



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"ANALISIS DE SISTEMAS FAMILIARES CON EL
PADRE ALCOHOLICO EN LA ETAPA DEL CICLO
VITAL DEL NIDO VACIO"

PO 1484/97

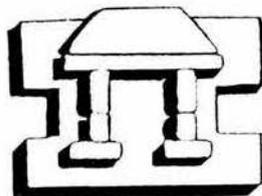
g.2

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N.

LIMA ROJAS GUADALUPE 8510756-4

VAZQUEZ VARA GABRIELA 8829511-6



IZTACALA

MTRA. M. ROCIO SORIA TRUJANO

MTRO. JAIME MONTALVO REYNA

LIC. ERNESTO ARENAS GOVEA

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.

A G R A D E Z C O

A MIS PADRES POR SER EL ALICIE NTE MAS IMPORTANTE DE MI VIDA.

GRACIAS PAPA

A MI HERMANO POR SE UN GRAN APOYO PARA MI.

GRACIAS ENANO

A MI CUÑADA POR SE MI MEJOR AMIGA.

TE QUIERO DESGRACIADA

A MIS ADORADAS TIAS MILLIMINA Y PAYITA POR COMPARTIR CONMIGO
MOMENTOS BUENOS Y MALOS.

MIL GRACIAS

A MI QUERIDO TIO PANCHO POR SU INDESCRIP TIBLE AYUDA PARA
LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

GRACIAS A.A.

A GABI POR VIVIR CONMIGO MOMENTOS ARDUOS.

NO TE OLVIDARE

A LA Sra. ALTA, Sr. TORO, PACO, Srta. RAQUEL POR SU INMENSO
APOYO Y ACOGIMIENTO EN SU HERMOSO HOGAR.

GRACIAS

MUY EN ESPECIAL A LA MAESTRA ROCIO, AL MAESTRO JAIME Y AL MAESTRO
ERNESTO POR SU GRAN ORIENTACION PROFESIONAL.

GRACIAS

GUADALUPE

A G R A D E C I M I E N T O S :

A MIS PADRES Y HERMANO POR EL APOYO EMOCIONAL Y ECONOMICO BRINDADO INCONDICIONALMENTE DURANTE TODA MI VIDA LOS CUALES ME LLEVARON A LA CULMINACION DE ESTE TRABAJO.

A MIS TIOS Y MI PRIMA POR EL APOYO MOSTRADO DURANTE MI CARRERA PROFESIONAL.

A MI PAREJA POR EL APOYO Y ESTIMULACION.

A MIS ASESORES POR LA DEDICACION ENSEÑANZAS Y PACIENCIA, DURANTE ESTE TIEMPO.

A LOS GRUPOS DE A.A., AL-ANON Y A LA GENTE QUE NOS PERMITIO ENTREVISTARLA, PARA LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

Y A DIOS POR TODO LO QUE ME HA DADO.

A TODOS ELLOS MIL GRACIAS

GABRIELA.

RESUMEN

El marco teórico en el que se sustenta el presente reporte de investigación, son los Modelos Sistémico y Estructural, ya que estos nos ofrecen la posibilidad de concebir de manera distinta la problemática del alcoholismo, puesto que visualizan a la familia como mantenedora y generadora de síntomas, por lo tanto, es importante reconocer el tipo de interacciones que se presentan en el sistema familiar y el modo mismo en que estos se comunican. Por lo tanto el objetivo de la presente investigación, fue analizar la interacciones (estructura de familias), en las que el padre fuera alcohólico y se encontraran en la etapa del ciclo vital correspondiente al Nido Vacío. Para ello se utilizó una guía de entrevista que daba la pauta de analizar la estructura familiar; dicha entrevista, fue dirigida a personas de clase media baja; estas entrevistas fueron audiograbadas por dos entrevistadoras, y la información recopilada fue analizada por las mismas junto con una juez adicional (perito en materia), estableciendo de esta forma el número de acuerdos y desacuerdos para obtener la confiabilidad de la información recabada. Con dicha investigación, se encontró una estructura característica de esta población. Finalmente las cualidades generales de las familias con el padre alcohólico ubicadas en la etapa del Nido Vacío fueron las siguientes: Límites difusos al interior y exterior del sistema, Coaliciones, Triangulaciones, Periferia, Paciente Identificado (padre) y Centralidad (+) -no alternada- en la madre.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	I
INTRODUCCION	II
CAP. 1 ORIGEN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA	
1.1	Antecedentes Históricos de la Terapia Familiar 1
1.2	Precursores de la Terapia Familiar Sistémica 4
1.2.1	Nathan Ackerman 4
1.2.2	Carl Whitaker 5
1.2.3	Murray Bowen 6
1.2.4	Salvador Minuchin 7
1.2.5	Milton Erickson 9
1.2.6	Don Jackson 10
1.2.7	Gregory Bateson 10
1.2.8	Virginia Satir 11
1.2.9	Jay Haley 12
1.2.10	Watzlawick 13
1.2.11	Weakland 14
1.3	CENTROS DE INVESTIGACION QUE AYUDARON AL SURGIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
1.3.1	Palo Alto 14
1.3.2	Filadelfia 15
1.3.3	Milwaukee 17
1.3.4	Milán 18

1.4 SURGIMIENTO DE CENTROS DE FORMACION DE TERAPEUTAS FAMILIARES EN MEXICO.

1.4.1	México	21
1.4.2.1	Instituto de la Familia A.C. IFAC	22
1.4.2.2	Universidad de las Americas UDLA	23
1.4.2.3	Instituto Latinoamericano de la Familia ILEF	24
1.4.2.4	Instituto de Enfrentamiento e Investigación en Psicoterapia PERSONAS	24
1.4.2.5	Instituto Mexicano de Terapias Breves IMTB	25
1.4.2.6	Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México	25

CAP. 2 FUNDAMENTOS TEORICOS

2.1	Teoría General de los Sistemas	27
2.1.2	Sistemas Abiertos	29
2.1.3	Sistemas Cerrados	29

2.2 CUALIDADES DE LOS SISTEMAS APLICADOS A LA FAMILIA

2.2.1	Totalidad	31
2.2.2	Homeostasis	32
2.2.3	Morfogénesis	33
2.2.4	Retroalimentación	34
2.2.5	Circularidad	35

2.3 TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA

2.3.1	Axiomas de la Comunicación Humana	36
2.3.2	Teoría del Doble Vínculo	39

CAP 3 EL MODELO ESTRUCTURAL

3.1	Concepto de Familia	43
3.1.2	Concepto de Holón	44
3.1.3	Holón Individual	45
3.1.4	Holón Conyugal	45
3.1.5	Holón Parental	46
3.1.6	Holón Fraternal	46

3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

3.2.1	Estructura	47
3.2.2	Límites	48
3.2.2.1	Límites Flexibles	48
3.2.2.2	Límites Difusos o Amalgamados	49
3.2.2.3	Límites Rígidos	49
3.2.3	Jerarquía	50
3.2.4	Centralidad	51
3.2.5	Periferia	51
3.2.6	Alianza	52
3.2.7	Coaliciones	53
3.2.8	Triangulación	54
3.2.9	Paciente Identificado	54
3.2.10	Hijo Parental	56

3.3 CICLO VITAL

3.3.1	Concepto de Ciclo Vital	58
3.3.2	Etapas del Ciclo Vital	60
3.3.2.1	Formación de la Pareja	61
3.3.2.2	Familia con Hijos Pequeños	61

2.3.2.3	Familias con Hijos en edad Escolar y/o Adolescentes	61
3.3.2.4	Nido Vacío	62

CAP. 4 ALCOHOLISMO

4.1	Definiciones	65
4.1.1	Organización Mundial de la Salud OMS	65
4.1.2	Alcohólicos Anónimos A.A	66

4.2 ETIOLOGIA TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO DESDE DIFERENTES POSTURAS

4.2.1	Punto de Vista Médico	67
4.2.1.2	Tratamiento Médico	68
4.2.2	Punto de Vista Psiquiátrico	68
4.2.2.1	Tratamiento Psiquiátrico	68
4.2.3	Enfoque Conductual	69
4.2.3.1	Tratamiento Conductual	69

CAP 5 UN ENFOQUE SISTEMICO

5.1	Enfoque Sistémico	71
5.1.1	Alcoholismo como Expresión de la Angustia Familiar	71
5.1.2	Regulación Sistémica en la Familia Alcohólica	72
5.1.3	Relación Simétrica	74
5.2	Tratamiento Sistémico	75

Cap. 6 INVESTIGACION

6.1	Justificación	80
-----	-------------------------	----

6.2	Problema	82
6.3	Objetivo	82
6.4	Método	83
6.5	Material	84
6.6	Escenario	84
6.7	Procedimiento	84
6.8	Análisis de Datos	85
6.9	Análisis de Resultados	87
Tablas y Gráficas		93-98
Familiograma		99
Discusión		100-105
Conclusiones		106-109
Bibliografía		110-114
Anexo 1		115
Anexo 2		116

I N T R O D U C C I O N

El alcoholismo en nuestros días es uno de los problemas más graves que aquejan a nuestra sociedad. A pesar de la información brindada por los medios masivos de comunicación: radio, televisión, revistas, folletos cine y teatro; la ingesta de alcohol no se ha visto reducida, sino por el contrario se ha incrementado, ya que los mensajes emitidos por las compañías que venden dicho producto, incitan al consumo. Por ello es común encontrar en nuestros días bebedores, sin importar raza, sexo, religión y nivel socioeconómico, debido a ello, varias familias entran en conflicto o se han desintegrado. Por esta razón, muchos investigadores enfocados al campo de la Salud Mental, han tratado de dar una explicación y solución a dicho problema través de diferentes enfoques, de los cuales mencionaremos al médico-psiquiátrico, psicológico conductual y sistémico.

El médico-psiquiátrico, trata al individuo alcohólico a través de fármacos así como terapia individualizada al mismo; tratando por este medio de decrementar dicha actividad.

Otro enfoque es el conductual, el cual, a través del manejo de contingencias, trata al individuo alcohólico; estos terapeutas a diferencia del enfoque médico, si requieren de la familia, pero sólo como prolongación

de la terapia al alcohólico, por lo que este enfoque vuelve a caer en una visión reduccionista, es decir, considera sólo al alcohólico como el sujeto que presenta el conflicto.

Sin embargo, existe otra forma de tratar el problema del alcoholismo, y es mediante el enfoque sistémico y estructural, los cuales consideran que la familia misma es portadora del conflicto, denominándola por ello "familia alcohólica". Estos enfoques hacen hincapié en las interacciones de la familia, la cual es vista como un sistema, es decir, un todo con etapas de morfogénesis, homeostasis, retroalimentación (+) y (-), y circularidad, por lo tanto no trata con elementos aislados sino con la totalidad (sistema familiar); igualmente en esta perspectiva, se ha encontrado que la familia pasa por diversas etapas, que son de vital importancia para su desarrollo, las cuales son: 1 formación de la pareja; en esta etapa es el momento en el que se consolida la pareja como familia; 2 familia con hijos pequeños; en éste estadio hacen aparición los primeros hijos, por lo que la pareja debe crear nuevas reglas; 3 familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes; en este periodo, los hijos comienzan a ir a la escuela, y por lo mismo la familia se relaciona con otros sistemas relacionados con la misma por ej. con compañeros de la escuela; 4 nido vacío; es el último estadio donde los hijos ya son adultos y ya se han

desmembrado de su núcleo original, por lo que ahora los padres tienen que reencontrarse.

Esto origina la posibilidad de estudio del alcoholismo, considerando una aproximación distinta particularizando en una etapa del ciclo vital.

Así pues el objetivo de dicha investigación fue analizar la estructura de dichas familias en las que el padre fuera alcohólico y se encontraran en la etapa del ciclo vital correspondiente al Nido Vacío.

El presente trabajo, se sustentó entonces en el enfoque de la Terapia Familiar Sistémica, y en el Modelo estructural específicamente.

El reporte de investigación, se divide en dos apartados, en el primero de ellos se incluye el marco teórico y se divide a su vez en los siguientes capítulos:

I Origen y Desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica; aquí se abordan antecedentes históricos que dieron origen a la Terapia Familiar Sistémica, así como sus precursores y centros de investigación que ayudaron al surgimiento de la misma.

II Fundamentos Teóricos, en este capítulo se explican las teorías que fundamentaron la Terapia Familiar Sistémica; una de ellas es la Teoría General de Sistemas, la cual se propone formular principios generales aplicados a todos los sistemas, de ahí que sea importante describir sus diferentes cualidades.

Otra de las teorías importantes fue la Teoría de la Comunicación Humana, la cual es explicada por medio de sus axiomas.

Finalmente se mencionará la Teoría del Doble Vínculo, en la cual se descubre que en una comunicación ambigua, surgen diversas perturbaciones emocionales como la esquizofrenia.

III Modelo Estructural, en este apartado, se abordan diferentes conceptos como son la familia, holones, estructura familiar, y ciclo vital de la familia; ya que este modelo nos sirve para entender a la familia en un sentido dinámico y no estático, donde lo que importa son las interacciones.

IV Alcoholismo, en este capítulo se mencionan diferentes definiciones del alcoholismo, así como sus posibles etiologías desde diferentes ámbitos: médico-psiquiátrico y psicológico-conductual.

V Enfoque Sistémico, en este apartado, se abordan las teorías que tratan de dar explicación a las causas del alcoholismo como son: a) alcoholismo como expresión de la angustia familiar, b) regulación sistémica en la familia alcohólica y c) relación simétrica; asimismo se exponen algunos tratamientos al mismo (alcoholismo)

El segundo apartado, hace referencia al reporte de investigación propiamente dicho.

Cabe aclarar que el reporte de investigación que aquí se expone, forma parte de una investigación general que

se realiza en la ENEP Iztacala UNAM: Análisis Estructural de familias con el padre alcohólico en diferentes etapas de las mismas (Formación de la Pareja, Familia con Hijos Pequeños, Familia con Hijos en Edad Escolar, Familia con Hijos Adolescentes, Familia con Hijos Adultos y Nido Vacío).

CAPITULO 1

1 ORIGEN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La terapia familiar es una de las modalidades terapéuticas que ha tratado de explicar la conducta del complejo ser humano, puesto que afirma que la familia es un punto importante para el desarrollo del sujeto, ya que es aquí donde se originan los problemas emocionales; en las décadas de los años 40's y 50's, los principales problemas que arrastraban las dos guerras mundiales eran la esquizofrenia y la delincuencia, por lo que se dedicó gran parte de los servicios psicológicos y psiquiátricos a atenderlos.

Sin embargo, cabe aclarar que se iniciaba el trabajo de índole familiar, es decir, no se daba tratamiento individual al paciente identificado, sino a nivel familiar debido a que era frecuente encontrar casos en los que el paciente esquizofrénico era atendido individualmente y el síntoma desaparecía temporalmente mientras este individuo se encontraba apartado de su familia, debido a que era entonces el portavoz o portador del síntoma familiar, en tanto que al tratarlo conjuntamente (esquizofrénico-familia), el síntoma desaparecía definitivamente (Garduño, 1991).

La terapia familiar, surgió a partir del psicoanálisis desarrollado por Sigmund Freud, quien buscó determinar el aparato psíquico del sujeto en

aislado, sin negar por ello, la posible intervención del contexto para el surgimiento de la represión. Posteriormente Melanie Klein amplía y reinterpreta la teoría psicoanalítica, derivando su interés del inconsciente a las relaciones objetales, que se van formando a través de la comunicación que se establece entre el niño y su madre. Años más tarde, aparece una derivación del modelo analítico original, realizado por Margaret Mahler, quien se ocupa de priorizar las relaciones vinculares. Esta autora no solamente le da importancia a la relación del hijo y su madre, sino que traspone a la persona para estudiar la relación vincular que va fortaleciéndose entre ambos.

Dicho lo anterior, se observa que a través del tiempo la Psicología va ampliando su percepción del individuo aislado a otros sujetos.

Por otro lado corriendo paralelamente a la Psicología, la psiquiatría empieza a ocuparse con mayor interés de esa "enfermedad" hasta entonces rodeada de cierto misterio llamada esquizofrenia. La esquizofrenia ha sido un "nudo" de difícil solución, con el que se han enfrentado distintas teorías, sin que ninguna de las teorías pudiera ofrecer explicaciones suficientes de su ocurrencia, desarrollo y mucho menos para su cura o solución. Inicialmente las aclaraciones dadas en torno a ella, resultaban muy simples, porque se atribuía la enfermedad a entidades sobrenaturales. Más adelante, con los avances de la medicina, aparecen

teorías más elaboradas que explican la enfermedad por medio de disfunciones neuronales, enzimáticas, etc., ofreciendo siempre en estos casos un locus de control interno. A finales de los años cuarenta, el interés científico se vuelca sobre la relación madre-hijo, al descubrir de manera azarosa el cambio que se opera en el comportamiento del paciente psiquiátrico hospitalizado, ante la visita de su madre. Cuando el sujeto esquizofrénico obtiene su alta, después de una temporada de comportamiento "sano", los parientes van a recogerlos al hospital. Después de un breve intercambio verbal con su madre, el paciente presenta nuevamente un brote psicótico, por lo que se requiere reanudar su internación. En esta misma época Frieda Fromm-Reichman, realizó algunos trabajos apoyándose en el modelo psicoanalítico, propone las primeras hipótesis patogénicas en relación a la figura de la madre y el hijo. El concepto de madre "esquizofrenógena", se refiere a la enfermedad de la madre a quien se le adscribía carácter inductor de patología en el hijo. Posteriormente la díada patológica (madre-hijo) se va extendiendo para incluir también al padre. Es interesante notar como desde las disciplinas aparentemente ajenas (Psicología y Psiquiatría), se obtiene la conclusión que es importante tratar con el individuo no aislado, sino en un contexto natural, enfocándolo a la interacción.

A través del tiempo, fueron siendo más interesantes los estudios sobre las interacciones familiares. Por otra parte, sólo hasta los años cincuenta, surgieron los modelos teóricos enfocados hacia la interacción familiar (hipótesis del doble vínculo, hipótesis trigeneracional, etc.), en un esfuerzo por elaborar un modelo que conjuge las explicaciones estables de interacción del sistema familiar, con la presencia de la esquizofrenia en uno de sus miembros que ha sido socializado dentro de ese contexto, ya que la mayoría de los pioneros en este campo se iniciaron en esta escuela; por lo que adoptaron algunas técnicas y conceptos mientras que otros se abortaban, estableciéndose de esta manera la Terapia Familiar en la década de los 40's como tratamiento terapéutico e instrumento conceptual (Garduño, 1991).

1.2 PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

En este apartado se abordarán los investigadores que dieron origen a la Terapia Familiar, así como sus aportaciones en el campo de la Psicología incluyendo los centros en los que desarrollaron sus investigaciones.

1.2.1 Nathan Ackerman

"Fue el más importante precursor de la Terapia Familiar que surgió en la psiquiatría del noroeste de

Estados Unidos, ya que fue uno de los pioneros en analizar a las familias en un clínica durante los años cincuenta" (Garduño, 1991; pág. 30).

En uno de sus libros resalta la importancia de la familia en el tratamiento de los desórdenes emocionales, ya que al estudiar al grupo completo, el terapeuta adquiere una nueva dimensión del problema (Eguiluz, 1991).

Ackerman en los años 50's trabajó en Nueva York con toda la familia del miembro esquizofrénico.

En 1965, fundó en Nueva York, el Instituto de la Familia, para proporcionar atención a familias de pocos recursos. Después la clínica cambia de nombre al de Instituto Ackerman de la Familia (Guerin, 1976; citado en Eguiluz, 1991).

1.2.2 Carl Whitaker

Se enfoca a pacientes esquizofrénicos y a sus familias. Whitaker es conocido como el "terapeuta de lo absurdo por sus ideas y métodos asombrosos y fuera de toda norma. Su estilo de terapia, constituía un esfuerzo deliberado por recuperar viejas pautas de pensamiento y comportamiento" (Hoffman, 1987; pág. 219).

