueron publicados en inglés, *The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents*, ahí aportaron los principales lineamientos de este modelo, como son: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, las connotaciones positivas y los rituales, temas que fueron desarrollados en publicaciones posteriores. Sólo cuatro años después apareció su libro clave *Paradox and Counterparadox* (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978), publicado en inglés, ahí exponían sus trabajos completos con pacientes y familias con problemas de anorexia y psicosis.

De las aportaciones de la obra *Pragmatics of Human Communication*, de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) y de la visita al MRI, de Palo Alto, el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia era un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis. Determinaron el equilibrio de un sistema (familia) entre la homeostasis y su propia capacidad de transformación; y en este periodo describieron por primera vez, la estructura de sus sesiones de terapia familiar, consistente en cinco etapas (Boscolo et al., 1987).

1. **Presesión.** Aquí el terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión.
2. **Sesión.** Dura aproximadamente una hora y es interrumpida por el equipo de observadores (terapeutas) y por las preguntas del terapeuta.
3. **Discusión de la sesión.** Donde el terapeuta se retira de la familia, con los expertos, para determinar sus conclusiones y prescripciones.
4. **Prescripción de la tarea para la familia.** El terapeuta dará las actividades a seguir por la familia en casa.
5. **Discusión de la reacción de la familia respecto de los comentarios y de las prescripciones.** La realiza el equipo de expertos una vez que la familia se ha retirado.

Otra de las aportaciones del grupo de Milán en este periodo son las "connotaciones positivas", referidas a que el terapeuta no sólo trata de calificar el comportamiento sintomático, sino que se ve todo el comportamiento como "positivo" o "bueno". El objetivo es preservar la cohesión del grupo familiar, lo cual permite al terapeuta ser aceptado por la familia, pues no desafia o cuestiona ninguna posición de conducta. Otro objetivo de las connotaciones positivas es que la familia se pregunte: <<¿por qué, si según el terapeuta estamos funcionando perfectamente, tenemos un paciente identificado o una sintomatología?>> Aquí es donde la paradoja realiza su función de "detonador", por su capacidad de transformación.

En *Paradox and Counterparadox*, el grupo de Milán describe sus intervenciones, basadas en los patrones repetitivos de las interacciones de la familia. Lo que el grupo refiere como juegos sucios son las coaliciones de un miembro de la familia con su familia de origen; por ejemplo, del comportamiento de dos hermanas para excluir al cuñado de la familia (Scharff y Scharff, 1978).

La mayoría de las intervenciones se basa en los ritos familiares y no deberán funcionar como interpretación para proporcionar estructura. El grupo cree que el desarrollo de la estructura se presenta después de que ocurren los cambios. El grupo de Milán utiliza los "ritos o rituales" en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. Por ejemplo, a la familia se le prescribe que todas las noches le agradezca al paciente identificado, por ser el enfermo de la familia y por ser el que carga toda la patología de la familia. El pensamiento del grupo de Milán, sobre este periodo, se describe en la publicación *A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd days and Even Days* (Selvini-Palazzoli et al., 1978), donde clarifican la diferenciación entre un ritual y una prescripción ritualizada; ambos forman aspectos específicos de la prescripción, pero se diferencian en su contenido. Mientras que el ritual es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la prescripción ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias. El ritual contiene una poderosa prescripción; por ejemplo, en diferentes días de la semana y en forma alterna, cada uno de los esposos tendrá que lidiar con el hijo problemático y el otro cónyuge actuará como si no estuviera ahí; esto permite una nueva forma de transacción entre los miembros de la pareja para bloquear la forma de comportamiento estereotipado de la familia. Según Selvini-Palazzoli, esto posibilita que cada uno de los esposos haga su mejor esfuerzo por presentarse ante el terapeuta como el (la) más exitoso(a) y, en consecuencia, resolverá el conflicto principal que puede ser los problemas del hijo o del PI (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1983).

El segundo enfoque que le dio el grupo de Milán a la paradoja y a la contraparadoja, durante este primer periodo, fue presentar las intervenciones con diferente perspectiva y nuevos campos de pensamiento. El enfoque cambió, en relación a la función del terapeuta, de prescribir la resistencia al cambio y la homeostasis de la familia, ya que cuando ésta se resistía empezaba a ver un cambio y cuando éste se presentaba, la familia continuaba la terapia. La familia y el terapeuta trataban de mantener la homeostasis, principio de la cibernética de Primer Orden. La cibernética de Segundo Orden se basa en la manera en que los sistemas cambian su organización (morgogénesis) (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS

El equipo delineó los fundamentos para desarrollar la terapia, la cual podría ser usada como metodología por el terapeuta. Los tres principios indispensables de ésta fueron presentados en la publicación *Hypothesizing-Circularity*.

Neutrality: Three Guidelines for The Conductor of the Session (Selvini-Palazzoli et al., 1980).

