



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

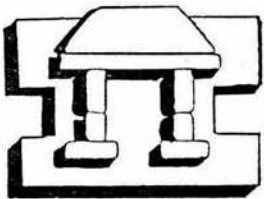
PO 1480/97
g.2

PADRE ALCOHOLICO
¿COMO ES LA ESTRUCTURA DE SU FAMILIA?
ETAPA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CAROL CARIÑO VARA

MTRA. M. ROCIO SORIA TRUJANO
MTRO. JAIME MONTALVO REYNA,
LIC. ERNESTO ARENAS GOVEA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

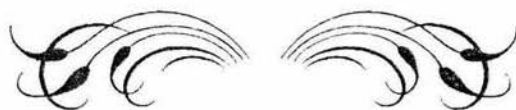


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



Plegaria

Concédeme, Dios mío... que nunca me aparte de la senda, que lleva a la verdadera felicidad y al éxito verdadero.

Haz que mis ojos vean siempre claramente mi meta trazada.

Ayúdame a emplear las fuerzas latentes que hay dentro de mí, y más arriba de mí.

Infúndeme fortaleza para que me aplique al trabajo en cuerpo y alma.

Ayúdame a amar a mis semejantes, a servirles, a buscar su felicidad.

Haz que haya siempre en mis labios, sonrisas para todos mis semejantes.

Henry J. Kaiser

Agradecimientos:

Le agradezco a Dios, el haberme dado las herramientas necesarias, para dar este paso en mi vida.

A mis padres por su aliento y amor brindados

Gracias mamá.

Gracias papá.

A Gabi, por ser como mi hermana y mi gran apoyo.

Mi reconocimiento, también para Rocio, Jaime y Ernesto, asesores de este trabajo, por sus enseñanzas y consejos.

Y a todas las personas que colaboraron en las entrevistas, para la realización de la investigación.



R E S U M E N

Vemos reflejadas las consecuencias del alcoholismo, en las notas de periódico que nos cuentan sobre accidentes automovilísticos, donde el conductor estaba ebrio; la pérdida del empleo, la ruina financiera, o el deterioro físico y mental como resultado de la ingesta de alcohol. Pero, no son notas aisladas en un noticiero, todos conocemos o hemos visto casos así. Sin embargo, sus efectos nocivos trascienden los límites del nivel individual, afectando su entorno social; incluyendo aquí al sistema familiar.

De allí la importancia que reviste el estudio de este problema. Así, se tuvo como objetivo en esta investigación, el analizar la estructura familiar con un miembro alcohólico; en este caso el padre, en la etapa del ciclo vital correspondiente al núcleo formado por el padre, la madre y los hijos en edad escolar.

Para alcanzar el objetivo, se aplicó a 50 familias con hijos en edad escolar y clase media, la Guía de Entrevista, diseñada para detectar la estructura familiar, diseñada por Montalvo y Soria (1994). El análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó con el Programa SPSS-PLUS, para determinar la frecuencia de los diferentes aspectos que conforman la estructura del sistema.

Se concluyó que la estructura de este tipo de familias, se caracteriza por límites difusos al exterior, difusos al interior en los holones conyugal, parental y fraternal; la mayor jerarquía está depositada en la madre, y la centralidad negativa en el padre; aunque no muy frecuentes, hay coaliciones y triangulaciones, y en menor medida alianzas (pero no alternadas); también (aunque es poco probable) podemos encontrar al hijo parental.

Estos datos son una herramienta valiosa para el psicólogo clínico, ya que le sirve como guía en el tratamiento y, es un elemento preventivo al conocer las características estructurales de familias alcohólicas con hijos en edad escolar, desde la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO PRIMERO	I
HISTORIA DEL MOVIMIENTO FAMILIAR	1
PRINCIPALES EXPONENTES Y SUS INVESTIGACIONES.....	2
INVESTIGACIÓN EN PALO ALTO, CALIFORNIA	3
<i>Gregory Bateson</i>	4
<i>Don D. Jackson</i>	4
<i>Jay Haley</i>	4
<i>Virginia Satir</i>	5
<i>Paul Watzlawick</i>	5
INVESTIGACIÓN EN PHILADELPHIA	5
<i>Salvador Minuchin</i>	6
INVESTIGACIONES EN MILWAUKEE	6
INVESTIGACIÓN EN NUEVA YORK	7
<i>Nathan Ackerman</i>	7
INVESTIGACIÓN EN MILÁN, ITALIA.....	8
TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO	9
OTROS INVESTIGADORES SOBRESALIENTES.....	9
<i>Milton H. Erickson</i>	9
<i>Murray Bowen</i>	10
CAPÍTULO SEGUNDO	12
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	12
Teoría General de los Sistemas.....	12
DEFINICIÓN	12
SISTEMA	13
Sistemas: Abiertos y Cerrados.....	13
Totalidad	13
Homeostasis.....	14
Morfostásis y Morfogénesis.....	14
Equifinalidad, Equipotencialidad y Circularidad.....	15
LA FAMILIA COMO SISTEMA ABIERTO.....	16
El Doble Vínculo.....	17
Ingredientes para el Doble Vínculo	19
Teoría de la Comunicación Humana	20
Teoría Cibernética	22
CAPÍTULO TERCERO	24
MODELO ESTRUCTURAL	24
CONCEPTO DE FAMILIA.....	24
ESTRUCTURA FAMILIAR	25
HOLONOS O SUBSISTEMAS	25
Holón Individual.....	25
Holón Conyugal.....	26
Holón Parental	26
Holón Fraterno o de los Hermanos	27

LÍMITES	27
<i>CLASIFICACIÓN DE LOS LÍMITES</i>	28
<i>Límites Flexibles</i>	28
<i>Límites Difusos</i>	29
<i>Límites Rígidos</i>	29
INTERACCIÓN ENTRE LOS SUBSISTEMAS O LOS INDIVIDUOS	30
<i>Triangulación</i>	30
<i>Coalición</i>	31
<i>Hijo(a) parental</i>	31
<i>Jerarquía</i>	31
<i>Proximidad</i>	32
<i>Geografía: Periferia y Centralidad</i>	32
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	33
DEFINICIÓN	33
Formación de la pareja	34
La familia con hijos pequeños	35
La familia con hijos en edad escolar o adolescentes	35
La familia con hijos adultos o nido vacío	36
CAPÍTULO CUARTO	38
ALCOHOLISMO	38
Definiciones	38
Etiología	39
Tratamientos	40
<i>TRATAMIENTO MÉDICO</i>	40
FASES DEL ALCOHOLISMO	41
1ª Fase Pre-alcohólica	41
2ª Fase prodómica	41
3ª Fase Crítica	41
4ª Fase Crónica	42
<i>TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO</i>	42
<i>TRATAMIENTO CONDUCTUAL</i>	42
<i>APROXIMACIÓN SISTÉMICA</i>	43
<i>TRATAMIENTO FAMILIAR</i>	43
PROYECTO	51
Justificación	51
Problema	52
Objetivo	52
MÉTODO	52
PROCEDIMIENTO	53
ANÁLISIS DE DATOS	54
RESULTADOS	55
Límites al interior	57
<i>HOLÓN CONYUGAL</i>	57
<i>HOLÓN PARENTAL</i>	58
<i>HOLÓN FRATERNO</i>	59
Límites al exterior	60
Jerarquía	61
HIJO PARENTAL	62
CENTRALIDAD POSITIVA	63
CENTRALIDAD NEGATIVA	64

PERIFERIA	65
PACIENTE IDENTIFICADO	66
COALICIÓN	67
ALIANZAS	68
TRIANGULACIONES	69
AMANTE	70
DISCUSIÓN	71
FAMILIOGRAMA GENERAL	76
CONCLUSIÓN	77

BIBLIOGRAFÍA	80
--------------------	----

ANEXO	87
-------------	----

Uno de los problemas de salud más graves en nuestro país es el alcoholismo, considerando que las consecuencias sociales del consumo inmoderado de alcohol, son la desintegración familiar, los delitos y los accidentes. La mitad de los delitos son cometidos bajo los efectos del alcohol y en el 16% de los accidentes se presenta esta variable (Natera, 1988; Moscondes, 1989; Manriquera, 1989; citados por Cobos y Banda, 1993).

En una investigación realizada por Cobos y Banda (1993), detectaron que los jóvenes (hombres y mujeres) inician el consumo de alcohol entre los 14 y 16 años en promedio. Además se reporta un alarmante incremento en el consumo de bebidas alcohólicas de un 12% hasta un 58%, tan solo en un año (Medina, 1989 y Soloache, 1990; citados en Cobos y Banda, *op. cit.*).

Este problema se aborda desde distintos marcos conceptuales, siendo así, diferente el tratamiento; pero coinciden en algo, el problema es individual, únicamente compete al individuo alcohólico, a quien se le debe rehabilitar mediante medicamentos, resolución de conflictos intrapsíquicos, o con fuerza de voluntad. Sin embargo, el sujeto no está aislado, pertenece a un sistema, el sistema familiar; de aquí se desprende según el punto de vista sistémico que no sólo se atiende al alcohólico, sino a todos los miembros de este sistema.

¿Por qué es necesario atender a todos los miembros de la familia? A mediados de este siglo, diversos investigadores familiares encontraron que no bastaba con hospitalizar a pacientes esquizofrénicos y rehabilitarlos, ya que al reintegrarlos a su hogar, el problema reincidía. Conjuntaron diversas investigaciones referentes a la Comunicación Humana, el Doble Vínculo, o la Teoría de los Sistemas, obteniendo una terapia que respondiera a sus interrogantes; la conducta de un individuo repercute en la de los demás miembros de su familia, y a su vez, dicha conducta está influenciada por la de sus familiares.

El comportamiento ocurre en un contexto *bio-psico-socio-cultural*, de ahí que las implicaciones de esta perspectiva en el ámbito de la salud, muestran la existencia de una persona en un sistema familiar que interactúa dentro de la comunidad, en cierta cultura, y así sucesivamente las relaciones se van haciendo cada vez más complejas.

Uno de los problemas de salud más graves en nuestro país es el alcoholismo, considerando que las consecuencias sociales del consumo inmoderado de alcohol, son la desintegración familiar, los delitos y los accidentes. La mitad de los delitos son cometidos bajo los efectos del alcohol y en el 16% de los accidentes se presenta esta variable (Natera, 1988; Moscondes, 1989; Manriqueza, 1989; citados por Cobos y Banda, 1993).

En una investigación realizada por Cobos y Banda (1993), detectaron que los jóvenes (hombres y mujeres) inician el consumo de alcohol entre los 14 y 16 años en promedio. Además se reporta un alarmante incremento en el consumo de bebidas alcohólicas de un 12% hasta un 58%, tan solo en un año (Medina, 1989 y Soloache, 1990; citados en Cobos y Banda, *op. cit.*).

Este problema se aborda desde distintos marcos conceptuales, siendo así, diferente el tratamiento; pero coinciden en algo, el problema es individual, únicamente compete al individuo alcohólico, a quien se le debe rehabilitar mediante medicamentos, resolución de conflictos intrapsíquicos, o con fuerza de voluntad. Sin embargo, el sujeto no está aislado, pertenece a un sistema, el sistema familiar; de aquí se desprende según el punto de vista sistémico que no sólo se atiende al alcohólico, sino a todos los miembros de este sistema.

¿Por qué es necesario atender a todos los miembros de la familia? A mediados de este siglo, diversos investigadores familiares encontraron que no bastaba con hospitalizar a pacientes esquizofrénicos y rehabilitarlos, ya que al reintegrarlos a su hogar, el problema reincidía. Conjuntaron diversas investigaciones referentes a la Comunicación Humana, el Doble Vínculo, o la Teoría de los Sistemas, obteniendo una terapia que respondiera a sus interrogantes; la conducta de un individuo repercute en la de los demás miembros de su familia, y a su vez, dicha conducta está influenciada por la de sus familiares.

El comportamiento ocurre en un contexto *bio-psico-socio-cultural*, de ahí que las implicaciones de esta perspectiva en el ámbito de la salud, muestran la existencia de una persona en un sistema familiar que interactúa dentro de la comunidad, en cierta cultura, y así sucesivamente las relaciones se van haciendo cada vez más complejas.

Los síntomas físicos y psíquicos, frecuentemente se desarrollan como resultado de la tensión y ansiedad en el sistema familiar, cada individuo y cada familia poseen una capacidad básica para manejar la tensión. En este sentido se señala que el conocimiento y aproximación al individuo, debe partir del estudio de su familia por ser su contexto más próximo (Molina; citada en Toro y Yepes, 1991).

El objetivo de este proyecto de investigación consistió en *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 el padre, la madre e hijos en edad escolar*. Y pertenece a una investigación general sobre las características estructurales, en cada una de las cinco etapas del ciclo vital de la familia con el padre alcohólico.

En el primer capítulo se revisan las principales investigaciones que conforman la historia del movimiento familiar, que comenzó a nivel de investigación entre los años 40's y 50's, al observar que los pacientes hospitalizados, y posteriormente dados de alta, tenían recaídas que hacían necesario su reingreso al hospital; además, se hace también un recuento de los principales exponentes que dieron origen a dicho movimiento.

En el segundo capítulo están descritas la *Teoría General de los Sistemas*, del biólogo y matemático Ludwin Von Bertalanffy, desarrollada en 1950; la *Teoría del Doble Vínculo*, presentada en el escrito "Hacia una teoría de la esquizofrenia" en 1956 por Gregory Bateson (antropólogo), Don Jackson (psiquiatra), Jay Haley (investigador) y John Weakland (ingeniero químico, antropólogo y sociólogo); la *Teoría de la Comunicación Humana* de Paul Watzlawick (investigador); y la *Teoría Cibernética*, de Arturo Rosenbluth, Norbert Wiener y Julian Bigelow; el segundo de ellos, matemático, fue quien acuñó el término de *cibernética*. Y aunque estas teorías no todas fueron creadas por científicos relacionados con la psiquiatría o la psicología, por su trascendencia fueron retomadas para fundamentar la Terapia Familiar Sistémica, dejando los modelos que sólo daban una explicación lineal sobre el comportamiento humano, o aislaban para su estudio y tratamiento al individuo (Benoit, 1985; Fisch, *et. al.*, 1988; Garduño, 1991; Keeney, 1991).

En el tercer capítulo se revisan los conceptos del Modelo Estructural; que es uno de los modelos del enfoque sistémico; el cual, considera a la familia como un sistema abierto que se autorregula y relaciona con otros sistemas, de menor o mayor tamaño que ésta (subsistemas o suprasistemas, respectivamente). Su principal exponente es el psiquiatra Salvador Minuchin. y es precisamente en este modelo, en el cual se basa la presente investigación.

En el último capítulo, se describen diferentes definiciones sobre alcoholismo como son la perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (*OMS*), la Asociación Psiquiátrica Americana (*APA*), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (*DSM*), así como la de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*CIE*) y la agrupación de Alcohólicos Anónimos (*AA*). Asimismo, los tratamientos que se emplean a nivel médico, psiquiátrico, conductual, y por supuesto el tratamiento familiar.

En otro apartado, se describen el proyecto de investigación, así como los resultados obtenidos, y la discusión y conclusiones del mismo.

Este proyecto de investigación se refiere a las familias alcohólicas con niños en edad escolar. Esta investigación fue una aproximación a las características de estas familias en particular, para conocer su dinámica y funcionamiento, y así en la medida de lo posible enriquecer el acercamiento al problema del alcoholismo de una forma integral, tomando en consideración a todos los posibles actores involucrados.

CAPÍTULO PRIMERO

HISTORIA DEL MOVIMIENTO FAMILIAR

Después de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría se hizo popular como especialidad médica, los jóvenes psiquiatras buscaron la aplicación del tratamiento psicoanalítico a toda la gama de problemas emocionales, incluyendo experimentos con familias, bajo las normas existentes para salvaguardar la relación paciente-terapeuta y que previenen de la contaminación transferencial por el contacto con los familiares del paciente. En algunos hospitales se tenía un terapeuta para tratar los procesos intrapsíquicos, otro para manejar los asuntos prácticos y procedimientos administrativos, y un asistente social que hablaba con los familiares. No observar este principio conducía a una mala psicoterapia. Por último, se admitió ver a las familias juntas en el contexto de investigación familiar con la esquizofrenia.

El movimiento de guía infantil se acercó a ciertos conceptos familiares actuales sin poder captarlos. En la década de los treinta y los cuarenta aparecieron los asistentes sociales psiquiátricos, pero su tratamiento de las familias se abocaba a la enfermedad del paciente. Sociólogos y antropólogos investigaban familias y contribuían a la literatura científica, pero no tenían una aplicación directa a la psiquiatría. Se pusieron de moda en los años treinta los consejeros matrimoniales pero sus formulaciones se apegaban a la psiquiatría convencional. Conjuntamente la teoría sistémica comenzó en esta misma década, antes de conectarse con la teoría psiquiátrica.

El diagnóstico y tratamiento de familias empezó a hacerse a partir de finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta; en esta época, varios investigadores trabajaban en forma privada, sin tener conocimiento cada uno del trabajo de los otros. Fue entre 1955-1956 cuando entraron en comunicación y comenzaron a reunirse; sin embargo, empezó a desarrollarse pausadamente desde los inicios del psicoanálisis; ya que Freud en 1909 trató al pequeño Hans con el padre, y era coherente con los métodos que más tarde se desarrollarían a partir de la terapia familiar (Bowen, 1989).

Entre los factores que sobresalen al surgimiento de la terapia familiar está la derivación de la teoría psicoanalítica, resultado del movimiento del cuidado infantil; el principio de la terapia de grupo; el florecimiento de la terapia marital y las intensivas investigaciones sobre la esquizofrenia. Pero este movimiento no surge de manera aislada; por el contrario, responde a los cambios sociales, políticos y económicos resultado de las dos Guerras Mundiales.

PRINCIPALES EXPONENTES Y SUS INVESTIGACIONES

A fines de la década de los cuarenta y principio de los años cincuentas, los psicoanalistas trabajaban con esquizofrénicos y delincuentes, problemas cada vez más frecuentes en Estados Unidos. El tratamiento se daba a la familia pero a cada quien por separado. Se observó que al hospitalizar al paciente se recuperaba y se iba bien a su casa, pero al poco tiempo recaía, por lo que se le volvía a hospitalizar; así inició el tratamiento familiar, se trabajaba con toda la familia, pero a nivel de investigación.

Lidz y Lidz (citados en Hernández, Juárez y Ortiz, 1990) a fines de los años cuarenta, al trabajar con adolescentes y esquizofrénicos, encontraron una relación estrecha entre la esquizofrenia, los conflictos de pareja y las familias desligadas.

En la década de los cincuentas, surge Nathan Ackerman; quien es considerado como la figura más importante del movimiento familiar; emergió del establecimiento psiquiátrico en el nordeste de los Estados Unidos. Aunque utilizó algunas formulaciones psicodinámicas, la psicoterapia que creó, contrastaba con la tradición psicoanalítica. Fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica durante los años cincuentas. Poseía un olfato privilegiado para descubrir *"lo que está oculto en la maleza"*, y una gran capacidad para aprovechar su presencia e introducir el cambio. Ackerman avanzaba hacia un enfoque estructural al vincular los síntomas de los pacientes con estructuras familiares disfuncionales. Se instala en el aquí y el ahora para seguir las secuencias de relación conectadas con el presente, y hace caso omiso a la razón que la familia manifiesta al ir a terapia (Hoffman, 1987; Garduño, 1991).

Estos primeros trabajos marcan el salto de la explicación lineal a la circular, con respecto a los problemas psicológicos estableciéndose así las bases para la Terapia Familiar Sistémica.

En la *explicación lineal*, se concibe a los eventos psicológicos, obedeciendo a cadenas de causa y efecto; los problemas, así como el tratamiento son *individuales*. En cambio, en la *explicación circular*, el individuo pertenece a *sistemas*, entre los que está la familia. La conducta de cada individuo afecta a las otras personas y a su vez, la de éstas influye en la del primero, todas se afectan; los problemas son familiares como resultado de sus interacciones. Congruentemente, el tratamiento va dirigido al sistema familiar.

Singularmente fueron científicos de áreas ajenas a la psiquiatría de quienes se retomaron teorías que fundamentan a la terapia familiar. Entre ellos tenemos al teórico de sistemas generales Ludwig Von Bertalanffy; al teórico de la información Claude Shannon; al cibernético Norbert Wiener y a Gregory Bateson quien mostró el entendimiento de los procesos de comunicación, incluso los relacionados con la psicopatología (Garduño, 1991).

De ahí empezaron a surgir más trabajos cuando los investigadores familiares empezaron a unirse. En 1957 se realizó un congreso, fue la primera vez que se habló de la terapia familiar como método definitivo, y significó el principio de esta terapia a nivel nacional (Bowen, 1989; Hoffman, 1987).

INVESTIGACIÓN EN PALO ALTO, CALIFORNIA

Uno de los grupos más fuertes en el origen de la terapia familiar, fue el proyecto de esquizofrenia de Gregory Bateson en Palo Alto, California. Allí se desarrollaron dos grupos. El primero fue el "Proyecto para el estudio de la Esquizofrenia", bajo la dirección de Gregory Bateson. Jay Haley y John H. Weakland eran los miembros del proyecto con Don D. Jackson y William Fry como consultantes. En primer lugar estaban interesados en el estudio de la comunicación, en segundo término, en las familias y por último en el tratamiento. Conjuntamente realizaron la investigación sobre los orígenes de la esquizofrenia en las dificultades en la comunicación familiar; lo que más tarde conduciría a G. Bateson, Don D. Jackson, J. Haley y J. H. Weakland, a la descripción de la teoría del "doble vínculo" en 1956. El otro grupo fue el del Mental Research Institute —MRI— (Instituto de Investigación Mental), dirigido por D. Jackson, quien primeramente estuvo interesado en el tratamiento de las familias, realizando observaciones a través de la cámara de Gessel. También partici-

paron Paul Watzlawick y Virginia Satir que es la figura más conocida de este grupo (Minuchin, 1979, Benoit, 1985, Jay y Garske, 1988, Garduño, 1991 y Nicholson y Shwartz, 1991).

Destacan de la Investigación de Palo Alto:

GREGORY BATESON

Antropólogo, en 1927 observaba a las tribus de Nueva Guinea; describe sus pautas de interacción y de división social que les permite perpetuar su especie. En 1946 establece un nexo entre los conceptos de la Cibernética y la Ciencias Sociales, siendo uno de los precursores de las ideas sistémicas. Por su contacto continuo con psiquiatras se interesa por la esquizofrenia y junto con J. Haley, D. Jackson y J. H. Weakland, enuncian un documento llamado "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" (*Toward a Theory of Schizophrenia*). Bateson realizó observaciones con familias primitivas y posteriormente las hizo con familias norteamericanas (Minuchin, 1979, Benoit, 1985, Hoffman 1987; Garduño, 1991).

DON D. JACKSON

Psiquiatra y psicoanalista que funda una teoría analítica de la personalidad; con lo que sugiere que la esquizofrenia podía ser resultado de una relación falsa entre la madre y el hijo; así se interesó en secuencias de comportamiento recurrentes y cambiantes, pero que de alguna manera se relacionaban con el síntoma de la familia; como un comportamiento sintomático que mantiene el equilibrio. Propone Jackson que alterando un elemento de la pauta, incluso se podía alterar el síntoma; utiliza para ello la "doble atadura terapéutica", buscando al "prescribir el síntoma" traer salud a la familia. Además describe las relaciones complementarias y simétricas. En 1959, funda el Mental Research Institute (MRI) e invita a V. Satir a trabajar con él (Hoffman 1987; Nicholson y Shwartz, 1991).

