

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y

Ciencias Sociales

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Tutora: Valeria Wittner

El Rol del terapeuta en el Hospital y el uso de las técnicas de la Terapia Estructural aplicadas a un caso clínico.

Carola Becerra

Abril 2008

INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

2.2. Objetivos Específicos

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfoque Sistémico. Nociones

3.2. Terapia Estructural.

3.2.1. Alianzas y Coaliciones

3.2.2. Subsistemas y Clases de límites

3.3. Diagnóstico y Evaluación

3.4. Herramientas para la Evaluación

3.5. Genograma

4. DESARROLLO

4.1. Método

4.1.1 Descripción de técnicas

5. PRESENTACIÓN DEL CASO

5.1. Entrevistas

6. CONCLUSIÓN

7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo transcribir la experiencia obtenida en la práctica V realizada durante el primer semestre del año 2006 con una duración de 320 horas semanales. El tema a tratar será: el Rol del terapeuta en el Hospital y el uso de las técnicas de la terapia Sistémica Estructural aplicadas a un caso clínico.

La institución asignada para la realización de la pasantía ha sido un Hospital Interzonal de la Provincia de Buenos Aires. Este Hospital público atiende la población proveniente del conurbano circundante y de las zonas más alejadas.

El Servicio de Psicología fue creado para responder a las problemáticas de la comunidad a la que asiste. El mismo se encuentra dentro del departamento de Pediatría con miras a dar respuesta a la demanda social. El gabinete se encuentra situado en el cuarto piso donde funciona la internación pediátrica, terapia intensiva y el servicio de ginecología. Está dirigido por la Lic. Nora Gelassen. Se trabaja con el modelo Sistémico-Cognitivo-Conductual incorporando una visión salugénica.

Tal como se ha mencionado, en los alrededores de esta institución, hay numerosos barrios de bajos recursos y son sus habitantes los que utilizan el servicio. La actual situación de crisis por la que atraviesa nuestro país en el ámbito de la salud, y con mayor gravitación en las zonas de alta vulnerabilidad social, como el área de influencia del Hospital , ha generado nuevos desafíos y nuevas demandas al equipo de salud.

Las actividades del servicio son: las visitas a distintas salas de internación, la atención de pacientes externos derivados por otras instituciones ó consultas interdisciplinarias de niños internados. La prestación del servicio no es de larga data y gracias a la cesión de una sala de maternidad, el grupo de psicólogos organizaron cuatro pequeños consultorios para responder a las demandas sociales.

El horario de atención es de mañana y se atiende en los consultorios de psicología en turnos de 30 minutos. Teniendo en cuenta que la escuela es generalmente de mañana, los horarios otorgados para la atención suele superponerse con los escolares y los niños, en algunas

ocasiones, tienen que faltar una vez por semana a ella para concurrir a su terapia en el hospital.

En este contexto *el modelo Sistémico* proporciona un encuadre que permite dar una respuesta de salud integral brindando un mayor bienestar en el menor tiempo posible, tal como se requiere en dicho ámbito. Consta de herramientas muy útiles para ayudar a resolver de un modo preciso y eficaz las problemáticas, en el corto tiempo al niño y a su familia.

De la concurrencia a la práctica surgió la elección del tema para desarrollar en la tesina. Se tratará de mostrar mediante un caso clínico el funcionamiento del Modelo Sistémico Estructural y la utilización de distintas maniobras con las que cuenta el modelo, las cuales permitirán lograr una reestructuración para que el cliente junto con su familia pueda modificar sus conductas y de ese modo se obtenga una disminución de los síntomas y un mejoramiento en la convivencia familiar.

La idea de utilizar estas técnicas ayuda y a la vez permite a la alumna, tener una guía y camino para pensar en diferentes estrategias que permitan al paciente junto con la familia a solucionar su problema. Dichas herramientas son las que mejor se adecuan para trabajar en el ámbito hospitalario teniendo en cuenta los bajos recursos económicos, materiales y todas las limitaciones existentes por las dificultades de los horarios y el escaso espacio físico.

Estas maniobras permiten abordar problemas de un modo interdisciplinario junto con otros profesionales de la salud como con la familia disfuncional. Las mismas se adaptan a cada situación particular y a su vez favorecen el intercambio entre profesiones por compartir un lenguaje fácilmente comprensible.

En este trabajo se expondrán las características del niño y su entorno, haciendo referencia en particular a aquellas que coadyuvaron a la problemática por la que se inicia la intervención.

Los instrumentos a través de los cuales se recogieron los datos para el análisis de la historia clínica fueron entrevistas de admisión de tipo libre, semipautada que se realizaron al menor y a su familia a lo largo del proceso de intervención.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir la utilización de técnicas de la terapia familiar Estructural a través del caso de un niño de 8 años derivado al servicio del Hospital por problemas de conducta en la escuela y en el hogar.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Evaluar la estructura de la familia consultante y su funcionamiento global
- 2) Detectar las características de las pautas de interacción disfuncionales en la estructura familiar para poder establecer el análisis de la misma.
- 3) Destacar la importancia del uso del genograma como primera herramienta organizadora del material clínico.
- 4) Presentar las intervenciones estructurales utilizadas en el tratamiento del niño para alcanzar los objetivos terapéuticos

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfoque Sistémico. Nociones.

La Terapia Sistémica, fue fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, desembarcando en el constructivismo, construccionismo social, el pos modernismo y la narrativa (Boscolo, 1987). La epistemología en la cual se basa el modelo tiene de referentes, entre otros, a la Teoría General de los Sistemas, Cibernética y Teoría de la Información.

El modo de pensar y trabajar cambió drásticamente en relación a los modelos clínicos que se utilizaban hasta ese momento. El intento consistía en transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica, el pensar en modo sistémico para actuar de modo sistémico. Esto es, por ejemplo: distinguir entre mapa y territorio, categorías lógicas

de aprendizaje, el concepto de mente como sistema y sistema como mente. Nociones de epistemología cibernética ocuparon un rol central (Selvini & Palazzoli y cols, 1980).

De todas las evoluciones que se pudieran citar hasta aquí, quedaría grabado como núcleo central en todas, el concepto de mente y sistema batesoniano a través del cual Bateson ha analizado diversos sistemas: el individuo, la familia, la cultura y sobretodo el ecosistema en el cual nos encontramos inmersos (Bóscolo & Bertrando, 2000).

Gregory Bateson fue un revolucionario para su época, y como tal, ni muy aceptado ni muy comprendido. Uno de los conceptos fundamentales de la producción batesoniana es el de "pauta que conecta". Bateson se planteó cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes; cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos. Descartó conceptos tales como materia y sustancia en relación a los seres vivos, priorizando los conceptos de forma, patrón y pauta para buscar una concepción totalizadora de la mente. (Bateson, 1976)

Propuso la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

Para Bateson, en el mundo de las formas vivientes, es necesario tomar en cuenta conceptos tales como información y relación, para lo cual es fundamental encontrar un nuevo lenguaje que permita describir la recursividad de todos los elementos que se mueven conjuntamente en un proceso.

La investigación y la teoría sistémica se han desarrollado entre otras cosas como un intento de abarcar fenómenos que los planteamientos científicos reduccionistas no podían explicar (Feixas y Miró 1993).

