UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"COHESION Y ADAPTACION EN SISTEMAS FAMILIARES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CECILIA ADRIANA HERMOSILLO MORALES

FERNANDO RUANOVA LABRA

DIRECTORA: LIC. MA. DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
SINODAL REVISOR: LIC. ALMA MIREIA LOPEZ ARCE CORIA
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

MEXICO, D. F. MARZO 2000

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 mi mamá

Sra. Ma. De la Luz Morales Solís.
porque eres la inspiración de mis ideales
y porque tengo todo que agradecerte:
tu vida, dedicación y confianza.

A mi papá

Sr. Luis Hermosillo Magaña.
Por lo que nunca te dije. . .
Te amo.

A mi esposo

Felipe Saldaña López.
Porque siempre caminamos juntos,
esto es tuyo también. Gracias por
tu mirada, amor y presencia y
porque tenías la certeza de que
lo lograría.

A mi hijo Diego

Porque contigo descubro
nuevas sensaciones, porque
tu llegada hace de cada momento
el más importante de mi vida.

A mis hermanos

Silvia por tu bondad, Alicia por tu fortaleza,
Arturo por tu abrazo, Luis por tu honestidad,
Lilia por tu autenticidad, Carlos por tu triunfo,
Paty por tu nobleza y compañía, Octavio por tu
lealtad, Oscar por tu perseverancia.
Siempre juntos

A mis sobrinos, ahijados, familiares
y amigos

Por el gusto de tenerlos.

A Fernando Ruanova Labra

Por que siempre mantuvimos
nuestro empeño y amistad.
Gracias.

Adriana

Padres

Por la incondicionalidad del afecto y
el apoyo en el que les va la vida.
Gracias por la confianza y paciencia
que sólo ustedes saben dar.
Los amo.

Rebeca

A ti, gotita de poesía,
gracias por tu ternura y
paciencia, hechizos de
creatividad.
¡Va por ti mi amor!.

Carmen y Laura

El brío de su presencia
y apoyo me ha acompañado
hasta aquí. Las quiero.
Gracias.

Mary

Por que siempre fuiste tú,
aun cuando no estabas,
Por cerrar el círculo de poder
iluminado por la luz de las lunas
de occidente.
Hoy cierro un ciclo, y el
halo de las lunas
permanece por siempre.
Gracias.

Adriana

Ya son años, y aún continuamos
en el trajín.
Tú mejor que nadie valorará este trabajo.
Tus tiempos y espacios matizan el hoy.
Hemos concluido un instante.
¡Vamos por el siguiente!.

Los imprescindibles

Bohemias, gritos, discusiones y
experiencias suyas están aquí.
Male, Sara, Víctor, gracias
por ser tan tenazmente
enriquecedores.

Nora

Los tiempos han cambiado,
tu confianza fue inmutable,
y aunque el destino marque distancia,
allí estará mi mano.
Gracias.

Fernando

Lic. Ma. del Rosario Muñoz Cebada

Nuestro agradecimiento por creer
en nuestro proyecto y dedicarnos su
compromiso, tiempo y entrega.
Gracias.

Mtra. Sofía Rivera Aragón

Por su invaluable, desinteresado
y oportuno apoyo en el procedimiento
estadístico e informático de este
trabajo.
Gracias.

Lic. Alma Mireia López Arce Coria
Lic. Guadalupe B. Santaella Hidalgo
Lic. Leticia Bustos de la Tijera.

Por enriquecer este trabajo y
nuestro quehacer profesional a
través de la confianza y respeto
que nos entregaron.
Gracias.

Adriana y Fernando

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO I

1. *TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS* 1

1.1 Definición de sistema 3

1.2 Características de los sistemas 5

1.3 El organismo como sistema abierto 7

CAPITULO II

2. *TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA* 14

2.1 Antecedentes de la terapia familiar 17

2.1.1 Virginia Satir 17

2.1.2 Nathan Ackerman 18

2.1.3 Proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman para la Terapia Familiar 19

2.1.4 Modelo Ecológico 21

2.1.5 Enfoque Estructural 22

2.1.6 Enfoque Estratégico 24

2.1.7 Modelo de Milán 26

2.2 El movimiento de la terapia familiar en México 29

2.3 Descripción del Proyecto de Terapia Breve para la 31
Familia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

CAPITULO III

3. *MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES* 36

3.1 Cohesión familiar 37

3.2 Adaptación familiar 37

3.3 Comunicación familiar 38

CAPITULO IV

4. *METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL* 42

4.1 Planteamiento del problema 42

4.2 Variables 43

4.3 Sujetos 44

4.4 Criterios de inclusión 44

4.5 Instrumentos 44

4.6 Escenario 45

4.7 Tipo de estudio 45

4.8 Procedimiento 46

CAPITULO V

5. RESULTADOS 47

5.1 Análisis descriptivo 47

5.2 Análisis inferencial 54

CAPITULO VI

DISCUSION 57

SUGERENCIAS 63

LIMITACIONES 64

BIBLIOGRAFIA 65

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N: Navarro" dentro de las instalaciones de la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) con la población que participó en el Proyecto de Terapia Breve para Familia de este Hospital, 30 familias en total, en el período comprendido entre Enero de 1992 y Diciembre de 1994.

A partir de los trabajos realizados por el equipo terapéutico de la UAM desde 1990, integrado por un Médico Psiquiatra Infantil, Terapeuta Familiar, Psicólogos, Pasantes de Psicología, Trabajadora Social, Enfermeras y demás personal del área de hospitalización, se plantearon varias líneas de investigación tendientes a encontrar alternativas que condujeran a proveer mejoras terapéuticas en torno a las problemáticas de las familias con un miembro internado en las instalaciones del hospital, y fue a partir del éxito logrado en los primeros trabajos con familias que surgió la idea de convertir esta labor en una investigación que condujera a conocer los ajustes que lleva a cabo la familia para modificar su homeostasis y así poder resolver el o los problemas que habían motivado el internamiento de uno de sus miembros.

Surgieron algunas preguntas a cerca de cómo se daba el proceso de interacción entre los integrantes de una familia y de cómo medir dichos procesos en caso de que esto fuera posible, así como de elegir el instrumento más adecuado para hacerlo. Después de algunas consideraciones se concluyó que la Cohesión y la Adaptación eran dos dimensiones que podían describir los ajustes que realizaba cada familia durante el proceso terapéutico. Estas dimensiones se encuentran contenidas en el modelo Circunflejo desarrollado por D. Olson y D. Sprenkle, el cual provee la estructura para describir tipos de parejas y familias.

Fue necesario buscar las variaciones que se dan en las dos dimensiones, tanto antes como después de un trabajo terapéutico y evaluar si las familias que terminaron con éxito el tratamiento, esto es, que modificaron su equilibrio de manera que el motivo que los llevo a pedir ayuda dejó de ser un problema, se agruparon en el área central del modelo Circunflejo (familias equilibradas).

El instrumento empleado fue el FACES II, que es una escala de actitud tipo Lickert con 30 reactivos y un continuo de cinco categorías.

Ahora bien, aunque no se haya rechazado la hipótesis nula en todos los casos, se observó una modificación en los niveles de cohesión y adaptación estadísticamente significativa que mostraba una tendencia a generalizar la percepción de las familias en celdas equilibradas y medias al término del tratamiento.

INTRODUCCION

El trabajo con familias dentro de un hospital psiquiátrico juega un papel muy importante en el tratamiento que se brinda a la población que asiste en busca de ayuda para resolver algún problema. Desde el año de 1990, se reunió un equipo terapéutico integrado por el Médico Psiquiatra Infantil, Terapeuta Familiar, Psicólogos, Pasantes de Psicología, Trabajadora Social, Enfermeras y demás personal del área de hospitalización, con el propósito de encontrar alternativas que condujeran a proveer tanto mejoras terapéuticas como encontrar un marco de referencia teórico y empírico que facilitara el lenguaje que en ese momento empezaba a construirse en torno al padecimiento mental de las adolescentes hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", S.S..

Este equipo terapéutico fundamenta su trabajo en los modelos sistémicos de terapia familiar, encontrando sus antecedentes más inmediatos en los trabajos realizados por Gregory Bateson en 1959, así como en los de Watzlawick (1967), Haley (1963), Palazzoli (1986) y Papp (1983) de quienes se toman elementos teóricos que permitieron la construcción de un modelo de aproximación al tratamiento de familias con un miembro diagnosticado como esquizofrénico e internado en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Fue a partir del éxito logrado en los primeros trabajos con familias que surgió la idea de convertir esta labor en una investigación que condujera a conocer los ajustes que lleva a cabo la familia para modificar su homeostasis y así poder resolver el o los problemas que habían motivado el internamiento de uno de sus miembros. Surgieron algunas preguntas acerca de cómo se daba el proceso de interacción entre los integrantes de la familia y de cómo medir dichos procesos en caso de que esto fuera posible, así como de elegir cuál sería el instrumento más adecuado para hacerlo. Después de algunas discusiones por parte del equipo se concluyo que la Cohesión y la Adaptación eran dos dimensiones que podían describir los ajustes que realizaba cada familia durante el proceso terapéutico. Estas dimensiones se encuentran contenidas en el modelo Circunflejo desarrollado por D. Olson y D. Sprenkle (1989), el cual provee "la estructura para describir tipos de pareja y familia" (1989).

Por otra parte el instrumento que se eligió fue el FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II) diseñado por D. H.Olson, R. Bell y J. Portner (1989), . Los argumentos mas fuertes que influyeron en la eleccion de dicho instrumento fueron, por una parte, el sustento teórico que éste tenía en el modelo Circunflejo y la exploración que hace de la Cohesión y la Adaptabilidad en familias; la compatibilidad que éste tiene con los modelos sistémicos de terapia familiar y debido a la reciente validación que de él se había llevado a cabo en México por Braverman, R. (1986). Esta investigación se desarrolla dentro del mismo contexto terapéutico que brinda el proyecto de terapia familiar que se lleva a cabo dentro del hospital, durante las 10 ó 15 sesiones que dura el trabajo con cada familia.