La "hipótesis" es descrita como el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta al delinear su trabajo; la información del paciente podrá ser cierta o falsa, y podrá ser usada o no. La hipótesis servirá al terapeuta para buscar más información, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia; como guía de la intervención, establecerá información y estructura en el sistema familiar. La hipotetización puede servir al terapeuta para trazar planteamientos de la terapia así como el mapa familiar, la explicación acerca de la familia, el problema y su relación contextual.

Los propósitos de la hipótesis serán:

- a) Relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción.
- b) Ordenar el planteamiento de las preguntas sistémicas y circulares.
- c) Introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia.

La hipótesis puede ser formulada:

- a) Basándose en la información acerca de la familia, quién la refiere, la entrevista telefónica y las entrevistas con la familia.
- b) Basados en experiencias psicológicas del terapeuta con familias y problemas similares, tomando en cuenta la cultura, la religión, la posición sociocultural y los patrones repetitivos.
- c) Aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta.

Para que sirva como guía de la sesión terapéutica, la hipótesis deberá:

- a) Relacionarse o enfocarse a la preocupación o al problema central de la familia.
- b) Ser útil; pero lo importante no es mantener la hipótesis sino encontrar la verdad que la mantiene.
- c) Configurar, analizar y confirmar la hipótesis de la familia y del terapeuta sobre la verdad problema.
- d) Plantear nuevas hipótesis de acuerdo con los planteamientos y la evolución de la interacción terapéutica.
- e) No se deberá indicar a la familia la hipótesis del terapeuta.

Otro concepto aportado por el modelo de Milán es el de "circularidad". Ésta "se comprende por la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que éste (terapeuta) solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios" (Selvini-Palazzoli et al., 1980).

A través de esto el terapeuta obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones, ya que el terapeuta plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia, con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia. El planteamiento de una hipótesis sistémica y el uso de la retroalimentación finalmente caracterizan la circularidad del interrogatorio circular.

Una vez que la teoría y la técnica del cuestionamiento circular se ha comprendido, se podrán instrumentar los planteamientos sistémicos dentro de la familia. Cada miembro de ésta tendrá su propia concepción del problema, síntoma, etiología, solución e interacciones; la función del terapeuta será implementar el cuestionamiento circular en la familia con el objeto de iniciar la concepción sistémica de la familia en tratamiento, siendo este menú de preguntas circulares infinito.

Definiremos la entrevista circular como la capacidad que tiene el terapeuta para visualizar el problema familiar, así como la posibilidad de ampliar el enfoque del problema presentado por el PI, a través de retroalimentación de cada uno de los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica. El terapeuta plantea las preguntas para enriquecer la comunicación y la comprensión temporal del problema. Los propósitos del cuestionamiento circular serán:

- a) Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- b) Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
- c) Proponer la conducción de la terapia.
- d) Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
- e) Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente, futuro) del problema.
- f) Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
- g) Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro en ésta, como el flojo, el preocupón, el regañón, el loco, el tonto, etc., y determinar cuándo y por qué se dio.
- h) Cuando se observen límites muy rígidos en la familia y se dificulte la interacción, hacer las preguntas en forma menos incisiva respecto del problema; por ejemplo, "¿quién responde en forma más agresiva, en una discusión? o ¿cree alguno de ustedes que no sea necesaria la agresión para discutir?"
- i) Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico.

En los diferentes momentos de la intervención, el cuestionamiento circular podrá proponerse por el terapeuta o por el equipo de observadores, con el fin de darle un giro de temporalidad a las preguntas circulares, como presente, pasado y futuro; por ejemplo:

- Presente:** ¿Cuál creen que sea el problema actual de la familia?
 ¿Cuál es la razón por la que están aquí?
 ¿Cuál es la preocupación de la familia, ahora?
 ¿Qué creen que debe cambiar ahora en la familia?
- Pasado:** ¿Cuál creen que era el problema entonces?
 ¿Cómo era la relación de ustedes, antes del problema?
 ¿Cómo se sentía la familia con el problema en el pasado?
 ¿Si pudieran olvidar el pasado, qué olvidarían?
- Futuro:** ¿Qué pasaría con la familia si continuara el problema?
 ¿Cómo se podría ver en el futuro, una mejora del problema?
 ¿Cómo verían a la familia en el futuro, sin el problema?
 ¿Cuál sería su conducta en el futuro si el problema ya no existiera?