En "*Teoría de la Comunicación Humana*", Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin (1967) se refieren fundamentalmente a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. La imposibilidad de no comunicarse; el concepto de información e instrucción, aportado por Mc. Culloch, los dos

niveles componentes de toda comunicación, el primero referido al contenido del mensaje, y el segundo, a la definición de la relación; la puntuación de la secuencia de hechos, organización de los hechos de acuerdo a las distinciones que traza cada participante, de modo que uno o el otro tiene la iniciativa en esa secuencia, lo que determina distintas lecturas de una misma situación; la diferenciación entre los dos componentes de toda comunicación, digital y analógico, verbales y no verbales respectivamente, las relaciones simétricas son las interacciones en las cuales los participantes igualan sus comportamientos recíprocos, y las complementarias las que se basan en una máxima diferencia. A partir de estos axiomas los autores desarrollan conceptos respecto a la comunicación patológica y el Modelo del Centro de Terapias Breves del Mental Research Institute de Palo Alto.

En este contexto, un problema es entendido como una construcción cognitiva, una interpretación de los hechos y también las acciones que hemos adoptado a partir de esa interpretación, que nos dan la posibilidad de resolver favorablemente una situación (Wainstein, 2000).

La resolución de un problema requiere de la definición del mismo (acá se puede incluir una evaluación de la cuestión y si ésta admite resolución o no). En segundo lugar, se requieren ciertas reglas generales de búsqueda de medios y fines para la resolución de los mismos que precisa cierta secuencia de acciones que incluyen creencias, personas, situaciones y complejas relaciones entre esos elementos.

Todo problema es algo complejo compuesto por muchos elementos y relaciones que van variando, y todo psicoterapeuta como reductor de esas complejidades mediante distintas pautas, va ordenando las entrevistas con relación a los supuestos teóricos y a los modos de pensar acerca de los procedimientos que favorecen acceder a las metas que se buscan (Wainstein,2000)

3.1.2. Terapia Estructural

El enfoque Estructural en terapia familiar resiste una definición precisa. Los escritos de su creador, Salvador Minuchin si bien son abundantes e inspiradores, muestran notables variaciones de énfasis como manifestación de un espíritu siempre abierto a puntos de vista alternativos (Colapinto, 1998).

Como sostiene Wainstein (2006), desde 1970 la aproximación estructural es uno de los modelos más reconocidos en la terapia familiar. Fruto de los trabajos llevados a cabo con familias por el médico argentino Minuchin durante los últimos cincuenta años, es actualmente utilizado en casi todos los centros de salud mental del mundo. Las técnicas creadas permiten intervenciones en cualquier tipo de organización social.

El modelo estructural, desarrollado para el trabajo con familias, ofrece un marco para entender las transacciones en cualquier contexto micro social en el cual se puedan describir pautas interactivas con cierta consistencia, repetitivas, con patrones predecibles que permiten observar lo que el modelo define como fronteras y coaliciones. La terapia familiar estructural intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo (Wainstein, 2006).

Minuchin (1995) plantea que en el trabajo con familias es crucial entender de qué modo la familia se posiciona para alcanzar sus objetivos y encontrar junto con ellos una visión de cómo ir de donde ellos están a cómo ellos quieren estar. La tarea es ir descubriendo la trama de comportamientos y pensamientos más complejos que sostienen lo “que aparece” como problema en el miembro ó los miembros problema.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

a) La protección psicosocial de sus miembros (interno)

b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación (Minuchin, 1985).

El sentimiento de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extra familiares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación.

Dado que la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuando y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema.

Es la familia quien debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando a lo largo del tiempo.

El concepto de *estructura* describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, ó dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento (Minuchin, 1985).

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al *estrés* de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual de funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia. Podemos adelantar que la etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. En estas familias el terapeuta debe convertirse en el actor del drama familiar, incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostasis. Sin embargo, un gran número de familias que se incorporan a la terapia deberían ser consideradas y tratadas como familias corrientes en situaciones transaccionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. En estas familias el terapeuta confía en la motivación de la familia como camino para la transformación (Minuchin, 1985).

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por parte del observador. Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

El terapeuta, al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales para elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuales no. Comienza, así, por establecer un *mapa familiar*.

Un mapa familiar es un esquema organizativo. Constituye un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material que obtiene.

El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos como a organizar los datos que recoge.

3.1.3 Alianzas y Coaliciones

Sobre la base de las ideas desarrolladas por Minuchin, se entiende por *alianza* a la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin

estar dirigida contra nadie. La *coalición*, en cambio, es la unión de dos miembros contra un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la tríada en dos compañeros y un oponente.

3.1.4 Subsistemas y Clases de límites

A) Subsistemas

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas (Minuchin, 1985).

Así, por ejemplo, el *subsistema conyugal* (matrimonio), se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El *subsistema parental* (padres), se constituye al nacer el primer hijo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El *subsistema fraterno* (hermanos), es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

Suprasistema

Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información. El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones

de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

B) Clases de Límites

Los *límites* de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan en la interacción, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Así, por ejemplo, cuando la madre (M) le dice a su hijo mayor (H): "No eres el padre de tu hermano; si anda en bicicleta por la calle, dímelo y yo lo haré volver, pero no vuelvas a gritarle", el límite del subsistema parental queda definido de forma clara (es la madre la que va a ejercer la función ejecutiva: "yo lo haré volver"). Gráficamente tenemos:

M (subsistema parental ejecutivo) --- H (subsistema fraterno)

Si el subsistema parental incluye un hijo en *rol parental* (HP), el límite queda definido por la madre, por ejemplo, al decir al niño: "Hasta que vuelva del almacén, Ana se ocupa de todo":

MYHP (subsistema ejecutivo) hijos (subsistema fraterno)

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de "límites difusos", por un lado, y de *límites rígidos* por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Como sostiene Minuchin existen tres clases de límites:

Límite Claro (claramente definido)

Límite difuso (permeable)

Límite Rígido (no permeable)

La familia con límites difusos recibe el nombre de *familia aglutinada*; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará *familia desligada*.

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el estrés individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Por tanto, las operaciones en los extremos del continuo señalan áreas de posible patología. El terapeuta debe operar como un delineador de límites, que clarifique los límites difusos y abra los límites excesivamente rígidos.

La terapia familiar es indicada primordialmente, como señala Luigi Boscolo (1987), para aquellos casos en los cuales los pacientes no dan señales de independencia de la familia de origen como los casos de personalidad infantil. Cuando se trabaja con un chico, lo aconsejable es hacer familia, lo que sucede es que no siempre esto se puede. Y cuando esto no se puede, el terapeuta trata de acomodarse (citando a la mayor cantidad de familiares que puedan concurrir), siempre y cuando esto no lo haga perder capacidad de maniobra. Cuando se trabaja con un niño, es importante abordar a toda la familia, lo que sucede es que no siempre esto se puede. Por eso es importante verificar la disponibilidad del sistema familiar para participar en la terapia Estructural. La decisión por parte del terapeuta de

continuar con sesiones familiares y con el foco sobre la familia completa requiere prestar atención a las etapas de desarrollo de la familia. ¿Cuáles son las etapas de desarrollo y las tareas actuales que preocupan a la familia? La familia ¿ha completado con éxito el ciclo vital familiar apropiado a cada etapa desde el pasado? El terapeuta se ocupa del grado en que los problemas y los fracasos en las tareas y etapas de desarrollo familiares contribuían a la disfunción actual del sistema. Otro criterio que se toma en cuenta es la edad del paciente y la posición dentro del sistema, la edad del cliente se combina con la influencia del sistema sobre este, para establecer si el enfoque inicial se centrará directamente en la persona ó primariamente en el sistema y secundariamente en la persona. En el caso de un niño de 8 años, que aún depende de su familia de origen, el énfasis inicial de la terapia se ubicará entonces en tratar a la unidad familiar (Roizblatt ,2006).