A partir de los estudios realizados por Olson, Russell y Sprenkle (1979,1980,1983), acerca de la cohesión y adaptación en los sistemas familiares durante las diferentes etapas del ciclo vital de ésta surge la inquietud de averiguar si la terapia familiar sistémica influye en los niveles de cohesión y adaptación familiar en vista de la disminución de ingresos y recaídas registrados en el servicio de Terapia Familiar desde 1994 a la fecha. Tratar de entender cómo es que un individuo se separa de su familia cuando existe un problema en ésta y cómo es que después de la terapia familiar este individuo se acerca de nuevo a ella, era un proceso que bien podía ser explicado por el modelo Circunflejo de Olson y Sprenkle (1989). De igual forma este modelo permitió entender cómo el sistema familiar era hábil y flexible para adaptarse al cambio que representaba enfrentar un problema dentro de un contexto terapéutico. Olson y Sprenkle definen a la Cohesión familiar como "un vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia el otro." (1989). este vínculo puede ser percibido en cuatro niveles, que circulan entre desunido (muy bajo) hasta enmarañado (muy alto).

"La Adaptabilidad se define como la habilidad del sistema marital o familiar para combinar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo" (1989), y siendo esta dimensión la que se enfoca en la habilidad de los sistemas maritales y familiares para cambiar, no es difícil encontrar puntos de unión entre lo que es la terapia familiar sistémica y el modelo circunflejo.

El registro de los datos del estudio se ha realizado de dos años a la fecha y forma parte de las actividades cotidianas del servicio hospitalario por lo que no representa una inversión significativa en tiempo y costo, redituando en un beneficio a la familia que acude al

servicio de terapia familiar en la medida en que provoca ajustes en su cohesión y adaptación que posibilitan el no reingreso y/o recaída de la familia . También se puede notar el beneficio de este estudio en el área de hospitalización al repercutir en el costo que implica el trabajo horas-días-paciente y horas-cama debido a los posibles reingresos que son financiados por el Estado, así como el de brindar atención a un mayor número de personas en el menor tiempo posible.

Por lo anterior podemos decir que el objetivo de este estudio es el de comprobar si la Cohesión y la Adaptación son dos dimensiones de la dinámica familiar que se ven influidas por la terapia familiar al grado de provocar modificaciones en el sistema capaces de resolver los problemas que las traen hasta este servicio, así como de extender la utilidad de un cuestionario de actitud familiar (FACES II) en los estudios que se llevan a cabo con la familia mexicana y poder ampliar el campo de conocimiento en el área de la psicoterapia familiar sistémica.

CAPITULO I

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Una de las aportaciones básicas para entender el concepto de terapia familiar es la Teoría General de los Sistemas. Esta se desarrolló a partir de la necesidad de ofrecer una alternativa a los esquemas conceptuales conocidos bajo el nombre de enfoques analítico-mecánico.

Ya a finales del siglo XIX, algunos biólogos llamados "vitalistas" reconocieron la dificultad de estudiar los procesos vivientes bajo este enfoque. El vitalismo, que estaba en sus inicios, trataba de explicar muchas de las características de los procesos vivientes que el científico-físico no podía explicar, tales como:

1. No podían explicar por completo, fenómenos como organización, mantenimiento, regulación y otros procesos biológicos característicos de los sistemas vivos.

2. No podían explicar el funcionamiento de los sistemas vivos que tuvieran que ser tratados holísticamente.

3. Inadecuado para tratar sistemas interaccionales.

4. La conducta de búsqueda de un objetivo,...característico de los sistemas abiertos requerían un fundamento teórico que no podían proporcionar las explicaciones teleológicas sobre lo antiguo o las relaciones de causa-efecto de la física teórica.

En respuesta a los requerimientos comunes de la biología, la psicología, las ciencias de la conducta y las ciencias sociales surge la Teoría General de los Sistemas como una nueva visión para abordar estos fenómenos.

No obstante, la necesidad y factibilidad de un enfoque de sistemas no fue evidente hasta hace poco. Resultó por necesidad del hecho de que el esquema mecanicista de vías causales aislables y tratamiento merista resultaban insuficientes para enfrentarse a problemas teóricos, especialmente en las ciencias biosociales, y a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna. Su factibilidad quedó en claro gracias a distintos adelantos teóricos, epistemológicos, matemáticos, etc.

Bertalanffy (1968) abogó por una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración del organismo como un todo o sistema y viese el objetivo principal de las ciencias biológicas en el descubrimiento de los principios de organización a sus diferentes niveles.

Fue en la década de los 30´ s que Ludwig Von Bertalanffy definió el concepto de sistema como: "Un conjunto de componentes en estado de interacción que implica una relación entre los elementos que componen el sistema y el medio en que se hallan" (1968). Los sistemas o elementos sistémicos no son inertes o pasivos. El sistema no sólo es dinámico, sino operativo, toda la fenomenología interna se adecuará a la consecución de un objetivo.

"El término introducido por Bertalanffy a partir de consideraciones de orden biológico esboza los principios de una ciencia basada en modelos organísmicos y abiertos en los cuales en tanto se refieren al hombre, las facultades específicamente humanas, son debidamente consideradas", Braverman (1982).

En este sentido, y a fin de lograr que esta nueva visión del mundo tomara las características de "nuevo paradigma", Bertalanffy describe algunos rasgos y alcances de la Teoría General de los Sistemas:

1. "Ciencia de los sistemas": exploración y explicación científica de los sistemas... Ahora hemos aprendido que para comprender no se requieren sólo elementos sino las relaciones entre ellos... De modo que la T.G.S. es la exploración científica de "todos" y "totalidades" que no hace tanto se consideraban nociones metafísicas que salían del linde de la ciencia.

2. "Tecnología de los sistemas": ...Los requerimientos tecnológicos han conducido a nuevos conceptos y disciplinas, en parte muy originales y que implantan nuevas nociones básicas... La característica general, una vez más, es que éstas descienden de problemas científicos y concretos en tecnología, pero los modelos, conceptualizaciones y principios -como los de información, retroalimentación, control, estabilidad, circuito, etc.- han ido mucho más allá de las fronteras de las especialidades, y tienen naturaleza interdisciplinaria y resultan indispensables en las concreciones especiales.

3. "Filosofía de los sistemas": a saber, la reorientación del pensamiento y la visión del mundo resultante de la introducción del "sistema" como nuevo paradigma científico (en contraste con el paradigma analítico, mecanicista, unidireccionalmente causal, de la ciencia clásica)

1.1 DEFINICION DE SISTEMA.

Dentro del desarrollo de la noción de sistemas, existen varios conceptos que han sido elaborados por diferentes autores, todos ellos conservando, en esencia, la línea general planteada por Bertalanffy. Así, tenemos por ejemplo:

"[Del griego *systema*, una cosa compuesta], es lo que se refiere a la composición ordenada de elementos (materiales o mentales) en un todo unificado". Simon,(1984)

"Un sistema es un conjunto de elementos en interacción, una totalidad que funciona como tal en virtud de la independencia de sus partes "Braverman (1982)

Según Colom, (1979) se manejan dos posturas: "la de S. Beer, H.P. Fairchild, R. Mayntc, y. Buckley, que consideran al sistema formado por un conjunto de elementos relacionados o conectados entre si de algun modo. (Todo sistema se compone de elementos que se interrelacionan).

La otra postura prefiere subrayar la idea de totalidad. La interrelación es vista, en todo caso, en cuanto a fenómeno aglutinante mas que relacional. "El sistema es definido como totalidad formada por elementos en relación" (J. Pucelle, R. Boundo, H. Mendras, A.D. Hall. R.E. Fagen y S. Optrer) (1979)

"Es una unión de partes o componentes, conectados en una forma organizada, (...) las partes se afectan por estar en el sistema y se cambian si lo dejan" Van Gich (1978)

"Se emplea la palabra "sistema" para definir a un conjunto de partes en interacción continua que constituyen, unidas, un conjunto superior a la suma de sus partes. Existe la tendencia en cada una de esas partes a afectar a

todas las demás y a ser afectadas a su vez por ellas. Prevalece en él una especie de equilibrio circular" Campion (1987).

"Sistema es un complejo formado por diversos elementos que mantienen entre ellos relaciones de diversa índole en aras de la conservación del todo sistémico, dándose entonces una aglutinación de diferencias cuya misión es ir evolucionando hasta el logro de organizaciones sistémicas más perfectas, lo que quiere decir que todo sistema, por ser evolución organizada, posee una orientación teleológica (unos objetivos a cumplir), así como una conducta regularizada para tal fin, siendo en esencia una unidad dinámica en acción" (Colom, 1979).

Por otro lado, Colom define conceptualmente un sistema no como una realidad, si no como consideración sobre la realidad, como totalidad conformada a través de las relaciones que mantienen entre si los elementos que la constituyen. Es además teleológico, ya que mantiene un proceso y una fenomenología para alcanzar un objetivo. Adecuó el concepto de sistema dentro de un medio transformador y que a su vez se transforma, en donde el cambio es un elemento conformador de la propia realidad ambiental en que se halla inmerso el sistema. "Así pues, entiendo por sistema la concreción de la realidad, en cuanto se considera dicha realidad como una totalidad construida por un conjunto de elementos (así como sus atributos, características y propiedades) en interacción dinámica y procesal respecto de un estadío posterior que se toma como objetivo o finalidad del propio sistema" (Colom,1979).