El cuestionamiento de las preguntas circulares, durante la interacción terapéutica, estará dirigido a cada miembro de la familia en relación a quién hace qué, cuándo, dónde, cómo, también sobre el encuadre, la hipótesis, el problema y el síntoma. A continuación se presentan algunas sugerencias sobre este tipo de preguntas, conocidas como preguntas de interacción:

- Hacer preguntas relacionadas con la hipótesis planteada.
- No formular la pregunta a las personas, en verbo "ser" sino de manera menos directa, en verbo "actuar"; por ejemplo, en lugar de "¿cuándo se convierte en animal?", preguntar "¿cuándo puede actuar como animal?", y así.
- Cuando la familia se comunica a través de adjetivos calificativos para indicar el comportamiento de alguien, pedir ejemplos para calificar o comprender dicha conducta.
- Proponer diferencias espaciales sobre el problema o la hipótesis.
 En el pasado: ¿Qué sucede ahora, que nos indique una diferencia con lo que ocurría anteriormente?
 En el futuro: ¿Cómo quedará la familia cuando él ya no esté con ustedes?
 Preguntas hipotéticas: ¿Que sucedería si él dejara de actuar como hasta ahora?
 ¿Qué sucedería con ustedes si él regresara a casa?
 ¿Qué sucedería con ustedes si él ya no regresa a casa?

Plantear quién confirma o descarta el problema y la hipótesis, durante el cuestionamiento de la intervención, a través de síntomas, actitudes, comportamiento, disposición, involucramiento, distanciamiento y otros.

- A través del cuestionamiento circular durante la intervención, conocer la rigidez o relajación de los límites, la ideología, los mitos, los valores, la educación y la regla de la familia.
- Hacer preguntas de interacción sobre la temporalidad de la familia, entre presente, pasado, futuro o hipotetización, de diferenciación y explicativas; éstas pueden ser infinitas, de acuerdo a cada planteamiento, por ejemplo:

Presente: ¿Qué es lo que están haciendo?
 ¿Quién se encuentra más involucrado actualmente?
 ¿Quiénes están dispuestos a cambiar?
 ¿Quién no quiere involucrarse en la solución?

Pasado: ¿Qué ha intentado la familia?
 ¿Quién percibió el problema primero?
 ¿Cuándo se dio el cambio?
 ¿Quién se enfermó primero?

Futuro o hipotetización:
 ¿Qué harían ustedes si él no lo hace?

De diferenciación:
 ¿Cuando él no estaba, cómo se sintieron?
 ¿Cuando llegó, qué sucedió?
 ¿Cuando él llegó, qué cambió?
 ¿Cuando salen solos, quién se preocupa más?

Explicativas: ¿Qué opinas al respecto?
 ¿Qué significa esto para ti?
 ¿Por qué crees esto?
 ¿Quién te lo confirmó?
 ¿Quién te lo indicó?

El grupo de Milán se refiere a la neutralidad, como el efecto pragmático que el terapeuta ejerce sobre la familia. Tomm (1984), sobre la intervención del terapeuta, dice: "Una de las mayores dificultades en la terapia se presenta cuando el terapeuta tiene el deseo de hacer cambiar a la familia. O todavía peor, cuando los terapeutas creen que su objetivo es realizar cambios en la familia. El objetivo del terapeuta será conseguir un cambio, pero éste será brindar a la familia la capacidad de poder realizar sus propios cambios sin conflicto en el futuro" (Scharff y Scharff, 1978).

La familia deberá percibir al terapeuta como neutral, sin que tome preferencia o haga coalición con ningún miembro de la familia, sin omitir juicios y aceptando a cada uno de ellos, minimizando o atomizando la problemática del

PI. Las preguntas y la interacción del terapeuta deberán estar dirigidas a cada integrante de la familia, en forma circular y con tiempos iguales de interacción.

La última aportación del grupo de Milán durante este periodo fue la importancia que se le dio al paciente identificado y a su "proceso de referencia". En su publicación *The Problem of The Referring Person*, Selvini-Palazzoli (1980) indica que éste es quien mantiene la homeostasis de la patología del sistema familiar.

Cuando los miembros de la familia confirman la problemática de ésta, por causa del PI, el enfoque del modelo de Milán se veía de la siguiente manera:

- Periodo 1967-1975: La intervención se mantendría en los patrones de conducta que conservara la homeostasis familiar.
- Periodo 1975-1979: El terapeuta introduciría verdades que transformarían el sistema familiar, a través de la hipotetización, circularidad y neutralidad.

Como resultado de las publicaciones *Hypothesizing-Circularity-Neutrality* y *The problem of the Referring Person*, el grupo de Milán se dio a conocer a nivel mundial por sus aportaciones, que fueron: el uso del equipo de terapeutas, los rituales de la familia como intervención, las connotaciones positivas, la hipotetización, la circularidad, la neutralidad, el paciente identificado (PI), así como un método completo de cómo conducir la terapia familiar, basado en las teorías sistémicas (Scharff y Scharff, 1978).

DIVISIÓN DE LOS DOS EQUIPOS

¡El equipo no ha muerto, se ha dividido en dos!; Selvini-Palazzoli y Prata; Boscolo y Cecchin. Los primeros continúan trabajando sobre la variable de la familia de acuerdo con las pautas terapéuticas de sus principios básicos, también realizan investigaciones. El segundo equipo desarrolló sus trabajos como consultores en diversos talleres alrededor del mundo y a través de la docencia.