Es bien otorgado este mote a sus trabajos "la terapia de lo absurdo" mismo que él se adjudica; ya que se ha especializado en llevar lo impensable hasta los bordes de lo imaginable, Whitaker emplea muchas

técnicas que como dice él derribarán la torre inclinada de Pisa: Whitaker dice "Mi táctica es una especie de broma, de farsa, un caos inducido, llamado hoy retroalimentación positiva, es decir, aumentamos la patología hasta que los síntomas se destruyen por sí solos" (Ackerman; citado en Hoffman, 1987; pág. 217).

1.2.3 Murray Bowen

También se trata de un psiquiatra que junto con Lyman Wyne es uno de los pioneros en hospitalizar a todos los miembros de la familia, con objeto de estudiar las relaciones del paciente esquizofrénico con el resto de su grupo primario (Hernández, Juárez y Ortiz; 1990).

Las observaciones hechas fueron las siguientes:

- * Hay una relación de continuidad entre el conflicto de los cónyuges y el trastorno del hijo.
- * La madre muestra ser más dominante y el padre más pasivo.
- * Los padres niegan un conflicto entre ellos.
- * Entre la pareja de cónyuges existe un divorcio emocional.

Lo anterior lleva a Bowen a confirmar su teoría, ya que ésta postulaba que era más eficaz abordar a la familia, ya que pensaba que una disfunción en las relaciones emocionales entre padre, madre e hijo (un triángulo) generaba un proceso de proyección, según el cual, los padres depositaban en el hijo su ansiedad o

tensión, mientras que el hijo aceptaba ser el depositario. Es entonces como sugiere que la terapia tenga como objetivo la diferenciación del Self; éste es cuando se logra que cada uno de los integrantes de su punto de vista de la situación por medio de la cual atraviesan. A través de esto se trata de romper con la triangulación de los padres hacia el hijo. Posteriormente se trabajaría con el más fuerte de la familia rompiendo cadenas que unen excesivamente. Es por todo lo anterior, que Bowen dice que su teoría está basada en indagar acontecimientos pasados que influyen en el presente "se trata de reformar el presente no de revisar el pasado" (Garduño, 1991; pág. 33).

Sin embargo, con estos trabajos clínicos desarrolló la teoría trigeneracional para explicar el origen de la esquizofrenia, de lo que derivó posteriormente la idea de que muchas enfermedades emocionales se desarrollan en tres generaciones donde existe una interdependencia estrecha con sus miembros (Bowen, 1978; citado en Eguiluz, 1991).

1.2.4 Salvador Minuchin

Psiquiatra y psicólogo infantil argentino que se distingue por su trabajo con grupos de familias de hijos delincuentes (negros y latinos).

Desarrolló la pauta teórica y tecnológica para el cambio en la estructura de los sistemas familiares (Eguiluz, 1991).

Salvador Minuchin dirigió por diez años la Clínica de Orientación Infantil, en sus obras abarcó conflictos de diversa naturaleza en distintos sectores sociales.

Montalvo (citado en Garduño, 1991), afirma que Minuchin trabaja en el campo en el que se confunden las consideraciones epistemológicas de las formulaciones sistemáticas abstractas de la familia con lo real, aunque con su cibernética familiar tiene consistencia. Puede lograr que los triángulos, diángulos y cuadrángulos en la familia cobren vida en formas con las cuales se puede trabajar.

"Pequeñas ruedas que se entrelazan con más grandes pero lo hacen sin perder en conjunto su ritmo, sus límites o su autonomía relativa" (Montalvo; citado en Garduño, 1991; pág. 52).

Los subsistemas crecen y se relacionan entre sí formando un engranaje perceptible, y el engranaje total, construido por vinculaciones evidentes e implícitas que deben formarse para cambiar un problema dentro del sistema.

Logra además el arte de exacerbar y ampliar el umbral emocional habitual de la familia en beneficio de ella misma, observándose esto más claramente en su trabajo con familias de diabéticos asmáticos y anoréxicos. Con una gran habilidad estratégica ordena una situación en la cual por suerte para la familia, la obstinación familiar se enfrenta con la terapeuta. El interés que mueve a Minuchin es "lo que ocurre ahí" por

medio de esquemas identificables que distinguen a una determinada familia por su forma de resolver los problemas y de poner obstáculos o facilitar un determinado enfoque terapéutico. De esta forma Minuchin innovó una forma de aplicar los planteamientos teóricos de los pioneros en Terapia Familiar, aunque utilizando para ello su propio enfoque: el estructural, el cual parte de la idea de que el hombre es un ser social y que la familia como contexto social es lo que afecta al hombre.

1.2.5 Milton Erickson.

Este precursor se encuentra en una basta categoría la cual consiste en fomentar "la resistencia".

Por otro lado, él emplea la técnica hipnótica la cual fue base del desarrollo de la directiva paradójica, que marcó el inicio de la escuela estratégica. Así pues en lo histórico tiene sentido subrayar este aspecto de la obra de Erickson aún cuando esté lejos de ser representativo de todo ello (Hoffman, 1987).

Al leer los relatos de la labor de Erickson nos asombra la poca atención que presta no sólo al pasado sino a las definiciones del problema. Por otra parte, comenta que la unidad de tratamiento está estrechamente definida como: Terapeuta más problema (Garduño, 1991).

1.2.6 Don Jackson

Después de terminar sus estudios en medicina y psiquiatría en Chaestnut Lodge, en el estado de Meryland, emprende una formación analítica en Washington, teniendo la influencia de Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm-Reichmann.

Jackson funda la teoría analítica de la personalidad basada en la relación interpersonal sugiriendo así que la esquizofrenia podría ser un producto de una relación "falsa" entre la madre y el hijo; por lo que propone la expresión "madre esquizofrenógena". Además, señala que los analistas tienen dificultades para tratar a los esquizofrénicos ya que éstos sí se comunican, sólo que a otros niveles y con distintos registros y que así se manifiesta el analista como un ser incapaz de controlar el trabajo terapéutico ante un paciente de este tipo (Garduño, 1991).

Además, se interesó en las relaciones comunicacionales del paciente esquizofrénico y su familia. Con estas investigaciones se derivó su hipótesis del Doble Vínculo, con lo que el grupo fue reconocido (Hoffman, 1987).

1.2.7 Gregory Bateson

Tuvo una formación como antropólogo. Durante 1927 estudió a la tribu Iatmul de Nueva Guinea junto con Margaret Mead con quien desarrolló importantes investigaciones en la isla; Mead influenciada por

Milton Erickson, se preocupó por conocer el origen del temperamento en las relaciones entre padres e hijos, mientras que Bateson es influido por Weiner Von Newman y Russel, con los cuales Bateson manifiesta su creciente interés por el desarrollo de una teoría general de la comunicación. Gracias a sus observaciones postula el concepto de cismogénesis simétrica y complementaria, la primera trata de comportamientos iguales dentro de una relación, esquematizándola de la siguiente manera (++) o (--); mientras que a la segunda se le entiende como los comportamientos involucrados en una relación, que desarrolla comportamientos contrarios, es decir, mientras uno hace más, el otro responde con menos de la misma conducta esquematizándose (+- o -+).

En 1952, investiga las paradojas en comunicación las cuales son apoyadas por la fundación Rockefeller; estas investigaciones fueron hechas por un grupo heterogéneo integrado por John Weakleand ingeniero químico, Jay Haley comunicador social, y el psiquiatra William Fry; dos años después se incorporó Don Jackson psicoanalista y psiquiatra.

En estos años de investigación desarrollan la teoría del Doble Vínculo o Doble Atadura (Eguiluz, 1991).

1.2.8 Virginia Satir

El lugar de Satir en el movimiento de Terapia Familiar, es extraordinario y único, aún cuando haya

trascendido los confines de la terapia para ingresar en la esfera más vasta del movimiento de la educación humana. Era increíble su precisión para discernir ese problema que Satir llamaba sistema de familia disfuncional. Satir mostró mucho interés en exponer "discrepancias" en la comunicación. Su insistencia era el bloquear las secuencias repetitivas que determinan cuándo una persona adopta un rol estándar como víctima, mártir, chivo espiatorio, salvador. Para tales situaciones tenía frases agudas tal como; "¿Vió usted en un certificado de defunción que la causa de la muerte fuera haber dicho "no" a alguien"? (Hoffman, 1987).

Por otra parte, es importante decir que era maestra en desenredar a las personas salvándolas de las mistificadoras trampas comunicacionales, que son marcas principales de las familias con un miembro psicótico. Es por todo lo anterior que Virginia Satir es importante dentro de los teóricos de la comunicación, por los estudios sobre sentimientos y emociones en la familia. Además, ella menciona que una familia se enferma cuando hay daños en sus canales de comunicación, por lo que en la terapia ella propone hacer un cambio en ésta (Foley, 1986).

1.2.9 Jay Haley

Haley fue influenciado por Milton Erickson a partir de sus trabajos sobre hipnosis. Además, Haley hizo un escrito sobre la comunicación y el poder, a partir de

sus estudios clínicos en los cuales menciona o cuestiona sobre de quién se encuentra el poder dentro de la sesión clínica (en el terapeuta o en el paciente), el cual es uno de sus estudios más sobresalientes "comunicación y poder", (Foley, 1986).

"Haley juega un papel muy importante de primer orden en el desarrollo del movimiento de Terapia Familiar, ya que a él le corresponde el mérito de haber reconocido que los síntomas de esquizofrenia sugieren una incapacidad en la comunicación" (Garduño, 1991; pág. 42).

Otra de las aportaciones más importantes de este autor, son los términos de madre esquizofrenógena y padre inadecuado, que nos lleva a comprender cuál es la relación entre el problema y el paciente identificado. Por último, es necesario señalar que Haley es fundador de la revista Family Process (Garduño, 1991).

1.2.10 Paul Watzlawick

Investigador austriaco que se dedicó al estudio minucioso de la comunicación. Exploró la influencia de los hemisferios cerebrales en las funciones específicas de la comunicación digital (verbal) y analógica (no verbal). Este autor se une al equipo Mental Research Institute MRI, en 1962 y ayuda a Don Jackson en los conceptos teóricos y prácticos de lo que sería la Terapia Familiar Sistémica.

1.2.11 John Weakleand

Inicialmente trabajó con Haley en el estudio de la hipnosis e insistió sobre la importancia de las interacciones en el conjunto del grupo familiar en la esquizofrenia. Es así como desarrolla el tema de las interacciones entre triadas o triángulos de relación.

Con lo expuesto anteriormente, podemos concluir que los trabajos realizados por cada uno de estos autores fueron fundamentales para el surgimiento y consolidación de la Terapia Familiar, ya que a través de sus investigaciones encontraron una explicación diferente al origen de los problemas psicológicos, descubriendo que el contexto social está íntimamente ligado con el contexto familiar. Es por lo anterior que consideramos de igual importancia a los trabajos realizados por los investigadores antes citados.

1.3 CENTROS DE INVESTIGACION QUE AYUDARON AL SURGIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

1.3.1 Palo Alto

Este grupo fue el más destacado, ya que dio cita a grandes investigadores como: Don Jackson, Gregory Bateson, Virginia Satir, Jay Haley, Watzlawick y Weakleand, los cuales se dedicaron a analizar la interacción familiar para verificar si ésta tenía relación con la psicopatología y la conducta desviada de uno o más miembros de la familia, además de

investigar si se podían inferir condiciones de salud mental (Jackson, citado en Ackerman, 1990).

Es importante mencionar que las investigaciones antes citadas concordaron que la conducta humana observada de forma aislada, provoca distorsiones y esta distorsión debe ser evitada, ya que no se debe hablar de "paciente" o "enfermedades mentales", sino de un disturbio en el individuo. Las relaciones humanas no son un fenómeno objetivo, por el contrario, se encuentran matizadas de subjetividad, debido a que cada cultura establece normas que indican lo que está bien o lo que está mal o anticiparse a decir "uno es normal" o el "otro está loco".

Es por ello, que la percepción de la realidad es el resultado de los acuerdos interpersonales, los cuales dependen del contexto en el que se viva, es decir, la cultura, la clase social, la vida familiar, etc. (Munchhausen's, 1990).

Otras de las aportaciones sobresalientes en Palo Alto, fue la teoría del Doble Vínculo o Doble Atadura de Bateson, la cual se describirá ampliamente en el capítulo II.

1.3.2 Filadelfia

Este grupo ayudó al florecimiento de la terapia Familiar Sistémica, el cual fue comandado por Salvador Minuchin en la Philadelphia Child Guidance Clinic, donde

trabajaría con Jay Haley y Braulio Montalvo (Garduño, 1991).

Minuchin dirigió esta clínica por 10 años. En Estados Unidos fue una de las primeras clínicas infantiles donde todo el tratamiento es "familiar", además fue una de las primeras en iniciar sus servicios especializados para niños en 1925 (Guerin, 1976; pág. 11).

En 1975, además de dar servicios externos a más de 4,000 familias, la clínica incorporó a su servicios 24 camas para tratamiento corto (máx. 2 meses), con una capacidad para 70 niños en hospitalización.

"El hospital tenía dos departamentos donde se hospitalizaban familias enteras por periodos cortos para "estudio y tratamiento" (Minuchin, y Fishman; 1992; pág. 18).

Como centro de investigación ha desarrollado nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicósomáticos en el niño. Como centro de enseñanza, se han entrenado terapeutas no profesionales, tratando de ver en qué medida se pueden actualizar las experiencias. Braulio Montalvo y Jay Haley establecieron las reglas de "supervisión en vivo" donde el supervisor observa la sesión a través del espejo unidireccional y hace sugerencias al terapeuta vía telefónica o en consulta inmediata que el supervisor o el terapeuta pueden iniciar durante la sesión.

Sin embargo, años más tarde Haley escribe el libro llamado Terapia Para Resolver Problemas, en el cual afirma que las ideas plasmadas en él fueron extraídas del grupo de Filadelfia y gracias a las enseñanzas de Minuchin y Montalvo (Haley, 1976).

1.3.3 Milwaukee

Este grupo le dió empuje a la Terapia Familiar Sistémica, el cual fue dirigido por Steve de Shazer, surgiendo posteriormente al de Palo Alto.

Las ideas que dieron origen al Centro de Terapia Familiar Breve CTFB están basados en las ideas y postulados expuestos por Milton Erickson, Gregory Bateson y el Grupo de Investigaciones Mentales IIM, así como los investigadores que pertenecían al CTFB, de los cuales encontramos a Steve de Shazer, Insoo Kim y James F. Derks. A partir de las ideas de Insoo, Shazer comienza a transitar por el pensamiento asiático, por lo que las ideas Budistas y Taoistas en este modelo fueron fundamentales. Este nuevo enfoque fue desarrollándose gradualmente durante cierto tiempo con ayuda de los integrantes del CTFB: en el curso de las sesiones terapéuticas el instructor presta atención tanto a las necesidades familiares como a las del educando, limitándose el contacto entre ambos a llamadas telefónicas, cuando el instructor requería hacer alguna sugerencia o comentario, con la finalidad de corregir los errores que éste cometía para no

esperar una sesión en la cual se discutirán los errores efectuados por el educando.

En una consulta mientras un grupo de CTFB observaba a una familia, la barrera que separaba al grupo de los observadores y terapeuta de la familia se derrumbó, debido a que los pacientes hicieron sugerencias al terapeuta quien no las aceptó, por lo cual éste abandona el lugar y se dirige al grupo de colegas; este es el comienzo de "la pausa" para la consulta con los observadores en el curso de la sesión, la pausa se convierte en este momento un gran avance de la comunicación telefónica.

El grupo se dedicó algún tiempo a perfeccionar el enfoque de "Terapia Breve" ignorando que en Milán y Nueva York se había empezado a trabajar de manera semejante (Shazer, 1989).

El grupo de Milwaukee, mencionó 4 características sobresalientes:

- *Definir el problema.
- *Identificar lo que ha hecho la familia para solucionar el problema.
- * Estrategia de tratamiento.
- * Se consideran habilidades del sujeto para solucionar el problema (Garduño, 1991).

1.3.4 Milán

Las ideas de Palo Alto, llegaron a Italia y especialmente a Mara Selvini Palazzoli, quien trabaja

con casos de anorexia nerviosa sin llegar a buenos resultados, esto la llevó a destacar los nuevos elementos de la psiquiatría y adopta una **Orientación Familiar Sistémica**. Palazzoli también recibió influencias de los estudios hechos por Lym Winne y Margaret T. Singer en lo referente a patrones de comunicación dentro de las familias con un miembro esquizofrénico. En el año de 1971 Palazzoli, Boscolo, Prata y Cecchin fundan el **Centro per il Studio della Famiglia**. Y en sus inicios tuvo como consultor a Watzlawick. De aquí fue donde surgió el enfoque llamado **sistémico** (Boscolo, 1987).

Es importante agregar que Palazzoli se gradúa como médico en Milán, se especializa en medicina interna y posteriormente en Psiquiatría; es cuando crea el **Centro de Terapia Familiar**. Este grupo (Milán), adopto su propia forma de trabajo; y fueron los primeros en comenzar a trabajar un terapeuta hombre y una terapeuta mujer tras una pantalla por la que sólo se puede ver de un solo lado.

Periódicamente los observadores pueden llamar a uno de los terapeutas fuera de la habitación para ofrecer una sugerencia o pedirle mayores informes y hacer correcciones. Al término de la sesión, los terapeutas irrumpen para una consulta con los observadores, durante ese tiempo compartían opiniones, esto con la finalidad de enriquecer la sesión además de la planeación de una tarea.

Este grupo considera la terapia desde la primera llamada telefónica, por lo que se les presta atención esmerada a los detalles como desde quien hizo la llamada telefónica, su tono de voz y los intentos de determinar las condiciones de tratamiento. En la primera sesión se requiere de que toda la familia se encuentre reunida, en adelante el equipo terapéutico decidirá quién seguirá acudiendo. Además de cada sesión el grupo se reúne para comentar lo encontrado en la primera entrevista. Las sesiones duran alrededor de una hora (Hoffman, 1987).

El tratamiento consiste por lo general, en cerca de 10 sesiones con intervalos de un mes o más.

Esta táctica se adaptó a las familias que vivían lejos pero después se adaptó con familias con un miembro psicótico ya que era favorable para la terapia. A las familias se les trata con cuidado y respeto en el sentido de que una familia entre en crisis tras una sesión; puesto que el equipo se muestra cuidadoso para evitar que la familia trate de estabilizar el sistema (factor homeostático), sin llegar el potencial de cambio. Los asociados de Milán, llaman "Larga y Breve Terapia" a este tratamiento, por que el número de horas con la familia son pocas, pero el período de reorganización familiar puede ser muy largo. Cada sesión se filma en vidatape, y se toman notas de cada una.

La intervención más eficaz del grupo de Milán en el campo de la Terapia, fue la connotación positiva. Se le suele considerar como la técnica del reencuadramiento positivo. (Boscolo, 1987).

"La connotación positiva, se elabora a partir de una técnica aplicada por los terapeutas de Palo Alto, por ejemplo, si una mujer era fóbica, la ponían paradójicamente bajo arresto domiciliario" (Boscolo, 1987; pág. 24).

Sin embargo, el grupo de Milán advirtió que al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones contrarias de los otros miembros de la familia. Era así como de alguna manera debió existir una inculpación; si se exculpaba al miembro sintomático, otros miembros de la familia se sentían culpables (Boscolo, 1987).

1.4 SURGIMIENTO DE CENTROS DE FORMACION DE TERAPEUTAS FAMILIARES EN MEXICO.

1.4.1 México

Se han hablado mucho de investigaciones hechas en otros países, pero es importante también, hacer mención de lo que se está haciendo y de lo que se ha hecho en México sobre este campo.

El movimiento de terapia familiar, surge a principios de la década de los años 60's; por lo que se considera de vital importancia y sumo interés el

conocer algunos de los institutos responsables de este movimiento.

