



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

LA ESTRUCTURA FAMILIAR CON EL PADRE
ALCOHOLICO. FAMILIA EN LA ETAPA DEL CICLO
VITAL DE LA ADOLESCENCIA.

PO 1462/97
Ej. 1

REPORTE DE INVESTIGACION

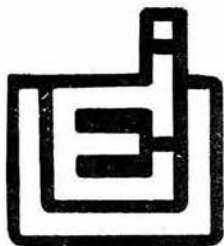
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MEDINA GARCIA ALEJANDRA XOCHITL

POLO CONSTANTINO TERESITA

ASESORES: MTRA. MARISELA ROCIO SORIA TRUJANO
MTRO. JAIME MONTALVO REYNA
LIC. ERNESTO ARENAS GOVEA



MEXICO, D. F.

ENERO DE 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS A MIS PADRES:

A MIS PADRES:

QUE ME BRINDAN SU APOYO, CARINO,
CONSEJOS Y EN LOS MOMENTOS MAS
DIFICILES ME ALENTARON A SEGUIR
ADELANTE, ANHELANDO QUE SIEMPRE
ME PREPARARA PARA ENFRENTARME A
LA VIDA.

HOY, SE VEN CULMINADOS NUESTROS
ESFUERZOS Y MIS DESEOS, INICIAN
DOSE ASI, UNA NUEVA ETAPA EN MI
VIDA EN LA QUE SIEMPRE ESTARAN
EN MI CORAZON.

ALEJANDRA.

CRISTO NOS DIO LIBERTAD
MANTENGANSE FIRMES EN ESA LIBERTAD,
Y NO SE SOMETAN OTRA VEZ
AL YUGO DE LA ESCLAVITUD.

GALATAS 5.1.

A TERESA:

ME FALTAN PALABRAS PARA EXPRESAR LO VALIOSA QUE ES TU AMISTAD, ME SIENTO BIEN COMPARTIENDO ALEGRÍAS, TRISTEZAS, PREOCUPACIONES Y MUCHAS MÁS SENSACIONES QUE VIVIMOS. MIENTRAS QUE HOY DISFRUTAMOS ESOS RECUERDOS A CARAJADAS. ME ENORGULLECE EL CONTAR CONTIGO EN ESTOS MOMENTOS Y EL PODER CONCLUIR UNO DE LOS OBJETIVOS MÁS DESEADOS.

ES ASÍ COMO HAN PASADO LOS DÍAS DE NUESTRAS VIDAS, YA SE HAN IDO AHORA, PERO HAY ALGO QUE SIGUE SIENDO VERDAD, Y ES TU AMISTAD.

ALEJANDRA.

A ENRIQUE:

EL SER PACIENTE E INYECTAR ENERGÍA Y ENTUSIASMO A MI VIDA, ES LA RAZÓN, DE QUE SIGNIFIQUES TANTO PARA MÍ, TE NECESITO.

ALEJANDRA.

A MIS HERMANAS:

LETY Y MAYANIN, QUE ME APOYARON EN
TODO MOMENTO, CON SU ENTUSIASMO, Y
ALEGRIA LOGRAN DE LOS MOMENTOS
DIFICILES VER EL LADO BUENO.

A MIS PADRES:

JORGE Y ENRIQUETA:

LES AGRADEZCO TODO EL APOYO QUE ME
HAN BRINDADO SIEMPRE Y SOBRE TODO_
EL HABERME AYUDADO A LA CULMINACION
DE ESTE TRABAJO, EL CUAL ESTA DEDI-
CADO A USTEDES.

A JORGE:

POR ESTAR EN EL MOMENTO OPORTUNO,
EN EL LUGAR DESEADO Y SER SIEMPRE
MI AMIGO INCONDICIONAL.

GRACIAS A TODAS AQUELLAS PERSONAS (INTEGRANTES
DE ALATEEN, ALANON Y AMIGOS) QUE CON SU EVIDEN-
CIA CONTRIBUYERON A LA REALIZACION DE ESTE TRA
BAJO.

ANDRES: PRIMERO QUE NADA QUIERO AGRADECERTE EL APOYO ECONOMICO QUE ME HAS BRINDADO, PUES SIN ELLO ESTA TESIS SIMPLEMENTE NO HUBIERA PODIDO REALIZARSE, ESPERO QUE AHORA SI CREAS QUE SOY PSICOLOGA, POR LO MENOS DE TITULO, PUES ES LO QUE RECIBES DESPUES DE 4 AÑOS DE ESTUDIO Y UNA TESIS, EN CUANTO A LA EXPERIENCIA, ESA VIENE CON EL TIEMPO Y TRABAJO, NO SE PUEDE TENER TODO AL MISMO TIEMPO, A MI ME GUSTAN LAS COSAS POCO A POCO, ESA ES MI FORMA DE HACER LAS COSAS, QUIZA NO TODOS ESTEN DE ACUERDO CON ELLO, PERO ES LA MANERA EN QUE HAGO MEJOR TODO.

ENRIQUE: QUIZA TU ERES EL PRINCIPAL CULPABLE DE QUE YO DECIDIERA ESTUDIAR PSICOLOGIA Y DEDICAR MI TESIS AL TEMA DEL ALCOHOLISMO, NO SE SI ESTO TE SIRVA DE ALGO A TI, PERO POR LO MENOS A MI SI ME HA AYUDADO A ENTENDER UN POCO EL PORQUE DE TU CONDUCTA A COMPRENDERTE Y NO CRITICARTE.

A MIS HERMANOS:

JUAN Y SU ESPOSA YOLANDA, GRACIAS POR PREOCUPARSE POR MI, POR MI FUTURO, - POR LO QUE HAGO Y SOBRE TODO POR ECHARME PORRAS PARA QUE LOGRARA - TERMINAR ESTA TESIS.

GEORGINA Y SU ESPOSO MARTIN: POR DEMOSTRARME QUE CUANDO SE QUIERE ALGO - EN LA VIDA, ECHANDOLE MUCHAS GANAS; - SE PUEDE LOGRAR, NO IMPORTA LO DIFI- CIL QUE SEA SIEMPRE Y CUANDO ESTEMOS- CONVENCIDOS Y RECONOZCAMOS HACIA DON- DE QUEREMOS IR.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL POR HABER- NOS REGALADO A LA FAMILIA POLO LA ALE- GRIA MAS GRANDE QUE AHORA TENEMOS - "DIEGO" ESE NIÑO QUE TIENE UN ANGEL - DEL TAMAÑO DEL MUNDO Y QUE NOS HA UNI- DO COMO FAMILIA. ESPERAMOS QUE PRONTO REGRESEN DE SU VIAJE A E.U. LOS EXTRA- NAMOS.

CONCHA Y SU ESPOSO JUAN: LES AGRADEZCO QUE SIEMPRE SE- HAN INTERESADO POR MI SUPERACION USTE- DES FUERON LOS PRIMEROS QUE ME ORIEN- TARON HACIA ESTE CAMINO, A SEGUIR MIS ESTUDIOS, A TENER UNA CARRERA, ME GUS- TARIA CORRESPONDERLES DE ESTA MANERA- ESPERANDO QUE ESTE PASO QUE DOY SEA - UN ESTIMULO PARA MI SOBRINO JONATHAN, PARA QUE SIGA ESTUDIANDO Y LOGRE TODO LO QUE SE PROPONGA.

FINALMENTE EL AGRADECIMIENTO MAS GRANDE SE LO QUIERO BRINDAR A MI ESPOSO JUAN JOSE ROMERO QUIÑONES, POR COMPARTIR TODOS ESTOS AÑOS - DE AMOR, POR IMPULSARME A TERMINAR MI CARRERA, POR COMPRENDERME Y SER PACIENTE CONMIGO, PERO SOBRE TODO, QUIERO AGRADECERTE INFINITAMENTE EL HABERME AYUDADO A CONSEGUIR EL TRIUNFO MAS GRANDE CON EL QUE PUEDO SONAR, EL SER MADRE, EL LLEVAR DENTRO DE MI ESA PEQUEÑA LUZ Y ESPERANZA POR LA QUE JUNTOS LUCHAREMOS Y SACAREMOS ADELANTE CON TODO NUESTRO AMOR.

A MIS AMIGOS

ALEJANDRA: SOLO QUIERO AGRADECERTE EL QUE HAYAS ESTADO CONMIGO EN TODO MOMENTO, POR ESCUCHARME Y COMPRENDERME, POR BRINDARME LO MEJOR TU AMISTAD, POR HABER ACEPTADO COMPARTIR CONMIGO ESTE TRIUNFO, ESPERO SEGUIR CONTANDO CON TU AMISTAD POR SIEMPRE PORQUE QUIERO QUE SEPAS QUE TU --- ERES, SIN TEMOR A EQUIVOCARME, MI MEJOR AMIGA.

MAGO, LETY, MARTHA T. RAQUEL: QUIERO COMPARTIR CON USTEDES ESTE LOGRO, QUIERO AGRADECER SU - AMISTAD SINCERA QUE ME OTORGARON Y EL HABER SO PORTADO MIS LOCURAS Y NEUROSIS PERO AL FINAL - DE TODO SABEN QUE FORMAN UNA PARTE IMPORTANTE - PARA MI.

QUIERO AGRADECER A TODAS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE SIEMPRE HAN ESTADO CERCA DE MI Y PENDIENTES DE ESTE TRABAJO: A MI SUEGRA DOÑA LUPE Y A DON LUIS POR SU VALIOSA APORTACION Y COMENTARIOS PARA ESTA TESIS.

A LUCY Y MAGO, ESPERO LOGRAR MOTIVARLAS A QUE - SIGAN ADELANTE, A QUE NO SE DEJEN VENCER FACILMENTE, A QUE LE ECHEN MUCHAS GANAS AL ESTUDIO - PORQUE ESTE MUNDO ES PARA LOS QUE ESTAN PREPARADOS.

A LALO Y SANDY, POR BRINDARME SU AMISTAD Y ESTAR INTERESADOS EN ESTE TRABAJO.

GRACIAS:

A ROCIO, MONTALVO, ERNESTO Y VAQUERO.

POR SU TIEMPO, SUS CONSEJOS Y DEDICACION

A ESTE TRABAJO.

EN ESPECIAL A ROCIO YA QUE EN TODO MOMENTO -

MUESTRA UN GRAN AMOR POR SU PROFESION, INCI-

TANDO AL ALUMNO PARA QUE DESCUBRA EN SI, LA

VERDADERA PSICOLOGIA.

ALEJANDRA Y TERESA.

GRACIAS DIOS

ÍNDICE

Introducción	1
(PRIMER APARTADO)	
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	4
1.1 Origen de la Terapia Familiar Sistémica	4
1.2 Pioneros de la Terapia Familiar Sistémica	5
1.3 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica	10
1.3.1 Teoría General de los Sistemas	11
1.3.2 Teoría Del Doble Vínculo	12
1.3.3 Teoría de la Comunicación	14
CAPÍTULO 2. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO ESTRUCTURAL SISTÉMICO	17
2.1 Características del Sistema Familiar	17
2.2 Holones en el Sistema Familiar	18
2.2.1 Holón Individual	19
2.2.2 Holón Conyugal	19
2.2.3 Holón Parental	20
2.2.4 Holón Fraternal	21
2.3 Elementos de la Estructura Familiar	22
CAPÍTULO 3. LA TERAPIA FAMILIAR Y SU INTERVENCIÓN.....	28
3.1 La Terapia Familiar	28
3.2 Características del Terapeuta	30

3.3 El Modelo Cuatridimensional	32
3.4. Técnicas Utilizadas en Terapia Familiar	38
CAPÍTULO 4. EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	48
4.1 Definición del Ciclo Vital	48
4.2 Funciones de la Familia	49
4.3 Etapas del Ciclo Vital	50
4.4 Familias con Determinada Composición	56
CAPÍTULO 5. ALCOHOLISMO	60
5.1 Antecedentes Históricos del Uso del Alcohol	61
5.1.1 Antecedentes en México	62
5.2 Definiciones de Alcoholismo	64
5.3 Etiología	66
5.4 Clasificación	69
5.5 Afectaciones Físicas, Psicológicas y Sociales del Alcoholismo Sobre el Individuo	73
5.6 Tratamiento	76
CAPÍTULO 6. EL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO	83

(SEGUNDO APARTADO)
REPORTE DE INVESTIGACIÓN

Justificación	88
Objetivo	89
Metodología	89

Sujetos	89
Material	90
Escenario	90
Procedimiento	90
Análisis de Resultados	91
Resultados	92
Discusión	101
Conclusiones	106
Bibliografía	109

ANEXOS

Guía de Entrevista	114
--------------------------	-----

RESUMEN

Con base en el enfoque de la Terapia Familiar Sistémica, específicamente en el Modelo Estructural, es que se realizó esta investigación, cuyo objetivo fue analizar la estructura de familias en las que el padre fuese alcohólico y se encontraran en la etapa del ciclo vital correspondiente al núcleo formado por padre, madre e hijos adolescentes. La información fue recabada a través de una entrevista realizada a 50 familias pertenecientes a grupos Alanon y Alateen. Los resultados fueron analizados cuantitativa y cualitativamente, encontrándose que la mayoría de las familias presentan una estructura familiar con patrones de interacción similares, como: padre periférico, la jerarquía mayor recae en la madre, tendencia a presentarse un hijo parental y límites difusos tanto al interior como al exterior del sistema. Cabe mencionar que este reporte de investigación forma parte de una investigación general titulada Análisis Estructural de Familias con el Padre Alcohólico, en Diferentes Etapas del Ciclo Vital.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los problemas de salud mental más importantes en México se encuentra el alcoholismo, ya que durante las últimas décadas su consumo se ha incrementado notablemente, no sólo en la población adulta, sino también en la juvenil, esto se demuestra en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1993), en la encuesta realizada sobre adicciones se encontró que un 65% de la población consume alcohol y la muestra analizada cae en un rango de edad de 12-65 años, pero cada vez se va presentando en edades más tempranas; esto a su vez a causado un alto porcentaje de desintegración familiar, problemas económicos y sociales.

En el ámbito de la Psicología, se encuentran diversas maneras de tratar el alcoholismo, predominando el tratamiento dirigido al alcohólico, de manera individual y no así, a su núcleo familiar, puesto que se concibe el problema como individual, de quien lo presenta. La familia puede apoyar el tratamiento del alcohólico pero no son todos los que reciben ayuda directamente. Es a partir de la década de los años 60 cuando se inician en el campo de la terapia, trabajos dirigidos no solamente al individuo que presenta el problema psicológico, sino también a los demás miembros de su familia, sistema en el que principalmente se desarrolla. Se habla entonces de la Terapia Familiar Sistémica, con base en la cual se considera que los problemas psicológicos nos son individuales sino familiares. Así pues, en cuanto al alcoholismo se da una especial relevancia no sólo al individuo bebedor sino al entorno social con el que interactúa, siendo su sistema familiar el que se incluye en el trabajo terapéutico. Con este tipo de tratamiento, la familia es vista como un sistema con ciertas pautas de interacción, las cuales son establecidas entre sus miembros y si alguno de ellos (como en el caso del alcohólico) se dirige con diferentes pautas llega a alterar todo el sistema familiar.

Por lo mencionado anteriormente, surge el interés de investigar el tema del alcoholismo visto como un problema familiar. Por lo que la presente investigación está enfocada hacia la Terapia Familiar Sistémica.

La presente investigación consta de dos apartados, el primero se refiere al marco teórico en el cual se desarrollan seis capítulos:

En el PRIMER CAPÍTULO se dan a conocer los orígenes y fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica. En los orígenes se describe el surgimiento de la Terapia Familiar a partir de las investigaciones de terapeutas como Ackerman, Bowen, Jackson, Haley, Watzlawick, Satir, Bateson, Whitaker y Minuchin el cual es considerado como el que le dió mayor auge a la Terapia Familiar. Dentro de los fundamentos se presentan tres teorías como son la Teoría General de los Sistemas, Teoría del Doble Vínculo y la Teoría de la Comunicación en las cuales se sustenta el Modelo Estructural Sistémico.

En el SEGUNDO CAPÍTULO se dan a conocer los conceptos básicos del Modelo Estructural Sistémico, se definen conceptos como límites, alianzas, coaliciones, holones, etc.

En el TERCER CAPÍTULO, se expondrá de manera breve la aplicación de la Terapia Familiar, así como las características del terapeuta familiar, y finalmente se mencionarán algunas técnicas que se aplican en la Terapia Familiar como son la escenificación, repetición del mensaje, desequilibración, etc.

En el CUARTO CAPÍTULO se presenta lo que es el ciclo vital de la familia y las etapas en que se divide (elección de la pareja, matrimonio, etc.) y los problemas que dentro de cada etapa se puedan presentar.

En el QUINTO CAPÍTULO se aborda el problema del alcoholismo, mencionando sus antecedentes, la conceptualización del alcoholismo, etiología, clasificación y algunos de los tratamientos más conocidos para la rehabilitación del alcohólico.

Finalmente en el SEXTO CAPÍTULO se presenta el problema del alcoholismo desde el punto de vista Sistémico, dándose a conocer algunas de las

investigaciones en las cuales se han trabajados con familias que tienen un miembro alcohólico.

El segundo apartado se refiere a la investigación propiamente dicha, la cual forma parte de una investigación general. Análisis Estructural de Familias con el Padre Alcohólico, en diferentes etapas del ciclo vital de las mismas; cuyo objetivo es analizar la estructura (patrones de interacción) de familias en las que el padre sea alcohólico en diferentes etapas del ciclo vital de la familia.

Así, el objetivo de la presente investigación es analizar la estructura de familias en las que el padre es alcohólico activo y se encuentren en la etapa del ciclo vital correspondiente al núcleo formado por padre, madre e hijos adolescentes.

(PRIMER APARTADO)
M A R C O T E Ó R I C O

CAPÍTULO 1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

La forma de conceptualizar a los problemas psicológicos, entre los cuales está el alcoholismo, ha venido haciéndose predominantemente de forma lineal e individual, un ejemplo de esto se puede encontrar con base en el psicoanálisis en donde se enfoca el tratamiento hacia los problemas internos del alcohólico, suponiendo que al resolver los problemas internos inconscientes, se resuelve la problemática de consumir alcohol; así mismo el conductismo ve el problema como cadenas de causa-efecto y reconociendo el alcohólico como el que presenta el problema y quien debe recibir atención terapéutica. Sin embargo, existe otra forma de analizar los problemas psicológicos, desde la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica, con base en la cual dichos problemas son gestados y mantenidos principalmente en el ámbito familiar, siendo entonces problemas familiares no individuales con un tratamiento de la misma índole.

Es con base en la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica, que se sustenta la presente investigación, en el Modelo Estructural, de ahí que en los siguientes capítulos se describirán: el origen y fundamentos del enfoque Sistémico y los principios básicos del modelo en cuestión.

1.1. ORIGEN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

La Terapia Familiar Sistémica propiamente dicha apareció en E.U. en la década de los años 60. Investigadores y Terapeutas que no se conocían entre sí, por razones deferentes comenzaron a ver al paciente en el contexto en el que vive con mayor frecuencia, es decir, en su familia.

El movimiento terapéutico familiar se desarrolló dentro de la Psiquiatría, ya que la Teoría Psiquiátrica había crecido mucho, representando esto parte de la secuencia de los acontecimientos posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El Psicoanálisis se había convertido por fin en la más aceptada de las Teorías Psicológicas.

Disponía de postulados teóricos que abarcaban toda la gama de problemas emocionales, ahora bien, el tratamiento psicoanalítico no estaba definido con claridad en lo que respecta a los problemas emocionales.

Después de la Segunda Guerra Mundial se produjeron cambios políticos y económicos y éstos a su vez, originaron que la ciencia y en específico el área clínica, se viera modificada y ampliada en las metas que utilizaba para la sanidad pública, pero como al ser humano no sólo lo conforma lo biológico, el campo de la Psicología también se vio transformado. Es así, como jóvenes psiquiatras empezaron a experimentar en el esfuerzo de extender el tratamiento psicoanalítico a toda la gama de problemas emocionales. Siendo la guerra un marco de stress y desgracia los psicoanalistas se vieron en la necesidad de atender soldados que regresaban de la guerra muy afectados, tanto física como psicológicamente, la mayoría de ellos presentaban problemas de esquizofrenia, los cuales después de ser tratados eran dados de alta satisfactoriamente y reincorporados a su familia, sin embargo, se observó que después de un cierto período el paciente reincidía en su enfermedad, lo que provocó que muchos psiquiatras incorporaran en su tratamiento a familiares de pacientes, encontrando que en la mayoría de los casos el problema principal no era en sí la enfermedad del paciente sino que la familia en el momento que el soldado se iba a la guerra empezaba a organizar su sistema familiar sin contar con el familiar ausente, una vez que éste se incorporaba a la familia, provocaba en el paciente un grado de stress muy fuerte reincidiendo así en la esquizofrenia (Bowen, 1989).

Es así como se empezó a comprender que no sólo el paciente requería de ayuda psicológica, sino también el resto de la familia, originándose con esto los inicios de la Terapia Familiar.

1.2. PIONEROS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

En los primeros días de la Terapia Familiar, formadores dotados reunieron a su alrededor pequeños grupos de estudiantes; a partir de cierto momento, esos

estudiantes se convirtieron en discípulos difusores de la buena nueva constituida por nuevas ideas y técnicas.

Esto se denominó la fase subterránea de la evolución de la terapia familiar. Como en un movimiento político o religiosos clandestino, a menudo esas células crecieron sin tener conciencia de otras semejantes. Pronto se estableció una red en la que se enseñaba de diferentes maneras, pero cuyos miembros no pensaban que estaban creando una formación para una profesión nueva. Durante este período los fundadores como Ackerman, Jackson, Bowen, Satir, Haley y Minuchin comenzaron su trabajo. La enseñanza se realizaba en pequeñas instituciones o talleres y a través de consultas en lugares de formación como las escuelas, trabajo social y los hospitales. Este movimiento se aceleró durante la década de los años 60, cuando el entusiasmo que suscitaban los nuevos descubrimientos se expresó en el campo de la salud mental por medio de una innovación y una creatividad asociados al desarrollo de las terapias sistémicas (Mony, 1988).

Al principio de la década de los 50's, se inicia el trabajo de algunos psicoanalistas con pacientes esquizofrénicos y con las familias de éstos.

Eran trabajos a nivel de investigación con respecto al papel que jugaba la familia en el mantenimiento del problema. Así, investigadores como Lidz y Lidz, (citados en Hernández, Juárez y Ortiz, 1990), encontraron una marcada relación entre esquizofrenia y conflicto marital de los padres del paciente.

Nathan Ackerman trabajó en New York, principal pionero de la Terapia Familiar, fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica. En terapia analizaba los problemas psicológicos considerando el "aquí y ahora", sin hacer caso de la razón que la familia daba para acudir a la sesión. Su táctica consistía en bloquear los comportamientos y secuencias mediante una broma, un movimiento rápido de la mano o cambio de postura o una interpretación de cambios claves no verbales.

Murray Bowen realizó investigaciones en Maryland, California, fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizaron a familias enteras para su observación y tratamiento. Después de trabajar cerca de un año con madres y sus hijos esquizofrénicos, concluyó que la esquizofrenia era señal de una patología más generalizada en toda la familia y optó por mantener a todos los integrantes viviendo en el hospital durante el tratamiento.

Para Bowen, la falta de diferenciación o fusión de los miembros de la familia, fue señal de dificultades en la misma. Por contraste postuló que cuando los miembros individuales mantienen un alto grado de diferenciación, la familia va bien y sus miembros van bien, Sin embargo, no se debe confundir la diferenciación con el apartamiento emocional, que es una defensa contra una fusión demasiado intensa. Estos eran los conceptos que manejaba Bowen para el análisis de familias (Hoffman, 1987).

Estas investigaciones fueron el inicio de una serie de trabajos que se comenzaron a realizar en la década de los años 60 a nivel de Terapia Familiar, marcando un cambio en esto a la explicación circular, ya no lineal, de los problemas psicológicos, éstos empezaban entonces a considerarse como resultado de interacciones entre los miembros del Sistema Familiar, la conducta de todos y cada uno de los miembros del mismo influyen en la de los demás.

Como representantes de este movimiento se encuentran: Jackson, Haley, Watzlawick, Satir, Bateson, Whitaker y Minuchin (citados en Hoffman, *op. cit.* y en Graduño, 1991).

Jackson colaboró en el Instituto de Investigación de Enfermedades Mentales en California, se interesó en un fenómeno hasta entonces indescriptible: las secuencias que recurrentemente cambiaban y sin embargo, se entrelazaban, en

relación con el comportamiento familiar que de alguna manera posibilitaba la aparición de un síntoma en algunos de sus miembros. Señaló que la esquizofrenia era resultado de una relación conflictiva entre la madre dominante y el hijo.