Selvini-Palazzoli trabaja con prescripción variante, la cual incorporó en sus investigaciones desde 1979; ésta consistía en que los padres de los niños psicóticos se mantuvieran retirados de los hijos, por periodos más o menos largos, sin que sus hijos supieran dónde se encontraban, regresando con ellos al término del tratamiento. Esta fuerte intervención terapéutica brindaba cambios en la estructura familiar, haciendo que cada miembro aportara cambios inevitables. Su mayor aportación fue describir el proceso psicótico de la familia: el hijo se involucra en una confusión simétrica de violencia entre los padres y trata de hacer algo inusual, para tratar de retar o desbalancear el poder del padre que parece ganar el combate. El padre que pierde, parece no comprender el comportamiento del hijo y, por tanto, se convierte en hostil hacia

él y se pasa al lado del ganador. Pero el hijo, en lugar de dejar esta conducta, continuará actuando como incoherente y loco. La interacción de este proceso es descrita por Selvini-Palazzoli en su libro *Family Games* (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

Boscolo y Cecchin, con el nombre de *Milán Asociados*, iniciaron el curso para preparar terapeutas familiares, con una duración de tres años, en el centro *matter* de Milán, Italia, el año de 1977. Cuando el equipo se separó, ellos continuaron su programa de enseñanza en diferentes lugares del mundo, presentando sus trabajos, cursos de preparación y talleres. Trabajaron con Helen Stierlin's, en Heidelberg; en Inglaterra, en la clínica de Charles Burns en Birmingham; en el *Ackerman Institute* de Nueva York; en la Universidad de Calgary, Canadá. Actualmente continúan impartiendo cursos en inglés y algunos en italiano.

Es difícil sintetizar las aportaciones de Boscolo y Cecchin en el campo de la enseñanza de la terapia familiar. Pero como refiere Keeney (1982), la manera en que aplican la epistemología cibernética a través de la retroalimentación, es lo que define el contexto de sus acciones. Sus ideas se confirman en el libro escrito con las colaboraciones de Lynn Hoffman y Peggy Penn, titulado: *Sistemic Family Therapy*, donde los dos últimos entrevistan a Boscolo y Cecchin. El libro muestra los principios de Hipotetización, Circularidad y Neutralidad en acción.

Sergio Pirrotta ha realizado un interesante estudio comparativo de los grupos; a base de observar el trabajo clínico de cada uno de éstos, concluye: "Boscolo y Cecchin se concentran en la enseñanza y la epistemología donde sus intervenciones terapéuticas son vistas con el propósito de introducir nuevas ideas y nuevos patrones de pensamiento, a los miembros de la familia" (Pirrotta, 1984). La metáfora que describen Boscolo y Cecchin, según Pirrotta, es la siguiente: el terapeuta es la intersección entre dos sistemas, el equipo del terapeuta y la familia; la mutua influencia entre ambos es vista como la portadora de los cambios dentro y fuera del sistema.

El trabajo de la metáfora de Selvini-Palazzoli, se caracteriza por el "debate o juego". El terapeuta tiene el poder para provocar que la familia acepte las prescripciones. Si ésta no las acepta, la sesión termina, con el fin de detener el juego rígido que mantiene la familia. El objetivo del terapeuta será "interrumpir a la familia", para que ésta invente un juego menos rígido.

CLARIFICACIÓN DEL MODELO Y SU DIFUSIÓN

Después del periodo de ruptura de la escuela Milán, Selvini-Palazzoli y Prata continuaron sus investigaciones y también impartieron cursos en Europa; no viajaron tanto como Boscolo y Cecchin, quienes ofrecen cursos en todo el mundo. Los trabajos de Boscolo y Cecchin fueron difundidos y aceptados por

la mayoría de los modelos de terapia familiar, de ellos emanan tres principios de suma importancia:

1. Muchos de los trabajos realizados por Keeney se refieren a las aproximaciones del modelo de Milán, como el de la "Epistemología ecosistémica", donde se sugiere que el terapeuta deberá reconocer la relación recursiva de la interacción, de acuerdo con todos los aspectos de su perspectiva de pensamiento y de comportamiento. El planteamiento ecológico de Cecchin se afirma cuando dice: "Si uno piensa que todas las intervenciones familiares deberán ser sistémicas, entonces pierde sus oportunidades de hacer otra clase de intervenciones a otros niveles, como las visitas a casa o visitas a los maestros, etc. Todas estas técnicas son parte de los patrones ecológicos" (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper 1985). El siguiente paso definitivo fue la cibernética de Segundo Orden, por incluir al observante como parte del sistema en observación. Keeney (1982) brinda el término apropiado, "cibernética de la cibernética".
2. Los trabajos del modelo original se basan en que la mayoría de las enfermedades mentales se originan por la confusión de los diferentes niveles de significado. El comportamiento de Dios en otro contexto podría ser un mal comportamiento. Durante varios años, Tomm ha tratado de estudiar los niveles de significado, por qué las creencias afectan el comportamiento y cómo el significado en diferentes niveles termina en confusión.
3. Los conceptos de Ilya Prigogine de "retroalimentación evolutiva" se basan en los conceptos de Boscolo y Cecchin, de que es posible considerar a la familia como un sistema sujeto a cambios. Cuando un pequeño proceso de inestabilidad se desvía de la media, empuja al sistema más allá de su presente organización a otro estadio, es cuando se presenta la crisis. La retroalimentación evolutiva se refiere al proceso natural de retroalimentación en los componentes de todo sistema, es a través de este proceso cuando un evento inesperado puede crear la inestabilidad. En términos de terapia familiar, la oscilación se puede dar en un comportamiento que el terapeuta no haya vislumbrado y esto puede ser el principio del cambio. Como dice Prigogine: "El terapeuta es sólo un facilitador" (Prigogine, 1976).