1.4.2.1 Instituto de la Familia A.C. IFAC

El IFAC, surge con la ayuda de Raymundo Macías, cuando éste se separa de la Universidad Iberoamericana en 1972 al suspenderse el programa de Posgrado de Terapia Familiar, que él dirigía.

Así es como él decide formar un grupo al cual invita a firmar el acta constitutiva al Dr. Estrada L. Chagoya, Meckley, R. Macías y M. Barragán. Estos cursos eran avalados por un programa de la Universidad Iberoamericana. Fue por lo anterior que los integrantes de este grupo decidieron crear una red de afiliación con diversos clínicos que permitieron:

- 1) Que los candidatos pudiesen usar el material clínico y las instalaciones.
- 2) Además tener un trabajo supervisado.

Entre las sedes clínicas se encuentran las siguientes:

- * Hospital de Pediatría
- * Servicio de Higiene Mental del Centro Médico Nacional
- * Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil
- * Centro Comunitario de Salud Mental de Xochimilco del I.M.S.S
- * Hospital del Niño (IMAN)
- * Instituto Nacional de Salud Mental DIF

Por mencionar sólo algunos.

En el año de 1989, el IFAC, funda su primera clinica de servicio de Terapia Familiar, siendo sus objetivos:

- a) Investigar la problemática de la familia mexicana
- b) Entrenar profesionales en Terapia Familiar
- c) Dar servicio terapéutico a las familias de escasos recursos economicos
- d) Difundir estos conocimientos mediante conferencias y publicaciones
- e) Que los profesionales que ahí se formen, tengan la capacidad de resolver problemáticas familiares que les sean presentadas.

1.4.2.2 Universidad de las Américas UDLA

El programa de esta Universidad, fue desarrollado por la doctora Pardo en el año de 1980 junto con la Dra. María Luisa Velasco. Siendo las áreas principales de este programa la Terapia Familiar y la Terapia de Pareja, y la Investigación de Familias. El objetivo de esta Universidad fue estimular la investigación sobre todo en lo que respecta a la familia mexicana mediante la formación de Terapeutas Familiares. El criterio central de esta Universidad, ha sido basarse en la escuela estructural y las materias impartidas han sido complemento adecuado.

1.4.2.3 Instituto Latinoamericano de la Familia

ILEF

Cuando el doctor **Maldonado** llegó a México de Argentina ya con una orientación familiar, inicialmente participa en el IFAC para luego formar el grupo de la Universidad Iberoamericana UIA y posteriormente fundar un taller de familias **AMPAG**. Finalmente bajo la protección de la Asociación Mexicana de Terapia, funda el ILEF.

El ILEF, se centra en tres aspectos de la determinación de conductas:

- 1) El Intrapsíquico (psicoanálisis)
- 2) El Sistémico
- 3) La Teoría Social (determinantes ideológicos y culturales)

1.4.2.4 Instituto de Enfrentamiento e Investigación en Psicoterapia (PERSONAS)

PERSONAS como instituto, pretende lograr una formación integral, tomando en cuenta, las características personales en base a la interacción individualizada entre los participantes del equipo docente. Forma profesionales en diversas áreas en la psicoterapia sistémica para dedicarse al área clínica; además trata de desarrollar una sensibilidad en los alumnos para la comprensión de los factores socio-antropológicos que están adheridos al desarrollo, adaptación y cambio de los individuos, parejas y

familias. Por último PERSONAS busca brindar la facilidad de relacionar las teorías con la práctica clínica en donde se pudiera cuestionar la aplicación de dichas teorías.

1.4.2.5 Instituto Mexicano de Terapias Breves

La doctora María Blanca Moctezuma, forma el Instituto de Terapias Breves, S.C. a su regreso del extranjero, sus objetivos básicos fueron los siguientes:

- * Explorar las bases conceptuales de la Terapia Familiar
- * Contribuir a que los participantes amplíen sus modelos teóricos, utilizando como base a la Teoría de los Sistemas.

La doctora Moctezuma, mencionó que el sistema es "el observador" en la Terapia Breve, por lo que se puede trabajar con familias completas, parejas, escuelas, organizaciones e inclusive trabajar sólo con un miembro del sistema (Garduño, 1991).

1.4.2.6 Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México

Teresa Robles y Jorge A., son los fundadores del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. Este instituto tiene como objetivo el bienestar y desarrollo de los seres humanos a través de la

hipnosis. Acorde con su objetivo, el instituto ofrece: atención clínica, tanto psicoterapéutica como para promover el desarrollo y entrenamiento a profesionales de la salud. También realiza actividades de investigación que apoyen la utilización de estas técnicas (Robles, 1991).

Con base en la información revisada, nos percatamos que las investigaciones y centros de Terapia Familiar, surgieron paralelamente en E.U. y Europa, por dicha razón, a todos ellos los consideramos como pioneros, ya que sus métodos tenían ciertas similitudes, tales como: intervenir a toda la familia, considerar de importancia la primera llamada telefónica, el uso de la cámara de Gesell, la ayuda del grupo de supervisión al terapeuta y la capacitación y supervisión de terapeutas familiares.

Los resultados de las investigaciones hechas en los centros de E.U. y Europa, llegan a México con el Dr. Barragán, quién decide capacitar a profesionales afines al campo de la Salud Mental, como terapeutas familiares, por lo que consideramos benéfica dicha información, ya que de esta forma se impulsa la investigación y se buscan nuevas alternativas que den explicación a los problemas psicológicos.

Por lo cual resulta importante hacer una revisión teórica de los fundamentos teóricos que dieron origen a la Terapia Familiar Sistémica, los cuales en breve serán descritos.

CAPITULO 2

CAP. 2 FUNDAMENTOS TEORICOS

2.1 TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría Familiar Sistémica, se fundamenta en la Teoría General de los Sistemas; expuesta por Von Bertalanffy, en la década de los 30's. Dicha teoría se dirige al estudio de sistemas, ya sean de índole biológico, físico o humano.

La Teoría General de los Sistemas, tuvo otros precursores simultáneos como Wertheimer, quien con sus investigaciones sobre percepción humana, descubre que el individuo percibe totalidades organizadas; en 1924, aparecen los resultados sobre el fenómeno Phi, gestalten físicas de Köler; en 1925, Lotka se ocupó del concepto general de los sistemas; en 1926, Lewin inicia el desarrollo de la Teoría de Campo, año en que Bertalanffy postula su concepción de la Biología Organísmica (Bertalanffy, 1984).

Otras influencias que contribuyeron a sistematizar la Teoría General de los Sistemas como señala Gutiérrez (1984; citado en Eguiluz, 1991), fueron algunos elementos del positivismo lógico y otros del materialismo histórico-dialéctico.

Por lo que estas influencias teóricas llevan al autor a plantear una explicación científica sobre los todos y las totalidades que no habían sido objeto de estudio de la ciencia por ser consideradas como cuestiones metafísicas (Bertalanffy, 1984).

En 1954 se forma la sociedad para la investigación general de sistemas, la cual fue formada por varios científicos entre ellos Bertalanffy; los objetivos de esta sociedad se enfocan a impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento (Eguiluz, 1991).

La Teoría General de los Sistemas, es una teoría lógico-matemática, que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicados a todos los sistemas.

Es por ello que Bertalanffy (1984; pág. 16), conceptualiza a los sistemas como: "todo organismo con un orden dinámico de partes y procesos en los que se ejercen fuerzas recíprocas". Ya que el carácter fundamental de un organismo vivo es su organización y el acostumbrado de partes y procesos aislados no puede darnos una explicación completa de los órganos vitales, puesto que este no informa sobre la coordinación de partes y procesos. Es así que la tarea primordial de la biología debiera ser, descubrir las leyes de los sistemas biológicos y todos los y niveles de su organización.

Es así que para una comprensión mejor de los sistemas abiertos y cerrados, estos se describirán a continuación.

2.1.2 Sistemas abiertos

Los sistemas vivos para poder sobrevivir, recurren a un continuo intercambio de componentes (homeostasis, retroalimentación (+) y (-), circularidad y totalidad). Por lo que se consideran sistemas abiertos, ya que mantienen una constante entrada y salida de energía y un aumento y disminución de sus componentes por lo que se pueden producir cambios y como consecuencia darse una evolución (Bertalanffy, 1984).

2.1.3 Sistemas Cerrados

Para Bertalanffy (1984), un sistema cerrado no intercambia energía ni información con su medio, manteniéndose por ende, aislado al exterior.

El sistema cerrado es todo aquél en el cual la corriente de entrada y salida, se encuentra intercalada y alimentándose a sí mismo (Jonansen, 1986; citado en Eguiluz, 1991).

Es por ello que este tipo de sistema no se puede encontrar dentro del universo de la comunicación e interacción humana, ya que este tipo de sistema no obtiene retroalimentación (+), por lo que se mantiene en homeostasis y por consecuencia el sistema no evoluciona. (Ortiz, 1994).

Una vez descritos los conceptos de los sistemas abiertos y cerrados, se mencionarán las cualidades de los mismos.

Totalidad y suma, hace referencia al pensamiento Aristotélico "el todo es más que la suma de sus partes".

Circularidad, es la característica en términos de comunicación (intercambio de información dentro del sistema y entre éste y el medio ambiente), haciendo referencia a la secuencia de causas y efectos (Bertalanffy, 1984).

La **homeostasis**, es el intercambio de materia, energía e información con su medio ambiente, la cual contrarresta a la desintegración con los esfuerzos que realiza por renovar sus fuentes de energía y obtener materiales para renovar su estructura, entendiéndose ésta, en un sentido dinámico y no estático (Ortiz, 1994).

La **retroalimentación** es el proceso circular en el cual parte de la salida es remitida de nuevo como información sobre el resultado preliminar de la respuesta de entrada, haciendo de esta forma que el sistema se autorregule, ya sea en sentido de dirigirse a una meta deseada o mantener ciertas variables (Bertalanffy, 1984).

La **morfogénesis**, es un proceso mediante el cual en ocasiones un sistema debe modificar su estructura básica, para lo cual se apoya en una retroalimentación (+) (Ortiz, 1994).

Dentro del campo psicológico, este concepto (sistema), es rescatado por terapeutas familiares, quienes lo aplican a la familia debido a que esta es considerada como un sistema abierto, puesto que para sobrevivir, recurre a un continuo intercambio de información entre sus componentes (homeostasis, morfogénesis, retroalimentación (+) y (-), circularidad y totalidad).

Es por ello que Watzlawick (citado en Berenstein, 1987, pág. 41.), menciona que "dentro de la familia los elementos (seres humanos), atributos (conductas comunicacionales) y objetos que la conforman, interactúan entre sí de alguna manera"

Es decir, que la familia es un sistema abierto en transformación, que se mantiene en un continuo intercambio de energía e información (Freidenberg, 1995).

2.2 CUALIDADES DE LOS SISTEMAS APLICADOS A LA FAMILIA

2.2.1 Totalidad

La totalidad indica que cada una de las partes que conforman a un sistema vivo, se relacionan entre sí, por lo que cada elemento influye sobre otros, es por ello que la totalidad no es sólo la suma de sus partes (Garduño, 1991).

En un sistema la totalidad es mayor que la suma de sus partes o uno más uno es igual a tres; dos personas que se relacionan juntas, no son independientes, ya que existe una interacción mutua entre ambas. Por lo que

debe entenderse que sólo al estudiar el contexto en forma entera, la conducta de un individuo puede ser entendida.

Por ello la totalidad tiene una única coherencia y esta no es una sumatoria.

Por tanto los sistemas permiten estudiar tanto a un organismo como a un individuo simple, o a una nación como totalidad; lo que significa que se toma en cuenta el contexto más amplio en el que ocurre la conducta, el evento o la situación. De esta forma, la conducta de sistemas abiertos y complejos como es el comportamiento humano, puede ser entendido ampliando el foco de observación; por ejemplo al estudiar la conducta de un sujeto esquizofrénico dentro de un hospital (el cual proporciona una situación controlada), es probable que dicho comportamiento se vea como absurdo, lo cual ayudaría a confirmar el diagnóstico previo, pero en la medida que se abre el campo de la observación para incluir otros sistemas vinculados al interior tal como los miembros de su familia; se puede observar que la conducta del paciente va adquiriendo significado (Becvar, 1982).

2.2.2 Homeostasis

Jackson (1957; citado en Eguiluz, 1991) fue el primero en aplicar el concepto de homeostasis a los sistemas familiares, para describir mecanismos patoló-

gicos, caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo.

Este concepto hace referencia a la tendencia del sistema a permanecer igual, es decir, al equilibrio, ya sea para mantener un equilibrio sano o una retroalimentación negativa (Garduño, 1971).

Jackson conceptualiza a una familia como un sistema el cual es mantenido por un balance interno llamado homeostasis, la que es sostenida por la continua interacción de fuerzas dinámicas dentro del sistema homeostático (Foley, 1986).

2.2.3 Morfogénesis

Es la tendencia al cambio para que se transforme el sistema. Esto es una característica de sistemas familiares funcionales, puesto que el sistema tiene la capacidad de crear e innovar, y es a partir de aquí que se da un desarrollo (Becvar, 1982).

"La tendencia homeostática y la capacidad de transformación son circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed-back) orientado a la morfogénesis (retroalimentación positiva) o retroalimentación negativa (homeostasis)" (Eguiluz, 1991; pág. 99).

Debido a estos procesos, la familia presenta periodos de estabilidad (homeostasis) y periodos de cambio (morfogénesis), según las necesidades requeridas por el

sistema. En los periodos de morfogénesis se dan cambios en la estructura familiar y el sistema se adapta a las condiciones nuevas que está presenciando, por lo que hay flexibilidad y estructuración (Garduño, 1991).

2.2.4 Retroalimentación

Es otra de las características de los seres vivos para automodificarse, entendiéndose la retroalimentación como la capacidad que tienen estos sistemas (Eguiluz, 1991).

"Esta capacidad se podría medir como la posibilidad para aprender o como la capacidad que tiene el sistema para cambiar su organización o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad" (Eguiluz, 1991: pág. 100).

Al mismo tiempo se divide en positiva y negativa. "El feed-back positivo", generalmente se refiere al proceso mediante el cual se va a romper con el mecanismo homeostático, puesto que lo amplía o lo desvía; el cual indica que el sistema mantiene la conducta que ha ocurrido en respuesta a un cambio para así promover un desarrollo mayor al sistema. Mientras que a la retroalimentación negativa, se le concibe como un elemento regulador, dado que la desviación es contrarrestante, es decir, con este tipo de retroalimentación, no se rompe con la homeostasis y por consecuencia no hay cambio (Becvar, 1982).

Haley (1976) sugiere que en general los problemas familiares, surgen cuando una familia no hace los cambios pertinentes para obtener como sistema un desarrollo. Por lo que el uso adecuado del feed-back en la familia, ayuda a las familias a prevenir problemas.

2.2.5 Circularidad

Este término se refiere a la secuencia de causas y efectos. Los modelos más elementales de una circularidad, son concernientes a la cibernética en la cual innumerables elementos de un sistema son contingencias reciprocas, ya que la influencia de otras conductas afectan a otras de una compleja manera. Un ejemplo de ello es cuando las reglas de una familia han sido establecidas en el pasado, se aplican al presente y pueden ser confirmadas o cambiadas en el futuro (Fritz, 1985).

Es decir, que un elemento influye sobre los demás integrantes de la familia y viceversa, por lo que hay una interacción circular (circularidad), ya que el cambio en los demás influye sobre los otros miembros del sistema. Todos los miembros del sistema sufren cambios aunque solamente uno haya trabajado para ello, ya que la modificación de uno, involucra a todos, pasando el sistema de un estado a otro, por lo que existe repetición de patrones de interacción entre éstos, llamando a este proceso "circularidad" (Garduño, 1991).

2.3 TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA

Otra de las teorías sobre las cuales se fundamenta la Terapia Familiar Sistémica, es la Teoría de la Comunicación Humana; ya que la comunicación, es el medio supremo del individuo para relacionarse con miembros de su misma especie; la comunicación, puede ser analógica, es decir, postural, contextual, gestual, tonal, etc., que va desde lo congruente hasta lo paradójico; también puede ser digital, la cual, es básicamente hablada y escrita. Es por ello que la comunicación influye sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder ante ella.

La comunicación ha sido un elemento muy importante dentro de muchas terapias psicológicas como el psicoanálisis, conductismo, terapia psicocorporal y terapia familiar entre otras.

En Terapia Familiar, hubieron muchos investigadores que se dieron a la tarea de estudiar el mencionado proceso de comunicación; siendo Jackson, Beavin y Watzlawick (1989; citados en Eguiluz, 1991; 119) quienes después de varios años de investigación sobre comunicación, postulan cinco axiomas de la misma, que habian de retomarse en Terapia Familiar Sistémica.

2.3.1 Axiomas de la Comunicación humana

1.- Toda conducta es comunicación y como no hay no conductas, por lo tanto es imposible no comunicarse,

por ejemplo, cuando un individuo trata de no comunicarse, puede somatizar, ser cortante y en caso extremo psicotizarse. Por lo que esta manera de conducirse o comportarse, es una forma de comunicación. Es por ello que la total ausencia de comunicación, es un indicador de la existencia de mensajes. A este respecto Bateson (1980; citado en Eguiluz, 1991), nos ejemplifica de la siguiente manera: "la carta que tu no escribes, las disculpas que no ofreces, el alimento que no dejas en el plato al gato" no son más que formas de comunicación.

2.- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (mensaje) y uno de relación (la forma en como reacciona la otra persona y cómo clasifica el mensaje), y la relación que se establece entre los comunicantes puede ser complementaria o simétrica.

Existen problemas cuando se presenta un desacuerdo en los mensajes o en la relación o cuando hay confusión en ambos, además si no existe confirmación para el emisor del mensaje, éste se puede sentir rechazado o ignorado (Eguiluz, 1991).

"La comunicación no sólo transmite un mensaje, sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes" (Eguiluz, 1991; pag. 119).

3.- La naturaleza de una relación, depende de la puntuación, es decir, que cada individuo tiende a interpretar de manera diferente los mensajes, lo cual va a depender de su idiosincrasia ideológica. Los problemas de comunicación visibles a que hace referencia este axioma, radican en la diferente concepción de percibir el mundo, (realidad de segundo orden). Dicho de otro modo, este axioma hace referencia al hecho de que la comunicación pueda entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, sin embargo, quienes participan en ese intercambio, lo observan estableciendo puntuaciones, es decir, los organismos participantes puntúan la secuencia organizando los hechos de la conducta, pero cada uno a su manera (Eguiluz, 1991).

4.- Toda comunicación se da a nivel digital (verbal y escrita) y analógico (gestual, corporal, etc.).

La traducción de uno y otro puede traer confusiones, ya que pueden parecer o ser ambiguos ambos mensajes (digitales y analógicos). Asimismo "el lenguaje digital, cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja, pero carece de semántica, mientras que en el lenguaje analógico, sucede lo contrario, es decir, posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis" (Eguiluz, 1991; pág. 120).

5.- Toda comunicación es simétrica y complementaria. La simetría es una lucha por el poder y nunca se acepta la ayuda del otro, mientras que en la relación complementaria un individuo complementa a otro.

Este axioma se deriva directamente de los trabajos de Bateson (1980; citado en Eguiluz: 1991) sobre comunicación realizados en la tribu Iatmul, en Nueva Guinea, en 1936. En ese momento Bateson denominó cismogénesis al proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. Aunque actualmente sólo se hace referencia a los términos de interacción simétrica y complementaria. En el primer caso, las relaciones están basadas en la igualdad y en el segundo caso en la diferencia.

Los axiomas antes mencionados, sirven para analizar la comunicación humana y como instrumento terapéutico para reorganizar comunicacionalmente a la familia, utilizando este mismo de forma paradójica y/o directa, adoptando canales de comunicación a los del paciente, lo cual sirve para crear un mayor entendimiento en el núcleo familiar (Eguiluz, 1991).