3.2.1 Diagnóstico y Evaluación en Terapia Familiar Estructural

Sobre la base de las ideas desarrolladas por Minuchin, el modelo clásico de diagnóstico no es empleado, exactamente, en terapia familiar, ya que el diagnóstico de la familia no se centra en un miembro de ella sino que pone el acento en el sistema total, en la estructura de las relaciones de todos sus miembros (Minuchin, 1977)

Diagnóstico y terapia no se realizan en dos fases diferentes en el tiempo sino que se llevan a cabo de forma conjunta, se entrecruzan, van unidos. No se puede hacer una diferenciación rígida entre lo *observado* (la familia) y el *observador* (el terapeuta), ambos sistemas se influyen y coevolucionan.

Por tanto como dijera Minuchin, diagnóstico y tratamiento permanecen inseparables a lo largo de todo el proceso terapéutico. (Minuchin, 1977)

Al hablar de diagnóstico familiar se trata más de evaluación que de análisis, ya que la observación del terapeuta pone el acento en el funcionamiento global y estructural de la familia. No obstante, el terapeuta debe tener en cuenta las alteraciones orgánicas y de personalidad, pero en relación a cómo las mismas integran, agravan ó mantienen el sistema familiar y cómo la familia se organiza alrededor de la persona sintomática.

También hay que tomar en consideración los sistemas extrafamiliares como el escolar, profesional, sociocultural, religioso ó médico. Diversos contextos en los cuales se mueve el sistema familiar que pueden desempeñar un papel altamente significativo en la problemática de la familia.

Para la terapia estructural, el concepto del cambio difiere del de otros enfoques; el cambio se genera básicamente por un doble proceso de alianza con la familia, por parte del terapeuta, y la reestructuración pausada y planificada de las pautas de interacción que a ellos no les funcionan. Desde esta perspectiva no existe un modelo familiar al que se podría denominar "normal o funcional", estos conceptos dependerán básicamente de la percepción que la propia familia posea de sí mismos, de su idiosincrasia, de su cultura y etapas de desarrollo familiar por las que atraviesa (Nardone ,1992).

Minuchin (1977) asevera que si el terapeuta no logra asociarse a la familia, es decir situarse a sí mismo como líder y al mismo tiempo establecer una relación sintónica con éste, no podrá producirse la reestructuración de las pautas de interrelación y todo intento por alcanzar los objetivos terapéuticos fracasarán. En este proceso de alianza con la familia, el terapeuta debe aceptar la organización, idiosincrasia, experimentar por sí mismo los procesos emocionales por los que atraviesa cada miembro del sistema ampliando el foco de visualización, es decir contemplar la visión de cada uno acerca de las dificultades que atraviesan.

Como expresara Wainstein (2006), desde el punto de vista estructural el diagnóstico es evolutivo, ya que este se modifica constantemente debido al acomodo y reestructuración constantes tanto de la familia como del terapeuta.

El consultor en este modelo lleva adelante su tarea de un modo activo y con un fuerte compromiso con su persona para modificar los patrones interactivos de los consultantes.

El proceso se desarrolla en un modelo de pasos que Minuchin ha sistematizado. El primero es abrirse a la presentación de la problemática o demanda de la familia de un modo similar a un encuentro social, aquí es importante transformar la terapia individual por la que vienen en terapia familiar. Lo focalizado en alguien se descentra por la capacidad del terapeuta de descubrir competencias en el paciente identificado y carencias en el resto de la familia que

tienen aspectos comunes con el problema focal. Se explora el contexto en que aparecen los síntomas, cómo participan otros miembros de la familia, sus dificultades similares ó diferentes de las del paciente identificado.

El segundo paso explora qué está haciendo la familia para perpetuarse en el problema. Se trata de ayudar a que puedan ver cómo sus acciones favorecen el mantenimiento del problema si provocar resistencia de su parte. Las “Soluciones intentadas fallidas”.

El tercer paso es ayudarlos a tener una visión de cómo llegan a su situación presente con modos restringidos de apreciación y valoración de sí mismos y de otros, el mismo se realiza mediante una conversación sobre el pasado de los miembros adultos de la familia.

El último paso se orienta a definir qué se quiere y quién está dispuesto a qué. Para lograr este objetivo es necesario tener técnicas y construir un mapa conceptual de lo que está pasando para que sirva de guía (Wainstein, 2006).

Es imprescindible el manejo que el consultor haga para transformar las interacciones espontáneas en una escena puntuada, ya que mediante su participación en el aquí y ahora de la entrevista es en donde se hacen evidentes para los consultantes las interacciones disfuncionales.

3.2.2. Herramientas para la Evaluación

- Confección de genograma que registre información sobre los miembros de la familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida gestalt de las complejas relaciones familiares y permiten al terapeuta acceder fácilmente a la información de la historia clínica.
- Las entrevistas familiares permiten al terapeuta la oportunidad de observar cuál es el conjunto de pautas de interacción mediante las cuales una familia ó un grupo organiza sus transacciones, si la misma se encuentra en un extremo aglutinada-desligada, permiten también identificar las fronteras entre los diferentes subsistemas y observar las interacciones; y conocer las ideas y creencias subjetivas de sus miembros.

- Las sesiones individuales y conjuntas con la familia permiten al terapeuta desarrollar un plan de tratamiento integral a partir de observar los diferentes patrones de interacción entre los miembros.

3.3 Genograma ó mapa Familiar.

Para Bowen (1955) las pautas de interacción en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación, a esta metodología para evaluación de pautas lo denomina transmisión generacional de pautas familiares.

La herramienta que apoya en la búsqueda de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra es el genograma, la cual se define como un formato para dibujar el árbol familiar, que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones, en una representación gráfica de la información (Mc Goldrick, 2000).

El genograma consiste en una representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones en al menos tres generaciones. Con ello se obtiene información no sólo de las relaciones entre los distintos miembros de un sistema familiar, sino también de por qué ciertas conductas y reglas de la relación pueden pasar de unas generaciones a otras. Por consiguiente, la información plasmada se convierte en una fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y sobre la evolución tanto del problema como del contexto.

La construcción del genograma se realiza en tres niveles: en primer lugar, el trazado de la estructura familiar; en segundo lugar, el registro de la información sobre la familia y, en tercer lugar, la representación de las relaciones familiares.