"Un sistema se define como un conjunto de unidades relacionadas de tal modo que el estado de cada unidad está determinado por el de otras unidades. Por ello, un agregado de unidades no relacionadas de cualquier tipo no constituye un sistema" (Colom, 1974)

Hall y Fagen (1956) mencionan. "Un sistema es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos (...) en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones "mantienen unido al sistema"

"Un sistema es una reunion o conjunto de elementos relacionados. Es la unión de partes o componentes, conectados en una forma organizada (...)

Las partes se afectan por estar en el sistema y se cambian si lo dejan" (Von Gich, 1978)

"Un conjunto de partes en interacción continua que constituyen unidas un conjunto superior a la suma de esas partes. Existe la tendencia en cada una de esas partes a afectar a todas las demás y a ser afectada a su vez por ellas. Prevalece en él una especie de equilibrio circular". (Campion, 1987).

La finalidad como requisito previo a toda acción de un sistema es otra de las posturas que sirven para una nueva definición del concepto, aporta la posibilidad de considerar al sistema como un objetivo dinámico y, por consiguiente, pleno de operatividad.

Autores como Johnson, Rosenwerg, Lazzaro, F. Clark, K. Gale, R. Gray, consideran que todo sistema busca la consecución de unos objetivos, de una finalidad y que poseen, por lo tanto, la capacidad funcional. El sistema es una tangibilidad no sólo dinámica, sino plenamente operativa y funcional.

Watzlawick (1967) en su libro Teoría de la Comunicación Humana retoma la definición de sistema que hacen Hall y Fagen (1956). "Un sistema es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y sus atributos", en el que los objetos son los componentes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema. Una noción que Hall y Fagen (1956) incluyen dentro de la Teoría General de los Sistemas es la de *medio*; siendo éste, para un sistema dado, "el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema"

Esta interacción existente entre sistema y medio es característica de los sistemas abiertos, en la medida en que intercambian información tanto del sistema hacia el medio y viceversa.

1.2 CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS

Según Van Gigch, los sistemas presentan las siguientes características:

1. El todo es más que la suma de sus partes.

2. El todo determina la naturaleza de las partes.

3. Las partes no pueden comprenderse si se consideran en forma aislada del todo.

4. Las partes están dinámicamente interrelacionadas o son interdependientes.

Colom por su parte menciona las siguientes:

1. Diferenciación de elementos.

2. Variación de las relaciones.

3. Consecución - conservación del todo.

4. Evolución.

5. Organización.

6. Orientación.

7. Regulación.

8. Coherencia.

9. Integración.

10. Dinamicidad.

A fin de facilitar el estudio de los sistemas se hizo necesario clasificarlos de acuerdo al dominio y propiedades de cada uno:

Van Gigch los clasifica de la siguiente manera:

1. Los sistemas son vivientes o no vivientes.

2. Los sistemas son abstractos o concretos.

3. Los sistemas son abiertos o cerrados

En cuanto a sus propiedades él habla de:

1. Los sistemas muestran un grado elevado de entropía o desorden.

2. Los sistemas muestran simplicidad organizada, complejidad no organizada o complejidad organizada.

3. A los sistemas puede asignárseles un propósito.

4. Existe la retroalimentación.

5. Los sistemas están ordenados en jerarquías.

6. Los sistemas están organizados.

1.3 EL ORGANISMO COMO SISTEMA ABIERTO:

Bertalanffy define a un organismo como un sistema abierto de la siguiente manera:

"El organismo no es un sistema cerrado sino abierto. Llamamos "cerrado" a un sistema si no entra en él ni sale de él materia; es "abierto" cuando hay importación y exportación de materia.

El organismo es un sistema abierto en estado (cuasi) uniforme, mantenido constante en sus relaciones de masas en un intercambio continuo de material componente y energía: entra continuamente material del medio circundante y sale hacia él.

Con base en la definición que Bertalanffy hace de un sistema abierto, Colom habla acerca de las características de estos sistemas, así pues enumera: "totalidad, dinamismo, teleología, ultraestabilidad, tension, retroacción e información. Más adelante se hablará de los conceptos de totalidad, retroalimentación y teleología (la cual implica la equifinalidad). Por ahora definiremos los restantes conceptos de Colom:

Dinamismo: contempla los procesos de intercambio entre el propio sistema y su medio, que pueden así modificar al sistema o mantener una forma, organización o estado dado del mismo. El primer proceso se conoce como morfogénesis, y el segundo por morfostasis.

Ultrasensibilidad: la capacidad que poseen los sistemas abiertos de mantenerse mediante el cambio de estructura y de conducta. La estabilidad es mayor cuando la capacidad de adaptación al cambio aumenta. A diferencia de los sistemas cerrados, los abiertos pueden crear nuevas estructuras para seguir siendo estables bajo otras condiciones.

Tensión: los sistemas abiertos están sometidos a tensiones que provienen del medio o de los procesos internos del propio sistema, ésta obliga a nuevas adaptaciones.

Información: todo sistema abierto posee unas entradas gracias a las cuales recibe información de la situación del medio. Puede decirse que la información introducida por las entradas del sistema (inputs) hace que éste se comporte de una forma determinada. Todo sistema, si es abierto, puede innovar, cambiar y aprender conductas de acuerdo con la información que recibe del medio.

Colom, en su libro (Sociología de la educación y Teoría General de los Sistemas), menciona que D. Katz y R. Kahn han sistematizado las cualidades esenciales de los sistemas abiertos de tipo socio-cultural, a saber:

1. Importación de energía (provienen de las personas que forman el sistema).

2. Aporte intermedio o acciones que realizan las personas en el sistema.

3. Salidas o acciones resultantes de la fenomenología sistémica.

4. Sistema como ciclo de eventos. El resultado del sistema se envía al medio, lo que proporciona un estímulo de éste sobre aquel, gracias a lo cual se repite la situación.

5. Entropía negativa o tendencia a importar más energía de la necesaria.

6. Entradas de información, retroacción y proceso de codificación.

7. Estado constante y homeostasis dinámica: las características básicas del sistema tienden a mantenerse constantes.

8. Diferenciación o especialización de funciones.

9. Equifinalidad o posibilidad de utilizar diversos procesos o medios para lograr los mismos fines.

"Los sistemas orgánicos son abiertos, entendiéndose por ello que intercambian materiales, energías o información con su medio. Un sistema es cerrado si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, tales como información, calor, materiales físicos, etc. y por ende, no hay cambios de componentes." (Hall y Fagen, 1956).

El modelo de sistema abierto es básicamente no mecanicista y no sólo va más allá de la termodinámica ordinaria, sino de la causalidad unidireccional. El enfoque cibernético conserva el modelo del organismo como máquina cartesiana, la causalidad unidireccional y los sistemas cerrados; su novedad reside en la introducción de conceptos que trascienden la física común, especialmente de la teoría de la información.

La interacción que se observa en los sistemas abiertos, obedece a ciertas propiedades. Así Watzlawick en 1967 habla de:

1. Totalidad; cada una de las partes de un sistema se relaciona con las otras de tal modo que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, por lo tanto un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes, sino como un todo inseparable y coherente. Esa totalidad no está en función de la cantidad, sino de las relaciones.

"Quizás esta característica se entiende mejor en contraste con su opuesto polar, el carácter sumatorio: si la variación en una de las partes no afecta a las otras o a la totalidad, entonces dichas partes son independientes entre si y constituyen un "montón" que no es mas complejo que la suma de sus elementos." (Watzlawick, 1967)

" ...en la ciencia contemporánea aparecen actitudes que se ocupan de lo que un tanto vagamente se llama "totalidad", es decir, problemas de organización, fenómenos no descomponibles en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conducta de partes aisladas o en una configuración superior, etc.; en una palabra, "sistemas" de varios órdenes, no comprensibles por investigacion de sus respectivas partes aisladas" (Braverman, 1982).

"Mientras un sistema sea un todo unitario, una perturbación irá seguida del alcanzamiento de un nuevo estado estacionario debido a interacciones dentro del sistema (...), si el sistema se escinde en cadenas causales independientes, la regulabilidad desaparece" (Bertalanffy, 1968).

Al considerar a un organismo como una "totalidad" se parte del supuesto que sus partes están en una interacción dinámica. Así pues, cualquier alteración dinámica, repercutirá en todos los demás. De esta forma el estudio de un organismo deja de abocarse al estudio de sus componentes o partes en forma aislada. Ahora la atención se vuelca sobre las interacciones o relaciones que existen entre cada una de ellas y que mantienen su organización.

2. Retroalimentación: el determinismo causal no es útil para entender los cambios que se dan en el sistema, éste debe ser explicado a partir de la metáfora de la cibernética, del continuo circular de información entre los objetos y sus atributos tanto dentro como fuera del sistema a efecto de suministrar homeostasis a éste.

El concepto de retroalimentación surge a raíz de la propuesta conceptual que planteó Norbert Wiener, nos referimos al concepto de Cibernética, . . . "el cual la define como un proceso circular en el que las informaciones sobre las acciones en curso nutren a su vez (feedback: retroalimentan) al sistema, permitiéndole alcanzar su objetivo" (Guitar Padilla, 1991). "La concibió como una ciencia que estudia el control y la comunicación en el animal y la máquina" (Winkin, 1984).

La teoría aspira a mostrar qué mecanismos de naturaleza retroalimentadora fundamentan el comportamiento teleológico o intencionado de los sistemas sociales.

Las regulaciones primarias se basan en el hecho de que el organismo vivo sea un sistema abierto que se mantiene en estado uniforme o se acerca a él. Las regulaciones secundarias están controladas por disposiciones fijas, especialmente del tipo de la retroalimentación. Esta situación es consecuencia de un principio general de organización que podría llamarse mecanización progresiva.