APLICACIÓN DEL MODELO A OTROS MODELOS TERAPÉUTICOS

Cecchin relata una interesante anécdota acerca de cómo sus alumnos, al año de haberse graduado y aplicado sus conocimientos en su lugar de origen,

regresaban al Instituto de Milán comentando que "se sentían muy contentos de su preparación pero que descubrieron que todo lo que aprendieron era completamente inaplicable" (Boscolo, et al. 1985). Esta afirmación paradójica contiene dos niveles de significado en la aplicación del modelo de Milán. Primero, que lo aprendido en el programa de entrenamiento nunca podrá transferirse fuera de este contexto. Segundo, la preparación en el pensamiento sistémico permitirá que el terapeuta encuentre nuevas soluciones de acuerdo con los problemas de su propia comunidad. A continuación se presentan algunas de las soluciones y aplicaciones que han dado las nuevas generaciones de egresados del Instituto de Milán.

Por ejemplo, con el cierre de un instituto mental en Italia, en 1978, los terapeutas tuvieron que encontrar nuevos métodos y modelos para el tratamiento de los enfermos mentales. El grupo de Bolonia estableció una clínica "experimental" para rehabilitar a 30 pacientes en su comunidad; la idea era que los pacientes convivieran con la comunidad y la clínica. Para realizar esto utilizaron las ideas de Prigogine, de inestabilidad y fluctuación, las cuales no estaban incluidas en su entrenamiento de Milán. Crearon la inestabilidad en cada paciente, dándoles autorización para salir de la clínica por determinado tiempo. De esta manera la inestabilidad sería el detonante de la fluctuación y el grupo debería tener la capacidad de restablecer el balance al paciente. En este caso la inestabilidad está representada por el respeto del tiempo de cada paciente para manejar su tiempo libre. Esta variante permitió romper la homeostasis de la estructura paciente-hospital. Con la modalidad de proporcionar a los pacientes inestabilidad y soporte, el programa pudo continuar entre los pacientes y el sistema hospitalario.

En Massachusetts, Alexander Blount usó diferentes principios para la organización de una clínica de salud mental. Tomando como referencia las mismas bases, creó un contexto donde al paciente, con previo aprendizaje de patrones de acusación (no soporte y confianza), se le permitía experimentar flexibilidad en su manera de pensar. Esto representa un nuevo aprendizaje para el paciente y, por tanto, un nuevo tipo de relación. Blount aplicó este método para que las demandas lineales fueran una solución sistémica. Estableció un contrato de tratamiento con cada paciente, donde todos los métodos tradicionales se rompieran. El seguimiento a cada paciente fue escrito, monitoreado y entregado tanto a los pacientes como a las autoridades del hospital, para evaluar sus avances.

El modelo de Milán clarificó los diferentes contextos donde trabaja el terapeuta. Separaron las necesidades de ayuda del paciente en dos niveles: el conocimiento del problema y el reporte del paciente. Por ejemplo, si al paciente se le deben suministrar fármacos para ayudarlo con su ansiedad, el equipo le da una retroalimentación (*Feedback*) llamada "redefinición de lo aceptado", que acepta el contenido de la demanda del paciente (fármaco), pero al mismo tiempo acepta la droga como una parte parcial del tratamiento del paciente, "te ayudará (el fármaco) a sentirte un poco mejor", y delimitan su

función respecto de la terapia ("el fármaco no te cambiará"). La redefinición del contexto terapéutico se mantiene constantemente.

CASO CLÍNICO

La familia Mendiola llegó a terapia debido a que la hija menor, Sofía, de 24 años, había muerto en un accidente hacía un año y medio. La conducta depresiva de la madre, Inés, aumentó a los dos meses de la muerte de su hija, y se acompañaba de llanto constante e instintos destructivos como no comer, verbalizaciones con la negación de la muerte de Sofía, así como la sublimación asimilativa entre esta última y la madre. La queja de la familia fue que Inés no aceptaba la muerte de Sofía y que lloraba constantemente, conducta que estaba llevando al resto de la familia a una angustia y depresión incontrolable, en donde los miembros de la familia lloraban, pero cada uno en su cuarto, por separado, siendo hasta el último mes en que toda la familia lloraba cuando interactuaban unos con otros. Como consecuencia, no habían podido convivir en los últimos dos meses, evadiéndose uno a otro para que no se presentara el llanto.