- a) Trazado de la estructura familiar: permite mostrar gráficamente como están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia.

b) El registro de la información familiar: incorpora la información demográfica, la información funcional y los sucesos familiares críticos. Los *datos demográficos* incluyen edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación de los integrantes del sistema familiar. La *información funcional* se refiere a los datos sobre el funcionamiento médico, emocional y conductual de cada miembro de la familia. Los *eventos o sucesos familiares críticos* son las crisis y transiciones importantes, cambios de relaciones, migración, fracasos y éxitos en el trabajo que pudieron afectar la estructura.

c) La representación de las relaciones familiares: a través de las edades y fechas relevantes muestra cuáles son las transiciones del ciclo vital a las que se adapta el sistema familiar, y si los roles, las funciones familiares y las edades corresponden a las expectativas normativas. Cuando no es así, se investiga qué dificultades tiene la familia para *atravesar* esa fase de su ciclo evolutivo. La representación de las relaciones familiares permite evaluar la naturaleza vital, formular hipótesis sobre la presencia en el sistema de importantes vínculos y pautas triangulares.

En la evaluación familiar a través de genogramas se considera importante la entrevista que se realiza para recopilar información que suele darse en el contexto de una entrevista familiar. Esta puede obtenerse también de un solo miembro de la familia o bien de varios. Se debe preguntar acerca del problema actual, de la familia anexa y sistemas sociales más amplios. De la situación actual de la familia a una cronología histórica de hechos familiares. De interrogantes fáciles a cuestiones difíciles que provocan ansiedad. De hechos obvios sobre el funcionamiento y las relaciones e hipótesis sobre pautas familiares. Así también son importantes los roles y expectativas que dependen del género, de tal forma que

se necesita un modelo multigeneracional de ciclo de vida que integre coherentemente los legados y temas relacionados con la enfermedad que incluyen el ciclo de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia, de una manera útil para la evaluación de la situación y la intervención. del tiempo.

Se debe preguntar acerca del problema actual, de la familia anexa y sistemas sociales más amplios. McGoldrick (2000) señala que, el genograma ofrece información familiar gráfica, de manera que provee a simple vista una gestalt de los complejos patrones familiares y un recurso para la elaboración de hipótesis acerca de cómo el problema clínico puede ser conectado con el contexto familiar y la evolución de ambos; problema y contexto, a través del tiempo. De esta forma, las pautas reiterativas se hacen evidentes cuando se abordan los temas con la familia sobre los mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas. Así se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, lo cual proporciona una rica fuente de hipótesis sobre qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia (McGoldrick, 2000).

4. DESARROLLO

4.1. Método

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo de un caso clínico.

Metodología: Cualitativa

Modalidad: Descriptiva observacional

Participante: se describirán las observaciones realizadas durante la admisión y diversas entrevistas a un paciente de ocho años de edad y a su familia derivada al Servicio de Psicología por el Servicio de Pediatría del hospital, por problemas de conducta en la casa y dificultades en la escuela.

Procedimiento

El niño ingresa al departamento de pediatría por consultorio externo derivado en primera instancia por la escuela, allí realiza todos los estudios pertinentes para descartar algún problema médico. El Servicio de Pediatría solicita a la madre del niño realizar una consulta al Servicio de Psicología. Es allí donde se realiza la admisión y el tratamiento.

Se decide trabajar con la terapia familiar Estructural ya que sus técnicas sirven a los fines de la intervención en esta familia que presenta disfuncionalidades en la organización y en la estructura: límites entre subsistemas difusos que conllevan dificultad para organizar los roles y funciones en la familia y su estructura jerárquica. La meta de esta terapia es aumentar la flexibilidad de esas estructuras de interacción clarificando las fronteras entre los subsistemas y ayudar a la familia a readaptarse a las circunstancias cambiantes por las que atraviesa.

Técnicas: Observación y exploración de fuentes secundarias

4.1.1 Descripción de técnicas

*Observación de la Historia Clínica

*Entrevistas de admisión y entrevistas con el paciente y su familia a lo largo del proceso terapéutico.

*Descripción de las técnicas estructurales que permitieron en este caso modificar las interacciones disfuncionales.

5 .PRESENTACION DEL CASO

5.1 Entrevista de Admisión realizada 5/06/06

El 5 de Junio de 2006 se realiza una entrevista de admisión a la mamá del paciente de 8 años (al que se llamará S), en el Servicio de Psicología del Hospital. En dicha entrevista se completan los datos de la historia clínica del niño para la posterior evaluación del mismo. Se tratará de establecer un primer vínculo de confianza con la madre ofreciéndole ayuda por medio de la atención en los consultorios externos del gabinete psicológico, proponiéndole horarios y fechas de entrevistas futuras para comenzar un tratamiento.

De la admisión se desprende que el grupo familiar en el que S cohabita está compuesto por su mamá (33 años) empleada, abuela paterna (58) ama de casa, una hermana (12) y él (8). Los padres del niño hace cuatro años están separados. El papá (34) formó otra familia y tiene otro hijo de 2 años. Hace un mes S su mamá y su hermana se mudaron y fueron a convivir con la abuela paterna del niño

El motivo por el cual la madre consulta es que, según ella, S hace un mes tiene problemas de conducta en la casa y en la escuela. En la escuela le dicen que lo ven raro y aislado. El rendimiento escolar empeoró con malas notas por no hacer nada en clase. Relata que el niño duerme con ella porque a él le gusta y a ella no le molesta. La hermana duerme en el cuarto con su abuela y tienen una relación de mucho compañerismo entre ellas.

“A veces S es agresivo y le ha pegado en varias ocasiones en donde no pudo hacer nada porque no puede decirle que no y le da todo lo que él quiere”. Refiere haber trabajado todo el día en tiempo pasado y casi no veía a sus hijos.

Hace un mes se mudan con su suegra y es la abuela quien ahora cuida a S. Cuenta que los domingos S vuelve triste de la casa del papá porque a él le gusta estar con él. También tiene problemas de convivencia con su suegra. Y que está saliendo hace dos meses con una persona pero nadie lo sabe.

Como primera herramienta organizadora del material clínico se realiza un genograma ó mapa familiar a los efectos de ordenar los datos de los diferentes miembros que componen y comparten la vida del niño. Este mapa permitirá junto con otros datos recabados tener un fácil acceso a la problemática del consultante cada vez que asista a la sesión y permite también agilizar tiempos de lectura de la historia clínica.

Cuando la madre termina el relato, se le preguntó en qué consideraba ella que se la podía ayudar a lo que responde que quiere a partir de hacer terapia que su hijo la respete, se porte bien en la casa y haga lo que tiene que hacer en la escuela para poder pasar de grado. Se le explica entonces que para alcanzar esas metas era fundamental tener sesiones conjuntas con toda la familia, a lo que responde afirmativamente y se combina una próxima entrevista con el niño.

En esta primera entrevista de admisión, lo planteado por la madre fue transmitido a la Jefa del servicio de psicología y confirma la idea de comenzar un tratamiento de una vez por semana en lo posible con todo el sistema familiar. Hay que considerar que el trabajo que se realizará en el ámbito hospitalario será diferente de lo que supondría trabajar en un consultorio dado que el gabinete se encuentra dentro de una sala de internación lo que implica ruidos y movimientos que a veces hace dificultosa la concentración. El espacio físico del que se dispone también es pequeño y hay que poner mucho esfuerzo y voluntad para poder desarrollar las tareas de la mejor manera posible.

El trabajo del profesional debería reflejar un entendimiento del niño, mostrar sensibilidad hacia la familia y a su ambiente. Hay que tomar en consideración que si bien el niño es capaz de describir ó mostrar sus sentimientos de una determinada situación particular, no lo es tanto para poder realizar los cambios sin la colaboración de un asesor y su familia.