Haley realizó varios estudios con esquizofrénicos concluyendo que es importante analizar el papel que juegan las personas ascendientes y colaterales del paciente. Destaca el papel de madre "esquizofrenógenas" y del padre sumiso, ambos en conflicto, en relación con el hijo esquizofrénico.

Watzlawick se dedicó al estudio minucioso de la comunicación, exploró la influencia de los hemisferios cerebrales en las funciones de las comunicaciones verbales y analógicas.

Virginia Satir en 1963, dirigía un proyecto de Terapia Familiar en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto. Lo sobresaliente de ella era la precisión con que parecía discernir los rasgos de ese elusivo problema que ella llamaba un sistema de familia disfuncional o su interés por exponer las discrepancias en la comunicación, sus insistencia en ayudar a las personas a aceptar las diferenciaciones entre ellas; sus fórmulas por bloquear las secuencias repetitivas que terminan cuando una persona adopta un rol estándar como víctima, mártir, chivo expiatorio y salvador.

Bateson en 1950 realizaba un proyecto "Aprendiendo a Aprender", con el que intentaba clasificar la comunicación por niveles de significado topológico y de aprendizaje con pacientes esquizofrénicos. Estos tenían un tipo de lenguaje tanto metafórico como analógico, por lo que Bateson y colaboradores en sus investigaciones en California, encontraron que dicha comunicación podría ser aprendida en un contexto básico, como es la familia, donde ésta podría moldear tales pautas de comunicación en el esquizofrénico. Así varios psicoterapeutas que observaban a esquizofrénicos en el marco familiar notaron que si el paciente

mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba. Era casi como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma.

Carl Whitaker trabajó en Atlanta, llamado un terapeuta de lo absurdo, se especializó en llevar lo indispensable hasta los bordes de lo imaginable. Su táctica es una especie de broma, de farsa, un caos inducido llamado una retroalimentación positiva, es decir, aumentar la patología hasta que los síntomas se destruyan por sí solos.

Salvador Minuchin dirigió por dos años la Clínica de Orientación Infantil, en New York, en sus obras abarcó conflictos de diversa naturaleza y en distintos sectores sociales. Así Montalvo (1988, citado en Gardiño, *op. cit.*) menciona que Minuchin trabajó en un campo en el que se confunden las consideraciones epistemológicas y las formulaciones sistémicas abstractas de la familia con lo real, aunque su cibernética familiar tiene consistencia. Puede lograr que los triángulos, diángulos y cuadrángulos en la familia cobren vida en formas con las que puede trabajar.

Logra además el arte de exacerbar y ampliar el umbral emocional habitual de la familia en beneficio de ella misma, observándose esto más claramente en su trabajo con familias de diabéticos, asmáticos y anoréxicos. Con diversos grados de habilidad estratégica ordena una situación en la cual, por suerte para la familia, la obstinación familiar se enfrenta con la del terapeuta.

El interés que mueve a Minuchin es "lo que ocurre ahí" por medio de esquemas identificables que distingue a una determinada familia por su forma de resolver los problemas y de poner obstáculos o facilitar un determinado enfoque terapéutico. De este modo, se puede observar, que este terapeuta innovó una forma de aplicar los planteamientos teóricos de los pioneros de Terapia Familiar, el cual

parte de la idea de que el hombre es un ser social y de que familia como contexto es lo que lo afecta.

Es necesario agregar que este enfoque surge en la década de los años 60 y emerge a través de la idea de explicar la conexión entre el individuo y su contexto social familiar.

Habría que reconocer la importante aportación terapéutica de Milton Erickson a quien se le ha conocido como el más importante especialista mundial en hipnosis médica y dedicó su vida al estudio experimental y a la utilización terapéutica de la hipnosis. Dio a la terapia una extraordinaria variedad de técnicas hipnóticas y también aportó a la hipnosis una expansión conceptual que lo hizo trascender los límites de un ritual para convertirla en un estilo especial de comunicación. Su formación como hipnólogo fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación y para motivar a la gente de manera que siga directivas y para incluir en ella mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales (Haley, 1991).

Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido y las ayuda a aplicar eso de otra forma, esto es, facilita la capacidad del individuo de utilizar en forma creativa lo que ya posee y desarrollarlo (Haley, *op. cit.* y Shazer, 1989).

1.3. FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

La Terapia Familiar Sistémica su fundamenta ^① principalmente en la Teoría General de los Sistemas, en la Teoría del Doble Vínculo y la Teoría de la Comunicación. Es objetivo del presente punto describir dichas teorías.

1.3.1. Teoría General de los Sistemas.

Ludwing Von Bertalaffy, biólogo, nació en Viena en 1901, fue quien en la década de los años 30 tuvo la idea de desarrollar la Teoría General de los Sistemas; quien conceptualiza al organismo como un todo integrado por varios elementos de organización y lo denominó sistema, podría ser, un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción.

Con base en esta definición se sustentaron los principios básicos de la Teoría General de los Sistemas que se anuncian en seguida:

- Todo Sistema tiene niveles de organización llamados subsistemas. El sistema es abierto, cuando interactúa con el medio ambiente y es susceptible al cambio, y cerrado cuando el sistema no interactúa con el medio ambiente y permanece estático.
- Cualquier sistema tiene límites espaciales (físicos) y dinámicos (relacionales)
- Todo sistema es capaz de autorregularse mediante los mecanismos de retroalimentación positiva y negativa.
- Todo sistema pertenece a otro sistema llamado suprasistema.
- Todo organismo vivo es un sistema activo y abierto que cambia y crece.
- Lo que interesa del sistema no son los elementos que lo componen, sino la totalidad de interrelaciones que lo mantienen entre sí.
- El cambio en uno de los elementos del sistema, afecta a todo el mismo, y no a algún elemento en particular. El cambio se conforma de acuerdo al conjunto de relaciones complejas de las que esa conducta forma parte, donde es influida y ésta a su vez influye, por lo que se transforma en todo un sistema vivo, que se haya en proceso de circularidad (Garduño, *op. cit.*).

Dicha teoría es retomada por los terapeutas familiares para estudiar a la familia, siendo entonces, que ésta es considerada como un sistema abierto en constante transformación, como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (exigencias que cambian

también con la variación de los requerimientos sociales que se plantean en el curso del tiempo), con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que lo componen.

Este doble proceso, de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación: circuitos y reactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva) (Andolfi, 1990).

La Teoría Sistémica se centra en el funcionamiento de un sistema y sus partes integrantes. La familia es un sistema en el que el cambio en el funcionamiento de un miembro de ella, viene acompañado automáticamente por un cambio compensatorio de otro miembro de la familia (Bowen, *op. cit.*).

1.3.2. Teoría del Doble Vínculo.

En la década de los 50's surge la Teoría del Doble Vínculo con base en estudios realizados con pacientes esquizofrénicos. Bateson desarrolló la Teoría de Doble Vínculo, identificando un tipo de relación entre el paciente y su madre, que aparece como el ingrediente principal para que surja el síntoma. Hay una serie de pasos necesarios para que se de una situación de Doble Vínculo:

- 1) Dos o más personas donde una de ellas funge como la "víctima" y las otras intervienen igualmente.
- 2) Experiencia Repetida. Suponemos que el Doble Vínculo llega a ser un tema recurrente en la experiencia de la víctima. Donde se postula una experiencia repetida hasta tal punto que la estructura del doble vínculo llega a ser una experiencia habitual.

Ahora bien, el Proceso de Doble Vínculo se presenta de la siguiente manera:

- 1) Una orden negativa primaria.
- 2) Una orden negativa secundaria a otro nivel que entra en conflicto con la primera, dado esto por el tono de voz y el modo de hablar.
- 3) Una orden que prohíbe a la víctima escapar del campo.
- 4) Una situación que parece de importancia para sobrevivir por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.
- 5) El conjunto completo de los pasos deja de ser necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo según patrones de doble vínculo. Sólo una parte de una secuencia del doble vínculo será necesaria para desencadenar el pánico o la ira (Bateson y Cols; 1980).

Ejemplo: Una Madre a quien está fastidiando un niño en vez de decirle "vete estoy harta de ti", le dice "veta a la cama estás muy cansado y quiero que duermas". Si el niño acepta esta amorosa preocupación por su apariencia y trata de acercarse más, la madre probablemente se retirará. Si desconfía de tanto amor o reacciona negativamente, es probable que la madre se enfurezca más. Así castigará al niño por discriminar con precisión. Probablemente él quedará demasiado confuso para hacer algún comentario sobre su situación y siendo niño, no se le permitirá retirarse (Bateson, *op. cit.* y Barruecos y Uribe, 1994).

Así, si una persona ha pasado su vida dentro de una relación de doble vínculo como lo que se ha mencionado, su forma de relacionarse con los demás después de un episodio psicótico, se ajustará a un patrón Sistémico. En primer lugar, no compartirá con las personas normales las señales que acompañan a los mensajes para indicar lo que se quiere decir. Su sistema metacomunicativo habrá dejado de funcionar y frente a un mensaje dado será incapaz de determinar qué clase de mensaje se está percibiendo (Bateson y Cols; *op. cit.*).

La teoría del Doble Vínculo ayuda al terapeuta a detectar si algún miembro de la familia presenta esta forma de comunicarse y hacerle consciente de cómo se comunica y lo que llega a ocasionar con ello.

1.3.3. Teoría de la Comunicación.

En la Teoría de la Comunicación, el mensaje se refiere a cualquier unidad comunicacional singular y una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. Se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que alguien lo intente, no puede dejar de comunicar.

Así que actividad o inactividad influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican.

Dentro de los interesados en la comunicación podemos mencionar a: Jackson, 1963, Watzlawick, 1967 y Beavin, 1967 (citados en Eguiluz y González, 1988); a quienes se les debe la subdivisión de este proceso en tres sectores: sintaxis, semántica y pragmática. Los tres ámbitos forman parte de la semiótica, o sea la ciencia que estudia el significado de la comunicación humana, mientras que la sintaxis se ocupa de los signos en cuanto a la comunicación y la semántica de su significado, la pragmática analiza la relación entre los signos lingüísticos y el que los utiliza.

Ante esto, Watzlawick (1986), describe cinco axiomas referentes a la comunicación:

1. Toda conducta es comunicación, como no hay no conductas, es imposible no comunicarse.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (referencial) y un aspecto relacional (conativo), el aspecto conativo clasifica al contenido y ésta es una metacomunicación.

3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
4. Los seres humanos se comunican tanto digital (verbal) como analógicamente (no verbal).

El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5. El hombre se comunica de manera digital; de hecho la mayoría, sino todos, sus logros civilizados resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Ello asume particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de los objetos y la función de continuidad temporal inherente a la transmisión de conocimiento.

Pero también el hombre se comunica de manera analógica que se refiere a la comunicación no verbal, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción.

La comunicación analógica incluye, no sólo los modos del cuerpo (cinética), sino también hace referencia a la gestualidad, la expresión del rostro, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, así como la utilización del espacio tanto personal como interpersonal (Andolfi y Zwerling, 1985).

En el campo de las ciencias del comportamiento existen dos modalidades distintas de lecturas del lenguaje no verbal:

- 1) El Enfoque Psicológico: este enfoque considera a la comunicación no verbal como la expresión de emociones.

- 2) El Enfoque Comunicacional: se encarga del estudio de los comportamientos posturales, el contacto físico, y el movimiento en relación con el contexto social, con la cohesión y la regulación de las reglas en el grupo (Eguiluz y González, *op. cit.*).

Así que, toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional; donde ambos modos de comunicación no sólo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje. Asimismo cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.

- 3) Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

En conjunto estas tres teorías sustentan las bases de la Terapia Familiar Sistémica, las cuales sirven de apoyo para identificar las pautas interaccionales de comunicación que presenta la familia y a partir de éstas, detectar dónde hay conflictos y así iniciar los cambios más pertinentes para la familia.

El motivo esencial de este trabajo es tratar de abordar el alcoholismo como problema familiar, para esto nos basaremos en el Modelo Estructural Sistémico, porque como ya se mencionó, en sus orígenes se consideró una necesidad dar tratamiento, no sólo al paciente identificado, sino involucrar a toda la familia, esto originado por la poca eficacia que daba el tratamiento individual, ya que los pacientes constantemente reincidían en su problema y una vez que se integró a la familia al tratamiento se observaron cambios más notables y satisfactorios, para abordar más a fondo el tema en el siguiente capítulo se presentarán los principios básicos de dicho modelo.

CAPÍTULO 2. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO ESTRUCTURAL SISTÉMICO.

En la década de los años 60 se conformaron varios equipos de investigadores con base en los cuales surgieron algunos modelos de terapia sistémica, entre los cuales se encuentra el Modelo Estructural, se considera que este modelo es el más pertinente para la presente investigación, ya que nos proporciona información sobre el comportamiento del alcohólico en cuanto a los patrones de interacción de él en relación con su núcleo familiar que posibilitan y/o mantienen el problema de ingestión de alcohol y a través de esta investigación decidir cuáles son los puntos en los que se debe centrar el tratamiento. De ahí entonces, que el objetivo del presente capítulo sea el de exponer los principios básicos de dicho modelo.

El MODELO ESTRUCTURAL SISTÉMICO considera a la familia como un sistema abierto en transferencia, es decir, que constantemente recibe y envía información de y desde el medio extra-familiar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta. El principal representante de este Modelo es *Salvador Minuchin*, quien considera a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos y tiene tres componentes: 1) La estructura de una familia es la de un sistema que opera dentro de contextos sociales, o sea de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación; 2) La familia muestra un desarrollo desplazado a través de cierto número de etapas que exige una reestructuración; 3) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin, 1986).

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA FAMILIAR.

La familia forma parte de los sistemas abiertos y como tal presenta las siguientes características:

- Totalidad. Donde el todo es más que la suma de sus partes, es decir, la totalidad de una familia no es la suma de sus miembros solamente, sino también la interacción de ellos, la comunicación.
- Circularidad. En ocasiones en el sistema existen patrones interactivos recurrentes que muchas veces causan problemas. Los cambios en un elemento del sistema afectan a los demás y viceversa. Cuando se altera alguna parte del sistema se van a tener alteraciones en todo el sistema. La conducta de un miembro de la familia afecta a la conducta de los demás miembros y viceversa.
- Homeostasis. Tendencia de todo sistema a mantenerse en equilibrio. La familia tiene periodos en los que no hay cambios que la transformen como sistema.
- Morfogénesis. Tendencia al cambio o desarrollo. La familia tiene periodos en los que tiene cambios que la transforman como sistema.
- Retroalimentación. Comunicación, interacción mediante la cual el sistema familiar puede mantenerse en equilibrio y desarrollo. Existe la retroalimentación positiva que es la tendencia al crecimiento (morfogénesis), y la retroalimentación negativa que es la tendencia al equilibrio (Homeostasis) (Minuchin y Fishman, 1992).

2.2 HOLONES EN EL SISTEMA FAMILIAR.

La familia en este modelo es concebida como un holón y holón significa un todo y a la vez parte de un todo. Este término, en particular para la terapia familiar, es de singular importancia, porque la unidad de intervención es siempre un holón -el individuo, la familia extensa, nuclear, etc.- es un todo y una parte al mismo tiempo y

no es más lo uno que lo otro y ninguna determinación es incompatible con la otra ni hay conflicto entre ellas. El todo y la parte se contienen de manera recíproca en un proceso actual, continuo donde hay comunicación e interacción.

En cada familia se van a encontrar varios holones o subsistemas.

2.2.1. Holon Individual. Incluye el concepto de sí mismo, en contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Pero va más allá hasta abarcar las partes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás, traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto y recíprocamente el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en roles determinados, porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos.

Hay un proceso circular de influjo y refuerzo recíprocos que tienden a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo tanto el individuo como el contexto, son capaces de flexibilidad y de cambio. Es fácil considerar a la familia como una unidad y el individuo como un holón de esa unidad. El individuo puede ser participativo o no dentro de la familia y se debe regir por las reglas de la familia aunque él tenga las propias.

2.2.2. Holon Conyugal: en la Terapia Familiar es útil conceptualizar el comienzo de la familia como el momento en que dos individuos, hombre y mujer, se unen con el propósito de forjarla. Los nuevos compañeros, individualmente, traen un conjunto de valores y de expectativas tanto explícitas como inconscientes que van desde el valor que atribuyen a la independencia en las decisiones, hasta la opinión sobre sí es conveniente o no tomar el desayuno.

Para que la vida en común sea posible es preciso que estos dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo. Cada cónyuge debe resignar una parte

de sus ideas y preferencias, esto es, perder individualidad pero ganando pertenencia.

En este proceso se forma un sistema nuevo, donde una de las más vitales tareas de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas, evitando que se inmiscuyan parientes, los hijos u otras personas.

2.2.3. Holón Parental: las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y la función de socialización. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como las formas más eficaces de comunicar lo que deseen dentro de su propio estilo familiar, según las respuestas de sus progenitores y según que éstas, sean adecuadas o no a la edad del niño. El niño modela sus sentimientos de lo correcto, conoce las conductas recompensadas y las desalentadas, vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones.

El subsistema parental debe modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad se le deben dar más oportunidades para que tome decisiones y se controle a sí mismo. Las familias con hijos adolescentes han de practicar una modalidad de negociación diferente que la familia con hijos pequeños. Los padres con hijos mayores deben concederles más autoridad al tiempo que exigen más responsabilidad. Dentro del sistema parental los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos, de socializarlos, pero también poseen derechos los padres, de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como cambios de domicilio, selección de escuela, implantación de reglas, etc., tienen el derecho y el deber de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia.

2.2.4. Holón Fraternal: Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en el que participa. Dentro de este contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como un chivo emisario, en general, aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar y compartir.

Se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos. En conjunto van tomando diferentes posiciones, este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo, con su individualidad. Estas pautas cobran significado cuando ingresan a grupos de iguales, fuera de la familia, el sistema de los compañeros de escuela, y después el mundo del trabajo.

Como se mencionó anteriormente la familia es un sistema entre otros sistemas por lo que resulta clara la exigencia de que se dirija la atención no a la persona sino a los sistemas relacionales de los que participa, al pasar lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de hecho, de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y entre la familia entendida como unidad y los sistemas que interactúan con ella. Por lo tanto, se puede decir que existe un conflicto familiar cuando hay disfunción en las interacciones entre sus miembros. Y así también existen conflictos individuales que son manifestación de un conflicto familiar. Es así, como "la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales repetidas que establecen pautas acerca de qué manera, cuándo, con quién relacionarse y ellas sirven de apoyo al sistema" (Minuchin, *op. cit.* pag. 86). De manera que tales pautas regulan la conducta de los miembros, son reglas universales que gobiernan la organización familiar. También la estructura debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia, como un sistema, depende de una gama de pautas, la disponibilidad de éstas y la flexibilidad para

movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe ser capaz de responder al cambio interno y externo y por lo tanto, debe ser capaz de transferirse de modo tal que se permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Asimismo, al considera a la familia como un sistema, también otras instituciones son consideradas de igual forma, esto es, suprasistemas (familias extensas, comunidad, iglesia, trabajo, escuela, etc.) los cuales interactúan e influyen en el desarrollo del sistema familiar y en cada uno de sus miembros (Minuchin, *op. cit.*)

2.3. ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

En la familia se pueden identificar los siguientes elementos de la estructura:

*Límites. Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones y el contacto con otros subsistemas.

Existen tres tipos de límites:

- Claros. Son las pautas de interacción de una familia que van a permitir el contacto entre los subsistemas pero sin interferencia entre ellos. Permiten el contacto pero sin que los miembros se involucren demasiado. Son flexibles en el sentido de que las reglas del sistema

cambian conforme se requieren para permitir el desarrollo de todos y cada uno de los miembros de la familia. Estos límites se simbolizan de la siguiente manera:



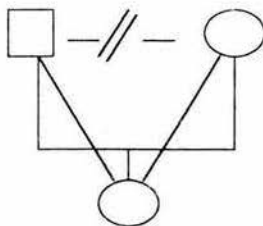
- Difusos. Hay falta de diferenciación entre los subsistemas de la familia, se encuentran excesivamente conectados, hay invasión de los subsistemas, lo que pasa en un subsistema lo conocen los demás. Estos límites se simbolizan de la siguientes manera:



- Rígidos. Estos límites hacen alusión a que hay reglas que no cambian aunque la familia lo exija, hay actividades rutinarias que si no se cumplen se propician problemas. Se simbolizan de la siguiente manera:



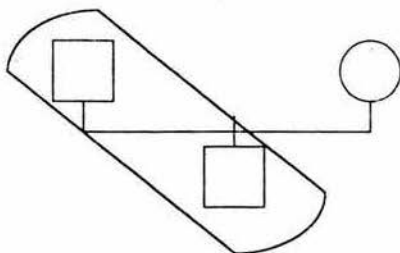
- Triangulación: Se puede dar el caso de triangulación, donde dos miembros de la familia en conflicto usan a un tercero para dañarse. Se simboliza de la siguiente manera:



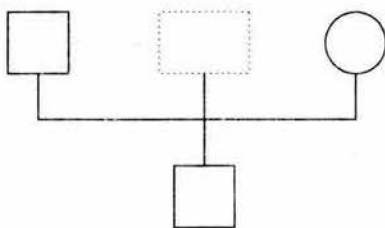
- Coalición. Se refiere a la unión de varios miembros de la familia para molestar a otro.



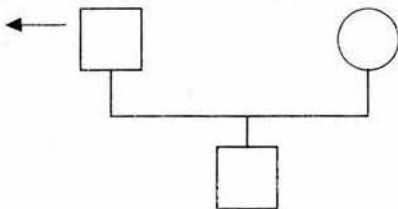
- Alianza. Unión de varios miembros para obtener algún beneficio sin molestar a alguien.



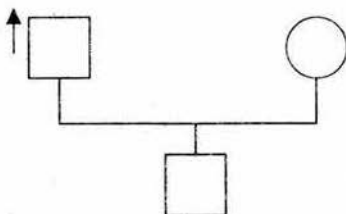
- Hijo parental. Se refiere al hijo que cuando el padre o la madre no están o no cumplen con su función, adquiere la jerarquía parental.



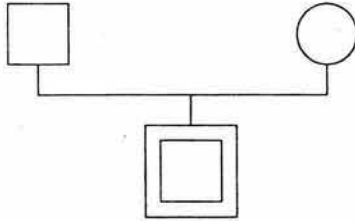
- Periférico. Miembro de la familia que pasa desapercibido y no se toma en cuenta su opinión y se relaciona muy poco con la familia.



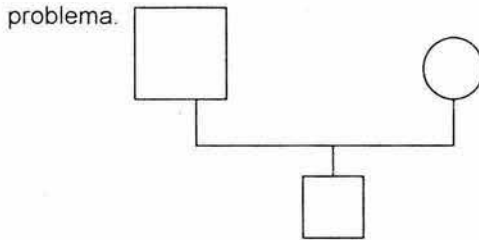
- Jerarquía. Se refiere a la persona que tiene más poder sobre la familia.



- Centralidad. Miembro con base en el cual giran la mayoría de las relaciones familiares, tanto por aspectos positivos como por aspectos negativos.



- Paciente identificado. La persona que es identificada por la familia como la del problema.

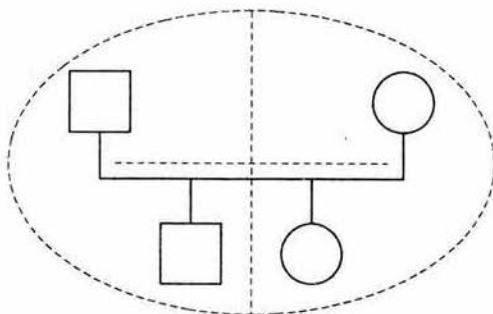


- Geografía. El espacio físico que tiene cada miembro de la familia dentro de la casa.

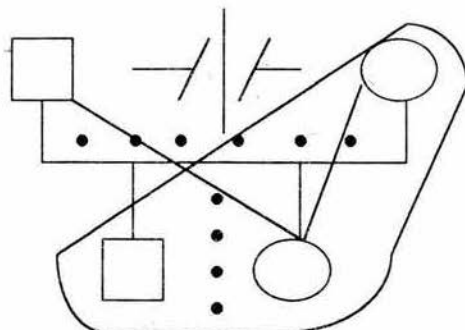
- Estructura familiar. Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. (Minuchin *op. cit.*), define a la familia ideal y a la familia disfuncional de la siguiente forma:

*Familia ideal. Es el tipo de familia en la que se pueden identificar límites claros y flexibles entre subsistemas y al exterior del sistema, la mayor jerarquía recae en el subsistema conyugal, no hay coaliciones ni triangulaciones, así como tampoco existe algún miembro periférico o hijo parental; además, no hay centralidad por aspectos negativos y la centralidad positiva, así como las alianzas son alternadas sin ser

permanentes en un solo miembro de la familia.