Esta familia estaba compuesta por Julio, el padre, de 58 años, ingeniero civil, gerente de una compañía propia de construcción civil; Inés, de 57, química jubilada hacía 3 años; Octavio, el hijo mayor, de 28 años, ingeniero, quien después de casado continuaba viviendo en la casa paterna con su esposa Gabriela y su hijo Pedro, de 3 años; Ana Laura de 26 años, sin estudios profesionales, quien vivía también en esta casa; Claudia, de 25 años, quien no ejercía su profesión de maestra y vivía en la misma casa. Sofía tenía 22 años cuando murió en el accidente, y ejercía su profesión (física) cuando murió.

La primera llamada telefónica la realizó Julio, quien a través de referencias solicitó la intervención de un especialista en terapia familiar ya que, desde su punto de vista, la familia se encontraba deprimida y se aumentaba la evasión de uno con otro.

Después de esta primera entrevista telefónica, que duró aproximadamente 40 minutos y de donde se obtuvo la información suficiente para realizar una primera hipótesis, se planteó la siguiente: "Estrecha relación familiar con tendencia a fuerza centrípeta, los miembros de la familia poseen poca tolerancia a la independencia personal o al desprendimiento de sus hijos". Si se analiza la estructura familiar con el modelo circunplejo, se observará a una familia con una cohesión muy alta (caóticamente amalgamada) y con una adaptabilidad (rígidamente amalgamada). A continuación se transcribe parte de la entrevista terapéutica.

Daniel: ¿Qué preocupación los trae a terapia conmigo? *El terapeuta aplica preguntas circulares respecto de la temporalidad presente.*

Julio: Tenemos un problema que no podemos resolver.

Daniel: ¿Desde cuándo tienen esta pena? *El terapeuta amplía el foco y hace una pregunta de interacción al pasado.*

Julio: Hace año y medio.

Daniel: ¿Quién me puede explicar cuál es el problema? *El terapeuta plantea una pregunta para confirmar su hipótesis del problema.*

Inés: El problema soy yo.

Daniel: ¿Por qué dice que usted es el problema? *Se hace una pregunta explicativa referente al presente.*

Inés: Desde que murió mi hija Sofía.

Daniel: ¿Desde que murió su hija o se acentuó en ese momento? *El terapeuta plantea abiertamente la hipótesis de la estructura familiar y la vierte a toda la familia, ya que ésta se fundamenta en la rigidez y en la cohesión familiar, la que se precipitó en el PI, con la muerte de Sofía, que ha llorado toda la familia. Forma metafórica para comunicarse a través del llanto de la madre.*

Julio: No ha dejado de llorar y ahora nosotros tampoco estamos aceptando la pérdida de mi hija. *Se confirma la hipótesis de la rigidez o fuerza centrípeta de la familia, donde no se permite ninguna independencia y mucho menos la separación por muerte de algún miembro de la familia.*

Daniel: ¿Quiénes de ustedes han aceptado o elaborado el duelo de Sofía? *El terapeuta realiza una pregunta de diferenciación en el sistema familiar, para corroborar o descartar su hipótesis; estas preguntas de diferenciación se realizan con el fin de explorar la rigidez y cohesión del sistema familiar.*

Octavio: Actualmente ninguno. *Octavio confirma la rigidez del sistema familiar, la hipótesis se ratifica y el objetivo terapéutico será hacer ver, en forma sistémica, la rigidez de la familia, tratar de bajarla a niveles más funcionales y ayudar a disminuir la depresión de Inés a una posición más saludable.*

Daniel: ¿Sofía era igual de unida a la familia que ustedes? *El terapeuta plantea una pregunta explicativa esperando que la respuesta confirme aún más su hipótesis.*

Octavio: No, yo creo que era la más independiente.

Daniel: ¿Qué hacía que te hace pensar que era la más independiente? *Se hace otra pregunta explicativa, en tiempo pasado, para iniciar el planteamiento o el movimiento del sistema familiar a una percepción de retroalimentación de la cohesión familiar.*

Octavio: Bueno, ella desde chica mostró mucha independencia, era a la que más castigaban en la casa por su forma de pensar y de ser.

Daniel: ¿Puedes ser más explicativo y decirme cómo era esa independencia que ella mostraba? *El terapeuta, con esta pregunta explicativa, trata de recopilar información del pasado sobre Sofía y la rigidez del sistema familiar. Realizará la misma pregunta (circularidad y neutralidad) con cada miembro de la familia. En forma sistémica, se analizará el concepto de cohesión referido a las fuerzas centrípetas y centrífugas del sistema familiar.*

Octavio: Ella (Sofía) era muy bonita y extrovertida, desde chica lo supo. En secundaria tenía muchos amigos y amigas, ella sufría porque no podía verlos ni llamarlos por teléfono; mi padre no le permitía tener amistades de ninguna clase; mi madre la llevaba y la recogía de la universidad. *La hipótesis se confirma en un amalgamiento entre Inés y Sofía, quienes formaron una interdependencia sometido/sometedor, cohesión/independencia, sana/insana, la que seguramente llegó a ser muy conflictiva y que después de la muerte de Sofía dejó a la madre sin una parte de la dualidad, es decir la dejó sola, sin quien*

cuidar o vigilar o proteger, además con un alto grado de incapacidad y de frustración.