El terapeuta tendrá también la responsabilidad de estructurar cada sesión, crear un buen rapport dentro del ámbito hospitalario lo que permitirá proporcionar y mantener una alianza terapéutica.

En esta entrevista de admisión, se busca armar el genograma con los datos pertinentes de la familia, se mantiene una escucha atenta y empática para lograr un buen rapport y lograr convencer a la madre, para que participe toda la familia de la terapia ya que en terapia

estructural es condición necesaria para un buen diagnóstico mantener sesiones conjuntas con la familia.

A partir de esta primera entrevista puede pensarse en que esta familia presenta dificultades en la puesta de límites y el cumplimiento de los roles familiares

5.1.1 Entrevistas

Se realizaron doce encuentros. En todos estuvieron S y su mamá, en otros participó la abuela y la hermana y en algunos el papá. Como señala Salvador Minuchin, ya no es el individuo sino el individuo en su contexto social significativo a quien vamos a observar.

De las sesiones se observaron fundamentalmente dificultades en la puesta de límites y en el cumplimiento de los roles familiares. El foco del tratamiento estuvo puesto en clarificar los límites y modificar las interacciones significativas de la familia para producir cambios en los síntomas de S.

Desde el comienzo dice Minuchin, el terapeuta de familia debe tomar cierta posición de liderazgo. En teoría la familia y el terapeuta comienzan la terapia con las mismas metas. El lograr la asistencia de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean ser ayudados a modificar una situación que produce malestar y sufrimiento.

Por la visión de la madre, está claro que cree que la causa de los males es la patología internalizada en su hijo, pero desde el punto de vista de la terapia Estructural, S es solo el portador de un síntoma y la causa de los problemas son ciertas interacciones disfuncionales de la familia.

Acá se observa claramente lo que Salvador Minuchin plantea y es que una organización disfuncional familiar facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma a cargo de uno de sus miembros (en este caso S) pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular y feed-back, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico. (Luigi

Onnis, 1990) A partir de ahora el foco se va a poner en las interacciones entre todos los integrantes del sistema familiar con los que S participa.

En este contexto se puede decir que S está comunicando con sus conductas las disfuncionalidades que tiene el sistema y los mensajes que provienen de él, influyen a su vez en los demás y a su vez todos están circularmente influídos.

Si bien se va a tratar de encontrar una solución con la familia en su conjunto para lograr la adaptabilidad de S a los problemas para que sufra menos, es imposible pensar que todo el sistema familiar va a solucionar su problema en pocas sesiones dentro del ámbito hospitalario.

Familia y terapeuta constituirán una meta compartida para lograr reducir el conflicto y la tensión, aprendiendo nuevos modos de superar las dificultades.

Trabajar con Terapia Estructural permitió establecer el modo de la organización familiar, la terapeuta llevó adelante su tarea de un modo activo para modificar los patrones interactivos de los miembros dentro de cada sesión. El proceso se realizó en varios pasos y utilizando distintas técnicas en diferentes sesiones.

Las primeras entrevistas permitieron un primer conocimiento entre todos los participantes y se buscó lograr *empatía*, *distensión* y *coparticipación* para que de ésta manera la terapeuta pudiera realizar los cambios pertinentes. En segundo lugar se trató de lograr la *planificación*, esto se consiguió a partir del proceso anterior de coparticipación con la familia, porque se pudieron sondear las interacciones y vivenciar la estructura que la gobernaba. Con esta maniobra se observan dificultades en la interacción mamá – hijo/ madre- suegra/ abuela-nieto, dificultad en la puesta de límites y en el cumplimiento de los roles familiares, la madre se baja del poder ejecutivo y es la abuela quien comanda las ordenes. Los límites son confusos y difusos. Las maniobras utilizadas de alguna manera permitieron clarificar los límites del sistema familiar, permitiendo mayor funcionalidad en la distribución de roles y funciones de la madre con el niño y abrir el límite rígido que tenía la abuela con él.

A continuación se describen las técnicas estructurales utilizadas en el trabajo expuesto a los fines de alcanzar los objetivos terapéuticos

El uso de la técnica de *intensificación y modificación* de interacciones para armar nuevos límites y fronteras entre madre y el hijo, utilizando el aquí-ahora de las distintas entrevistas. Esta maniobra permitió salir de un relato dominante en tiempo pasado y entrar en la generación de relatos alternativos en tiempo presente, enriqueciéndose así las posibilidades de construcción de la realidad.

En una de las sesiones en la que participaron la madre, el hijo, la hermana y la abuela, se le pidió realizar una técnica denominada *Escenificación* ó puesta en acto, la misma permitió mostrar a la terapeuta y a ellos mismos de un modo vívido en el aquí y ahora las diferentes interacciones disfuncionales que mantenían. Se trabajó sobre los modos verbales y no verbales a través de los cuales ellos se comunicaban y se pudo intervenir con maniobras tales como:

Aumento de la intensidad en el subsistema madre-suegra

Se hizo participar la opinión de la hermana

Se indicaron modos diferentes de interacción

Se pudo ver la falta de flexibilidad entre las interacciones y se habló acerca de las diferentes alternativas para la búsqueda de soluciones.

Esta escenificación permitió ver de un modo manifiesto y explícito las reglas que dominaban las distintas pautas de interacción en la familia, que sólo se puede acceder, trabajando en tiempo presente. Por otra parte, esta técnica permite mantener cierta intensidad afectiva a la manifestada en la vida cotidiana. A partir de aquí se logró un mayor compromiso entre la familia y la terapeuta porque se pudieron ver todos en situación disfuncional, se escucharon los tonos y los modos con que cada uno le hablaba al otro y se vivió toda la escena de un modo espontáneo. A partir de aquí se comienzan a *iluminar/hacer foco* y a mostrar de un modo más efectivo y evidente y se propusieron nuevas modalidades de interacción.

En varios momentos de las diferentes entrevistas, la terapeuta indicó en ciertas interacciones que continuaran con el diálogo que se venía manteniendo, lo que les permitió observar una nueva alternativa posible de interacción menos violenta y con mayor flexibilidad.

La intervención en las pautas transaccionales permitió que la terapeuta interviniera en las pautas transaccionales para lograr modificar la forma en que la familia se comportaba normalmente. Para lograr reestructurar estas pautas, la terapeuta actuaba con la familia en lugar de describir qué debían hacer, entonces les daba instrucciones tales como “decile a tu mamá lo que te molesta” etc. A veces insistía para que los miembros hablaran entre sí; también buscaba que se evitaran mirar a alguien, clavando su mirada en un objeto o pudieran negarse a responder cuando se dirigían a ella, señalando simplemente a otro miembro de la familia con un gesto. Este tipo de técnicas minimiza la tendencia de la familia a centralizar en el terapeuta la solución de los problemas y ayuda a los miembros de la familia a experimentar sus propias transacciones con una mayor conciencia. Desde el punto de vista del terapeuta, también lo ayuda a ver como los miembros de la familia se comportan unos con otros. (Minuchin & Fishman, 1992)

El *enfoque* fue otra de las técnicas utilizadas, este es un término sacado de la fotografía que permitió de una escena total destacar lo importante y allí enfocar. Como refiere Wainstein, cuando se observa una familia, el terapeuta es inundado por datos, es por tal motivo que se precisa deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar los problemas e investigar funciones complementarias. En este caso se seleccionaron de los datos aportados y se puso el foco en las fronteras desdibujadas entre los miembros, la falta de límites. La realidad familiar como la presentaba la madre, se caracterizaba por las constantes peleas entre la suegra, los hijos, las mentiras, los gritos. Relataba que su hijo le pegaba y que no hacía nada en la escuela, la abuela se la pasaba dando órdenes y ella se peleaba con su suegra. Esta estructura disfuncional era la consecuencia de la falla en la puesta de límites de la madre y la postura ejecutiva e intrusiva permanente de la suegra que ejercía el rol que la madre le dejaba. Esta técnica permite desarrollar la visión de túnel y hay que tener cuidado porque tan rápido como se va elaborando el foco, el terapeuta va quedando preso de su

propia visión y esto lo lleva a ignorar a veces, cierta información en pos de percibir su meta estructural.