2.3.2 TEORIA DEL DOBLE VINCULO

Bateson realizó investigaciones sobre comunicación y se dio cuenta de que a partir de una deficiencia en ésta, el individuo podía presentar problemas emociona-

les. Por lo que postuló la Teoría del Doble Vínculo o Doble Atadura, con la finalidad de explicar la etiología de la esquizofrenia: encontrándose que ésta era causada por una comunicación ambigua que presentaba la familia, debido a que las actividades e interacciones estaban marcadas por una incertidumbre desconcertante: además observó que ciertos comportamientos del enfermo tenían lazos con muchos hábitos de relación con su familia, mostrando de esta manera las paradojas comunicacionales que se presentaban en su hogar (Benoit, 1985).

Una doble atadura es en esencia una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, es solapada o contradicha a otro nivel (Hoffman, 1987).

Jackson y cols., (citados en Foley, 1986), examinaron los efectos de la paradoja en las interacciones humanas. La cual nos ofrece la llave para entender el concepto central de una contradicción y una paradoja.

Ya que en el primer caso (contradicciones) hay opciones para elegir y dar una respuesta, mientras que en la paradoja resulta una confusión en un alto nivel (Greenburg, 1964; citado en Foley; 1986).

"Dominame es un ejemplo, relativamente no tóxico de la Doble Atadura". Sin embargo, es un claro ejemplo de Doble Vínculo, puesto que el emisor del mensaje deja al receptor en un callejón sin salida, y por lo tanto el

receptor tendrá que responder a las peticiones del emisor de cualquier manera. Es decir, el receptor del mensaje, se encuentra en una posición ambigua, por lo tanto no podrá responder como el quiera, sino como el emisor finalmente lo desea. (Framo; 1990; pág. 80).

Bateson (citado en Hoffman, 1987 y Benoit, 1985), establece las características principales que se presentan en el Doble Vínculo, los cuales se presentan en forma tóxica y patógena en las interacciones.

- 1) Relaciones entre dos o más personas y una de ellas es la víctima.
- 2) Se da una orden verbal negativa a la que se agrega una amenaza "No hagas eso".
- 3) Se da una orden en forma analógica que entra en conflicto con el primero "Tu nunca entiendes nada de lo que digo".
- 4) No hay escapatoria para la víctima.
- 5) Esta experiencia se repite. Una vez establecida la pauta de comunicación que contenga estos elementos, solo necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una relación de pánico.
- 6) Todos estos elementos se combinan bajo la forma de Doble Vínculo.

Consideramos que ésta información, nos brinda una alternativa más para entender al individuo, no sólo como ente aislada, sino como parte de un sistema (familiar, laboral, social), que cuenta con una serie de

características que de alguna forma, mantienen la dinámica del sistema como: Morfogénesis, Homeostasis, Retroalimentación (+) (-), Circularidad, y totalidad. Sin embargo, existe otro punto importante y es la comunicación, la cual resulta necesaria, lo mismo que su análisis, ya que se encuentra dentro de cualquier relación (sistema), puesto que en ocasiones se habla de una mala comunicación, pero nunca se profundiza sobre la complejidad de la misma y el grave impacto que provoca en los individuos del sistema como la aparición de miembros psicóticos en la familia.

CAPITULO 3

3.1 CONCEPTO DE FAMILIA

En este modelo la familia juega un papel determinante, es por esto que Minuchin (1986), -su principal representante- creyó pertinente tener un claro panorama de la familia, definiendo a ésta como el grupo más importante para el individuo, ya que comparte, define el comportamiento de sus miembros y facilita la interacción entre ellos, de acuerdo a su estructura familiar, ya que una familia es un sistema que opera a través de transacciones repetidas estableciendo pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, de esta forma dichas pautas apuntalan el sistema. Estas interacciones regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidos por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas que gobierna la organización familiar. El segundo sistema de coacción es idiosincrático, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia relacionada con los acontecimientos diarios.

Con base en el Modelo Estructural, lo importante es destacar que en el sistema familiar, el conflicto de uno de sus miembros resulta ser la manifestación de un conflicto familiar. Se parte del señalamiento de que la familia está organizada de determinada manera que

posibilita las interacciones conflictivas, es decir, cuenta con una estructura funcional.

Para Minuchin (1986; citado en Flores, 1992; pág. 86) la estructura es: "El conjunto invisible de demandas que organiza los modos en que interactúan los miembros de la familia".

3.1.2 CONCEPTO DE HOLÓN

Para analizar la estructura de la familia es necesario retomar el concepto de holón. El cual surge a partir de la necesidad de Arthur Koestler, a no emplear más expresiones como "todo-parte, o como subtodo". Por ello éste creó un término nuevo para designar aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía: la palabra holón del griego Holos (todo), con el sufijo On (como el protón o neutrón), que evoca una partícula o parte". (Minuchin y Fishman, 1992; pág. 36).

El término de Koestler es útil en particular para la terapia de familia porque la unidad de intervención es siempre en un holón. Cada holón (el individual, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad), es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro. Cada holón en competencia con los demás, y despliega su energía en favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo.

3.1.3 HOLON INDIVIDUAL

Este holón contiene los determinantes históricos del individuo, aportes del contexto social (escuela, vecindario, sociedad), y el influjo como un sistema multi-individual perteneciente a otros subsistemas más vastos donde el influjo es sólo un continuo circular (Minuchin y Fishman, 1992).

Pincus (1982), menciona que la comprensión dinámica de la persona lo ha llevado a entender cómo un individuo se relaciona de acuerdo a sus sentimientos, sensaciones y experiencias previas, las cuales compartiendo la idea de Minuchin y Fishman (1992), le son dadas al individuo por las determinantes históricas que influyen a la persona.

3.1.4 HOLON CONYUGAL

Este es conformado por la pareja, cada cónyuge lleva consigo una ideología que debe compartir con el otro, asimismo negociar las preferencias, para con ello ganar pertenencia, quedando así establecida la base de las interacciones.

Una de las tareas más vitales en el sistema es la fijación de límites "que protegen a la pareja, en donde ésta procura un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan sus parientes políticos, los hijos u otras personas". (Minuchin y Fishman; 1992; pág. 31).

3.1.5 HOLON PARENTAL

Este incluye la crianza de los hijos y funciones de socialización. El niño aprende a vivenciar la autoridad y a conocer el estilo de vida con la que su familia afronta conflictos y negociaciones. Este subsistema tiene que modificarse a medida que el (los) hijo (s) crece (n) y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad se le deben dar más oportunidades para que tome decisiones y se controle a sí mismo (Minuchin y Fishman, 1992).

3.1.6 HOLON FRATERO

Dentro de éste, los hijos se apoyan entre sí, se atacan, aprenden unos de otros o se toman como chivos emisarios, cooperan, comparten y negocian. Estos holones pueden ser variables de acuerdo a la situación o contexto social en el que se encuentra el individuo, ya sea individual, conyugal, parental o fraterno, el cual va a influir y ser influido sobre estos subsistemas. Dentro de este holón o subsistema, se promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo, como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de su mismo sistema. Además aquí es donde se enfrentan en hacer amigos y tratar con enemigos, en aprender de otros y ser reconocidos.

Después de haber hecho una breve descripción de los holones expuestos por Minuchin (1986), procederemos a hablar de la estructura y sus componentes.

3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

3.2.1 Estructura

Minuchin (1977; citado en Flores, 1992), considera que la estructura familiar está constituida por una serie de demandas invisibles que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Estas interacciones operan a través de pautas transaccionales, los cuales van estableciendo de qué manera, cuándo y con quién relacionarse.

"Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Los cuales son mantenidos por dos sistemas de coacción. El primero es genérico, e implica las reglas que gobiernan la organización familiar; el segundo es idiosincrático e implica expectativas mutuas entre los miembros de la familia" (Minuchin, 1977; citado en Flores, 1992; págs. 86 y 87).

Por ello es importante mencionar los elementos que se encuentran involucrados en la estructura familiar, para entender, la forma en cómo se va estructurando la familia a través del tiempo.

3.2.2 Límites

Los límites son reglas que deciden quiénes participan en el sistema, los cuales funcionan como reguladores de las conductas de sus miembros, además de que permiten la diferenciación y desarrollo de la estructura. Un disturbio en los límites es indicador de una estructura disfuncional (Minuchin, 1974; citado en Fritz, 1985; y Umbarger, 1983).

Los límites entre la familia y el ambiente externo, son determinados por las conductas interaccionales que la familia muestra hacia los miembros de la misma, o personas externas al sistema. Las reglas delimitan el cómo la conducta o tipos de conducta son entendidos. Las reglas o límites definen en dónde, cuándo y bajo qué condiciones los miembros deben actuar. Los límites indican si el subsistema es o puede llegar a ser abierto y transformar su estructura (morfofostasis) (Fritz, (1985).

Existen tres tipos de límites, los cuales se describen a continuación.

3.2.2.1 Límites Flexibles

Se les denomina límites flexibles a las reglas o normas dentro de la familia que son claras y además cambian dependiendo de las necesidades del sistema, además que no existe interferencia entre subsistemas (Minuchin, 1986).

3.2.2.2 Límites Difusos o Amalgamados

Estos se caracterizan porque no presentan reglas claras, además es por ello que los miembros de la familia invaden el espacio de los demás miembros, por lo que a este tipo de familia se le ha llamado "muégano" o "familias amalgamadas" (Umbarger, 1991).

3.2.2.3 Límites Rígidos

Se les denomina límites rígidos a las reglas o normas dentro de la familia que no cambian cuando es necesario por lo que mantienen el equilibrio del sistema, aunque éste requiera cambiar de acuerdo a las necesidades del contexto a los que el sistema se enfrenta.

Los límites rígidos se caracterizan por la dificultad de diferenciación que existe entre los subsistemas, y al mismo tiempo las funciones protectoras se ven perjudicadas. Cuando existe este tipo de límites en una familia, es porque hay una falta de interacción entre los individuos que la componen (Ortiz, 1994).

Boszormenyi-Nagy y Framo (1991), mencionan que en una familia desacoplada existe mucha distancia entre sus miembros, los límites que separan a los subsistemas son rígidos.

Si en las familias enmarañadas un acontecimiento de poca importancia como un ligero malestar de los hijos basta para desembocar un sinúmero de cuidados y

protecciones; en este tipo de familias (desacopladas), se pueden mantener las diferentes patologías entre sus integrantes sin enterarse entre ellos. (Umbarger, 1991).

"Las perturbaciones sólo se presentan cuando los límites de quienes participan en los subsistemas se vuelven inadecuadamente rígidos o débiles y de este modo estorban a un intercambio adaptativo con los subsistemas circundantes". (Umbarger, 1991; pág. 45).

3.2.3 Jerarquía

Dentro de un sistema siempre existe la llamada jerarquía, la cual es definida en términos de concentración de poder (Minuchin, 1986).

El concepto de jerarquía tiene un triple significado en Terapia Familiar, primero describe la función de poder y su estructura en la familia. Este aspecto de jerarquía pertenece a la diferenciación de roles entre padres e hijos, así como los límites entre las generaciones. Segundo, se refiere a la organización de una jerarquía lógica, en la cual un orden menor, es un elemento dentro de un orden mayor. Tercero, hay un aumento de la jerarquía en los niveles del sistema. (Hoffman, 1987; citado en Fritz, 1985).

Terapeutas familiares tales como Haley (1976), y Minuchin (1986), ven claro e inequívoco que la jerarquía familiar interna es un prerrequisito para el

buen funcionamiento del sistema (citados en Freidenberg, 1995).

3.2.4 Centralidad

Cuando se habla de centralidad, estamos haciendo referencia a que la mayoría de las interacciones de una familia se encuentran girando alrededor de un solo miembro, por ejemplo, ser una persona brillante dentro de la escuela lo cual se denomina centralidad positiva o bien comportarse de manera extravagante (centralidad negativa) para que toda la familia se encuentre focalizada en todo momento en las actitudes de dicho miembro (Saccu, 1980; citado en Akerman, 1990).

3.2.5 Periferia

Otro elemento importante dentro de la estructura familiar es la periferia, la cual es el distanciamiento emocional y físico de una persona hacia su núcleo familiar.

Dysinger y Basamania (1986; citados en Bowen, 1989), mencionan estudios de casos de padres que en su núcleo familiar se muestran distantes y poco participativos a las necesidades que como sistema requieren, sin embargo, en su ámbito social y laboral son funcionales. En las familias esquizofrénicas, los padres y madres están emocionalmente separados por la barrera de la distancia, debido a que no pueden establecer una relación cercana uno con el otro, aunque

si con el esquizofrénico, siempre y cuando el cónyuge más próximo a éste (psicótico) lo permita. Durante las sesiones terapéuticas, los terapeutas observaron que los padres mantenían una distancia impersonal necesaria para mantener los desacuerdos al mínimo, evitando temas susceptibles que pudieran confrontarlos. Los cónyuges (hombres/mujeres) que viven en esta situación, son considerados igualmente inmaduros, ya que la distancia superficial, reprime una mutua interdependencia más profunda, puesto que mientras uno niega la inmadurez y funciona con una fachada de supersuficiencia, el otro acentúa la inmadurez y funciona con una fachada de insuficiencia. En su vida cotidiana la supersuficiencia de uno, funciona en relación recíproca con la insuficiencia del otro.

3.2.6 Alianza

Cuando dos o más miembros de un sistema se unen para obtener un beneficio, se habla de alianza; dicho concepto fue introducido por Wynne (1961; citado en Fritz, 1985), para facilitar la descripción de estructuras organizacionales, así como para entender los mensajes comunicacionales.

Se entiende por alianza a la unión de dos o más miembros del sistema, los cuales van a depender de los mismos intereses, actitudes y valores, para obtener beneficios en pro del sistema (Umbarger, 1983).

Minuchin y Fishman (1981; citados en Fritz, 1985), hacen consideraciones teóricas similares en la técnica terapéutica, en donde dicen que es importante hacer un desbalance cuando la alianza, siempre es entre los mismos miembros, por lo que el terapeuta debe unirse a un miembro o a un subsistema temporalmente a expensas de los otros miembros, ya que de esta forma, la familia tendrá nuevas perspectivas, roles y soluciones, que de esta manera pueden estar dispuestas al cambio.

3.2.7 Coaliciones

Cuando las "uniones" tienen la finalidad de hacer daño a un tercero, se denominan coaliciones (Minuchin, 1986).

Estas coaliciones sirven principalmente para desviar el conflicto o para designar al chivo emisario o paciente identificado, ya que la desviación del conflicto reduce la presión sobre el subsistema de los cónyuges, pero a todas luces impone tensión a los hijos (Umbarger, 1991).

En esta situación los padres intentarán ganar la simpatía y soporte de alguno de los hijos, a costa de sus relaciones maritales. Estas fuerzas dentro del sistema, pueden ser vistas como un caso especial de cambios en las configuraciones de los sistemas asociados con -alianza/alienación/coalición- (Fritz, 1985).

3.2.8 Triangulación

La triangulación se refiere a la expansión del conflicto, ya sea en una relación diádica o la inclusión de una tercera persona (hijo, terapeuta, etc.).

Minuchin (1974, citado en Caillé, 1990), describió varias formas de triangulaciones, bajo el concepto de triada rígida, el cual enfatiza que la triangulación, cubre un conflicto manifiesto o encubierto, por ejemplo, cuando un progenitor se vale de un miembro del sistema para atacar a otro miembro del mismo.

3.2.9 Paciente Identificado

El paciente identificado es el miembro de la familia que presenta un síntoma, según el reporte de la propia familia. Por ello la mayoría de las familias que asisten a tratamiento psicológico, lo hacen a causa de un miembro (padre/madre/hijos), con problemas o sintomático, culpado de haragán, desconsiderado o loco (Fritz, 1985).

Se ha considerado al síntoma como un acto comunicativo que sirve como una especie de contrato entre dos o más personas, y que ocurre a menudo cuando una persona está en una situación difícil de escapar. "Esta persona está encerrada en una secuencia o pautas con el resto de la familia o con otros miembros significativos, y no encuentra otra manera de alter-

narla por medios no sintomáticos" (Andolfi, 1980; pág. 50).

Parecería ser que con el fin de sobrevivir en el plano emocional, tanto padres como hijos, maridos y mujeres se explotan y son explotados en sus fuerzas por satisfacer necesidades de dependencia no gratificadas, por lo que existe un acuerdo consciente e inconsciente, con el fin de evitar que se exponga la base de la reciprocidad insatisfecha entre todos los integrantes de la familia atrapados en redes emocionales que hasta pueden producir estrangulamiento psíquico o manifestaciones de conducta suicida. Incluso los miembros adultos que se han separado en lo geográfico, o creen estar separados en lo afectivo, desde el punto de vista emocional, resultan ser leales; estar entrelazados o problematizados y carentes de individualización en mayor medida de lo que ellos creen (Boszormenyi-Nagy, 1983).

Dysinger y Basamania (1986; citados en Bowen, 1992), mencionan que la psicosis o problema que manifiesta un individuo dentro de su núcleo familiar, le sirve para readaptar las relaciones familiares.

Asimismo, Andolfi (1990) menciona que el síntoma puede considerarse como un tipo particular de conducta que funciona como mecanismo homeostático, regulador de las transacciones familiares y mantiene el equilibrio dinámico entre los miembros, es por ello que la terapia permite al paciente identificado recuperar su capacidad

de autodeterminación en un contexto familiar, cambiado, donde se redescubren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpressadas y capaces de dar significado distinto a una perturbación, no vivida ya como un estigma, sino como señal y momento de crecimiento de un grupo con historia.

3.2.10 Hijo Parental

Respecto a los hijos parentales, se dice que en familias patógenas, uno o ambos adultos y todos los niños asumen roles sexuales y generacionales inapropiados, así como características estereotipadas que se les asignan. En vez de vivirlos como entidades independientes con la gama de sentimientos y actividades humanas. Brodey (1980, citado en Boszormenyi-Nagy, 1983) afirma que la constelación de roles, permite que los conflictos internos de cada miembro sean actuados dentro de la familia, antes que dentro de sí mismo, y cada miembro procura encarar sus propios conflictos modificando al otro.

A los niños buenos y sumisos generalmente se les asigna el rol de parentalización, de manera inconsciente y se espera que los niños actúen como adultos, en tanto que los adultos actúan como niños, en el sentido de renunciar a ciertas funciones ejecutivas esenciales (al igual que sexuales), ya que los hijos del mismo sexo o del opuesto se utilizan como sustituto del cónyuge. Asimismo, Minuchin y Fishman (1992),

mencionan que en el hijo parental se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a los hermanos y demás miembros del núcleo, ya que los padres se demuestran incapaces de actuar; de esa forma pueden tratar de justificar su incapacidad bajo la máscara de permisividad, democracia, o una posición autoritaria.

Por lo que la parentalización de los hijos puede surgir como una consecuencia de la inactividad paterna. De esta forma los hijos se vuelven los custodios físicos y psicológicos de uno o ambos padres si perciben su insaciable necesidad de consuelo (Boszormenyi-Nagi y Spark, 1983).

Después de haber hecho una revisión teórica a los componentes estructurales que se presentan en los sistemas familiares, es importante mencionar cómo Minuchin (creador del Modelo Estructural) considera a la familia ideal, la cual es descrita de siguiente manera: es aquella que presenta límites claros y flexibles al interior del sistema, por lo que no hay interferencia entre los subsistemas, y las reglas imperantes sufren los cambios adecuados según las necesidades de las transiciones relacionadas al ciclo vital; no hay presencia de miembros periféricos, la mayor jerarquía es distribuida en el subsistema conyugal; hay existencia de alianzas (alternadas), y la inexistencia de coaliciones y triangulaciones.

En cuanto a los límites del sistema en relación al exterior, éstos han de ser también claros, es decir,

que no se pretende la intromisión de otros sistemas en su organización. Esta familia ideal es aquella que no presenta conflictos en la interacción con los miembros de otros sistemas. Asimismo, Minuchin señala que la terapia ha de encaminarse a lograr en mayor medida una estructura familiar como la de la familia ideal.