JAY HALEY

Analista de las comunicaciones, notable observador, interesado en los procedimientos terapéuticos de Milton Erickson, analizando la relación entre paciente y terapeuta. Tenía la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente

normal, tienden a actuar de modo más normal (Garduño, 1991; Nicholson y Shwartz, 1991; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

VIRGINIA SATIR

En 1963 dirigía un proyecto de demostración de terapia familiar en el Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto, California. Poseía una especial capacidad para quitar la etiqueta a un "paciente identificado" (PI), atacaba el problema y lo convertía en algo positivo, enfatizaba el crecimiento y dirigía su búsqueda hacia alternativas normales (Hoffman, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, *op. cit.*).

PAUL WATZLAWICK

Investigador austriaco que se dedicó al estudio de la comunicación, exploró la influencia de los hemisferios cerebrales en las funciones específicas de la comunicación verbal (digital) y no verbal (analógica) y describe los axiomas de la comunicación (Garduño, 1991).

INVESTIGACIÓN EN PHILADELPHIA

En la década de los 70's, la Philadelphia Child Guidance Clinic (Clínica de Guía Infantil), bajo la dirección de Salvador Minuchin, llegó a ser uno de los centros más sobresalientes para el tratamiento de la familia. Originalmente, era una pequeña clínica con sólo diez personas trabajando en ella; localizada en el corazón del ghetto negro. Pronto y por sí misma, la clínica ocupó un moderno edificio con facilidades para videograbar (supervisión en vivo), en una especie de cámaras de Gessel, contaba también con pequeños apartamentos para la hospitalización de familias enteras. Trabajó con niños diabéticos para quienes no se encontraba una explicación médica; ellos requerían hospitalización de emergencia (por complicaciones de la misma enfermedad) y no respondían a la psicoterapia individual dirigida al estrés. Más tarde incluyó niños asmáticos con severos y recurrentes ataques, niños anoréxicos y problemas de dermatitis. Los datos confirmaron que el foco de patología estaba en el contexto de la familia y no sólo en el problema individual (Nicholson y Shwartz, 1991; Goldenber y Goldenber, 1992).

De este grupo en particular, cabe destacar la figura de:

SALVADOR MINUCHIN

Aunque no fue uno de los primeros terapeutas familiares, él ejerció la mayor influencia en la Terapia Familiar. Entrenado en su natal Argentina como psiquiatra, desarrolló una aproximación familiar para el tratamiento de delincuentes en la escuela para niños Wiltwyck en Nueva York. En un nuevo desarrollo empleó esta terapia con familias de escasos recursos. Cuando estaba como director de la Clínica de Guía Infantil de Philadelphia, trajo a Braulio Montalvo y a Bernice Rosman con él, y en 1967 se les unió J. Haley. Uno de los logros más notables de la Clínica fue, el único programa de tratamiento para indígenas, miembros de la comunidad local negra y de hispanos. Trabajó con problemas de asma y dermatitis, participaron en este grupo de sistema Haley y Braulio Montalvo. Esta corriente se interesa en el cambio del sistema familiar. Con Haley supervisaba las sesiones e interrumpían su curso para darle una nueva dirección cuando era necesario. Dio a la terapia su propio enfoque, el estructural; aquí se concibe al hombre como un ser social, y que la familia como contexto social es lo que lo afecta; en la familia busca esquemas identificables que la distinguan por su forma de resolver problemas o facilitar u obstaculizar cierto enfoque terapéutico (Minuchin, 1979, Jay y Garske, 1988; Nicholson y Shwartz, 1991; Garduño, 1991; Goldenber y Goldenber, 1992).

INVESTIGACIONES EN MILWAUKEE

La investigación en Milwaukee, Wisc., fue dirigida por Steve de Shazer, posterior al grupo de Palo Alto en los setentas. Surge aquí la Terapia Breve, en el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB). Este grupo se basa en las ideas de Milton H. Erickson, Gregory Bateson y otros investigadores o terapeutas familiares. Según Shazer (1989), su esposa, Insoo Kim Berg, fue también una impulsora en el desarrollo de sus ideas, influenciado además por el pensamiento budista y taoísta. Lo peculiar de este grupo es la forma de entender cómo se crean y solucionan los problemas, consideran que se dan porque las personas intentan solucionar los problemas de manera errónea. Trabajan de una manera muy orientada hacia las metas, sin poner demasiada atención o incluso sin saber la naturaleza del problema.

Algo básico en este modelo, es la *pregunta del milagro*. "Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferen-

te?, y la *pregunta de la excepción*, en donde se orienta al paciente a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, ubicándolos en ocasiones en las cuales no hayan tenido problemas, o no los hayan tenido pese a que sí lo esperaban. Otro aporte importante de este modelo terapéutico fue la *pausa para la consulta*, que consiste en que el terapeuta sale en un momento determinado de la sesión para discutir con los observadores, que están en otro cuarto separados por una pantalla, las sugerencias o el plan para el resto de la sesión; esto derivó en un perfeccionamiento en la comunicación por teléfono entre observador y terapeuta, y más tarde se "rompería el vidrio" y los pacientes se podían enterar de los comentarios que sobre ellos se hacían. Incluso declararon la muerte de la resistencia, realizándole su funeral. Para este grupo la resistencia no existe, asumen que el cliente quiere cambiar, y cuando no hace las tareas que se le dejan, asumen que cada cliente posee una forma diferente de cooperar, la cual debemos identificar y utilizar esta forma de cooperación (Shazer, 1989; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

INVESTIGACIÓN EN NUEVA YORK

Otro grupo está en el Instituto Nathan Ackerman en Nueva York; es un grupo ecléctico donde se han retomado conceptos existenciales y técnicas desarrolladas por V. Satir. Destaca Iván Boszormenyi-Nagy, quien desarrolló su marco teórico-metodológico en el Instituto Psiquiátrico del este de Philadelphia, en donde sustentó que el individuo no está regido tan solo por factores internos, sino que recibe un gran impacto de su familia y que como un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas, algún miembro de la familia "pagará" con el tiempo. Este tipo de enfoque multigeneracional considera que el funcionamiento y la patología familiar; como patrones de conducta entre los miembros de la familia, son manifestados y, en cierta forma, transmitidos a través de las sucesivas generaciones de una familia; en donde el perdón es la clave de la terapia (Jay L. y Garske P., 1988; Garduño, 1991).

Destaca aquí la figura de:

NATHAN ACKERMAN

Fue un psicoanalista entrenado en psiquiatría infantil; comenzó a ver a la familia como la unidad básica para diagnóstico y tratamiento. En 1955 organizó y guió la primera sesión de diagnóstico

familiar en el Encuentro de la Asociación Americana de Ortopsiquiatría. Dos años más tarde, abrió la Clínica de Salud Mental Familiar, en la ciudad de Nueva York y enseñó en la Universidad de Columbia. Más tarde, en 1960, fundó el Instituto de la Familia, que fue renombrado Instituto Ackerman después de su muerte, en 1971. Habló de confrontar algunos asuntos que la familia evitaba o negaba; particularmente, sexualidad y agresión. Según él, los terapeutas no deberían de ser ni neutrales ni pasivos, deberían permitir una apertura y una honesta expresión de los sentimientos; él mismo era espontáneo, carismático y con un estilo provocativo. Su procedimiento estaba orientado hacia el problema más que hacia la técnica, prefería usar procedimientos determinados por las necesidades del grupo familiar y sus miembros individuales. Él pensó comenzar por ver a la familia nuclear, pero subsecuentemente se encontró con abuelos, tíos, parientes solos o padres con niños. Esta flexible creatividad, dificulta la descripción o enseñanza de su aproximación terapéutica; él fue un artista no un sistematizador; y sin lugar a duda, uno de los primeros visionarios familiares, sin perder de vista el hecho de que la gente tiene ambas características: individuo y miembro de una familia (Nicholson y Shwartz, 1991; Garduño, 1991).

INVESTIGACIÓN EN MILÁN, ITALIA

En Milán surge otro modelo de terapia breve; este grupo estuvo influenciado por Watzlawick quien visitó al grupo durante varios años, y por el modelo de Haley sobre la familia esquizofrénica. Mara Selvini Palozzoli fue a Palo Alto en los sesentas, trabajó con problemas de anorexia, principalmente en niños y adolescentes. Regresó en 1968 a Milán donde fundó un instituto de investigaciones y crea un grupo radical en la terapia sistémica. En un principio las familias fueron tratadas por coterapeutas mujer-hombre, mientras eran observados por otros miembros del equipo terapéutico. Las sesiones en promedio eran una vez al mes y emulando el modelo del Mental Research Institute (MRI), se limitaban a diez sesiones. Un aporte importante es el concepto de "connotación positiva", que evitaba autocontradecirse si, en un momento posterior de la sesión, recurría a preservar el síntoma; o empleaban los rituales de la familia para dramatizar o exagerar una serie de acciones, evidenciar las reglas y mitos de la familia (Shazer, 1989; Nicholson y Shwartz, 1991).

TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO

La terapia familiar en México se inició en los años sesentas cuando la psicoterapia se encontraba dividida; por un lado el grupo denominado ortodoxo de psicoanálisis, y por otro el grupo de psicoanalistas humanistas. En 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Destacan el Dr. Raimundo Macías, el Dr. Barragán, la Dra. Martha Pardo, Ignacio Maldonado, Estela Troya, Ma. Blanca Moctezuma y Margarita Roach (Garduño, 1991).

OTROS INVESTIGADORES SOBRESALIENTES

Cabe resaltar la figura de M. Erickson; de quien sus contribuciones van más allá de la Terapia Breve e incluso de la Terapia Familiar.

MILTON H. ERICKSON

M. Erickson, es alguien a quien no podemos encuadrar sólo en un grupo, traspasó las leyes de su tiempo igual que Freud, por lo que es considerado como un "artista" o "maestro". Pionero en la terapia familiar, breve, estratégica y la terapia centrada en las soluciones. Fue doctor en medicina y psicólogo, y es la figura más destacada en hipnosis médica. Se refería a la "utilización" con diferentes significados. Uno de estos aspectos se ha descrito como "*prescripción del síntoma*", en donde fomentaba otro síntoma, mientras introducía sutiles cambios; otro significado se refería a sus procedimientos que estaban encaminados a suscitar y utilizar el propio proceso psíquico del paciente de formas que escapan a su gama habitual de control voluntario; también supone el utilizar cualquier cosa que haga el cliente, que de alguna forma sea: adecuada, útil, eficaz, buena e incluso divertida con el fin de desarrollar una solución. Consideraba que los individuos poseen una sabiduría aprendida y olvidada, pero disponible, respetando así "las capacidades del cliente". Sugiere que las soluciones no necesitan estar directamente relacionadas con los problemas para las que fueron pensadas, de esta manera resolvía problemas que no le habían sido planteados o que habían sido brevemente esbozados. Utilizaba lo ya aprendido por las personas y las ayudaba a usarlo de forma creativa y diferente. Podía dirigirse sutil o bruscamente a sus pacientes. Aceptaba la visión del paciente y se unía a ella para que la persona la utilizara de manera distinta. No tenía una teoría psicopatológica, de hecho no se interesaba mucho en el origen de los problemas, y consideraba a Freud un genio por

develar tales complejidades. Lo que otros terapeutas consideraban patología, Erickson las consideraba habilidades, “mecanismos mentales”, que igual podían usarse para curar, como para producir problemas. Utilizaba la amnesia, las alucinaciones, “estados patológicos”, los “yerbajos” de “resistencia”, creencias rígidas, conductas compulsivas, etc., convirtiendo lo que parecían desventajas en ventajas (Hoffman, 1987; Shazer, 1992; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Otro investigador importante es:

MURRAY BOWEN

Psiquiatra infantil quien inició sus investigaciones a finales de los años cuarenta con una tendencia psicoanalítica, misma que fue cambiando por la sistémica; hospitalizaba familias completas de pacientes esquizofrénicos en el Instituto Nacional de Higiene Mental (N.I.H.M.) para estudiar la interacción familiar; en donde la familia se considera como factor etiológico. En 1954 trató a cada miembro de la familia con psicoterapia individual y al año siguiente comenzó uno de los primeros tratamientos de terapia familiar. Observó las relaciones familiares entre madre e hijos, al estar internadas junto con sus hijos que estaban hospitalizados en casas de campo especiales de la clínica de Menninger. Advirtió que las relaciones entre el padre y la madre eran disfuncionales, y era el hijo en quien depositaban su tensión; convirtiéndose en lo que denominó “una masa indiferenciada de ego”, en donde no hay autonomía propia de cada individuo. Propuso una teoría trigeracional sobre la esquizofrenia y detectó las triangulaciones en las relaciones. También condujo otro estudio para familias de niños con múltiples problemas, y descubrió que el mismo fenómeno se presentaba en todas las familias, aunque en menor grado. La información recabada sirvió como línea base para la investigación que se realizó posteriormente en el National Institute of Mental Health. Incorporó en el entrenamiento a la familia de origen del estudiante a terapeuta, requiere que los estudiantes retornen a sus familias de origen y exploren su pasado, además de tratar de producir cambios favorables en las relaciones de los miembros (Jay y Garske, 1988; Nicholson y Shwartz, 1991; Garduño, 1991).

En esta revisión podemos advertir cómo cada grupo aporta puntos fundamentales para la constitución de la terapia familiar. También notamos cómo en distintos lugares y momentos, los investigadores coinciden en ciertos aspectos, como el tratar a toda la familia o a los miembros involucrados en el problema que antes se creía individual, o el discutir el caso entre observadores y terapeutas durante la sesión. Se desarrolla así una cosmovisión que deja atrás al modelo lineal, para imple-

mentar técnicas que ven al hombre como individuo y como ser social, influenciado principalmente por su familia.

Cabe destacar el desarrollo de la Teoría de Doble Vínculo, por los investigadores de Palo Alto; con la cual, los esfuerzos tendientes a tratar la esquizofrenia dejaron de enfocarse sólo al paciente identificado, integrando también a su familia, logrando mejores resultados. Otro enfoque terapéutico que dio un giro de 180° a la Psicología tradicional, fue la Terapia Breve, que rompía con los preceptos de una larga psicoterapia, orientándose a la búsqueda de soluciones y no de posibles “traumas”.

Sin embargo, el desarrollo y consolidación de la Terapia Familiar no sólo se basa en las investigaciones antes descritas; se fundamenta incluso en otras materias como la Cibernética, la Teoría de la Comunicación o la Teoría General de los Sistemas, para plantear sus postulados. En el siguiente capítulo se revisan éstos y otros aspectos fundamentales.

CAPÍTULO SEGUNDO

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La Terapia Familiar Sistémica se fundamenta principalmente en la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Von Bertalanffy al final de la década de los años treinta; en la Teoría del Doble Vínculo de Bateson, desarrollada en 1956, en la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, formulada sobre algunos de los estudios de Bateson, y la Teoría Cibernética, término acuñado por N. Wiener. Así en el siguiente capítulo se describirán dichas teorías que fueron retomadas por la T. F. S. para el estudio y tratamiento de los problemas psicológicos.

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La visión tradicional en Psicología es el aislar los elementos y estudiarlos por partes, y no en su conjunto, así las relaciones son lineales y atomistas.

En 1950 un biólogo y matemático austro-canadiense Ludwin Von Bertalanffy, dirige una investigación, en donde trata de construir una "*Teoría General de los Sistemas*" (T.G.S.). Para él lo importante es el cambio en la forma de pensar, en los paradigmas, en los modelos que se usan en la ciencia. Esta teoría ayuda a entender la interacción y la integración de los componentes de un todo (Ferrandiz, 1986 y Garduño, 1991).

DEFINICIÓN

La T.G.S. es una colección de ideas, donde se definen principios encontrados universalmente en todos los sistemas en la naturaleza. La T.G.S. usa las matemáticas para definir principios que se aplican a sistemas en general; lo que significa que sus modelos son utilizables y

transferibles entre diferentes campos, incluyendo las ciencias del comportamiento (Bertalanffy, 1976; Papero, 1990; Goldenber y Goldenber, 1992).

Sistema

El sistema para Von Bertalanffy (citado por Ferrandiz, 1986), es el conjunto de elementos, así como de sus atributos que interactúan entre sí. Asimismo, Papero (1990), menciona que el término *sistema* se refiere a la operación o funcionamiento de organismos vistos como entidades y no como partes de una región o zona; y Bowen también usó esta palabra para explicar a la *familia como un sistema*, porque un cambio en una de sus partes producía un cambio compensatorio en otras partes de la familia. Y Loew y Figucira (1981) definen al *sistema* como "...un conjunto de elementos que interactúan entre sí y con un medio[...] Es la organización que se da entre los elementos de un sistema, y no la suma de los mismos." (p. 19).

Sistemas: Abiertos y Cerrados

Von Bertalanffy, postula que hay dos clases de sistemas: **abiertos** y **cerrados**. En los primeros se incluye a la familia; éstos se caracterizan por intercambiar información, energía o material con su medio, es decir, se comunican con otros sistemas; por ende, todos los organismos vivos están aquí incluidos. Cuando no tienen estas características hablamos de un sistema cerrado, por estar aislado del medio circundante (Bertalanffy, 1976; Ferrandiz, 1986; Eguiluz, 1991; Rivera, 1992).

Los rasgos de un sistema abierto son: la totalidad; la retroalimentación positiva y la negativa; la homeostasis; la morfogénesis y la circularidad. También debemos tener en cuenta que todo sistema abierto está compuesto por *subsistemas*, y que a su vez, pertenece a un sistema mayor o *suprasistema*, y que el miembro de un sistema puede pertenecer a más de un subsistema a la vez.

Totalidad

La **totalidad** se refiere a que cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las otras, que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás. Es decir, que un sistema se rige como un todo inseparable y coherente y no como un simple compuesto de elementos independientes. De aquí resultan dos consecuencias: a) la no-sumatividad (concepto psicológico de Gestalt); un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes, y b) las no relaciones unilate-

rales entre elementos, es decir, se contraponen al principio de totalidad el hecho de que A afecte a B pero no viceversa. O como lo define el propio Bertalanffy, se refiere a fenómenos no descomponibles; en la investigación no se les puede comprender en sus partes aisladas (Bertalanffy, 1976, Berestein, 1987; Ferrandiz, 1986).

Retroalimentación: Negativa y Positiva

Dentro de todo sistema abierto, otra propiedad importante; referida por Bertalanffy (1976), es la retroalimentación, que es el intercambio de información al interior y/o exterior del sistema y puede ser positiva o negativa, y se relaciona con los mecanismos homeostáticos. Así los dispositivos de retroalimentación se emplean para estabilizar cierta acción o la dirección hacia determinada meta. En terapia familiar, los mecanismos de retroalimentación negativa dan cuenta de la estabilidad; así observamos que las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de esta retroalimentación, para soportar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales; es un elemento regulador. El aprendizaje y el crecimiento en la familia, son efectos de la retroalimentación positiva; esta retroalimentación conduce al cambio (Ferrandiz, 1986; Eguiluz, 1991).

Homeostasis

Otro fenómeno que corresponde al modelo de retroalimentación es la homeostasis; que es el mantenimiento del equilibrio o el no cambio, el permanecer igual; se relaciona con el orden o *telos*. La retroalimentación negativa tiene que ver con el no cambio (*cambio de tipo I*), puede haber cambios que no permiten el crecimiento, sólo pequeños cambios para que permanezca el sistema sin transformaciones (Bertalanffy, 1976; Kadis, 1981; Ferrandiz, 1986; Eguiluz, 1991).

En cuanto a la información, la T.G.S. está relacionada con la Teoría de la Comunicación, donde la *entropía* es una medida de desorden; de ahí que la entropía negativa (o neguentropía), sea una medida del orden o de la organización (Bertalanffy, 1976; Johansen, 1991).

Morfostasis y Morfogénesis

En la morfostasis, el sistema se debe mantener constante ante las exigencias del medio ambiente; esto tiene que ver con la retroalimentación negativa (*cambio de tipo I*). La tendencia al cambio, al desarrollo, al crecimiento, que incluso puede llevar a la destrucción se denomina morfogénesis. Esto

se relaciona con la retroalimentación positiva (*cambio de tipo 2*). Este cambio o transformación generalmente se dan por elementos externos.

Equifinalidad, Equipotencialidad y Circularidad

La equifinalidad es el poder alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes estados iniciales y por diferentes métodos o caminos; por su parte, equipotencialidad, se refiere a la obtención de distintos resultados, teniendo el mismo estado inicial. La circularidad se refiere a la repetición de patrones de interacción; el cambio se constituye según el conjunto de relaciones de la que esa conducta forma parte, donde es influida y a su vez influye, por lo que se transforma en todo un sistema vivo, que se encuentra en el proceso de circularidad (Bertalanffy, 1976; Berestein, 1987; Garduño, 1991).

Todo sistema tiene límites espaciales (físicos) y dinámicos (relacionales). Según Lœw y Figueira (1981) los límites de los sistemas abiertos pueden ser más o menos permeables, pero nunca, impermeables.

En resumen, se puede mencionar lo siguiente:

- El sistema es capaz de autorregularse mediante los mecanismos de retroalimentación positiva y negativa.
- El sistema pertenece a otro(s) mayor(es) denominado(s) suprasistema(s).
- Todo organismo vivo es un sistema abierto y activo que cambia y crece.
- Lo importante del sistema es la totalidad de interrelaciones que mantienen a sus elementos.
- El cambio afecta a todo el sistema y no a un elemento en particular.

Hemos visto hasta aquí, cómo la T.G.S. es una teoría unificadora de los conceptos de diferentes ramas científicas que van desde las ciencias exactas como las matemáticas o la física, pasando por la química o la biología, logrando aplicar sus conceptos al hombre como parte de un sistema: la familia; dejando atrás el modelo mecanicista que concebía al hombre como robot.

LA FAMILIA COMO SISTEMA ABIERTO.

El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como sistema; no estaba muy claro cuando se introdujo por primera vez este concepto, pero ya desde 1951 aparecieron referencias sobre el concepto de sistema en relación con la familia. Esta idea se refiere a "...que la conducta y la experiencia de un miembro de la familia, no se puede entender por separado de la del resto de sus miembros. La familia es una unidad social enormemente interdependiente." (Jay y Garske, 1988; p. 475).

La familia como sistema, tiene relación con otros sistemas de organización como engranes en macro (suprasistema) o micro (subsistema) permitiendo su supervivencia (Rivera, 1992).

La familia es un sistema en constante transformación, se adapta a las exigencias de su desarrollo o a las reglas sociales; lo que consolida el crecimiento y continuidad psicosocial de los miembros que la integran. Esto mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones que pudieran parecer paradójicas: la tendencia homeostática y la disposición a la transformación: esto actúa a través de un mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa), o hacia el cambio (retroalimentación positiva) (Minuchin, 1979; Andolfi 1994).