Otro tipo de maniobra fueron las *que tendieron a modificar el uso del espacio*. Esto es: en cada sesión se observaban los gestos y las ubicaciones de los miembros y en muchos casos se les pedía que cambiaran la ubicación entre ellos, a veces guardando cierta distancia y otras produciendo acercamientos, esto hacía varias veces intensificar las interacciones y se generaban cambios a partir de ellos mismos; por ejemplo si la hermana se sentaba en una silla pegada a su abuela y en la otra punta el hermano, el sólo cambio de lugar entre ellos era una intervención que permitía romper cierta *alianza* entre ellos.

Muchas veces durante el transcurso de las sesiones, se observaron interrupciones, completamiento de frases, omisiones, que permitían marcar y ver las relaciones de proximidad, las alianzas, las coaliciones de la estructura lo que habilitó la posibilidad de *trazar fronteras* entre las personas, en este caso la interacción diádica disfuncional entre la abuela y la hermana del niño, generaba una *alianza* nociva que permitía frente a interacciones con el paciente, que ellas tuvieran siempre la última palabra generando una *coalicción* disfuncional. Por lo antedicho, era sumamente necesario que en esta familia se trazaran fronteras claras entre los distintos subsistemas y para lograrlo se puso en práctica desde los primeros encuentros una regla que se debía cumplir, que impedía que nadie podía hablar por el otro ó decir lo que el otro no quería, etc., de esta manera se bloqueaban las posibles intromisiones.

Varias de las técnicas realizadas a lo largo de los encuentros eran catalogadas por la familia como “buenísimas”, en esos casos la terapeuta proponía tareas específicas tendientes a prolongar las acciones de cambio en la vida cotidiana. Un ejemplo claro fue que S pudiera realizar la tarea sin mirar la TV, acompañado por su madre y sin la participación entrometida de la abuela.

Otra maniobra fue poner como regla dentro de la casa que nadie podía gritar y que debían respetar el espacio de diálogo de cada uno.

Otra técnica utilizada fue la del *desequilibramiento* para modificar la jerarquía. a fin de cuestionar jerarquías de poder confundidas (según Minuchin y Fishman), se utiliza la

técnica de desequilibramiento o "toma de partido terapéutica". La terapeuta ofrecía alianza inequívoca a un miembro o subsistema de la familia y persistía en ella hasta que el sistema entraba en crisis y en proceso de cambio. En el momento de iniciar secuencias nuevas, la terapeuta tenía que restaurar algunas grietas y rehacer alianzas con otros miembros de la familia. Esta maniobra se utilizaba como meta para lograr cambiar el rol jerárquico de la abuela, se realizaba cuando la terapeuta cuestionaba y modificaba la distribución del poder de esta familia aliándose con la madre para conferirle poder frente a los hijos y de esta manera la abuela sentía que se lo quitaban a ella. Cada vez que las interacciones lo permitían, se establecía una alianza con la madre para que a través de las entrevistas ella pudiera modificar su jerarquía dentro del sistema. La posibilidad de enfocar a la mamá, permitió modificar la posición de todos los demás dentro del sistema. El objetivo de usar la *alianza* como técnica fue poder atribuir a cada subsistema capacidades no solo diferentes sino también complementarias. De esta manera la terapeuta apoyaba el derecho de la madre a tomar decisiones sobre sus hijos y a cuestionar otras. Aliándose con la madre producía un *aumento de intensidad* que provocaba el reposicionamiento de la suegra con ella y con el nieto. Esta posibilidad le confería a la terapeuta también la capacidad de maniobrar un enfrentamiento utilizando su posición de poder para cuestionar a alguno y a descalificar en otro momento a otro.

Una intervención clave utilizada fue el *El reenmarcamiento* (también llamada *reencuadre*), significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura. Lo que cambia, a resultas del reencuadre, es el sentido atribuido a la situación y no los hechos concretos correspondientes a ésta.

(Cibanal, s.f.; Minuchin & Fishman, 1992)

Con el reencuadre se buscó desplazar el problema del marco sintomático en que la familia lo había establecido y se lo ubicó dentro de otro marco más amplio, cambiando la realidad disfuncional., esta técnica permitió asignar una connotación positiva a conductas que antes eran percibidas de un modo negativo como también permitió poner el acento en que el foco principal de la tarea fueron los marcos de referencia, es decir, las creencias que tenía esta familia acerca de los problemas que los aquejaban. La familia al pensar las situaciones desde un solo punto de vista, reduce su capacidad de acción, lo que impide posibilidad de observar distintas alternativas.

El reencuadre del problema, es de las más sutiles técnicas de persuasión. Es la maniobra central de la consulta, porque intenta cambiar el mapa conceptual y la conducta de la familia. El cambio es resultado de un proceso de construcción de significados alternativos o perspectivas diferentes, congruentes con el estilo de los clientes.

Una de sus características principales fue codificar de nuevo la percepción de la realidad que esta familia tenía, sin cambiar el significado de las cosas aunque sí su estructura sintáctica y a veces su sentido.

Abarcó redefiniciones cognitivas tanto de ideas como de comportamientos. La terapeuta logró llevar a la familia a ver las cosas desde puntos diversos de los que se habían utilizado anteriormente.

Un ejemplo se dio luego de la escenificación, donde la familia reorganizó ciertos datos, poniendo el acento en los modos disfuncionales y cambiando el sentido de lo que ocurría introdujeron nuevos elementos mostrando modos diferentes de interactuar, pudiendo de este modo actualizarlos dentro del sistema terapéutico.

Ultima entrevista de cierre

El último encuentro reviste un papel fundamental, su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía del grupo familiar y esto supone que la realidad psíquica y de la conducta se haya cambiado gracias a una intervención sistemática. Hay que poner de relieve la capacidad de todo el grupo de realizar con constancia y tenacidad la solución del problema y que estos cambios asuman la forma de una continuidad para el futuro.

A esta última entrevista asistieron la mamá, S, la hermana y la abuela. Fueron puntuales y se mantuvieron armoniosamente. Algo para resaltar fue que habían cambiado la forma de ubicación notándose el acercamiento de los hermanos entre sí y la abuela con S. La terapeuta estuvo hablando acerca de los cambios que habían tenido a lo largo de las entrevistas y se convino en que ellos por su parte deberían seguir trabajando para que estas nuevas conductas se mantuvieran estables a lo largo del tiempo.