Al principio los sistemas -biológicos, neurológicos, psicológicos o sociales- están gobernados por interacción dinamica entre sus componentes; más tarde se establecen disposiciones fijas, y condiciones de restricción que hacen más eficiente el sistema y sus partes, pero, de paso, disminuyen gradualmente su equipotencialidad hasta acabar por abolirla. De modo que la dinámica es el aspecto más amplio, ya que siempre es posible llegar, por leyes generales de sistemas, hasta la función como de máquina, imponiendo condiciones adecuadas de restricción.

El mantenimiento homeostático de un estado característico o la búsqueda de una meta, basada en cadenas causales circulares y en mecanismos que devuelven información acerca de desviaciones con respecto al estado por mantener o la meta por alcanzar.

Retroalimentación y homeostasis: En lugar de la teoría de los sistemas abiertos, hay otro modelo. Es el concepto de regulación por retroalimentación, fundamental en cibernética y formulado biológicamente en el concepto de homeostasis por Cannon, en el cual la función básica es un proceso circular en el cual parte de la salida es remitida de nuevo, como información sobre el resultado preliminar de la respuesta, a la entrada, haciendo así que el sistema se autorregule, sea en el sentido de mantener determinadas variables o de dirigirse hacia una meta deseada.

Los siguientes son criterios esenciales de los sistemas de control por retroalimentación:

1. La regulación se basa en disposiciones preestablecidas.

2. Las líneas causales dentro del sistema de retroalimentación son lineales y circulares.

3. Los fenómenos típicos de retroalimentación u homeostasis son "abiertos" con respecto a la información entrante, pero "cerrados" por lo que atañe a la materia y la energía.

3. Equifinalidad; en un sistema circular y automodificador lo decisivo es la naturaleza de la organización de los procesos que se llevan a cabo dentro del sistema. No importa cómo comience ésta sino cómo la interacción de los

elementos del sistema, en cualquier momento del proceso, se adecuarán a la consecución de un objetivo. O sea, este principio significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos y mismos orígenes pueden dar diferentes resultados.

Un sistema que alcanza un equilibrio muestra, en cierto modo, comportamiento "finalista"... Los sistemas vivos no son sistemas cerrados en verdadero equilibrio, sino sistemas abiertos en estado uniforme.

Con ello se amplía el concepto de sistema puesto que nos indica que todo objeto sistémico posee una dependencia respecto del fin que se propone lograr y que, en consecuencia, toda su fenomenología interna se adecuará a la consecución de dicha finalidad. . . ."De esta forma, la tecnología sistémica proporciona "conciencia", vitalidad propia al sistema; al mismo tiempo nos advierte de la posibilidad de intuir un método para que logre sus propósitos"(Colom, 1979).

En cualquier sistema cerrado, el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales. Si se alteran las condiciones iniciales o el proceso, el estado final cambiará también. No ocurre lo mismo en los sistemas abiertos. En ellos puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.

Puede demostrarse que los sistemas abiertos, en tanto alcancen un estado uniforme, deben exhibir equifinalidad.

Las ideas centrales de esta teoría: totalidad, autorregulación por medio de la retroalimentación a fin de lograr mantener equilibrado al sistema y la equifinalidad son elementos que dieron pie a la metáfora de la familia como un sistema. Así pues, la totalidad en el sistema familiar se hace presente en la medida que la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros. Esto implica que la totalidad familiar no sea la suma de las conductas de cada uno de sus miembros, sino que trascienda hacia las relaciones que establecen entre ellos.

La retroalimentación permea la entrada de información que equilibra al sistema de tal manera que el proceso de acomodo de dicha informacion posibilita estados de estancamiento o cambio en el crecimiento de la familia,

estados homeostáticos al fin y al cabo. No importa en qué momento del proceso de la dinámica familiar entre la información, el sistema siempre apuntará al equilibrio a partir del cambio.

CAPITULO II

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

Fue a partir de la utilización del espejo de doble vista en la decada de los 50's que el trabajo con familias sufrió una transformación. Habia ahora una nueva perspectiva desde la cual observar a un grupo humano. La familia.

Se podía observar cómo los procesos que se desarrollaban en este grupo tomaban sentido dentro de un espacio y momento particular. La terapia familiar.

Gregory Bateson fue, quien en la década de los 70's (1979) vislumbraba el potencial del formato bicameral. Hoffman (1981), con el antecedente de las investigaciones del grupo de Palo Alto (1956), explicita las ventajas de utilizar este formato en el tratamiento de familias con esquizofrénicos, además de describir el giro epistemológico que fue necesario hacer para abordar esta nueva forma de ver a la familia. El grupo de Milan (1972), tomando en cuenta estos trabajos se percata de que el contexto que brinda la terapia familiar es un recurso que había permanecido oculto a los ojos de los terapeutas y, que es allí donde se puede observar esa peculiar forma que tiene de relacionarse cada familia. Pegy Papp (1983) adopta esta nueva postura y, al igual que los anteriores, aporta nueva información a este enfoque.

La nueva epistemología con la que se abordó el estudio de la familia se empezó a gestar en la década de los 50's. La linealidad con que eran vistos los fenómenos de la naturaleza ya no era suficiente para explicar cómo se daban los cambios, las soluciones, e inclusive, la observación de otros fenómenos que también se dan dentro de la naturaleza. Los fenómenos mentales.

El positivismo lógico y su metodología extrapolados al campo de la salud mental fueron el basamento que durante mucho tiempo matizó la manera de pensar, ver y dar respuesta a las interrogantes acerca del comportamiento humano.

En 1951 Gregory Bateson cuestionaba el modelo médico como una forma de entender e intervenir en el comportamiento humano, ya que este modelo concibe a la "enfermedad mental" como una característica inherente a un individuo, identificado como el "paciente". Así pues, en ese momento histórico, en problemas tales como la esquizofrenia, la delincuencia, los trastornos de

conducta, etc. las hipótesis que predominaban hacian hincapié en aspectos genéticos, hereditarios, la neuroquímica del cerebro, etc.

Bateson propone que para el estudio del comportamiento "de las formas vivas" (Hoffman, 1981) se debe tener en cuenta que los seres humanos no se relacionan de una manera unidireccional, sino que interactúan a partir de la información que reciben. Estas reflexiones y su capacidad de sintetizar el conocimiento de teóricos de la información como Claude Shannon, de la cibernética como Norbert Wienrr y de los sistemas generales como Ludwing Von Bertalanffy le permitió entender ese mundo de las formas vivas como un sistema cuyas características generales son: Totalidad, Retroalimentación y Equifinalidad. Esto es, todos los elementos de un sistema están relacionados entre sí de modo que un cambio en cualquiera de sus partes afecta a la organización de éste. El sistema se percata de estas modificaciones y efectúa ajustes a fin de organizarse para lograr un estado homeostático.

Esta analogía entre las formas vivas y los sistemas incluye a la familia, donde la conducta de cada individuo no es un hecho aislado, repercute en los demás, genera situaciones en las que los integrantes necesitan ajustarse para lograr homeostasis. de esta forma cualquier conducta es información que circula entre los miembros de la familia para mantener la autorregulación del sistema.

Las observaciones realizadas por Bateson y otros estudiosos de la naturaleza del proceso familiar como D. Jackson, J. Haley, V. Satir, M. Bowen, S. Minuchin, etc., sólo tiene sentido dentro de una noción teórica más amplia, la Teoría General de los Sistemas, la piedra angular sobre la cual se basa el proceso terapéutico de los diversos modelos sistémicos. Sólo entendiendo a un sistema como "una totalidad que es mayor que la suma de sus partes y en donde cada parte sólo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad; en donde un cambio en cualquiera de las partes afecta a todas las demás y la totalidad se regula a sí misma por medio de una serie de circuitos de realimentación por los que la información va y viene a efecto de suministrar estabilidad u homeostasis al sistema"(Papp, 1988)se puede comprender que el concepto de homeostasis -entendida ésta como un

proceso natural de los seres vivos que se manifiesta a través de una serie de mecanismos autocorrectivos, a fin de mantener el estado natural de dicho sistema, el de evolución,- tenga utilidad dentro del contexto de la terapia familiar.

2.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Según Lynn Hoffman en su libro Fundamentos de Terapia Familiar (1981), existen varios autores cuyas contribuciones a la terapia familiar continúan siendo de gran valor y que difícilmente se les puede encasillar dentro de alguna escuela específica, a saber: Virginia Satir, Nathan Ackerman, Don Jackson, Milton H. Erickson y Carl Witaker. Los enfoques e ideas terapéuticas de estos autores se han hecho presentes a lo largo de la historia de la terapia familiar y han matizado el modelo de trabajo de las diferentes escuelas, tales como la Estratégica, la Estructural y la Sistémica.

A continuación sólo enumeraremos algunas de las características de estos autores que los hacen coincidir en el abordaje de la familia como un sistema.

Modelo Sistémico.

Este modelo tiene sus raíces en los trabajos realizados en el Mental Research Institute (M. R. I.), en donde se plantearon los lineamientos que regirían lo que más tarde se conocería como el Modelo Estratégico de Palo Alto y del cual el grupo de Milán retomaría, en 1968, la noción de sistemas en terapia familiar para la construcción de un modelo con características propias. A su vez el modelo de Milán proporcionó los conocimientos que ayudarían a P. Papp y O. Silverstein en el diseño de el Proyecto de Terapia Breve en 1975.

2.1.1 VIRGINIA SATIR

Señala las discrepancias en la comunicación.

Ayuda a las personas a aceptar las diferenciaciones entre ellas.

Bloquea las secuencias repetitivas.

Trabaja con parejas la mayor parte del tiempo.