Por lo anterior es importante hacer una revisión teórica de las etapas que todos los sistemas familiares atraviesan, y de esta manera, entender a la familia ideal como parte de un proceso activo, es decir, que requiere de cambios de acuerdo a las necesidades contextuales y sociales a que se enfrenta durante su desarrollo. (Ver anexo 1).

3.3 CICLO VITAL

3.3.1 Concepto de Ciclo Vital

"Se entiende por ciclo vital, al desarrollo de la familia, el cual transcurre en etapas que siguen en una progresión de complejidad creciente, en donde existen periodos de equilibrio y adaptación, y también períodos de desequilibrio a consecuencia de su paso de un estadio a uno más complejo" (Torres, 1994; pág. 37).

Es por ello que el concepto de ciclo vital, ha sido una herramienta indispensable para los terapeutas familiares, ya que Minuchin y Fishman (1992), lo consideran como un modelo que brinda la base para establecer con prontitud la ubicación del estadio de desarrollo de la familia y las metas terapéuticas.

El desarrollo de la familia según el modelo estructural transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes (Fritz, 1985).

Dentro del contexto familiar y en las fases de su desarrollo mismo se entremezclan transacciones interaccionales dentro de la familia, ya que las generaciones se mueven de acuerdo a la edad, puesto que mientras unas intentan abandonar el hogar otras pueden planear su vida profesional o llegar a tener relaciones íntimas con adultos. Cada generación es influenciada e influencia a las otras, ya que el desarrollo en la mayoría de las familias implica transiciones simultáneas (Breulin, 1988; citado en Goldenberg, 1990).

Por ello en cada etapa el individuo debe crear tareas que sirvan para su desarrollo, por ejemplo en la instancia de la adolescencia se necesita establecer independencia, asimismo los padres deben hacer un balance entre la responsabilidad y la libertad, la cual implica un desarrollo en la unidad (Carter & Goldrick, 1988; citado en Goldenberg, 1990).

El ciclo vital ofrece un esquema para ver a la familia como un sistema que se va moviendo a través del tiempo; aunque cabe señalar que una variable de fuerte impacto en la familia es el impacto migratorio así como la transición cultural.

Por eso los eventos que ocurren en algún estadio del ciclo de vida, tienen un fuerte impacto en las relaciones de otro estadio, por lo que esta situación obliga, ya sea a cambios de primer orden o cambios de segundo orden; en los primeros no se cambia la estructura del sistema, mientras que los segundos requieren de un cambio en la estructura familiar, y si estos cambios son manejados adecuadamente se llega exitosamente a la siguiente fase.

Estos cambios pueden ser descritos en un mapa llamado genograma, el cual es una herramienta gráfica, que nos ayuda a inducir cuál es la etapa por la que atraviesa la familia, el tipo de relaciones entre sus miembros y entre la familia, así como su contexto, por lo que el terapeuta tiene la oportunidad de observar transacciones familiares, las características estructurales y los disturbios en la familia (Fritz, (1985).

3.3.2 ETAPAS DEL CICLO VITAL

A continuación, se presentan las etapas por las que toda familia atraviesa, así como los holones o subsistemas familiares que conforman el núcleo, con base en la descripción que hacen Minuchin (1986) y Minuchin y Fishman (1992).

3.3.2.1 Formación de la Pareja

Esta constituye la estructura del holón conyugal y la nueva pareja debe definir y armonizar estilos y expectativas diferentes, así como elaborar modalidades propias para procesar información, establecer contacto y tratarse con afecto. También existe tensión entre las necesidades del holón de la pareja y las de cada uno de sus miembros.

3.3.2.2 Familia con Hijos Pequeños

Es el segundo estadio, el cual se presenta con el nacimiento del primer hijo además es en este momento cuando se crea un nuevo holón como es el parental, por lo que el conyugal se debe reorganizar para enfrentar nuevas tareas, asimismo se vuelve indispensable la creación de nuevas reglas.

3.3.2.3 Familia con Hijos en Edad Escolar y/o Adolescentes

Un cambio importante es cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, lo cual, marca el tercer estadio de desarrollo, ya que la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo y bien organizado. Además de crear nuevas reglas y tareas para cada miembro de la familia. Por último en este estadio comienza el proceso de separación, por lo que éste cambio tiene gran impacto en la familia.

3.3.2.4 Nido Vacío

Es el cuarto y último estadio, en donde los hijos han creado sus compromisos y un estilo de vida propio, una carrera y un cónyuge, por lo que la familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Por ello esta nueva etapa requiere de una nueva reorganización, cuyo eje será el modo de relacionarse padres e hijos como seres adultos.

Este periodo suele definir una etapa de pérdida aunque podría ser diferente y alcanzar la pareja un estado de desarrollo, si los cónyuges como individuos y pareja aprovechan sus experiencias, sueños, y expectativas para realizar posibilidades inalcanzables, mientras debían dedicarse a la crianza de los hijos.

Es por todo lo anterior que consideramos de sumo interés este capítulo, ya que en este Modelo (Estructural), se sustenta nuestra investigación; además es necesario destacar el innovador uso del término HOLON propuesto por Minuchin, ya que gracias a éste término, podemos identificar la ubicación de los miembros dentro de la familia, así como el estadio de desarrollo en que éste se ubica.

Por otra parte, cabe mencionar la importancia que da este Modelo a las interacciones familiares otorgándoles un nombre a cada uno de ellas, ya que una de las ventajas que ofrece este Modelo es entender la dinámica familiar que ahí impera; y con el manejo de estos

conocimientos, el psicólogo, puede hacer intervenciones más eficaces en un tiempo menor, y de esta forma, intentar aproximar el sistema al modelo de familia ideal expuesto por Minuchin, (ver pág. 57); quien señala que la terapia ha de encaminarse a lograr en mayor medida una estructura familiar como la de la familia ideal.

CAPITULO 4

4 ALCOHOLISMO

Uno de los problemas que aqueja a la sociedad mexicana es el alcoholismo, el cual es un problema que no respeta raza, sexo, nivel socioeconómico, ni religión (Pérez, 1980, citado en Molina, 1983, pág. 127).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones ENEA (1995), el mayor porcentaje de accidentes automovilísticos, tuvieron relación con el alcohol, ya que la mayoría de los causantes de dichos problemas, presentaban una dependencia a dicha sustancia, asimismo, un gran número de jóvenes, tuvieron problemas con la policía, debido a conductas infractoras y a consecuencia del abuso de dicha droga.

El Servicio Médico Forense SEMEFQ, informó que el mayor número de homicidios imprudenciales, riñas, asaltos y problemas psiquiátricos, fueron a consecuencia del alcoholismo (Tapia, 1996).

Molina (1983), hace referencia a las estadísticas mundiales, las cuales señalan que el consumo de alcohol, está aumentando en forma dramática, por ejemplo en E.U., las instituciones de salud, han mencionado que el 90% de las cirrosis hepáticas, el 50% de la pancreatitis, algunos tipos de cáncer y desnutrición grave, son producidas por el consumo excesivo de alcohol. Esto también representa una gran pérdida económica para la comunidad. Lo cual se mide en

términos de costo para la atención médica, servicios sociales y productividad.

Además que ocasiona importantes problemas familiares, de trabajo, de conducta y satisfacciones personales.

Por lo que en el presente capítulo se pretende exponer de manera breve las diferentes definiciones de alcoholismo, así como algunas teorías que dan explicación de esta conducta y los tratamientos más frecuentes.

4.1 DEFINICIONES

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

Velazco (1988; citado en Flores, 1992), señala que la O.M.S., en el año de 1952, consideró como definición de alcoholismo la siguiente: "Los alcohólicos son bebedores excesivos, cuya dependencia es física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y de trabajo, ya que presenta los indicios de tales manifestaciones". (pág. 7).

Recientemente la O.M.S., en 1980, denominó al consumo excesivo de alcohol y las consecuencias

derivadas de dicho consumo como síndrome de dependencia al alcohol.

4.1.2 Alcohólicos Anónimos A.A., conceptualizó esta problemática como "una enfermedad crónica, progresiva, incurable y caracterizada por la pérdida de control sobre el alcohol y otros sedantes". (A.A., 1986; pag. 28).

Carnwalhty y Miller (1989), mencionan que el alcohólico es aquel individuo que presenta dependencias físicas y psicológicas al alcohol, asimismo tiene problemas de salud debido a su ingestión, además se ven afectados otros aspectos de su vida tales como el familiar y social.

Por su parte Edwards (1983; citado en Fuentenebro y Vázquez, 1990), habla del abuso del alcohol, y dice que éste provoca un deterioro en las actividades laborales y sociales y la duración de la alteración dura como mínimo un mes, esto como patrón psicológico por el consumo excesivo de alcohol y dependencia al alcohol (condiciones anteriores y además síndrome de abstinencia).

Como puede observarse en las definiciones antes expuestas, la manera más usual de definir el abuso de la ingesta de alcohol, parece ser en términos de los efectos producidos por la bebida sobre la capacidad del individuo para funcionar con éxito en su ambiente: área

social, vocacional, familiar, así como en sus funcionamientos físicos y emocionales.

4.2 Etiología del Alcoholismo Desde Diferentes Posturas

4.2.1 Punto de Vista Médico

Desde el punto de vista médico se señala que el consumo excesivo de alcohol, se debe a factores hereditarios (Estes, 1989).

Cuando se habla de familia, en algunas ocasiones se hace referencia al hecho de que este fenómeno se encuentra presente en los descendientes o ascendientes de un alcohólico, situación que llevó a pensar a algunos investigadores en la posibilidad de un elemento hereditario de predisposición (Goodwin, 1976).

Winokur (1972), efectuó estudios en familias alcohólicas (con hombres y mujeres), haciendo una comparación entre ellos, encontrando que el 46% de hijos de alcohólicos, también lo eran.

Amarken (1951; citado en Winokur, 1972), presentó datos similares sugiriendo la posibilidad de un factor genético, encontrando en la mayoría de los casos síndromes nutricionales y enfermedades infecciosas.

Otra explicación etiológica del alcoholismo, hace referencia a un déficit vitamínico, el cual es compensado mediante la ingestión de alcohol (Craighead, Kadzdzin, Mahoney, 1981; Leitenberg, 1984; Pittman,

1984; Miller y Mendelson, 1985; Muller y Ketchman, 1987; citados en Fuentenebro y Vázquez, 1990).

4.2.1.2 Tratamiento Médico

Existen diversas formas para el tratamiento del alcoholismo, uno de ellos es en el ámbito médico, donde se emplean fármacos para controlar la depresión, la ansiedad y los síntomas de abstinencia, incluyendo además tratamiento vitamínico (Leitenberg, 1984).

4.2.2 Punto de Vista Psiquiátrico

Desde la perspectiva psiquiátrica se dice que el alcoholismo es causado por un proceso subyacente de personalidad, debido a que el bebedor procede de una familia con un deficiente desarrollo yoico, donde sus necesidades de afecto no fueron satisfechas, por lo que existe una oralidad (Eljure, 1979; citado en Flores, 1992).

4.2.2.1 Tratamiento Psiquiátrico

El tratamiento psiquiátrico se encamina al desajuste de personalidad y se puede recurrir a la hospitalización (Leitenberg, 1984).

Además se pueden utilizar fármacos tales como antabus o etabus para la aversión a la ingesta de alcohol (Uribe, 1989).

4.2.3 Enfoque Conductual

Con base en el enfoque conductual, el alcoholismo es una conducta aprendida, mantenida por los eventos reforzantes, tales como la reducción de ansiedad, aceptación social, etc. (Miller y Eisler, 1977; citados en Fernández y Carrobles, 1981, y Leitenberg, 1984).

Feñalosa (citado en Flores, 1992), explica que el alcohol puede actuar como reforzador modificando las condiciones de pulsión de un organismo de dos formas principalmente:

- 1.- Incluyendo un estado de déficit fisiológico, ya que puede aliviar el hambre o la ansiedad.
- 2.- Puede servir para reducir las respuestas de ansiedad.

4.2.3.1 Tratamiento Conductual

El tratamiento conductual se diseña para el individuo, y se puede incluir la aversión química, eléctrica y verbal; al aparear repetidamente un estímulo nocivo con la ingestión de alcohol. Se puede entrenar al bebedor en conductas asertivas. La desensibilización sistemática, ayuda a reducir la ansiedad. Se puede trabajar reorganizando también contingencias sociales.

Aquí la familia es considerada como un grupo importante pero sólo para el manejo de contingencias.

Sin embargo este enfoque sigue considerando al individuo como el enfermo del núcleo familiar (Rimm y Masters, 1984; y Caillé, 1990).

Revisadas las teorías que han dedicado gran parte de sus investigaciones al tratamiento del alcoholismo, consideramos que comparten entre ellas una visión unipersonal del problema, es decir, el enfermo es el que bebe, y por tanto es el que tiene el síntoma, esto es, contemplan el problema con una visión reduccionista, dejando a un lado el contexto familiar al igual que las interacciones dentro y fuera de la familia. Por lo tanto, cabe destacar la posibilidad de conocer y usar el enfoque sistémico a fin de destacar las limitaciones de los enfoques centrados en el individuo, de lo cual trata el siguiente capítulo.

C A P I T U L O 5

5 APROXIMACION SISTEMICA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

5.1 Enfoque Sistémico

El punto de vista sistémico hace referencia a la influencia del medio ambiente familiar deteriorado y la actitud del padre y la madre del sujeto, quienes desempeñan un papel primordial.

Otros investigadores han demostrado el impacto emocional, psicológico y conductual, como resultado de la conducta alcohólica de algún padre ya que el ambiente familiar del alcohólico se caracteriza por conflictos entre padres e hijos (Reich, Earls, & Powell, 1988; Williams, 1987; citados en Rotunda, Scherer & Imm, 1995).

Dentro de la Terapia Familiar, existen modelos que dan diferentes explicaciones de las disfunciones familiares como el alcoholismo. Sin embargo, cada modelo adopta una ideología diferente, pero que a su vez comparte características fundamentales con los demás modelos; asimismo exponen cómo el alcoholismo es mantenido por la familia y cómo éste afecta al grupo familiar.

5.1.1 Alcoholismo como Expresión de la Angustia Familiar

Este modelo lo representa Bowen (1979), quien menciona que la aparición del síntoma (bebida), se presenta cuando existe un alto nivel de ansiedad dentro

de la familia, entonces el bebedor tiene que reaccionar, ante esta situación alcoholizándose, ya que es la única forma de enfrentar sus problemas, por lo que el sintoma (beber), decrementa la ansiedad familiar en respuesta a la bebida.

Este proceso puede volverse crónico debido a que hay un funcionamiento en espiral que llega a colapsarse (Marahaj y Bhugra, 1993).

Además los miembros de la familia más dependientes del bebedor, se manifiestan más ansiosos que éste (alcohólico), lo cual nos dice mucho acerca de la naturaleza del problema.

Cuanto más amenazada se ve una familia, se vuelven mucho más ansiosos sus miembros, se hacen más críticas y es mayor el aislamiento emocional, por lo que el alcohólico bebe más y mayor se torna la angustia emocional; esta situación empeora el problema, y ambas partes, se tornan más rigidamente intransigentes.

Por ello, todo lo que pueda irrumpir la espiral que produce la ansiedad, será provechoso. Cualquier miembro que logre enfriar la respuesta de ansiedad o controlar su propia ansiedad, avanza un paso hacia la detención e inversión de la escalada (Bowen, 1989).

5.1.2 Regulación Sistémica en la Familia Alcohólica

Este modelo hace referencia principalmente a dos características pertenecientes a los sistemas abiertos "morfogénesis" y "morfoestásis".

Steinglass y cols., (1989) esquematizan en 4 puntos las características de las familias alcohólicas, para poder entender mayormente la problemática de las mismas.

1.- Considera a la familia alcohólica como un sistema conductual, en el cual las conductas vinculadas con éste, se han convertido en principios organizadores centrales en torno de los cuales se estructura la vida de la familia.

2.- El alcoholismo en la familia altera el equilibrio que existe, por lo que esta alteración impulsa a la estabilidad a corto plazo (regulación) a expensas del crecimiento a largo plazo.

3.- El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico, se advierten con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras a medida que la familia se adapta poco a poco a las exigencias existentes del alcoholismo.

4.- Los tipos de alteraciones que producen las conductas reguladoras pueden verse influenciadas sobre la forma en general de crecimiento y desarrollo en la familia. Es decir, son cambios en el ciclo normativo de la vida de ésta a lo que se ha denominado deformaciones en el desarrollo.

De estos principios se puede clarificar que el alcoholismo invade y modifica el curso normal de la

familia, lo que conlleva a la familia alcohólica a ser un sistema con una estructura característica propia.

5.1.3 Relación Simétrica

Este modelo se basa en los postulados de comunicación humana -simetría y complementariedad / y doble atadura- propuestos por Watzlawick y Don Jackson (1989, citados en Flores, 1992).

Palazzoli (1988, citado, en Flores, 1992), habla de la existencia de un doble vínculo, en donde el alcohólico ha transferido a la botella un desafío provocador en el beber, por lo que desea llegar a ser más fuerte que la botella, es decir, desafiarla tomando un trago sin ser alcohólico.

Otros investigadores encontraron características similares a las de las familias alcohólicas, con las familias que tenían un paciente psiquiátrico, encontrándose semejanzas en sus procesos de comunicación. Por lo cual no se puede decir que las características disfuncionales que presentan las familias alcohólicas, sean exclusivas de ellas (Maharajh, & Bhugra, 1993).

De acuerdo a los postulados antes expuestos, podemos decir, que cada uno brinda una explicación acerca del problema del alcoholismo; sin embargo, creemos conveniente tomar en cuenta los tres modelos en conjunto, ya que si sólo uno es contemplado como

posible explicación, caeríamos nuevamente en una visión reduccionista; pero si son contemplados de manera conjunta, podemos entender la relación compleja que existe entre la botella-alcohólico-familia; ya que debido a su angustia familiar, el bebedor incrementa el consumo de alcohol, y esto provoca en la familia mayor ansiedad, ocasionando una mayor resistencia al cambio para así evitar irrumpir el ciclo normativo de la misma; mientras que el bebedor sigue en su constante lucha simétrica con la botella. Por lo anterior, consideramos a estos tres modelos complementarios.

5.2 Tratamiento Sistémico

Este pone énfasis en el tratamiento psicológico del grupo familiar más que de individuos aislados, por lo que resulta diferente de otras formas de tratamiento clínico, puesto que la epistemología sistémica pone el acento en la interacción tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre, debido a que no trata con elementos aislados, sino con la totalidad, es decir, que incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar precisos (Umbarguer, 1991).

Muchos terapeutas han considerado la función del alcoholismo como un problema homeostático, dentro del cual la familia alcohólica se mantiene.

Por ello el tratamiento cuando es encaminado a la abstinencia, debe promover e incrementar la

conscientización de las relaciones conflictivas en el alcohólico y en la familia misma, y clarificar los problemas relacionados al alcoholismo, para así disminuir las tensiones familiares y así evitar "echar culpas".

Al principio el alcohólico puede intimidarse, al renovar responsabilidades o tomar decisiones. La reacción puede ser normal, sin embargo se irá regulando la familia con la ayuda del terapeuta. (Mc. Crady 1990; citado en Rotunda y cols., 1995).

Desde la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica y el Modelo Estructural, particularmente se proponen que las familias desarrollen principios que gobiernen procesos familiares e individuales de la conducta de sus miembros y la distribución de poderes que correspondan a cada subsistema u holón; ya que cada subsistema u holón tiene obligaciones que debe cumplir dentro de la familia, en función de una saludable relación, proporcionando en el subsistema estabilidad emocional (Minuchin, 1974; citado en Rotunda, 1995).

Kaufman (1990; citado en Maharajh, 1993), propone un modelo de psicoterapia integrada a la teoría psicodinámica, A.A., a otros grupos y a la Terapia Familiar; por lo que este autor recomendó utilizar la terapia en tres fases: 1.- Etapa de desintoxicación, 2.- Comienzo de la abstinencia, 3.- Uso de la sobriedad para el desarrollo personal.