Todos estuvieron de acuerdo en que realmente S había cambiado en corto tiempo y que había podido prestar atención en la escuela y mejorado la conducta en su casa; se les explicó que en parte ese cambio era producido por ellos al haber modificado sus interacciones. Quedaron en seguir haciendo el esfuerzo para que no discutieran tanto delante de los chicos especialmente de S. y la abuela nos contó fuera de la reunión familiar que estaba pensando en la posibilidad de habilitar la casa de arriba para probar una nueva convivencia lo que resultó una decisión sumamente alentadora. Se fueron agradeciendo la ayuda y el servicio que había brindado el hospital a la familia.

Evidentemente lo que se evaluó posteriormente fue que no se podrían haber alcanzado estos cambios sin un tratamiento estructural en corto tiempo. Han aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus dotes personales. En este sentido el modelo estructural contribuyó a que se logren los objetivos propuestos.

Es substancial ampliar el campo de observación desde el individuo ó paciente identificado al sistema familiar y desplazarnos allí en la red de interacciones de los miembros de la familia, para evaluar las disfuncionalidades que se producen en el sistema interactivo.

Los síntomas influyen a su vez en una retroalimentación en el mantenimiento de modelos interactivos disfuncionales que exigen si ó si un cambio.

6. Conclusiones

Salvador Minuchin estudió los modelos interactivos y organizativos en los cuales se podía reconocer características disfuncionales típicas, esta familia puede ser evaluada por su disfuncionalidad en la puesta de los límites y en los roles familiares. Cada uno manifestaba tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad eran escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales estaban débiles, con la consiguiente confusión de roles y de funciones.

La familia como sistema viviente tiene la capacidad de transformación y cambio, esto se observa en las distintas etapas del ciclo vital que exigen cierta transformación para que la familia pueda crecer y madurar junto con esos cambios y es por eso que la misma se encuentra en un constante equilibrio dinámico. Aun cuando se interviene sobre la familia, el terapeuta sistémico no pierde la conciencia de que la unidad de intervención continúa siendo un subsistema e incluye en su formulación las conexiones de la familia con la familia extensa y sus relaciones espaciales y sociales con el contexto circundante.

Como refiere Minuchin “Para el terapeuta sistémico la verdadera unidad de intervención es holística”. Es el individuo de la trama de relaciones significativas en la que las personas interactúan”.

Entre las relaciones, las del sistema familiar están, si duda, cargadas de significado. El síntoma encuentra en ellas las influencias emocionales que pueden facilitar su aparición y también las “redes” de comunicación que condicionan su repetición y persistencia.

Liberar al paciente del síntoma significa, por tanto, intervenir sobre el *sistema interpersonal completo* para liberar a este último de la rigidez de su homeostasis, cambiando las modalidades interactivas disfuncionales y favoreciendo modelos de relación más adecuados. Por eso, serán finalidades terapéuticas la individuación y el esfuerzo de cada uno de los miembros y subsistemas de la familia.

Posteriormente vendrán la explicitación y resolución de los conflictos, eliminando el estrés emocional que nace de la tendencia a mantener latentes las tensiones y desviarlas hacia el

paciente y su síntoma; y finalmente, en un último análisis, la reactivación en el sistema de su potencialidad de evolución y de crecimiento, desbloqueando aquella rigidez homeostática que utiliza al síntoma para mantenerse.

El desarrollo de los resultados, dependerán de la interacción que se establece desde el primer encuentro, para organizarse luego en el tiempo, entre paciente, familia y terapeuta.

La demanda y la respuesta no están *dadas a priori*, sino que ambas se definen como resultado de una interacción recíproca. Y es justamente aquí, en la concertación de esta interacción, donde se constituye el *sistema terapéutico*.

Cuando el terapeuta consigue tener una visión sistémica de lo que ocurre, puede evitar, dejarse triangular, involucrarse en las rígidas reglas que gobiernan el sistema familiar, para tratar de cambiarlas. Evitando reforzar la designación del paciente y de focalizar la atención sobre los aspectos exclusivamente conductuales del síntoma, y redefiniéndolo como expresión de un malestar que comprende a todos los miembros de la familia y no sólo al paciente identificado (en este caso S).

La estructura organizativa de ésta familia presenta, una insuficiente delimitación de límites interindividuales e intergeneracionales; donde son continuas las interferencias, las intrusiones, las superposiciones comunicativas que impiden la individuación de identidades y de espacios personales, y permiten que el paciente actúe como “mediador” o canal de comunicación. Desde este punto de vista, la “triangulación” del paciente es prácticamente constante, teniendo lugar una desviación de la atención de ambos padres sobre él, o a través de alianzas con alguno de los padres.

El objetivo del sistema familiar es el de evitar el conflicto, bloquear toda tensión que, en estas familias, es percibida como una amenaza a la unidad. En una situación interactiva de este tipo y tan rígidamente estabilizada, se comprende que las conductas del paciente tengan un papel fundamental. También resulta claro que un síntoma que se “enraiza” tan estrechamente en el sistema interpersonal sólo puede ser afrontado con éxito a través de una intervención sobre todo el sistema.

La importancia de utilizar el modelo Estructural, reside en que este establece que las estructuras se convierten en la realidad compartida de una familia y reflejan la comprensión recíproca de los miembros y prejuicios compartidos, algunos de los cuales son promisorios y útiles, mientras que otros no lo son. (Wainstein,2000)

El método de Minuchin de “trazar el mapa” del terreno psicopolítico de una familia ahorra mucho tiempo al terapeuta, ya que la naturaleza de la organización de la familia da al terapeuta estructural las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de relaciones en la familia.

En *Families and family therapy*, Minuchin muestra su propio método de seguir la huella de los grupos familiares. Una familia apropiadamente organizada tendrá *límites* claramente marcados; el *subsistema marital* tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El *subsistema parental* tendrá límites claros entre el y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario a los padres, el *subsistema de hermanos* tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar; por último, *el límite entorno* de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales sociales y económicos. Varía grandemente el grado en que se admiten parientes o agentes de instituciones sociales en general. Al delinear la forma que toman estos aspectos en una familia que acude en demanda de tratamiento, y el revisar el mapa conforme progresa el tratamiento Minuchin nos da un método gráfico con que documentar las etapas de la terapia.

En primera instancia el terapeuta observará las interacciones para ver cuáles son las reglas que gobiernan al sistema; en segundo lugar debe ver si estas reglas dan lugar a fronteras claras que permitan el desarrollo de las funciones; en tercer lugar dependiendo de las características de las fronteras deberá evaluar si es una familia aglutinada o desligada y para en el siguiente paso pensar si esa es la estructura que está manteniendo el síntoma; en último lugar si el terapeuta ve que sí, en verdad es la estructura la que está manteniendo el síntoma debe proceder a cambiarla o modificarla.