*Familia disfuncional. Es el tipo de familia en la que se identifican límites rígidos o difusos al interior y/o exterior del sistema, hay coaliciones, triangulaciones, centralidad negativa, hijo parental, miembro periférico y sobre involucración.



A continuación se presentarán algunas características que se pueden encontrar en el sistema familiar:

- Amalgamiento. Se explica como una afectación producto de una gran variedad de fuerzas o energía emocional difícil de manejar y en cuyo caso, la familia se encuentra débilmente integrada, confundida y conflictiva,

desorientada. Se intensifica la dependencia mutua y la hostilidad entre sus miembros y por ende se agrava el conflicto interno.

- Caóticos. Son aquellos sistemas en donde existen fuertes problemas en el área de control, existen alteraciones en la organización jerárquica, principalmente en la práctica de las funciones ejecutivas.

- Complementariedad. Es una forma de intercambio comunicacional en donde los participantes se encuentran en una situación de desigualdad por que uno de ellos controla la relación, mientras que el otro recibe y acepta esa relación de tal modo que ambas partes se complementan.

- Metacomunicación. Implica hablar de la comunicación misma, responde a preguntas qué, cómo, quién, en qué momento, dónde, etc.

- Simbiosis. Involucramiento emocional disfuncional entre dos o más personas. En un sistema amplio se connotaría como amalgamiento o aglutinamiento.

- Simetría. Forma de comunicarse o comportarse en donde los participantes están en una situación de desigualdad y es de tipo competitivo, se critican, opinan y buscan iniciar la relación (Minuchin, *op. cit.* y Watzlawick *op. cit.*).

Hasta el momento se han dado a conocer los principios básicos que sustentan el Modelo Estructural Sistémico, los cuales son de esencial importancia para el terapeuta familiar ya que contribuyen a la identificación de pautas de interacción inadecuadas del sistema familiar, dando con esto una idea general al terapeuta acerca de la manera en que puede intervenir. Por lo que a continuación se darán a conocer algunas de las diferentes formas de intervención en Terapia Familiar, así como las habilidades que puede desarrollar el terapeuta.

Así como se considera de gran importancia el aspecto teórico de este enfoque, también es importante llevarlo a la práctica de una manera satisfactoria tanto para el terapeuta como para la familia en intervención. Por tal motivo, el objetivo del presente Capítulo es dar a conocer ciertas características que debe tener el terapeuta familiar, así como algunas de las técnicas más utilizadas en Terapia Familiar.

3.1 LA TERAPIA FAMILIAR.

✓ La Terapia Estructural de la familia es una terapia de acción, sus herramientas son para modificar el presente, el pasado influyó en la organización y en el funcionamiento actual de la familia, por lo que se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que la modifiquen.

✓ La TERAPIA FAMILIAR intenta modificar la organización de la familia. Cuando la estructura del grupo familiar se transforma, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo; como resultado se modifican las experiencias de cada individuo (Minuchin, *op. cit.*).

✓ La patología, desde esta aproximación, puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en las relaciones entre ambos. 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 del funcionamiento familiar, que lo ayude a analizar a una familia. La familia se considera como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos y tiene tres componentes. En *primer lugar*, la estructura de una familia es la de un sistema socio-cultural abierto en proceso de transformación. En *segundo lugar*, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. En *tercer lugar*, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de un modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Una familia disfuncional, es un sistema que no ha respondido a los requerimientos de cambios biopsicosociales, en uno o varios de sus miembros, requerimientos externos o internos, estereotipado su funcionamiento. La familia selecciona a una persona como problema (paciente identificado) lo cual constituye un simple método para mantener una estructura familiar inadecuada.

La función del terapeuta familiar es ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar. En TERAPIA FAMILIAR, la transformación o reestructuración del sistema introduce al cambio o a una nueva experiencia del individuo; la transformación no cambia la composición de la familia, el cambio se produce en el modo en que alguno de sus miembros, o todos, se relacionan entre sí (Ramírez y Téllez, 1986).

Cuando una familia busca tratamiento para uno de sus miembros, está afrontando una crisis. El equilibrio en el que se desenvolvía se ha visto trastornado. En estas condiciones la familia puede buscar modos de reforzar el mecanismo del paciente identificado; solicitan una fuerza exterior que apoye la proyección de la responsabilidad sobre uno de sus miembros y que respalde la exigencia de que ese individuo cambie.

Si bien la familia desea que el individuo cambie es necesario recordar que a encontrado un medio para preservar la estabilidad del grupo, aprovechando las dificultades de aquél, de manera que habrán fuertes presiones inconscientes para mantener la perturbación del individuo. Ellas pueden ser lo bastante fuertes como para impedir el proceso terapéutico y perpetuar la conducta que la familia dice que quiere cambiar. La respuesta más simple a una crisis que impulsa a una familia al cambio es reforzar las presiones que operan para mantener la organización presente. Un segundo modo de enfrentar la dificultad es aislar al individuo perturbado, apartarlo del grupo y llevarlo fuera de él, para poder formar un nuevo grupo familiar sin su presencia. Un tercer modo de restablecer el equilibrio del grupo es cambiar la estructura social interna e introducir una nueva conducta en las interacciones del grupo, pero con mucha frecuencia la consecuencia es que la

familia transfiere la posición del paciente identificando a otro de sus miembros de manera tal que la organización total es comparable a la anterior aunque es otro el individuo que se muestra perturbado.

Se puede decir que la efectividad del tratamiento depende de que el terapeuta establezca con cada miembro de la familia una relación en la cual el individuo se siente alentado a expresarse de un modo diferente a su conducta habitual dentro de la familia, y a hacerlo en presencia de la misma. A partir de esta terapia se produce una nueva familia, se conserva lo que es respetado del pasado e incorpora lo nuevo que resulta beneficioso (Ackerman, 1981).

El concepto de TERAPIA FAMILIAR más compartido por profesionales es que toda la familia se reúne con el terapeuta. Los integrantes de la familia aprenden la capacidad de verbalizar y comunicarse pensamientos y sentimientos, mientras el terapeuta permanece con ellos con el objeto de facilitar el proceso, hacer observaciones e interpretaciones (Bowen, 1991).

La TERAPIA FAMILIAR demanda el empleo de sí mismo. El terapeuta no puede observar y sondear desde afuera. Tiene que integrarse en un sistema de personas interdependientes, para ser eficaz como miembro de este sistema, debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema, a tiempo que se utiliza a sí mismo, de la manera más amplia posible.

3.2. CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA.

Una de las características del terapeuta es la espontaneidad cuyo papel es influir sobre la gente y cambiarla, está en el interior del campo que observa y sobre el cual ha de influir. Sus acciones aunque reguladas por las metas de la terapia, son el producto de su vínculo con la familia cliente. En cierto sentido son las limitaciones situacionales, las que conceden la libertad al terapeuta. Su espontaneidad está modelada por el campo justamente porque él depende del campo en que participa.

En consecuencia, puede trabajar confiado sabiendo que en el peor de los casos sus respuestas producirán información útil.

El terapeuta espontáneo debe poseer conocimientos sobre las características de las familias como sistema, el proceso de su transformación y la participación del terapeuta en este proceso. Se trata de constructos teóricos que se aprenden por vía deductiva. Las habilidades específicas de la terapia, por el contrario, se transmiten por vía inductiva en un proceso de aprendizaje. El terapeuta aprende los pequeños movimientos de la terapia y los aplica a un proceso de construcción pieza por pieza en sesiones repetidas, con supervisión (Minuchin y Fishman, *op. Cit.*).

Desde el comienzo, el terapeuta debe tomar cierta posición de liderazgo y como cualquier líder, deberá adaptarse, tendrá su derecho a conducir, seducir, someterse, apoyar, dirigir, sugerir y obedecer a fin de conducir. Ahora bien, el terapeuta formado en la espontaneidad se sentirá como aceptado el paradójico oficio de conducir un sistema del que es miembro. Ha alcanzado cierta destreza en utilizarse como instrumento para el cambio de los modos de interacción.

El terapeuta interviene para determinar los problemas y así ayudar a crear una realidad más funcional para la familia; el clínico debe distinguir cuál es el problema terapéutico específico entre una cantidad casi ilimitada de posibilidades. Además es responsabilidad del terapeuta persuadir a la familia de que acepte la realidad diferente, y presuntamente más funcional, que conduzca a la rápida solución de los problemas. Los instrumentos y las técnicas que se presentan a continuación están diseñadas para ayudar al terapeuta a transformar el sistema familiar lo más rápidamente que sea posible y permitirle a la familia estabilizar una estructura nueva y más funcional (Fishman, 1990).

El terapeuta familiar utiliza instrumentos de evaluación para comprender la índole de la organización y el proceso de la familia, así como sus puntos fuertes y

débiles. Además estos instrumentos deberían ayudar al terapeuta a especificar los objetivos y las estrategias terapéuticas.

3.3. EL MODELO CUATRIDIMENSIONAL.

Se denomina MODELO CUATRIDIMENSIONAL al enfoque de evaluación detallado, éste puede ayudar al terapeuta a evaluar un sistema familiar desde diversas perspectivas. El MODELO ES CUATRIDIMENSIONAL en varios sentidos. En primer lugar, hay cuatro aspectos de evaluación que debe considerar el terapeuta: presiones evolutivas contemporáneas sobre la familia, historia, estructura y proceso. El MODELO CUATRIDIMENSIONAL le brinda al terapeuta una visión amplia del sujeto. Le permite observar un sistema en movimiento desde diferentes perspectivas. También toma en cuenta la posición del terapeuta en el proceso, a medida que sale y entra al sistema, a veces como observador neutral y otras como protagonista comprometido que respalda a un miembro particular de la familia a que súbitamente adquiere conciencia del control familiar. Este acento en el proceso y en el lugar activo que ocupa el terapeuta es lo que constituye a definir la TERAPIA FAMILIAR como una terapia de experiencia, que enfoca primero la representación de la familia de sus patrones disfuncionales y luego, más adelante, otros modos correctivos y más funcionales de interactuar. El MODELO CUATRIDIMENSIONAL puede ayudar al terapeuta a guiar a la familia a través de esta transformación.

Veamos ahora en mayor detalle cada una de las dimensiones del modelo. La primera consiste en las presiones evolutivas contemporáneas que están desestabilizando a la familia. Como todos los sistemas vivos, las familias tienen tendencias a la vez hacia el equilibrio y hacia la evolución. Durante el curso de la vida de una familia, hay presiones evolutivas desestabilizadores que rompen el equilibrio y estimulan a la familia a evolucionar. El terapeuta debe ser capaz de detectar estos puntos de inestabilidad; porque son momentos en los que las reglas estructurales de la familia no se sostienen y las fluctuaciones creadas por las

presiones evolutivas pueden dar lugar a un estado disipante que es formado y mantenido por condiciones de falta de equilibrio que conducen a una nueva estructura.

Los acontecimientos desestabilizadores crean tensiones ante las cuales los sistemas familiares pueden reaccionar de distintos modos. Algunos sistemas responden transformando las reglas bajo las que operan y posibilitando así nuevas conductas más funcionales. En otros sistemas en lugar de cambio de forma, surge un síntoma médico o psicológico.

El factor desestabilizante puede ser positivo o negativo, puede ser predecible o impredecible. Cualquiera que sea la índole del factor desencadenante, cuando surge el síntoma estas familias quedan atascadas y se organizan en torno al síntoma de modo tal que los miembros de la familia no pueden satisfacer las necesidades de su propio desarrollo. Lo importante de esta dimensión radica en que la misma le informa al terapeuta sobre las tareas del desarrollo con las que la familia está luchando. Con este conocimiento, el terapeuta puede diseñar y conducir el tratamiento necesario para ayudar a la familia a lograr sus metas evolutivas.

La *segunda dimensión* del modelo incluye la *historia del sistema*, es decir, los antecedentes individuales o familiares que pueden aportar una información esencial al respecto de las opciones para la terapia. El terapeuta debe procurar comprender la historia del problema presentado, las medidas que ha tomado la familia para tratar de resolverlo y la intervención presente y pasada, de cualquier otro terapeuta.

Se debe tener presente que la historia que relata la familia refleja sólo una realidad parcial, es sólo una versión selectiva compuesta por las preocupaciones actuales. Las familias pasan revistas a sus recuerdos colectivos, evocando y relatando lo que les preocupa en el presente.

La tercera dimensión evolutiva es la estructura. Las consideraciones estructurales que debe hacer el terapeuta se refieren a la organización y demarcación del sistema familiar, incluyendo las relaciones de importancia tanto fuera como dentro de la familia. El terapeuta debe determinar qué constituye, efectivamente, la familia, es decir, la estructura de relaciones importantes que debería incluirse en el tratamiento. El terapeuta tendrá que considerar la relación del sistema familiar definido no sólo con los miembros de la familia extensa sino también con los sistemas externos que afectan a cada miembro de la familia: colegio, organismos sociales, amigos y otros terapeutas.

Otra consideración estructural de importancia para la terapeuta concierne al tema de la proximidad y la distancia entre los miembros del sistema en un momento dado del desarrollo de la familia. El grado de corrección se determina considerando el ciclo vital de la familia y los cambios resultantes que se han producido en la estructura familiar.

Al evaluar a la familia, el terapeuta debe estar consciente de que la estructura es cambiante y ser capaz de efectuar las distinciones acertadas con respecto a la proximidad y la distancia correctas. Por ejemplo, el grado de proximidad entre madre e hijos sólo es correcto o incorrecto según las etapas del desarrollo del niño, la madre adulta y la familia. Una madre y su hijo de tres días de nacido estarán correctamente próximos si son inseparables. Pero si la madre y su hijo de 17 años son igualmente inseparables, es muy probable que exista un problema de proximidad incorrecta.

La estructura, por lo tanto, es una dimensión clave para toda la evaluación terapéutica de un sistema familiar. Su examen puede rebelar al terapeuta no sólo cuál es la unidad terapéutica operante sino también cuál es la interacción apropiada dentro de la unidad de acuerdo con las etapas del desarrollo en que se encuentran los individuos y la familia en su totalidad.

La cuarta dimensión es el proceso. La dimensión del proceso incluye la búsqueda de patrones que deben evaluarse: los que el terapeuta va a operar dentro del sistema y los propios patrones de respuesta del terapeuta. Los primeros consisten en patrones tales como la segregación o la dispersión del conflicto que el terapeuta observa a medida que se pone de manifiesto en la sala de tratamiento. Los segundos incluyen el ámbito más complejo de las respuestas subjetivas del propio terapeuta tanto al intervenir en el sistema como al distanciarse de éste.

En el proceso de interactuar con la familia y desligarse con ella, el terapeuta a la vez influye y es influido. Al evaluar el sistema, debe tener conciencia de los patrones de interacción de los que pasa a formar parte. Además, debe reconocer que, de alguna manera sus reacciones se verán afectadas por su propio contexto profesional y personal.

Los juicios del terapeuta también pueden resultar afectados por su propio contexto familiar: su familia de origen, el sistema familiar contemporáneo, su cónyuge, sus hijos y su familia extensa.

Así, los terapeutas introducen en la sala de tratamiento una serie de factores subjetivos que pueden afectar la evaluación del sistema familiar. Si reconoce, y de ser necesario, combaten las presiones de su propio contexto, teniendo presente esta cuarta dimensión, estarían en mejores condiciones de comprender el sistema y evaluar información que reciben por parte y acerca de las familias.

Identificación del Mantenedor Homeostático. Uno de los instrumentos de evolución más útiles para el terapeuta familiar es, el concepto de Mantenedor Homeostático, es decir, los individuos o fuerzas sociales que están manteniendo un problema dado y que por lo tanto, deben ser incluidos en el tratamiento.

El término Mantenedor Homeostático deriva de la palabra Homeostasis que significa, el mismo estado y que se refiere a un proceso de mantener la igualdad por vía de restituir un sistema a un estado del que periódicamente se aparta. El sistema Homeostático puede resultar una fuerza tanto positiva como negativa. En el caso de una familia en crisis, pueden operar fuerzas que mantienen el mismo estado de un modo perjudicial para el sistema, impidiendo cambiar ante la aparición de presiones del desarrollo. Es esta característica negativa de la homeostasis la que la convierte en un concepto importante para la terapia familiar.

El terapeuta familiar utiliza el concepto de mantenedor homeostático procurando volver ineficaces los modos estereotipados y estables de responder de la familia. El primer paso es descubrir cuál es el mecanismo mantenedor del problema, es decir, la persona o personas que fomentan la homeostasis y luego distinguir una unidad terapéutica que incluya al mantenedor homeostático. El terapeuta debe marcar el campo de las fuerzas con las que tendría que trabajar: padre, madre, abuelos, vecinos, etc. El segundo paso en el proceso de tratamiento es que el terapeuta rompa el sistema y observe quién procura volverlo al mismo estado. Esa persona o fuerza social es el Mantenedor Homeostático.

Identificación de los Patrones de Transacción Claves. Una vez que el terapeuta ha detectado a los individuos o fuerzas que mantienen el problema, el siguiente paso consiste en identificar los patrones que contribuyen a la disfunción en el sistema. El objetivo es ahora utilizar esos patrones para delinear una estrategia de terapia breve: un tratamiento que produzca el cambio más rápido que sea posible.

Hay una serie de patrones claves que el terapeuta debe buscar. Uno de ellos es, sin duda, la evitación del conflicto. Las familias con disfunciones suelen tomar precauciones para esquivar la confrontación y evitar reconocer el conflicto. Otro patrón que pueden encontrar los terapeutas en las familias disfuncionales es la cismogénesis complementaria o simétrica (Bateson, 1972).

El término cismogénesis se refiere a secuencias de interacciones en escala que conducen a un cisma. En una forma complementaria, este patrón puede aparecer como una serie de conductas recíprocamente ajustadas. En la forma simétrica, los individuos actúan de manera concertada. Por ejemplo, se puede producir una discusión acalorada en la que ninguna de las partes puede dar marcha atrás. Cuando este patrón entra en escalada puede llegarse a la violencia por ambas partes.

Hay otros patrones que se pueden observar en ciertas familias, como los psicossomáticos. En estos casos, el terapeuta posiblemente encuentra patrones como la intrincación. Esto es una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares, que da lugar a una indiferenciación insuficiente de las fronteras entre los miembros de la familia y una falta de disfunciones apropiadas en las percepciones que tienen esos miembros uno de otro y de sí mismos.

Otro patrón que suele estar presente en las familias psicossomáticas es la rigidez. Esto se refiere a la incapacidad de las familias para abandonar el mismo estado cuando las circunstancias parecen indicar las necesidades de un cambio. Este tipo de familia se mantiene comprometida en los patrones habituales de interacción y se resiste a cambiar.

La sobreprotección es otro patrón que puede encontrarse en las familias psicossomáticas. Los miembros de la familia se preocupan exageradamente uno por el otro, y esto suele impedirle al adolescente desarrollar su propia competencia y su autonomía. Muchas familias exhiben patrones de interacción de rigidez, y sobre protección muestran también incapacidad para enfrentar directamente el conflicto. Como consecuencia, en dichas familias con frecuencia surge un patrón de dispersión del conflicto. La evitación y la dispersión del conflicto sólo difieren en que el segundo término se utiliza para describir lo que realmente puede suceder durante la

primera sesión de terapia familiar. Cuando se empieza a crecer la tensión entre dos personas, una tercera persona, procura reducir esa tensión. Estos patrones de organización familiar psicossomática muchas veces se observan parcial o totalmente en familias que presentan otros problemas distintos de psicossomáticos. Son estos patrones que pueden ser observados y cambiados en la sala de terapia. Y en cuanto la terapia se dirija a esos patrones fundamentales, el tratamiento podrá avanzar rápidamente. A la inversa, si estos patrones no se modifican en la terapia, el clínico deberá llegar a la conclusión de que ya es tiempo de cambiar de estrategia (Fishman, *op. cit.*)

3.4. TÉCNICAS UTILIZADAS EN TERAPIA FAMILIAR.

A continuación Minuchin y Fishman (*op. cit.*) plantean algunas de las técnicas que eficazmente han contribuido al desarrollo de la TERAPIA FAMILIAR y a la solución de problemas.

Así, el terapeuta entra en posesión de dos diferentes mensajes informativos. Uno es la dinámica de la situación humana; el otro, las operaciones específicas de encuentro terapéutico.

Entre las operaciones en terapia se espera que el terapeuta llegue a reproducir en el consultorio las interacciones familiares, que participe y observe, que logre desequilibrar el sistema apoyando a un miembro de la familia en el espacio psicológico de los demás. En familias que mantienen relaciones demasiado estrechas, crea artificialmente fronteras entre los miembros con cambios de asientos. Las metáforas son concretas, espontáneas y representan impresión digital psicológica. Así, los miembros de cada familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y detalle, la geografía de su territorio. Cada uno tiene noticias de lo que está permitido, de las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como, de la índole y eficacia del sistema de control. Sin embargo, el terapeuta puede hacerse

coparticipe de la familia desde diferentes posiciones de proximidad que a continuación se mencionarán.

- POSICIÓN DE PROXIMIDAD. En esta posición el terapeuta puede entrar en convivencia con miembros de la familia, acaso uniéndose con unos miembros o con otros. Probablemente el instrumento más útil para obtener esa convivencia sea la confirmación. El terapeuta valida la realidad de los holones en que coparticipa. Busca los aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos. También detecta sectores de sufrimiento, de dificultad, o de tensión y da a entender que no pretende evitarlos, pero solo responderá a ellos con delicadeza.

La confirmación puede consistir en una descripción, que no tenga juicio alguno, de una interacción entre los miembros de la familia. Otra forma de confirmar es enunciar un rasgo a todas luces negativo de un miembro de la familia al tiempo que se absuelve a esa persona de toda responsabilidad por esa conducta. Ejemplo: pareces demasiado infantil ¿Cómo hacen tus padres para conservarte tan pequeño?. En estas técnicas, el miembro de la familia se siente reconocido en un campo de problemas sin que lo critiquen o lo hagan sentir culpable, y queda en condiciones de responder al terapeuta como si lo hubieran reafirmado en su persona.

- POSICIÓN INTERMEDIA: En esta posición el terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa.
- POSICIÓN DISTANTE: En este caso el terapeuta se apoya en su posición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza del cambio. El terapeuta percibe las pautas de la interacción familiar, y

entonces plantea otras secuencias de interacción, así promueve la escenificación de movimientos habituales o introducen novedades forzando a los miembros de la familia a escenificar interacciones desacostumbradas.

Estas técnicas sirven para producir cambios, pero son también métodos de coparticipación que aumentan el liderazgo del terapeuta por el hecho mismo de que se lo experimenta como el árbitro de las reglas de la sesión. El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece, y los reorganiza, la realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuentro, donde aparecen, posibilidades nuevas por el hecho de que los miembros de la familia se vivencian a sí mismos y vivencian a los demás de manera diferente.

Hay que recordar que un mensaje terapéutico tiene que ser reconocido por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Los terapeutas tiene que aprender a no quedarse con la verdad de una interpretación, sino avanzar hasta su eficacia.

Una vez que el terapeuta ha observado las interacciones de la familia y ha aprendido sus pautas habituales, la meta es hacer que la familia experimente la modalidad de su interacción; esto será el comienzo de un proceso que llevará al cambio. El problema es cómo hacer para que la familia oiga el mensaje, son diversas las técnicas para hacerse oír.

Entre las técnicas para intensificar el mensaje se encuentran las siguientes:

- REPETICIÓN DEL MENSAJE. El terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia. Es importante para el incremento de la intensidad la

repetición, puede caer, tanto sobre el contenido, como sobre la estructura; Por ejemplo: si el terapeuta insiste en que los padres se pongan de acuerdo sobre la hora en que el hijo debe acostarse, y ellos tienen dificultades para llegar a una decisión, el terapeuta puede repetir que es esencial que los padres se pongan de acuerdo (estructura) sobre determinada hora a que el hijo se deba acostar (contenido).

- REPETICIÓN DE INTERACCIONES ISOMÓRFICAS. Esta técnica incluye mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos a un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a interacciones isomórficas dentro de la estructura familiar.

La estructura familiar se manifiesta en una diversidad de interacciones que responden a un mismo sistema de reglas y que en consecuencia son equivalentes desde el punto de vista dinámico. El cuestionamiento de esas estructuras (morfas) equivalentes (iso) producen intensidad por la repetición de mensajes dentro de un proceso. Estas intervenciones pueden enfocar interacciones que interesan a la terapia y reúnen sucesos en apariencias desconectados en un significado orgánico único, con lo cual se acrecienta la experiencia que los miembros de la familia tienen de la regla familiar.

- MODIFICACIÓN DEL TIEMPO. Una de las técnicas que permiten incrementar la intensidad consistente en que el terapeuta aliente a los miembros de la familia para que continúen interactuando después de que las reglas del sistema indican que ya no deben seguir discutiendo algún punto. Aunque en esta prolongación de la familia interactúan de manera vacilante, el paso de lo habitual a lo no familiar abre la posibilidad de que experimente modos diferentes de interacción. Resultados parecidos se puede alcanzar

si se reduce el tiempo en que las personas suelen participar en una interacción.