En esta forma de terapia, discuten los aspectos que afectan sus roles familiares y responsabilidades individuales, así como el impacto del alcoholismo sobre sus otras relaciones.

Este fenómeno puede ser utilizado para facilitar el descubrimiento y crecimiento del alcohólico así como de su familia.

Elkain (1989), señala que uno de los puntos importantes en la terapia familiar es: que en ésta se trate de que la familia disminuya su angustia y segundo, que se establezcan conductas íntimas dentro de la pareja, para que ésta sea capaz de expresar sus sentimientos, y exista una comunicación más allá del alcoholismo, llegando la pareja o la familia a través de la terapia familiar a una individualidad y funcionalidad que antes no se presentaba.

Un plan más con miras al cambio es el modelo estructural, donde la meta principal es la reubicación de los miembros dentro de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios en la perspectiva de que puedan formar alianzas y estructuras nuevas y más sanas. Esta postura considera a la familia como un organismo: un sistema complejo donde el terapeuta produce crisis que empujen al cambio, es decir a una organización mejor. Por lo que el terapeuta debe cuestionar el síntoma que es presentado, la estructura de la familia y su realidad.

Minuchin y Fishman (1992; citados en Umbarger, 1983), consideran que la meta del cambio estructural es orientar a la familia hacia una concepción diferente del mundo, la cual haga innecesario el síntoma, asimismo proporcionar una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo.

Este modelo supone tres objetivos:

- 1.- Cuestionar las normas homeostáticas prevalecientes.
- 2.- Introducir flujo y crisis en el sistema, una inestabilidad que habilite a las personas para tener conductas y sentimientos diferentes en relación con ellos mismos y los demás.
- 3.- Desarrollar de esa manera rutinas de conducta, o nuevas secuencias constitutivas de las nuevas estructuras sistémicas.

Finalmente es importante remarcar lo que Elkain (1989) menciona como principal obstáculo en terapia, y es la posición paradójica del paciente respecto a la terapia misma "ayúdame pero no me dejaré". Esto es de suma importancia, por lo que se debe tener presente, para partir de ahí a la utilización de estrategias encaminadas al cambio.

Estos tipos de tratamiento se basan en cambiar el funcionamiento habitual de la familia, es decir, la manera en que se comunican, los roles que cada uno juega, las reglas de comportamiento, los patrones de

relación que ocurren y las formas de control que usan entre ellos (Eguiluz, 1991).

A diferencia de las teorías ya mencionadas (capítulo anterior), que conciben el problema de una forma individual, el Modelo Sistémico, amplía su foco de observación, tomando en cuenta las interacciones del individuo con su medio, y es así de esta forma, que el Tratamiento Sistémico se encamina a la reestructuración de interacciones comunicacionales y conductuales, no sólo a nivel personal sino familiar, ya que concibe al sistema (familia) y sus interacciones, como portadores de síntomas o formadoras de ambientes sanos, por lo tanto, es indispensable contemplar al individuo como parte de un todo, y como esa parte del todo está siendo afectada por su sistema. Por ello es importante, tomar en cuenta, las diferentes explicaciones al origen del alcoholismo tales como los modelos que con anterioridad se expusieron, ya que de esta forma se obtiene una visión pluralista al problema y no se le concibe de manera reduccionista.

CAPITULO 6

6. ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE SISTEMAS FAMILIARES CON EL PADRE ALCOHOLICO EN LA ETAPA DEL CICLO VITAL DE NIDO VACIO

6.1 JUSTIFICACION El presente reporte de investigación, se sustenta en el Modelo de Terapia Familiar Sistémica y Estructural; el cual sirve para entender el alcoholismo de forma diferente, ya que cabe aclarar que desde este punto de vista, no se considera al alcohólico como el único disfuncional, sino a toda la familia. Por ello es importante reconocer el tipo de interacciones de la misma y los roles que cada miembro juega en la dinámica familiar "alcohólica", por lo cual se detectó una posible estructura familiar específicamente en la etapa de Nido Vacío.

Como ya se mencionó, en el campo, de la Psicología es frecuente considerar al sujeto alcohólico, como aquél que presenta el problema y que como consecuencia de ello se ven afectadas no sólo sus áreas de desempeño tales como la laboral y 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 éste, el que requiere de ayuda especializada directamente, aunque la familia puede intervenir como apoyo para el logro de la recuperación del paciente identificado. Es frecuente que sea

el alcohólico, el que se someta a tratamiento y que sea él el que únicamente se encuentre involucrado en el proceso de recuperación. Con las intervenciones individualizadas es frecuente también que dicho proceso sea lento; que presenten recaídas o que simplemente se obstruya y no se logre con lo cual se agrava más.

Desde el punto de vista sistémico el alcohólico no es un sujeto aislado, sino que 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 de las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, puesto que en cada etapa, ésta se enfrenta a requerimientos de cambio y por lo mismo sus pautas de interacción deben ser diferentes, de ahí que surja el interés de analizar el papel que juega el alcohólico y los demás miembros de la familia en los diferentes momentos cruciales de su desarrollo como sistema. Con ello se pretende identificar un posible patrón repetitivo de interacción que pudiese ayudar a tener una idea clara del tipo de relaciones que se establecen en familias con el padre alcohólico para que con base en ello se pueda intervenir en dos niveles: preventivo y de tratamiento.

En el nivel preventivo bien puede trabajarse con familias con las que el padre sea alcohólico y 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 producirlo. A nivel tratamiento se podría intervenir contando de antemano con información acerca de las modificaciones estructurales que se pudieran incluir en las metas terapéuticas.

El presente reporte de investigación, es parte de una investigación general en la que se abarca el análisis de las diferentes etapas del ciclo vital familiar, en sistemas en los que el padre es alcohólico, por lo que en este caso particular únicamente se realiza el análisis de la etapa correspondiente al Nido Vacío.

6.2 PROBLEMA:

Con la investigación en cuestión se pretendió contestar la siguiente pregunta:

¿Existe un patrón de interacción repetitivo de estructura familiar en las que el padre es alcohólico, en la etapa del ciclo del nido vacío?

6.3 OBJETIVO:

Analizar la estructura de familias en las que el padre sea alcohólico y se encuentren en la etapa de ciclo vital correspondiente al nido vacío.

6.4 METODO:

SUJETOS: Se trabajó con 31 familias de clase media baja. La cual fue determinada de acuerdo a los ingresos económicos de las personas entrevistadas, dichos ingresos variaron de 4 a 5 salarios mínimos, que conforme a los estudios económicos hechos por la Secretaría de Desarrollo Social SEDESOL (1996) la clase media baja cae en este rango.

Dichas familias debían tener un padre alcohólico (que manifestara problemas por la ingestión de alcohol) y además encontrarse en la etapa correspondiente al nido vacío. Estas familias se contactaron visitando grupos Al-Anón, y A.A., del área metropolitana, así como por vía del servicio psicológico que se ofrece en la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) de la ENEP Iztacala UNAM. El criterio con base en el cual fueron elegidas estas familias fue el siguiente: las familias no debían tener ningún tipo de apoyo psicológico, debido a que si tenían este tipo de ayuda, podrían verse alterados los resultados de las entrevistas, debido a que su estructura se hubiera modificado. Dichas familias fueron contactadas en Al-Anón y A.A., debían de estar acudiendo por primera vez al grupo.

Se considera el presente trabajo como un estudio de campo con base en el cual se pretenden 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, mas

bien es un estudio que se dirige a conocer elementos correlativos, de tal manera que los datos obtenidos con respecto a los patrones de interacción de las familias de interés, fueron comparados de manera descriptiva con el patrón de interacción que Minuchin (1979) propone como el de la familia ideal (ver pág. 57).

6.5 MATERIAL:

Copias necesarias de la guía de entrevista, elaborada por Montalvo y Soria (1994, ver anexo 2), para la obtención de información con respecto a la estructura familiar (límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, periferia, centralidad (+) y (-), hijo parental, triangulaciones y paciente identificado); cada pregunta de esta guía da la pauta para elaborar más preguntas durante la entrevista y así poder concluir sobre la interacción familiar.

También se utilizó un disquette, hojas, computadora, cintas para computadora, plumas, 2 grabadoras, cassettes y pilas.

6.6 ESCENARIO:

Se entrevistaron a las familias en el lugar donde éstas prefirieron: Al-Anón, A.A., CUSI.

6.7 PROCEDIMIENTO:

Se llevó a cabo una entrevista con cada familia, las cuales fueron realizadas por dos entrevistadoras, dicha entrevista tuvo una duración de dos horas aproxi-

madamente. Con base en la información se pretendió establecer el papel que juegan todos y cada uno de los miembros de la familia; cada entrevista se audiograbo y cada entrevistadora junto con una juez adicional (con formación sistémica y estructural) de manera independiente analizaron la información y establecieron la estructura familiar que detectaron. Posteriormente se reunieron y compartieron los datos concluyentes a los que llegaron, debiendo alcanzar un 80% de confiabilidad mínima para que fuesen incluidos en el análisis, mientras que las entrevistas que no alcanzaron el porcentaje antes dicho, fueron descartados. Dicha confiabilidad, se obtuvo con la ayuda de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100 \quad (\text{Holl, 1971}).$$

Cabe aclarar que se respetó el anonimato de las familias participantes y los datos demográficos a obtener incluyeron solamente aquellos que permitieran establecer el familiograma correspondiente: número de miembros de la familia, edades, años de matrimonio o de unión libre.

6.8 ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente, con el programa SPSS a fin de determinar la frecuencia de cada aspecto estudiado, de tal forma que se pudiesen

establecer los patrones de interacción personal y grupal.

6.9 ANALISIS DE RESULTADOS

HOLON CONYUGAL:

De acuerdo a los datos encontrados se puede observar que el 45.2% de las familias (14) presentaron límites difusos; el 38.7% (12 fam.), presentan límites rígidos y difusos (los cuales eran alternados, dependiendo de la situación); el 9.7% (3 fam.), límites rígidos, una familia 3.2% presentó límites difusos y flexibles y finalmente el 3.2% (1 fam.) restante mantenía límites flexibles en este subsistema. (Ver tabla 1 Figura 1).

HOLON PARENTAL:

Cabe aclarar que los hijos ya pertenecen a otro sistema. Dentro de esta variable se encontró un alto porcentaje en los límites difusos, el cual fue de 77.4% (24 fam.); el 9.7% (3 fam.), presentó límites rígidos y difusos (es decir; se presentaban de forma alternada dependiendo del contexto en el que se encontraran); otro 9.7% (3 fam.), mantenían límites difusos y flexibles; y el 3.2% (1 fam.) restante, presentó límites flexibles en dicho holón. (Ver tabla 2 Figura 2).

LIMITES AL EXTERIOR:

En los datos estadísticos sobresale el significativo valor de límites difusos a exterior con 87.1% (27 fam.); posterior a éste se ubican a los límites

flexibles y difusos con un 6.5% (2 fam.); una familia con 3.2% con límites flexibles y otra familia con límites rígidos 3.2%. (Ver tabla 3 Figura 3).

Cabe aclarar que la categoría de límites rígidos y difusos, se presentaron en los sistemas, en momentos diferentes y de manera alternada, es decir, en alguna situación fueron límites rígidos y en otra límites difusos.

JERARQUIA:

Los datos obtenidos en esta variable, nos demuestran que la jerarquía no recae en un solo miembro de la pareja, ni tampoco es compartida por ambos cónyuges, pues en un 48.4% (15 fam.), cada uno ha establecido reglas para sí mismo; por otro lado, los miembros de la familia de origen y nuclear (tíos y abuelos) obtuvieron un porcentaje de 16.1% (5 fam.); posterior a esta variable se encuentra el hijo mayor con un 12.9% (4 fam.); otro 12.9% (4 fam.), lo fue para la madre e hijos; y finalmente un 9.7% (3 fam.) fue para los miembros de la pareja. (Ver tabla 4 Figura 4).

COALICIONES:

Dentro de esta variable se encontraron dos datos sobresalientes, el primero es que existieron coaliciones alternadas entre todos los miembros del sistema 45% (14 fam.), ya que todos los integrantes de la familia se coludían en contra de los otros individuos en diferentes situaciones y no siempre la

"víctima" era la misma; y el segundo dato sobresaliente fue que la madre e hijos se coluden en contra del padre en un 42% (13 fam.); se observó que en un 6.5% (2 fam.), de los casos, la madre se coludia con toda su familia de origen en contra de su esposo, mientras que en un 6.5% (2 fam.), no se presentó ninguna coalición. (Ver tabla 5 Figura 5).

HIJO PARENTAL:

En el 58.1% (18 fam.), no se reportaron hijos parentales; en el 29% (9 fam.), lo fue el hijo mayor; en el 3.2% (1 fam.), lo fue el hijo menor y en el 9.7% restante de la muestra (3 fam.), se encontraron dos hijos parentales. (Ver tabla 6 Figura 6).

CENTRALIDAD POSITIVA:

En lo que respecta a la centralidad positiva, se puede observar que en el 38.7% de las familias (12 de ellos), recayó en la madre; en el 16.1% (5 fam.), no reportó este tipo de centralidad (+); en el 12.9% (4 fam.), es constituido por los hijos; mientras que el otro 12.9% (4 fam.), lo fue el hijo mayor; dos familias 6.5% , reportaron que miembros ajenos al núcleo familiar tienen esta característica; y otro 6.5% (2 fam.) restante, fue concedida a la madre e hijos y finalmente otro 3.2% (1 fam.) lo fue para la abuela. (Ver tabla 7 Figura 7).

CENTRALIDAD NEGATIVA:

En cuanto a la centralidad negativa, se observó que el 25.8% (8 fam.) de la muestra, no reportó la existencia de ésta; se encontró a la madre como central (-) con un 12.9% (4 fam.); con en el mismo porcentaje 12.9% (4 fam.) el hijo mayor; y en el 12.9% (4 fam.) lo fueron el padre y un hijo; otro 9.7% (3 fam.) fue para los hijos intermedios; un 6.5% (2 fam.) recayó en los abuelos; un 9.7% (3 fam.) fue ocupado por los tíos, otro 6.5% (2 fam.) lo fue para el hijo menor, y finalmente el 3.2% (1 fam.) recayó en un sobrino. (Ver tabla 8 Figura 8).

PERIFERIA:

El mayor porcentaje lo obtiene el padre con 58.1% (18 fam.); el 22.6% (7 fam.) no reportaron periferias, en el 12.9% (4 fam.), la periferia es compartida por ambos padres; mientras que en el 3.2% (1 fam.) la madre fue la periférica y otro 3.2% (1 fam) lo obtuvo el hijo mayor. (tabla 9 Figura 9).

ALIANZAS:

La mayoría de las familias reportaron que no existen alianzas (entre las parejas), arrojando un porcentaje de 51.6% (16 fam.); siguiéndole el 19.4% (6 fam.), con la alianza entre madre e hijo; el 12.9% (4 fam.), corresponde la alianza entre padres e hijos; en el 9.7% (3 fam.), se alian ambos padres; mientras que en

el 3.2% (1 fam.), lo hacen el abuelo y nietos y finalmente el porcentaje de alianzas entre hermanos fue de 3.2% (1 fam.). (Ver tabla 10 Figura 10).

PACIENTE IDENTIFICADO:

En cuanto al paciente identificado el mayor porcentaje fue de 61.3% (19 fam.), en el que se consideró al padre como tal; en el 12.9% (4 fam.), lo fue la madre; mientras que el 6.5% (2 fam.) lo fue el hijo mayor; el 6.5% (2 fam.) no reportaron pacientes identificados; otro 6.5% (1o fam.) lo fue para el hijo intermedio, y el 6.5% (1 fam.) restante lo fue para otros miembros fuera de la familia nuclear (tío, abuelo). (Ver tabla 11 Figura 11).

TRIANGULACIONES:

Conforme a los datos obtenidos en triangulaciones, se pudo observar que el mayor porcentaje de la muestra 48.4% (15 fam.) reportaron triangulaciones entre padre y madre, la cual les servía para rivalizar entre ellos (cónyuges) usando para esto a un hijo, el cual siempre fue el mismo; el 41.9% (13 fam.) manifestaron triangulaciones entre el hijo y sus padres, es decir, que el hijo a veces usaba al padre para atacar a la madre y a veces usaba a la madre para atacar al padre; mientras que el 6.5% (2 fam.), correspondió a la madre quien usaba a cualquier hijo en contra del padre; en tanto que en un 3.2% (1 fam.), fue obtenido por la es-

posa usando a los hijastros para perjudicar al esposo. (Ver tabla 12 Figura 12).

La confiabilidad de los resultados, fue obtenida mediante la fórmula antes expuesta (ver pág. 85), la cual sirvió para desechar las entrevistas que no alcanzaran un porcentaje mínimo de 80, y para incluir las entrevistas que alcanzaran o rebasaran este porcentaje.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo hacer el siguiente familiograma, en el cual se puede observar la estructura familiar característica de familias alcohólicas ubicadas en la etapa del Nido Vacío, dentro del cual se esquematiza la existencia de límites difusos al interior y exterior del sistema, la presencia de centralidad (+), la cual es ocupada por la madre, siendo esta misma la que se colude con los hijos en contra del padre y/o viceversa (el padre se colude con los hijos para atacar a la madre), asimismo, el padre es el paciente identificado y miembro periférico; en cuanto a las triangulaciones podemos decir que padre y madre utilizan a los hijos para atacarse entre ellos. (Ver Figura 13).

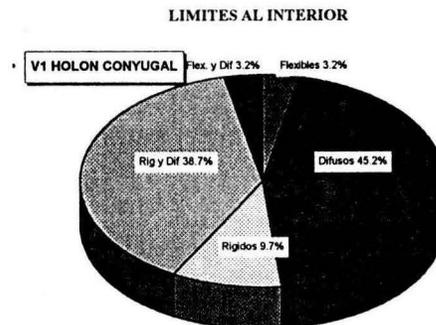
TABLA 1

LIMITES AL INTERIOR
V1 HOLON CONYUGAL

FLEXIBLES	DIFUSOS	RIGIDOS	RIG Y DIF	FLEX Y DIF	TOTAL
3.2%	45.2%	9.7%	38.7%	3.2%	100%
(1 Fam.)	(14 Fam.)	(3 Fam.)	(12 Fam.)	(1 Fam.)	

Porcentajes de la variable 1 (Holón Conyugal) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 1



Representación gráfica de la variable 1 (Holón Conyugal) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 2

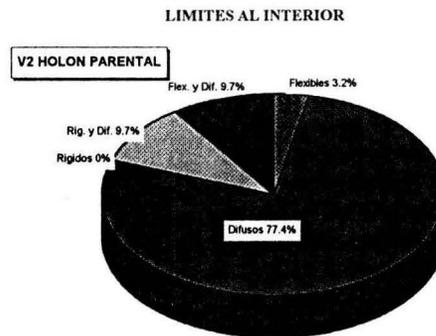
LIMITES AL INTERIOR
V2 HOLON PARENTAL

FLEXIBLES	DIFUSOS	RIGIDOS	RIG Y DIF	FLEX Y DIF	TOTAL
3.2%	77.4%	0%	9.7%	9.7%	100%
(1 Fam.)	(24 Fam.)	(0 Fam.)	(3 Fam.)	(3 Fam.)	

(Nótese que los hijos ya pertenecen a otro sistema).

Porcentajes de la variable 2 (Holón Parental) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 2



Representación gráfica de la variable 2 (Holón Parental) en sus cinco categorías analizadas.