Watzlawick (1968; citado en Ferrandiz, 1986) propone las siguientes características para la familia como sistema abierto:

- La conducta de cada individuo está relacionada con la de otros y de ella depende (*totalidad*).
- El análisis de una familia no es la suma del análisis de sus miembros individuales; hay características del sistema (parámetros o patrones interaccionales) que trascienden las cualidades de los miembros individuales (*no-sumatividad*).
- En tanto la familia está organizada y los parámetros tienen un cierto grado de estabilidad y regulan la organización, por diferentes caminos y formas podemos llegar a resultados similares (*equifinalidad*).

- Si lo que pasa en un sistema no depende de cómo se originó, sino de cómo se organizó el sistema, lo primordial es conocer los parámetros sobre los que se basa y regula.

Los subsistemas aparecen al preguntarse cuáles son las partes que conforman el todo. Los subsistemas de una familia son los individuos, el subsistema parental-marital, el subsistema fraternal, el de los abuelos, el de los tíos, servicio, etc.

- a) **Subsistema individual;** se considera a la familia como una unidad y al individuo como un subsistema de la misma. Por su parte, las familias son sistemas multi-individuales complejas, al tiempo que son subsistemas de unidades mayores.
- b) **Subsistema conyugal;** involucra a dos individuos (esposos), quienes aportan valores y expectativas, explícitas e inconscientes, donde además establecen sus reglas de relación.
- c) Los padres integran el **subsistema parental;** se encargan de la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos.
- d) **Subsistema fraterno;** se hace cargo de las relaciones que se dan entre los hermanos quienes se han regido por la norma paternal (Rivera, 1992).

EL DOBLE VÍNCULO

Por otra parte, en el campo de la Psiquiatría, se observaba que los pacientes esquizofrénicos, que habían estado hospitalizados y regresaban de nuevo a casa, pronto volvían a reingresar, así se decidió traer a toda la familia al hospital. De esta investigación en Palo Alto, California, surgió la Teoría del Doble Vínculo.

En las primeras fases del estudio de la comunicación esquizofrénica, nadie pensó observar a los esquizofrénicos con sus familias dentro del hospital; se realizaron entrevistas con pacientes internados en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto. Mencionan Foley (1986) y Framo (1985) que en 1956, G. Bateson, Don Jackson, J. Haley y J. H. Weakland combinaron sus esfuerzos

para realizar lo que ha venido a ser un clásico en terapia familiar y en la teoría de la comunicación. Así en ese mismo año se publicó el escrito *"Hacia una Teoría de la Esquizofrenia"* (*Toward a Theory of Schizophrenia*) donde se describe el concepto del *doble vínculo*, en relación con el desarrollo de esta enfermedad. Combina el pensamiento de un antropólogo, un psiquiatra, un investigador y un experto en comunicaciones.

Benoit (1985) señala que el terreno en el cual se ubica la aparición del doble vínculo fue preparado durante 20 años por Gregory Bateson, quien a mediados de la década de los años 30's, ya había descrito términos como simetría y complementariedad, refiriéndose al fenómeno de cismogénesis (proceso de diferenciación en las normas de conducta, como resultado de la interacción de los individuos), en su libro *Naven* publicado después de observar a la tribu Iatmul de Nueva Guinea; o había aplicado la cibernética a la comunicación, o estudiado las formas lúdicas de la comunicación; en colaboración con el Psiquiatra J. Ruesch escribió el libro *"Pasos hacia una Ecología de la Mente"*, y más tarde *"Mente y Naturaleza"*.

El doble vínculo o doble ligadura o atadura como también se le conoce,

"...describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación [...] parecen provocar las respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. Una doble atadura era, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel." (Hoffman, 1987; p. 29).

Weakland (1960; citado en Zuck, 1987) menciona que se desarrolló el concepto de doble vínculo como un patrón de comunicación que produce la esquizofrenia. Su interés estaba centrado en la interacción entre dos personas, y en particular en la comunicación entre madre e hijo.

De acuerdo con los creadores de esta tesis; Goldenberg y Goldenberg (1992), se dice que una situación de doble vínculo *"...ocurre cuando un individuo (la mayoría de las veces un niño) recibe habitualmente mensajes contradictorios de alguna persona, quien prohíbe comentario alguno sobre la contradicción; el individuo, percibe la amenaza a su supervivencia, se siente obligado a hacer algo o a dar una respuesta, pero se siente condenado al fracaso sea cual fuere su elección..."* (pp. 63-64). Es una situación en la que se confrontan al mismo tiempo expresiones de amor y de odio.

Ingredientes para el Doble Vínculo

Según el escrito original de Bateson, *et. al.* (1956; citados por Simon, Stierlin y Wynne, 1985), los ingredientes para una situación de doble atadura son: 1) Dos o más personas... 2) Experiencia repetida... 3) Una orden negativa primaria... 4) Una orden secundaria en conflicto con la primera a un nivel más abstracto... 5) Una orden terciaria negativa que prohíbe a la víctima escapar del campo... 6) Por último, lo que completa los ingredientes es que la víctima haya aprendido a percibir su universo de patrones de doble vínculo.

Posteriormente se clarificaron y modificaron estos ingredientes, según Simon, Stierlin y Wynne (1985) y Hoffman (1987) quedando de la siguiente forma:

1. *Una orden negativa primaria a la que se agrega una amenaza.*

“No hagas esto o aquello, si no te castigaré”, o “Si no haces esto, te castigaré”
(Resalta la sanción más que la recompensa).

2. *Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con la primera* (dado esto por una modulación en el tono de voz, en la forma de hablar, un gesto o cierta postura); de forma que ésta niega a la primera. “No atiendas a nada de lo que digo”, “No consideres esto como un castigo”. Pueden intervenir los dos padres simultáneamente, jugando papeles opuestos, diciendo cada quien por su parte uno de los mensajes; creando así la interferencia.

3. Otro ingrediente primordial es el bloqueo de la relación (suelen ser claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario aclarar), es una *tercera orden que prohíbe todo comentario y en consecuencia prohíbe toda escapatoria* (generalmente dado por el contexto, como cuando la persona es un niño).

4. Una situación que parece de vital importancia para sobrevivir es *la comprensión correcta del mensaje.*

5. Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un *pequeño recordatorio de la secuencia original* para producir una reacción de pánico o de ira.

Adicionalmente, es importante reconocer los elementos contextuales de esta situación: (1) la intensa naturaleza de la relación entre las personas involucradas; (2) el apremio para discriminar, hacer una selección, ya sea que sea viable o no y (3) el hecho de que los participantes no pueden (aunque deberían), comentar o pedir aclaraciones sobre la discrepancia de los mensajes vinculados; es decir, la víctima es incapaz de establecer una *meta-comunicación*; por lo que los niños son blanco fácil de ser víctimas (Benoit, 1985, Simon, Stierlin y Wynne, 1985; Foley, 1986).

Después Bateson, puntualizó que las situaciones de doble vínculo no son exclusivas de la esquizofrenia. Estas pueden ocurrir en otros contextos de comunicación, en particular, en situaciones literarias o de humor, las cuales muchas veces tienen elementos paradójicos. También una forma no patológica del doble vínculo, además de las dos antes mencionadas, es utilizada en el *doble vínculo terapéutico* (Simon, Stierlin y Wynne, 1985).

Una vez explicadas las características de un sistema, y propiamente de la familia como sistema abierto y de la teoría del doble vínculo, es necesario hablar de otra teoría; la Teoría de la Comunicación Humana que nos permitirá entender una parte fundamental de las relaciones humanas.

TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

Watzlawick, Beavin y Jackson, integraron datos clínicos, ideas, observaciones, así como la investigación de donde surgió la tesis del doble vínculo, formulada por Bateson, *et. al.* en 1956 (citados en Simon, Stierlin y Wynne, 1985).

Watzlawick, *et. al.* (1986) propusieron los siguientes axiomas para la comunicación humana:

1. *Toda conducta es comunicación; no es posible no comunicarse.*
Incluso el tratar de no comunicarse en sí mismo, es una forma de comunicación.

Así la carta no escrita, la disculpa no ofrecida, puede ser un mensaje, en donde el contexto está dado por el receptor del mensaje (Bateson, 1980; citado en Eguiluz, 1991).

2. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* El primero transmite los datos de la comunicación, y el segundo se refiere al cómo debe entenderse dicha comunicación.
3. *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Es decir, el fenómeno de la puntuación y la naturaleza de la relación entre dos personas, está determinada por la forma en la cual ellos puntúan su comunicación. Pero como la forma de puntuar es ideosincrática (o particular), las fuentes de disfunción pueden surgir al no lograr reconocer la cualidad repetitiva de ciertos patrones de comunicación, las formas alternativas de puntuar los eventos y la posibilidad de romper la cadena de ciertas comunicaciones.
4. *Los seres humanos se comunican tanto digitalmente (denotativamente) como analógicamente* (no verbalmente; esto es, con gestos, la expresión facial, etc.). El lenguaje digital tiene una alta complejidad y una poderosa sintaxis lógica (relación de las palabras), pero carece de una adecuada semántica; mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no tiene una sintaxis adecuada; de ahí que las comunicaciones analógicas, con frecuencia, dan lugar a mensajes considerablemente ambiguos.
5. *Todas las comunicaciones son simétricas* (basadas en la idea de igualdad) *o complementarias* (basadas en la diferencia). Es un tipo de mensaje que tiende a dar lugar al otro, por ejemplo, amo-esclavo, profesor-alumno. Fenómeno observado por Bateson en la tribu Iatmul de Nueva Guinea.

Otra teoría que sustenta a la Terapia Familiar Sistémica es la Teoría Cibernética; misma que se expondrá en la siguiente sección.

TEORÍA CIBERNÉTICA.

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Desde largo tiempo atrás estaba implícita en los escritos de Samuel Butler, Lewis Carroll y William Blake; pero fue sólo a mediados de este siglo que surgió como ciencia formal. Según Paper, 1965; (citado en Keeney, 1991), fue en 1943 cuando aparecieron dos artículos que describieron el nuevo marco de pensamiento; de uno de estos artículos sus autores eran Arturo Rosenbluth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, donde se trató de "...identificar los principios generales de los mecanismos capaces de corporizar el concepto de *finalidad o intencionalidad*" (Keeney, 1991, p. 81). El segundo artículo fue escrito por Warren McCulloch y Walter Pitts, titulado "Cálculo Lógico Infinitesimal de las Ideas Inherentes a la Actividad Nerviosa", aquí se hacía referencia a las funciones que todo el cerebro debe computar a fin de percibir y describir el mundo (Forester, 1970; citado por Keeney, 1991).

El término de cibernética fue acuñado por el matemático N. Wiener, derivado del término griego *kubernetes* que significaba "*piloto o timonel*". La teoría aspira a mostrar que mecanismos de naturaleza retroalimentadora apoyan el comportamiento teleológico (de telos, que significa orden) o intencionado en las máquinas construidas por el hombre, así como en los organismos vivos y en los sistemas sociales (Bertalanffy, 1976, Simon, Stierlin y Wynne, 1985; Keeney, 1991).

Así la Cibernética,

"...se basa en el principio de retroalimentación y homeostasis; explica los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos que ayudan a comprender los comportamientos[...] motivados por la búsqueda de algún objetivo, con capacidades de auto-organización y de auto-control." (Johansen, 1991; p. 29).

Y se apoya en la suposición de que el funcionamiento del control, la regulación, el intercambio de información y el procesamiento de la misma, siguen los mismos principios que se pueden aplicar a

las máquinas, a los organismos vivos, o a las estructuras sociales. Esta teoría apareció en los primeros años de la década de los 40's, y fue G. Bateson quien se dio cuenta de la importancia de la cibernética para el entendimiento de las complejas relaciones humanas (Simon, Stierlin y Wynne, 1985; Eguiluz, 1991).

Dicen Fishman y Bernice (1988) que en este modelo las interacciones familiares son comparables con los principios y procedimientos básicos relacionados con el funcionamiento de las máquinas.

Hemos visto en este capítulo cómo se retoman diferentes teorías para integrarlas a la terapia familiar. De la T.G.S. se obtiene el concepto básico de sistema; y más propiamente el de familia como sistema abierto con las características inherentes a dichos sistemas. La Teoría de Doble Vínculo, así como la de la Comunicación Humana muestran las características de la comunicación, que como en el caso de la doble atadura, pueden conducir a la esquizofrenia. La explicación para los mecanismos de regulación del comportamiento de los seres vivos, se adquiere de la Cibernética. Y éstos conceptos se ven aplicados al Modelo Estructural en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO TERCERO

MODELO ESTRUCTURAL

CONCEPTO DE FAMILIA

En la década de los años sesenta, se consolidaron varios modelos basados en el enfoque sistémico; uno de ellos es el Modelo Estructural, con base en el cual se desarrolla el proyecto de investigación que más adelante se presenta. El objetivo de este capítulo es describir los principios básicos de dicho modelo.

Es el modelo más difundido en el campo de la T. F. S. y su principal representante es Salvador Minuchin. Este modelo tiene como principios básicos el considerar a la familia como un sistema abierto, con sus miembros en interacción (totalidad), que se autorregula y se relaciona con otros sistemas; además, el conflicto individual, se manifiesta como conflicto familiar.

Sprott (1960; citado en Berestein, 1987) define a la familia como el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco, determinados por alguna relación consanguínea real, así la llamada familia nuclear está comprendida por el marido, la esposa y los hijos. Además, Minuchin y Fishman (1993) dicen que la familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo.

En nuestra cultura, el grupo familiar experimenta diversas reorganizaciones después de muertes, nuevos casamientos, nacimiento de los hijos, divorcios, etc., lo que determina cambios estructurales y ampliaciones o modificaciones del tamaño y forma del grupo familiar. Entendiendo a la estructura, según Minuchin (1979) como un conjunto de demandas que coordinan la forma en que interactúan los miembros de la familia; estas demandas son invisibles.

En el curso del tiempo, la familia crea pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, que a su vez guían el funcionamiento de los miembros de la misma, define una serie de con-

ductas y les facilita la interacción. Asimismo, esta estructura es necesaria para apoyar la individuación, al tiempo que da un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1993).

ESTRUCTURA FAMILIAR

“La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.” (Minuchin, 1979; p. 86).

Para Minuchin (1979), la familia se conforma de diferentes formas según las interacciones que hay entre los miembros de ésta, tanto al interior como al exterior, y según el papel que desempeñan en la familia.

Minuchin (1974; citado en Goldenberg y Goldenberg, 1992), señala que los patrones que regulan el comportamiento de la familia, son mantenidos por dos constantes: las reglas universales y la idiosincrasia o las reglas individuales.

HOLONES O SUBSISTEMAS

Para poder detectar la estructura se deben identificar los holones o subsistemas (holón del griego *holos* = todo, *on* = parte de) que conforman a una familia; así como su estructura, o relaciones que tiene tanto al interior como al exterior del sistema.

Autores como Minuchin (1979) y Minuchin y Fishman, (1993), describieron los siguientes subsistemas del sistema familiar:

Holón Individual

Implica el concepto de sí mismo en contexto, determinantes personales e históricos del individuo y abarca las partes del contexto social. Las interacciones específicas con los demás refuerzan la personalidad individual y recíprocamente el individuo influye sobre las personas.

Las familias son sistemas multi-individuales; donde cada individuo es un subsistema, de gran complejidad, pero a su vez son subsistemas de unidades más grandes: la familia extensa, el vecinda-

rio, la sociedad como un todo. Y a su vez, tienen subsistemas diferenciados, formados por los grupos de la misma generación, (el subsistema de los hermanos), el sexo (abuelo, padre e hijo varón), o la función desempeñada (holón parental).

Holón Conyugal

El inicio de la familia se conceptualiza como el momento en que dos adultos, hombre y mujer, se unen con el propósito de formarla. Las cualidades principales son la complementariedad y la acomodación mutua; así cada esposo debe apoyar la acción del otro en diversas áreas. Para que la vida en común sea posible es necesario conciliar valores con el transcurso del tiempo; ya que cada uno posee historia y costumbres distintas. Cada cónyuge debe resignar parte de sus ideas y preferencias, ceder sin sentir que se ha dado por vencido.

La fijación de límites es una tarea vital de este sistema, proporcionando un ambiente que satisfaga las necesidades psicológicas de los miembros de la pareja sin que se entrometan los parientes políticos, los hijos u otras personas. Si este límite es demasiado rígido el sistema se empobrecerá, perderá vitalidad y por último, será inútil como fuente de crecimiento. Si estas condiciones persisten, los cónyuges pueden decidir disolver el sistema.

Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos. Es su modelo de relaciones íntimas. Lo que aquí vivencian se convertirá en sus valores y expectativas.

Si existe una disfunción importante en este subsistema, influirá en toda la familia. En situaciones nocivas, uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o ser aliado de un cónyuge contra el otro.

Holón Parental

Al nacer el primer hijo, se alcanza otro nivel de formación familiar. El subsistema conyugal debe diferenciarse, para desempeñar sus tareas como padres, sin perder el apoyo que caracteriza al subsistema conyugal, marcando un límite que permita el acceso del niño a los padres, a la vez que lo excluya de las relaciones conyugales. Se incluyen interacciones de crianza de los hijos y las funciones de socialización. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas y de la autoridad;

según sus experiencias se moldearán sus sentimientos de lo correcto; conoce las conductas recompensadoras y las desalentadoras, y aprende a enfrentar los conflictos y negociaciones.

Este holón se puede conformar de diversas formas; puede incluir a un tío o abuelo, puede excluir en cierta medida a uno de los padres, o puede incluir a un hijo parental en quien se delegan las responsabilidades de cuidado y disciplina, y funcionar perfectamente bien, *siempre que las líneas de autoridad y responsabilidad estén definidas con claridad.*

Este subsistema debe modificarse conforme el niño crece y sus necesidades cambian, debe tener oportunidades para tomar decisiones y controlarse a sí mismo en la medida de lo posible. Con hijos adolescentes, los padres deben adoptar una forma de negociación diferente que con los hijos pequeños.

Los padres tienen el derecho de tomar decisiones relacionadas con la supervivencia del sistema; como cambio de domicilio o elección de escuela, y fijación de reglas que salvaguarden a la familia.

Holón Fraternal o de los Hermanos

Los hermanos son para el niño el primer grupo de iguales en que participa. Se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo expiatorio y en general aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar o compartir; se entrenan en hacer amigos y tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos; lo que les servirá cuando entren en contacto con grupos extrafamiliares, como es el grupo de iguales en la escuela.

Se puede observar un desarrollo precoz en los hijos únicos, quienes desarrollan pautas de interacción con el mundo de los adultos. Pero a la vez pueden desarrollar dificultades en el desarrollo de la autonomía, las habilidades de cooperación y competencia o el compartir con otros.

LÍMITES

A su vez, cada subsistema tiene límites o fronteras, que es una construcción (*metáfora*) utilizada por muchos terapeutas familiares que hace referencia a las reglas del sistema u holones, a las reglas de inclusión/exclusión, y reglas de participación en distintos subsistemas; es decir, *“los límites de un*

subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera" (Minuchin, 1979; p. 88).

Nelson y Utesch (1990), definen a los límites como líneas de demarcación entre individuos, entre los subsistemas familiares y entre la misma familia con otros suprasistemas.

Límites Externos e Internos

Al hablar de *fronteras externas* nos referimos a aquellas que se establecen en la familia, en relación con otros sistemas exteriores. Y las *fronteras internas* son los intervalos que dividen los diferentes subsistemas dentro de la familia (entre la pareja, padres, hijos, hermanos, etc.) Además, los límites pueden tener distintos grados de permeabilidad (ser más o menos abiertos), así como la característica de no ser constantes, sino de cambiar en función de la situación, del ciclo de vida o en función de circunstancias como el cambio de trabajo, el cambio de escuela de los hijos, etc. (Ferrandiz, 1986).

Los subsistemas son definidos por límites y reglas para sus miembros. Los límites al interior de la familia, se reconocen por las diferentes reglas de comportamiento aplicables a los distintos subsistemas; las reglas a las que se sujeta el holón parental, no pueden aplicarse al de los hijos. Por su parte, los límites entre la familia y sistemas del medio exterior están determinadas por las diferentes interacciones entre sus miembros (Simon, Stierlin, y Wynne, 1985; Goldenberg y Goldenberg, 1992).

CLASIFICACIÓN DE LOS LÍMITES

Límites Flexibles

Son reglas claras, donde todos los miembros del sistema están conscientes de sus derechos y obligaciones; los límites deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los integrantes de la familia el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto con otros subsistemas. No hay duda sobre lo que se hace, son funcionales. Menciona Minuchin (1979), que para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros.

En este tipo de interacciones, las reglas cambian según las necesidades de la familia. Los padres tienen mayor jerarquía que los hijos, y es igual entre los hermanos de mayor a menor, esta es la familia ideal en la cual no habrían problemas.

Límites Difusos

Los límites son altamente permeables, frecuentemente existe confusión sobre qué individuo pertenece a qué subsistema, hay interferencia de individuo a individuo, de subsistema a subsistema, o del exterior. Hay un incremento en la comunicación y en la preocupación por los miembros de la familia; la distancia se reduce y los límites se difuminan.

Al interior hay una falta de diferenciación por lo que se consideran *familias amalgamadas o aglutinadas*, pero ellas se autonombran *familias muy unidas*. Hay interferencias entre holones o subsistemas, no se permite la intimidad o el no compartir lo que le pasa al otro, ya que el hacerlo se considera como traición.

Al exterior, la gente ajena a la familia o a la pareja se involucran. Puede ser la vecina, la abuela o cualquier persona opinando diferente sobre lo que concierne a la familia, como la educación de los hijos, o la solución de problemas conyugales (Minuchin, 1979; Nelson y Utesch, 1990)

Límites Rígidos

Son aquellos que no cambian aunque sea muy necesario; se caracterizan por una extrema separación, y a menos que exista un alto nivel de estrés se acercarán para pedirse apoyo. No hay comunicación entre sus integrantes, por lo que los problemas son individuales, aunque repercutan indirectamente en los miembros de la familia; son *familias desligadas*. Las costumbres se llevan al pie de la letra y aunque esto cause conflicto no cambia.

Los miembros de estas familias, tienen un alto sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia (Minuchin, 1979 y Nelson y Utesch, 1990).

Las operaciones en cualesquiera de los extremos, límites difusos o rígidos, señala Minuchin (*op. cit.*), que son áreas en las que posiblemente hayan problemas.

INTERACCIÓN ENTRE LOS SUBSISTEMAS O LOS INDIVIDUOS

Las configuraciones son otra forma de referirnos a la interacción entre los subsistemas o los individuos, según Ferrandiz (1986), es la configuración estructural de las relaciones, que se puede dividir en dos configuraciones básicas: *diadas (alianza)* y *triadas (coalición)*.

Minuchin (*op. cit.*) también señala que tanto las alianzas como las coaliciones no tienen por qué ser disfuncionales. El problema surge cuando el triángulo, por ejemplo, se transforma en una coalición rígida, donde no hay suficiente diversidad y cambio. Las coaliciones rígidas, adquieren distintas formas pero todas ellas tienen en común el concepto de la desviación del conflicto marital. Una de estas formas es la triangulación.