Usa tareas orientadas a modificar la interacción.

Utiliza la reconstrucción de la historia familiar.

El paciente identificado es el portavoz de la problemática familiar.

Ataca el problema o la situación más negativa convirtiéndola en algo positivo.

2.1.2 NATHAN ACKERMAN

Se puede mencionar a Nathan Ackerman como el pionero más conocido en el campo familiar a partir de la publicación de su artículo "La familia como unidad social y emocional" en 1937. La formación psicoanalítica de Ackerman matiza el trabajo que lleva a cabo con niños, enfocados en su contexto familiar, que presentan desórdenes emocionales.

Entre 1950 y 1954 el movimiento se basaba en la premisa de la familia como unidad de disfunción emocional. Sin embargo el trabajo era aislado y desconectado. No fue sino hasta 1957 que J. Speigel organizó una "mesa" de investigación familiar dentro del programa Ortho y así el movimiento familiar pasó de una fase oculta a una más abierta. Los trabajos e investigaciones sobre el tema de la familia fueron numerosos, y en 1959 Bowen publicó "Terapia familiar intensiva", en donde habla acerca del concepto de triangulación. En 1962 Jackson y Ackerman se unen para producir "Family Process". Durante todas las reuniones, simposios y trabajos sobre terapia familiar se iba poniendo de manifiesto la pugna entre el enfoque analítico (que ponían énfasis en la transferencia y el inconsciente) y los terapeutas que concebían a la familia como un sistema.

Fue a partir de la muerte de Ackerman que el enfoque analítico pierde fuerza y se orienta hacia el pensamiento sistémico.

El movimiento familiar tuvo sus principios alrededor de los años cincuenta en diferentes partes de los E. U., quizá en consecuencia del momento histórico por el que pasaba este país, la postguerra. De alguna manera se hacía necesario el buscar técnicas o tratamientos terapéuticos que facilitaran el acercamiento de las familias distanciadas por la guerra. La psiquiatría, en tanto modelo atractivo, ofreció un buen campo de innovación y expansión de las fronteras y formas de pensamiento. El mayor empuje que tuvo el desarrollo de la perspectiva familiar se basó principalmente en dos intentos: uno fue la necesidad de aplicar principios psiquiátricos convencionales para

trabajar con familias de esquizofrénicos y el otro intento fue la exigencia de trabajar con las necesidades que presentaban la conducta y la delincuencia de los niños.

2.1.3 PROYECTO DE TERAPIA BREVE DEL INSTITUTO ACKERMAN PARA TERAPIA FAMILIAR.

Posiblemente la raíz más remota del Proyecto de Terapia Breve del M. R. I. se encuentra en 1951 con la aparición del libro "Comunicación, Matrix Social de la Psiquiatría". En este trabajo G. Bateson y Jurgen Reusch discuten el punto de vista del modelo médico respecto a las enfermedades mentales por un lado, y por otro, el punto de vista de Bateson, en el que ya se viene perfilando lo que más tarde será "La Teoría de la Comunicación Humana". Más tarde, en 1952, Bateson registra en la Universidad de Stanford un proyecto para el estudio de la comunicación en los esquizofrénicos. Este proyecto se inscribe en el Hospital Psiquiátrico de Veteranos en Palo Alto California; en 1956 aparece el artículo "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" como primer reporte de la investigación. En 1959 se funda el M. R. I. con Don Jackson, Riskin y V. Satir.

La década de los 60' s marca el florecimiento de diferentes enfoques terapéuticos que dejaron atrás el abordaje de la problemática humana que ha centrado su interés en el individuo únicamente, ahora se procedia a observar e intervenir en el contexto del problema, ya fuera la familia o cualquier otro sistema en el que está inmerso éste.

Dos acontecimientos importantes marcan el año de 1967: aparece el libro "Teoría de la Comunicación Humana" de P. Watzlawick y col. y se registra el proyecto del "Centro de Terapia Breve" en el M. R. I.. este proyecto continúa vigente hasta la fecha. En 1974 aparece el libro "Cambio" y el artículo "Terapia Breve: resolución enfocada hacia el Problema" (Family Process). En 1976 se publica el libro "El lenguaje del Cambio" y en 1982 aparece "La Tactica del Cambio" de J. Weacklan, R. Fisch y Lynn Seagal, posiblemente el producto más acabado del Centro de Terapia Breve.

1975.- Olga Silverstein y Peggy Papp, influenciadas por el grupo de Milán durante su presentación en E.U. en 1977, y por la aparición de "Paradoja y contraparadoja", en 1978, forman el Proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman para la Terapia Familiar. Participan: P. Debel, G. Walker, J. Clarkin, B. Lundquist, R. Evans, J. Bergman, O. Silverstein y P. Papp.

1978.- Se une Bell, A. Morowest, L. Hoffman y P. Penn. Se forman dos equipos supervisados respectivamente por Silverstein y Papp.

1981.- Aparece el libro Fundamentos de terapia familiar.

1983.- Aparecen los libros El proceso del cambio, Estética del cambio, Pescando barracudas y Construcción de terapia familiar.

1988.- Aparece el libro La voz terapéutica de O. Silverstein.

Inspiradas en el modelo de Milán, P. Papp y O. Silverstein en 1975 inician un proyecto para explorar el uso de intervenciones paradójicas ritualizadas en familias con niños sintomáticos. En este modelo la concepción del síntoma se da de acuerdo a la cualidad regulatoria que tiene en el sistema, por lo cual no es importante comprender la causa de éste sino la fluctuación del patrón del que deriva su significado. Estos patrones son gobernados por el sistema de creencias aportado a la familia nuclear por cada progenitor a partir de su familia de origen entrelazándose para crear un solo sistema de reglas.

El primer paso de este modelo consiste en elaborar una hipótesis que marca la línea de trabajo a través de la cual girará la entrevista con la familia. Se trata de recoger información acerca de los niveles ideacional, conductual y emocional de la familia. Con esta información el terapeuta puede elaborar un esquema de los patrones interaccionales detectando cómo es que estos tres niveles se entrelazan.

Una vez que se establece la hipótesis se prosigue a establecer un acuerdo terapéutico con la familia mediante la determinación para las condiciones de la terapia a través de la definición de la conexión entre síntoma y sistema y planteando el dilema del cambio.

Cuando el síntoma cumple una función de arma secreta que mantiene las relaciones estables, en donde la familia lo necesita pero lo quiere eliminar, las intervenciones terapéuticas son paradójicas, dadas a través de mensajes basados en la oposición; pues se espera que los miembros de la familia se opongan a la parte del mensaje que se refiere a la imposibilidad de cambiar. La intervención paradójica contiene un doble mensaje dirigido a la familia (uno a favor y otro en contra del cambio) y ambos mensajes son transmitidos de forma simultánea de manera sincera y con absoluta convicción.

Dentro del Proyecto de Terapia Breve se emplea un grupo de consulta que colabora en la elaboración del dilema del cambio. Este grupo se encuentra observando tras el espejo unidireccional y tiene como función principal mantener la posición de "no cambio" mediante el envío de continuos mensajes preparados en colaboración con el o los terapeutas. El terapeuta puede utilizar al grupo para apoyar, confrontar, desafiar o provocar, quedando en libertad de concordar o discrepar con la posición del grupo. El grupo tiene la libertad de interrumpir la sesión en cualquier momento o de llamar al terapeuta para hacerle sugerencias.

Cada mensaje paradójico contiene una alternativa implícita que apunta en la dirección del cambio, provoca una reacción de rebeldía en la familia, es decir, la familia cuestiona o se muestra renuente ante la prescripción del equipo de no cambiar; Papp llamó a esta reacción "retirada", lo cual es señal de que la familia ha comenzado a poner en tela de juicio su modo de manejar el problema. Se ha comenzado a resolver el dilema del cambio.

2.1.4 MODELO ECOLÓGICO

En 1962, Salvador Minuchin, Junto con E. H. Auerswald y Charles King, lanzó un proyecto de investigación para estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes en la Wiltwyck School.

Rabkin y Montalvo (1970) deben ser los primeros en señalarse por la intensa y poética visión que aportaron al campo de la psicoterapia comunitaria.

Tal vez sea E. H. Auerswald (1968) quien más se interesó en utilizar un enfoque de sistemas para transformar la estructura de los programas de

psiquiatría comunitaria en marcos públicos. El enfoque de "sistemas ecológicos" de Auerswald, como él lo llamo, iba dirigido al campo total de un problema, incluyendo otros profesionales, la familia extensa, figuras de la comunidad, instituciones como las de beneficencia y todas las traslapantes influencias y fuerzas con las que tendría que enfrentarse cada terapeuta que trabaja con familias pobres. Lo que se necesita, dice Auerswald, es un nuevo profesional de la salud que adopte una visión holista "sistémica" del problema.

Auerswald fue también uno de los primeros en proponer lo que Hoffman llamó terapia "cerrada". Si había que atender la integridad contextual de un problema, había de suprimirse las limitaciones impuestas por los requerimientos de tiempo y espacio a los profesionales de la salud. Creó una unidad móvil de urgencia, equipo de profesionales de la salud mental que operaba desde una camioneta y que iría a una casa, a una escuela o a un hospital o tribunal, según se necesitara.

Harry Aponte (1976), que se unió a Minuchin en los primeros años en que fue director de la Clínica de Guía de Niños de Filadelfia, encontró que la combinación de un marco ecológico con un modelo estructural era peculiarmente eficaz con estas familias, implica un modo de aplicar la terapia estructural a campos que incluyen sistemas aparte de la familia. El terapeuta "ecológico" debe estar dispuesto a enfrentarse a la escena profesional: médicos que dan medicinas, el empleo de la hospitalización por las familias y el papel desempeñado por otros sistemas, como las escuelas.