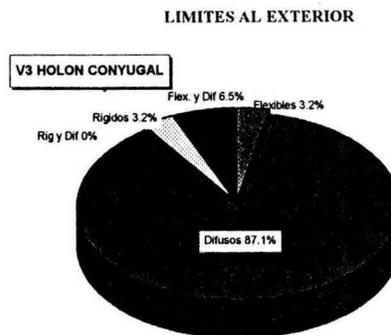
TABLA 3

LIMITES AL EXTERIOR
V3 HOLON CONYUGAL

FLEXIBLES	DIFUSOS	RIGIDOS	RIG Y DIF.	FLEX Y DIF	TOTAL
3.2%	87.1%	3.2%	0%	6.5%	100%
(1 Fam.)	(27 Fam.)	(1 Fam.)	(0 Fam.)	(2 Fam.)	

Porcentajes de la variable 3 (Holón Conyugal) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 3



Representación gráfica de la variable 3 (Holón Conyugal) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 4

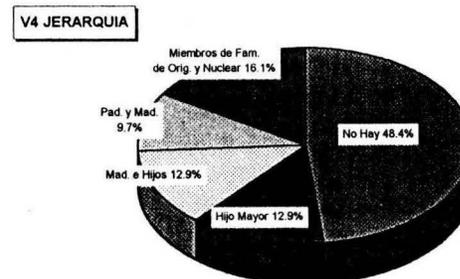
V4 JERARQUIA

No Hay	Hijo Mayor	Madre e Hijos	Pad. y Mad.	Miembros de Fam *	TOTAL
48.4%	12.9%	12.9%	9.7%	16.1%	100%
(15 Fam.)	(4 Fam.)	(4 Fam.)	(3 Fam.)	(5 Fam.)	

* Miembros de familia de Origen y Nuclear.

Porcentajes de la variable 4 (Jerarquía) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 4



Representación gráfica de la variable 4 (Jerarquía) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 5**V5 COALICIONES**

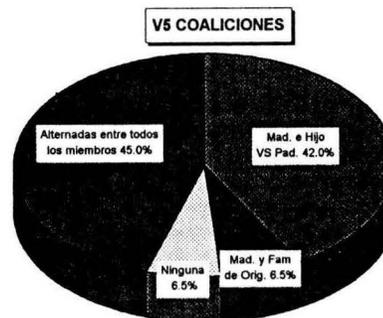
Mad. e Hijo VS Pad.	Mad. y Fam. de Orig.	Ninguna	Alternadas entre todos los miembros	TOTAL
42.0% (13 Fam.)	6.5% (2 Fam.)	6.5% (2 Fam.)	45.0% (14 Fam.)	100%

Porcentajes de la variable 5 (Coaliciones) en sus cinco categorías analizadas.

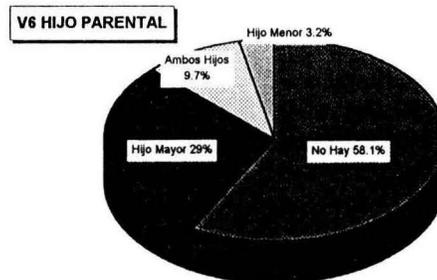
TABLA 6**V6 HIJO PARENTAL**

No Hay	Hijo Mayor	Ambos Hijos	Hijo Menor	TOTAL
58.1% (18 Fam.)	29.0% (9 Fam.)	9.7% (3 Fam.)	3.2% (1 Fam.)	100%

Porcentajes de la variable 6 (Hijo Parental) en sus cuatro categorías analizadas.

FIG. 5

Representación gráfica de la variable 5 (Coaliciones) en sus cuatro categorías analizadas.

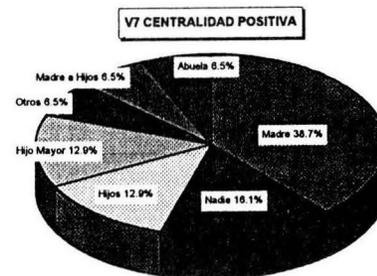
FIG. 6

Representación gráfica de la variable 6 (Hijo Parental) en sus cuatro categorías analizadas.

TABLA 7**V7 CENTRALIDAD POSITIVA**

Madre	Nadie	Hijos	Hijo Mayor	Otros	Madre e Hijos	Abuela	TOTAL
38.7%	16.1%	12.9%	12.9%	6.5%	6.5%	6.5%	100%
(12 Fam.)	(5 Fam.)	(4 Fam.)	(4 Fam.)	(2 Fam.)	(2 Fam.)	(2 Fam.)	

Porcentajes de la variable 7 (Centralidad Positiva) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 7

Representación gráfica de la variable 7 (Centralidad Positiva) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 8**V8 CENTRALIDAD NEGATIVA**

No Hay	Madre	Hijo Mayor	Pad. e Hijo	Hijos Intermedios	Abuelos	Tíos	Hijo Menor	Sobrino	TOTAL
25.8%	12.9%	12.9%	12.9%	9.7%	6.5%	9.7%	6.5%	3.2%	100%
(8 Fam.)	(4 Fam.)	(4 Fam.)	(4 Fam.)	(3 Fam.)	(2 Fam.)	(3 Fam.)	(2 Fam.)	(1 Fam.)	

Porcentajes de la variable 8 (Centralidad Negativa) en sus cinco categorías analizadas.

FIG. 8

Representación gráfica de la variable 8 (Centralidad Negativa) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 9

V9 PERIFERIA

Padre	Nadie	Ambos Pad.	Madre	Hijo Mayor	TOTAL
58.1%	22.6%	12.9%	3.2%	3.2%	100%
(18 Fam.)	(7 Fam.)	(4 Fam.)	(1 Fam.)	(1 Fam.)	

Porcentajes de la variable 9 (Periferia) en sus cinco categorías analizadas.

V9 PERIFERIA

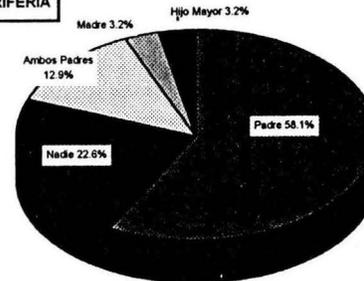


FIG. 9

Representación gráfica de la variable 9 (Periferia) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 10

V10 ALIANZAS

No Hay	Madre e Hijo	Padres e Hijos	Ambos Padres	Abuelo y Nieto	Hermanos	TOTAL
51.6%	19.4%	12.9%	9.7%	3.2%	3.2%	100%
(16 Fam.)	(6 Fam.)	(4 Fam.)	(3 Fam.)	(1 Fam.)	(1 Fam.)	

Porcentajes de la variable 10 (Alianzas) en sus cinco categorías analizadas.

V10 ALIANZAS

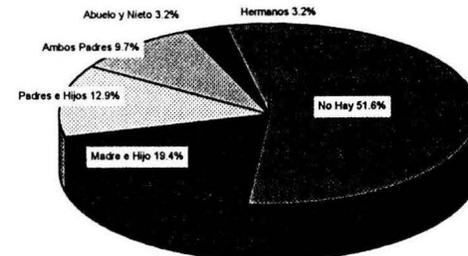


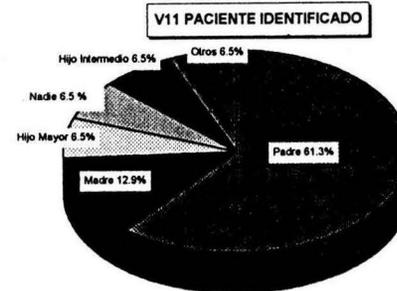
FIG. 10

Representación gráfica de la variable 10 (Alianzas) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 11**V11 PACIENTE IDENTIFICADO**

Padre	Madre	Hijo Mayor	Nadie	Hijo Intermedio	Otros	TOTAL
61.3%	12.9%	6.5%	6.5%	6.5%	6.5%	100%
(19 Fam.)	(4 Fam.)	(2 Fam.)	(2 Fam.)	(2 Fam.)	(2 Fam.)	

Porcentajes de la variable 11 (Paciente Identificado) en sus cinco categorías analizadas.

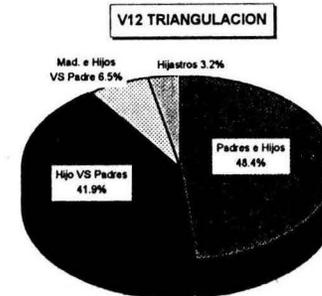
FIG. 11

Representación gráfica de la variable 11 (Paciente Identificado) en sus cinco categorías analizadas.

TABLA 12**V12 TRIANGULACION**

Padres VS Hijos	Hijo VS Padres	Mad. e Hij. VS Pad.	Hijastros	TOTAL
48.4%	41.9%	6.5%	3.2%	100%
(15 Fam.)	(13 Fam.)	(2 Fam.)	(1 Fam.)	

Porcentajes de la variable 12 (Triangulación) en sus cuatro categorías analizadas.

FIG. 12

Representación gráfica de la variable 12 (Triangulación) en sus cuatro categorías analizadas.

FAMILIOGRAMA GENERAL DE FAMILIAS ALCOHOLICAS EN LA ETAPA DE NIDO VACIO

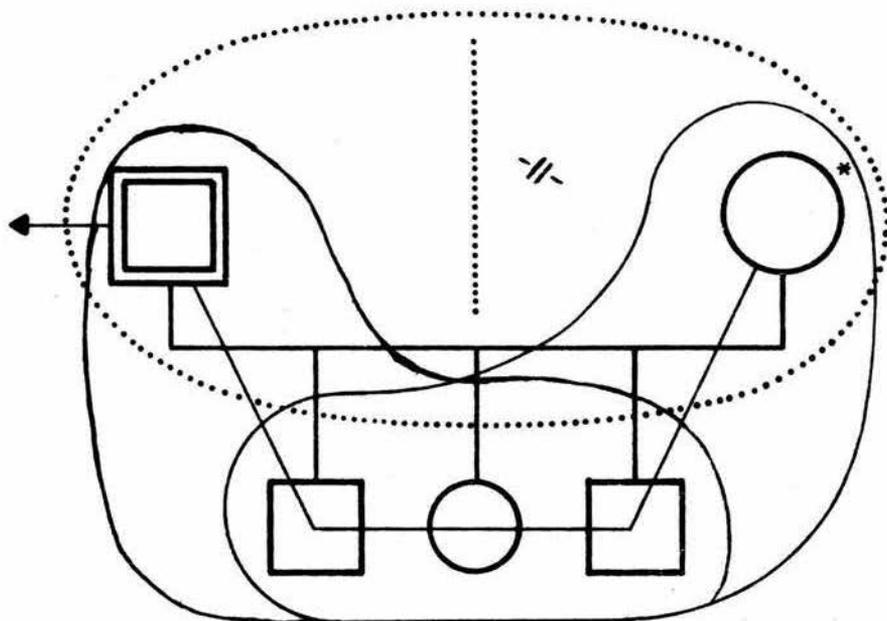
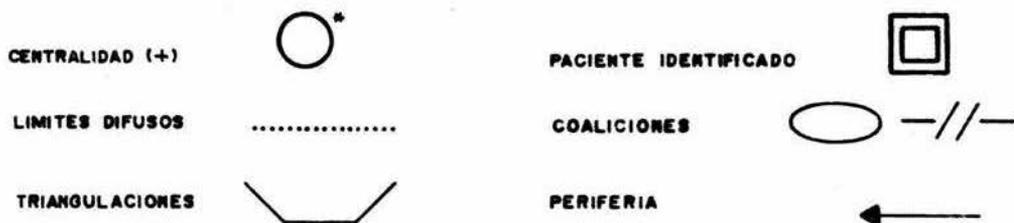


FIGURA # 13



D I S C U S I O N

De las 31 familias entrevistadas, se analizaron 12 variables para detectar qué tipo de estructura presentaban las familias alcohólicas ubicadas en la etapa del Nido Vacío.

Dentro de estas variables se encontró un alto porcentaje de límites difusos al interior del sistema u holón conyugal, esta relación puede deberse al alcoholismo del esposo, ya que es muy común encontrar mujeres de familias alcohólicas ubicadas en la etapa del Nido Vacío que se inmiscuyen en las actividades de sus esposos, por ejemplo: cuando el cónyuge sale con sus amigos, la señora trata de saber a dónde va, con quién va y qué va a hacer, obteniendo la esposa esta información, a través de preguntas referentes a las actividades de sus esposos; lo cual fue referido por los mismos entrevistados.

En lo que respecta al holón parental, se observó un alto índice de límites difusos, ya que los padres, en especial la madre, se entrometía en la vida de sus hijos, un ejemplo de ello es el testimonio de los entrevistados, cuando mencionaban el interés por reorganizar la vida de sus hijos a través de "consejos", intentando de esta forma, imponer normas en los nuevos sistemas, los cuales debían ser acatados por los hijos.

Respecto a los límites al exterior en el holón conyugal, se encontró que el mayor porcentaje lo obtuvieron los límites difusos, esto pudo deberse a que los mismos miembros del sistema (alcohólico), permiten la intromisión de normas, reglas, etc., de gente ajena al sistema, un ejemplo de ello fue cuando éstos mencionaron que la esposa recurría constantemente con familiares, amigos, compadres, vecinos, etc., a pedir ayuda sobre cómo "ayudar" a su esposo debido al problema de alcoholismo del mismo.

En lo que concierne a la jerarquía, los datos indican que el mayor porcentaje de la muestra (los miembros de la pareja) actúan a su libre albedrío, es decir, no comparten las mismas reglas, ya que cada uno había establecido sus propias normas a seguir, y cuando alguno intentaba compartir estas normas, el otro, lo descalificaba. Se pudo detectar que en estos casos, existía una relación simétrica; ya que dependiendo de la situación, cada cónyuge intentaba manipular a su pareja para que éste cumpliera sus peticiones, por lo tanto se da una lucha simétrica entre ambos. Un ejemplo de ello es cuando había algún cumpleaños de algún miembro de la familia y la esposa intentaba convencer al esposo de que asistiera aunque este manifiestamente mencionara que no, por lo que dicha situación provocaba discusiones entre los miembros de la pareja, según los entrevistados así lo refirieron. Esta situación, puede

deberse a la lucha simétrica entre los miembros y a la falta de normas claras establecidas por ambos.

En cuanto a las coaliciones, se observaron dos características especiales primero que los miembros de la familia presentaron coaliciones alternadas, ya que en diversos momentos, diferentes miembros de la familia, se coludían para atacar a un tercero, sin embargo, estas coaliciones no se presentaban siempre entre los mismos miembros, ni el individuo atacado siempre era el mismo, dicha situación puede deberse a los conflictos añejos entre todos los miembros del sistema. Otra característica importante, fue la coalición entre la madre y un hijo en contra del padre, ya que generalmente se unen para descalificar al padre, un claro ejemplo de ello es, cuando surgían altercados entre los cónyuges y la madre acusaba al padre con los hijos, por lo que éstos tomaban partido y junto con la madre comenzaban a atacar al padre. Lo anterior fue manifestado por los entrevistados. Dicha situación, puede deberse a conflictos manifiestos entre los miembros del sistema.

Como se pudo observar en gran parte de la muestra, no existen hijos parentales (sólo en un 29% si se presentó esta categoría), lo cual puede deberse, a la forma en como la pareja ha delegado sus responsabilidades en otros miembros fuera de su sistema (conyugal), por lo que no existe un solo miembro que detente dicha responsabilidad, un ejemplo de ello es cuando los en-

entrevistados mencionan "mis hijos no tienen que decirme lo que tengo que hacer".

El mayor porcentaje en cuanto a la centralidad (+), fue obtenido por la madre, lo cual puede ser una posible consecuencia de la imagen de "inmaculada" que se tiene de la madre mexicana, es así posible su apego a los hijos, siendo además muy frecuente que el afecto de éstos gire en torno a ella de muchas formas, por ejemplo la visita frecuente a ésta o la asistencia económica; según lo reportaron los entrevistados.

La mayoría de las familias entrevistadas, no reportaron centralidad (-), lo cual puede deberse a que en el sistema conyugal, predomina la periferia y por lo tanto no existe centralidad (-); sin embargo en un porcentaje mucho menor, algunas familias reportaron centralidad (-), lo que puede ser causado por el alcoholismo del esposo, refiriéndose las esposas ante esta situación de la siguiente manera: "Mi esposo siempre ha sido el ejemplo a no seguir".

Referente a la periferia, se encontró que el mayor porcentaje fue para el padre, lo cual puede ser una posible consecuencia del alcoholismo del esposo y la relación dominante de la esposa hacia su marido, un ejemplo de ello es cuando la esposa mencionó que siempre que intentó inducir a las actividades familiares a su cónyuge, éste respondió alejándose de la situación.

En lo que se refiere a las alianzas, se observó que la mayoría de las familias de la muestra, no reportaron

alianzas en la relación de pareja; esto puede ser consecuencia de los conflictos dentro del sistema, por lo cual, entre los miembros no existen alianzas, por el contrario, coaliciones y triangulaciones entre sus integrantes. Sin embargo, en un porcentaje menor si se manifestaron alianzas entre madre/hijo; lo cual puede deberse a que entre ambos existe un mayor contacto; un ejemplo de esto es cuando la madre /hijo se alian para celebrar el cumpleaños de algún miembro de la familia.

Podemos decir que el padre es quien obtuvo el mayor porcentaje en la variable de **paciente identificado**, debido a que es el portador del síntoma (alcoholismo) en el núcleo familiar. Asimismo los hijos coinciden con la madre cuando mencionan que el padre está enfermo debido a su conducta de beber.

En los datos arrojados por la variable de **triangulación**, se observó que un alto porcentaje de padres y madres de familias alcohólicas, usan a un hijo para atacar, criticar o molestar entre los mismos miembros de la pareja, lo cual puede deberse al conflicto encubierto y/o manifiesto entre la pareja, y al problema de alcoholismo del padre, un ejemplo de ello es cuando la madre le dice a algún hijo "eres igual de irresponsable que tu padre, deberías cambiar".

Partiendo de lo anterior, podemos decir que las familias que aquí se describieron, pueden considerarse con base en lo que Minuchin (1986) menciona, como disfuncionales, ya que la concepción de familia ideal a

la que hace referencia éste autor, es la siguiente: no existen coaliciones, periferia, triangulaciones, hijos parentales, centralidad negativa, pacientes identificados; y en el subsistema conyugal la jerarquía está distribuida de igual forma, además, el sistema presenta una centralidad positiva y alianzas alternadas, a los referente a los límites son claros flexibles al interior y exterior del sistema. Es por ello que Minuchin, afirma que si en las familias no se presenta este tipo de estructura, es muy probable que en alguno de sus miembros se presente un síntoma que evidencie la disfuncionalidad estructural de la familia. (Ver anexo 1).

C O N C L U S I O N E S

La presente investigación, es enriquecedora a pesar de la pequeña muestra analizada (31 fam. entrevistadas), debido a la dificultad para encontrar familias ubicadas en la etapa del Nido Vacío.

El inconveniente para encontrar este tipo de sistemas, puede deberse a las características de la cultura mexicana en donde los padres no permiten que se rompa con el "cordón umbilical"; ya que se pudieron observar dos particularidades en estas familias, la primera es que los hijos a pesar de que ya eran adultos y con una independencia económica, seguían viviendo con los padres incluso aunque ya tuvieran una pareja e hijos, además por la relación de dependencia de los hijos con los padres, ya que estos son los que "orientan", "apoyan", y "aconsejan moralmente" a los hijos, y en algunos casos los padres inducen nuevamente a éstos a seguir viviendo en casa, argumentando el ahorro económico y cuidado de los nietos.

La segunda particularidad es la dependencia de los padres hacia los hijos, puesto que toda su vida ha girado sobre la problemática del alcoholismo del padre y la crianza de los hijos, por lo que éstos ahora se vuelven indispensables en la relación familiar, mostrando los padres un miedo encubierto a la partida de los hijos ya que tendrían que vivir y convivir con

un extraño, puesto que en realidad la pareja ha desempeñado más bien el rol de padres y han descuidado el de esposo (a) y la relación que existe entre ambos se tornaría sumamente conflictiva, ya que es la única forma en la que han aprendido a relacionarse, y si los hijos se van, la relación de pareja sería más hostil, lo que en algunas ocasiones conlleva a la separación.