- **CAMBIO DE LA DISTANCIA.** Los miembros de la familia elaboran en el curso de su vida el sentimiento de la distancia adecuada que deben mantener entre sí. Esto es válido no sólo para la distancia física medible sino para distancias psicológicas menos visibles. El cambio de la distancia que se mantiene automáticamente puede producir un cambio en el grado de atención del mensaje terapéutico. El terapeuta puede también incrementar la intensidad cambiando la posición recíproca de los miembros de la familia, haciendo que se sienten juntos para poner de relieve la significación de la díada que forman, o separando a uno de los miembros para intensificar su carácter periférico.
- **RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE LA FAMILIA.** En ocasiones, no hacer puede producir intensidad en la terapia. Esto es verdadero sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar desea que haga.
- **ALIANZA CON MIEMBROS.** La coparticipación terapéutica es en esencia una técnica de alianza. El terapeuta confirma a las personas, pone de relieve a su lado fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. En virtud del desempeño y esperanza, promueve la búsqueda y experimentación de alternativas. Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar. Si bien se puede desequilibrar aliándose con un miembro dominante del grupo, en la mayoría de los casos esta técnica se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia.

- IGNORAR A MIEMBROS DE LA FAMILIA. En esta técnica de desequilibramiento el terapeuta actúa de manera diferente a lo que tradicionalmente se observa en terapia, en efecto, demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisible. Los miembros de la familia desconocidos se sienten cuestionados en su derecho más esencial, el de ser reconocidos. Su rebelión contra el terapeuta puede cobrar la forma de un desafío directo, pero más a menudo consistirá en una llamada a cerrar filas con los demás miembros de la familia. Esta última interacción, que realizaba el terapeuta, posibilita un realineamiento de las jerarquías familiares.

Bowen (*op. cit.*), utiliza una técnica que estriba en una estructuración que permite a cada esposo conversar directamente con el terapeuta con una actividad objetiva tranquila. Se trata de hablar sobre el proceso emocional más que comunicarlo. El terapeuta trata de impedir una estructuración que los miembros familiares se hablen directamente entre sí. Incluso cuando el clima emocional es pacífico la comunicación directa puede aumentar la tensión emocional.

El terapeuta indaga sobre pensamientos, ideas y opiniones, evita buscar sentimientos o respuestas subjetivas. Por lo que el episodio de exteriorizar el pensamiento de cada esposo en presencia del otro representa la magia de la terapia familiar.

Una vez que la ansiedad familiar cesa y los esposos son más capaces de reflexionar, las fuerzas de individualidad comienzan a salir a la superficie en uno de ellos. Esto sucede cuando el cónyuge empieza a centrarse más en el rol que desempeña él mismo, en los problemas de la relación, reduce las acusaciones al otro de la propia tensión e infidelidad y acepta la responsabilidad de cambiar.

Fishman (*op. cit.*), menciona algunas técnicas más utilizadas en TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL que se han encontrado más provechosas para transformar sistemas familiares.

- ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES. El establecimiento de límites es la piedra angular de la Terapia Familiar con adolescentes, por ejemplo, la cuestión fundamental es desarrollar una identidad independiente para prepararse a dejar el hogar. Depende del grado de corrección con que la familia haya establecido los límites necesarios. Cuando el terapeuta aborda este aspecto, ya sea para atenuar o para reforzar los límites existentes entre los subsistemas, está trabajando con el proceso interactivo fundamental. La definición, el establecimiento de límites, incluye el proceso por el cual el terapeuta ayuda a controlar la inclusión de los miembros de la familia en subsistemas. El terapeuta suele fomentar la participación de los miembros de un sistema, con otros miembros de la familia, así como el sistema extrafamiliar, o puede también incluir a algunos miembros. Lo podrá hacer aumentando la proximidad y la experimentación entre los miembros del subsistema. El grado de funcionalidad de un límite dado depende de la etapa de desarrollo en que se encuentra el individuo.

- REPRESENTACIÓN. A efectos de la representación, el terapeuta fomentará la creación de libretos interpersonales durante la sesión del tratamiento en la que se presenten las transacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. El uso eficaz de la representación por lo general incluye tres pasos. En el primer paso, el terapeuta observa las transacciones espontáneas de la familia y decide cuáles aspectos disfuncionales va a poner en evidencia. En el segundo paso, organiza los libretos y hace que se represente el proceso disfuncional, perturbando el sistema lo que sea necesario para aumentar la intensidad. En el tercer paso, el terapeuta cuestiona los modos de transacción hasta que emergen patrones

transaccionales más funcionales y comienza el proceso de cambio terapéutico. Para que se produzca la representación, el terapeuta debe asumir una posición descentralizada.

Esta técnica de representación diferencia a la Terapia Familiar de otras terapias. Se centra en la provocación, la evaluación y la mejoría de los patrones interaccionales entre las personas significativas en la vida de un adolescente por ejemplo, que pueden ser observadas en el proceso real de la terapia.

La técnica de representación es una herramienta poderosa que para los terapeutas familiares, les permite observar el problema en plena operación, así como, presenciar el cambio. Esto es particularmente útil en los casos en que hay patrones de violencia. Un principio fundamental de esta terapia es que si el terapeuta no puede ver los cambios, no hay modo de garantizar que los mismos se hayan producido realmente. Las declaraciones de las personas en el sentido de que "se siente mejor" son efímeras; la representación del cambio y el hecho de ver estabilizarse nuevos patrones interaccionales en la familia constituyen un indicio mucho mejor del buen resultado de la terapia.

- **DESEQUILIBRAMIENTO.** Es una técnica en la que el terapeuta cuestiona y cambia la organización familiar, el terapeuta que utiliza esta técnica, en lugar de presentar un punto de vista equilibrado, "severo pero justo", se incorpora al sistema familiar y actúa en apoyo de un sólo individuo o subsistema. Puede aliarse, por ejemplo a un miembro poco jerarquizado en la familia y ayudarlo a que adquiera más poder; o puede formar coaliciones con ciertos miembros de la familia para enfrentar a otro miembro del sistema. El objetivo es cambiar las señales habituales que dirigen la conducta interpersonal dentro de la familia, al haber nuevas señales provocadas por la adhesión del terapeuta, los miembros de la familia pueden actuar

de modos no acostumbrados y sentirse en libertad de explorar ciertas posibilidades desconocidas de funcionamiento personal e interpersonal.

La técnica de la desequilibración puede ser muy eficaz para alterar las alianzas de poder dentro de un sistema. El terapeuta debe tener cuidado de no incurrir en el patrón disfuncional de la familia y convertirse así en una especie de cómplice que refuerza en lugar de transfocar las antiguas conductas.

- REENCUADRE. Esta técnica implica la introducción terapéutica de otras realidades posibles que le brinden a los miembros de la familia un marco distinto en el cual experimentarse a ellos mismo y uno al otro. El terapeuta ofrece una realidad diferente y la terapia evoluciona entonces a partir del choque entre realidades nuevas y viejas. El encuadre de la familia está diseñado a efectos de la continuidad y el mantenimiento de su sistema presente. El encuadre terapéutico está pensado como para llevar a la familia hacia una reformulación de la realidad disfuncional. Con este choque de realidades, por lo tanto, el terapeuta busca producir no sólo un cambio cognitivo sino también la aparición de patrones interaccionales diferentes. Lo fundamental es que haya un cambio en la interacción que conduzca hacia una nueva comprensión y también hacia una experiencia diferente, tanto en la sala de tratamiento como en el hogar.

- BÚSQUEDA DE COMPETENCIA. Otra técnica clave para la terapia es la búsqueda de competencia en todos los miembros de la familia, con el objetivo de aplicar las alternativas existentes y ayudar a los individuos a descubrirse identidades nuevas y más positivas. La finalidad de la búsqueda de competencia, es tanto confirmar al individuo como cuestionar el sistema que está impidiendo el surgimiento de una conducta más positiva y más funcional.

- INTENSIDAD. A efectos de producir un cambio en un sistema familiar el terapeuta debe ser capaz de transmitir su mensaje de manera que éste sea comprendido. Para hacer que la familia "lo oiga" el terapeuta utiliza la intensidad, que es una técnica para regular selectivamente el grado de sensibilidad en la sala a fin de amplificar el mensaje terapéutico. Las variaciones en la intensidad pueden ser muy grandes, desde las comunicaciones simples y de tono menor hasta la crisis intensa. El nivel apropiado dependerá de la predisposición de la familia para responder y del nivel que tenga el umbral homeostático. El terapeuta puede estar seguro de que ha recibido el mensaje únicamente cuando empiezan a manifestarse patrones diferentes.

Estas son algunas de las técnicas tanto de evaluación como terapéuticas que han resultado más útiles para abordar los problemas de las familias.

Como ya hemos mencionado el Enfoque Estructural Sistémico sustenta la presente investigación por lo que se consideró necesario dar a conocer algunas técnicas de intervención en el ambiente terapéutico, donde se puede concluir que estas técnicas en conjunto son de suma importancia, tanto para diagnosticar, como para dar tratamiento, ya que al utilizarlas de manera adecuada, nos permiten conocer el tipo de problemática que existe a fondo y al mismo tiempo, por el hecho de implementar una técnica, la familia vive una situación diferente a la habitual, lo que provoca cambios en su forma de interacción.

De igual manera, es necesario tomar en cuenta la etapa por la cual atraviesa la familia, ya que así como el individuo está en constante proceso de evolución, la familia también presenta dicha evolución a través de diferentes etapas que si no son desarrolladas adecuadamente, cada etapa requerirá de una intervención terapéutica diferente. Por tal motivo en el siguiente Capítulo se darán a conocer las etapas que componen el ciclo vital de la familia, sus características y los problemas que se pueden presentar en dichas etapas.

CAPÍTULO 4. EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

El desarrollo de la familia transcurre a través de una serie de etapas de crecimiento y envejecimiento, en donde puede continuar su camino o bien pretende avanzar a grandes pasos, saltándose etapas o estancándose en otras. Por lo tanto, cuando aparecen los sufrimientos y los síntomas se dice que ese proceso se perturba. Y es así como se percibe que el síntoma se presenta como una señal de que la familia enfrenta diferencias para superar una etapa del ciclo vital, donde hay periodos de crisis y de transición, también de equilibrio y adaptación caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes.

4.1. DEFINICIÓN DEL CICLO VITAL.

Para Erickson (citado en Haley, 1989) el CICLO VITAL es el desarrollo por el cual pasan todas las familias y que requiere de un cambio de estatus y de roles de los miembros según la etapa que se vaya viviendo.

Mientras que para Dixon (1987; citado en Meléndez, 1994), el CICLO VITAL es una secuencia de maduración que cada persona atraviesa y que va desde el nacimiento hasta la muerte. Cada período incluye ciertas tareas psicológicas y de adaptación a condiciones biológicas, el éxito de cada fase depende del alcanzado en cada fase previa.

De manera general podemos decir, que la familia atraviesa por diferentes etapas de desarrollo que demandan una reestructuración de la familia y que llega a adaptarse a los cambios de su medio con el fin de mantener el equilibrio y ayudar al crecimiento psicosocial de los mismos que la integran

4.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Por lo tanto la familia pasa por un ciclo en el que cumple con ciertas funciones. Es así como Ackerman, (*op. cit.*) presenta algunas de las funciones del ciclo vital:

- 1) Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales.
- 2) Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3) Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar.
- 4) El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
- 5) La ejercitación para integrarse en relaciones sociales.
- 6) El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

De igual manera Estrada (1991), menciona que las etapas por las que atraviesa la familia cumplen ciertos objetivos que deben tomarse en cuenta:

- a) Resolver los problemas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.
- b) Aportar los complementos o las necesidades de sus miembros con el objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente, y una separación segura y adecuada para el futuro.

4.3. ETAPAS DEL CICLO VITAL.

Referente al tema de las Etapas del Ciclo Vital, uno de los puntos de vista más aceptados es el de Haley (1989), ya que considera que la familia atraviesa por Siete Etapas diferentes: la Elección de la pareja, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos adolescentes, el destete de los padres, el retiro de la vida activa y la vejez.

ETAPA 1.- ELECCIÓN DE LA PAREJA.

En ella lo habitual es que el hombre elija una pareja para toda la vida y esté constantemente con ella. Donde una diferencia crucial entre el hombre y todos los demás animales es que el primero es el único con parientes políticos. El matrimonio por lo tanto no es meramente la unión de personas, sino la comunicación de dos familias que ejercen influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Muchos dilemas fundamentales de la vida humana aparecen durante el período en que una persona joven pasa de ser un muchacho a ser un miembro de la comunidad adulta. Lo que ocurra en ese momento tal vez ejerza efectos permanentes sobre la ubicación del individuo en la jerarquía social. Existe un período de la vida en que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad y cuando más se demore dicho proceso en un chico, tanto más periférico llegará a ser éste respecto de la red social.

Para Estrada (*op. cit.*), la presente ETAPA se caracteriza básicamente por un desprendimiento que resulta doloroso tanto para el adolescente como para su familia, es decir, durante este período el joven abandona su hogar paterno para de ese modo salir en busca de un compañero. La actitud que muestran los padres en esta fase es la de no permitir que los hijos se liberen de los lazos paternos, no obstante, los jóvenes luchan por ser independientes, autónomos y por tener más

libertades, pero no en todos los casos se logra esto, ya que hay personas que permanecen adheridas para siempre a sus padres, y por lo tanto, les resulta difícil o imposible seleccionar una pareja con la cual compartir su vida. Los principales problemas que se pueden presentar en esta etapa son: que los padres boicoteen el noviazgo por los límites difusos que existen, que no hay desprendimiento de las familias de origen, por otra parte de los miembros de la pareja, se pueden presentar embarazos no deseados, abortos, el escapar del hogar.

ETAPA 2. EL MATRIMONIO.

Para diversos autores la ELECCIÓN DE LA PAREJA se considera como parte del desarrollo del CICLO VITAL del ser humano, sin embargo, para Minuchin (*op. cit.*), el Ciclo Vital de la Familia se inicia con la fase del MATRIMONIO, considerándola como la base esencial.

Hay gran importancia en una ceremonia matrimonial, los rituales que quizás parezcan superfluas a los jóvenes, pueden constituir ritos importantes entre etapas, que ayudan a todos los involucrados a modificar las formas de relación mutua. En la mayoría de las culturas, las ceremonias que rodean el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte son protegidas como algo crucial para la estabilidad de la vida. Para muchas parejas el período de la luna de miel y el tiempo que transcurre antes de que tengan hijos es un período importante. Para otros no lo es, puede producirse una tensión desquiciante capaz de romper el vínculo marital o de generar síntomas en los individuos antes de que el matrimonio se haya puesto realmente en marcha. Cuando la pareja debe convivir, debe elaborar una cantidad de acuerdos necesarios para cualquier par de personas que viven en íntima relación. Deben acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus padres, los aspectos prácticos de la vida en común y las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuos.

Estrada (*op. cit.*), plantea algunos de los problemas que se pueden presentar en esta etapa: el fin de la fantasía, ya que los cónyuges se muestran tal como son, las pautas de interacción similares a las de la familia de origen pueden generar conflicto, llegar a haber problemas en la planeación de los hijos, del tiempo libre y de las relaciones sociales.

ETAPA 3. EL NACIMIENTO DE LOS HIJOS Y EL TRATO CON ELLOS.

Justamente cuando empiezan a resolver los problemas de una etapa, la siguiente han comenzado a proveer nuevas oportunidades. Una pareja joven durante el primer período matrimonial ha elaborado un modelo afectuosos de convivencia y se encuentra con que el nacimiento de un niño plantea otras cuestiones y desestabiliza las antiguas.

Para muchas parejas es éste un delicioso período de expectativas mutuas y de actitud de bienvenida, pero para otras es un lapso penoso que adopta diferentes formas. La esposa puede alterarse en extremo durante el embarazo, padece misteriosos problemas físicos que le impiden llegar a término o comenzar a comportarse de manera perturbada inmediatamente después del parto.

Hay parejas que a veces consideran su matrimonio un ensayo y se encuentran con que la separación es menos posible. Otras parejas que se creían mutuamente comprometidas, se descubren sintiéndose atrapadas con la llegada de un niño y aprenden, por primera vez, la fragilidad de su original contrato matrimonial.

El tipo de juego elaborado por una pareja antes del primer hijo, es un juego íntimo de dos. Han aprendido a tratarse y han encontrado los modos de resolver muchas cuestiones. Con el nacimiento de un niño, están automáticamente en un triángulo, donde es posible que se desarrolle un nuevo tipo de celos, cuando un miembro de la pareja siente que el otro está más apegado al niño. Muchas de las

cuestiones que enfrenta la pareja empiezan a ser tratados a través de hijo, en la medida en que éste se convierte en chivo emisario y en excusa para los nuevos problemas y para los viejos aún no resueltos.

ETAPA 4. MATRIMONIO CON HIJOS PEQUEÑOS.

En esta ETAPA, el cuidado de los hijos pequeños se plantea como un problema especial a las mujeres. El ser madres es algo que ellas anticipan como una forma de autorrealización, pero el cuidado de los hijos puede ser una fuente de frustración personal. Su educación las preparó para el día en que fueran adultas y pudieran emplear sus aptitudes especiales y ahora se encuentran aisladas de la vida adulta y habitando nuevamente un mundo infantil. El marido habitualmente puede participar con adultos en su mundo de trabajo y disfrutar de los niños dando una dimensión adicional a su vida.

La familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia. Toda la familia debe elaborar nuevas pautas: cómo ayudar en las tareas escolares, determinar quién debe hacerlo, las reglas que se establecerán sobre la hora de acostarse, el tiempo para el estudio y el esparcimiento y las actitudes frente a las calificaciones escolares. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan la libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias.

ETAPA 5. MATRIMONIO CON HIJOS ADOLESCENTES.

En la familia tal como lo conocemos hoy, la pareja que ha estado casada durante 10 a 15 años, enfrenta problemas que pueden describirse en términos del individuo, de la pareja o de toda la familia. En esta época, marido y mujer están alcanzando los años medios de sus CICLOS VITALES. Suelen ser uno de los mejores

períodos de la vida. El marido tal vez esté pasando por el éxito laboral y la mujer puede compartir ese éxito porque ambos han trabajado.

Al mismo tiempo, ella está más libre porque los niños plantean menos exigencias, les es posible desarrollar su talento y continuar su propia carrera. Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y se amplía, se han forjado relaciones estables con la familia extensas y con un círculo de amigos. La difícil crianza de niños pequeños han quedado atrás y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar cómo los hijos crecen y se desarrollan en modos sorprendentes.

Pero también con la adolescencia, el grupo de los amigos cobra mucho poder. Es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así, la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor; por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles.

Estrada (*op. cit.*), menciona algunos problemas que se llegan a presentar en esta etapa, como problemas por los novios, por qué los hijos no cumplen con las expectativas de los padres; en esta etapa es donde hay más índice de divorcios. Los síntomas: el maltrato a los hijos, en algunos casos a nivel de pareja, infidelidad, agresión, problemas sexuales, alcoholismo, incompetencia de la mujer para con los hijos; abandono del hogar por los hijos, deserción escolar, rebeldía, esquizofrenia, delincuencia, embarazos no deseados.

ETAPA 6. EL DESTETE DE LOS PADRES.

Parece que toda la familia entra en un período de crisis cuando los hijos comienzan a irse y las consecuencias son variadas. Frecuentemente el matrimonio entra en un estado de turbulencia, que cede progresivamente a medida que los hijos se van y los padres elaboran una nueva relación como pareja; logran desvanecer sus conflictos y se los arreglan para permitir que los hijos tengan sus propias parejas y carreras, haciendo la transmisión a la condición de abuelos. En las familias donde sólo hay un progenitor, la pérdida de un hijo puede sentirse como el comienzo de una vejez solitaria, pero es necesario sobrevivir a la pérdida y encontrar nuevos intereses. Una dificultad marital que puede emerger es cuando los padres se encuentran sin nada que decirles ni compartir. Durante años han conversado tan sólo de los hijos, a veces la pareja empieza a disputar en torno de la mismas cuestiones, por lo que disputaban antes de que llegaran los hijos, puesto que estas cuestiones no se resolvieron sino simplemente se dejaron a un lado con la llegada de los hijos y ahora resurgen.

Con frecuencia el conflicto lleva a la separación o al divorcio. Ante esto, Estrada (*Op. Cit.*), menciona que los síntomas de ésta etapa son; menopausia, en las mujeres y andropausia en los hombres, se presentan neurosis y depresiones por la soledad; empieza a psicosomatizar y hay un miedo a la muerte.

Es preciso reordenar el papel del esposo y compañero con el fin de contar con un apoyo incondicional ante las dificultades que produce la edad misma; la pareja debe prepararse para la soledad y para manejar adecuadamente los sentimientos de culpa que aparecen con frecuencia por los errores cometidos en el pasado, especialmente con los hijos y por los deseos de la propia muerte.

ETAPA 7. EL RETIRO DE LA VIDA ACTIVA Y LA VEJEZ.

Cuando la pareja logra liberar a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suelen llegar a un periodo de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación del marido. Algunas veces, sin embargo, el retiro de éste de la vida activa puede complicar su problema, pues se hallan frente a frente las 24 horas del día. No es raro que en esta época una esposa desarrolle algún síntoma incapacitante. Aunque los problemas afectivos individuales de la gente mayor pueden tener causas diversas, una primera posibilidad es la protección de alguna otra persona. En esta etapa la familia en ocasiones debe enfrentar el problema de cuidar de la persona mayor o enviarla a un hogar de ancianos donde otros cuiden de ella.

4.4. FAMILIAS CON DETERMINADA COMPOSICIÓN.

Hasta el momento hemos dado a conocer las ETAPAS por las que atraviesa la familia, que es determinante para llegar a un diagnóstico en un problema familiar, ya que cada familia, presenta una estructura especial con límites y jerarquías diferentes, es por ello que responden al cambio y a su desarrollo de manera diferente a otras familias.

Por lo anterior Minuchin y Fishman (*op. cit.*), dividen en nueve categorías a las familias según su composición:

1. FAMILIAS DE POS DE DEUX. Se caracterizan por tener sólo dos miembros que inconscientemente presentan una dependencia recíproca, ejemplo de éstas son las familias formadas por un solo progenitor y un hijo o las familias que presentan un nido vacío. En estas familias es tarea del terapeuta deslindar los límites de la diada, con el fin de no autoconsiderarse un área aislada de

la familia. Este tipo de familia se conoce comúnmente como familia de un solo progenitor.

2. FAMILIAS DE TRES GENERACIONES. Estas familias las representan las familias extensas. Minuchin y Fishman (*op. cit.*), mencionan que continuamente los terapeutas tienden a diseñar el tratamiento que busque la separación sin detenerse a observar que probablemente esta situación sea funcional para la familia en cuestión. Para estos autores lo ideal sería trabajar mediante la cooperación, de tal forma que se dé una diferenciación de las funciones. En México podemos encontrar un gran número de estas familias, conocidas también como extensas, en donde viven los abuelos, los hijos y los nietos; sin embargo, hay ocasiones en que hasta los tíos ocupan un lugar dentro de la estructura de la casa.

3. FAMILIAS CON SOPORTE. En lugares como la provincia es común encontrar familias extensas, ya que los miembros de esta contribuyen tanto en las labores del hogar como en las del campo. En estas familias no solamente el padre trabaja para mantener a la familia, generalmente se ve auxiliado por algunos de los hijos. Por lo que el delegar autoridad por parte de los padres a uno o varios hijos mayores es muy notorio. No es fácil que dos personas se encarguen del cuidado de varias personas que requieren en su mayoría de iguales cuidados pero a la vez de cuidados especiales hacia cada uno de ellos. Por ello, resulta necesario que alguien más ayude en la crianza de los hijos, lo cual funciona mientras la responsabilidad del niño esté bien definida; de tal forma que no sobrepasen su capacidad y nivel de madurez. Ante todo esto, la situación a la que se le enfrenta el hijo parental lo excluye del holón de hermanos y de alguna forma pertenece al holón parental, lo que le proporciona cierto acceso a la toma de decisiones; sin embargo no todo es privilegio dentro de esta situación, ya que en algunos casos los

responsables asignados son superiores a su capacidad o no se les atribuye la autoridad pertinente para resolver sus problemas.

Es por ello que ante lo citado anteriormente, el hijo se encuentra fuera de ambos subsistemas, delegando el rol de hermanos por considerarlo superior e inferior ante los padres.