Daniel: ¿Nada más a ella (a Sofía) la sobreprotegía o también a los demás hermanos? *Se realiza esta pregunta de comparación y de diferenciación para confirmar o descartar la hipótesis anterior de la sobreprotección de Inés.*

Ana Laura: Yo creo que nada más a ella. Yo, como dejé de estudiar, siempre estoy en casa y no tengo que salir para nada.

Daniel: ¿Por qué no sales para nada y por qué te sientes mejor en casa? *El terapeuta trata de reafirmar la primera hipótesis de la cohesión familiar, que llega al grado de conducir a sus miembros a la resignación y a la renuncia del crecimiento individual.*

Ana Laura: No me quiero meter en problemas con mis padres, ni conmigo.

Daniel: ¿Por qué en problemas? Creo que dejaste los estudios, ¿por qué?

Ana Laura: Porque no había quién me llevara a la universidad y no podía ir sola. *Se verifica la cohesión familiar de la primera hipótesis.*

Daniel: ¿No has pensado continuar una carrera o prepararte para independizarte? *El terapeuta hace el planteamiento de una pregunta explicativa en el presente, para obtener información sobre la flexibilidad del sistema familiar.*

Ana Laura: No, estoy muy bien así. *Confirma su posición de cohesión en la familia. El terapeuta utiliza la neutralidad preguntando en tiempos iguales a cada uno.*

Daniel: Julio, ¿que opina al respecto? *El terapeuta cuestiona sistémicamente la rigidez y cohesión de Ana Laura, ahora a Julio, y hará lo mismo a cada uno de los miembros de la familia, para obtener la unión sistémica del problema.*

Julio: Bueno, somos una familia muy unida y creo que esto nos ha ayudado a sobrellevar la pérdida de Sofía.

Daniel: ¿Crees que esto les ha ayudado? ¿En que forma? *El terapeuta realiza una pregunta explicativa respecto del planteamiento sistémico del problema o de la hipótesis planteada por el terapeuta.*

Octavio: Nos mantiene más unidos en las dificultades.

Daniel: Creo yo que siempre han estado muy unidos, ¿esta unión nunca había causado problemas anteriormente? *El terapeuta plantea nuevamente la hipótesis de alta cohesión en el sistema familiar, esperando que Octavio y los demás miembros de la familia corroboren la hipótesis planteada en forma sistémica.*

Inés: Al contrario, esta unión nos ha ayudado a sentirnos más seguros. *Inés confirma la hipótesis y se adelanta a Octavio en la respuesta.*

Daniel: Quisiera que Octavio me contestara esta pregunta. *El terapeuta ratifica la dirección de la pregunta hacia Octavio.*

Octavio: Yo diría que estamos más unidos y que esta unión nos da más seguridad en todos los aspectos.

Daniel: Esta unión te ha dado mucha seguridad dentro de la casa, pero afuera de ella, ¿cómo te sientes de seguro? *El terapeuta plantea una pregunta de explicación sobre la fuerza centrífuga de la familia, la cual parece no estar balanceada con las fuerzas centrípetas que son más fuertes y difíciles de*

alterar. El terapeuta pregunta ¿por qué Octavio vive en casa paterna con su esposa e hijo y no se ha independizado para formar un nuevo sistema familiar?

Octavio: ¿Por qué voy a vivir fuera de casa?, si aquí tengo todo lo que necesito, seguridad, comodidad y cariño.

Daniel: ¿Y tu esposa...? ¿Cómo se llama...? ¿También piensa lo mismo que tú? *El terapeuta amplía el foco sistémico ahora a la esposa de Octavio, para verificar la hipótesis sistémica.*

Octavio: No muy a gusto, pero creo que hasta ahora no necesitamos independencia y menos con nuestro hijo tan pequeño. *El terapeuta confirma la posición del hijo parental en Octavio y su pertenencia al subsistema parental, que lo involucra tanto a él como a la esposa e hijo. La fuerza de la familia o del subsistema parental continúa ejerciendo la fuerza centrípeta en los subsistemas fraternos.*

Daniel: ¿Y tú Claudia, también te sientes segura y protegida dentro de casa? Sé que eres profesora, ¿por qué no ejerces? *El terapeuta amplía el foco sistémico, la pregunta circula a cada integrante de la familia sobre la cohesión de ésta.*

Claudia: Sí, me siento segura en casa, y no ejerzo porque en el último trabajo que tuve me enfermé de tanto trabajar. Tenía mucho trabajo, también en casa, trabajaba toda la mañana y por la tarde y noche tenía que preparar material para el otro día, revisar y calificar tareas, realmente era muy desgastante y cansado.