2.1.5 EL ENFOQUE ESTRUCTURAL

Dentro del enfoque sistémico se consideran básicas las aportaciones en los campos de la comunicación derivadas de Bateson y del trabajo de Murray Bowen (1978), cuyos trabajos fueron posteriormente desarrollados por Jackson, Haley y Satir utilizando un modelo comunicacional y estructural para definir el proceso disfuncional de la familia y de donde se derivaron la terapia estratégica y la estructural.

La terapia estratégica combina elementos de comunicación, teoría de sistemas, el uso de paradojas y las "estrategias mágicas" de Milton Erickson.

En la década de los 70's Minuchin plantea la existencia de un modelo normativo de una familia que está funcionando bien. Según él, una familia, apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados. El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, mas no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar.

Teniendo en mente este modelo, el terapeuta tiene entonces la tarea de notar el ángulo de desviación entre él y la familia que acuden a verlo. La terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo. Por ejemplo, una familia funcional tendrá una clara línea entre generaciones. Esto significa que si la madre y una hija están actuando como hermanas, el terapeuta pondrá a la madre a cargo de las actividades de la hija durante una semana. De manera semejante, encontramos un buen grado de individualización en una familia que está trabajando bien. Si no se respeta el límite que delinea a un individuo, el terapeuta estructural podrá pedir a cada persona que piense y hable sólo por sí misma. O bien, puesto que en una familia funcional el subsistema marital y el subsistema parental tienen fronteras distintas, el terapeuta que ve que una pareja pasa todo su tiempo cuidando de sus hijos podrá pedirle que se vaya, dejando solos a los niños.

Dentro de este modelo el proceso parece responder a una pregunta. "¿Cuáles son las características organizacionales de una familia en que las cosas van bien, y en la que sus miembros no tienen dificultades?". Y, cuando alguien tiene un problema, anotar cuáles de las características faltan, y en consecuencia están cambiando a la familia.

En este modelo se supone que el síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y que si la organización familiar se vuelve más "normal" el síntoma automáticamente desaparecerá. Este modelo es lo bastante flexible para incluir las diversa maneras en que pueden organizarse las estructuras familiares de pobres o de distintas etnias.

Minuchin (1962) debe mucho a la teoría de sistemas, y sin embargo se inclina muy poco hacia el paradigma cibernetico. En su mayor parte, su lenguaje parece derivarse de la teoría de organización y la teoría de roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, etc. Otro aspecto importante es la inclusión del terapeuta como intruso activo, que cambia el campo de la familia con su sola presencia. A partir de esta postura, el obtener información o ahondar en la historia implicaría, probablemente, el descuidar cuestiones de extrema importancia tales como: ¿a quién habla?, ¿quién está autorizado a hablar?, ¿a quién desafía?, ¿a qué personas une?, ¿con quién está haciendo una coalición?, ¿con quién no la está haciendo?. Mediante tales pasos el terapeuta empieza a reestructurar el sistema de relación en la familia y a alterar el contexto que supuestamente alimenta al síntoma.

El método de "trazar el mapa" del terreno psicopolítico de una familia ahorra mucho tiempo al terapeuta estructural, de igual forma le da las claves que necesita para determinar qué direcciones debe seguir al revisar las pautas de relación en la familia.

Según Hoffman (1981), una deficiencia grave del modelo estructural es que la teoría del cambio no contiene provisiones para las llamadas técnicas paradójicas. "Es una limitación genuina que aunque la teoría de Minuchin es sumamente elocuente acerca de los sistemas familiares y la estructura familiar, no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para cubrir el campo mal llamado resistencia..."

2.1.6 EL ENFOQUE ESTRATÉGICO

Haley (1973) fue el primero en acuñar el término "estratégico" para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. A los terapeutas que practican este enfoque no les interesa la estructura familiar ni el sistema familiar, ellos empiezan al nivel más específico y lo elaboran. Tienen un procedimiento muy claro para la entrevista inicial, dentro de la cual plantean preguntas tales como: ¿cuál es el problema?, ¿quién hizo qué la última vez que ocurrió?,

¿cuándo ocurrió?, ¿cuándo es probable que ocurra?, ¿cuándo apareció por primera vez?.

Este grupo presupone que el síntoma está siendo mantenido por el comportamiento mismo que trata de suprimirlo, por la "solución", es decir, al mismo tiempo que el problema está siendo atacado por los comportamientos que se le oponen, también está siendo encubiertamente apoyado por los comportamientos que lo provocan. El terapeuta está buscando este ciclo o secuencia.

El terapeuta estratégico procura reenmarcar el problema. Esta técnica consiste en reestablecer una situación de tal modo que se la perciba de una nueva manera. El terapeuta no trata de considerar el contexto del problema más que lo necesario para resolverlo. No inquiere en la historia de la pareja, o de la familia extensa, o de sus hijos, tampoco ha hecho una conjetura sobre el significado que el problema pueda tener en un marco más general de la familia. Tampoco se preocupa por otros comportamientos disfuncionales de la familia, si no se presentan como problema.

Al utilizar este enfoque, no es necesario cambiar todos los comportamientos en un ciclo autorreforzante para suprimir el problema, ni es esencial que toda la familia esté presente para producir un cambio.

La escuela estratégica enfoca el problema diciendo que hay que atacar la unidad, no la familia, a diferencia de la escuela estructural. Los terapeutas estratégicos no se preocupan por ver unidos a todos los miembros de una familia.

Para ellos, la clave del cambio es el arte con que puedan reenmarcar la percepción que el cliente tiene del contexto de su comportamiento. La idea es cambiar la "realidad" del cliente, de modo que sean posibles varios comportamientos distintos. En su labor clínica los terapeutas estratégicos se valen de toda una variedad de dobles ataduras terapeuticas, y para hacerlas más aceptables, de toda una variedad de razones benevolas. Sostienen que no les importa si creen o no en la ingeniosa razón que dimos al cliente para hacerle cambiar de costumbres; mientras las cambie, su misión esta cumplida.

La contribucion de la escuela estratégica ha consistido en crear un modelo elegante y ahorrativo para el cambio. El empleo de técnicas paradójicas para contrarrestar este tipo de problemas (secuencia autoperpetuadora de comportamientos) es un arma inapreciable. Adoptan una fuerte posición terapéutica al desafiar constantemente el deseo de cambiar de la familia. Esto no sólo mantiene el control del terapeuta sino que se basa en las cualidades oposicionales de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, casi obligándolas a cambiar al resistir toda orden de no hacerlo.

En forma de síntesis se puede decir que si los estructuralistas necesitan reconocer su conocimiento del proceso, los estratégicos necesitan reconocer su conocimiento de la forma.

2.1.7 MODELO DE MILAN

En 1972 S. Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata presentan los resultados del trabajo terapéutico realizado con 15 familias en las que existían hijos que presentan conductas psicóticas y diagnosticados como esquizofrénicos. El trabajo que llevaba a cabo este grupo se centraba en la estructura de la comunicación de las familias más que en la estructura propia de éstas. Para el grupo el término esquizofrenia se entiende como una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que pueden observarse en el grupo natural en que esta aparece, la familia.

Esta investigación mostró cómo las familias con transacción esquizofrénica "sostienen su propio juego a traves de marañas paradójicas [patrones interaccionales] que involucran a todos los miembros de la familia, marañas que pueden ser disueltas sólo por medio de paradojas ad hoc"

Este tipo de familias está regulada o se autorregula por una simetría llevada a tal punto de exasperación que se hace no declarable y por lo tanto encubierta. En el afán por definir la relación todos los miembros de la familia entablan un juego cuya condición principal es que no haya vencedores ni vencidos. Se recurrirá a todas las formas posibles para evitar que sea el otro quien defina la relación, pero como no debe haber vencedores, el mismo

individuo que descalifica, desconfirma o rechaza una propuesta tendrá que descalificar, contradecir o, en el peor de los casos, desconfirmar sus propias propuestas.

Los integrantes del grupo de Milán trabajaban en equipo en sus intervenciones terapéuticas. Se dividían en dos parejas heterosexuales. Una de ellas estaba detrás del espejo de una sala bicameral y la otra al frente de la familia. El objetivo era identificar algunas repeticiones en la interacción inicial de la familia con cualquiera de los terapeutas a fin de intuir los patrones interaccionales del grupo familiar. La función del equipo que está detrás del espejo es la de observar, apoyar e intercambiar opiniones durante el proceso de la sesión.

Cada sesión se divide en cinco partes: presesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión de la sesión y acta de la sesión. En la presesión el equipo discute acerca de lo que se trabajará durante la sesión, basándose en la información que se obtiene del acta de la sesión anterior; durante la sesión el interés se centra en cómo se dan las modalidades comunicacionales de la familia y en observar las secuencias interaccionales; en la tercera parte se discute el contenido de la sesión y se decide cómo concluirla; la conclusión consiste en un breve comentario o en una prescripción que resulten paradójicos; en la última parte el equipo se reúne para discutir las reacciones observadas en el cierre, formular un plan de trabajo y redactar finalmente un acta de la sesión.

En vista de que la familia con transacción esquizofrénica sostiene un juego a través de marañas paradójicas, según el grupo de Milán, en el trabajo terapéutico éstas deben ser contrarrestadas con una contraparadoja. El grupo encontró que todo intento por prescribir a la familia que prescindiera de sus mecanismos autorreguladores podría provocar que la familia pusiera en marcha estos mismos mecanismos a fin de no definir la relación con los terapeutas. Entonces la contraparadoja consiste en lo que el grupo llamó **connotación positiva**, que consiste en enmarcar positivamente todas las conductas, incluido el síntoma, el cual incluso se prescribía, como formas útiles de mantener la homeostasis.