4. **FAMILIA ACORDEÓN.** Existen algunas familias en las que alguno de los progenitores vive alejado del resto de los miembros del sistema familiar. Es en estas familias en las que el otro progenitor toma la responsabilidad que el primero ha dejado; en la mayoría de estos casos es posible el surgimiento de una familia de un solo progenitor. Generalmente, se observa esto en las familias de personas que se han ido a trabajar a las grandes ciudades en busca de mejorar su condición, pero dejan en su lugar de origen a su esposa e hijos. Es así, que la esposa pasa a ser el único apoyo moral y en ocasiones de abandono el apoyo económico.
5. **FAMILIAS CAMBIANTES.** Algunas familias por situación económica o emocional tienden a cambiar constantemente de residencia o de pareja. Todo esto tiende a desestabilizar a la familia ya que un cambio de residencia implica tener nuevas amistades y habituarse a un nuevo medio social. En cuanto a la modificación de la estructura debido a cambios emocionales, en la mayoría de los casos se da por el cambio de pareja.
6. **FAMILIAS HUÉSPED.** La familia tiene la característica de tener un niño huésped temporalmente, ante ello, se recomienda que la familia no deba establecer vínculos afectivos fuertes, ya llegará el día en que el niño tenga que regresar a su familia de origen.

7. FAMILIAS CON PADRASTRO O MADRASTRA. Ante el ingreso de un padre adoptivo la estructura familiar puede adoptar dentro de sí al padre, es posible que los hijos aumenten sus demandas al padre natural, éstos habrán que adaptarse tanto al padre natural como al nuevo.
8. FAMILIAS DESCONTROLADAS. Las familias constantemente presentan probabilidad de control que implican áreas de organización, jerarquía, la proximidad entre sus miembros, etc. En estas familias, el tipo de problema dependerá del estadio en que se encuentran sus miembros.
9. FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS. En estas familias el tener un miembro enfermo es considerado como un mal necesario ya que ante la existencia de un enfermo parece que funciona mejor la familia. El enfermo psicosomático es consecuencia de los cuidados excesivos que ejerce la familia, lo sobreproteje, la excesiva unión entre dos miembros. Aparentemente son familias sanas porque su relación con los demás es buena, es decir, serían el tipo de familia ideal.
10. FAMILIA CON UN FANTASMA. Se ha observado que cuando la familia atraviesa por una muerte o alguna separación definitiva de alguno de sus miembros cabe la posibilidad de que surjan problemas en la reasignación de las tareas. Estos problemas se deben en la mayoría de los casos a los lazos de lealtad que existían entre alguno de los miembros de la familia y el ausente; así, en estos casos, la familia pasa por un período de transición.

Como se ha podido observar es importante para el terapeuta conocer la composición y la fase por la que atraviesa la familia, ya que así puede enfocar la terapia hacia el problema específico que presenta la familia. Pero como el interés principal de esta investigación es analizar a las familias con el padre del alcoholico e hijos en la etapa de la adolescencia, se considera necesario dar a conocer un panorama general del problema del alcoholismo que se presentará en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 5. ALCOHOLISMO.

El alcoholismo es un fenómeno que atañe no sólo a aquellos involucrados profesionalmente con la salud pública, sino también a diferentes sectores de la población, debido a las consecuencias que esta situación tiene en el ambiente familiar y social.

En el mundo occidental el alcohol ha llegado a ser factor social debido a que se encuentra en todas partes, en todos los países, al alcance de todos los individuos, independientemente de su estrato social, económico, intelectual y de la edad que tenga en cada caso (Gali, 1975).

Desde épocas muy remotas ha existido una gran variedad de costumbres en cuanto a la ingestión de alcohol, algunas relacionadas con prácticas religiosas, otras basadas en creencias de capacidades medicinales. En ocasiones la ingestión de alcohol es requisito de acontecimientos sociales importantes, etc.

Cualquiera que fueran las motivaciones del consumo de alcohol, sus consecuencias serán por lo general: conflictos familiares, sociales, económicos, laborales, etc. Además de que no sólo afecta a la población adulta sino que en los últimos años se ha dado un incremento importante en su uso dentro de la población juvenil (Flores, J. 1992).

Es así como las adicciones, según la opinión de muchos expertos, se encuentran entre los diez problemas de salud mental más importantes en México, el alcoholismo ocupa el segundo lugar, por lo tanto, se trata de un problema contemporáneo prioritario de salud pública (Souza y Machorro, 1984).

Por este motivo, es importante investigar el tema del alcoholismo, ya que como hemos visto, se vincula con aspectos sociales, familiares, laborales, económicos, así como de salud.

En este Capítulo se presenta un panorama general en cuanto a antecedentes históricos del uso del alcohol, definiciones de alcoholismo, de su etiología, clasificación, afectación física, biológica y social y de sus más frecuentes tratamientos.

5.1. Antecedentes Históricos de Uso de Alcohol.

El uso del alcohol es muy antiguo, de acuerdo a las investigaciones, se afirma que se remonta a la edad de piedra, sin embargo, datos fidedignos lo ubican en Antolia hacia el año 6400 a.C. Se han encontrado evidencias de que el proceso de fermentación en comunidades egipcias se lleva a cabo en el año 2400 a.C. (Gibbons, 1992; citado en López y Torres, 1994).

Velasco (1990), señala que probablemente el producto vegetal más antiguo utilizado en la fermentación fue la miel, así como el aguamiel de algunas plantas con las que se realizaron algunos destilados. Los árabes tienen el crédito de la destilación debido al origen de la palabra al-kohol, misma que designaba un gran fin de antimonio empleado como delineador de ojos y después se usó para nombrar alguna esencia exótica.

Simultáneamente, en distintas culturas se observaron ya las primeras restricciones en cuanto al uso exagerado de este producto vegetal, por ejemplo, el Código de Hammurabi escrito entre 1800 a. C y 1760 a.C. Asimismo, en China durante la dinastía Shang-Yin, se promulgaron varios decretos a fin de limitar el consumo.

Los filósofos griegos manifestaron reflexiones sobre las dificultades que acarrea la ingesta exagerada de alcohol (Gibbons, 1992; citado en López y Torres, *op. cit.*).

En ese mismo plano, el viejo testamento advertía sobre este hecho, si embargo, los rabinos empleaban el vino en sus ceremonias y rituales, santificando el sabbath y bendiciendo las pasivas.

La llegada de Cristo marca el inicio de la historia. Como se sabe, Él transformaba el agua en vino, con lo que le daba un realce lícito a su consumo; por ello, la iglesia rescató la vid del descuido de las épocas oscuras y elevó la fermentación de la uva a un arte ampliamente reconocido.

Hasta donde se sabe, el alcohol se destiló por primera vez durante la Edad Media, en la Escuela de Medicina de Salerno, Italia. Al considerarlo como medicamento, el vino se hervía y los vapores, una vez condensados, se utilizaban para producir una poderosa droga. Un médico español dio al incipiente brandy el nombre de aguavita, el agua de la vida (Gibbons, *op. cit.*).

Berruecos (1978; citado en López y Torres, *op. cit.*), menciona que Lutero y Calvino pidieron moderación en el uso del alcohol, y en 1700, los franciscanos plantaron los viñedos de California. En esta misma época Alexander Hamilton, en su condición de Secretario del Tesoro, decretó impuestos a la bebida, lo cual provocó grandes protestas conocidas como "Whisky Rebellion".

5.1.1. Antecedentes en México.

En México, el consumo de alcohol se sitúa en las grandes culturas prehispánicas, donde la religión jugó un papel muy importante en la transmisión de las tradiciones y las prácticas comunitarias, de tal forma que se veneraba a los

dioses lunares y terrestres de la abundancia, los Centzon Totochtin y la Diosa del maguey Mayahuel.

Al respecto, los estudios de Bustamante y Calderón reportaban datos interesantes. Fray Bartolomé de las Casas y otros misioneros hablaban de la ingestión excesiva de pulque; y Sahagún y los Códices Mendocino y Florentino reconocen la trascendencia mítico-religiosa de esta bebida en la antigua mesoamérica.

Fernando de alba Ixtlixóchitl, narra la historia del descubrimiento del pulque: "habiendo heredado Tecpancaltzin el señorío de los Toltecas, a los diez años de su reinado, fue a su palacio una doncella llamada Xóchitl acompañada de su padre a enseñarle la miel de maguey que había descubierto. Prendóse el rey de la doncella... Acabó por seducirla, ocultándole en una fortaleza que había en el cerro de Palpan, donde tuvo un hijo a quien pusieron Meconétzin que quiere decir hijo del maguey, en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año 'Ce Acátl' " (Velasco, *op. cit.* pag. 49).

Barruecos (*op.cit.*) señala que durante la Colonia y algunos años del México independiente se dio a conocer una serie de bandos, edictos y leyes, donde se impuso el control más estricto para la fabricación y venta de bebidas alcohólicas.

En el análisis histórico realizado se logró constatar un vacío documental en cuanto al periodo que abarca desde la conquista hasta fechas posteriores al movimiento revolucionario, es así como la información que se obtuvo se refiere a la situación del alcoholismo en nuestro país a partir de 1925.

En el año 1925, Emilio Portes Gil, siendo gobernador de Tamaulipas, instituyó en su estado una campaña contra el alcoholismo y en mayo de 1929, en su papel de Presidente de la República, fundó el Comité Nacional Contra el Alcoholismo.

Posteriormente en 1973 el Lic. Luis Echeverría, Presidente en turno de la República Mexicana, decretó la apertura del Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia en el país. A partir de esa fecha surgieron diversas instituciones gubernamentales y privadas que se interesaron por el análisis de este problema. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), afirma que los problemas relacionados con el abuso del alcohol, está entre los más importantes problemas de salud en México y en el mundo (Secretaría de Salud, 1992; citado en López y Torres, *op. cit.*)

Como ya vimos, el alcoholismo ha estado presente desde muchos siglos atrás en la vida del hombre, y no es hasta décadas más recientes que se le empieza a dar importancia a las consecuencias que este problema puede ocasionar en la vida familiar. Tan reciente es el interés por el alcoholismo, que han surgido diversas definiciones del mismo concepto, a continuación se mencionarán algunas de ellas.

5.2. DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO.

La Organización Mundial de la Salud (1950, citado en Pittman, 1984), determinó que los alcohólicos son aquellos individuos que beben en exceso de manera que ello les provoca interferencia en su salud física, en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y en el aspecto económico.

Para Steiner (1976), el alcoholismo no es una enfermedad incurable, ya que considera que un individuo que fue alcohólico puede volver a la bebida social sin volver a ser alcohólico.

Así también, la Asociación Médica Americana ha catalogado al alcoholismo como una enfermedad que puede ser controlada pero no curada. Uno de los síntomas es un incontrolable deseo de beber. El alcoholismo es una enfermedad

progresiva y mientras el alcohólico siga bebiendo, su impulso de beber seguirá en aumento (Alateen, 1977).

Por su parte Edwards (1983; citado en Fuentenebro y Vázquez, 1990), habla del abuso del alcohol (patrón psicológico del uso del alcohol, deterioro de las actividades laboral y social y duración de la alteración de un mes como mínimo), y de dependencia al alcohol (condiciones anteriores y además tolerancia y síndrome de abstinencia).

Para Alcohólicos Anónimos, el alcoholismo es una enfermedad incurable que se esconde en las profundidades de la personalidad esperando reaparecer con toda su fuerza ante el consumo de una sola copa; las personas que creen en este enfoque, piensan que quien fue alcohólico, será siempre alcohólico y en esta agrupación los alcohólicos recuperados se consideran alcohólicos sin que importe cuanto tiempo hayan dejado de beber, (Al-anon, 1988).

Carnwath y Miller (1989), mencionan que el alcohólico es aquel individuo que presenta dependencia física y psicológica al alcohol, tiene problemas de salud a causa de su ingestión y además se ven afectados otros aspectos de su vida, tales como el familiar y el laboral.

Fernández (1988) y Graffith (1990), coinciden en que el alcoholismo es una enfermedad crónica, un trastorno de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que excede lo socialmente aceptado e interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo.

Revisando a los autores antes citados, nos podemos dar cuenta de que cada uno define al alcoholismo desde un punto de vista diferente, ya que mientras unos aceptan que es una enfermedad, otros lo niegan, por lo que no existe una definición

que conceptualice al alcoholismo desde todos sus aspectos y mucho menos la existencia de un acuerdo general, sin embargo, es posible retomar de las definiciones anteriores lo esencial y concluir que una persona alcohólica es la que presenta una excesiva ingestión de alcohol y frecuentemente ve afectado su desempeño en áreas tales como la laboral, familiar, económica, social, así como de salud.

5.3. ETIOLOGÍA.

Cabe mencionar que no existe una sola causa del alcoholismo, sino una diversidad de ellas, que para fines descriptivos se presentarán agrupadas en las de TIPO BIOLÓGICO, de TIPO SOCIAL y de TIPO PSICOLÓGICO.

- BIOLÓGICO:

Se asocia el consumo del alcohol con la carencia de uno o más de los elementos nutricionales básicos (vitaminas) en el organismo, situación que puede superarse por la continua ingestión del alcohol, (Mardanes, 1951 y Williams, 1959; citados en Yates, 1987).

Por su parte Randolp (citado en Guerras, 1981), probó que el problema del alcoholismo para algunas personas forma parte de un hábito, ya que el individuo al ingerir alcohol manifiesta un bienestar digestivo por lo que al ingerir cualquier alimento, requiere del consumo del alcohol para producir ese bienestar.

Souza y Machorro (*op.cit*), consideran la herencia como causa del alcoholismo, es decir, que los hijos de padres alcohólicos presentan una predisposición genética al consumo de alcohol.

- SOCIAL:

Bales (1946; citado en Velasco, 1981), propone una teoría en la cual algunos individuos alcohólicos no se sienten integrados en su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos, tal situación favorece la compulsión de ingerir bebidas alcohólicas.

Otros factores sociales son los económicos y los controles de carácter formal e informal. Entre los controles económicos se encuentra el precio del alcohol, entre los controles formales está la licencia para la venta del producto; conforme se extiende la disponibilidad del alcohol en restaurantes, cafés y tiendas, se incrementa su consumo social.

Los controles informales son reglas y costumbres morales que en una sociedad determinan que un individuo puede beber, en qué circunstancias, a qué hora del día y en qué medida, (Souza y Machorro, *op. cit.*).

Así, García D. (1979), describe que el individuo de cultura deficiente, es presa fácil de cualquier propaganda o de cualquier razonamiento para ingresar en el club de bebedores. Es aquel que ingiere alcohol por todo, por calentarse si tiene frío, por ponerse alegre si está triste, para mitigar el hambre, para celebrar un triunfo deportivo, etc., la cuestión es beber por cualquier motivo.

- PSICOLÓGICO:

Velasco (*op.cit.*), asocia el consumo excesivo de alcohol con enfermedades mentales como la esquizofrenia, ya que se cree que dichas enfermedades pueden considerarse como un principal antecedente para que el sujeto consuma alcohol, debido a que los estados patológicos de esta índole frecuentemente generan intensa angustia y depresión, lo que puede favorecer el abuso en el consumo de alcohol.

Souza y Machorro (*op. cit.*), consideran que el alcoholismo se asocia con factores de aprendizaje y de personalidad, en el primer caso, se ha encontrado que los niños tienden a imitar la conducta de parientes bebedores, particularmente de los padres; en el segundo caso, se encontraron que el problema de alcoholismo se asocia a una ansiedad crónica, un sentimiento de inferioridad y a la tendencia de autocompasión en el paciente alcohólico, este factor es importante debido a que incrementa la vulnerabilidad del sujeto hacia otros factores causales que al involucrarse, producen como resultado la dependencia alcohólica.

Los miembros de Alateen (1981), suponen tres factores psicológicos que inducen al individuo al alcoholismo, como es la adicción, obsesión y compulsión.

El alcohólico bebe porque piensa que debe hacerlo, utiliza el alcohol como una muleta o escape. Está dolido emocionalmente y recurre al alcohol para evitar ese dolor, pero a la larga depende tanto del alcohol, que está convencido de que no puede vivir sin él, esto se llama **obsesión**.

Algunos alcohólicos cuando tratan de dejar de beber sufren síntomas tan angustiantes que recurren nuevamente a la bebida porque sienten que es la única manera de aplacar la agonía, esto se llama **adicción**.

A muchos de los alcohólicos les gustaría ser bebedores sociales, emplean mucho su tiempo y esfuerzo, tratando de controlarse para tratar de beber como otras personas. Beben los fines de semana solamente, o se limitan a beber cierta clase de bebidas pero nunca pueden estar seguros de poder parar cuando lo desean. Terminan por emborracharse aún cuando se habían propuesto no hacerlo, esto se llama **compulsión**.

Todas estas causas en conjunto contribuyen al desarrollo del alcoholismo en el individuo, sin embargo, el alcoholismo no se presenta ni se manifiesta en el mismo grado de dependencia.

5.4. CLASIFICACIÓN.

Jellineck (citado en Madden, 1986 y Graffith *op. cit.*), plantea una clasificación y distingue cuatro fases de alcoholismo:

- Alcoholismo Alfa: consumo excesivo de bebidas alcohólicas, por razones meramente psicológicas sin que haya prueba de que los tejidos se adaptan al alcohol.

- Alcoholismo Beta: consumo excesivo de bebidas alcohólicas que provocan daño en los tejidos, pero aún no hay dependencia al alcohol.

- Alcoholismo Gama: consiste en beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden durar hasta días, semanas o meses. Existe dependencia física que se manifiesta por los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se deja de ingerir la dosis de alcohol habitual. Entre borrachera y borrachera, el alcohólico gama se abstiene de tomar o bien lo hace de modo muy moderado. Se dice que este estado provoca pérdida del control, en el sentido de que cuando el sujeto toma alcohol a veces evoca añoranza y deseo de beber más y la ingestión puede continuar hasta la intoxicación.

- Alcoholismo Delta: consumo excesivo de bebidas alcohólicas en donde también hay pruebas de existencia de tolerancia y síntomas de abstinencia, pero hay un nivel más estable en el consumo de alcohol. En lugar de que el

paciente pierda el control de sí mismo, experimenta lo que se conoce como imposibilidad de abstenerse.

- Alcoholismo Epsilon: se trata de lo que en antaño se conocía como dipsomanía, caracterizada por un patrón de fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas entre períodos largos de abstinencia total.

Krupp (1980), también presenta una clasificación de alcoholismo:

- Alcoholismo Agudo: donde el paciente sufre una intoxicación y existe un trastorno mental temporal, puede llegar a la muerte por hemorragias o accidentes cerebrovasculares, uremia o coma metabólico.
- Alcoholismo Crónico: aquí el paciente puede llegar al deterioro de la personalidad, a la psicosis de Korsakoff, de la alusinosis aguda al *delirium tremens*, a la encefalopatía y el coma, resultado de la ingestión prolongada de cantidades tóxicas. Son aquellos grupos de pacientes que tienen una serie de trastornos físicos y psicológicos que resultan de la ingestión excesiva de alcohol. Los pacientes que padecen tal síndrome tienen tendencia a sufrir la enfermedad pelagra, además de deficiencias vitamínicas nutricionales, beri beri, cirrosis hepática, polineuritis, ataxia, etc.

Dusek D. (1990), clasifica el alcoholismo en tres fases:

FASE PREALCOHÓLICA:

- 1) Fase de bebida social-cultural: donde se bebe por preceptos sociales, aunque la pérdida completa de control sobre el alcohol se presenta generalmente entre un periodo de 10 a 20 años.

- 2) Fase de escape ocasional de tensiones: los bebedores sociales no advierten que su forma de beber lleva un propósito, escapar de las tensiones.
- 3) Beber con frecuencia para escapar de algo: cuando los bebedores descubren que pueden escapar temporalmente de las tensiones y frustraciones empiezan a beber con más frecuencia.

FASE ALCOHÓLICA TEMPRANA:

- 4) Esta fase se inicia con la primera pérdida de conocimiento, dicho fenómeno es semejante a una amnesia temporal. El bebedor puede sostener una conversación, caminar, incluso manejar un auto, pero no recordará después ninguno de estos actos. Durante esta fase, las acciones del bebedor problema denotan una preocupación constante sobre el alcohol. Cuando se presenta un acto social, le interesa más la bebida que se servirá que la concurrencia. Antes de atender sus deberes sociales se da ánimos con el alcohol y durante la fiesta no cesa de preocuparse por el suministro alcohólico. Estos bebedores ya superaron la fase de bebida social. Es posible que comiencen a tomar a solas, ingiriendo de un golpe sus primeros tragos para obtener un efecto inmediato y su conducta puede empezar a ser problemática para otros. Como un medio de controlar sus hábitos con la bebida, bebe a diferentes horas del día, prueba nuevas bebidas, etc., incluso pueden haber periodos de abstinencia total a fin de probarse que todavía puede dejar el alcohol.

FASE ALCOHÓLICA:

En esta fase todo en su vida gira alrededor del alcohol, pierde el interés por su apariencia, sus relaciones familiares, su trabajo, etc.; el individuo ingiere alcohol la mayor parte del día.

- 5) En esta fase el alcohólico se encuentra en peligro de presentar síntomas de privación, sin dejar de ingerir alcohol, se ha vuelto totalmente adicto a la droga.
- 6) En esta fase requiere de ayuda social, médica y psicológica para poder evitar la muerte del alcohólico. Para entonces ya debe sufrir graves trastornos hepáticos, es posible que haya experimentado *delirium tremens*.

Otro punto de vista es el de la Institución Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo (CESAAL, 1991), plantea el problema del alcoholismo con base en tres etapas sintomatológicas:

-Primera Etapa: difícil distinción entre bebedor social excesivo y alcohólico inicial.
Duración promedio diez años.

1. Promesas repetidas, incumplimientos que provocan angustia y culpabilidad.
2. Ingestión cada vez más frecuentes para disminuir la tensión.
3. Incremento de la tolerancia al alcohol.
4. Cambios iniciales de la personalidad: mayor irritabilidad, primeras "lagunas mentales".

- Segunda Etapa: Se establece con mayor claridad al círculo vicioso bebida - angustia y culpa-aislamiento, después desaliento y bebida otra vez.

1. Actitud de negación y ocultamiento del ya evidente problema de alcoholismo.
2. Ingestión de alcohol por la mañana y a solas.
3. Signos visibles de un permanente efecto de alcohol, incluso en el trabajo.
4. La bebida se vuelve una necesidad cotidiana.

- Tercera Etapa: empieza la rutina total, ausentismo laboral, incumplimiento e ineficiencia, alcoholización permanente, graves dificultades familiares, sociales, financieras y físicas.

1. Soledad, el individuo se va quedando sin amigos, él los evita.
2. Se vive para beber, casi no come.
3. Cambios intensificados de la personalidad.
4. Trastornos psicofísicos importantes, temblores, mala nutrición, debilidad, alucinaciones.

Al llegar al final de la tercera etapa se ha tocado fondo y no quedan más que dos opciones, el derrumbe definitivo hacia la invalidez y la muerte o el principio de un lento retorno, casi siempre con ayuda médica especializada, apoyo familiar y de grupos como Alcohólicos Anónimos.

5.5. AFECTACIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO SOBRE EL INDIVIDUO.

El alcohol llega directamente a la sangre y aproximadamente se descubre transcurrida media hora para alcanzar su índice máximo al cabo de una hora, y decrece lentamente hasta las 24 hrs. La parte que ha sido asimilada, ejerce su acción nociva sobre el conjunto del organismo, sobre todo en el tubo digestivo, el sistema nervioso central y el aparato circulatorio.

En el aparato digestivo varía sus acciones, según la cantidad y concentración, llega a perturbar el metabolismo protéico, aumenta el consumo vitamínico, y si bien aporta calorías, no libera en proporción energía celular, pudiendo lesionar al organismo o máquina que le combustiona, es pues, alimento deficiente y peligroso.

Cuando se ingiere alcohol, éste es inmediatamente absorbido y llevado al corazón, el cual envía un rico suministro de sangre al cerebro, donde los primeros efectos del alcohol se manifiestan y son debidos a la acción depresiva sobre el sistema nervioso central.

A medida que los tejidos cerebrales son expuestos a la acción altamente liposoluble (disuelve grasas y sustancias como el alcohol), las primeras células inhibidas son aquellas de las áreas corticales superiores, incluidas las áreas de asociación, que albergan los centros de juicio, auto-control y otras inhibiciones aprendidas. Por lo que pequeñas cantidades de alcohol producen cierta pérdida de inhibición. Cuando las inhibiciones dejan de gobernar la conducta, puede ocurrir un comportamiento anti-social, porque las inhibiciones son el resultado de un proceso de socialización y estas inhibiciones son la causa de que el bebedor se sienta estimulado, cuando en realidad las células cerebrales se han deprimido.