Daniel: En tu casa ¿qué haces, tienes alguna responsabilidad o actividad? *El terapeuta confirma la fuerza centrípeta, que al no estar en equilibrio con la centrífuga, invalida y anula la actividad dejando a Claudia en una posición status quo. Se ratifica la cohesión parental en el subsistema fraterno y la posición de la familia en la que cualquier movimiento que amenace romper esta fuerza centrípeta, provoca angustia desmesurada, por ejemplo la muerte de Sofía que no se ha podido elaborar o pensar por la rigidez de la estructura familiar.*

La terapia continuó enfocada en la rigidez de la familia vinculada a la dependencia de cada uno de los hijos, al grado que llegó a incapacitar a cada uno de ellos en su individualización y separación del sistema parental. El terapeuta preguntó a Claudia por qué no ejercía como profesora y ella contestó que es más fácil vivir en casa que ejercer o hacer un esfuerzo. Parecía que la muerte de Sofía de alguna forma fue una yuxtaposición a la cohesión familiar. Su muerte física rompió la relación de la rigidez implícita o explícita de la familia, de no permitir crecer, salir, madurar o abandonar el sistema familiar.

En esta familia el juego sucio consistía en no permitir que los hijos crecieran y se independizaran, manteniendo una relación caóticamente amalgamada, donde el precio de la seguridad y el bienestar se pagaría muy caro, cualquier movimiento tendente a salir del sistema se vería no como una forma de crecer sino como una traición o como una falta de moral. A Inés y a la familia se les propuso una intervención terapéutica no mayor a diez sesiones.

Se trabajó con el modelo post-Milán, en la interacción de la estructura familiar, como fue la intervención en tres sesiones individuales, a Inés. A ella se le prescribió una intervención bajo el modelo teórico de la terapia breve, que consistió en ordenar el síntoma en una paradoja: cada vez que quisiera sentirse deprimida debía presentar el síntoma (llanto); se le indicó cómo, dónde y cuándo debería presentarlo. El principio paradójico de este mandato realizó el objetivo terapéutico de bajar la depresión y el llanto de Inés. La prescripción fue que llorara todos los días, pero antes se le preguntó a qué hora del día se sentía más deprimida, ella contestó que durante la noche, antes de irse a dormir; también que se preparara para llorar con pañuelo y sin maquillaje, por lo menos durante 2 horas al día. Posteriormente se le fue señalando que aumentara a 3 horas diarias. Esta prescripción paradójica finalmente cambió con su sentido de ambigüedad, cuando se le pidió que llorara 3 horas al día, disminuyó a 20 minutos diarios. Este principio finalmente antepuso en Inés la dialéctica de la paradoja. Después de dos meses, en el seguimiento de la familia, Inés había dejado de llorar por completo. ■

PARTE
TRES

NUEVOS MODELOS DE LA TERAPIA FAMILIAR: POSMODERNISMO.

- Capítulo 9. Introducción al posmodernismo
- Capítulo 10. Modelo post-Milán
- Capítulo 11. Movimiento feminista
- Capítulo 12. Terapia familiar enfocada a soluciones
- Capítulo 13. Narrativa
- Capítulo 14. Otros modelos

CAPÍTULO
NUEVE

INTRODUCCIÓN AL POSMODERNISMO

El posmodernismo es una nueva forma de percibir la ética y la estética, con una inédita ecologización que retorna hacia lo natural. Este nuevo mundo se hace patente por la materia y la manera de vestir, alimentarse, convivir, educar, percibir, disfrutar, producir y consumir. En él, la naturaleza y el hombre ya no son objeto de explotación, sino que se respetan y son compañeros. Es el parteaguas de una crisis profunda, así como el abrazo que ofrece el calor de nuevas orientaciones. Es el desplazamiento de la modernidad, la proclamación de “lo de adentro” y no “lo de arriba”.

Jean-Francois Lyotard, autor del término “posmoderno” en la filosofía, en su libro *La condición posmoderna* dice: “es el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin del siglo XIX” (Lyotard, 1984). En otro texto de la misma época puntualizó que “las sociedades modernas anclan los discursos de verdad y de justicia en los grandes relatos históricos y científicos, en el posmodernismo es la legitimación de lo verdadero y de lo justo lo que viene a obviar” (Lyotard, 1984). Su propósito, al asir dicho término era llamar la atención de que algo no marchaba como hasta entonces en la modernidad; era “preparar una legitimidad para la sociedad del futuro” (Lyotard, 1987).

Iñaki Urdanibia, en su artículo *Lo narrativo de la posmodernidad*, dice respecto a la modernidad desde el punto de vista filosófico: “la evolución se dio de la siguiente manera, primero se dio un estadio ‘mítico’ que se fundó en el ‘más allá’; posteriormente se daría el estado moderno o ilustrado, en donde el saber humano usando la razón como tropos privilegiados, se constituía