TRIANGULACIÓN

El concepto de triangulación lo encontramos tipificado en el llamado *conflicto de lealtades*, en el que puede encontrarse un niño frente a uno u otro padre: las dos personas tratan de atenuar su situación de vulnerabilidad en el conflicto marital poniendo al tercer miembro de su lado. Este tipo de triangulación puede estar relacionada con situaciones de escape en los niños, llevadas a cabo mediante el surgimiento de problemas psicossomáticos serios que les permitan evadir esa situación, bien porque los padres vean a los niños incompetentes para la triangulación, o bien porque localicen en ellos su conflicto. Aparece así la *triangulación de desviación* donde la hipótesis principal es la misma: hay un conflicto encubierto entre la madre y el padre, pero esta vez en lugar de manejar ese conflicto a través de ganarse al tercero, los dos padres se concentran en la conducta del niño. La desviación puede ser *protectora* (el chico está enfermo y los padres se relacionan a través de la protección) o *atacante* (la madre y el padre se unen frente a la conducta del niño que consideran reprochable). Los mecanismos de la triangulación de desviación, sea atacante o protectora, son los mismos; muchas de las interacciones maritales están organizadas por un síntoma del niño, sólo la presentación fenomenológica es diferente (Minuchin, 1979; Simon, Stierlin, y Wynne, 1985).

COALICIÓN

Un cuarto triángulo muy frecuente es el que se llama *coalición estable*, en el cual dos personas de distintas generaciones, generalmente madre-hijo o padre-hijo, tienen una relación muy estrecha y la otra persona mantiene una posición periférica. En general podemos decir que esta forma de coalición suele darse en sistemas que funcionan de una forma excesivamente complementaria (persona dominante-persona sumisa; por ejemplo) (Nelson y Utesch, 1990).

ALIANZAS

Otro tipo de configuraciones o vínculos son las *alianzas*, que son uniones de dos miembros de la familia para obtener algún beneficio o para proveer un soporte emocional y/o físico (Minuchin, 1979; Nelson y Utesch, 1990).

HIJO(A) PARENTAL

El *hijo(a) parental* se refiere a que uno o más hermanos, toman el lugar y/o la función correspondientes a la madre o al padre; regularmente se asigna este rol a los hijos buenos tranquilos y sumisos; se espera que los niños actúen como adultos, mientras que los padres actúan como niños. “La paternalización de los hijos puede surgir como consecuencia de la inactividad paterna, o la conducta caótica, lo que equivale a la abdicación emocional por parte de los padres” (Bozormenyi-Nagy y Spark, 1983). Por lo que se observan aquí límites difusos (Minuchin, *op. cit.*; Minuchin y Fishman, *op. cit.*).

JERARQUÍA

La *jerarquía* puede ser definida en términos de poder (¿quién tiene más poder sobre quién dentro de la familia?), o en términos de diferenciación estructural; de esta última definición subyacen dos conceptos dados por Bateson (1972; citado por Ferrandiz, 1986), estos conceptos son los de *simetría* y *complementariedad*. En esta última hay una diferencia estructural; por ejemplo entre padre e hijo la diferencia estructural es en términos de poder, responsabilidad, etc.; pero a su vez, cambiará en diferentes momentos de la vida donde el chico va a tomar, conforme transcurre el tiempo mayor responsabilidad, mayor poder, etc. Así el sistema va a moverse de una situación donde hay gran complementariedad, a otra donde la diferencia estructural se caracteriza más bien por la simetría o la igualdad.

Para Goldenberg y Goldenberg (*op. cit.*) el buen funcionamiento familiar podría estar organizado jerárquicamente, el ejercicio de los padres tendrá más poder que el de los hijos, los niños más grandes tendrán más responsabilidades, así como privilegios que sus hermanos más pequeños. Además la relación de los esposos debería ser complementaria, por ejemplo operando como un equipo y aceptando su interdependencia.

Nelson y Utesch (1990), opinan que una clara jerarquía, consiste en reglas sobre quién está a cargo de qué, y los límites jerárquicos, están mantenidos por los roles y reglas, junto con el entendimiento por parte de los miembros de la familia de sus responsabilidades y un aceptable comportamiento.

En terapia familiar, el concepto de jerarquía comprende tres aspectos, el primero se refiere al poder, los roles de padres e hijos así como los límites que hay entre una y otra generación (Simon, Stierlin, y Wynne, 1985).

PROXIMIDAD

Otra característica estructural es la **proximidad**, ésta se refiere al grado con el cual los individuos de la familia están alejados o unidos unos de otros; la proximidad incluye las dimensiones física y psicológica (Nelson y Utesch, 1990).

GEOGRAFÍA: PERIFERIA Y CENTRALIDAD

Por último, Minuchin (1979) marca otra característica de la estructura familiar, la geografía, que es la distribución del espacio físico que cada miembro ocupa, lo que da lugar a la periferia y a la centralidad. Se dice que un individuo es **periférico** cuando se encuentra aislado del sistema familiar, como si no perteneciera a éste o se presenta poco implicado relacionándose poco con los demás miembros de la familia. La **centralidad** es cuando una persona acapara la atención de los demás y puede ser por algo bueno o malo para la familia, e incluso no permitir el crecimiento de los demás; cuando se caracteriza por cualidades valiosas, se denomina como **positiva**, y cuando es por rasgos desagradables se le nombra **centralidad negativa**.

En resumen, dice Minuchin (1979), el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas:

“En primer lugar, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficientemente responda a estrés del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

En segundo lugar, la familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se prefieren algunas pautas, suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian.

Finalmente, una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas adicionales. Eventualmente, ello puede llevar a la familia a una terapia.” (pp. 106-107).

Además de conocer la estructura de la familia, se debe identificar en qué etapa del ciclo vital se encuentra (formación de la pareja, familia con niños pequeños, con niños en edad escolar o adolescentes, y por último, nido vacío o familia con hijos adultos), ya que la estructura cambia en cada una de estas etapas.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Fue en sociología familiar en donde se formuló el término de *ciclo vital de la familia*, y a principios de 1970 fue utilizado por los terapeutas familiares, quienes pusieron mayor énfasis en el diagnóstico y tratamiento (Simon, Stierlin y Wynne, 1985).

DEFINICIÓN

“La familia no es una entidad estática, [...] está de continuo sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera[...] De hecho, el cambio es la norma y

una observación prolongada de cualquier familia, muy probablemente, [...] revelaría más desequilibrio que equilibrio. (pp. 34).

Contemplar a la familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona en el Tiempo[...] Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida[...] el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución[...] evoluciona hacia una complejidad creciente. (pp. 34-35)

El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente." (pp. 36) (Minuchin y Fishman, op. cit.).

Entonces, el ciclo vital de la familia, hace referencia a diferentes periodos o etapas de desarrollo por las cuales atraviesa todo sistema vivo como es la familia.

Al considerar al hombre como miembro de un sistema, podemos visualizar su crecimiento en las diferentes etapas de desarrollo del sistema familiar. La división de las etapas varía según los diferentes autores (Simon, Stierlin, y Wynne, 1985; González, 1988); los terapeutas de la corriente estructural describen cuatro fases.

El ciclo vital de la familia comprende las siguientes etapas, según Minuchin y Fishman (1993):

Formación de la pareja

De las grandes tareas que debe alcanzar un joven es la elección de una carrera, que redundará en un estilo de vida, y la elección matrimonial. Aquí se formaliza el noviazgo para la creación de una nueva familia nuclear, se constituye así el holón conyugal.

La pareja deberá crear sus propias reglas de convivencia, definir la nueva forma de relación con familiares y amistades, creando límites claros, que les permita el crecimiento como pareja. Como no siempre comparten los mismos valores, es importante que alcancen acuerdos que satisfagan a ambos.

Para la resolución de conflictos deben cimentar pautas de comunicación adecuadas con las cuales disipar los problemas. Su pensamiento individualista debe transformarse en el de unidad, siendo ambos parte de este nuevo sistema, que con el tiempo se estabilizará.

Esta evolución hacia un nivel más elevado no es indolora. Sin embargo, si esta etapa es superada, los cambios internos o las influencias del exterior se reducen o desaparecen.

La familia con hijos pequeños

El segundo estadio de la familia empieza con el nacimiento del primer hijo, donde a la vez se crea el holón parental. Es importante que en esta etapa los padres den a sus hijos atención, amor y cuidado para su sano desarrollo.

Para afrontar las nuevas tareas, el holón conyugal debe reorganizarse, de forma que la esposa no se sienta atrapada por demandas contradictorias sobre la división de su tiempo y la lealtad, y el posible alejamiento del esposo. De no resolver esta situación se pueden formar coaliciones entre diferentes generaciones.

También se inician nuevos vínculos, abuelos, tíos y primos y nuevos contactos con el mundo exterior como las escuelas u hospitales.

Al empezar a hablar y caminar el niño, los padres deben proporcionarle un espacio seguro, marcando también su autoridad parental. Y cuando nace otro hijo, los patrones antes establecidos se deben modificar. En ese momento se constituye el holón de los hermanos.

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes

En la tercera fase la familia empieza a relacionarse con un sistema organizado y de gran importancia. Como en cada etapa nuevamente se reorganizan las reglas para el crecimiento y desarrollo de cada individuo, así como del sistema familiar en su conjun-

to. En la adolescencia, el joven demanda reconocimientos de sus padres por lo que la autonomía y el control deben renegociarse en todos los niveles.

La familia deberá negociar ciertos ajustes y modificar algunas reglas, principalmente autonomía y control, modificando la relación padre-hijo existente, para permitir al adolescente la posibilidad de moverse tanto dentro como fuera del sistema adquiriendo nuevas experiencias.

Por último, es en esta etapa donde comienza el proceso de separación, cambio que vendrá a significar una nueva reestructuración en la familia.

La familia con hijos adultos o nido vacío

En el último estadio los hijos, ahora jóvenes adultos, han creado sus propios compromisos, con un estilo de vida, amigos, carrera y planes de matrimonio; la familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Durante esta etapa se debe fomentar el que la familia pase a esta etapa productivamente y no se abandone o aisle por haber terminado sus obligaciones para con sus hijos.

Se define a este periodo, generalmente como una etapa de pérdida; sin embargo, cabe la posibilidad de que con la experiencia acumulada se realicen los sueños que antes no pudieron alcanzar por estar dedicados a la crianza de los hijos.

La expresión de “*nido vacío*” hace referencia a la depresión por la que pasan algunas madres al quedarse sin su ocupación. Se elaboran nuevas relaciones al nacer los nietos.

De ahora en adelante nos referiremos a la familia como un sistema complejo; “...*sistema que trasciende los límites de la persona aislada, y sin embargo lo bastante pequeña y suficientemente limitada que sirve como unidad de investigación.*” (Hoffman, 1987; p. 21).

En resumen, la familia es un sistema abierto, que a su vez constituye otros subsistemas de mayor dimensión (como la sociedad). Que para su estudio o tratamiento debe tenerse en cuenta su estructura: etapa del ciclo vital en la que se encuentra, holónes que la conforman y sus interacciones, así como los límites o las reglas que se aplican.

En lo que se refiere al tratamiento familiar, éste va encaminado a la modificación del sistema. En el Modelo Estructural, cuando la dinámica del sistema familiar es disfuncional, el síntoma; como puede ser el alcoholismo en alguno de los miembros de la familia, el tratamiento se enfoca al sistema y no al individuo. Este consiste en realizar una reestructuración para hacer funcional el sistema y desaparecer el síntoma. Esta reestructuración considera la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia; por lo que tomando en cuenta estas características son los cambios que se plantean para ser realizados por los integrantes de la familia.

Precisamente esta investigación se basa en el enfoque del alcoholismo, desde la Terapia Familiar Sistémica, en el Modelo Estructural, específicamente, de ahí que resulte necesario, entonces, describir en el siguiente capítulo las diferentes definiciones de este problema, así como las diferentes alternativas para su tratamiento.

CAPÍTULO CUARTO

ALCOHOLISMO

DEFINICIONES

Uno de los principales problemas de adicción en México y en el mundo, es el alcoholismo, nos referimos a este mal con suma frecuencia; pero ¿qué es y cómo es definido en el ámbito científico y de salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1950 y 1952; citada en Pittman, 1984; Romero, 1990), determinó que los alcohólicos son aquellos individuos que beben en exceso, de manera que ello les provoca complicaciones en su salud física y mental que entorpece sus relaciones interpersonales, en su apropiado funcionamiento social y en el aspecto económico. /

En 1977 la OMS incluyó el término de *síndrome de dependencia del alcohol*, lo que le da el carácter de enfermedad con rasgos característicos como la regularidad en la bebida, el aumento en la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la tendencia irrefrenable a la bebida, para evitar también los síntomas del síndrome de abstinencia (Paredes, 1989).

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (citada en Romero, 1990), advierte que el alcoholismo interfiere persistentemente con el funcionamiento físico, personal y social del individuo.

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

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

→ Velázquez (1991) resumiendo a diferentes autores y organizaciones, menciona que el alcoholismo es "...un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere

con la salud y el funcionamiento social y económico del individuo, difieren en la cantidad de ingesta que determinaría el alcoholismo." (p. 418).

En el DSM III (1987) sobre el síndrome de dependencia del alcohol, se señala que el alcoholismo es un estado físico y psíquico producto de la ingestión del alcohol, caracterizado por la compulsión a beber alcohol en forma continua o periódica para sentir sus efectos psíquicos o para evitar el malestar de la abstinencia. Cabe citar que en la 4a. Edición de este manual (1994), se menciona que el alcoholismo muchas veces está asociado con dependencia o abuso de drogas que van desde nicotina, cocaína, marihuana, heroína, o fármacos como sedantes o ansiolíticos. El alcohol puede ser usado para aliviar la necesidad de los efectos de las otras sustancias, o sustituirlos cuando no los pueden adquirir. Depresión, ansiedad e insomnio frecuentemente acompañan la dependencia al alcohol y algunas veces son producto de la dependencia.

En la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (1992 y 1994) se establece que el síndrome de dependencia se caracteriza por una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas y físicas; observando en los individuos un fuerte deseo por ingerir alcohol (en ocasiones insuperable), que se antepone como prioridad ante cualquier objetivo, beber para evitar el síndrome de abstinencia y la propensión a las recaídas. Aquí también se relaciona con el consumo de otras drogas.

Por último la agrupación de Alcohólicos Anónimos (AA) (citada en Flores, 1992), reconoce que el alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva e incurable, que se manifiesta por la pérdida de control en el consumo de bebidas embriagantes.

Como pudimos observar en las definiciones antes expuestas, la forma más usual de referir el abuso en la ingestión de alcohol, está en términos de los efectos producidos por la bebida sobre la capacidad del individuo para funcionar con éxito en sus ambientes social, laboral o escolar y familiar, así como en su salud física y mental.

ETIOLOGÍA

Asimismo, existen varias teorías que dan explicación de la conducta de beber en exceso tales como las biomédicas, las psicoanalistas y las conductuales.

Las primeras señalan que las causas del alcoholismo son de tipo orgánico: déficit nutricional (vitamínico), factores químicos que marcan una predisposición a la ingesta de alcohol (Craighead, Kazdin y Mahoney, 1981; Leitenberg, 1984; Pittman, 1984; Mello y Mendelson, 1985; Mueller y Ketchman, 1987; en Nugent, 1990; Fuentenebro y Vázquez, 1992).

Desde la perspectiva psicoanalítica el alcoholismo es el resultado de un proceso subyacente de personalidad; el abuso en la ingestión de alcohol se relaciona con rasgos neuróticos, psicóticos y suicidas. Freud señaló que el alcoholismo es una tendencia a la autodestrucción (Craighead, Kazdin y Mahoney, *op. cit.*; Elizondo, 1983; Leitenberg, *op. cit.*; Pittman, *op. cit.*; Nugent, *op. cit.*; Fuentenebro y Vázquez, *op. cit.*).

El punto de vista conductual señala que la conducta de beber es aprendida, adquirida socialmente, mantenida por consecuencias reforzantes tales como reducción de ansiedad, aceptación social, etc. (Miller y Eisler, 1977; citados en Fernández y Carrobes, 1981; Leitenberg, *op. cit.*).

TRATAMIENTOS

Con base en la forma de conceptualizar el alcoholismo se han propuesto diversas formas de tratamiento.

TRATAMIENTO MÉDICO

Desde el punto de vista médico, se cuenta con fármacos para controlar síntomas de abstinencia, la depresión o ansiedad. Si el paciente ha estado tomando por largo tiempo cantidades considerables de alcohol, y suspende bruscamente su ingestión, aparece a los 3 ó 4 días el *Síndrome de Abstinencia o Delirium Tremens*, el cual sin tratamiento puede ser mortal en el 10 al 15% de los casos. Se puede evitar la aparición del Síndrome iniciando el tratamiento 1 ó 2 días después de suspender la bebida; el tratamiento debe llevarse a cabo en el hospital de preferencia. Se administran psicofármacos (inmunodepresores), tranquilizantes menores, complementos vitamínicos, protectores del metabolismo hepático, control hidroelectrolítico según el estado del paciente; reposo, dieta balanceada; sustancias aversivas en el mantenimiento de la abstinencia; apoyo psicológico a él y su familia; es decir, trabajo interdisciplinario (Leitenberg, *op. cit.*; Carnwath y Miller, 1989; Velázquez, 1991).

Dentro del tratamiento tradicional del alcoholismo, se supone que:

- *El alcoholismo es una enfermedad.* En esta visión, el alcohólico no tiene control sobre su forma de beber. El alcoholismo es una enfermedad progresiva; si se continúa bebiendo, la enfermedad es mortal.
- *El alcoholismo es una enfermedad del individuo.* El alcohol es el enemigo, no la persona. Más recientemente, el alcoholismo ha sido visto como una enfermedad familiar, y los programas incorporan el tratamiento familiar, pero el tratamiento es separado para los miembros de la familia.

- *El principal componente y mantenedor de la enfermedad es la negación.* La negación ocurre a ambos niveles; individual y familiar, con los miembros de la familia ayudando a cubrir el alcoholismo.

La recuperación para un alcohólico ocurre cuando el alcohólico comienza a aceptar que no tiene poder sobre el alcohol. Con ello toma la responsabilidad de su dependencia química. (Esto es una parte de la recuperación en el programa de AA). (De Maio, 1989).

Asimismo la enfermedad, es dividida en cuatro fases según Jellinek (citado en Flores, 1992); las cuales esquematizan el proceso por el cual atraviesa el alcohólico:

FASES DEL ALCOHOLISMO

1ª Fase Pre-alcohólica

El individuo bebe en su medio social y le atribuye a éste los problemas que surgen. Aquí no hay alteraciones físicas ni problemas en su funcionamiento familiar, social o en su medio de trabajo. Es el denominado tomador ocasional.

2ª Fase prodómica

Se caracteriza por una tolerancia al alcohol, preocupación por la bebida utilización del alcohol por sus efectos y cambios de personalidad después de la ingesta. Aquí aparecen las lagunas o amnesia alcohólica, el sujeto bebe a escondidas, se preocupa y tiene sentimientos de culpa por su forma de beber.

3ª Fase Crítica

Se pierde el control de la ingesta; cuando se bebe la primera copa se continua hasta estar intoxicado, luego se abstiene por varias semanas o meses, para luego volver a la primera copa. Establece una serie de racionalizaciones con las cuales justificarse, en diversas ocasiones promete enmendarse, deja el trabajo, es agresivo y fanfarrón, se aleja de amigos, descuida su nutrición, tiene sentimientos irracionales, compasión de sí mismo (actitud de mártir), y celopatía. En esta etapa es marcado el deterioro físico y social.

4ª Fase Crónica

El enfermo se embriaga en cualquier lugar, a cualquier hora y con lo que encuentre. Disminuye su tolerancia al alcohol, hay irritabilidad, deterioro de la personalidad, parálisis de determinados nervios y son frecuentes las psicosis alcohólicas. En esta fase se requiere la hospitalización e incluso el enfermo puede llegar a la muerte.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Por su parte, el tratamiento psiquiátrico, según Leitenberg (1984) y Velázquez (1991), se dirige al desajuste de personalidad existente, y puede recurrirse a la hospitalización como recurso extremo en caso de:

- Mal estado físico general y trastornos somáticos de importancia como fiebre, hemorragias, etc.
- Para desintoxicación por dependencia severa y/o Delirium Tremens.
- Graves trastornos de comportamiento (depresión o psicosis).
- Serios problemas familiares con rechazo, abandono o para salvaguardar a la misma.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

El tratamiento conductual se planea para cada individuo en particular. El procedimiento consiste, en disminuir las propiedades reforzantes inmediatas que el alcohol produce en el sujeto; se aplica el apareamiento repetido de un estímulo aversivo en la ingestión de alcohol (el estímulo aversivo puede ser una sustancia química, aversión verbal o eléctrica). Asimismo, se pueden enseñar al bebedor conductas asertivas que le permitan rechazar invitaciones a beber. Para reducir la ansiedad se emplea la técnica de desensibilización sistemática; conjuntamente se pueden reorganizar las consecuencias sociales (Rimm y Masters, 1984; citados por Bucla y Caballo, 1991; Velázquez, 1991).

— Las formas de conceptualizar al alcoholismo anteriormente descritas, evidencian una explicación lineal del problema: son cadenas de causa y efecto, en donde el individuo bebedor es el elemento central, quien tiene el problema o la enfermedad, por lo tanto, quien debe recibir tratamiento únicamente.

→ APROXIMACIÓN SISTÉMICA ←

→ Sin embargo, existe otra forma de abordar el problema del alcoholismo, desde el enfoque de la Terapia Familiar Sistémica. Desde esta perspectiva, el alcoholismo es en muchos casos mantenido por la familia y a su vez afecta al grupo familiar. El alcoholismo se presenta en el contexto familiar por lo que el problema no es individual sino que involucra a todos los miembros del sistema familiar. Así que el tratamiento se enfoca a la familia como sistema y no a un solo individuo. Ya que como menciona Graham, *et. al.* (1993), las causas y consecuencias del alcoholismo, se extienden más allá del individuo, abarcando a la familia, los amigos, compañeros de trabajo, etc. ←

→ Desde esta perspectiva, frecuentemente se observa que el sistema familiar es disfuncional y no puede ser entendido sino hasta que los demás miembros de la familia son incluidos en la problemática del alcohólico tales como abuelos, tíos tías, primos, e incluso amigos (Kaufman, 1992). ←

TRATAMIENTO FAMILIAR

“La familia es un sistema en el que un cambio en el funcionamiento de un miembro de la familia es automáticamente seguido por un cambio compensatorio en otro miembro de la familia.” (Bowen, 1992; p. 260)

→ Cada miembro de la familia juega un papel importante en la disfunción del miembro familiar que presenta el síntoma. Así, para la Terapia Familiar Sistémica, la terapia está dirigida a ayudar a la familia para modificar sus patrones de funcionamiento. Se enfoca al miembro, o miembros de la familia, quienes son más hábiles, o quienes tienen más potencial para modificar el funcionamiento de otros miembros de la familia. Cuando es posible modificar el sistema de relaciones familiares, la disfunción del alcohólico es aliviada, aún cuando esta disfunción no pudo haber sido la queja principal para acudir a la terapia.

Desde el punto de vista sistémico, el alcoholismo es una de las disfunciones más comunes; como una disfunción, existe en el contexto de un desbalance en el funcionamiento de todo el sistema familiar.