Como ya se mencionó, los primeros efectos perceptibles del alcohol son debidos a la inhibición de los centros cerebrales superiores; si se continúa bebiendo, esta depresión se extiende hacia abajo a través de las áreas motoras más profundas aún, por el tronco encefálico hasta las áreas más primitivas del cerebro. Por lo tanto, según se consumen cantidades mayores de alcohol, se van perdiendo progresivamente: el control sobre las inhibiciones sociales, la coordinación motora, el habla, la visión y el estado de alerta. Las áreas afectadas finalmente son la respiración y lo que controla el ritmo cardiaco.

Sobre el aparato circulatorio las dosis pequeñas pueden ser estimulantes dilatadores de los vasos sanguíneos periféricos y vasos contractores de zonas esplánicas, pero las dosis fuertes son colapsantes sobre vasos motores y sobre centros respiratorios (Serran, P. 1974).

Cuando nos enfrentamos con el estudio de las consecuencias familiares, laborales, socioeconómicas del alcoholismo; advertimos la gravedad extrema alcanzada por todas ellas, en orden a su frecuencia y magnitud, damos enteramente por comprobado e carácter de plaga social que tiene este círculo vicioso.

Una gran parte de hogares fundados por sujetos alcohólicos, se resquebrajan, debido a una complicación familiar que toma un grado grave, distribuyéndose entre los órdenes de la separación conyugal, la disgregación y la degradación familiar.

Los mecanismos psicológicos operantes en la separación son muy diversos (evasión, agresividad punitiva, etc.). Pero lo que la clínica demuestra todos los días es la existencia de dos grandes modalidades en la separación: el abandono del medio familiar por el alcohólico y el rechazo del alcohólico por la familia. Hay muchos alcohólicos que viven solos por que la familia se resiste a readmitirlos. (Alonso-Fernandez, 1992).

Una gran parte de los alcohólicos crónicos adolece de un importante deterioro laboral, ya que es posible que se pierda el tiempo de trabajo por enfermedad o ausentismo, es probable que el individuo aún esté en el lugar de trabajo, pero no rinda lo adecuado o deje su trabajo para que otros lo hagan; puede representar un peligro real para sí mismo o para los demás por la forma en que maneja la maquinaria; la bebida puede haberse convertido en un obstáculo para el ascenso o haya pasado a una categoría de trabajo menor a la anterior y final mente puede quedar sin empleo o incapacitado para tener trabajo. Surgen los problemas económicos ya que es costoso mantener un hábito de consumo excesivo de bebidas alcohólicas y con frecuencia se gastan grandes cantidades adicionales, sin que el bebedor se de cuenta de ello (Graffith, *op. cit.*).

5.6. TRATAMIENTOS

Condicionamiento Clásico Aversivo con Parálisis: En este tipo de tratamiento se asocia la bebida con un estímulo aversivo, en esta técnica el estímulo aversivo consiste en la parálisis total del sistema respiratorio (produciendo desde luego, la detención total de la respiración) del paciente, mediante la inyección de 20 mg. de hidrato de cloruro de succinicolina. La parálisis y el cese total de la respiración dura de 60-90 seg. aunque no producen ningún efecto posterior dañino, se induce en el paciente un estado de extremo terror, ya que se ve desarmado y se siente convencido de que va a morir (Yates, *op. cit.*).

Manejo de Contingencias: En él se dan ciertas clases de recompensas que dependen de la abstinencia, medida del consumo de alcohol o de la cooperación en el tratamiento, también se puede hacer contingente alguna clase de consecuencia negativa al beber en exceso, a la falta de cooperación en el tratamiento; un ejemplo de esto es cuando en una sala de hospital, se le recompensa al paciente permitiéndole la entrada a la sala de t.v. si no ingiere alcohol y por el contrario, prohibiéndole la entrada a la sala si ingiere alcohol (Graffith, *op. cit.*).

Blake (1965; citado por Yates, *op. cit.*), aplica choques de intensidad progresiva en el antebrazo en contigüidad con el saboreo de la bebida predilecta del paciente. El choque se podría suspender, escupiendo la bebida, en lugar de pasarla.

Condicionamiento Instrumental de Evitación de Choque: McCulloch (1966; citado en Yates, *op. cit.*), utilizó la misma técnica anterior, donde los estímulos iban desde una serie de fotografías de cerveza y licores, hasta la vista de botellas reales y la estimulación visual iba acompañada por una grabación que invitaba al paciente a tomarse un trago. También se incorporó un estímulo de alivio. El paciente podía evitar el coque si desconectaba el estímulo condicionado en los primeros 8 seg. de su presentación. Si lo hacía se presentaba inmediatamente el estímulo alivio.

Técnica de Imaginación Aversiva: Anant (1967; citado en Yates, *op.cit.*), utilizó la técnica en la que se pide al paciente que imagine diversas situaciones en las que entra en juego la bebida y luego se le pide que imagine diversas consecuencias desagradables, como vergüenza social y degradación. Este procedimiento está precedido por entrenamiento en relajación, que implica la respiración y exhalación profundas.

Técnica Aversiva con Producto Químico: Con este procedimiento se espera que la administración de determinado producto químico produzca un estado aversivo y desagradable que coincida y pueda emparejarse con los estímulos o conductas problema.

El control aversivo por medio de drogas se ha utilizado más frecuentemente en el caso del alcoholismo. En el tratamiento se le proporciona la paciente una descripción verbal de los procedimientos del tratamiento. También se le puede dar una droga estimulante, como la benzodina, con la intención de facilitar el proceso de condicionamiento y eliminar cualquier efecto hipnótico de la droga emética (en caso de que se use apomorfina). Puesto que hay muchos aspectos de la presentación del alcohol (olor, color y sabor), el tratamiento normalmente tiene lugar en una habitación oscura donde el paciente se enfrenta a una serie de bebidas alcohólicas que aparecen iluminadas con el fin de que centre su atención en ellos. Después se le administra el fármaco emético y cuando el paciente empieza a sentir náuseas, se le da a tomar una bebida alcohólica, el paciente tiene que oler, saborear, darle vueltas en la boca y luego tragarse cada bebida alcohólica que se le presente. Una vez que toma el licor, tendrá lugar el vómito (Master, *et. al.*, 1987; citado en Caballo, 1991).

Técnicas no Aversivas de Modificación Conductual: Los métodos no aversivos de modificación conductual han venido a sustituir casi por completo a la terapia aversiva, aunque esperan también validación consensual de su eficacia. Estos métodos comprenden el reconocimiento de las dificultades y los eventos que precipitaron el beber excesivo del sujeto, y se orienta a buscar y promover

reacciones alternativas que no impliquen el consumo de alcohol. Por ejemplo, en vez de basar el tratamiento en administrar al sujeto dependiente un castigo o estímulo doloroso por haber tomado el alcohol se le premia o recompensa cada vez que tiene éxito en evitar la bebida (Alonso-Fernandez, *op. cit.* y Madden, *op. cit.*).

Terapia Racional-Emotiva: El tratamiento para individuos alcohólicos a partir de la terapia racional-emotiva consta de varias etapas: la primer etapa de la terapia requiere desarrollar una alianza terapéutica, evaluar y definir la naturaleza del problema y establecer, conjuntamente, metas iniciales del tratamiento. La segunda fase implica la implementación de estrategias cognitivas y conductuales que ayuden al cliente a alterar específicamente su confianza inadaptativa en el alcohol. Las estrategias utilizadas varían según los clientes con base a sus características particulares. No obstante, todos los clientes son estimulados a ejercer un mayor control del estímulo, contratos conductuales, y la discusión de las ideas irracionales que apoyan su adicción. La tercera etapa, hace referencia a la vigilancia del progreso y la reevaluación de las metas. Esta etapa incluye adoptar una perspectiva más madurativa sobre el proceso de recuperación del cliente y abordar una gran variedad de problemas emocionales y conductuales, mientras proporciona apoyo para que continúe manteniendo su progreso de evitar la bebida. Una vez que se ha conseguido cierta estabilidad respecto a la bebida, se dirigen mayores esfuerzos al discutir las creencias situacionales desencadenantes, emocionales y conductuales, más generales. A medida que la terapia progresa hacia la etapa final, la mayor parte de la atención girará en torno a los problemas del individuo para aceptarse a sí mismo, orientando los esfuerzos hacia la promoción de una filosofía de la vida más racional y resistirse a las adicciones. Dentro de este contexto, se discuten problemas relacionados con el ajuste práctico y emocional (Ellis, A. 1992).

Psicoterapia: Otra alternativa tratamiento es la psicoterapia, donde el terapeuta toma conciencia de la problemática de los hábitos de consumo de alcohol del individuo y lo guía para que mejore su nivel de conciencia de su situación

personal motivándolo a discontinuar sus hábitos nocivos. El tratamiento psicológico se encamina a reforzar la capacidad del individuo para controlar su grado de ingestión alcohólica y la mejoría general de la madurez mental y adaptación psicosocial de la persona. La atención del consumo de alcohol ocupa una parte importante de las discusiones psicoterapeutas con los dependientes al alcohol, esto se aplica lo mismo para tratar de reducir la ingestión de alcohol a cero, como para llegar a un consumo moderado o bien una menor frecuencia y gravedad de los episodios de bebida excesiva (Alonso-Fernandez, *op. cit.* y Madden, *op. cit.*).

Tratamiento Alopático y Naturista: Todas las atenciones producidas por el uso y abuso de las bebidas alcohólicas tienen una terapéutica distinta, según el método que se requiera aplicar, pero es reconocido por los dos grandes bandos, alopáticos y naturista, un denominador común que afecta por igual a todo el mundo y es el de dejar de beber y la dieta. Los dos sistemas terapéuticos, son distintos (exceptuando el dominador común de la abstinencia alcohólica).

El sistema alopático ataca el mal a fondo, elimina los efectos o le adormece mediante los fármacos elaborados por la industria química farmacéutica, dieta cárnica o de pescados que supone una putrefacción intestinal, etc. El sistema naturista aconseja una dieta vegetal y naturista, con enzimas, vitaminas, grasas, minerales, etc. Una dieta exenta totalmente de excitantes a los efectos de procurar no una putrefacción, sino una fermentación intestinal, cosa muy distinta y que ésta precisamente es, la causa de multitud de intoxicaciones de diversa índole. También se aconseja una buena oxigenación, aire puro, agua pura, luz solar y ejercicios adecuados, además se emplea la hidroterapia, la helioterapia y en menor escala la filoterapia adecuada, etc. (García, D. *op. cit.*).

Tratamiento que propone Alcohólicos Anónimos: En 1935, dos alcohólicos conocidos como Bill y el doctor Bob, se reunieron en Akron, Ohio, en E.U., para discutir la manera como podrían ayudarse mutuamente para evitar recaer en la ebriedad. En poco tiempo atrajeron a otros alcohólicos y se decidió fundar una organización que ahora se conoce como Alcohólicos Anónimos (A.A.).

Los miembros de A.A. tienen como objetivo seguir un programa mental de doce puntos. Los "Doce pasos", como se les llama, enfatizan la inhabilidad de controlar la forma de beber, la confianza en un poder superior, un autoinventario moral y el propósito de ayudar a otros alcohólicos. Las reuniones de los grupos se centran en los hábitos de beber de los miembros y en distintos métodos prácticos para promover la abstinencia al alcohol. También tiene lugar cierta discusión a nivel superficial de otros problemas emocionales y personales. No existen ritos formales de iniciación, ni cuota alguna que para y los sujetos son libres de salir y entrar al grupo cuando lo deseen. Una reunión de grupo de A.A. puede describirse como un grupo psicoterapéutico abierto, sin que haya un líder oficial o guía entrenado. El grupo se compone de miembros que se autoseleccionan y que comparten la misma jerarquía. La organización funciona mejor con individuos preparados o capaces de comprometerse consigo mismos para tratar de cambiar (Robinson, 1979; en Madden, *op. cit.*).

El grupo 24 hrs. de A.A. es una organización comparable a la anterior, pero orientada hacia aquellos individuos alcohólicos que no aceptan tener el problema de alcoholismo y no aceptan ningún tipo de ayuda, pero si los familiares coinciden en que sí existe el problema y acuden al grupo 24 hrs., éste sólo necesita una aprobación por escrito de que se permite recluir al alcohólico en el grupo, esta organización se encarga de ir por el individuo, lo llevan al punto de reunión del grupo y es en cierta forma obligado a escuchar las sesiones, las cuales coinciden con las de A.A. a diferencia de que estas sesiones son las 24 hrs. del día, sin descanso; lo que según esta organización, provoca que el individuo alcohólico se de cuenta de que realmente tiene un problema y además se logra el objetivo primordial de dejar de beber durante 24 hrs. (Alcohólicos Anónimos, 1980).

En apoyo al tratamiento de A.A., se crearon los grupo Alanon y Alateen. Alanon es una sociedad que se compone de familiares y amigos de los sujetos que abusan de la bebida. Los miembros de la organización se reservan el derecho de anonimato. Muchos familiares y parientes de alcohólicos no muestran ningún interés

por establecer contacto con esta organización, en parte tal vez, por timidez, vergüenza, apatía o bien por considerar que no es en realidad problema de ellos, sino del bebedor y creer que es él quien debe buscar ayuda. Sin embargo, la organización es una fructífera fuente de asistencia de ayuda. Se presta para compartir los problemas, ofrece consejos y orientación sobre cómo tratar a un alcohólico que continúa bebiendo en exceso o que está en vías de rehabilitarse. Una característica prominente del pensamiento de la organización Alanon, basada en la experiencia de sus miembros, aconseja que los familiares y amigos de los alcohólicos activos se alejen en sus emociones y conductas de todo lo relacionado con la ingestión del alcohol. Deben siempre evitar encubrir al bebedor de las consecuencias de su excesivo consumo de alcohol para que modere solamente sus hábitos de beber, ya que según esta organización, cualquier intento por parte de la esposa para proteger a su marido (o viceversa) de las consecuencias sociales adversas de los hábitos de consumo excesivo de alcohol, sólo sirve para permitir que continúe sin restricciones el patrón de bebida desordenada del alcohólico.

Respecto a Alateen, es una organización comparable a la anterior pero orientada a ayudar a los hijos adolescentes de padres alcohólicos. Con mucha frecuencia el punto de vista de un padre que abusa de la bebida refleja principalmente las experiencias con la conducta alcohólica de su progenitor dependiente.

La actitud del adolescente hacia su familiar alcohólico, es de rechazo, enojo y desprecio, o por lo menos de indiferencia. La organización Alateen puede brindar ayuda a los adolescentes para que puedan llegar a tener mejor comprensión y simpatía por lo que respecta a su progenitor alcohólico y llevarlos a un equilibrio emocional (Alateen, *op. cit.*).

Torres (1983), por su parte sugiere una alternativa más general en el tratamiento del alcoholismo. El alcoholismo puede ser controlado, combatido y vencido mediante tratamientos que combinan la asistencia médica adecuada, la

terapia de grupo, una alimentación correcta y la intervención de psiquiatras, psicólogos y otros especialistas.

La mayoría de las veces resulta imprescindible la hospitalización, aunque nunca por periodos demasiado prolongados. Por otra parte, los médicos, otorgan al alcohólico un generoso margen de confianza y lo autorizan a salir periódicamente del hospital o la clínica para ocuparse de sus asuntos personales.

Un aspecto básico del tratamiento es el educativo. El paciente recibe abundante información sobre alcoholismo, sus causas y consecuencias y eso se combina con actividades recreativas y culturales. Las manualidades, las sesiones de música, la práctica de deportes al aire libre y las reuniones de internos en las cuales se intercambian experiencias y se analizan problemas, son constantes en el tratamiento. El alcoholismo es una dolencia física y psicológica que la familia debe enfrentar sin prejuicios, con criterio adulto. Lo que por el alcohólico debe hacer su familia es impulsarlo a buscar consejo médico, comprenderlo, interesarse por su situación, infundirle confianza y respaldarlo.

Por su parte, Souza y Machorro (*op. cit.*), proponen un programa de tratamiento integral, que ofrece las siguientes modalidades terapéuticas: Psicoterapia Individual, Alcohólicos Anónimos, Apoyo al tratamiento con trabajadores sociales e información básica sobre el alcoholismo a través de conferencias, películas, folletos, etc.

Como podemos observar la mayoría de los tratamientos enfocados al problema de alcoholismo pone énfasis en la persona que ingiere alcohol, dirigiéndose a ésta el tratamiento (individual), sin considerar a quienes lo rodean, por tal motivo, en el siguiente capítulo se darán a conocer algunas investigaciones que abordan el problema del alcoholismo tomando en cuenta no sólo al alcohólico, sino también a las personas que lo rodean, esto basado en el Enfoque Estructural Sistémico.

CAPÍTULO 6. EL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO.

Desde el punto de vista estructural sistémico, se menciona que el alcoholismo se presenta dentro del contexto de un sistema, lo cual implica que el hecho de que un miembro de la familia presente problemas de alcoholismo, representa no sólo un problema individual que deba entenderse con una peculiaridad o característica aislada de un individuo, por el contrario involucra a todos los demás miembros del sistema familiar.

La familia con un miembro alcohólico, posee una estructura rígida, es un sistema cerrado debido a la homeostasis de la familia y cuya finalidad es mantener un estado que minimice el impacto del alcoholismo en la familia (Flores, R. 1992).

Es así que, en los casos en que la familia presenta algún miembro adicto, el síntoma llega a considerarse como un tipo particular de conducta que funciona como un mecanismo homeostático, esto es, que mantiene el equilibrio dinámico entre los miembros. Es un acto comunicativo que sirve como una especie de contrato entre dos o más miembros y que ocurre a menudo cuando una persona está en una situación imposible y trata de salir de la (Andolfi y Zwerling, *op. cit.*).

Caillé (1985), considera que si la persona que presenta el síntoma es capaz de controlar su conducta, se hablará de que es asocial o malo. En caso contrario, si la conducta se considera incontrolable se empleará la denominación de enfermedad.

Más específicamente, el síntoma puede ayudar a rotular a un miembro como desvalido o incompetente, y por ello, incapaz de dejar el hogar. Esto podría servir como un problema que unifica a la familia y la mantiene intacta, tal como una catástrofe unifica a las personas que la sufren juntas. En forma similar, podría tener cualidades diversas, al atraer la atención de los miembros hacia el portador del

sintoma y alejarla de sus propias dificultades; para que cambie el sintoma debe cambiar el sistema familiar (Adolfi y Zwerling, *op. cit.*).

Por otro lado, para Montaña (1985; citado en Flores *op. cit.*), el sistema familiar alcohólico se caracteriza por involucramiento emocional disfuncional de los miembros, dado que se impide una individualización sana, es decir, ocurre un proceso de amalgamamiento o de simbiosis. Ambos aspectos, amalgamamiento y simbiosis, provocan una resistencia al cambio, debido tal vez al costo en pérdidas y separación que pueden implicar. Así el sistema familiar alcohólico tiende a mantener un estancamiento, en contraposición al cambio, ya que todo cambio implica crisis que bien puede ser conflictivas y difíciles de elaborar, y al mismo tiempo implican actitudes de ansiedad.

Otro aspecto de la estructura del sistema familiar alcohólico, es la comunicación, misma que se presenta difusa, la cual se explica también por el amalgamamiento y la rigidez. Al respecto Cesares (1989; citado en Flores, *op. cit.*), explica que el estilo de comunicación que emplean los alcohólicos, es básicamente evitador de la responsabilidad. La tendencia a evitar la responsabilidad se observa en su manera de hablar, las palabras que eligen, al mal uso de la gramática y el estilo de articulación. Esta evasión de la responsabilidad que puede observarse también en los mensajes no verbales (gestos, posturas, etc.). El uso de la evasión de la responsabilidad por parte del alcohólico, no solamente es permitida o tolerada por su familia, sino que es, en cierto sentido alentada y aceptada. Por lo tanto, su comunicación es confusa, no permite la definición de la relación metacomunicación.

En cuanto a los límites al interior de la familia se observa que las reglas no son claras, los miembros de la familia obedecen a una ambivalencia de reglas de acuerdo a los estados de sobriedad y embriaguez, esto ocasiona que el sistema familiar se presente como caótico (alteraciones en la organización jerárquica, subsistema parenteral, etc.), (Flores, *op. cit.*).

Por su parte, Steinglass y cols. (1989), realizaron diversas investigaciones, de las cuales se derivaron los siguientes resultados:

Se encontró que la organización familiar gira en torno al miembro que presenta el problema de alcoholismo. Se observa un impacto muy fuerte del alcoholismo sobre la familia, ya que ésta, en lugar de procurar que el alcoholismo desaparezca, prefiere adaptarse a él. Es así como al haber un equilibrio profundo y estático en la familia, no se permite la evolución de la misma. Existen familias en las que el alcoholismo no es aceptado debido a que sus patrones de interacción están bien definidos y no son modificados desde la primera fase del alcoholismo. Así también, existen familias donde el alcoholismo invade sus patrones de interacción, por lo tanto, la familia modifica totalmente su estructura con el fin de evitar conflictos con el alcohólico, lo que implica una invasión y modificación a las rutinas diarias y en los rituales de la familia.

De lo anterior se desprende claramente que el alcoholismo invade y modifica el curso normal de la familia, lo que conlleva a que la familia con un miembro alcohólico es un sistema con una estructura propia.

Así también, Steinglass (*op.cit.*), distingue tres fases por las cuales atraviesa la familia con un miembros alcohólico.

PRIMERA FASE.

Steinglass y cols. (*op.cit.*), mencionan que existe una predisposición al alcoholismo cuando existen antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, esto se refiere a que cuando hay antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, el individuo trae consigo esos patrones de interacción para aplicarlos a su nueva familia, por lo cual es importante que en la primera fase de desarrollo familiar decidan ambos cónyuges si esos patrones interaccionales estarán

presentes en su vida familiar o habrán de modificarlos aislando el alcoholismo de su estructura familiar.

SEGUNDA FASE.

Debido a que la organización familiar gira en torno al individuo alcohólico, éste con su conducta (estados de embriaguez y sobriedad), es capaz de alterar el equilibrio de la evolución de la familia; esto es que cuando el alcohólico presenta un estado de embriaguez, la familia se adapta a corto plazo a esa conducta y de igual manera cuando el alcohólico presenta un estado de sobriedad, a familia se adapta a corto plazo a esa conducta.

TERCERA FASE.

En esta fase ocurre una redefinición de los límites familiares, hacer más evidentes sus formas de interacción con la finalidad de dejar en la siguiente generación una representación exacta de sí misma y de sus valores. Para cumplir con dicha transmisión la familia tiene que identificar lo que quiere transmitir reafirmando su estructura rígida, haciendo que sus patrones de interacción sean más compatibles con el alcoholismo. Finalmente, a diferencia de las fases anteriores, esta última fase no es estática y por tanto su función es vital, pues la transmisión de la estructura familiar invadida por el alcoholismo puede reflejarse en posteriores generaciones.

De ahí que la intervención terapéutica en la familia deba incluir un diagnóstico de la etapa por la cual atraviesa la familia, cuáles son sus rituales familiares, cómo ocurre el ciclo de sobriedad-embriaguez, cuáles son sus patrones de solución de problemas, etc. Todos ellos son elementos que el terapeuta identifica mediante escenificaciones provocadas o espontáneas en terapia mediante el cuestionamiento circular, etc.

Es de suma importancia conocer (además de los aspectos anteriores), la estructura de la familia alcohólica a fin de realizar una intervención lo más adecuada posible. Por lo tanto, la presente investigación está dirigida a determinar la estructura de la familia con hijos en la etapa de la adolescencia siendo el padre alcohólico.

(SEGUNDO APARTADO)
REPORTE DE
INVESTIGACIÓN

LA ESTRUCTURA FAMILIAR CON EL PADRE ALCOHÓLICO. FAMILIA EN LA ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA ADOLESCENCIA.

JUSTIFICACIÓN.

En el campo de la psicología es frecuente considerar al sujeto alcohólico como aquel que presenta el problema y que como consecuencia de ello se ven afectadas no sólo sus áreas de desempeño tales como la laboral y la social, sino también, sus relaciones familiares. Sin embargo, en muchas ocasiones se piensa que los familiares participan en el origen y/o desarrollo de la conducta de ingestión excesiva del miembro alcohólico, siendo éste el que requiere de ayuda especializada directamente, aunque la familia bien puede intervenir como apoyo para el logro de la recuperación del paciente identificado. Es frecuente que sea el alcohólico el que se somete a tratamiento y que sea él únicamente quien se encuentre involucrado en su proceso de recuperación. Con las intervenciones individualizadas es frecuente también que dicho proceso de recuperación sea lento; que presente recaídas o que simplemente se obstaculice y no se logre, con lo cual se agrava aún más el problema.

Desde el punto de vista sistémico, el alcohólico no es un sujeto aislado, forma parte de un sistema familiar, de ahí que resulta indispensable atender no solamente al miembro alcohólico sino a todos los miembros del sistema familiar.