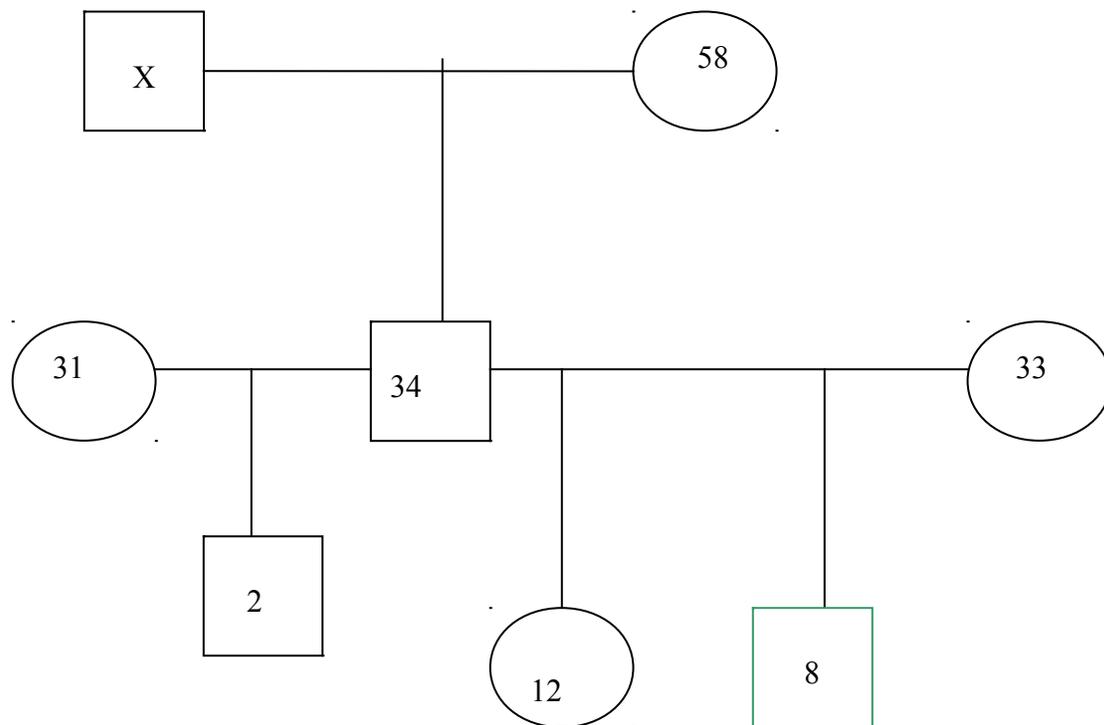
Sin lugar a dudas la terapia Familiar Estructural, presta atención a todos los elementos o características de un sistema, pero haciendo fundamental hincapié en la estructura que el mismo posee. Esa estructura se irá develando en las interacciones que a lo largo de la sesión se producen entre los integrantes de la familia. Así, el terapeuta lo que percibe no es la estructura en sí, sino las interacciones que allí se dan y que ponen de manifiesto una estructura subyacente.

El último encuentro en una terapia estructural es sin dudas fundamental, ya que su meta es consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada y esto supone que la realidad psíquica y de la conducta se ha cambiado gracias a una intervención sistemática. Hay que destacar en este caso la capacidad que ha demostrado no solo S sino toda la familia al realizar con constancia y tenacidad la solución del problema.

Es importante que estos cambios deban asumir la forma de una continuidad para el futuro ya que el tratamiento intenta no crear dependencia de modo alguno. De hecho después de cada pequeño cambio obtenido, se procede a felicitar y premiar al paciente por su empeño y su capacidad personal para combatir el problema.

Además el tratamiento a corto plazo induce desde el comienzo a que el paciente asuma su responsabilidad incluso para que la terapia tenga éxito. La manipulación por parte del terapeuta, de la situación y de su influencia personal ante el paciente se orienta a que adquiera, de la manera más rápida posible, la capacidad de reaccionar correctamente al problema presentado.

Por último hay que destacar que a lo largo de las intervenciones, se han activado características y cualidades propias del paciente y su familia, que ahora conocen de un modo consciente y están en condiciones de saber utilizar. Nada se ha añadido que ellos no tuvieran. Han aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus dotes personales, gracias a las experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora siendo capaz absolutamente de actuar por sí solo.

GENOGRAMA Ó MAPA FAMILIAR

Bibliografía

Andolfi, M .(1997). *Terapia familiar*. México: pp 39-54. Paidós.

Bandler & Grinder.(1984). *The structure of magic*, science and behaviour books, Meta Publications, Palo Alto.

Bateson, G. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*.BuenosAires.CarlosLohlé

Bateson, G .(1980) *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires. Amorrortu.

Bertalanffy, V. (1971) *Teoría general de los sistemas*. México: pp 10-19. Fondo de Cultura Económica.

Bertalanffy, V. (1950) *Teoría general de los sistemas*. Editorial Fondo de cultura

Boscolo,L (1987) *Milan systemic family therapy*. New York. Basib Books

Colapinto,J(1988) *The Structural Way*. Handbook of Family Theraphy anual supervision. New York

Cusinato, M. (1992) *Psicología de las Relaciones Familiares*. España: 35-334. Herder

Ceberio M, Watzlawick P .(1998)*La construcción del universo*. Herder. Barcelona: pp 121-137. . Editorial

Haley, J. (1970) *La terapia familiar, un cambio radical en tratamiento de la familia* . Barcelona: Toray S.A.

Hardy, K. & Laszloffy, T. (1995). *The cultural genogram: Key to training culturally competent family therapists*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 227-237.

- Haley, J. (1987) *Problem-Solving Therapy (2nd Edition)*: San Francisco. Chapter 2: Giving directives (pp. 55-88).
- Hazan, C & Diamond, L.M. (2000). *The place of attachment in human mating. Review of General Psychology*, 4(2), 186-204.
- Onnis L. et Galluzo W. (1990) *La relazione terapeutica in unottica sistemica*, Psicobiettivo, vol. 10, n. 1, p. 37-48
- Nardone, G & Watzlawick. (1992). *El arte del Cambio*. Barcelona: Edit. Herder
- Miller, Sue (1990). *Family picture*.: New York. Harper & Row
- Minuchin, S. (1977) *Familias y terapia familiar*: Barcelona. Granica
- Minuchin, S, Rosman, B.L., Baker, L. (1979) *Familias psicósomáticas*: España: pp 35-122, 134-146, 189.
- Minuchin, Fishman (1999). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 125-167.
- Minuchin, S. (1974) *Families and family therapy*: Cambridge. Harvard University Press
- M. McGoldrick y R. Gerson. (1998) *Genogramas en la Estructura Familiar*. Gedisa.
- McGoldrick, M. (1998) *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*: New York. Guilford
- McGoldrick, M & Gerson, R. (1989) *Genograms and the family life cycle*. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle* (pp.164-189): Boston. Allyn and Bacon
- Nichols WC. (1985) *Treating people in families*: Nueva York. Guildford Press

- Roizblatt, A.(2006) *Terapia familiar y de Pareja*: Buenos Aires. Mediterráneo.
- Selvini- Palazzoli y Cols.(1980)*Hypothesizing-Circuraity-neutrality family Process*.Milàn
- Sluski, C.(1983). *modelos de terapia familiar* :Bs.As. Paidos.
- Stiellin S, Wynne .(1997) *Diccionario Terapia Familiar*. Gedisa: pp 24-338. _
- Satir, V. (1964 *Conjoint Family Therapy*. Science and Behavioral Books: Palo Alto
- Watzlawick, P & Jackson, D. (1971) *Teoría de la comunicación Humana*. Tiempo contemporáneo.
- Wainstein, M. (2000) *Intervenciones con Individuos, parejas, Familias y Organizaciones*. Editorial Eudeba
- Wainstein, M. (2006) *Intervenciones para el Cambio*. Editorial JCE ediciones