Este desbalance es visto desde diferentes puntos de vista. Uno de ellos, hace referencia al alcoholismo como manifestación de la angustia familiar. Cuando la tensión y la ansiedad se incrementan, la adaptabilidad de los patrones pierde flexibilidad y emergen entonces los síntomas; en este caso el beber es la única forma de enfrentar los problemas. Este proceso puede tornarse crónico por ser un funcionamiento en espiral. En general se observa, que hay más adaptabilidad en las familias con un espectro de patrones que una familia con menos diversidad de pautas a seguir (Bowen, 1992; Maharajh y Bhugra, 1993). Por lo que cualquier miembro que logre controlar la ansiedad, que in-

cluso puede ser la propia, contribuirá a la interrupción e incluso a la inversión de la escalada (Bowen, 1992).

Otra perspectiva hace referencia a las características de la familia como sistema abierto. La familia alcohólica es vista como un sistema conductual, en el que su comportamiento se ha transformado en un principio regulador de la estructura familiar. El alcoholismo en la familia perturba su equilibrio, por lo que esta inseguridad impulsa a la nivelación a corto plazo (regulación), a expensas del desarrollo a largo plazo; de tal forma que el impacto del alcoholismo, se ve reflejado en los tipos de cambio de las conductas reguladoras adaptándose lentamente a sus exigencias. Y las alteraciones se ven de manera general en el desarrollo y crecimiento de la familia (Steinglass y cols., 1989).

También existe un modelo basado en la simetría, la complementariedad y la doble atadura, en donde Selvini (1988) (citada en Flores, 1992) se refiere a la existencia de un doble vínculo entre el bebedor y la botella, en donde el primero le ha transferido al alcohol un desafío provocador; por lo que desea ser más fuerte que el alcohol.

La práctica clínica, así como investigaciones realizadas durante varios años, han demostrado que el alcoholismo tiene un impacto sobre la vida familiar, contribuye en las dificultades maritales y familiares, la pérdida de empleo, los consecuentes problemas financieros, dificultad en la realización del trabajo o la escuela, conflictos legales, abuso físico y verbal, conflictos en las relaciones entre padres e hijos, problemas sexuales, etc. (Williams, 1987; West y Prinz, 1987; Leonard y Jacob, 1988; Riech, Earls y Powel, 1988; O'Farrell, 1990; Seilhamer y Jacob, 1990; Sher, 1991; todos estos citados por Rotunda, *et. al.*, 1995; Dumka y Roosa, 1995; Juliana y Goodman, 1992; Graham, *et. al.*, 1993).

Buscando los efectos del alcoholismo, se han efectuado diversas comparaciones entre familias alcohólicas y familias no alcohólicas o "familias normales". Estas han revelado que las primeras tienen más problemas y son más disfuncionales; sus interacciones se caracterizan por altos niveles de negatividad, conflictos y rivalidades, sus niveles de cohesión, organización y expresividad son bajos, así como su capacidad para resolver problemas (Gorad, 1971; Billings, Kessler, Gomberg y Weiner, 1979; Jacob, Ritchey, Cvitkovic y Blane, 1981; Filstead, McElfresh y Anderson, 1981; Moos y Moos, 1984; O'Farrell y Birchler, 1987; Williams, 1987; Jacob, Krahn y Leonard, 1991; todos estos citados por Rotunda, *et. al.*, 1995; Seilhamer, *et. al.*, 1993).

Sin embargo, no se han detectado características específicas de comunicación propias de las familias alcohólicas, en comparación con las no alcohólicas. Y las familias con otro tipo de problemas psiquiátricos, como la depresión severa de uno de sus miembros, refieren procesos familiares disfuncionales parecidos a los de las alcohólicas (Mitchell, 1958; Drewery y Rae, 1969; Kennedy, 1976; Becker y Miller, 1976; Miller, Kabakoff, Keitner, Epstein y Bishop, 1986; O'Farrell y Birchler, 1987;

Jacob y Krahn, 1988; Liepman, Niremberg, Doolittle, Begin, Broffman y Babich, 1989; Jacob, *et. al.*, 1991; todos estos citados por Rotunda, *et. al.*, 1995). Pero por problemas metodológicos y conclusiones contradictorias no hay un soporte real sobre una sintomatología propia de las familias alcohólicas.

Los problemas con el uso del alcohol en un miembro de la familia pueden ser una fuente de estrés para el resto de la familia y puede precipitar problemas médicos o emocionales en otros miembros de la familia (Graham, *et. al.*, 1993).

Dentro de la teoría familiar sistémica y las investigaciones sobre alcoholismo, se distinguen 2 periodos en el comportamiento del alcohólico y su familia; uno es durante la sobriedad (periodos secos) y periodos de intoxicación (periodos húmedos) —*dry versus wet*— (Setinglass, *et. al.*, 1987; Jacob, 1992; citados por Rotunda, *et. al.*, 1995).

En investigaciones realizadas en Estados Unidos se ha encontrado que en las denominadas *wet families* se tiene un sentido de aislamiento, tienen menos contacto personal y si ocurre es breve y superficial, están más desligadas y su funcionamiento es más independiente, tienen además menos coordinación que las familias que están en recuperación (Setinglass, 1979; Setinglass, 1981; Moos y Moos, 1984; Setinglass, Tislenko y Reiss, 1985; todos estos citados por Rotunda, *et. al.*, 1995). Pero Frankistein, Hay y Nathan (1985) y Frankistein, *et. al.* (1985) (citados por Rotunda, *op. cit.*), han sugerido que las transacciones más positivas entre el alcohólico y su cónyuge, ocurren durante los periodos de consumo de alcohol; el cónyuge alcohólico tiene mayor facilidad para expresar sus sentimientos, a diferencia de cuando está sobrio, durante ese periodo aumentan los problemas de comunicación, hay mayor hostilidad, tensión intrafamiliar y la estructura del sistema es caótica. Por lo que el alcoholismo es considerado como un factor homeostático, con el cual la familia regula y mantiene el sistema, tolerando, apoyando e incluso motivando la progresión del alcoholismo (Setinglass, *et. al.*, 1977; Jacob, 1992; citados por Rotunda, *op. cit.*; Graham, *et. al.*, 1993).

Las *dry families* y las familias en *recuperación* tienen intreracciones más positivas, discuten menos y expresan menos hostilidad y agresión, especialmente cuando los periodos de sobriedad son largos (Moos, *et. al.*, 1979; Moos y Moos, 1984; Roberts, *et. al.*, 1984; citados por Rotunda, *op. cit.*).

Los miembros de familias alcohólicas aprenden a definirse a ellos mismos como víctimas propiciatorias, mascotas o niños perdidos, se describen como perfeccionistas, emocionalmente arrastrables, impulsivos, ciegamente leales, mentirosos y disfuncionales (De Maio, 1989).

En la Terapia Sistémica, como se enseña en el Instituto Ackerman para la Terapia Familiar en la ciudad de Nueva York, se subrayan los siguientes lineamientos:

1. Diferentes comportamientos, interacciones familiares y comunicaciones que tienen significados sobre diferentes niveles (Cronen y Pearce, 1985; citados en De Maio, 1989). En un sistema alcohólico, uno puede describir un episodio de bebida como un primer nivel; después uno puede descubrir cómo la bebida organiza las relaciones familiares en un segundo nivel. Y en otro nivel se pueden explorar los mitos de la familia acerca del alcoholismo.
2. La negación en el sistema alcohólico puede ser revisada como un requerimiento para la estabilidad del sistema (llamada también resistencia al cambio). El terapeuta puede crear un dilema para la familia; aceptando este dilema, la familia comienza a construir una nueva realidad y ocurre el cambio. La historia creada por el terapeuta es una re-creación de la propia historia familiar. La familia incorporará cambios o sumará partes a su propia historia y creará una nueva.
3. Las interacciones individuales reconocidas en patrones dentro de medios que son llamado contexto. Estas incluyen contextos culturales, históricos, familiares y de grupo. Un terapeuta que trabaja con la recuperación de alcohólicos y sus familias puede hacer que ambos reconozcan su propia responsabilidad en el programa.
4. Relaciones, incluyendo las terapéuticas son vistas como simétricas o complementarias. Comportamientos complementarios son diferentes pero son mutuos y se compaginan. Comportamientos simétricos son conductas por iguales y son similares. Relaciones complementarias y simétricas pueden muchas veces alternarse. En un patrón complementario, una persona hará más mientras que su complemento hará menos. En una relación simétrica ambos siempre querrán hacer más.

La terapia familiar y marital, puede alterar el pronóstico de la familia; ya que el fortalecimiento del sistema familiar es utilizado para traer cambios individuales a corto o largo plazo. Sin embargo, esto se puede apreciar mejor en culturas en donde la familia se considera como una unidad; por ello los patrones familiares a seguir en la terapia, deberán basarse en la etnia, las normas culturales, el status socioeconómico, la edad y la fase del ciclo vital en el que se ubica la familia (Bennum, 1985 y O'Farrell, 1989; citados en Maharajh y Bhugra, 1993).

El papel que juega el alcoholismo, es una importante variable a considerar durante el tratamiento, porque la dinámica familiar varía dependiendo de los patrones de bebida. La disfunción familiar es más aparente durante la fase húmeda, manifestada por el decremento en los niveles de cohesión y expresividad, las impredecibles interacciones que involucran al alcohólico y el incremento de conflictos y ansiedad (Rotunda, 1995).

En el tratamiento se deben clarificar los problemas relacionados con el abuso del alcohol, para disminuir la tensión y evitar culpar a alguien. Cuando un alcohólico comienza un tratamiento, puede ser motivado a la sobriedad, pero no insistir inmediatamente en ello, y aunque el bebedor tal vez se abstenga, los miembros de la familia no confiarán inmediatamente en sus decisiones, y su renovación de responsabilidades. Estas reacciones, así como el esperar un cambio rápido en el bebedor por parte de los familiares es normal; de ahí la importancia de templar las expectativas, y crear la esperanza en la familia de que se puede incrementar la capacidad de confianza familiar, y más aún, un desarrollo gradual en el funcionamiento familiar, además del incremento de la sobriedad, en donde según McCrady (1990) (citado en Rotunda, *op. cit.*) la abstinencia puede promover la concientización de las relaciones conflictivas. Como un tratamiento adjunto o de mantenimiento, se les puede referir a los grupos de autoayuda (Rotunda, *op. cit.*).

Minuchin (1974) y Haley (1977) (citados en Rotunda, *op. cit.*), proponen que las familias desarrollen principios que gobiernen los procesos familiares e individuales, así como la distribución de la jerarquía, las obligaciones y responsabilidades, correspondientes a cada subsistema; decrementar los niveles de cohesión cuando se encuentran coaliciones o triangulaciones, que sólo promueven el distanciamiento o la creación de chivos expiatorios; en vez de ello, construir alianzas apropiadas dentro de la familia.

Los terapeutas pueden reencuadrar el alcoholismo como un problema familiar y convencer a la familia de que su percepción negativa de la realidad puede ser cambiada o expandida (Minuchin y Fishman, 1981; en Rotunda, *op. cit.*).

Kaufman (1990) (citado por Maharajh y Bhugra, 1993) recomienda un modelo en donde se incluya una etapa de desintoxicación, el comienzo de la abstinencia y el uso de la sobriedad para un desarrollo personal.

Por su parte, Penn (1985) (citado en De Maio, 1989) menciona que las familias alcohólicas se muestran incapaces para visualizar el futuro. Como una enfermedad crónica si el patrón de alcoholismo continúa, la visión del futuro se llenará de peligro y pérdida potencial. El uso de preguntas acerca del futuro puede traer algunos resultados con familias alcohólicas crónicas. Las preguntas pueden crear dos mapas del futuro: uno en el cual la familia permanece mojada (*families wet*) y en peligro, y otra en la cual la familia permanece seca (*families dry*). Imaginando el futuro en el cual la bebida continúa jugando un rol principal, muchas veces tendrá un poderoso impacto sobre la negación de la familia. Obviamente si el alcohólico continúa bebiendo, el futuro significará la muerte, lo cual tal vez es la última negación en la familia. Cuestionando a la familia acerca del futuro, en el cual el terapeuta les dice que imaginen un estado seco, tal vez sea usado como un técnica para ayudar a la familia a separarse de la bebida como su factor organizacional. También puede ayudar a ver las consecuencias con y sin la bebida. Prescribir rituales que han sido identificados en la conducta

del alcohólico (prescripción del síntoma) puede tener un poderoso efecto paradójico sobre su conducta.

Se puede utilizar también un equipo de consultoría o apoyo en la terapia de recuperación del alcohólico. El terapeuta que está demasiado involucrado o que es demasiado responsable del paciente alcohólico, puede dar un paso atrás con ayuda del equipo. La familia puede recibir un mensaje en el cual un consultante cree que el terapeuta está trabajando intensamente y no puede ayudar a la familia. En este único camino (denominado posición de *one-down*) el terapeuta puede encontrar la ayuda que la familia requiere.

El equipo también puede dirigirse efectivamente a la posible mala interpretación de neutralidad que juega la negación. Los mensajes externos de los consultantes pueden establecer que la familia está negando el alcoholismo. Otros mensajes pueden quitarle la marca de "mal gusto" para la familia utilizando la connotación positiva. Y en un único camino, la familia puede ayudar al equipo a resolver sus conflictos solventando los suyos (De Maio, 1989).

El cambio estructural, comprende 3 objetivos:

- a) Cuestionar las normas homeostáticas, existentes;
- b) Introducir flujo y crisis en el sistema, inestabilidad que capacitará a las personas para tener conductas y sentimientos diferentes en relación a ellos mismos y con los demás, y
- c) Desarrollar rutinas de conducta para las nuevas estructuras (Umbarger, 1983).

La meta de la terapia familiar es identificar los patrones de comunicación y de conducta poco saludables, y guiar a la familia en una reestructuración de estos patrones en un camino funcional (Graham, *et. al.*, 1993).

Navarro (1992), propone un programa para el tratamiento de familias con hijos pequeños (que es la etapa que se aborda en la presente investigación). Menciona que el nacimiento de un hijo es un momento de estrés familiar que puede iniciar el ciclo alcohólico.

Frecuentemente las familias, agrega Navarro, en esta etapa acuden a terapia por problemas de los hijos como trastornos conductuales, escolares, maltrato, rechazo, etc. Problemas que coexisten con el alcoholismo de los padres. Se observa que una de las consecuencias más graves del alcoholismo es que a los hijos se les quita su niñez; en la familia hay un clima de miedo, angustia, falta de confianza, culpa y tristeza. El niño puede experimentar sentimientos de pérdida y dolor. El abuso sexual y la violencia suelen ser comunes en las familias de alcohólicos. Menciona también que no hay diferen-

cias entre el alcoholismo de la madre y el padre, en referencia al daño que pueda producir este problema en los hijos.

Así que sugiere que cuando una familia con hijos se presenta para ser tratada han de seguirse los siguientes pasos:

- A) Previo a la abstinencia del padre bebedor se deben validar los sentimientos de cólera, miedo, y pérdida que puedan tener los hijos; además se debe animar al padre bebedor a que asuma un rol más responsable. Si el intento falla, se utilizará el fracaso para solicitar al padre la abstinencia;
- B) ya que se ha logrado la abstinencia se enseñan a los padres habilidades parentales y a reparar el daño infringido, ayudar a la familia como un todo a reorganizar sus roles con las pérdidas y ganancias que ellos suponen, por último, se continúa reconociendo los sentimientos de rencor y de rabia aunque se nieguen. Además se debe ayudar a dar respuestas emocionales adecuadas sin necesidad de reglas rígidas.

Para prevenir recaídas en el tratamiento del alcoholismo:

- a) mantener el progreso logrado al iniciar el tratamiento,
- b) desarrollar y practicar nuevas habilidades diseñadas para ayudar más efectivamente con el abuso marital y otros problemas de la pareja o la familia, y
- c) construir e implementar un plan enfocado a la identificación de situaciones de alto riesgo y señales tempranas de peligro, tal como hacer frente a cualquier borrachera que pudiera ocurrir (O'Farrell, 1992; citado en Rotunda, *op. cit.*).

En este capítulo se revisaron diferentes aproximaciones que dan explicación al problema del alcoholismo. Desde la perspectiva médica, es considerado como una enfermedad, y para su estudio sólo se toman en cuenta las consecuencias inmediatas, referentes al mismo individuo, como puede ser su deterioro físico y mental, los problemas económicos por la pérdida del empleo, y más recientemente se habla de problemas familiares; en donde el alcoholismo tiene su origen en un déficit nu-

tricional o factores químicos que condicionan el consumo de alcohol. Los psicoanalistas lo relaciona con rasgos ciertos rasgos de personalidad tendientes a la autodestrucción, y por su parte, el conductismo, hace referencia al aprendizaje, así como a las consecuencias reforzantes que proporciona en un principio la bebida. Centran toda su atención sobre el individuo, destacando problemas orgánicos o de personalidad, según el punto de vista médico y psicodinámico respectivamente; o hacen referencia a la participación del entorno social que rodea al individuo como es el conductismo. Sin embargo, a pesar de que retoman diferentes aspectos de la enfermedad, el problema se sigue abordando de manera lineal e individual. En el mismo sentido, el tratamiento se dirige al "individuo enfermo", y cuando se toma en cuenta a la familia es por separado.

En cambio desde la Terapia Familiar Sistémica, al ser considerada la familia como un sistema, en donde la conducta de cada miembro es influida y a su vez influye en la de los demás, el alcoholismo deja de abordarse como un problema exclusivamente individual, ya que el síntoma (alcoholismo), puede funcionar como ingrediente homeostático, regulando el funcionamiento familiar. Por ello se observan las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia, tanto al interior como al exterior del sistema, incluyendo todas las características estructurales como son los límites, la jerarquía, así como su comunicación y etapa del ciclo vital en el que se encuentran.

PROYECTO

PADRE ALCOHÓLICO

¿CÓMO ES LA ESTRUCTURA DE SU FAMILIA?

ETAPA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

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 no participan en el origen y/o desarrollo de la conducta de ingestión excesiva del miembro alcohólico, siendo que éste es 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 sujeto no es un sujeto aislado, forma parte de un sistema familiar, de ahí que resulte 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 en la etapa de niños en edad escolar; puesto que en cada etapa la familia se enfrenta a requerimientos de cambio y por lo mismo sus pautas de interacción deben ser diferentes; de ahí que surja el interés por analizar el papel que juegan el alcohólico y los demás miembros de la familia en esta etapa, crucial para su desarrollo como sis-

tema. Con ello se pretende identificar un posible patrón repetitivo de interacciones que pudiesen ayudar a tener una idea clara sobre el tipo de relaciones que se establecen en familias con el padre alcohólico, para 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(s) siguiente(s) etapa(s), patrones de interacción que posibiliten la gravedad del problema o hasta producir el problema. 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 pretenden contestar dos preguntas básicas: ¿Existe un patrón de interacción repetitivo (estructura familiar) en familias en las que el padre es alcohólico, en la etapa de niños en edad escolar? En caso afirmativo ¿cuál es ese patrón de interacción?

OBJETIVO:

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 el padre, la madre e hijos en edad escolar.

MÉTODO

SUJETOS:

50 familias en la etapa de hijos en edad escolar, de clase media baja (de 5 a 6 salarios mínimos) (Sedesol, 1996), en las cuales el padre era alcohólico (es decir, que se reportaron problemas por su ingestión de alcohol).

Estas familias se contactaron visitando grupos AL-ANON en el Distrito Federal y Área Metropolitana, con familias recién integradas a dichos grupos y por vía de la consulta que se ofrece en la CUSI de la ENEP Iztacala.

Se consideró el presente trabajo como un estudio de campo, con base en el cual se pretendían 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.

MATERIALES:

Las copias necesarias de la guía de entrevista diseñada para detectar la estructura familiar (Montalvo y Soria, 1994) (ver anexo), disquetes, hojas de computadora, cintas para computadora, plumas, etc.

ESCENARIO:

Se entrevistó a las familias en el lugar donde éstas especificaron (AL-ANON, su hogar o en la CUSI).

PROCEDIMIENTO:

Inicialmente se elaboró una guía de entrevista que sirvió de apoyo para la obtención de datos estructurales pertinentes que permitió la identificación de límites, periferia, jerarquía, centralidad, coaliciones, alianzas y triangulaciones. Esta guía inicialmente se piloteó (con el fin de descartar preguntas que se repetían o que no eran de fácil entendimiento). Una vez que estuvo lista la guía de preguntas se llevó a cabo una entrevista con cada familia o con el o los miembros de la misma que aceptaron cooperar con la investigación; cada entrevista duró aproximadamente 2 horas; las cuales fueron audiograbadas. Con base en la información se pretendió establecer el papel que juegan todos y cada uno de los miembros de la familia. Los datos fueron analizados de manera independiente por la entrevistadora y una juez adicional. Posteriormente se reunieron para compartir los datos concluyentes a

los que llegaron, debiendo alcanzar un 80% de confiabilidad para poder ser incluido. Dicha confiabilidad se obtuvo con la siguiente fórmula (Holl, 1971):

$$\frac{a c u e r d o s}{a c u e r d o s + d e s a c u e r d o s} \times 100$$

Cabe aclarar que se respetó el anonimato de las familias participantes y los datos demográficos a obtener, incluyeron sólo aquellos que permitían establecer el familiograma correspondiente: número de miembros de la familia, edades, ocupaciones, escolaridad, años de matrimonio o de unión libre. Además de que no se llevó a cabo ningún trabajo terapéutico con estas familias, ya que el propósito de esta investigación es sólo analizar la estructura familiar.

ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el Programa SPSS-PLUS, a fin de determinar la frecuencia de cada aspecto estudiado; de tal forma que se puedan establecer los patrones de interacción personal y grupal.

RESULTADOS

Estas son las variables y categorías que se presentan:

Límites al Interior (holón conyugal, parental y fraterno) y Límites al Exterior:

- Flexible
- Difuso
- Rígido
- Difuso-Rígido
- Flexible-Difuso¹
- Flexible-Rígido¹
- No hay (hijo único) Sólo en el hijo fraterno

Jerarquía:

- Nadie
- Padre
- Madre
- Padre y Madre
- Padre vs Madre² (*relación simétrica*)
- Hijo mayor (no mayor de 12 años)
- Hijo medio
- Hijo menor
- Padre-Hijo(s)
- Madre-Hijo(s)
- 2 ó más hijos
- Abuelo(a)
- Tío(a)
- Otro

Hijo Parental:

- Nadie
- Hijo mayor (no mayor de 12 años)
- Hijo medio
- Hijo menor
- 2 ó más hijos o hermanos

¹No se presentaron de forma simultánea.

²En esta categoría, si bien ambos padres toman decisiones, ponen reglas, premios o castigos, no lo hacen conjuntamente, sino que establecen una *relación simétrica* y no importa cuan contradictorias o absurdas sean las decisiones con tal de estar en contra del otro.