Resulta de suma importancia analizar la estructura familiar de sujetos con problemas de ingestión de alcohol, donde dicha estructura atraviesa por la etapa del ciclo vital de la adolescencia, puesto que en cada etapa ésta se enfrenta a requerimientos de cambio y por lo mismo sus pautas de interacción deben de ser diferentes. Con ello se pretende identificar un posible patrón repetitivo de interacciones que pudiesen ayudar a tener una idea clara del tipo de relaciones que se establecen en las familias con el padre alcohólico e hijos adolescentes, con

base en ello poder intervenir a dos niveles: preventivo y de tratamiento. En el nivel preventivo bien puede trabajarse con familias con el padre alcohólico que se encuentren en una determinada etapa del ciclo vital de manera que se modifique su estructura familiar con el fin de evitar que se establezcan, en la (as) siguiente (s) etapa (s), patrones de interacción que posibiliten la gravedad del problema o hasta producirlo. A nivel de tratamiento, se podría intervenir contando de antemano con información acerca de las modificaciones estructurales que se pudieran incluir en las metas terapéuticas.

PROBLEMA:

Con la investigación en cuestión se pretende contestar dos preguntas básicas: ¿Existe un patrón de interacción repetitivo (estructura familiar), en familias en las que el padre es alcohólico, en la etapa del ciclo vital correspondiente a la adolescencia? En caso afirmativo. ¿Cuál es ese patrón de interacción?.

OBJETIVO PARTICULAR:

Analizar la estructura de familias en las que el padre sea alcohólico y se encuentren en la etapa del ciclo vital correspondiente al núcleo formado por padre, madre e hijos adolescentes.

MÉTODO:

SUJETOS: Se trabajó con 50 familias de clase media en las cuales el padre era alcohólico (se reportaban problemas por su ingestión de alcohol), el rango de edad del padre fue de 40 a 50 años, su ocupación por lo regular fue de empleado y su nivel de escolaridad era primaria, asimismo, el rango de edad de la madre fue de 35 a 45 años, ocupación en el hogar y nivel de escolaridad primaria. Estas familias se encontraban en la etapa del ciclo vital correspondiente al núcleo formado por padre, madre e hijos adolescentes, familias que se contactaron visitando grupos ALANON Y

ALATEEN del Distrito Federal y Área Metropolitana y que tuvieran máximo 2 semanas de asistencia al grupo.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Se considera el presente trabajo como un estudio de campo con base en el cuál se pretendió descubrir relaciones entre variables psicológicas y probar hipótesis de tipo ex-post-facto al respecto. En un estudio de campo no se manipulan variables independientes, más bien es un estudio que se dirige a conocer elementos correlativos.

Material: Las copias necesarias de la guía de entrevista, disquetes, hijas de computadora, cintas para computadora y plumas.

Escenario: Se entrevistó a las familias en su hogar o en el grupo ALANON, ALATEEN al que asistieran.

PROCEDIMIENTO.

Se elaboró una guía de entrevista que sirvió de apoyo para la obtención de datos estructurales pertinentes, que permitieran la identificación de: límites, (claros, difusos, rígidos), periferia, jerarquía, centralidad, coaliciones, alianzas, triangulaciones y sobreinvolucración.

Una vez que estuvo lista la guía de preguntas se llevó a cabo una entrevista con cada familia y con el (los) miembro (s) de la misma que aceptó (aceptaron) cooperar en la investigación.

Con base en la información obtenida se estableció el papel que juegan todos y cada uno de los miembros de la familia. Cabe aclarar que se respetó el anonimato de las familias participantes y los datos demográficos a obtener incluyeron solamente aquellos que permitieron establecer el familiograma

correspondiente: número de miembros de la familia, edades, ocupaciones, escolaridad, años de matrimonio o de unión libre.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS-PC+ a fin de determinar la frecuencia de cada aspecto estudiado, de tal forma que se llegaran a establecer los patrones de interacción personal y grupal.

RESULTADOS

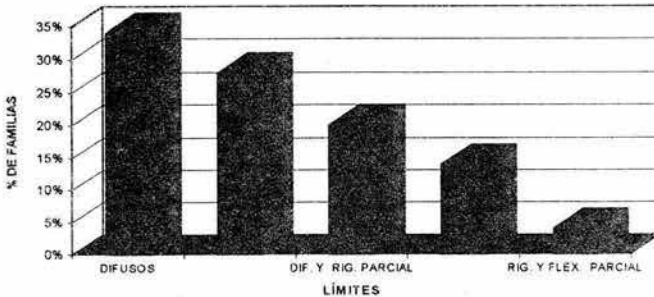
Como se mencionó en capítulos anteriores, en el Modelo Estructural de Minuchin para el análisis de la estructura familiar se parte de una "familia ideal" en la que se pueden identificar límites claros y flexibles entre subsistemas y al exterior del sistema, la mayor jerarquía recae en el subsistema parental, no hay coaliciones ni trianagulaciones, así como tampoco existe algún miembro periférico o hijo (a) parental; además, las alianzas son alternadas y no hay centralidad por aspectos negativos sino positivos pero sin ser permanente en un solo miembro de la familia.

Así pues, con base en esta estructura familiar ideal, se hizo el análisis de los datos identificados en las familias que se entrevistaron para poder entonces presentar el tipo de estructura de familias con el padre alcohólico y que atraviesan la etapa del ciclo vital correspondiente a los hijos adolescentes, para analizar si es o no similar a la ideal.

LÍMITES EN EL HOLÓN CONYUGAL.

En el 34% de las familias analizadas los límites en el holón conyugal fueron difusos. En el 28% de los casos los límites fueron rígidos. En el 20% de los casos los límites fueron difusos en algunas áreas y rígidos en otras. En un 14% de las familias existen límites flexibles entre padre y madre. El 4% de las familias restantes tuvieron límites rígidos en algunas áreas y flexibles en otras (ver tabla 1).

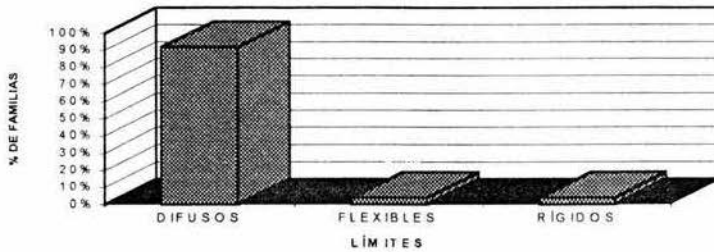
GRÁFICA 1. LÍMITES EN EL HOLÓN CONYUGAL



LÍMITES EN EL HOLÓN PARENTAL.

En el 92% de los casos los límites en el holón parental fueron difusos. En las familias restantes el 4% presentó límites flexibles y 4% presentó límites rígidos (ver tabla 1).

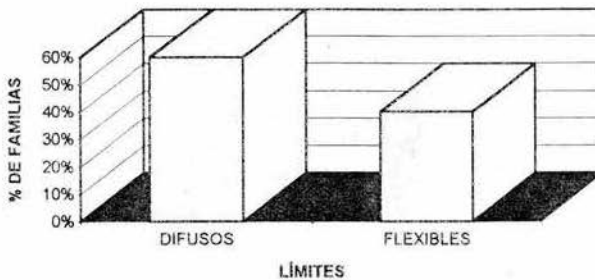
GRÁFICA 2. LÍMITES EN EL HOLÓN PARENTAL



LÍMITES EN EL HOLÓN FRATERNAL.

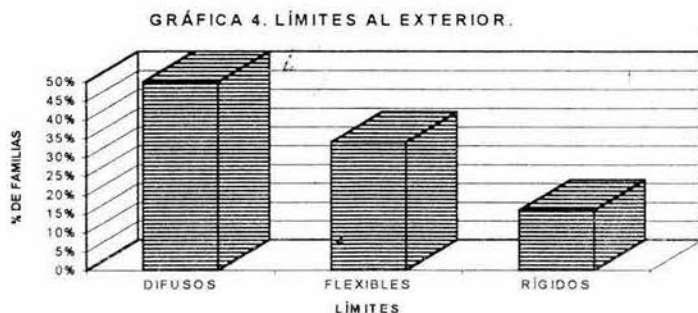
En el 60% de las familias los límites en el Holón Fraternal fueron difusos. En el 40% de las familias restantes los límites fueron flexibles (ver Tabla 1).

GRÁFICA 3. LÍMITES EN EL HOLÓN FRATERNAL



LÍMITES AL EXTERIOR.

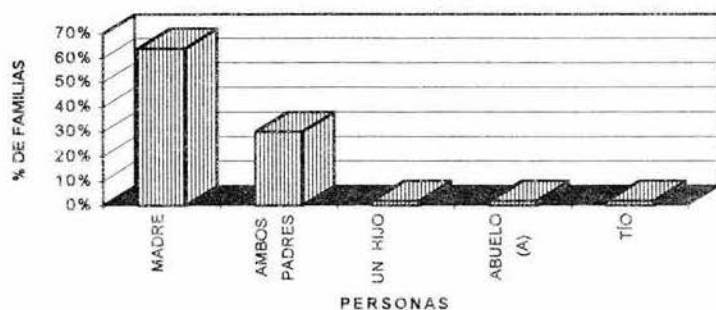
En el 50% de los casos analizados los límites al exterior fueron difusos. El 34% de las familias presentaron límites flexibles al exterior y el 16% de las familias restantes presentaron límites rígidos (ver tabla 1).



JERARQUÍA.

En el 64% de los casos la jerarquía mayor la presentó la madre, en el 30% de las familias presentaron jerarquía compartida por ambos padres. En las familias restantes el 2% presentó la mayor jerarquía un hijo, 2% el tío y 2% el abuelo (ver tabla 2).

GRÁFICA 5. PERSONA QUE ADQUIERE LA JERARQUÍA EN LA FAMILIA



CATEGORÍAS

% de Familias # de Familias	LÍMITES FLEXIBLES	LÍMITES DIFUSOS	LÍMITES REGIDOS	LÍMITES DIFUSOS Y REGIDOS PARCIALMENTE	LÍMITES REGIDOS Y FLEXIBLES PARCIALMENTE
	HOLON	14%	34%	28%	20%
CONYUGAL	7	17	14	10	2
HOLON	4%	92%	4%		
PARENTAL	2	46	2		
HOLON	40%	60%			
FRATERNAL	20	30			
LÍMITES AL EXTERIOR	34%	50%	16%		
	17	25	8		

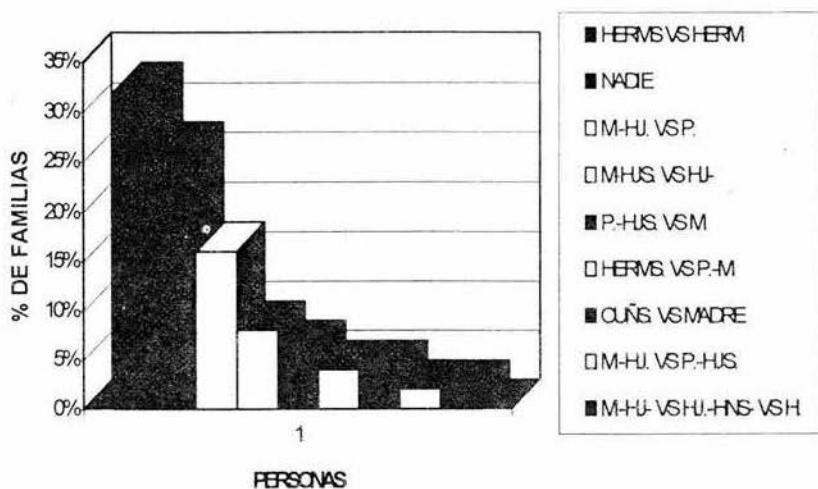
VARIABLES ANALIZADAS

TABLA 1. Muestra el porcentaje y el número de familias que presentaron las categorías de cada variable.

COALICIONES.

El 32% de las familias presentaron coaliciones entre dos o más hermanos en contra de otro hermano. El 26% de las familias no presentaron coaliciones. En el 16% se encontró que la madre se unía con un hijo para atacar al padre. En las familias restantes 8% presentaron coaliciones entre madre e hijos y molestan a otro hijo, 6% presentaron coaliciones entre padre y un hijo en contra de la madre, el 4% presentaron coaliciones entre hermanos y molestan al padre o a la madre, 4% hacen coalición las cuñadas y atacan a la madre, 2% presentaron coaliciones entre madre e hijo y atacan al padre y padre e hijo atacan a la madre y 2% hacen coalición madre e hijo y atacan a otro hermano y se unen entre hermanos para atacar a otro hermano (ver Tabia 3).

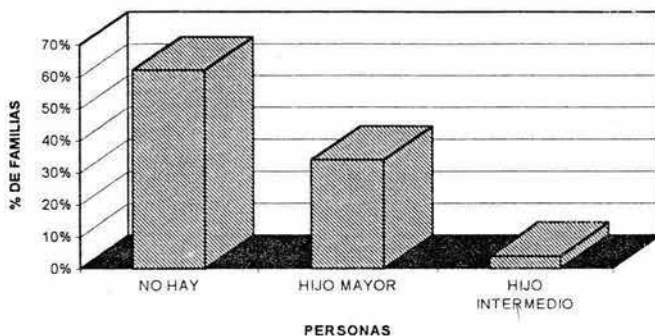
GRÁFICA 6. PERSONAS DE LA FAMILIA QUE SE UNEN PARA MOLESTAR A OTRO



HIJO PARENTAL

En el 62% de los casos no hubo hijo parental, en el 34% si se presentó hijo parental siendo éste el hijo mayor adolescente. En el 4% restante el hijo parental fue el hijo intermedio (ver Tabla 2).

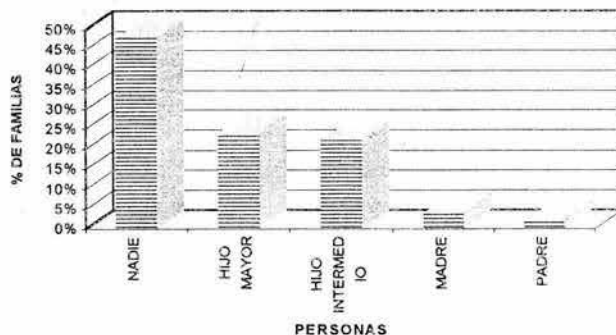
GRÁFICA 7. HIJO PARENTAL EN LA FAMILIA



CENTRALIDAD POSITIVA.

El 48% de las Familias no presentaron centralidad positiva, en el 24% la centralidad positiva la tuvo el hijo mayor, en 22% de los casos el central positivo fue el hijo intermedio, el 4% fue de la madre y el 2% fue el padre (ver Tabla 2).

GRÁFICA 8. PERSONA QUE ES EL CENTRAL POSITIVO EN LA FAMILIA



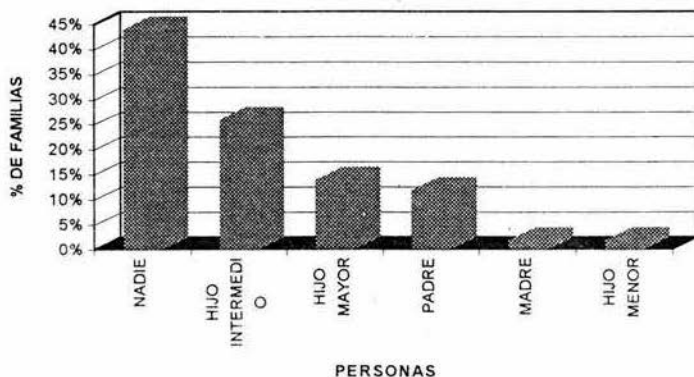
% de Familias # de Familias	CATEGORÍAS									
	PAPÁ	MAMÁ	HIJO MAYOR	HIJO INTERMEDIO	HIJO MENOR	TÍO	ABUELO	AMBOS PADRES	UN HIJO	NO HUBO
JERARQUÍA		64%				2%	2%	30%	2%	
		32				1	1	15	1	
HIJO PARENTAL			34%	4%						62%
			17	2						31
CENTRALIDAD POSITIVA	2%	4%	24%	22%						48%
	1	2	12	11						24
CENTRALIDAD NEGATIVA	12%	2%	14%	26%	2%					44%
	6	1	7	13	1					22
PERIFERIA	66%		4%	4%	2%					24%
	33		2	2	1					12
PACIENTE IDENTIFICADO	16%									84%
	8									42

TABLA 2.- Muestra el porcentaje y el número de familias que presentaron las categorías de cada variable.

CENTRALIDAD NEGATIVA.

En el 44% de las familias no hubo centralidad negativa, en el 26% el central negativo fue el hijo intermedio, en el 14% fue el hijo mayor, el 12% fue el padre. En las familias restantes el 2% el central negativo fue la madre y 2% fue el hijo menor (ver Tabla 2).

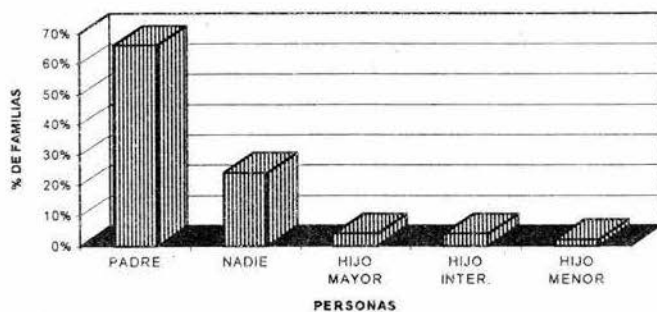
GRÁFICA 9. PERSONA QUE ES EL CENTRAL NEGATIVO EN LA FAMILIA



PERIFERIA.

En el 66% de los casos el padre fue la persona periférica. En el 24% de los casos no hubo persona periférica. De las familias restantes en el 4% se detectó al hijo intermedio como periférico en el 4% al hijo mayor y en el 2% al hijo menor (ver Tabla 2).

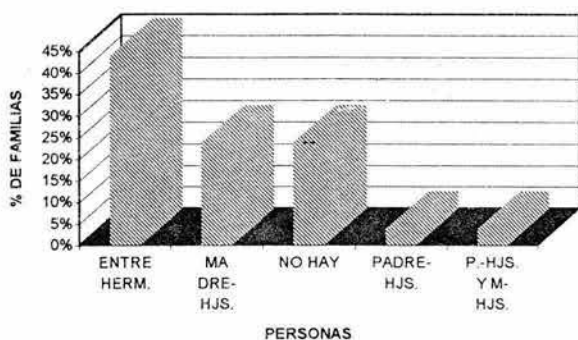
GRÁFICA 10. PERSONA QUE ES PERIFÉRICA EN LA FAMILIA.



ALIANZAS.

En el 44% de los casos analizados se presentaron alianzas entre hermanos, en el 24% no se presentaron alianzas. En el 24% se presentaron alianzas entre madre e hijos, en otro 24% no se presentaron alianzas. En el 4% hubo alianza entre padre e hijos y un 4% presentaron doble alianza entre padre e hijo y madre con otro hijo (ver tabla 3).

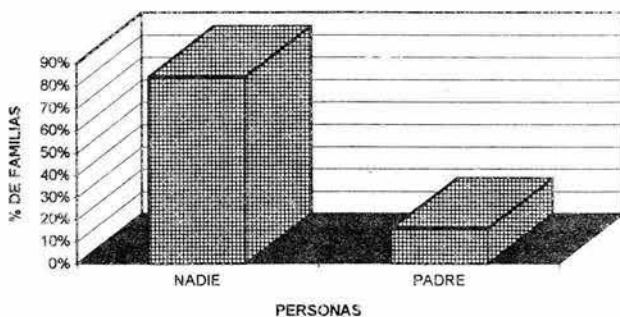
GRÁFICA 11. PERSONAS DE LA FAMILIA QUE SE UNEN PARA OBTENER ALGÚN BENEFICIO



PACIENTE IDENTIFICADO.

En el 84% de las familias no hubo paciente identificado y el 16% identificó al padre como enfermo (ver Tabla 2).

GRÁFICA 12. PERSONA A LA QUE SE LE IDENTIFICA COMO PACIENTE EN LA FAMILIA



CATEGORÍAS

V A R I A B L E	% de Familias # de Familias	ENTRE HERMANOS	MAMÁ E HIJOS	PAPÁ E HIJOS	PAPÁ E HIJOS MAMÁ E HIJOS	NO HUBO
	ALIANZAS	44% 22	24% 12	24% 12	4% 2	4% 2

CATEGORÍAS

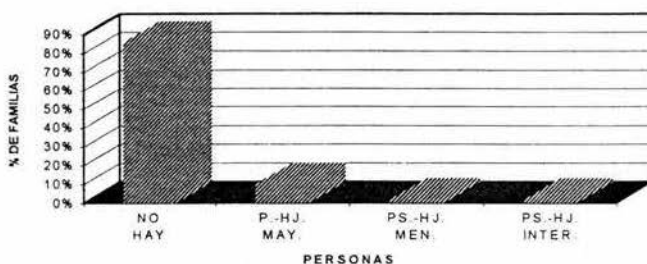
% de Familias % de Familias	2 Ó MÁS HERMANOS EN CONTRA DE OTRO.	NO HUBO	MAMÁ E HIJOS EN CONTRA DEL PAPÁ	MAMÁ E HIJO EN CONTRA DE OTRO HIJO	PAPÁ E HIJO EN CONTRA DE MAMÁ	ENTRE HERMANOS EN CONTRA DE PAPÁ O MAMÁ	CUÑADAS EN CONTRA DE MAMÁ	MAMÁ E HIJO CONTRA PAPÁ E HIJO CONTRA MAMÁ	MAMÁ-HIJO CONTRA HIJO HERMANO CONATRA OTRO HERMANO
COALISIONES	32% 16	26% 13	16% 8	8% 4	6% 3	4% 2	4% 2	2% 1	2% 1

TABLA 3.- Muestra el porcentaje y el número de familias que presentan las categorías de cada variable.

TRIANGULACIÓN

En el 86% de las familias analizadas no se encontró triangulación, en el 10% hubo triangulación entre los padres y el hijo mayor adolescente. En el 2% se presentó triangulación entre ambos padres con el hijo menor y en el 2% entre padres e hijo intermedio (ver Tabla 4).

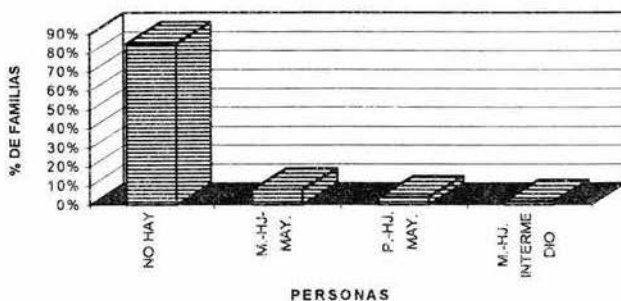
GRÁFICA 13. PERSONAS DE LA FAMILIA QUE PRESENTAN TRIANGULACIÓN



SOBREINVOLUCRACIÓN.

En el 86% de los casos no se presentó sobreinvolucración, en el 8% se presentó entre la madre y el hijo mayor adolescente. En el 4% hubo sobreinvolucración entre padre e hijo mayor y en el 2% entre madre e hijo intermedio (ver Tabla 4)

GRÁFICA 14. PERSONAS DE LA FAMILIA QUE PRESENTAN SOBREINVOLUCRACIÓN.



		CATEGORÍAS			
% de Familias # de Familias	NO HUBO	MAMÁ CON EL HIJO MAYOR	PADRES CON EL HIJO INTERMEDIO	PADRES CON EL HIJO MENOR	
	TRIANGULACIÓN	86% 43	10% 5	2% 1	2% 1

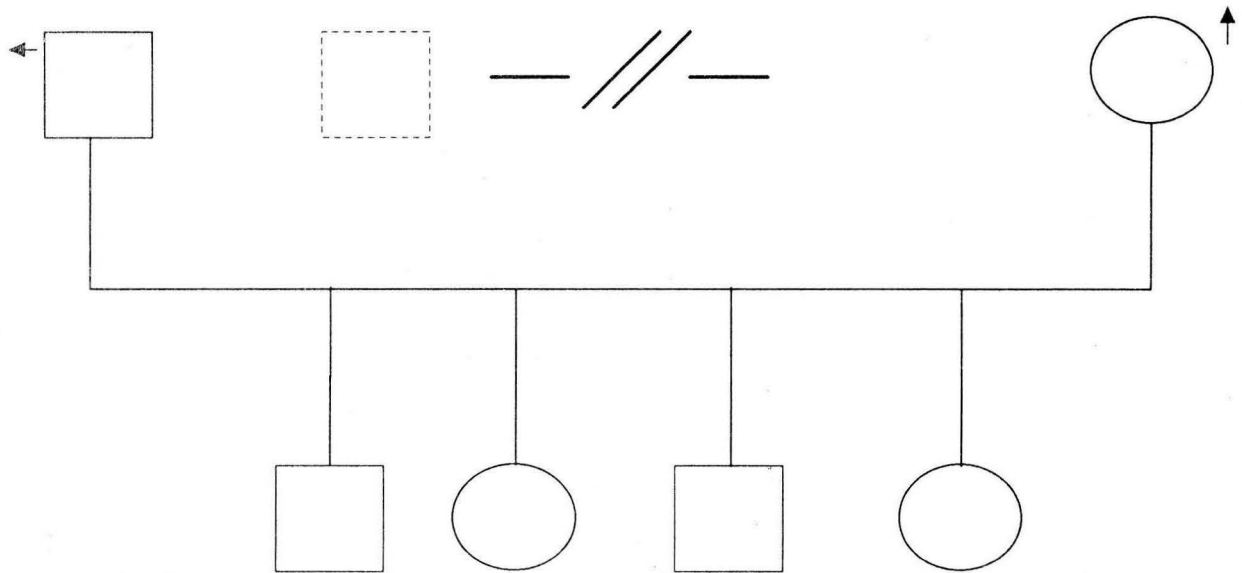
		CATEGORÍAS			
% de Familias # de Familias	NO HUBO	MAMÁ CON EL HIJO MAYOR	PAPÁ CON EL HIJO MENOR	MAMÁ CON EL HIJO INTERMEDIO	
	SOBREINVOLUCRACIÓN	86% 43	8% 4	4% 2	2% 1

TABLA 4. Muestra el porcentaje y el número de familias que presentaron las categorías de cada variable.