Con este recurso se colocaba a todos los miembros de la familia en un plano tal que dificultaba la descalificación de los terapeutas; se podría abordar de una manera sistémica una vez repartidas las conductas y el síntoma entre todos los miembros y aliaba a los terapeutas a través de la confirmación de la tendencia a la homeostasis de la familia.

Una contribución más del grupo de Milán es la prescripción de **rituales terapéuticos**. El ritual fue introducido formalmente en los modelos sistémicos de terapia familiar en 1974 por Mara Selvini Palazzoli. El grupo encontró que existían ciertas premisas inherentes a la familia y que matizaban sus relaciones. A estas premisas que expresan convicciones compartidas se les incluye en el concepto de **mito**. Cada vez que las relaciones familiares ponen en riesgo de ruptura al sistema, el mito regula o favorece la homeostasis.

El ritual modifica las reglas del juego al actuar sobre el mito introduciendo al sistema una premisa nueva.

Otro recurso utilizado por el grupo es la formulación de una hipótesis sistémica que marca la línea a seguir durante la entrevista terapéutica y que permite explicar el mantenimiento del síntoma en el sistema familiar. De acuerdo a la utilidad que tenga la hipótesis en el abordaje terapeutico, se podrá planear la forma de intervención. Cuando la formulación de una hipótesis se traduce al lenguaje paradójico de la connotación positiva de la tendencia homeostática, provoca, en consecuencia, la capacidad de transformación del sistema. La familia responde a la prescripción del síntoma rechazando no sólo el mensaje, sino también los comportamientos que están involucrados en la prescripción, descubriendo nuevas formas de organizarse para establecer nuevos patrones de interacción.

2.2 EL MOVIMIENTO DE TERAPIA FAMILIAR EN MEXICO

El movimiento de terapia familiar en México se inicia en los años 60's, a través de psiquiatras entrenados en el extranjero, principalmente en Canadá y Estados Unidos.

Es a partir de 1963 que en México el movimiento familiar se manifiesta con la presencia de Raymundo Macías, quien se entrenó en Montreal. En 1969 publica el primer artículo sobre terapia familiar en México: "Hacia la psicoterapia familiar"; empieza a impartir cursos de dinámica y terapia familiar en la Facultad de Psicología de la UNAM.

En 1968 Lauro Estrada y Roberto Derbez regresan de Montreal después de haberse entrenado como terapeutas familiares. En 1969 Teodora Abel imparte un taller sobre terapia familiar en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; N. Epstein dictó conferencias sobre psicoanálisis y terapia familiar y colabora en el diseño del primer programa de Especialización en Terapia Familiar en 1970. Durante ese año se da el primer taller dentro del programa de terapia familiar, contando con A. Ferreira, N. Epstein, T. Forrest, T. Abel y A. Kadis.

En 1973 se forma el "Instituto de la Familia A.C." (IFAAC) cuyo comité está integrado por R. Macías, L. Estrada, R. Derbez, L. Chagoya, M. Barragán, S. Mekler y L. Leñero. En este instituto el entrenamiento conlleva diferentes técnicas de enseñanza:

1. Laboratorio de familias (familias simuladas).
2. Videograbación de los estudiantes en acción.
3. Revisión bibliográfica.
4. Observación de un caso continuo (seis meses).
5. Conferencias teóricas.
6. Supervisión semanal en grupos.

En 1975, y a partir de la escisión en el IFAAC, se forma el "Instituto Mexicano de la Familia A.C." (IMFAC), creado por M. Barragán y L. T. Millán.

El entrenamiento en terapia familiar ha sido posible gracias al apoyo que han brindado instituciones como: El Hospital Infantil de México, Hospital General, Seguro Social, DIF, etc.

A partir del surgimiento de los modelos terapéuticos de Milán y del Proyecto de Terapia Breve de Ackerman se han publicado artículos e investigaciones acerca de la terapia familiar en nuestro país. Algunos de estos versan sobre la utilidad de ésta en Centros de Salud Mental Comunitaria para el abordaje de la histeria disociativa, psicosis, crisis matrimonial y drogadicción. (Sanz Romero, 1984). Y en formas de comunicación como doble vínculo, desconfirmación, respuesta tangencial y doble mensaje, detectadas en una familia, que inciden en un miembro de ésta descrito como esquizofrénico. (Flores Gutierréz, 1992).

En 1980 se fundó la Asociación de Psicoterapeutas Familiares A.C., bajo la dirección de José Emerich, y cuyo objetivo es reunir e impulsar tanto a los nuevos terapeutas como al movimiento mismo en México.

2.2 DESCRIPCION DEL PROYECTO DE TERAPIA BREVE PARA FAMILIA

Al hablar del Proyecto de Terapia Breve para Familia (P.T.B.F.) se hace necesario hacer referencia a cuatro años de trabajo dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", durante los cuales se ha integrado un equipo multidisciplinario formado por un médico paidopsiquiatra, un terapeuta familiar, psicólogos y pasantes de psicología, los que a través de cursos taller han logrado compartir una formación epistemológica, teoría y práctica de la Terapia Familiar Sistémica.

Fue a partir de 1991 que este equipo comenzó a conformarse dentro de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes Mujeres (U.A.M.), en ese tiempo la función del equipo era la de favorecer la confirmación de la "mismidad" de las adolescentes dentro de la Unidad. Esta confirmación de su mismidad era posible sólo en tanto que el personal hubiera logrado un giro importante en su acercamiento a ellas. Habían dejado de ser vistas y tratadas como "pacientes psiquiátricas", ahora eran jóvenes con problemas.

Esta nueva actitud terapéutica se mantuvo a lo largo del periodo comprendido entre Febrero de 1992 y Julio de 1993 dentro de las instalaciones de la U.A.M. gracias al apoyo brindado por todo el personal que dentro de ella laboraba (Médico Paidopsiquiatra, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadora Social y Pasantes de Psicología).

Fue durante este intervalo de tiempo que se propuso por primera vez la opción de llevar a cabo un tratamiento que involucrara a la familia de las pacientes internadas allí y que cubrieran los siguientes características: Adolescente mujer menor de 18 años, sin etiología orgánica y cuyos diagnósticos fueran esquizofrenia o depresión con o sin intento suicida.

En el mes de Julio de 1993 se creó una nueva clínica dentro del hospital, a la que se trasladó parte del equipo terapéutico que llevaba a cabo el P.T.B.F. en la U.A.M. (Dr. Luis Ramírez, Psic. Jaime Dávila y los pasantes de psicología). El trabajo que se llevaba a cabo en este nuevo servicio consiste en dar a las familias que se inscriben en él la posibilidad de encontrar una solución rápida y eficaz a el o los problemas que las llevaron

hasta allí a través de un Proyecto Breve de Terapia Familiar cuya duración promedio es de 15 sesiones.

Las familias asignadas a este servicio son canalizadas por consulta externa, las diferentes clínicas y unidades de hospitalización. En un primer momento del proceso terapéutico se realizan tres valoraciones: médica, psicológica y familiar. El objetivo de estas valoraciones es proporcionar la información que permita la inclusión o no de la familia dentro del proyecto en función de los criterios ya establecidos para los pacientes:

1.- Pacientes en quienes no exista presencia de organicidad

2.- Pacientes que presenten valores mínimos promedio en su coeficiente intelectual.

Una vez aceptada la familia se les anuncia que se trata de un proyecto de investigación, se describe el plan de trabajo y se les lee el acta de Helsinki. Si la familia accede a formar parte del proyecto se solicita su firma de conformidad. Posteriormente se aplica el cuestionario de adaptación y cohesión familiar FACES-II (al inicio y final del tratamiento).

El trabajo realizado para desarrollar dicha propuesta terapéutica permite abordar una problemática denominada "psiquiátrica" como algo que logra trascender las cualidades de un individuo y que forma parte del mecanismo autorregulador que mantiene en homeostasis al sistema familiar.

La propuesta terapéutica de P.T.B.F. ha tomado como base los modelos sistémicos de la escuela de Milán, con Palazzoli a la cabeza, y del Proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman para la Terapia Familiar representado por los trabajos de P. Papp y O. Silverstein.

En esencia se retoma la propuesta de Milán de centrar el trabajo en la estructura comunicacional propia de cada familia con el fin de conocer las reglas o normas que rigen la "peculiar" forma que tiene cada familia de relacionarse y que mantiene la o las conductas "patológicas", para así, intentar cambiar las reglas a fin de poder influir sobre el síntoma en busca del cambio. Para llegar a este cambio se hace uso de intervenciones paradójicas conocidas como "connotación positiva" y de la "prescripción del

síntoma", que consiste en señalar a la familia las ventajas que les representa el síntoma, conectándolo con todos los miembros de la familia para posteriormente prescribirlo; con lo que se logra situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano para provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja: ¿cómo es posible que este equilibrio familiar que los terapeutas definen como positivo y deseable deba ser obtenido al precio de un "paciente" en la familia?.

Durante el proceso terapéutico se emplea también la "prescripción de rituales terapéuticos", cuya estructura está basada en los mitos y creencias de las familias que mantienen las reglas del juego "patológico", por lo que con el ritual se pretende actuar sobre las creencias familiares introduciendo al sistema una premisa nueva, modificando así las anteriores reglas de relación. Por otro lado se toma la propuesta de P. Papp y O. Silverstein acerca de la elaboración de una hipótesis que marca la línea de trabajo a través de la cual gira la entrevista a fin de obtener información de los niveles ideacional, conductual y emocional de la familia. El propósito de la hipótesis es establecer conexiones entre el síntoma y el sistema que explican el mantenimiento del primero. Una vez establecida esta conexión se puede proceder a realizar intervenciones paradójicas dadas a través de mensajes basados en la oposición (uno a favor y otro en contra del cambio), planteando el "dilema del cambio", pues se espera que los miembros de la familia se opongan a la parte del mensaje que se refiere a la imposibilidad de cambiar. Sin embargo, es la familia misma quien tiene la posibilidad de elegir entre las opciones cambio - no cambio.