Otra razón por la cual las parejas no llegan a esta etapa de "nido vacío", es por la muerte de algún cónyuge, lo que posibilita que el que se queda solo vaya a vivir con algún hijo.

Sin embargo, se puede concluir que a pesar de la pequeña muestra analizada se encontraron datos, que indican las características estructurales de estas familias, con los cuales el terapeuta familiar puede tener bases o herramientas al trabajar con familias con estas cualidades, y a partir de ello, entender más la problemática familiar, y así poder analizar y elegir la intervención terapéutica más adecuada.

Por ello es importante que se difunda la Terapia Familiar Sistémica y el Modelo Estructural, como alternativas para la resolución de conflictos, ya que no tienen una visión reduccionista del problema, sino toma en cuenta la importancia de la familia y las interacciones de sus miembros como mantenedoras de síntomas.

Por otro lado, haremos mención de las limitantes a las que nos enfrentamos durante la presente

investigación; de las cuales podemos mencionar el tamaño de la muestra (31 fam.), ya que como se mencionó, fue muy difícil encontrar familias ubicadas en la etapa del Nido Vacío.

Otra dificultad para conseguir entrevistas, fue debido a que los grupos de A.A., y Al-Anón, en sus doce tradiciones establecen que ninguna persona, puede hacer investigaciones de su agrupación, debido a que estos grupos son anónimos; por lo que resultó difícil contactar a los entrevistados (cabe aclarar que las personas entrevistadas, asistieron por primera vez a los grupos).

Al reconocer las limitaciones de nuestro trabajo, podemos ver y plantear sugerencias al respecto, tales como hacer una investigación mayor con familias alcohólicas en la etapa del Nido Vacío, o investigaciones que planteen la necesidad de encontrar una estructura característica de familias, en donde ambos miembros de la pareja sean alcohólicos; o la esposa misma, sea quien presente el síntoma y se encuentre en la etapa de Nido Vacío.

Finalmente podemos sugerir que se de apoyo psicológico a estas familias (que así lo requirieron), y hacer con estas dos grupos, uno experimental y otro control, con la finalidad de observar si el conocimiento previo de la estructura familiar e interaccional de Familias Alcohólicas ubicadas en la etapa del Nido Vacío, da la pauta al terapeuta para hacer

intervenciones estratégicas y sistémicas enfocadas al cambio, con una mayor eficacia y rapidez, a diferencia del grupo control.

Por lo tanto, el tener el conocimiento previo de la estructura familiar e interaccional que caracteriza a dichas familias, sería una herramienta útil para el terapeuta, puesto que sus estrategias de intervención serían más rápidas y encaminadas al cambio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, A. y Andolfi, M. (1990). La Creación del Sistema Terapéutico. La Escuela de Terapia Familiar de Roma. México, Ed. Paidós, Cap. 9.
- 2.- Alcohólicos Anónimos. (1986). El Relato de Cómo Miles de Hombres y Mujeres se han Recuperado del Alcoholismo. México, Ed. Servicios Generales.
- 3.- Andolfi, M. (1980). Dimensiones de la Terapia Familiar. Madrid, Ed. Paidós, págs. 49-64.
- 4.- Andolfi, M. (1990). Terapia Familiar. México, Ed. Paidós, Págs. 1-3.
- 5.- Benoit, J.C. (1985). El Doble Vinculo. México, Ed. FCE.
- 6.- Becvar, R. J. y Becvar, S.D. (1982). Systems Theory and Therapy. New York, Ed. University Press of America, Cap. 3.
- 7.- Bereinstein, I. (1987). Familias y Enfermedad Mental. México, Ed. Paidós.
- 8.- Bertalanffy, V. (1984). Tendencias en la Teoría General de Sistemas. Madrid, Ed. FCE., Cap. 1.
- 9.- Boscolo, L. Cechin. (1987). Terapia Familiar Sistémica de Milán. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, Págs. 19-90.
- 10.- Boszormengi-Nagy, I. (1983). Lealtades Invisibles. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, Prefacio, y Caps. 10,11.
- 11.- Boszormengi-Nagy, I. y Framo, L.J. (1991). Terapia Familiar Intensiva. México, Ed. Trillas, Cap. 9.
- 12.- Bowen, M.D. (1979). De la Familia al Individuo. New Jersey, Ed. Paidós, Págs. 9-18.
- 13.- Bowen, M.D. (1989). La Práctica Clínica. Fundamentos Teóricos. New Jersey. Ed. Descleé de Brower, Cap. 2.

- 14.- Bowen, M.D. (1992). Family Theory in Clinic. New Jersey, Ed. Descleé de Brower, Cap. 12.
- 15.- Caillié, F. (1990). Familias y Terapeutas. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, Págs. 38-61.
- 16.- Carnwalhty, M. D. (1989). Psicoterapia Conductual en Asistencia Primaria. Barcelona, Ed. Omega, Cap. 21.
- 17.- Eguiluz, R.L.L. (1991). El Cambio Epistemológico y la Investigación en Terapia Familiar Sistémica. TESIS para obtener el grado de Master of Arts in Family Counseling an Therapy, México, UDLA.
- 18.- Elkain, M. (1989). Las Prácticas de la Terapia de Red. España, Ed. Gedisa, Págs. 40-72.
- 19.- Estes, N.J. (1989). Desarrollo Consecuencias y Tratamiento. Madrid, Ed. Mc. Graw Hill, Caps. 4,5.
- 20.- Fernández y Carrobles, J.A. (1981). Evaluación Conductual. España, Ed. Pirámide.
- 21.- Flores, N.C. (1992). Hacia una Comprensión de la Estructura Familiar con Síndrome con Inmunodeficiencia Adquirida. TESINA, para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, ENEP Iztacala, UNAM.
- 22.- Flores, R.S. (1992). Estructura de la Familia con un Miembro Alcohólico. TESINA, para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, ENEP Iztacala. UNAM.
- 23.- Foley, D.V. (1986). An Introduction to Family Therapy. Orlando Florida, Ed. G&S.
- 24.- Framo, L.J. (1990). Exploraciones en Terapia Familiar y Matrimonial. Bilbao, Ed. Descleé de Brower, Cap. 14.

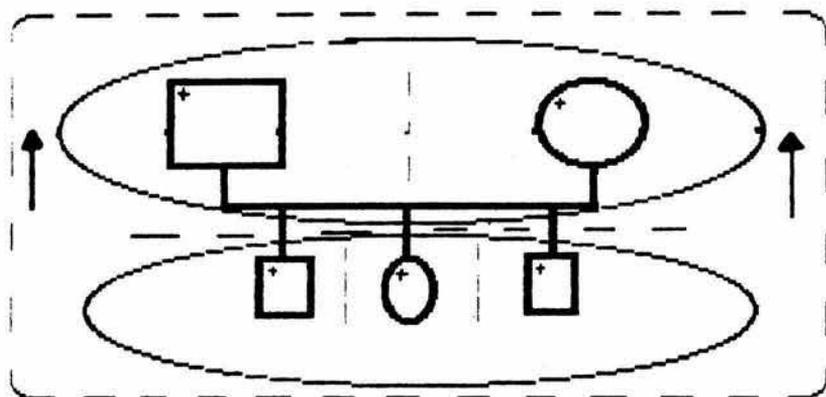
- 25.- Freidberg, A. (1995). Familia y Teoría de Sistemas. Trabajo presentado en el Congreso de Psicología Humanística. En la ENEP Iztacala, UNAM.
- 26.- Fritz, B.S. (1985). The Language of Family Therapy Systemic Vocabulary Source-books. New York, Process Press.
- 27.- Fuentenebro y Vázquez, C. (1990). Psicología Médica. Psicología y Psiquiatría. Madrid, Ed. Mc. Graw Hill.
- 28.- Garduño, O.A. (1991). Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar en México. TESINA, para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala UNAM.
- 29.- Goldenberg, I. (1990). Family Therapy An Overview. New York, Brooks/Cole Publishing Company, Cap. 2,4.
- 30.- Goodwin, G. (1976). Alcoholism and Affective Disorder: Familial Association and Genetic Model and Alcoholism an Affective. Kansas, Ed. Spectrom Publications, Págs. 57-82.
- 31.- Guerin, P. (1976). Family Therapy: Theory and Practice. American Orthopsychiatric Association. Ed. American Orthopsychiatric Association, Cap. 15.
- 32.- Haley, J. (1976). Terapia para Resolver Problemas. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, P gs. 1-3.
- 33.- Hernández, A. Juárez, B. y Ortiz, E. (1990). Terapia Familiar Sistémica. Una Revisión Teórico-Práctico. TESIS, para obtener el grado de Licenciado en Psicología, ENEP. Iztacala, UNAM.
- 34.- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. México, Ed. FCE., Cap. 5.

- 35.- Holl, V. (1971). Managin Behavior. Kansas, H. and H. Enter-
prise, INC. Traducción al Español de Montes, E. e Irveste, A.M.
(1973). Departamento de Desarrollo Humano de la Universidad de
Kansas.
- 36.- Leintenberg, H. (1984). Modificación y Terapia de Conducta.
Madrid, Ed. Morata, TOMO I, Cap. 1.
- 37.- Maharajh, H.D. y Bhugna, D. (1993). "Brief Family Therapy
with Alcohol-Dependent men in Trinidad y Tobago. Acta Psiquiá-
trica Scandinavica. VOL. 5, P gs. 422-426
- 38.- Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. México,
Ed. Gedisa, Pags. 25-28.
- 39.- Minuchin, S. y Fishman. (1992). Técnicas de
Terapia Familiar. México, Ed. Paidós, Cap. 1.
- 40.- Molina, V. (1983). El Alcoholismo en México. Fundación
de Investigaciones A.C. México, Ed. Trillas, Cap. 3.
- 41.- Montalvo, J. y Soria, M.R. (1994). Guia de Entrevista para
Identificar la Estructura Familiar. Proyecto de Investigación
Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM.
- 42.-Munchhausen's, F. (1990). Psycoterapy & Reality Essays &
Lectures. New York-London, Ed. W.W. Norton & Company,
Cap. 1.
- 43.- Ortíz, D.E. (1994). Estructura Familiar con un Hijo
Superdotado. TESIS, para obtener el Título de Licenciado en
Psicología. UVM, Págs. 59-60.
- 44.- Pincus, L. (1982). Secretos en la Familia: Terapia
Familiar. Santiago, Ed. Cuatro Vientos, Págs. 13-22.
- 45.- Pittman, D. (1984). Alcoholismo. Buenos Aires, Ed. Horne,
Caps. 3,4.

- 46.- Rimm, D. y Masters, J. (1984). Terapia de la Conducta. México, Ed. Trillas.
- 47.- Robles, T. (1991). Terapia Cortada a la Medida Un Seminario con Jeffrey R. Zeig. Ed. México, Pág. 3.
- 48.- Rotunda, R. Scherer, D. & Imm. (1995). "Family Systems and Alcoholism on Family Functionig". VOL. 1. Págs. 95-104.
- 49.- Shazer, S. (1989). Pautas de Terapia Familiar Breve. Un Enfoque Ecosistémico. Barcelona, Ed. Paidós, Pags. 1-10.
- 50.- Steninglass, L.A. y Bemet, L.A. (1989). La Familia Alcohólica. Madrid, Ed. Gedisa, Págs. 59-63.
- 51.- Secretaría de Desarrollo Social. SEDESOL. (1996). Estudios Socioeconómicos.
- 52.- Tapia, R., C. (1996). Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectiva. México, Ed. Manual Moderno, Cap. 2,3.
- 53.-Torres, L.E. (1994). Análisis y Evaluación de los Roles en la Familia Alcohólica. TESIS, para obtener el Título de Licenciado en Psicología, ENEP. Iztacala, UNAM, Pág. 37.
- 54.- Umbarguer, C. (1983). Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, Págs. 38-61.
- 55.- Umbarguer, C. (1991). Family Therapy. New York, Ed. Descleé Brower, Cap. 3.
- 56.- Uribe, V. (1989). Neuropsicofarmacología. México, Ed. Trillas, Cap. 7.
- 57.-Winokur, G. (1972). Alcoholism and Depression in the Same Family And alcoholism and Affective Disorder, T. Goodwin (1979). New York, Ed. Spectrum Publications, Pags. 45-53.

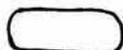
A N E X O 1

FAMILIOGRAMA DE LA FAMILIA IDEAL SEGUN MINUCHIN



LIMITES FLEXIBLES - - - - -

ALIANZAS ALTERNADAS



CENTRALIDAD (+) ALTERNADA

JERARQUIA COMPARTIDA



A N E X O 2

**GUIA DE LA ENTREVISTA PARA
DETECTAR ESTRUCTURA FAMILIAR**

Datos Demográficos

Nombre _____ Edad _____ Oc. Pacien _____

Escolaridad _____ Edo. Civil _____

Papa _____

Mama _____

Hijos _____

Otros _____

Abuelos _____

Tios, Etc. _____

Religion _____

FAMILIOGRAMA

IERARQUIA

ACTUALMENTE

1. QUIEN TOMA LA MAYORIA DE LAS DECISIONES EN CASA?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Otro _____
10. QUIEN PONE LAS REGLAS SOBRE LO QUE SE DEBE O NO HACER EN CASA?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Otro _____
11. QUIEN LAS HACE RESPETAR?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Abuela _____ Otro _____
12. QUIEN DECIDE LO QUE SE PREMIA Y SE CASTIGA?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Abuela _____ Otro _____
13. QUIEN PREMIA Y QUIEN CASTIGA?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Abuela _____ Otro _____
14. ESTANDO PAPA Y MAMA EN CASA QUIEN PREMIA Y QUIEN CASTIGA?
Papa _____ Mama _____ Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Abuela _____ Otro _____
15. NO ESTANDO PAPA Y MAMA EN CASA QUIEN TOMA LAS DECISIONES?
Hijo Mayor _____ Hijo Menor _____ Abuelo _____ Abuela _____ Tio _____ Otro _____

168. NO ESTANDO PAPA Y MAMA, ¿QUIEN PREMIA Y QUIEN CASTIGA?
Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____

CENTRALIDAD Y PERIFERIA

319. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA DE QUIEN SE TENGAN MUCHAS QUEJAS?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿POR QUE? _____

320. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA DE QUIEN SE HABLE MAS POSITIVAMENTE?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿POR QUE? _____

321. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA DE QUIEN SE MAS SE HABLE NEGATIVA
MENTE?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿POR QUE? _____

322. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CASI NUNCA ESTE EN CASA?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿POR QUE? _____

323. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CASI NO PARTICIPA EN LAS RELA
CIONES FAMILIARES?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿POR QUE? _____

324. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE DESTAQUE EN ALGUN ASPECTO O
ACTIVIDAD CON RESPECTO A LOS DEMAS?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____

325. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA ALREDEDOR DEL CUAL GIREN LAS RELA
CIONES FAMILIARES?
¿QUIEN?
Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Tio Otro _____

LIMITES Y GEOGRAFIA

91 26. ¿MAMA ESTA INTERESADA EN CONOCER Y PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDA
DES QUE REALIZA PAPA?

27. ¿COMO LO HACE?

92 28. ¿PAPA ESTA INTERESADO EN CONOCER Y PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDA
DES QUE REALIZA MAMA?

29. ¿COMO LO HACE?

4020. ¿PAPA Y MAMA TIENEN AMISTADES EN COMUN?
 Si No Algunas
- 44 21. ¿MAMA TIENE AMISTADES PERSONALES?
 Si No
- 45 22. ¿PAPA TIENE AMISTADES PERSONALES?
 Si No
- 46 23. ¿HAY ALGUN PROBLEMA ENTRE PAPA Y MAMA POR ESTAS AMISTADES?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 49 24. ¿PAPA Y MAMA PELEAN O DISCUTEN EN PRESENCIA DE LOS HIJOS?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 48 25. ¿PAPA COMENTA CON ALGUN HIJO SUS PROBLEMAS CONYUGALES?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 47 26. ¿MAMA COMENTA CON ALGUN HIJO SUS PROBLEMAS CONYUGALES?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 47 27. ¿HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE INTERVENGA EN LAS RELACIONES FAMILIARES?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 17 28. ¿LOS HIJOS SABEN LO QUE DEBEN HACER Y LO QUE NO LA MAYORIA DE LAS VECES?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 18 29. ¿SON CLARAS LAS REGLAS, PREMIOS Y CASTIGOS EN LA FAMILIA?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 4- 30. ¿HAY DIFERENCIAS EN LAS REGLAS, PREMIOS Y CASTIGOS?
 Si No Algunas veces
- 20 31. ¿SE ACOSTUMBRA QUE LOS HIJOS CUENTEN A UNO O AMBOS PADRES TODO CON RESPECTO A DE SUS ACTIVIDADES Y PROBLEMAS?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
- 21 32. ¿SE ACOSTUMBRA QUE ALGUN HIJO PREMIE, CASTIGUE, CORRIJA, ETC., A SUS HERMANOS?
 Siempre Casi Siempre Algunas veces Casi Nunca Nunca
 ¿QUIEN?
 Hijo Mayor Hijo Menor Otros _____
- 21 33. ¿EXISTE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA FUERA DE PAPA Y MAMA, QUE APORTE INGRESOS ECONOMICOS?
 Si No Algunas veces
 ¿QUIEN?
 Hijo Mayor Hijo Menor Otros _____
- 23 34. ¿EXISTE ALGUNA PERSONA QUE NO VIVA CON LA FAMILIA Y QUE TENGA QUE VER EN LA IMPLANTACION DE PREMIOS Y CASTIGOS?
 Si No Algunas veces
 ¿QUIEN O QUIENES?
 Abuelo Abuela Tio Tia Primos Otros _____

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

- Los visitan todos los días
- Los visitan dos veces a la semana
- Los visitan cada fin de semana
- Los visitan una vez al mes
- Los visitan una vez al año

24 36. ¿EXISTEN AMISTADES O FAMILIARES QUE INTERVENGAN EN LOS PROBLEMAS CONYUGALES DE PAPA Y MAMA?

- SI No Algunas veces
- ¿QUIENES?
- Abuelo Abuela Tio Tia Primos Vecinos Compadre Otros

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

- SI No Algunas veces
- ¿CUAL ES?

26 38. ¿SI SE TIENE ES RESPETADO?

- SI No Algunas veces

¿QUIEN NO RESPETA EL ESPACIO DE?

- PAPA: Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Otros _____
- MAMA: Papa Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Otros _____
- HIJO MAYOR: Papa Mama Hijo Menor Abuelo Abuela Otros _____
- HIJO MENOR: Papa Mama Hijo Mayor Abuelo Abuela Otros _____

¿COMO?

21 39. ¿CUAL ES EL ESPACIO COMPARTIDO?

- Sala Recamara Comedor Cocina Hall Otro _____

28 40. ¿SE RESPETA LAS PROPIEDADES INDIVIDUALES?

- SI No Algunas veces

¿QUIEN NO LAS RESPETA?

- Papa Mama Hijo Mayor Hijo Menor Abuelo Abuela Otro _____

ALIANZAS Y COALICIONES

41. ¿QUIENES SUELEN UNIRSE PARA OBTENER ALGUN PREMIO, CONCESIÓN, DINERO, FAVOR, ETC.?

- Papa y Mama
- Papa e Hijo Mayor
- Papa e Hijo Menor
- Mama e Hijo Mayor
- Mama e Hijo Menor
- Hijo Mayor e Hijo Menor
- Hijo Mayor y Abuelo
- Hijo Menor y Abuelo

MENCIONAR EJEMPLOS

42. ¿SOMETIMES SUELEN UNIRSE PARA PERJUDICAR, ATACAR, DESCALIFICAR, FASTIDIAR, ETC., A OTROS?

Papa y Mama

Papa e Hijo Mayor

Papa e Hijo Menor

Mama e Hijo Mayor

Mama e Hijo Menor

Hijo Mayor e hijo menor

Hijo Mayor y Abuelo

Hijo Menor y Abuelo

MENCIONAR EJEMPLOS

06513

ENTREVISTADOS

QUEJA: