

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias y Humanidades  
Departamento de Psicología

EVALUACION Y DIAGNOSTICO  
PRESENTACION DE CASO EN LA TERAPIA FAMILIAR

MAYRA FIGUEROA DE QUEVEDO

Ensayo presentado para optar al  
grado académico de Licenciatura en Psicología

BIBLIOTECA  
DE LA  
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Guatemala,  
1985

EVALUACION Y DIAGNOSTICO  
PRESENTACION DE CASO EN LA TERAPIA FAMILIAR

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades  
Departamento de Psicología

EVALUACION - DIAGNOSTICO Y  
PRESENTACION DE CASO EN LA TERAPIA FAMILIAR

MAYRA FIGUEROA DE QUEVEDO

Guatemala,

1985

Vo. Bo. :

(f) Magdalena de Castañeda  
Licenciada Magdalena Ocano de Castañeda

## AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer profundamente al Doctor Jaime Arboná quien guiara mis primeros pasos tanto en la práctica clínica como en la enseñanza de la teoría de la Terapia Familiar y fomentara en mí el deseo de trabajar con grupos.

A mi asesora Licenciada Magdalena Ocano de Castañeda, amiga y compañera de quien recibiera apoyo y estímulos contínuos para realizar este trabajo.

A la Licenciada Beatriz Barrios de Estrada quien me diera apoyo e ideas nuevas para estructurar mis ensayos.

En especial a mi esposo Julio Quevedo en quien siempre he encontrado apoyo y valoración a mi trabajo como madre, profesional e insistente deportista.

A mi mamá y hermanos quienes siempre se preocuparon por que finalizara este trabajo.

A todos los que de una u otra forma contribuyeron a mi formación profesional.

## INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCION	1
II. EVALUACION Y DIAGNOSTICO	3
a. La comunicación	4
a.1 Comunicación no verbal en la terapia	4
a.2 Patrones de comunicación	7
b. Mecanismos de defensa	12
c. Roles y funciones	12
d. Ubicación espacial	13
e. Indicaciones para realizar la tera- pia familiar	13
f. Contraindicaciones	15
g. Diagnóstico de la familia	16
h. Pronóstico	18
i. Indicaciones terapéuticas	18
III. CASO CLINICO	20
1. Historia clínica	20
2. Diagnóstico estructural y dinámico de cada uno de los miembros	23
3. Pronóstico	29
4. Indicaciones terapéuticas	30
IV. DISCUSION	33
V. BIBLIOGRAFIA	37

## I. INTRODUCCION

Si hablamos de terapia encontraremos que este es un campo extenso y para cualquier terapeuta es un trabajo arduo que requiere de mucho conocimiento teórico y una práctica bien supervisada.

En la terapia familiar la parte de la evaluación y diagnóstico cobra especial interés cuando hay que decidir si el paciente o el grupo familiar van a ser referidos a terapia familiar conjunta o no. Boszormanyi-Nagy, Framo (1979) en su libro "Terapia Familiar Intensiva", presenta un trabajo muy completo en donde la terapia familiar se trabaja especialmente con pacientes diagnosticado con esquizofrenia.

Existen otros autores que presentan la alternativa de la terapia familiar cuando existen pacientes con patologías severas como Minuchin, Borzormanyi-Nagy y Bowen. Sin embargo otros como Soifer (1980) refieren terapia familiar a aquellos casos que estén pasando por una crisis, o a aquellas familias que por circunstancias específicas han perdido su organización o equilibrio y la terapia familiar es una ayuda para retornar a ese equilibrio que momentáneamente se ha perdido.

Este ensayo tiene como objetivo principal mostrar un tipo de evaluación, sencilla y práctica que permita realizar un diagnóstico general del estado de cada miembro de la familia como del grupo familiar. La presentación de caso ilustra esa parte.

Se quiere dejar claro que el proceso terapéutico no se tra

ta en este ensayo, por no ser su objetivo primordial, pero es vital que el terapeuta conozca todas las fases por las que pasa un grupo en terapia familiar conjunta. Además requiere que el terapeuta ponga atención a los problemas especiales de resistencia, transferencia y contratransferencia como la relación que se da con el coterapeuta sí es el caso.

Sí se ha hecho una buena evaluación y diagnóstico del grupo familia y el paciente identificado. Sí se tiene una buena supervisión y un amplio conocimiento teórico y se ha planeado bien la estrategia terapéutica como los objetivos del tratamiento. Este deberá tener un buen pronóstico y llegar alcanzar el éxito.

## II. EVALUACION

No todos los casos que se presentan se refieren a la terapia familiar, ya que hay que realizar una buena evaluación y sobre todo se debe llegar al consenso general que todos los miembros de la familia van a estar en terapia porque hay algo que todos quieren cambiar, o que van ayudar a otro miembro a hacerlo. Es decir el grupo familiar tendrá un objetivo y una meta comunes.

Boszormenyi-Nagy (1979) presenta a Lyman Wynne, quien habla sobre la terapia familiar como "la que se apoya en el esclarecimiento de la naturaleza y orígenes de los problemas familiares, como medio para resolverlos". Será función del terapeuta hacer ver o ayudar a la familia a observar su conducta inmediata la cual pasa muchas veces inadvertida, pero es inferible a través de los patrones de comunicación de que se valen para expresarla.

La etapa de evaluación puede llegar a contemplar visitas a la casa, pruebas psicológicas, entrevistas individuales o en subgrupos. Esto va a permitir que se formule una buena estrategia terapéutica, el diagnóstico y el pronóstico del grupo. Si el problema es muy complejo y tratándose de una terapia exploratoria la duración de la misma es larga, y tiene la característica que la patología no sólo es bastante compleja, sino que la mayoría de los miembros contribuyen a mantenerla.

Durante la evaluación vamos a determinar la forma en que la terapia va a ser orientada. Ya sea terapia familiar conjunta y

orientada familiarmente, o sí el paciente necesita estar en te  
rapia individual mientras puede integrarse al grupo familiar.

Se da también el caso que a los niños se les puede ver en  
terapia de juego y a los padres en sesión separadamente, por lo  
que la terapia será orientada familiarmente y no terapia fami-  
liar conjunta.

Durante la etapa de evaluación debemos observar como se da:

- a. La comunicación
- b. Los mecanismos de defensa
- c. Roles y funciones de los miembros de la familia
- d. Ubicación espacial

a. Comunicación

a.1 Comunicación no verbal en la terapia

Walrond-Skinner (1976) presenta a Schefflen quien hace la siguiente definición sobre la comunicación: "En la teoría de la comunicación decimos que el comportamiento de cada participante es comunicativo, o sea que es tá modelado y estructurado según alguna tradición. Si así fuese, es potencialmente reconocible y signifi cativo, por tanto el comportamiento es la base para los procesos sociales de la comunicación"

Según Schefflen (1964) desde el punto de vista de grupo se considera la comunicación no verbal como una ac tividad diseñada y sincronizada, compartida y entendi da por cada miembro del grupo perpetuada por el mismo grupo en sí, pudiendo ser esta una sociedad, una institución o una familia.

Schefflen (1976) ha sido uno de los psiquiatras que más ha contribuído con sus investigaciones e influenciado la terapia familiar. El descubrió que la comunicación no verbal desempeña una función vital en la regulación de la actividad del grupo. Demostró que una vez el grupo establece un patrón, cualquier desviación de ese

patrón o se establezca uno nuevo como un intento de regular la homeostasis familiar.

Durante una sesión de terapia familiar cada persona emite sin cesar señales no verbales que pueden entenderse como expresivas por naturaleza. Y que pueden dividirse en tres áreas:

- La emoción
- Los procesos intrapsíquicos
- La psicopatología

La vida familiar es una experiencia emocional, Ackerman (1972) subraya la importancia de la emoción en la crisis familiar así:

"Creemos que la emoción es un proceso corporal, social, contagiosos y circular en sus efectos. Las emociones negativas, la ansiedad y otro tipo de sentimientos son contagiosos, así como las emociones negativas también las sensaciones de bienestar, afecto, intimidad y amor mutuo. Según nuestro criterio, el comportamiento que no se ajusta a las normas y el colapso mental son muchas veces una consecuencia del contagio de una emoción alterada dentro del nexo de las relaciones familiares".

Con frecuencia los miembros de la familia no expresan sus emociones con palabras y por consiguiente el mecanismo de este contagio es principalmente no verbal. Es muy importante que el terapeuta observe continuamente la comunicación no verbal de la emoción para que pueda juzgar el grado de tensión experimentado por cada miembro de la familia.

Esta información es vital porque el terapeuta debe ser competente para controlar el nerviosismo total de la sesión, de modo que pueda proteger al miembro más frágil del grupo.

Skinner (1976) dice "Si el terapeuta llega a conocer la expresión y las interacciones no verbales de la familia, y aplica esta experiencia adquirida mediante observaciones verbales, proporciona a los individuos la posibilidad de convertir en consciente hasta cierto punto lo que era inconsciente. La expresión verbal ofrece la posibilidad de ser objetivos, de criticar y permanecer al margen de lo que está pasando y corregirlo.

Para resumir, el terapeuta familiar orientado analíticamente emplea la comunicación no verbal como una ayuda para entender e interpretar los procesos inconscientes de la familia.

Hay que tomar en cuenta que los cambios que haga el paciente no pueden ser demasiado rápidos pues esto produce alteraciones en el sistema familiar, lo que ocasiona una regresión o pánico donde el equilibrio está roto y no lo pueden manejar. Si el terapeuta evalúa constantemente la relación entre la comunicación no verbal y el estado mental de los miembros de la familia individualmente, este puede ir delante del sistema y regular el ritmo de la terapia para que los cambios no produzcan malestar y desorganización muy grandes.

Waldron-Skinner (1976) presenta tres situaciones generales donde se puede identificar el concepto de doble vínculo. La comprensión del mismo ayuda muchísimo a entender las relaciones que no funcionan bien en la familia:

- a. Cuando un individuo está involucrado en una relación intensa, que siente que es vitalmente importante y puede distinguir qué tipo de mensaje está comunicando, para poderlo responder apropiadamente.
- b. Cuando el individuo se encuentra atrapado en una situación en que la otra persona en la relación está expresando dos clases de mensajes y uno de ellos contradice al otro.
- c. Cuando el individuo es incapaz de comentar los

mensajes que se están expresando, para corregir su discriminación sobre a cual mensaje responder.

Muchos de estos mensajes incongruentes pueden ser transmitidos en forma no verbal y son difíciles y demostrar con ejemplos prácticos, porque se manifiestan sólo a lo largo de períodos prolongados de observación. Cada familia representa una experiencia, una cultura única, y sólo con el transcurso del tiempo, el terapeuta empieza realmente a comprender las dimensiones del sistema familiar, sus individuos, sus relaciones y su vida como grupo. Para conseguir esto el terapeuta tendrá una gran ayuda si aprende a entender la comunicación no verbal de la familia en toda su dimensión.

Según Borzormanyi-Nagy (1979) la situación de doble ligadura o doble vínculo, encierra un par de mensajes de niveles diferentes, los cuales están relacionados pero son incongruentes entre sí.

#### a.2 Patrones de comunicación

Es muy importante observar la forma en que la familia se interrelaciona y también cómo los terapeutas pueden llegar a caer de algún modelo de comunicación.

Satir (1972) presenta cuatro modelos de comunicación que según ella afirma son universales, estos son:

a.1.1 El aplacador

a.2.1 El acusador

a.2.3 El superrazonable o razonador

#### a.2.4 El distraído

Estos cuatro modelos están basados en mensajes de doble ligadura o vínculo. Usualmente se encuentra que las personas reaccionan a estos dobles mensajes te niendo resultados hirientes y poco satisfactorios. Es tos modelos son respuestas a un estado de tensión dada al cual se responde de las cuatro formas que a continuación serán detalladas.

#### a.1.1 El aplacador

"Todo lo que tu quieres está bien, sólo deseo tu felicidad".

"Lo hice por hacerte un bien, no tuve la intención de lastimarte".

En este modelo de comunicación el agredido toma una postura tan complaciente que le hace imposible al agresor seguirlo agrediendo, aplacándole así su cólera. El aplacador nunca está en desacuerdo con nadie, siempre trata de complacer y tener la aprobación de otros. Nunca piden nada para ellos mismos, son extremadamente amables y serviciales, el mensaje postural de su cuerpo es de suplica, que es la actitud del aplacador.

#### a.2.2 El acusador

Es la típica persona que encuentra fallas en todo, nada está bien sino lo que ha sido hecho por ella. No están de acuerdo con nada, siempre están reciminando a

los demás. Son los que tienen siempre la autoridad y la última palabra en todo. Estas personas interiormente se sienten tan fracasados y poca cosa que tienen que utilizar la intimidación para hacerse valer que le obedezcan. A estas personas sus compañeros y su familia les temen, siempre hacen sentir mal a los demás, inadecuados y poco relevantes ante ellos y su trabajo.

#### a.2.3 El superrazonable

Este tipo de personas son muy rígidas, poco flexibles, calmados, fríos, calculadores e imperturbables. No demuestran sus sentimientos, todo lo tienen bajo control, parecen sacados de una enciclopedia o diccionario. Son categóricos cuando vierten alguna opinión, para estas personas todo tienen una secuencia lógica y un orden a seguir. En su interior son usualmente personas muy frágiles emocionalmente que no desean que nadie les encuentre su lado débil y así puedan ser lastimados.

#### a.2.4 El distraído

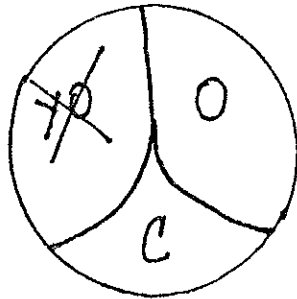
Estas personas se sienten irrelevantes y fuera de lugar, nada les interesa, parecen siempre casuales y distraídos, desordenados. Parecen siempre ocupados, pero no terminan nada, quieren realizar mil proyectos a la vez y luego no realizan ninguno. Se sienten como que no les interesan a nadie o no valieran la pena

lo que no existen ni ellos, ni el otro, ni las circunstan-  
tancias.

Cuadro 1

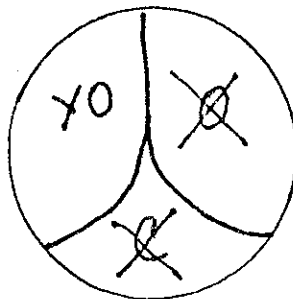
Modelos de comunicación (Satir 1972)

a.2.1



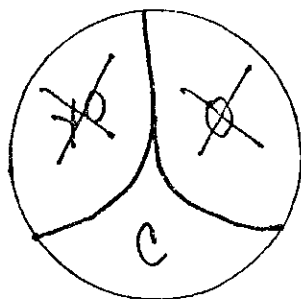
Se suprime el yo para que sólo exista la otra persona y la circunstancia donde se da el hecho.

a.2.2



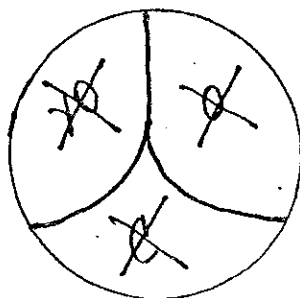
Lo más importante soy yo, sólo yo existo, se suprime a él otro y la circunstancia.

a.2.3



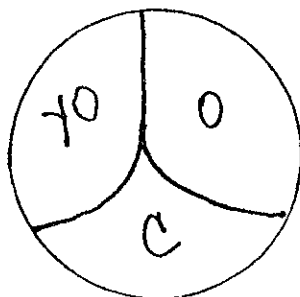
No importa el yo, ni el otro sólo la circunstancia en la que se produce el hecho.

a.2.4



Se suprime el yo, el otro y la circunstancia. Yo soy intranscendente, el otro y la circunstancia también.

a.2.5



En este modelo existe un grado de homeostasis y congruencia entre el yo, el otro y la circunstancia. No encontramos un doble nivel en la comunicación, es la forma menos frecuente de comunicación y sin embargo la más sana.

b. Mecanismos de defensa

Cuando se evalúa este aspecto, es necesario observar la gama de mecanismos que serán utilizados por el grupo familiar no sólo a nivel grupal sino a nivel individual. Estos mecanismos tiene la función de escudo o defensa de todo aquello que los haga sentirse amenazados. Los mecanismos más utilizados son: Negación, onnipotencia, aislamiento, evitación, intelectualización, fantasía. El uso de mecanismos más sofisticados o más rígidos depende de las necesidades de cada miembro y del grupo familiar en sí.

c. Roles y funciones

Esta área suele ser importante puesto que el funcionamiento de cada miembro de la familia depende del rol que le haya sido asignado, y esto está en su mayoría previamente determinado. Muchos de estos roles son asignados desde el nacimiento, otros pueden ser universales, como el de ser papá o mamá aunque pueden tener significados distintos dentro del contexto familiar. Pueden haber miembros castigados o sancionados por el grupo familiar, los cuales se vienen a convertir en el chivo expiatorio de la familia. En ellos se descargan las tensiones familiares y así se mantiene la homeostasis familiar.

d. Ubicación espacial

Dentro del contexto de la terapia familiar este aspecto es bastante interesante de observar, y dá mucha información de cómo está la relación entre los miembros y como se dará con el terapeuta. Según el lugar que ocupen puede notarse quienes son los miembros que ejercen mayor autoridad, cuáles son los subgrupos familiares y quien es rechazado. Incluso se evalúa al miembro que está ausente y cómo se ubican los otros sin él y que cambios se van dando conforme el terapeuta realiza algunas intervenciones.

e. Indicaciones para realizar la terapia familiar

Boszormenyi-Nagi, Framo (1979) presentan el programa de salud que se lleva en el NIMH (National Institute of Mental Health) que algunos de los aspectos que se deben tomar en cuenta para realizar una terapia familiar exploratoria.

1. Cuando existen problemas de separación en el adolescente que lo lleva a tener crisis de identidad. En esta etapa suelen aparecer quiebres psicóticos por la primera gran separación del ambiente intrafamiliar. Esto suele pasar con los jóvenes americanos que después de haber salido del colegio aplican a universidades que generalmente están en otro estado, lejos de su casa.
2. Cuando el adolescente realiza actos delictivos o de rebeldía con el afán de liberarse de los valores familiares para

lograr según él independencia e identidad propias.

3. Cuando existe la incapacidad de liberarse de una relación simbiótica, esto significa que el medio familiar no propicia la independencia ni la autonomía emocional del sujeto.
4. Cuando hay intercambio de disociaciones. Esto es que cada miembro de la familia piensa que tiene un problema específico que dependen de otro miembro de la familia, o que su problema sólo puede ser aliviado por otro familiar. En este caso la terapia familiar conjunta resulta indicada, por el tipo de patología intrafamiliar.
5. Cuando hay distorsión cognostivo-colectivo y de distanciamiento. La característica principal de estas familias es su comunicación caótica, su desorganización es muy grande e incluye un miembro de la familia dedicado a destruir los esfuerzos tanto del terapeuta como de los otros miembros para ordenar esa "locura".

Soifer (1980) llama circunstancias familiares críticas a las que debido al impacto dramático de los acontecimientos hacen aparecer síntomas en los niños o adolescentes predispuestos a ello, o bien agravar los que ya se han manifestado.

Soifer (1980) da una clasificación de las situaciones llamadas críticas:

1. Duelo por muerte del padre o la madre, ambos progenitores o personas cercanas muy queridas.
2. Amenaza inminente de muerte, intervenciones quirúrgicas, en

fermedades prolongadas o terminales, invalidez o pérdida de algún miembro o función.

3. Cambio en el status, divorcio de los padres, pérdida del empleo.
4. Cambios evolutivos, nacimiento de un niño, control de esfínteres, pubertad, adolescencia.

Lo que pasa durante la crisis es que la familia pierde su "homeostasis" o equilibrio natural, y la intervención terapéutica sirve para reorganizar a la familia y darle estructura más adecuada para que puedan manejar los cambios que se estén produciendo. Aquí habrá una diferencia en la técnica a seguir puesto que se utiliza una intervención a corto plazo donde la reorganización y estructura exploratoria, está indicada para la clarificación resolución de cualquier dificultad de relación intrafamiliar. Esto significa que hay problemas en los patrones transaccionales, en la interacción recíproca entre los miembros de la familia donde cada miembro contribuye abierta o pasivamente a reforzar esa transacción inadecuada.

#### f. Contraindicaciones

Según Boszormenyi-Nagi (1979) resulta estéril emprender la terapia familiar exploratoria, cuando las sesiones de evaluación conjuntas indican que el problema no tiene significado emocional y conductual, no consecuencias actuales para los miembros de la familia.

La terapia familiar también es recomendable cuando la familia está pasando etapas críticas y necesitan de ayuda profesional para recobrar su estructura. Muchas veces esta crisis es temporal y la intervención es de corta duración mientras se recobra el equilibrio familiar.

Soifer (1980) propone tres aspectos básicos donde no está la terapia familiar con niños:

- a. Que los padres tengan una negativa rígida para realizar cambios a nivel afectivo. Esto significa que cuando el niño necesita cambios de los padres éstos van a estar poco disponibles para ayudarlo, negándole la oportunidad de sanar ya que el niño es utilizado para satisfacer algunas necesidades neuróticas de ellos.
- b. Que exista un serio conflicto matrimonial que absorba a los progenitores y los impida relacionarse con los hijos, o que simplemente no puedan manejar el área correspondiente a intimidad sexual.
- c. Que uno de los padres presente una enfermedad mental o perturbación emocional severa. De esta forma la estrategia psicoterapéutica debe variar, ya que los progenitores no están en la disponibilidad de ayudar a sus hijos a realizar cambios.
- g. Diagnóstico de la familia

Se puede observar un plan de trabajo terapéutico a seguir. Una vez tenemos una idea clara del estado emocional de la fami-

y los mecanismos de defensa que utilizan, cuál es la forma de comunicarse o el patrón interaccional, quienes son las imágenes de autoridad, quien el chivo expiatorio o la oveja negra de la familia y cuáles son las razones para que un miembro tenga un comportamiento específico. El nivel de patología o sanidad puede determinarse observando especialmente a los miembros que no crecen o no se están desarrollando dentro del medio familiar.

- Diagnóstico estructural y dinámico de cada uno de los miembros.

En esta área es muy importante que el terapeuta tenga una idea clara de cómo funciona cada miembro de la familia, como está constituido emocionalmente. Esto quiere decir que ya se habrá realizado un análisis de su estado intrapsíquico y determinado qué tipo de patología tiene. Al conocer el desarrollo psíquico del sujeto se puede establecer la relación patológica que tenga con otro miembro de la familia. Hay que tomar muy en cuenta este aspecto para entender la dinámica total del grupo y así conocer que hay cierto tipo de intervenciones que no se harán para no tocar esa parte de la patología individual a la que el terapeuta no podrá ofrecer apoyo y protección necesaria.

#### h. Pronóstico

El pronóstico va a depender del grado de patología del grupo familiar y de la capacidad a realizar cambios que estos tengan. De ahí se partirá para predecir si el tratamiento tendrá un alto porcentaje de éxito o no. Sí la familia es muy rígida y no tiene capacidad para realizar cambios el pronóstico no será tan bueno. Como si tenemos una familia flexible y con muchos deseos de hacer cambios. Cuando el sistema familiar no puede hacer cambios de calidad y hay algún miembro de la familia que sí lo puede hacer, hay que darle la oportunidad de que lo logre ya no en el contexto de la terapia familiar sino en terapia individual. En ocasiones se puede trabajar con un subgrupo por aparte, teniendo así la oportunidad de conocer formas de conducirse y que les permita ganar autonomía e identidad propias, logrando separarse para ser ellos mismos.

#### i. Indicaciones terapéuticas

La indicación terapéutica se refiere al tipo de estrategia que el terapeuta deberá utilizar para trabajar con la familia. Esto incluye el tiempo o el número de sesiones que serán vistos y si es necesario referir a algún miembro a una evaluación específica o a otro profesional. Por ejemplo que uno de los niños de la familia necesite ayuda especial porque presenta problemas en el aprendizaje. En este caso la intervención será paralela al tratamiento y no excluyente a él. También se dará el caso

que sea necesario referir a terapia individual temporalmente a uno de los miembros de la familia, o talvez sea necesario só lo ver a la pareja. De cualquier forma los objetivos terapéuticos iniciales deben estar en constante revisión para ver si estos no han cambiado o si la estrategia terapéutica se debe modificar.

### III. CASO CLINICO

#### 1. Historia Clínica

Doñ W y doña C, padres de José de 17 años, María de 16, Ana de 15 y Juan de 7 años, vinieron a la consulta referidos por la psicóloga orientadora de un Colegio de esta capital, quien estaba viendo en terapia individual a María. María es la causa de que don W y doña C vinieran a consulta, ya que recientemente ella había hecho crisis. Pensaban que se le había metido el diablo, y la llevaron a un templo donde le "sacaron" el diablo, orándole. Fue un ritual exorcista. Esta muchacha había presentado anteriormente una crisis de angustia en el colegio, episodios de parálisis frecuentes, conductas bizarras con intentos de suicidio.

Don W tiene 42 años, es el segundo hijo de una familia de recursos limitados por esta razón viajó a Estados Unidos a buscar una vida mejor para él y sus hijos. En la actualidad se ha incorporado nuevamente a su hogar es tapicero y en eso trabaja, tiene muchos problemas pues acostumbra deberle a todo el mundo y siempre está adquiriendo nuevas deudas motivo de pelea entre él y su esposa constantemente.

Doña C ha tenido que ser el bastión de la familia económica y emocionalmente debido a que su esposo permaneció fuera por mucho tiempo, y las veces que está con ellos siempre debían mucho dinero, por lo cual ella siempre tuvo que ver "como" arreglárse

las para sacar a sus hijos adelante. Doña C es la mayor de una familia numerosa. Como el padre los abandonó la madre tuvo que trabajar, teniéndose que quedar, como responsable de los demás niños, doña C, razón por la cual no estudió y empezó a trabajar muy joven. Ella y don W se casaron después de un año de noviazgo y se quedaron viviendo en casa de los padres de don W. Al tiempo nació su primer hijo José.

José, es un muchacho retraído quien ha fracasado en los estudios y no quiere seguir estudiando, esto es tema de discusión para los padres pues ambos insisten en que continúe y José no tiene el menor interés en ello, él es un muchacho muy especial, no se le dan responsabilidades en casa y por ser el varón primogénito goza de muchos privilegios que le son otorgados especialmente por su mamá.

Al poco tiempo nació María, con comadrona, el parto fue difícil y doloroso. María desde chiquita se caracterizó por ser biliosa, inquieta y llorona, su desarrollo físico fue normal. No controló esfínteres.

Cuando tenía dos años nació su hermana Ana, lo cual la hizo sentirse desplazada y muy celosa; a los cinco años ella y su hermana asistieron a una escuela para párvulos. A los ocho años nació Juan, ante este último acontecimiento sintió que su mamá no se preocupaba por ella refugiándose en su abuelita paterna quien le proporcionaba afecto y protección. María menstruó a los once años y desde entonces tiene trastornos menstruales y

a esa edad dejó de ser enurética. Al inicio de su pubertad empezó a sufrir fuertes dolores de cabeza y zumbido de oídos, presentó algunos cuadros convulsivos por lo que se le hicieron pruebas neurológicas cuyo resultado dió una discritmia cerebral.

María siempre peleó mucho, tanto con sus hermanos como con otros niños por lo que se le fue etiquetando como una niña "mala" y traviesa. A los trece años la cambiaron de instituto lo que le dió mucha cólera, María tiene dificultad para creer y confiar en los demás, siempre ha tenido malas relaciones interpersonales, doña C le pegó con frecuencia para corregirla y se queja que María es muy enojada y que nada se le puede decir.

Ana es la niña que siguió a María, es juguetona, agradable y tiene buen carácter, tampoco ha sido una buena estudiante, ella y María no se llevan mal pero María se aprovecha de ella y esta para haciendo todo lo que a la otra le tocaría hacer, como los oficios en casa, mandados y otros.

Juan, es el más pequeño es un niño vivaz, por ser el menor se le aceptan muchas cosas. María lo regaña constantemente y cuando no estudia su papá más bien lo alcahotea y piensa que está muy chiquito para entender ciertas cosas. Juan está muy gordito, come por ansiedad, no es buen estudiante porque tampoco se le exige y duerme con sus papás todavía.

Don W y doña C no mantiene buenas relaciones, y sus problemas principales es que uno se queja de insatisfacción económica por parte del varón de la casa y el otro de insatisfacción sexual

por parte de su mujer. Algo muy importante dentro de la vida de esta familia fue la etapa que marcó la muerte de la "abuelita" mamá de don W, esta mujer proveía a toda la familia de bienestar y seguridad económicas, estando ella, a ellos no les faltaba nada y todos sus problemas tenían solución. Hasta el momento todos resienten la muerte de la "abuelita" especialmente María con la que tenía una relación muy especial y cercana, ellos no han procesado de una forma adecuada la pérdida de esta señora que tenía tanto significado para sus vidas.

## 2. Diagnóstico estructural y dinámico de cada uno de los miembros

Antes de entrar a describir la personalidad de cada miembro de la familia del caso clínico, se quiere hacer notar que los instrumentos que se utilizaron para clasificar o determinar algunos caracteres específicos de personalidad fueron:

- a. El DSM III
- b. Clasificación de patología familiar
- c. Terapeuta

### a. El DSM III

Permitió clasificar o ubicar por las características observables de la personalidad a cada miembro dentro de un rubro específico, es el caso de la personalidad esquizoide de José, la personalidad compulsiva de Doña C y la personalidad dependiente de don W, como la personalidad limítrofe de María.

b. Clasificación de patología familiar

Esta familia tenía una disfunción severa de comunicación además dos de sus "productos", (hijos) tenían una clasificación de patología individual bastante severa tal el caso de la personalidad esquizoide y limítrofe. Dentro de la escala de Beavers (1975) esto ubicaba a la familia entre los puntajes de la escala de 8-9, con una disfunción severa o limítrofe.

c. El terapeuta

Fue el instrumento básico para determinar la patología tanto individual como familiar debido al tiempo de evaluación y entrevistas que realizó. Es por eso que el aspecto en donde se asevera que Juan comía por ansiedad se debió a la observación que el niño en los momentos de mayor tensión familiar y desorganización comía más y lo hacía entre comidas no saciando su apetito, lo que fue reportado por sus padres y hermanos en las sesiones terapéuticas. También fueron observables los cambios que se daban en Ana cuando el equilibrio familiar se perdía y María ya no se prestaba a ser el chivo expiatorio, entonces Ana somatizaba quejándose de dolores de cabeza y malestar general.

El DMS III no clasifica a un grupo o una familia, categoriza a individuos según diferentes criterios ahí se encuentra el problema de en decir la severitud de una familia concerniente a la patología general e individual de los miembros.

Don W, es un hombre dependiente e inseguro en busca de una figura materna que le satisfaga sus necesidades primarias. Es una persona extremadamente demandante con una autoestima muy baja, es alcohólico y jugador. Don W es una persona sumamente desorganizada que ha querido solventar sus problemas económicos endeudándose y debiendo dinero a todo mundo. Tiene una imagen masculina inadecuada, pues la madre fue al igual que su esposa, la imagen fuerte de la familia. Ha querido ser un buen papá, pero no lo ha logrado, debido a que ha sido un padre ausente y distante.

Utiliza mecanismos de negación masivos para no ver su realidad, todo lo ve desde su punto de vista, es muy rígido en su pensamiento y tiene muy poca capacidad de cambio ya que esta depende de "sí los otros cambian". Cuando habla con sus hijos omite a Juan pues piensa que está muy pequeño para participar de las decisiones familiares y de sus responsabilidades. A los hijos mayores no los respeta en el sentido que no les da derecho a voz y voto pues "ellos no saben". De la misma forma trata a su esposa, y la descalifica más aún ya que le hecha en cara que es una ignorante que nunca estudió y no tiene la experiencia que él tiene. Su principal problema era el de la insatisfacción sexual con su esposa, área que era utilizada para agredirse entre ellos.

Doña C, es una mujer emprendedora, con autoestima muy baja, se trata a sí misma como alguien poco instruída. Es una mujer

poco protegida que tuvo que sacar adelante a sus hermanos menores al igual que ahora lo hizo con su familia. Internamente busca al papá que nunca tuvo y en su lugar encuentra a un hombre al que hay que darle seguridad y apoyo constantes. Es una mujer rígida, exigente, compulsiva que utiliza mecanismos compensatorios para mantenerse estructurada y no deprimirse. Va a un templo a orar todos los días. Se proyecta a través de sus hijas y es por ello que está tan interesada en que "sean algo" en la vida. Doña C mantiene el equilibrio de la familia y tiene que utilizar muchos mecanismos para siempre estar fuerte. Es una mujer frágil emocionalmente que en cualquier momento podría descompensarse, si las exigencias del medio fueran más grandes de lo que ella podría tolerar. Doña C tiene un rol femenino tradicional, boicoteaba mucho del trabajo que hacía don W, administra el dinero de la casa. Es sumamente castrante y hace ver a don W lo ineficaz que es como hombre, lo castiga no teniendo con el relaciones sexuales.

José, es un muchacho adolescentes con personalidad esquizoide, no habla ni participa en las sesiones terapéuticas, parece estar en otro mundo como ausente. José pelea mucho con María, pero se lleva bien con Juan. Habla de seres extraños de otros mundos y de alimentar a sus arañas, que son sus mascotas. No quiso seguir estudiando. En la actualidad trabaja de ayudante de mecánico, siempre se ha revelado a realizar los deseos de sus padres, especialmente los de su papá, quien quería que estu

diara inglés y fuera ingeniero. José utiliza mecanismos de ra  
cionalización y aislamiento. Es el preferido de su mamá, y en  
casa no se le exige absolutamente nada, no tiene responsabili-  
dades y se le trata como alguien especial y privilegiado.

María es una chica adolescente, atractiva, con caracterís-  
ticas del paciente limítrofe y que en estados de crisis seve-  
ras presenta conversiones de tipo histérico, es el chivo expia-  
torio de la familia y se creía que estaba como poseída del dia-  
blo. María es una muchacha con muchas pretensiones que no van  
de acorde a su status social y económico. Constantemente pre-  
senta accesos de cólera que no puede manejar, ha intentado ha-  
cerse daño varias veces de diferente manera, presenta períodos  
de mucha actividad y euforia, y luego pasa a períodos donde se  
encuentra muy deprimida. Suele somatizar quejándose de dolo-  
res de cabeza, nauseas y malestar general. Utiliza mecanismos  
de fantasía aislamiento y negación, que la ayudan a sobre lle-  
var la tensión familiar a la que vive sujeta al ser señalada  
por todos los miembros de la familia como la mala, la enferma,  
la enojada e irritable. De todos los hermanos fue la más afec-  
tada con la muerte de la abuelita. Vale la pena mencionar que  
la familia presenta un duelo no resuelto, al negar el haber per-  
dido la imagen protectora de la familia.