Centralidad Positiva y Negativa; Periferia; Paciente Identificado:

(Las categorías utilizadas para estas variables son las mismas que en la jerarquía, excepto Padre vs Madre)

Coaliciones:

- No existe
- Padre-Madre vs Hijo(s)
- Padre-Hijo(s) vs Madre
- Madre-Hijo(s) vs Padre
- Padre-Madre vs Otro
- Padre-Hijo(s) vs Otro
- Madre-Hijo(s) vs Otro
- Hermanos vs Padre
- Hermanos vs Madre
- Hermanos vs Hermanos
- Hermanos vs Otro
- Otro (externas a la familia, o que se presentan más de una con diferentes miembros dentro de la misma familia)

Alianzas:

- No existe
- Padre-Madre con Hijo(s)
- Padre-Hijo(s) con Madre
- Madre-Hijo(s) con Padre
- Padre-Madre con Otro
- Padre-Hijo(s) con Otro
- Madre-Hijo(s) con Otro
- Hermanos con Padre
- Hermanos con Madre
- Hermanos con Hermanos
- Hermanos con Otro
- Otro (externas a la familia, o que se presentan más de una con diferentes miembros dentro de la misma familia)

Triangulaciones:

- No existe
- Padre-Madre-Hijo(s)
- Padre-Madre-Otro
- Entre hermanos
- Otra (externas a la familia, o que se presentan más de una con diferentes miembros dentro de la misma familia)

Amante:

- No hay
- Del padre
- De la madre
- De ambos

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

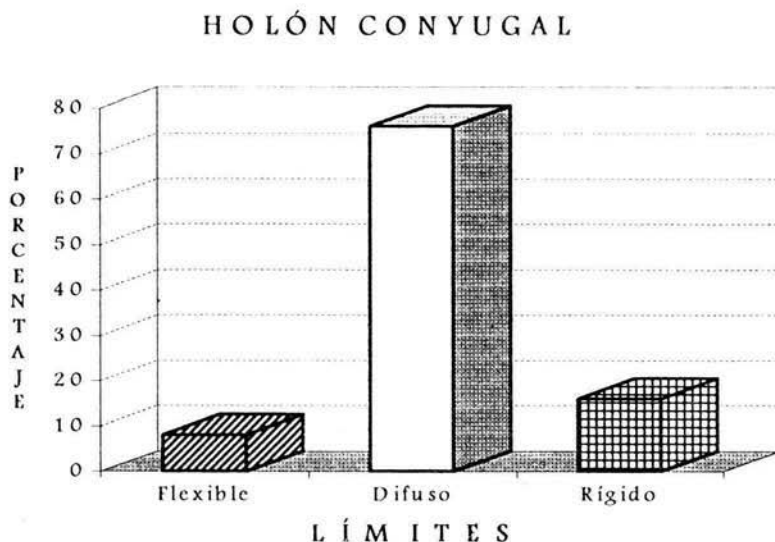
Límites al Interior

Holón Conyugal

De las 50 familias entrevistadas se encontró que en el holón conyugal, el mayor porcentaje se situó en los límites difusos con 76% (38 familias); con límites rígidos 16% (8 familias) y con límites flexibles el 8% (en 4 familias).

HOLÓN CONYUGAL		
Límites	Casos	%
Flexible	4	8
Difuso	38	76
Rígido	8	16
TOTAL	50	100

Tabla 1. Presenta los límites encontrados al interior de la familia en el holón conyugal.



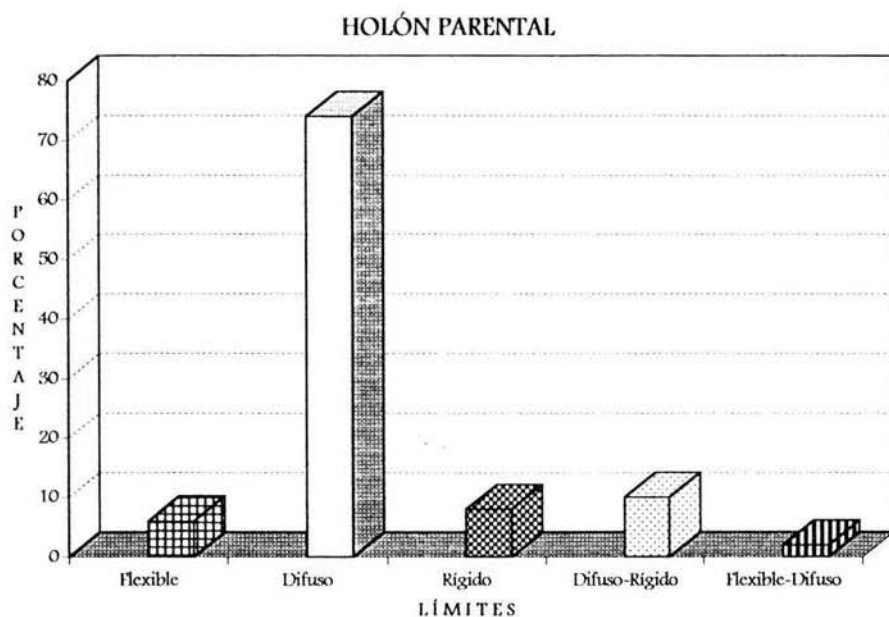
Gráfica 1. Expone los porcentajes de los límites encontrados al interior de la familia en el holón conyugal.

Holón Parental

En el holón parental los límites difusos fueron los de mayor frecuencia con el 74% (en 37 familias), seguidos por una combinación entre difusos y rígidos con el 10% (5 familias); después los límites rígidos con 8% (en 4 familias); flexibles 6% (3 familias) y flexibles-difusos sólo en el 2% (1 familia).

HOLÓN PARENTAL		
Límites	Casos	%
Flexible	3	6
Difuso	37	74
Rígido	4	8
Difuso-Rígido*	5	10
Flexible-Difuso*	1	2
TOTAL	50	100

Tabla 2. Muestra los límites encontrados al interior de la familia en el holón parental.



Gráfica 2. Refiere los porcentajes de los límites encontrados al interior de la familia correspondientes al holón parental.

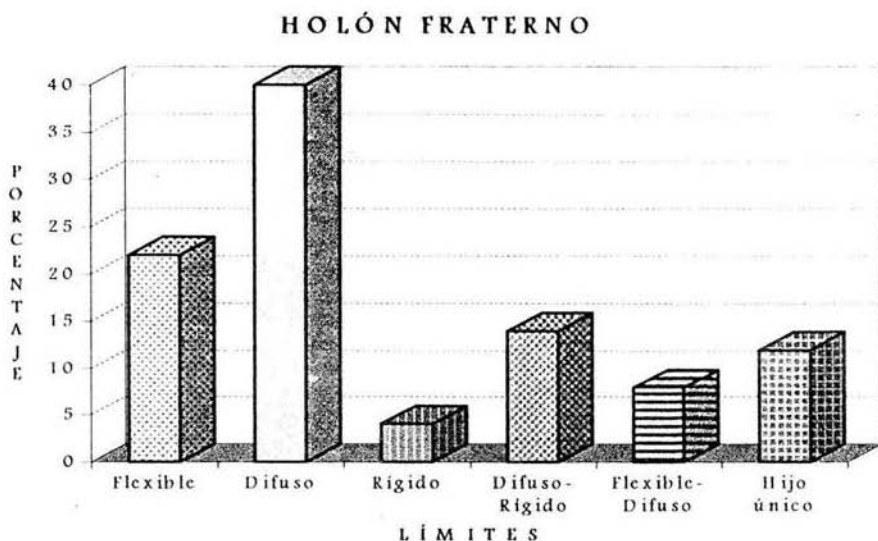
* Cabe aclarar que las categorías de Difuso-Rígido y Flexible-Difuso, no se presentaron de manera simultánea; sino que dichos límites variaban según el contexto o la situación familiar.

Holón Fraterno

El 40% de los casos presentan límites difusos en el holón fraternal (20 familias); 22% (11 familias) tienen límites flexibles; límites difusos y rígidos se presentan en el 14% de los casos (7 familias); en 12% (6 familias) sólo tienen un hijo por lo cual no hay límites en esta categoría; el 8% (4 familias) presentan entre los hermanos, una combinación entre límites flexibles y difusos; y por último, el 4% son rígidos (2 casos).

HOLÓN FRATERNO		
Límites	Casos	%
Flexible	11	22
Difuso	20	40
Rígido	2	4
Difuso-Rígido*	7	14
Flexible-Difuso	4	8
Hijo único	6	12
TOTAL	50	100

Tabla 3. Exhibe los límites encontrados al interior de la familia en el holón fraterno o de los hermanos.



Gráfica 3. Revela los porcentajes de los límites encontrados al interior de la familia en el holón fraternal

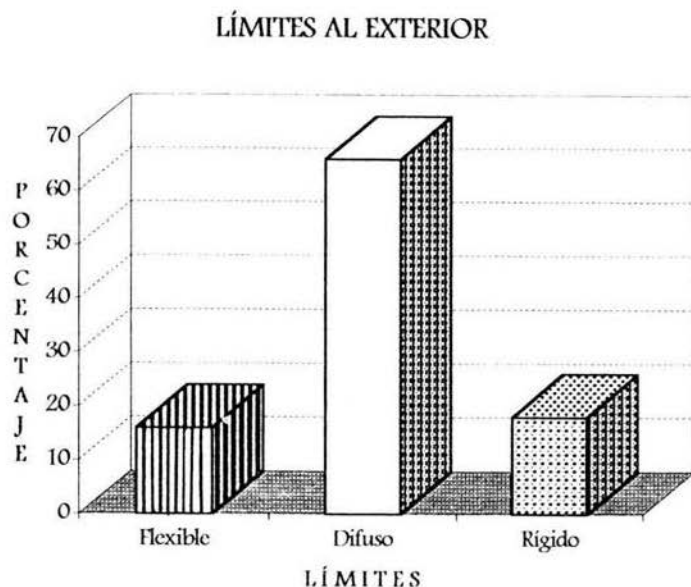
* Cabe aclarar que las categorías de Difuso-Rígido y Flexible-Difuso, no se presentaron de manera simultánea; sino que dichos límites variaban según el contexto o la situación familiar.

Límites al Exterior

Hacia el exterior encontramos que el 66% de las familias (33 casos) tienen límites difusos; el 18% (9 familias) tienen límites rígidos, y 16% presentan límites flexibles (8 de ellas).

LÍMITES AL EXTERIOR		
Límites	Casos	%
Flexible	8	16
Difuso	33	66
Rígido	9	18
TOTAL	50	100

Tabla 4. Expone los límites encontrados al exterior de la familia.



Gráfica 4. Representa los porcentajes de las categorías de los límites al exterior a la familia.

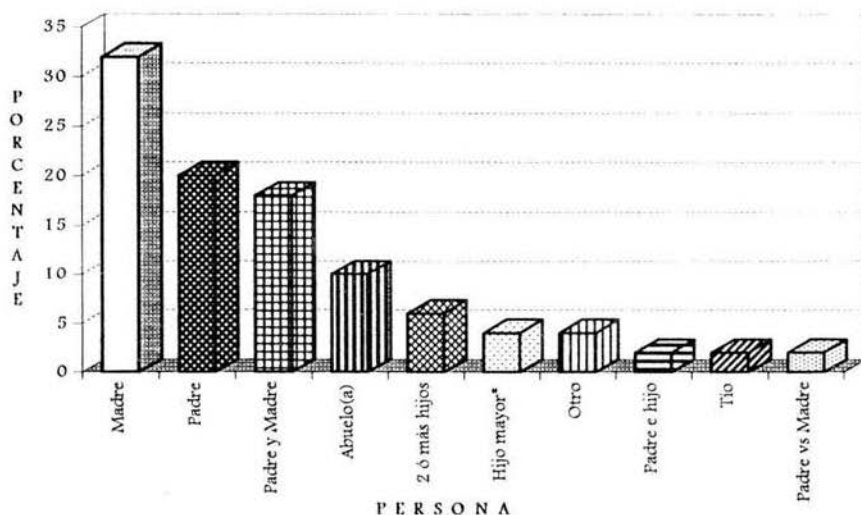
JERARQUÍA

Fue en la madre en quien localizamos la mayor jerarquía en las familias entrevistadas con 32% (16 casos); seguida por el padre en el 20% (10 casos); padre y madre dentro de la misma familia con el 18% (9 familias). En 10% (5 familias) es la o el abuelo quien tiene la mayor jerarquía; en el 6% (3 familias) son dos o más hijos los que ocupan esta posición; el hijo mayor* y otro familiar, se encuentran con mayor jerarquía en el 4% de los casos (2 familias respectivamente); por último el 2% para cada una de las siguientes categorías: padre y algún hijo, un tío(a) o padre vs madre en una relación simétrica tienen la jerarquía (1 familia en cada uno de estos tres casos).

JERARQUÍA		
Variable	Casos	%
Madre	16	32
Padre	10	20
Padre y Madre	9	18
Abuelo(a)	5	10
2 ó más hijos	3	6
Hijo mayor*	2	4
Otro	2	4
Padre e hijo	1	2
Tío	1	2
Padre vs Madre	1	2
TOTAL	50	100

Tabla 5. Representa la ubicación jerárquica de los miembros de la familia.

JERAQUÍA



Gráfica 5. Traza los porcentajes de la jerarquía en la familia.

* Menor de 12 años.

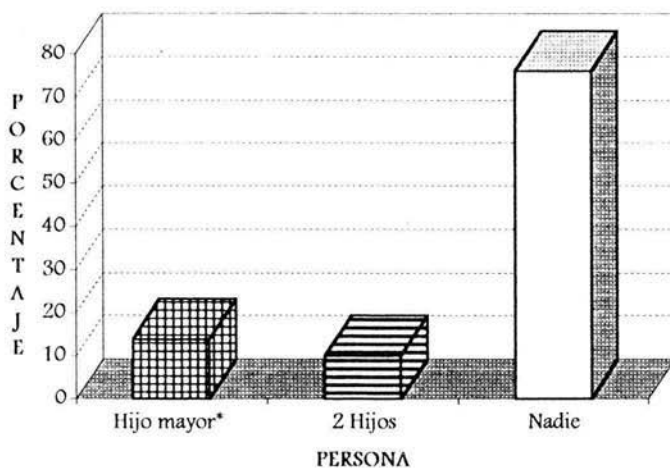
HIJO PARENTAL

En 76% (38 familias) no hubo ningún hijo parental; en 14% (7 casos) es el hijo mayor*, y en el 10% (5 familias) son dos hijos quienes tienen esta característica.

HIJO PARENTAL		
Variables	Casos	%
Hijo mayor*	7	14
2 Hijos	5	10
Ninguna	38	76
Total	50	100

Tabla 6. Exhibe los casos en donde existen familias con hijos parentales.

HIJO PARENTAL



Gráfica 6. Refiere los porcentajes de los hijos parentales en la familia.

* Menor de 12 años.

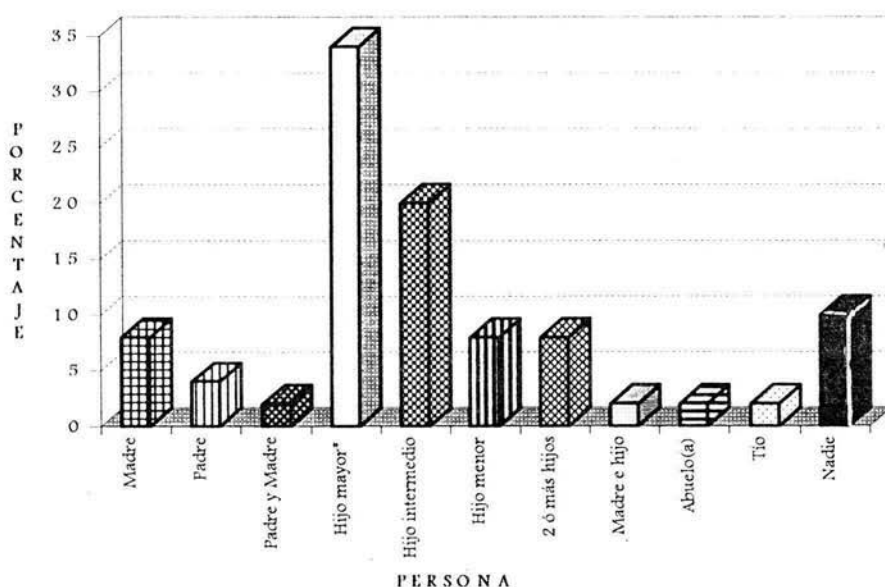
CENTRALIDAD POSITIVA

La centralidad positiva la ocupó en primer lugar el hijo mayor* en 34% (17 familias); seguido del hijo intermedio con 20% (10 familias); en el 10% (5 casos) nadie ocupó esta categoría; en el 8% respectivamente para la madre, el hijo menor, y dos hijos o más (4 casos en cada categoría); el padre en el 4% fue señalado como un miembro central positivo (2 casos) y 2% para la madre y el padre, la madre e hijo, abuelo y tío (1 familia en cada una de las 4 categorías anteriores).

CENTRALIDAD POSITIVA		
Variables	Casos	%
Madre	4	8
Padre	2	4
Padre y Madre	1	2
Hijo mayor*	17	34
Hijo intermedio	10	20
Hijo menor	4	8
2 ó más hijos	4	8
Madre e hijo	1	2
Abuelo(a)	1	2
Tío	1	2
Ninguna	5	10
TOTAL	50	100

Tabla 7. Expone la centralidad positiva en los miembros de las familias.

CENTRALIDAD POSITIVA



Gráfica 7. Marca los porcentajes de la centralidad positiva ocupada por los miembros de la familia.

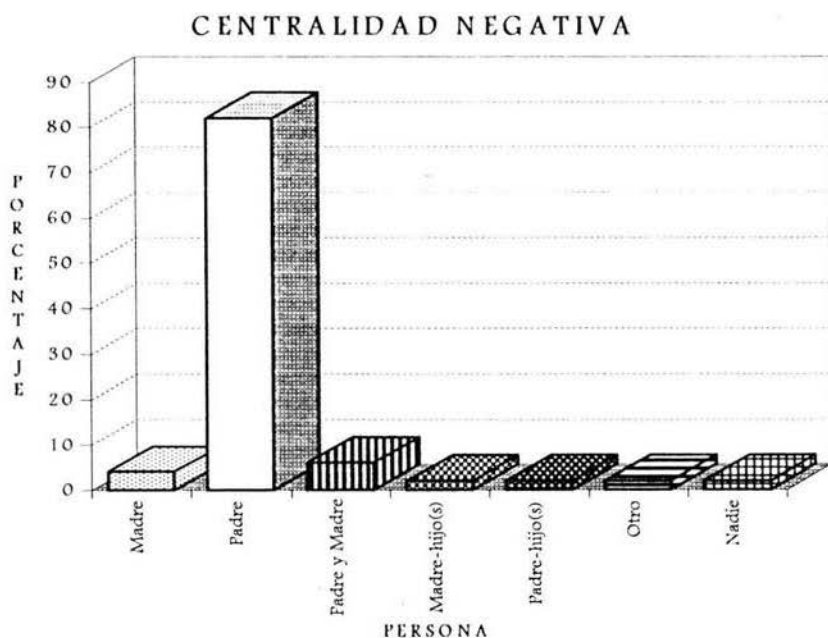
* Menor de 12 años.

CENTRALIDAD NEGATIVA

En el 82% de los casos (41 familias), el padre ocupó esta posición, seguido del 6% en donde ambos padres tienen la centralidad negativa (3 familias); en el 4% (2 casos) es la madre quien tiene esta característica, y por último, con el 2% (1 familia en cada uno de los 4 casos) están las categorías de nadie, padre-hijo(s), madre-hijo(s), y otro.

CENTRALIDAD NEGATIVA		
Variables	Casos	%
Madre	2	4
Padre	41	82
Padre y Madre	3	6
Madre-hijo(s)	1	2
Padre-hijo(s)	1	2
Otro	1	2
Ninguna	1	2
TOTAL	50	100

Tabla 8. Muestra quién ocupa la centralidad negativa en las familias de la población estudiada



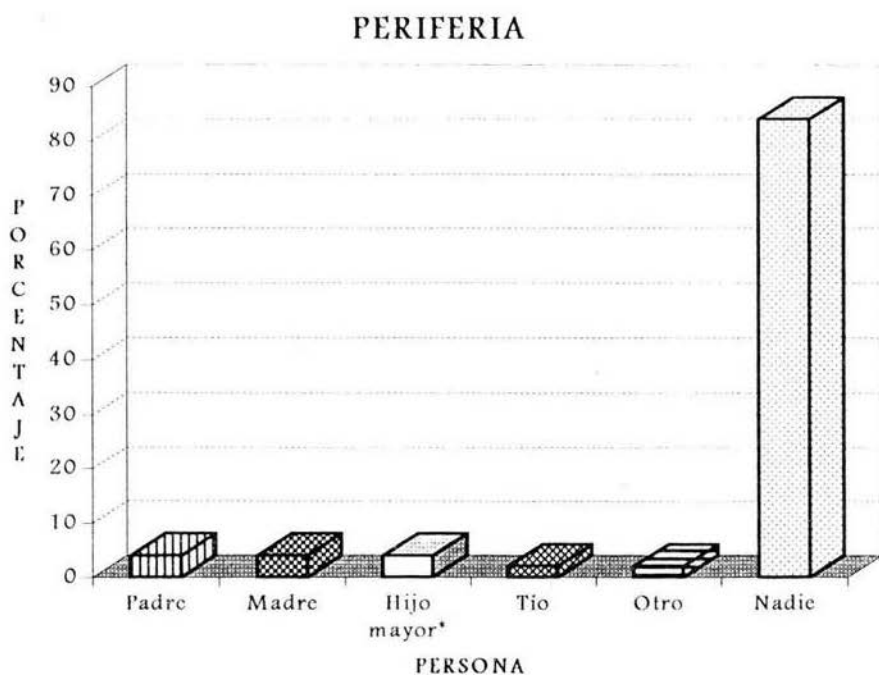
Gráfica 8. Exhibe los porcentajes de la centralidad negativa ocupada por los diferentes miembros de la familia.

Periferia

Nadie en el 84% de los casos (42 familias) fue descrito como miembro periférico de la familia; padre, madre y el hijo mayor* obtuvieron el 4% respectivamente en las 3 distintas categorías (6 familias en total); en el 2% (1 familia) el tío fue el miembro periférico y otro con el mismo porcentaje.

PERIFERIA		
Variables	Casos	%
Padre	2	4
Madre	2	4
Hijo mayor*	2	4
Tío	1	2
Otro	1	2
Ninguna	42	84
TOTAL	50	100

Tabla 9. Muestra quién ocupa la posición periférica dentro de la familia.



Gráfica 9. Representa los porcentajes de quién ocupa la posición periférica en la familia.

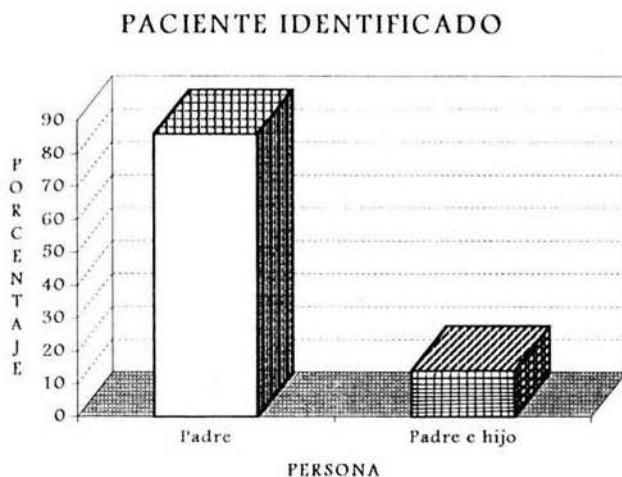
* Menor de 12 años.