En resumen, se encontró que en la mayoría de las familias con el padre alcohólico activo e hijos adolescentes, los límites tanto al interior como al exterior son difusos, el grado más alto de jerarquía lo tiene la madre y el padre es la persona periférica, no se presenta hijo parental, sin embargo, hay una tendencia a que el hijo mayor adolescente sea hijo parental.

Existen alianzas entre dos o más hermanos para salir o pedir permisos, también se presentan coaliciones, uniéndose dos o más hermanos para atacar a otro hermano. Se presentan muy pocos casos de centralidad tanto positiva como negativa, así como de triangulación y sobreinvolucración.

Como ya se ha mencionado, esta investigación se basa en el Modelo Estructural Sistémico, en el cual se pueden representar las interacciones familiares a través de un familograma, para tener una idea general de como interactúa la familia (ver Esquema 1).



- ↑ MAYOR JERARQUÍA
- ← PERIFÉRICO
- HIJO PARENTAL
- LÍMITES DIFUSOS EN EL HOLON PARENTAL
- LÍMITES DIFUSOS EN EL HOLON CONYUGAL
- LÍMITES DIFUSOS EN EL HOLON FRATERNAL
- LÍMITES AL EXTERIOR DIFUSOS
- CENTRAL POSITIVA
- ALIANZAS
- COALICIONES

Esquema 1. Muestra la estructura familiar que se encontró con mayor frecuencia en familias con el padre alcohólico e hijos adolescentes.

DISCUSIÓN

Con los resultados de esta investigación se puede afirmar que las conductas que presenta la persona que ingiere alcohol, afecta las interacciones de los miembros de la familia y es posible identificar patrones de interacción en familias en las que el padre es alcohólico y tienen hijos adolescentes. Un ejemplo de esto, es que una gran parte de las familias muestran límites difusos al interior, debido a que en el holón conyugal se presenta conflicto entre cónyuges, porque a la esposa le molestan las actividades que tiene su esposo, como el ingerir alcohol, las amistades que frecuentan, la forma de comportarse cuando ingiere alcohol. Y al esposo le molestan las actividades que tiene su esposa, ya que al tener poco apoyo emocional y económico, la esposa se ve impulsada a realizar una vida más independiente, salir con amigas y en algunos casos trabajar, por lo que el esposo al llegar a casa y no encontrarla se molesta. Cuando el conflicto de ambos padres llega a ser intolerable, se agrede física y verbalmente por cualquier motivo y el alcohólico prefiere evadir sus responsabilidades alejándose de la familia, evitando platicar con su esposa, entre otros; ante esto la madre asume las responsabilidades del padre, logrando obtener más jerarquía dentro de la familia y posibilitando con esto que persista la conducta de periferia del padre.

Se observó que los límites en el holón parental en su mayoría son difusos debido a la falta de comunicación adecuada de los padres, donde las reglas no son lo suficientemente claras y constantes para que las comprendan los hijos. Debido a que los hijos están en la adolescencia es natural pensar en una modificación de reglas en la familia, pero si en estos sistemas no hay reglas o éstas son confusas, por lógica no se dan los cambios necesarios y los hijos presentan conductas inadecuadas (problemas escolares, vagancia, drogadicción, etc.) que son incontrolables por sus padres. Además de que permiten que algún hijo intervenga en la toma de decisiones de la familia. Este tipo de situaciones en etapas posteriores al ciclo vital de la adolescencia posibilitan la presencia de un hijo parental.

En lo que respecta al holón fraternal, predominan los límites difusos, como ya se había mencionado no hay reglas claras por parte de los padres hacia el comportamiento de los hijos, esto origina que cada hijo establezca sus propias reglas las cuales en algunos casos son para ayudar a los hermanos, pero en la gran mayoría sólo sirven para formar coaliciones y obtener lo que desean.

Al no haber un acuerdo entre los padres sobre las reglas en la familia y por la periferia del padre, un hijo, en este caso el mayor adolescente, se adjudica las funciones que le corresponden al padre, ocasionando conflictos, en el sistema conyugal y fraternal.

En la muestra analizada se encontró que la mayor jerarquía la ejerce la madre, esto debido principalmente porque al ingerir alcohol, el padre no cumple con las necesidades básicas de la familia, por lo que surge la necesidad de que la madre, además de cumplir con sus funciones ejerza las del padre, en cuanto a educación de los hijos, tomar decisiones en el hogar, apoyo emocional y en algunos casos hasta el sustento económico; lo que favorece la posibilidad de que con el tiempo el padre sea aún más periférico.

Es así como se encontró que la persona periférica de la familia es el padre, esto se debe a que a medida que se va haciendo más dependiente del alcohol, se va desinteresando por sus actividades diarias, tanto con la familia como en el trabajo.

En el ámbito familiar se va deteriorando la relación con la esposa llega tarde a casa en estado de ebriedad, la comunicación se vuelve confusa entre ambos porque la esposa sólo le habla para reprocharle su comportamiento cosa que al esposo no le parece y siempre terminan discutiendo, por lo que finalmente optan por no hablarse para no discutir. Así también, el padre evita esta en casa ya que prefiere salir con sus amigos a beber, lo que ocasiona que llegue tarde a casa y no conviva

con los hijos, es así como se aísla de la familia y se resigna a que la madre lleve el control familiar, ya que por su comportamiento y los problemas que ocasiona no se siente con derecho de tomar decisiones en la familia. Todo esto en conjunto provoca que finalmente la familia ya no lo tome en cuenta en las decisiones familiares y sea periférico.

En cuanto al hijo parental, esto no se presentó abiertamente, pero si se observaron determinadas conductas como que ayudaba económicamente, cuando no estaba la madre tenía a su cargo el cuidado de sus hermanos; siendo estas conductas algunas de las primeras manifestaciones del hijo parental.

Una tercera parte de las familias sí presentaron hijo parental, siendo éste el hijo mayor adolescente, ya que aparte de corregir a sus hermanos y ayudar económicamente, toma decisiones en casa, sirve como apoyo a la madre y resuelve problemas familiares; esto provocado principalmente por la falta de presencia del padre. Aunque no se puede decir que en esta etapa el hijo sea parental, sí se puede deducir que en etapas posteriores el hijo parental se presente totalmente.

Aún cuando hay pocos casos de centralidad positiva, se puede decir que hay una tendencia a que el hijo mayor adolescente lo sea, puesto que la familia y en un grado mayor la madre, lo ve como el que más ayuda, pues como lo veíamos anteriormente, se responsabiliza de la familia y sirve de apoyo.

Respecto a la centralidad negativa, en las familias que se llegó a presentar, correspondió al hijo intermedio, esto debido a que suele ser más rebelde además de tener problemas de conducta tanto en la escuela como en la familia. En esta categoría se esperaba encontrar al padre como central negativo por su forma de beber y los problemas que ocasiona, sin embargo, no se dio así porque se muestra claramente que es periférico y es ignorado por la familia. Se deduce que el hijo intermedio tiene tendencia a ser central negativo por el hecho de que el hermano

mayor tiene mayor jerarquía que él, lo que le ocasiona conflictos pues cree que es injusto y prefiere rebelarse a ser gobernado por su hermano, esto aunado a los cambios físico y emocionales que empieza a tener el hijo intermedio adolescente, ya que empieza a tener influencia de sus amigos, estar menos en casa, etc.

En lo que se refiere a las alianzas, en estas familias suelen unirse entre hermanos, a causa de que los hijos son adolescentes y tienen gustos similares por lo que se unen para salir a fiestas, con amigos, divertirse, etc.

EN las familias analizadas se observaron coaliciones entre dos o más hermanos contra otro hermano, esto a consecuencia de que los hermanos están en desacuerdo en que el hermano empiece a tener mayor jerarquía que ellos, esto es que tenga derecho a regañarlos, corregirlos y cuidarlos; por lo que se unen y tratan de molestarlo no haciéndole caso en lo que les manda, poniéndole apodos, haciéndolo a un lado, etc. En esta categoría se esperaba encontrar coaliciones entre madre e hijos para atacar al padre, sin embargo, se dio en muy pocos casos, debido a que el padre es periférico y la familia ya no toma en cuenta su conducta de beber y los problemas que causa.

Los casos que se llegaron a presentar de triangulación fueron entre los padres y el hijo mayor adolescente, ya que ambos padres utilizan al hijo como intermediario para resolver sus problemas. Se deduce que se presentó poco esta categoría pues los hijos están en una edad en la que no se dejan manipular fácilmente por los padres. Además de que debido a la condición del padre como periférico no les interesa molestar a la madre ni unirse a un hijo.

Las familias que manifestaron sobreinvolucración, la presentaron entre la madre y el hijo mayor adolescente ya que al ser el hijo el único con apoyo de la madre, hay una comunicación demasiado estrecha entre ellos donde el hijo le da

apoyo a la madre y éste a su vez comparte la jerarquía con él. Esto también es originado por la periferia del padre.

En cuanto al aspecto del paciente identificado sólo pocas familias identificaron como enfermo al padre, ya que la mayoría reportó que lo del padre es sólo un vicio pero sin llegar a ser una enfermedad. El hecho de que el padre no sea identificado como paciente se debe básicamente a su condición de periférico.

En estas familias se encontró que los límites al exterior eran difusos debido a que la familia permite que familiares y amistades intervengan en los problemas conyugales, esto originado por la falta de organización en el sistema conyugal y a que la comunicación entre cónyuges es tan confusa que aceptan que otras personas intervengan en sus problemas.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados encontrados en esta investigación se puede concluir que las familias con el padre alcohólico activo y con hijos adolescentes, presentaron una estructura con patrones de interacción similares.

De acuerdo a la concepción que da Minuchin (*op.cit*), de las familias ideal y disfuncional, se puede deducir que el tipo de familias analizadas tienen una estructura disfuncional ya que presentan límites difusos al interior y exterior del sistema, manejo de la mayor jerarquía por una sola persona, periferia, coaliciones, hijo parental. Es así como todos estos patrones de interacción provocan conflictos al no ser solucionados por la familia requieren de ayuda profesional.

En las familias analizadas los conflictos están tan avanzados que están dando los primeros pasos para buscar ayuda, sin embargo, esta población cuenta con recursos económicos e institucionales muy limitados que en lugar de acudir a ayuda especializada (psicólogos), asisten a los grupos Alcohólicos Anónimos, Alateen, atención médica de beneficencia; y en estas instituciones el tipo de tratamiento es individual, por lo que debido al tipo de problemática que tienen estas familias, su problema no es solucionado satisfactoriamente y al dejar de acudir a la institución reinciden.

Por lo anterior, se considera de gran importancia dar mayor difusión al trabajo del psicólogo y más específicamente a la Terapia Familiar Sistémica, ya que ofrece otra opción de tratamiento más eficaz y rápido en la resolución de problemas como el alcoholismo; ya que al trabajar con toda la familia se pueden resolver los conflictos que en ese momento tienen mayor importancia.

Se considera que esta investigación tiene una aportación al área clínica en dos niveles:

- En el *nivel preventivo*, el terapeuta cuenta con una idea de la organización familiar y del tipo de conflictos que puede tener la familia con el padre alcohólico e hijos adolescentes. Es de gran utilidad para el terapeuta cuando trabaja con familias en etapas anteriores a la adolescencia, saber qué conflictos en un futuro puede llegar a presentar la familia y así implementar estrategias de intervención dirigidas a evitar esos conflictos.
- A *nivel de tratamiento*, esta investigación ofrece la opción de que el terapeuta dirija su entrevista a las áreas específicas donde es más común encontrar problemas en este tipo de familias, esto a su vez le ahorra tiempo y le ayuda a dirigir más rápidamente las técnicas encaminadas a la solución del problema. De acuerdo a los resultados de esta investigación se sugiere que el tratamiento a familias con hijos adolescentes siendo el padre alcohólico, vaya dirigido a establecer límites claros y flexibles tanto al interior (holón conyugal, parental y fraternal) como al exterior del sistema, que la jerarquía sea compartida entre ambos cónyuges, que las alianzas y la centralidad positiva sean alternadas, evitando la centralidad negativa, que el padre deje de ser periférico, que no haya coaliciones, evitar el surgimiento de un hijo parental, así como de sobreinvoluciones y triangulaciones.

La presente investigación sin embargo, tiene algunas limitaciones. Se podría mencionar que:

- Se requiere de una muestra mayor, para poder generalizar los resultados encontrados y poder establecer la estructura de familias con hijos adolescentes siendo el padre alcohólico.
- Otra de las limitaciones que se encontraron fue la recabación de información pues se utilizó la forma escrita, con la cual se pierde mucha información que puede ser importante, por lo que se sugiere que la recabación de datos sea con

una grabadora y que se dedique más de una sesión a cada familia, para que el contenido de la información sea más sustentosa.

- Se sugiere que se realicen investigaciones con familias con hijos adolescentes y que el padre no sea alcohólico, además de que no reporten queja con respecto a algún miembro (paciente identificado), para realizar las comparaciones estructurales correspondientes y establecer posibles diferencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman, N. et. al. (1981). Grapoterapia de la Familia. Buenos Aires, Ed. Paidós.
2. Al-anon (1988). ¿Así que amas a un alcohólico?. Folleto Publicado por la Agrupación Headquarters, Inc. en New York.
3. Alateen (1977). Esperanza para hijos alcohólicos. Folleto publicado por la Agrupación Headquarters, Inc. en New York.
4. Alateen (1981). ¿Es Alateen para ti?. Folleto publicado por la Agrupación Headquarters, Inc. en New York.
5. Alcohólicos Anónimos (1980). ¿Qué hacer con respecto a la bebida del alcohólico?. Folleto publicado por la Agrupación Headquarters, Inc. en New York.
6. Alonso-Fernández (1992). Alcohodependencia. Barcelona, Ed. Científicas y Técnicas.
7. Andolfi, M. (1990). Terapia Familiar: Un Enfoque Internacional. México. Ed. Paidós.
8. Adolfi, M. y Zwerling, I. (1985). Dimensiones de la Terapia Familiar. Barcelona. Ed. Paidós.
9. Batenson, G. (1972). Doble Vínculo y Esquizofrenia. Buenos Aires, Ed. Carlos Lohlé.
10. Batenson, G. et. al. (1980). Interacción Familiar. Montevideo, Ed. E.B.A. Colección Psicoanalítica.
11. Bowen, M. (1989). La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. España, Ed. Descleé de Brower. V.2
12. Bowen, M. (1991). De la Familia al Individuo: La Diferenciación del sí mismo en el Sistema Familiar. Barcelona, Ed. Paidós.
13. Barruecos, D. y Uribe, P. (1994). Características de la Estructura Familiar de Menor Infractor en México: Una Propuesta de Intervención. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.

14. Caballo, V. E. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. México, Ed. S. XXI. Cap. XIII.
15. Caillé, P (1985). Familias y Terapeutas. Lectura Sistémica de una Interacción. Buenos Aires. Ed. Nueva visión.
16. Carnwath y Miller, D. (1989). Psicoterapia Conductual en Asistencia Primaria: Manual Práctico. Barcelona, Ed. Martínez Roca. Cap. XVIII.
17. CESAAL (1991). Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. México, Editorial Trillas.
18. Dusek, D. y Girdano, D. (1990). Drogas. Un Estudio Basado en Hechos. México, Ed. SITESA.
19. Eguiluz González (1988). Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
20. Ellis, A. et. al. (1992). Terapia Racional - Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Bilbao. Ed. Descleé de Brower.
21. Estrada, Y. (1991). El Ciclo Vital de la Familia. México. Ed. Posada.
22. Fernández, V. (1988). El Problema Médico Social del Alcoholismo. México, Ed. Prensa Médica Mexicana.
23. Fishman, H. (1990). Tratamiento de Adolescentes con Problemas. Un Enfoque de Terapia Familiar. México, Ed. Paidós.
24. Flores, J.D. (1992). Alcohólicos Anónimos: Una Alternativa de Tratamiento para el Alcoholismo. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
25. Flores, R. (1992). Estructura de la Familia con un Miembro Alcohólico. Tesina. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
26. Fuentenebro, F. y Vázquez, C. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Madrid, Ed. McGraw Hill. V.2. Cap. XXXVII.
27. Galí, H. (1975). Alcoholismo y Drogadicción. México, Editorial Hermanos Gómez Gómez.
28. García, B. (1979). Alcohol y Tabaco. México, Ed. Olimpo.
29. Garduño. A. (1991). Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar Sistémica en México. Tesina. Lic. U.N.A.M. Iztacala.

30. Graffith, E. (1990). Tratamiento de Alcohólicos. Guía para el Ayudante Profesional. México. Ed. Trillas.
31. Guerras, A. (1981). Enciclopedia de las Enfermedades Comunes. México, Ed. Trillas.
32. Haley, J. (1989). Terapia No Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton Erickson. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
33. Haley, J. (1991). Terapia para Resolver Problemas. Nuevas Estrategias para una Terapia Eficaz. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
34. Hernández, R. M.; Juárez, J. B. y Ortiz, R.E. (1990). Terapia Familiar Sistémica. Una Revisión Teórico - Práctica. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
35. Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas. México, Ed. F.C..E.
36. Krupp, M (1980). Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México, Ed. Manual Moderno.
37. López y Torres. (1994). Análisis y Evaluación de los Roles en la Familia Alcohólica. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
38. Madden, S. (1986). Terminología, Prevalencia y Etiología en Alcoholismo y Farmacodependencia. México, Ed. Manual Moderno.
39. Melendez, C.G. (1994). El Adulto Joven en Busca de su Autonomía. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
40. Minuchin, S. (1989). Familias y Terapia Familiar. México, Ed. Gedisa.
41. Minuchin, S. y Fishman, (1992). Técnicas de Terapia Familiar. México, Ed. Paidós
42. Montalvo, J. y Soria, R. (1994). Guía de Entrevista para Detectar la Estructura familiar. Proyecto de Investigación. E.N.E.P. Iztacala, UNAM.
43. Mony, E. (1988). Formaciones y Prácticas en Terapia Familiar. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
44. Pittman, D. (1984). Alcoholismo. Argentina, Ed. Horme.

45. Ramírez y Téllez (1986). Análisis Reflexivo de la Terapia y Alternativa Teórica. Tesis. Lic. U.N.A.M. Iztacala.
46. Serran, P. (1974). La Droga y la Reacción Social con el Drogadicto. En: Revista de Orientación Psicopedagógica. V.6. N. 299.
47. Shazer, S. (1989). Pautas de Terapia Familiar Breve. España, Ed. Paidós.
48. Steiner (1976). Alcoholismo. México, Ed. V Siglos.
49. Steinglas, P. (1989). La Familia Alcohólica. México, Ed. Gedisa.
50. Souza y Machorro (1984). Alcoholismo. Conceptos Básicos. México, Ed. Manual Moderno.
51. Torres, R. (1983). El Flagelo del Alcoholismo. La Trampa Mortal. México, Editores Mexicanos Unidos.
52. Velasco, F.R. (1981). Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. México, Ed. Trillas.
53. Velasco, F.R. (1990). Alcoholismo. Visión Integral. México, Ed. Trillas.
54. Watzlawick, P. (1986). Teoría de la Comunicación Humana. México, Ed. Herder.
55. Yates, A. (1987). Alcoholismo y Drogadicción: Terapia del Comportamiento. México, Ed. Trillas.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR.
(Montalvo y Soria, 1994)

Datos Demográficos.

	Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado Civil	Religión
Padre						
Madre						
Hijos						
Otros:						
Abuelos						
Tíos, etc.						
ACTUALMENTE						

JERARQUÍA.

1. ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?
2. ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?
3. ¿Quién las hace respetar?
4. ¿Quién decide lo que se premia y lo que se castiga?
5. ¿Quién premia y quién castiga?
6. ¿Estando Mamá y Papá en casa, quién premia y quién castiga?
7. ¿No estando Papá y Mamá, quien toma las decisiones en casa?
8. ¿No estando Papá y Mamá, quién premia y quién castiga?

CENTRALIDAD Y PERIFERIA.

9. ¿Hay algún miembro de la Familia de quien se tengan muchas quejas?
- 9'. ¿Quién?
- 9A. ¿Por qué?
10. ¿Hay algún miembro de la familia de quien más se hable positivamente?,
¿Quién?
- 10A. ¿Por qué?
11. ¿Hay algún miembro de la familia de quien más se hable negativamente?,
¿Quién?

- 11A. ¿Por qué?
12. ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?, ¿Quién?
- 12A. ¿Por qué?
13. ¿Hay algún miembro de la familia que casi no participan en las relaciones familiares? ¿Quién?
14. ¿Hay algún miembro de la familia que destaque en algún aspecto o actividad con respecto a los demás?
15. ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares? ¿Quién?

LÍMITES Y GEOGRAFÍA.

16. ¿Mamá está interesada en conocer y participar en todas las actividades que realiza Papá?
17. ¿Cómo lo hace?
18. ¿Papá está interesado en conocer y participar en todas las actividades que realiza Mamá?
19. ¿Cómo lo hace?
20. ¿Papá y Mamá tienen amistades en común?
21. ¿Mamá tiene amistades personales?
22. ¿Hay algún problema entre Papá y Mamá por estas amistades?
23. ¿Hay algún problema entre Papá y Mamá por estas amistades?
24. ¿Papá y Mamá discuten o pelean en presencia de los hijos?
25. ¿Papá comenta con algún hijo sus problemas conyugales?
- 25A. ¿Con quién?
26. ¿Mamá comenta con algún hijo sus problemas conyugales?
27. ¿Hay algún miembro de la familia que intervenga en los problemas conyugales de Papá y Mamá?
- 27A. ¿Quién?
28. ¿Los hijos saben lo que deben hacer y lo que no la mayoría de las veces?
29. ¿Son claras las reglas, premios y castigos en la familia?

30. ¿Hay diferencias en las reglas, premios y castigos según la edad de los hijos?
- 30A. ¿Un ejemplo?
31. ¿Se acostumbra que los hijos cuenten a uno o ambos padres todo con respecto a sus actividades y problemas?
32. ¿Se acostumbra que los hijos o algún hijo premie, corrija, castigue, etc., a sus hermanos?
- 32A. ¿Quién?
33. ¿Existe algún miembro de la familia fuera de Papá y Mamá que aporte ingresos económicos?
- 33A. ¿Quién?
- 33B. ¿Qué derechos tiene por ello?
34. ¿Existe alguna persona que no viva con la familia y que tenga que ver en la implantación de reglas, premios y castigos?
- 34A. ¿Quién o quiénes?
35. ¿Qué tipo de contacto tiene la familia con parientes, amistades, vecinos, etc.?
36. ¿Existen familiares o amistades que intervengan en los problemas conyugales de Papá y Mamá?
- 36A. ¿Quiénes?
- 36B. ¿Cómo?
37. ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?
- 37A. ¿Cuál?
38. ¿Si se tiene es respetado?
- 38A. ¿Quién no respeta el espacio de:
- Papá:
 - Mamá:
 - Hijo:
 - Otros:
- ¿Cómo?
39. ¿Cuál es el espacio compartido?
40. ¿Se respetan las propiedades individuales?

41. ¿Quién no las respeta?

41A. ¿Cómo?

ALIANZAS Y COALICIONES

42. ¿Quiénes suelen unirse para obtener algún permiso, concesión, dinero, favor, etc.?

42A. ¿Mencionar un ejemplo?

43. ¿Quiénes suelen unirse para perjudicar, atacar, dañar, descalificar, castigar, etc., a otro?

43A. ¿A quién y a quiénes perjudican?

44. ¿Menciona ejemplos?