María nunca está de acuerdo con las disposiciones de sus  
padres, suele descalificar a su papá y hacerle notar y sentir  
lo ineficaz que es como tal. Se lleva bastante bien con su her-

mana Ana siempre y cuando ella realice la parte de las obligaciones que le tocaría a ella realizar. Tiene muy mala relación con ellos mismos y los demás.

Ana es una muchacha adolescente alegre y vivaz, bastante atractiva que se preocupa por su apariencia física. Siempre le toca hacer la parte que a sus hermanos le correspondería hacer y que usualmente no hacen. Tiene muchos deseos de superarse y salir adelante. A veces se siente deprimida, especialmente cuando se pierde el equilibrio familiar, tiende a somatizar sus tensiones. Ana es la que tiene mayor capacidad para verbalizar sus emociones y muchas veces funciona como el portavoz de la familia. Junto a su hermano pequeño podría decirse que son los miembros más sanos del grupo familiar. Es una muchacha capaz de reconocer cualidades en los demás miembros de la familia. Tampoco se lleva bien con su papá pero le tiene más respeto a su hermana María.

Juan es un niño de ocho años, gordito, va al colegio y le da sueño cuando lo ignoran en las sesiones terapéuticas, especialmente cuando lo hace su papá.

Come mucho por eso está psado de peso. Come por ansiedad. Por ser el menor se le aceptan muchos de sus caprichos, también se le dan responsabilidades que no le corresponden como el tener que ir a cobrar la renta de los cuartos que sus papás alquilan. Participa en las sesiones terapéuticas, siempre tiene un buen aporte, es capaz de verbalizar sus sentimientos. Quiere mucho

a su papá y es el único que acepta que le hace falta cuando no está. Se lleva bien con su hermano mayor quien le compra y ofrece regalos, especialmente porque le haga algún "favor". Pelea con sus hermanas por que le obligan a realizar sus tareas escolares. Tarea que les ha sido encomendada ya que la madre va a el templo a rezar en las tardes y ya regresa de noche. Usualmente se le permite pasar mucho tiempo en la calle, y se le utiliza como el mensajero. Incluso se le pide que vaya a traer a su papá al bar, y se le utiliza para acusar a éste por haber jugado el dinero de la casa.

### 3. Pronóstico

Después de realizar la evaluación se encontró que la patología intrafamiliar era bastante severa. Los progenitores eran muy rígidos y no tenían mucha capacidad para realizar cambios, además tenían serios conflictos a nivel de relaciones sexuales lo que haría difícil el trabajo terapéutico en sesiones familiares.

La razón más importante para indicar la terapia familiar era que a nivel de comunicación los progenitores triangulaban a María para que ésta les sirviera de "portavoz" por lo que fácilmente fue el paciente identificado<sup>(1)</sup>. Cuando no podían utilizar a María para agredirse y agredir a los demás miembros utilizaban a cualquier otro que en el momento estuviera disponi-

---

(1) Paciente identificado: Es el síntoma más obvio a través del cual el sistema familiar manifiesta su patología.

ble. El pronóstico para la familia fue que sería muy difícil que los padres permitieran efectuar los cambios necesarios para que se dieran apoyo y protección mutua y que lograra así la individuación y autonomía de cada uno.

Sin embargo para el paciente identificado y demás miembros jóvenes el pronóstico fue que ellos tenían la capacidad para mejorar y hacer cambios. También estaban deseosos de conocer formas diferentes y adecuadas de relacionarse.

En base al pronóstico se establecieron los objetivos iniciales que fueron:

1. Trasladar el conflicto a los padres para evitar que atrapen en la relación a María y la utilicen para agredirse entre sí.
2. Ganar estructura familiar para ubicar al paciente identificado dentro de un contexto más adecuado y protegido.
3. Lograr la separación e individuación de los miembros jóvenes.
4. Indicaciones terapéuticas

A este grupo familiar le fue indicado la terapia familiar exploratoria ya que su patología a nivel de transacción e interrelación familiar era bastante severa. Lo más importante fue que contaban con un miembro en crisis y otro con características peculiares y de aislamiento.

Al principio al miembro en crisis se le vió en terapia individual y cuando estuvo suficientemente preparado para tolerar

al grupo familiar, se inició la terapia exploratoria conjunta.

Aún en los primeros meses el paciente identificado asistió a dos sesiones terapéuticas semanales, una individual y la otra con su familia. Más tarde cuando el grupo estuvo bien integrado a la terapia se desistió de la terapia individual, asistiendo solamente a terapia familiar.

Durante la terapia familiar, se utilizó a un coterapeuta con el objeto de ayudar a realizar los cambios y estructurar a la familia de mejor forma. Y porque se contaba con poca experiencia para manejar a un grupo tan complejo.

A lo largo de las sesiones se volvió a realizar una nueva evaluación sobre los objetivos terapéuticos y los avances que se habían obtenido. Se llegó a la conclusión que era mejor separar a los hijos de sus progenitores para verlos en sesiones distintas. Se había llegado a un momento en donde no sólo no se avanzaba sino que era necesario proteger a los miembros jóvenes de los embates de los padres. Por otro lado los padres deseaban tratar problemas de relaciones sexuales en los que los hijos no tenían ninguna ingerencia.

De esta forma la terapia funcionó mejor, y se logró dar a los hijos los implementos necesarios para que ellos mismos pudieran protegerse de la inmadurez y desorganización de sus progenitores.

Esta familia estuvo por iniciar el tercer año de terapia, nunca faltaron a las sesiones y aunque al final se evaluó que

necesitaban de sesiones periódicas para ayudarlos a mantener la estructura, los terapeutas decidieron finalizar la terapia puesto que la familia y especialmente los progenitores presentaban satisfacciones intrínsecas y de pseudomutualidad<sup>(2)</sup> que ya no se iban a romper.

Los objetivos terapéuticos se habían logrado superar que era lo más importante. Se les dejó la inquietud de que en el momento que ellos quisieran realizar más cambios y estuviesen dispuestos a trabajar en ello podrían buscar ayuda terapéutica.

---

(2) Pseudomutualidad: Pseudohostilidad: implacable y destructiva fijeza de la distancia en las relaciones, así como manera perseverantemente y rígida de organizar los pensamientos y percepciones.

## IV. DISCUSION

La revisión de literatura sobre la evaluación y diagnóstico familiar permite aclarar el caso presentado, de tal forma que se logra realizar un planteamiento de la estrategia terapéutica a seguir.

Es necesario observar que según la patología de los progenitores, a nivel de comunicación e interrelación familiar era bastante severa y la terapia familiar conjunta fue indicada debido a que existía un miembro de la familia en crisis.

Se pudo evaluar que esa paciente era la expresión de la patología del grupo familiar.

Que era una paciente limítrofe, con características histéricas y que cuando entraba en crisis le sobrevenían intentos de suicidio. Ella estaba urgida de tener estructura en su vida diaria y que alguien, en este caso el terapeuta, le ayudara a fortalecer las funciones de su ego.

Según se presenta en el ensayo "el paciente limítrofe (1983)" no se ha llegado a unificar criterios respecto a qué enfoque psicoterapéutico sea el más adecuado a seguir con este tipo de pacientes (individual, de apoyo, familiar farmacoterapia, o de Insight). Lo más importante es que el terapeuta, tenga un claro conocimiento del enfoque que va a utilizar y de las metas que pretende alcanzar.

Dice Masterson (1976) que este tipo de pacientes y en el ca

so de un adolescente, están viviendo una etapa de búsqueda de identidad, y que el mismo tiempo se encuentran en una segunda etapa del proceso de separación - individuación, debido al período maduracional del ego.

Además se debe contar con que había otro miembro de la familia con característica esquizoides, bastante inadecuado en su comportamiento pero al que se le daba un lugar especial y privilegiado. El resto de los miembros de la familia nunca pudieron ver que él estaba posiblemente más enfermo que su hermana.

La patología severa a nivel transaccional, la rigidez de los progenitores y su poca capacidad de cambio fue determinante para evaluar constantemente los objetivos terapéuticos. El trabajo con un coterapeuta fue una experiencia de vital importancia, puesto que el grupo familiar era tan demandante que a veces era difícil manejarlos. Al principio los terapeutas se sumergían dentro el contexto familiar sin poder diferenciarse y poner límites.

Como el presente ensayo trata sobre la evaluación y diagnóstico de la terapia familiar, no se mencionó el proceso terapéutico en sí.

Según Boszormenyi-Nagy, Framo (1979) el proceso terapéutico se divide en varias fases, la inicial, la intermedia y la final además dedica un capítulo completo a analizar las transferencias y contratransferencias que se dan con los terapeutas den-

tro del proceso terapeutico. Por ello se quiere hacer mención que ese aspecto fue muy importante para llevar el caso.

La continúa supervisión y evaluación de transferencias y contratransferencias es un trabajo arduo y muy importante. Si ese aspecto no se realiza constantemente es difícil determinar una sesión de trabajo y proceso terapéutico exitosos.

Por otro lado terapeuta y coterapeuta deben tener la suficiente madurez para lograr un buen equipo de trabajo, si esto no se diera lo mejor es que no trabajasen juntos para evitar contaminar y retardar el proceso.

La práctica enseña que la buena aplicación teórica de los conceptos psicoanalíticamente orientados dependen más de la creatividad del terapeuta y de cómo este vaya llenando las necesidades del paciente. Muchas veces esto se logra de una forma poco teórica pero efectiva.

Según Rogers (1972) la terapia constituye una experiencia dinámica única y distinta para cada individuo. Esto implica que el paciente tiene la oportunidad de cambiar y reorganizar el concepto de sí mismo, el dejar de percibirse como un individuo no aceptado, y poco digno de respeto; para concebirse como una persona valiosa y capaz de desarrollar actitudes positivas hacia sí mismo y los demás.

En el presente trabajo, la familia tuvo la oportunidad de cambiar y de manejarse de distinta forma.

Sin embargo ante la imposibilidad que estos cambios fuesen

mayores y todos sus miembros se beneficiaran de ello, se separaron a los miembros jóvenes para que ellos pudieran aprovechar en mayor porcentaje los beneficios de la terapia.

Un enfoque final fue concluir y clarificar con todos los miembros las capacidades y limitaciones para superar su problemática y que esto no dependiera intrínsecamente de los cambios del otro.

Es necesario que hayan propuestas de trabajo en el campo de la terapia familiar, sobre todo adaptados a nuestro medio, ya que no contamos con programas comunitarios o de hospitalización que manejen este tipo de trabajo.

Por otro lado son muy pocos los terapeutas que realizan la experiencia de trabajar con familias. Más que nada se trabaja de forma individual.

No se quiere decir con esto que la terapia familiar sea indicada para todos los casos, esto sólo dependerá de las necesidades del paciente y la familia como del terapeuta que los vea. Sin embargo se puede decir que es una experiencia enriquecedora y única el trabajar con esta modalidad. Es una gran satisfacción el poder ver como una familia realiza cambios y lucha por alcanzar el crecimiento y desarrollo emocional que les permita la estabilidad necesaria para ser diferentes y autónomos.

## V. BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Ediciones Hormé.  
1972
- Boszormeny-Nagy, Framo, J. Terapia familiar intensiva.  
1979 México, D. F., Editorial Trillas.
- DSM III. The American Psychiatric Association. pp. 265.  
1980
- Grazioso A., Pilar. Ensayo, El Paciente limítrofe. Guatemala  
1982 la, Universidad del Valle.
- Masterson, J. "Intensive psychoterapy of the adolescent  
1974 with borderline syndrome". American hardbook of  
psychiatry, New York, Basic Books.
- Rogers, C. El proceso de convertirse en persona. Buenos  
Aires, Editorial Paidós.
- Satir, V. People Making. Palo Alto, California, Science  
1972 and behavior book inc.
- Soifer, R. Psicodinamismo de la familia con los niños. Buenos  
1980 Aires, Editorial Kapelusz.
- Walrond-Skinner. Psicoterapia de la familia y de la pareja.  
1976 Barcelona, Ediciones Toray.