PACIENTE IDENTIFICADO (PI)

El padre fue en el 86% de las familias (43 casos) señalado como paciente y en el 14% de los casos (7 familias), además del padre, se señaló a un hijo como los pacientes identificados.

PACIENTE IDENTIFICADO		
Variables	Casos	%
Padre	43	86
Padre e hijo	7	14
TOTAL	50	100

Tabla 10. Muestra a las personas designadas como Paciente Identificado (PI).



Gráfica 10. Informa sobre los porcentajes de las personas que son denotadas como PI dentro de la familia.

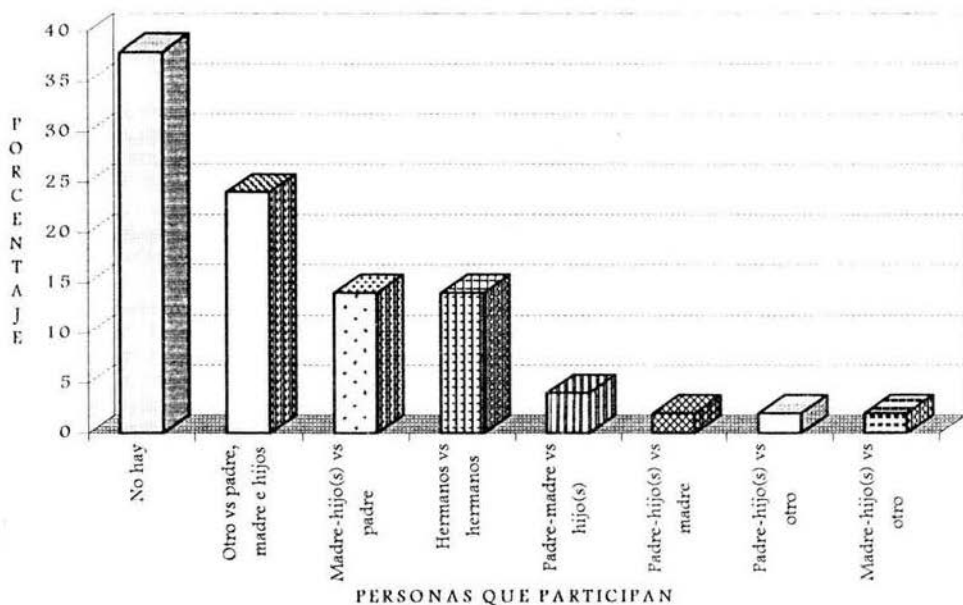
COALICIÓN

De las familias entrevistadas, 38% dijeron no tener coaliciones (19 casos); en el 24% de ellas (12 familias) se encontraron coaliciones de otros (que incluso están fuera de la familia) en contra del padre, la madre e hijos; madre-hijo(s) vs padre 7 (7 familias respectivamente); en 4% de las familias (2 casos) se encontraron coaliciones entre padre-madre vs hijo(s); y por último 2% para cada una de las siguientes padre-hijo(s) vs madre u otro y madre-hijo(s) vs otro (1 familia respectivamente en los tres anteriores).

COALICIÓN		
Variables	Casos	%
No hay	19	38
Otro vs padre, madre e hijos	12	24
Madre-hijo(s) vs padre	7	14
Hermanos vs hermanos	7	14
Padre-madre vs hijo(s)	2	4
Padre-hijo(s) vs madre	1	2
Padre-hijo(s) vs otro	1	2
Madre-hijo(s) vs otro	1	2
TOTAL	50	100

Tabla 11. Ilustra las coaliciones que existen dentro de la familia.

COALICIÓN



Gráfica 11. Muestra los porcentajes de las coaliciones que se presentan entre los miembros de la familia.

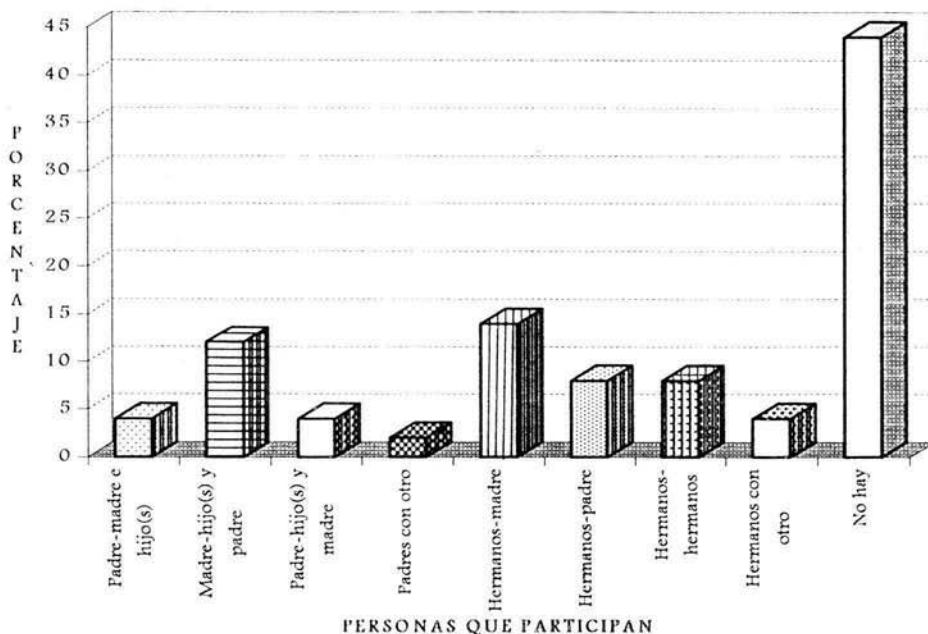
ALIANZA

El 44% de los casos reportaron no tener alianzas (22 familias); en 14% de las familias (7 casos) los hermanos se alían con la madre; en el 12% hay alianzas entre madre-hijo(s) y el padre (6 familias); en el 8% de familias hay alianzas entre los hermanos y entre estos mismos con el padre (4 familias respectivamente para estos dos casos); más abajo de esta categoría con el 4% respectivamente están padre-madre con hijo(s), padre-hijo(s) con madre y hermanos con otro (2 casos en cada uno de los tres anteriores); y por último con el 2% (1 familia) los padres se alían con otro.

ALIANZA		
Variables	Casos	%
Padre-madre e hijo(s)	2	4
Madre-hijo(s) y padre	6	12
Padre-hijo(s) y madre	2	4
Padres con otro	1	2
Hermanos-madre	7	14
Hermanos-padre	4	8
Hermanos-hermanos	4	8
Hermanos con otro	2	4
No hay	22	44
TOTAL	50	100

Tabla 12. Presenta las alianzas que existen dentro de la familia.

ALIANZAS



Gráfica 12. Muestra los porcentajes de las alianzas que se presentan entre los miembros de la familia.

RESULTADOS

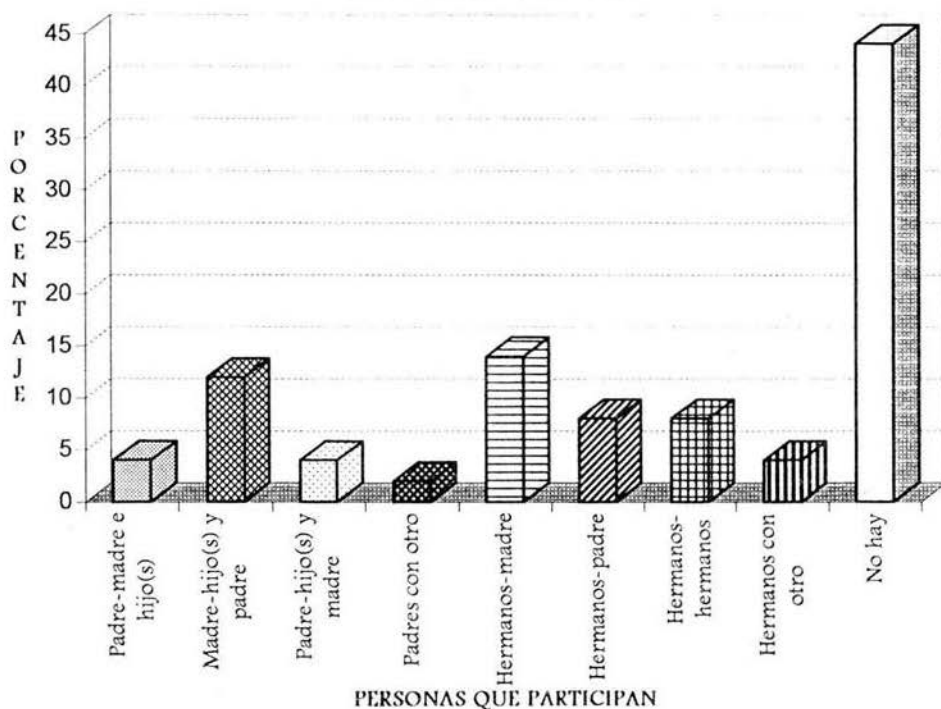
TRIANGULACIÓN

En el 50% de los casos (25 familias) no se detectó triangulación alguna; en el 46% (23 familias) hay triangulaciones entre padre, madre y uno o más hijos; en el 2% (1 familia) la triangulación es entre la madre, el padre y otro (externo a la familia) y en el otro 2% (1 familia) la triangulación es de personas externas con otros miembros de la familia.

TRIANGULACIÓN		
Variables	Casos	%
Padre-madre e hijo(s)	2	4
Madre-hijo(s) y padre	6	12
Padre-hijo(s) y madre	2	4
Padres con otro	1	2
Hermanos-madre	7	14
Hermanos-padre	4	8
Hermanos-hermanos	4	8
Hermanos con otro	2	4
No hay	22	44
TOTAL	50	100

Tabla 13. Refiere las triangulaciones que existen dentro de la familia.

TRIANGULACIONES



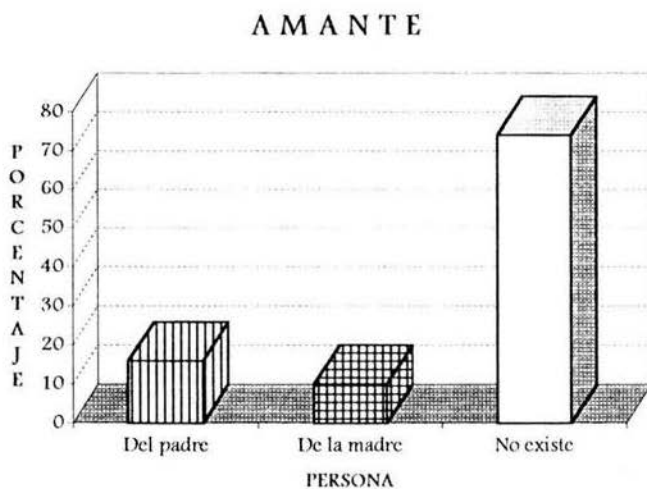
Gráfica 13. Ilustra los porcentajes de las triangulaciones que se presentan entre los miembros de la familia.

AMANTE

De las familias entrevistadas 74%, (37 casos) no reportaron que existiese el o la amante; en 16% (8 casos) era el padre quien tenía una amante y en el 10% (5 familias) la madre salía con otra pareja.

A M A N T E		
Variables	Casos	%
Del padre	8	16
De la madre	5	10
No existe	37	74
TOTAL	50	100

Tabla 14. Expone los casos en donde uno o ambos cónyuges tienen un amante.



Gráfica 14. Expone los porcentajes de los y las amantes de uno o ambos cónyuges.

DISCUSIÓN

Ante las interrogantes planteadas en el problema sobre si existe un patrón de interacción repetitivo (estructura familiar) en familias con un miembro alcohólico (el padre) e hijos en edad escolar y cuál es ese patrón, se puede reafirmar que según los resultados esperados en la hipótesis de que es el padre el central y con mayor jerarquía, y que hay límites difusos al interior y al exterior de la familia; encontramos, que al padre se cataloga principalmente como un miembro central (negativo) dentro de la familia, y la vida de sus hijos y esposa gira en torno del padre alcohólico. Esto se debe a su conducta sea o no en estado de ebriedad; al estar alcoholizado, pasa fácilmente de una persona carismática y agradable a ser alguien sumamente irascible e irracional, incapaz de manejarse a voluntad. Por eso cuando van a una fiesta o están en una reunión, sus hijos y esposa están al pendiente de cuántas copas bebe, no sólo por el peligro que implica conducir en estado de ebriedad, si es que es él quien conduce de regreso a casa, sino también porque al estar borracho puede en muchos casos ser muy agresivo tanto con ellos, como con otras personas. Estando en casa, cuando los niños o su esposa necesitan de su ayuda, no pueden contar con él; al contrario, en muchos casos deben encontrar la forma para proveerse de lo necesario, ya que a él poco le interesa gastar el dinero de la familia con tal de poder emborracharse.

Pero no es el padre el de mayor jerarquía sino la madre. Según comentaron los entrevistados, es la mujer y no el hombre como cultural y socialmente se esperaría, la de mayor jerarquía por ser la base y el sustento de la familia. Ella debe ser madre y padre a la vez, trabajar en caso necesario, atender a sus hijos, su esposo y el hogar; porque aunque trate de que las responsabilidades sean compartidas él le relega todas las responsabilidades a ella; debe estar al pendiente de todo cuanto ocurre en su familia, poner reglas, límites, premios y castigos; porque aunque esté el hombre, cuando está, sólo consiente a los hijos o los regaña sin fundamento y generalmente no sabe lo que pasa en su familia. Además la esposa debe proveer el sustento económico cuando el esposo lo gasta en sus "borracheras". Ellos sólo toman decisiones y opinan en sus respectivos trabajos y en menor medida en sus hogares. Sólo en 10, de los 50 casos analizados es el padre el de mayor jerarquía; y en otras 9, la jerarquía la comparten ambos. En tres familias las decisiones sobre premios, castigos y reglas o en general sobre el hogar, si bien las toman ambos, no significa que lo hagan

conjuntamente; más bien es para estar uno en contra del otro, establecen una relación simétrica en donde ninguno cede nada, sin importar a quién se dañe o cuán absurdas puedan ser sus decisiones; también en estos casos no es necesariamente la pareja la de mayor jerarquía en su familia; en una de ellas es la abuela quien vive con ellos y en otra es el padre y un hijo. (Ver tabla y gráfica 5).

En lo que se refiere a los límites, al interior son difusos en los holones parental, fraternal y conyugal; de igual manera, los límites al exterior son difusos en su mayoría, lo que concuerda con nuestra hipótesis. (Ver las tablas y gráficas 1, 2 y 3).

En el holón parental y fraternal los límites son difusos; a los niños les son encargadas tareas poco aptas para su edad, como el cuidar de la casa y sus hermanos menores, ayudarles a hacer sus tareas, hacer los quehaceres domésticos e incluso preparar la comida, o buscar trabajo fuera de casa, como el lavar ropa o limpiar parabrisas en las esquinas, para ayudar al sostenimiento económico del hogar. Por lo anterior, entre hermanos no siempre se relacionan como tal, sino que ven en algunos de ellos al padre que les da dinero para el camión o un dulce, alguien que les atiende y les ayuda a hacer la tarea, etc. No son claros los límites entre padres e hijos y tampoco entre hermanos. (Ver las tablas y gráficas 2 y 3).

El holón conyugal, se caracteriza por límites difusos; las parejas de la mayor parte de las familias entrevistadas están en pugna constante, ella pidiéndole que deje de beber y él diciendo que es algo que está bajo su control y que nadie debe decirle qué debe o no hacer. En otras familias de esta misma muestra, el esposo quiere saber “todo” acerca de su esposa y le pregunta directamente a ella, la vigila o controla sus actividades, pregunta a sus hijos u otras personas para saber y/o confirmar la información. Por otro lado hay parejas en donde aparentemente no se interesan el uno por el otro, pero dicen las esposas que cuando ellos quieren resarcir de alguna manera sus culpas, se tornan en maridos cariñosos y complacientes interesándose más de lo común por ellas. También hubieron, aunque en menor proporción parejas con límites flexibles. (Ver tabla y gráfica 1).

Al exterior se observa que los límites no están bien definidos por lo que diversas personas (externas a la familia) sean amistades, vecinos o parientes, se inmiscuyen en asuntos que no les competen. Sobre cómo educar a los hijos, qué deben hacer o cómo deben tratar al esposo, pero su participación va más allá de la simple opinión, actúan conforme a lo que creen más conveniente, y a

veces sin tomar en cuenta a los miembros de la familia involucrados en dicha situación. (Ver tabla y gráfica 4).

Si bien en gran parte de las familias entrevistadas no existe el hijo parental, en donde sí existe, no siempre es sólo el hermano mayor, también hay casos en que son dos hijos los que comparten esta característica; a pesar de su corta edad, deben hacerse cargo de sus demás hermanos, en algunos casos, trabajar para ayudar a la economía de su hogar. Y entre hermanos se autodenominan como muy unidos; lo cual para nosotros y de acuerdo con Minuchin, reafirma una característica de los límites difusos en el holón fraternal. (Ver tabla y gráfica 6).

Para explicitar la centralidad, se dividió en positiva y negativa; en la primera, un miembro de la familia ocupa esta posición por sus cualidades o virtudes; y en la segunda destacan las personas por sus defectos o conductas nocivas. En la centralidad positiva sobresalen los hijos, primero el mayor seguido del intermedio; a ellos se les coloca como ejemplo a seguir por sus hermanos, ya sea porque van bien en la escuela y/o trabajan ayudando así a que la familia salga adelante. Y la centralidad negativa como era de esperarse la ocupa el padre; al respecto, a algunas de las mujeres entrevistadas no les parecía mal el que su esposo tomara con tal de que estuvieran con ellas y no dejaran de dar el gasto para la casa; esto a pesar de que al mismo tiempo refirieran tener serios problemas tanto emocionales como económicos en la familia por la forma de beber de sus esposos. En los tres casos en donde la madre junto con el padre fue colocada como central negativa, se debió en uno de ellos a que ella también toma, y en los otros dos es descrita como una mujer desobligada, que no pone atención ni en su hogar ni su familia, por lo que los pone en vergüenza a los demás miembros de su familia. Cabe mencionar que estas dos familias viven con la abuela; por lo tanto, los hijos y el esposo son atendidos por ésta, la mayor parte del tiempo. (Ver las tablas y gráficas 7 y 8).

En la mayoría de las familias entrevistadas no se encontraron miembros periféricos; sin embargo en los casos en que sí se detectó, fue el padre porque es relegado por su forma de beber y su irresponsabilidad, y los abuelos de sus hijos se atribuyen las responsabilidades del padre. En el caso de la madre y el hijo mayor (no mayor de 12 años) parecen querer estar al margen de la situación familiar para que no les afecte. Las otras personas marcadas como periféricas son tíos o sobrinos, a

quienes les prestan un lugar para dormir y casi no están en casa y su participación en asuntos familiares es mínima. (Ver tabla y gráfica 9).

Aunque muchas de las personas no referían el alcoholismo del esposo como un problema que requiriese de atención (porque no lo ven como una dificultad), en todos los casos se marcó al padre como Paciente Identificado, por ser su forma de beber el síntoma más sobresaliente en la problemática familiar; también en algunos casos, las personas entrevistadas pidieron atención para un hijo porque tiene problemas de conducta (“porque les está afectando la situación familiar”), va mal en la escuela o temen que cuando sean adolescentes tomen imitando la conducta del padre. Esta preocupación externada por las madres, confirma la importancia de realizar una intervención preventiva conociendo ya cómo es la estructura de familias con un miembro alcohólico. (Ver tabla y gráfica 10).

La mayoría de las coaliciones encontradas en la población entrevistada se daban fuera de la familia; se unían dos o más parientes cercanos a la familia y advertían a los hijos sobre lo malo de estar en su familia, o hablaban mal principalmente de su padre y de todos los problemas que por él tenían, por lo que debían dejar su casa o hacer cosas que le molestaran y así vengarse. Las madres se unían a sus hijos, para agredir a su esposo; incluso, se encontró un caso, donde la madre aconsejó a sus hijas para que declarasen en un juzgado en contra de su padre; y otra sobornaba a los hijos para que le solaparan la relación que sostenía con otro hombre y no le dijeran a su padre. Por su parte, las coaliciones entre hermanos para molestar a otro de ellos se dan primordialmente porque no les gusta que uno de sus hermanos sea el encargado de cuidarlos y deban obedecerle; por eso se unen entre ellos para hacerlo enojar no dejándolo hacer lo que quiere o debe de hacer, poniendo música que no le gusta, o escondiéndole las cosas o agrediendo físicamente. (Ver tabla y gráfica 11).

La mayoría de las alianzas detectadas fueron entre los hermanos con la madre, para pedir permisos o conseguir dinero; pero casi la mitad de la población entrevistada reportó no tener alianzas entre sus miembros. (Ver tabla y gráfica 12).

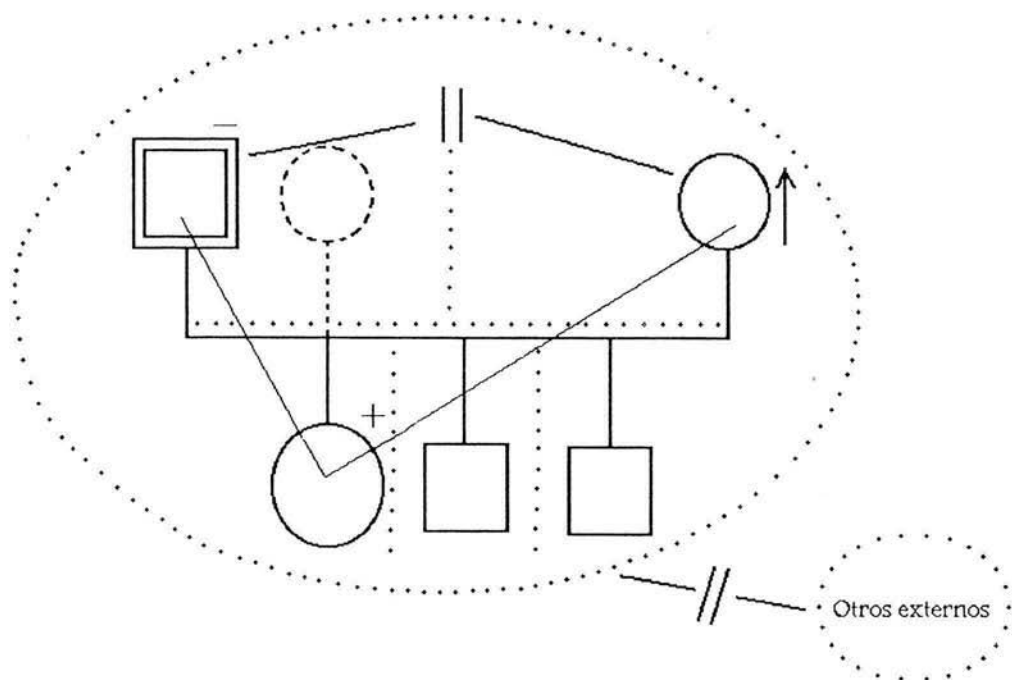
Además en la mitad de las familias de esta muestra se detectaron triangulaciones, en donde a través de los hijos los padres se agreden y/o agreden a los niños. (Ver tabla y gráfica 13).

DISCUSIÓN

Por último, en cuanto a la o el amante, sólo 13 parejas dijeron tenerlo; sin embargo estos datos no se consideran muy confiables porque las esposas cuando lo sospechaban preferían no decirlo, y tanto hombres como mujeres temen a que se revele tal información. (Ver tabla y gráfica 14).

En resumen, la estructura de la familia alcohólica (con hijos en edad escolar) tiene las siguientes características: *límites difusos al exterior; difusos al interior en los roles conyugal, parental y fraternal; la mayor jerarquía está depositada en la madre y la centralidad negativa en el padre; aunque no muy frecuentes, hay coaliciones y triangulaciones, y en menor medida alianzas (pero no alternadas); también (aunque es poco probable), podemos encontrar al hijo parental.* (Ver figura 1).

FAMILIOGRAMA GENERAL DE FAMILIAS CON UN MIEMBRO ALCOHÓLICO
ETAPA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR



SIMBOLOGÍA:

Límites difusos	Centralidad negativa	—
Centralidad positiva	+	Jerarquía	↑
Conflicto	—//—	Coalición	○ —//—
Paciente Identificado	□	Hijo Parental	○

FIGURA 1

CONCLUSIÓN

Uno de los problemas más graves en el mundo dentro de las adicciones es el alcoholismo; es una droga más o menos barata y muy fácil de conseguir. En algunos países como Francia se acostumbra acompañar los alimentos con un buen vino, y en general, es socialmente aceptable; en una reunión de trabajo o con los amigos, con frecuencia es más criticado aquel que no bebe, que el que termina perdido en el alcohol por no poder controlar su manera de beber. El alcoholismo afecta no sólo al individuo que lo consume tanto física como psicológicamente, sino a la familia en su conjunto y en general al medio en el que se desenvuelve como pudimos observar.

Esta investigación le sirve al psicólogo para saber cómo abordar un problema de esta naturaleza cuando acudan a él personas o familias con las características de la estructura familiar alcohólica, en la etapa del ciclo vital correspondiente a los niños en edad escolar, y saber que no sólo debe fijar su atención sobre este problema, que sólo es un síntoma dentro de la disfunción familiar.

¿Qué hacer como profesionales cuando nos enfrentemos a una familia así?, ¿Por dónde debemos empezar?, ¿Qué cambios debemos realizar? ¿Se puede realizar una intervención preventiva?

Ahora que conocemos cuál es la estructura de este tipo de familias disfuncionales, los cambios que debemos buscar en ellas son los límites claros y flexibles tanto al interior como al exterior de la familia; que cada miembro de la familia esté en el lugar que le corresponde y desempeñando el papel propio de su edad y condición social; asimismo debemos evitar o reubicar a los hijos parentales en caso de existir e involucrar a los miembros periféricos. Los hijos deben estudiar y colaborar en tareas sencillas del hogar, como hacer sus tareas escolares, o guardar sus juguetes y ropa, tender sus camas, etc. Los padres deben apoyarlos en sus tareas, resolver sus dudas (en la medida de lo posible); y no involucrarlos en sus problemas conyugales ni utilizarlos en triangulaciones para agredirse mutuamente, lo que sólo confunde a los niños. Los asuntos familiares deben tratarse dentro de la misma y de ser necesario escuchar la opinión de los niños, pero no dejar que personas ajenas al sistema se inmiscuyan e intervengan en cuestiones puramente familiares.

La jerarquía debe estar repartida en ambos padres y no sustentada en uno de ellos, las decisiones sobre la educación de los hijos así como las reglas, los premios o castigos deben ser tomadas por mutuo acuerdo.

Puede existir el miembro central positivo, siempre y cuando esta característica se alterne entre todos los miembros de la familia al igual que las alianzas. Disolver las coaliciones, triangulaciones, así como evitar que en la comunicación familiar haya dobles vínculos. Fomentar en todos los miembros de la familia, una comunicación clara y directa.

Y conociendo la estructura de estas familias podemos evitar futuros problemas previniendo las situaciones que sabemos se pueden dar al llegar a esta etapa del ciclo vital, ayudándoles además a pasar a la siguiente etapa.

Sin embargo, para cubrir todas las posibles necesidades terapéuticas, esta investigación se debe ampliar tomando en cuenta diversos aspectos como el nivel socioeconómico y cultural, haciendo estudios comparativos entre estas variables; investigar cuáles son las posibles pautas de conducta o relación de los familiares o personas cercanas al bebedor; estudiar también la estructura de familias alcohólicas pero separadas o divorciadas; de qué manera influyen o no estas circunstancias en la formación de nuevas familias, donde la familia de origen de los cónyuges (de uno o ambos) es disfuncional, y si se observa el mismo patrón estructural, o cuáles son sus características. Asimismo, hacer una comparación con familias en esta misma etapa, pero sin el padre alcohólico. Así nuestra visión sobre esta problemática será mas amplia y tendremos más herramientas para apoyar la intervención terapéutica.

También debe considerarse el ampliar el tamaño de la muestra, así como el llevar a cabo un trabajo terapéutico con las familias estudiadas para ver las modificaciones en su estructura y por tanto en su funcionamiento.

En la realización de esta investigación se presentaron algunas dificultades que retrasaron el tiempo que se tenía planeado para su aplicación, como la negativa de las personas a ser entrevistadas por el "psicólogo", la negación del problema, o el entrar en contradicciones entre los miembros de la familia, para ocultar o cambiar los hechos en torno al alcoholismo del padre. Sin

CONCLUSIÓN

embargo, pese a estas contrariedades, en la medida de lo posible se alcanzó el objetivo planteado al detectar las características estructurales de este tipo de familias.

Para finalizar, cabe resaltar la importancia que reviste la aproximación Sistémica al problema del alcoholismo, dejando los viejos parámetros que individualizan el síntoma. Con este enfoque, se examina al sistema en general, el papel que juega cada uno de los miembros de la familia y la estructura de la misma, ya que como vimos en la investigación, el alcoholismo, es en algunos casos, el factor homeostático que regula el sistema familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Anodfi, M. (1994). Terapia Familiar. México, Ed. Paidós. Cap. 1.
- Benoit, J. C. (1985). El Doble Vínculo. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Berestein, I. (1987). Familia y Enfermedad Mental. México, Ed. Paidós. Caps. 1 y 2.
- Bertalanffy, L. (1976). Teoría General de los Sistemas. España, Ed. Fondo de Cultura Económica. Caps. 2, 8 y 9.
- Bozormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1983). Lealtades Invisibles. Argentina, Ed. Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Fundamentos Teóricos Vol. I España. Ed. Descleé Brower. Caps. 2, 8 y 10.
- Bowen, M. (1989). La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Fundamentos Teóricos Vol. II España. Ed. Descleé Brower. pp. 18-20.
- Bowen, M. (1992). Family Terapy in Clinical Practice. London, Ed. Jason Aronson. Cap. 12.
- Bucla, G. y Caballo, V. (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. España, Ed. Siglo XXI, Cap. 21.
- Carnwalh, T. y Miller, D. (1989). Psicoterapia Conductual en Asistencia Primaria: Manual Práctico. Barcelona, Ed. Martínez Roca, Cap. 18.
- CIE-10. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid, Ed. Meditor. pp. 97-112.
- CIE-10. (1994). Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid, Ed. Meditor. pp. 72-83.
- Cobos H. y Banda, M. (1993). Consumo de alcohol y adolescencia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 31 No. 4. pp. 279-281.

BIBLIOGRAFÍA

- Craighead, E.; Kazdin, A. y Mahoney, M. (1981). Modificación de Conducta, Principios, Técnicas y Aplicaciones. Barcelona, Ed. Omega, Cap. 21.
- De Maio, R. (1989). Integrating Traditional Alcoholic Treatment Programs and Family-Systems Therapy. Family Systems Medicine. Vol. 7 No. 3. pp. 274-291.
- DSM-III. (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España, Ed. Masson. pp. 138-148 y 447.
- DSM-IV. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D. C., Ed. American Psychiatric Association. pp. 194-204.
- Dumka, L. y Roosa, M (1995). The Role of Stress and Family Relationships in Mediating Problem Drinking and Fathers' Personal Adjustment. Journal of Studies on Alcohol. Vol. 56. pp. 528-537.
- Eguiluz, Romo L. (1991). El Cambio Epistemológico y la Investigación en la Terapia Familiar Sistémica. Tesis para obtener el grado de Maestría, Universidad de las Américas. Cap. 4.
- Elizondo, L. (1983). La influencia de los factores psicológicos en el abuso del alcohol y el alcoholismo. En: El alcoholismo en México. III. Memorias del Seminario de Análisis. México, Ed. Fundación de Investigación Social. pp. 157-160.
- Fernández, R. y Carrobes, J. A. (1981). Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones. Madrid, Ed. Pirámide, Caps. 3 y 17.
- Ferrandiz, A. (1986). Terapia Familiar: El Enfoque Sistémico. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 40 No. 3. pp. 485-508.
- Fishman, H. Ch. y Bernice, L. (1988). El Cambio Familiar. España, Ed. Gedisa. pp. 219-227.
- Flores, S. (1992). Estructura de la Familia con un Miembro Alcohólico. Tesina para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM.. Cap. I.

- Foley, Vincent D. (1986). An Introduction to Family Therapy. Orlando, Florida, Ed. Grunc & Straton. Caps. 1 y 7.
- Framo, J. L. (1985). Investigación sistemática de la dinámica familiar. En: Bozormenyi, N. y Framo, J. L. Terapia Familiar Intensiva. México, Ed. Trillas. Cap. 11.
- Fuentenebro, F. y Vázquez, C. (1990). Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría. Madrid, Ed. Mc. Graw Hill, Vol. II, Cap. 37.
- Garduño, Olivera A. (1991). Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar Sistémica en México. Tesina para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM. Caps. 2-4.
- Goldenberg, Irene y Goldenberg, Herbert. (1992). Family Therapy. An Overview. California, Ed. Brooks/Cole Publishing Co. Caps. 4 y 8.
- González, M. S. (1988). Unidad Sobre la Familia. ENEP Iztacala, Area de Metodología. Cap. 1.
- Graham, A.; Berlozheimer, N. y Burge, S. (1993). Alcohol Abuse. Primary Care. Vol. 20. No. 1. pp. 121-130.
- Hernández, A.; Juárez, B. y Ortiz, E. (1990). Terapia Familiar Sistémica: Una Revisión Teórico-Práctica. Tesis para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala. UNAM.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. Caps. 1 y 12.
- Holl, V. (1971). Managing Behavior. Kansas, H. and H. Enterprise, Inc. Traducción al español de Montes, F. e Irucste, A. M. (1973). Departamento de Desarrollo Humano de la Universidad de Kansas.
- Jay, Linn S. y Garske, John P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. España. Ed. Desclé Brower. Cap. 11.
- Johansen, Bertoglio O. (1991). Introducción a la Teoría General de los Sistemas. México, Ed. Limusa. Caps. 1 y 8.

BIBLIOGRAFÍA

- Juliana, P. y Goodman, C. (1992). Children of Substance Abusing Parents. En: Lowinson, Joyce II. Substance Abuse. Baltimore, Ed. William & Wilkins. Cap. 59.
- Kadis, Asga L. (1981). Manual de Psicoterapia de Grupo. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, pp. 100-105.
- Kaufman, E. (1992). Family Therapy: a Treatment Aproach with Substance Abusers. En: Lowinson, Joyce II. Substance Abuse. Baltimore, Ed. William & Wilkins. Cap. 40
- Kecney, Bradfor P. (1991). Estética del Cambio. España, Ed. Paidós. pp. 80-83.
- Leitenberg, H. (1984). Modificación y Terapia de la Conducta. Madrid, Ed. Morata, Tomo I, Cap. 1.
- Loew, V. y Figucira, G. (1981). Cambio de Juego: Terapias, Grupos y Sistemas. Argentina, Ed. B & C. Cap. 1.
- Maharajh, H. D. y Bhugra, D. (1993). Brief Family Therapy whit Alcohol-Dependent Men in Trinidad and Tobago. Acta Psychiatrica Scandinava. Vol. 87. pp. 422-426.
- Mello, N. y Mendelson, H. (1985). Handbook of Psycholopharmacology. New York, Ed. Iversen, L. and Inversen, S. pp. 235-262.
- Minuchin, S. (1979). Familias y Terapia Familiar. México. Ed. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1993). Técnicas de Terapia Familiar. México. Ed. Paidós. Cap. 2.
- Montalvo, J. y Soria, R. (1994). Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar. Proyecto de Investigación. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.
- Navarro, José Góngora. (1992). Técnicas y Programas en Terapia Familiar. España, Ed. Paidós. pp. 223-245.

- Nelson, Thorana S. y Utesch, William E. (1990). Clinical Assessment of Structural Family Therapy Constructs. Family Therapy. Vol. 28. No. 3. pp. 233-249.
- Nicholson, M. y Shwartz, R. (1991). Family Therapy. Boston. Ed. Allyn and Bacon. Caps. 1 y 9.
- Nugent, F. (1990). An Introduction to the Profession of Counseling. Ohio, Ed. Merrill Publishing Co., Cap. 8.
- O'Hanlon, W. Weiner-Davis. (1993). En Busca de Soluciones. Barcelona. Ed. Paidós. Caps. 1 y 2.
- Papero, Daniel V. (1990). Bowen Family Systems Theory. Boston, Ed. Allyn and Bacon. Cap. 1
- Paredes, Alfonso (1989). Modelos y definiciones del alcoholismo. En: Estes, N. Desarrollo, Consecuencias y Tratamiento. México, Ed. Interamericana. Cap. 4.
- Pittman, D. (1984). Alcoholismo. Argentina, Ed. Horme. Caps. 1 y 2.
- Rivera, L. G. (1992). El Incesto a Través del Enfoque Sistémico. Tesina para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM. pp. 12-17.
- Romero, M. G. (1990). Algunos apuntes sobre el alcoholismo en la mujer. Tesis para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala. Cap. 1.
- Rotunda, R.; Shcerer, D. e Imm, P. (1995). Family Systems and Alcohol Misuse: Research on the Effects of Alcoholism on Family Functioning and Effective Family Interventions. Professional Psychology: Research and Practice. Vol. 26. No. 1. pp. 95-104.
- Sedesol. (1996). Estudios Socioeconómicos de la Secretaría de Desarrollo Social.
- Seilhamer, R.; Jacob, T. Dunn, N. (1993). The Impact of Alcohol Consumption on Parent-Child Relationships in Families of Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol. Vol. 54. pp. 189-198.
- Shazer, S. (1989). Pautas de Terapia Familiar Breve. Una Teoría de la Solución. España. Ed. Gedisa. Cap. 9.

BIBLIOGRAFÍA

- Shazer, Steve (1992). Claves en Psicoterapia Breve. Un Enfoque Ecosistémico. España, Ed. Paidós. pp. 13-19 y 53-59.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne L. (1985). The Language of Family Therapy. New York, Ed. Family Process Press.
- Steinglass, P.; Bemet, L. A.; *et. al.* (1989). La Familia Alcohólica. Madrid, Ed. Gedisa. pp. 59-63.
- Umbarger, C. (1983). Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Velázquez de Pavón, E. (1991). Alcoholismo. En: Toro G. y Yepes R. Psiquiatría. Colombia, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Cap. 24.
- Watzlawick, P.; Helmick, J. y Jackson, D. (1986). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona, Ed. Herder. Cap. 2.
- Zuck, Gerald (1987). Psicoterapia Familiar. Un Enfoque Triádico. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. pp. 21-35.

A N E X O

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

DATOS DEMOGRÁFICOS

	NOMBRE	EDAD	OCCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL
PAPÁ					
MAMÁ					
HIJOS					

OTROS
ABUELOS
TÍOS, ETC.

RELIGIÓN

FAMILIOGRAMA

JERARQUÍA

ACTUALMENTE

- ¿QUIÉN TOMA LA MAYORÍA DE LAS DECISIONES EN CASA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- ¿QUIÉN PONE LAS REGLAS SOBRE LO QUE SE DEBE O NO HACER EN CASA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- ¿QUIÉN LAS HACE RESPETAR?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- ¿QUIÉN DECIDE LO QUE SE PREMIA Y SE CASTIGA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- ¿QUIÉN PREMIA Y QUIÉN CASTIGA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- ESTANDO PAPÁ Y MAMÁ EN CASA ¿QUIÉN PREMIA Y QUIÉN CASTIGA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- NO ESTANDO PAPÁ Y MAMÁ EN CASA ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
- NO ESTANDO PAPÁ Y MAMÁ, ¿QUIÉN PREMIA Y QUIÉN CASTIGA?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____

CENTRALIDAD Y PERIFERIA

- ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL QUE SE TENGAN MUCHAS QUEJAS?, ¿QUIÉN?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
¿POR QUÉ? _____
- ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL QUE SE HABLE MAS POSITIVAMENTE?, ¿QUIÉN?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
¿POR QUÉ? _____
- ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL QUE SE MAS SE HABLE NEGATIVAMENTE?, ¿QUIÉN?
PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
¿POR QUÉ? _____

12. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CASI NUNCA ESTE EN CASA?, ¿QUIÉN?

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
 ¿POR QUÉ? _____

13. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CASI NO PARTICIPA EN LAS RELACIONES FAMILIARES?, ¿QUIÉN?

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
 ¿POR QUÉ? _____

14. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE DESTAQUE EN ALGÚN ASPECTO O ACTIVIDAD CON RESPECTO A LOS DEMÁS?, ¿QUIÉN?

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO OTRO: _____
 ¿POR QUÉ? _____

15. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ALREDEDOR DEL CUAL GIREN LAS RELACIONES FAMILIARES?, ¿QUIÉN?

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTRO: _____

LIMITES Y GEOGRAFÍA

16. ¿MAMÁ ESTÁ INTERESADA EN CONOCER Y PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA PAPÁ?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA
 ¿CÓMO LO HACE?

17. ¿PAPÁ ESTÁ INTERESADO EN CONOCER Y PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA MAMÁ?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA
 ¿CÓMO LO HACE?

18. ¿PAPÁ Y MAMÁ TIENEN AMISTADES EN COMÚN?

SI NO ALGUNOS

19. ¿MAMÁ TIENE AMISTADES PERSONALES?

SI NO

20. ¿PAPÁ TIENE AMISTADES PERSONALES?

SI NO

21. ¿HAY ALGÚN PROBLEMA ENTRE PAPÁ Y MAMÁ POR ESTAS AMISTADES?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

22. ¿PAPÁ Y MAMÁ PELEAN O DISCUTEN EN PRESENCIA DE LOS HIJOS?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

23. ¿PAPÁ COMENTA CON ALGÚN HIJO SUS PROBLEMAS CONYUGALES?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

24. ¿MAMÁ COMENTA CON ALGÚN HIJO SUS PROBLEMAS CONYUGALES?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

25. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE INTERVENGA EN LAS RELACIONES FAMILIARES?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

¿QUIÉN?

HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

26. ¿LOS HIJOS SABEN LO QUE DEBEN HACER Y LO QUE NO LA MAYORÍA DE LAS VECES?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

27. ¿SON CLARAS LAS REGLAS, PREMIOS Y CASTIGOS EN LA FAMILIA?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

28. ¿HAY DIFERENCIAS EN LAS REGLAS, PREMIOS Y CASTIGOS?

SI NO ALGUNAS VECES

29. ¿SE ACOSTUMBRA QUE LOS HIJOS CUENTEN A UNO O AMBOS PADRES TODO CON RESPECTO A SUS ACTIVIDADES Y PROBLEMAS?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

30. ¿SE ACOSTUMBRA QUE ALGÚN HIJO PREMIE, CASTIGUE, CORRIJA, ETC., A SUS HERMANOS?

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

¿QUIÉN?

HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

31. ¿EXISTE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA FUERA DE PAPÁ Y MAMÁ QUE APORTE INGRESOS ECONÓMICOS?

SI NO ALGUNAS VECES

¿QUIÉN?

HIJO MAYOR HIJO MENOR TÍO OTROS: _____

¿QUÉ DERECHOS TIENE POR ELLO?

32. ¿EXISTE ALGUNA PERSONA QUE NO VIVA CON LA FAMILIA Y QUE TENGA QUE VER CON LA IMPLANTACIÓN DE REGLAS, PREMIOS Y CASTIGOS?

SI NO ALGUNAS VECES

¿QUIÉN O QUIÉNES?

ABUELO ABUELA TÍO TÍA PRIMOS OTROS: _____

33. ¿QUE TIPO DE CONTACTO TIENE LA FAMILIA CON PARIENTES, AMISTADES, VECINOS, ETC.?

LOS VISITAN TODOS LOS DÍAS

LOS VISITAN UNA VEZ AL MES

LOS VISITAN DOS VECES A LA SEMANA

LOS VISITAN UNA VEZ AL AÑO

LOS VISITAN CADA FIN DE SEMANA

34. ¿EXISTEN FAMILIARES O AMISTADES QUE INTERVIENGAN EN LOS PROBLEMAS CONYUGALES DE PAPÁ Y MAMÁ?

SI NO ALGUNAS VECES

¿QUIÉN O QUIÉNES?

ABUELO ABUELA TÍO TÍA PRIMOS OTROS: _____

¿CÓMO?

ACONSEJANDO ACTUANDO OTROS: _____

35. ¿CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE SU ESPACIO PERSONAL?

SI NO ALGUNAS VECES

¿CUAL ES?

36. SI SE TIENE, ¿ES RESPETADO?

SI NO ALGUNAS VECES

QUIÉN NO RESPETA EL ESPACIO DE:

PAPÁ:

MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

MAMÁ:

PAPÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

HIJO MAYOR:

PAPÁ MAMÁ HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

HIJO MENOR:

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

¿CÓMO?

37. ¿CUAL ES EL ESPACIO COMPARTIDO?

SALA COMEDOR COCINA HALL RECAMARA OTROS: _____

38. ¿SE RESPETAN LAS PROPIEDADES INDIVIDUALES?

SI NO ALGUNAS VECES

¿QUIÉN NO LAS RESPETA?

PAPÁ MAMÁ HIJO MAYOR HIJO MENOR ABUELO ABUELA TÍO OTROS: _____

¿CÓMO?

ALIANZAS Y COALICIONES

39. ¿QUIÉNES SUELEN UNIRSE PARA OBTENER ALGÚN PREMIO, CONCESIÓN, DINERO, FAVOR, ETC.?

PAPÁ Y MAMÁ

PAPÁ E HIJO MAYOR

PAPÁ E HIJO MENOR

HIJO MAYOR E HIJO MENOR

MAMÁ E HIJO MAYOR

MAMÁ E HIJO MENOR

HIJO MAYOR Y ABUELO

HIJO MENOR Y ABUELO

MENCIONAR UN EJEMPLO

40. ¿QUIÉNES SUELEN UNIRSE PARA PERJUDICAR, ATACAR, DAÑAR, DESCALIFICAR, CASTIGAR, ETC. A OTRO(S)?

PAPÁ Y MAMÁ

PAPÁ E HIJO MAYOR

PAPÁ E HIJO MENOR

HIJO MAYOR E HIJO MENOR

MAMÁ E HIJO MAYOR

MAMÁ E HIJO MENOR

HIJO MAYOR Y ABUELO

HIJO MENOR Y ABUELO

¿A QUIÉNES PERJUDICAN?

PAPÁ

MAMÁ

HIJO MAYOR

HIJO MENOR

ABUELO

ABUELA

TÍO

OTRO: _____

MENCIONA EJEMPLOS

ENTREVISTADOS

QUEJA