Para realizar estas intervenciones el equipo multidisciplinario, formado por cuatro terapeutas, divide sus funciones. Dos se presentan al frente de la familia como terapeutas e informan de la participación de dos ó más colaborando detrás de una cámara de Gesell, denominados "equipo terapéutico". La función de este equipo es la de proveer retroalimentación tanto a los terapeutas que están al frente como a la familia misma por medio de observaciones e intercambio de opiniones durante el proceso de cada sesión. Esta labor se lleva a cabo mandando mensajes o con intervenciones directas.

El equipo participa también en la elaboración de los mensajes paradójicos conservando la posición de "no cambio" mediante el envío de constantes mensajes preparados en colaboración con los terapeutas.

El trabajo de cada sesión se divide en cinco momentos: presesión, sesión, intersesión, conclusión y postsesión.

En la presesión el equipo discute acerca de lo que se trabajara durante la sesión, basándose en la información que se obtiene del acta de la sesión anterior; durante la sesión el interés se centra en observar cómo se dan las modalidades comunicacionales de la familia y en observar las secuencias interaccionales que mantienen el síntoma con el fin de formular las hipótesis e intervenciones. En la intersesión se discute el contenido de la sesión y se elaboran los mensajes. La conclusión consiste en un breve comentario o en una prescripción que resulte paradójica. En la última parte el equipo se reune para discutir las reacciones observadas en el cierre, formula un plan de trabajo y redacta finalmente el acta de la sesión.

Durante el proceso terapéutico se reelabora con la familia el significado de enfermo psiquiátrico a través de la nueva visión que aportan las técnicas empleadas, permitiendo que se resignifique la enfermedad, ahora como un problema que comparte toda la familia. Sin embargo esta noción de enfermedad aún puede estar insertada dentro del marco de creencias de la familia, la familia extensa y la comunidad, por lo que se hace necesario, al término del proyecto, elaborar un ritual que modifique esa creencia. Ritual de desestigmatización.

La creación de este ritual, elaborado por los terapeutas encargados del servicio, el Dr. Luis Ramírez y el Psic. Jaime Dávila, surge de la necesidad de impulsar un proceso social de desestigmatización que favorezca la evolución del adolescente y su familia en su propio ciclo vital.

Este ritual se lleva a cabo una vez verificada la mejoría sintomática del adolescente. Se realiza en el contexto hospitalario con la participacion de los terapeutas, el equipo, la familia, un miembro de la familia extensa, un miembro de la comunidad y un representante de la escuela del paciente. Esta es una lista sugerida que puede ser modificada por la familia.

El ritual se desarrolla con la recapitulación de la fecha de ingreso, los síntomas que impulsaron a solicitar servicio en el hospital, las demandas de la familia, el número de sesiones cubiertas hasta el momento, lectura de los datos de la historia clínica, la valoración médica, psicológica y familiar que han servido de sustento para nuestra afirmación de que el individuo nunca ha estado enfermo, sino que son respuestas a las vicisitudes propias de la evolución familiar. Por lo tanto, con la autoridad clínica que enviste al equipo terapéutico, se anuncia explícitamente que el adolescente no está ni ha estado enfermo.

A continuación se describen las conductas observadas del adolescente y su familia al ingresar al servicio y se anuncian los cambios observados. Se hace entrega de un documento oficial que confirma la salud del adolescente. Con todo esto se anuncia el alta definitiva del mismo. Así da inicio el proceso de desestigmatización social.

CAPITULO III

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES

El modelo fue desarrollado por D. Olson, C. Russell y D. Sprenkle (1979, 1980, 1983) para integrar los, aparentemente diversos, conceptos teóricos y terapéuticos usados para describir a las familias. Las dos dimensiones centrales en el modelo son: la **cohesión** y la **adaptación** familiar. Una tercera dimensión es la comunicación familiar, la cual es considerada una dimensión facilitadora de las familias y parejas dentro de la dimensión de adaptación y cohesión.

El modelo circunflejo provee la estructura para describir "tipos" de pareja y familia. Hay cuatro niveles de cohesión y cuatro de adaptabilidad y, poniéndolos juntos, forman 16 celdas o tipos de familias. Algunas parejas o familias han sido ubicadas dentro de uno de los 16 tipos. Podría llegar a ser posible reducir los 16 tipos a tres más globales: equilibrado, medio y extremo.

Las familias equilibradas son aquellas que caen dentro de las dos celdas centrales, tanto de cohesión como de adaptación.

Las familias medias son aquellas que caen dentro de una de las celdas extremas de una dimensión y en las celdas centrales de la otra.

Las familias extremas son aquellas que caen dentro de las celdas extremas de ambas dimensiones.

Cohesión, Adaptabilidad (cambio) y Comunicación son tres dimensiones de la conducta familiar que emergen de un agrupamiento conceptual de más de 50 nociones desarrolladas para describir la dinámica familiar y marital. Algunos de estos conceptos han sido utilizados desde hace décadas (ejem. poder, roles) y muchos de ellos han sido desarrollados a partir de observaciones individuales de familias problema desde una perspectiva sistémica general (ejem. pseudo mutualidad, doble vínculo, etc.). Después de la revisión de las definiciones conceptuales de algunos de estos términos cambió el aparente malestar de esta terminología creativa. Los términos fueron conceptualmente similareós y fácilmente relacionables con los procesos familiares. Así, habiéndose hecho un proceso de interacción entre los integrante de la familia del grado en el cual un individuo fue separado o conectado a su sistema familiar se le llam a éste *cohesión familiar*. La segunda dimensión fue la *adaptabilidad familiar*, la cual se centró sobre la extensión a la cual el sistema familiar fue flexible y hábil para el cambio. La

tercera dimensión se enfoco en la comunicación familiar entre varios miembros.

3.1 COHESION FAMILIAR.

La cohesión familiar está definida como un "vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia el otro". Dentro del modelo Circunflejo algunos de los conceptos específicos o variables que pueden ser usados para diagnosticar y medir la cohesión familiar son: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación. Existen cuatro niveles de cohesión que circulan desde desunido (muy bajo), separado (bajo o moderado), conectado (moderado alto) y enmarañado (muy alto). La hipótesis del modelo sostiene que los niveles centrales de cohesión (separado y conectado) son los más viables para la familia funcional y los niveles extremos (desunido y enmarañado) generalmente son vistos como problemáticos, ". . .ya que el primero implica exceso de autonomía de los miembros y poco compromiso; el segundo no permite el crecimiento personal por un exceso de involucración".

3.2 ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

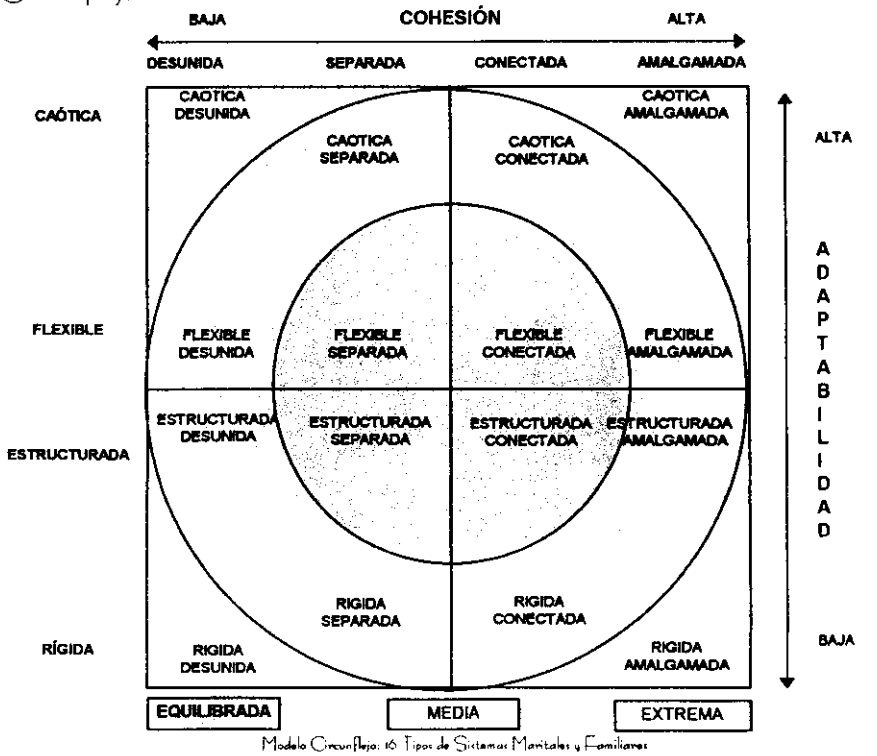
La adaptabilidad familiar está definida como "la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles relacionales y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo". En el método para describir, medir y diagnosticar parejas en esta dimensión han sido tomados una variedad de conceptos de diversas disciplinas de las ciencias sociales. Estos incluyen: poder familiar (asertividad, control y disciplina), estilos de negociación, roles y reglas de relación. Los cuatro niveles de adaptabilidad circulan desde rígido (muy bajo), estructurado (bajo moderado), flexible (moderado alto), hasta caótico (muy alto) y, al igual que en la cohesión, los niveles centrales (estructurado y flexible) son los más propicios para el funcionamiento marital y familiar, en tanto que los extremos (rígido y caótico) son los más problemáticos. Básicamente la adaptabilidad se enfoca en la habilidad del sistema para el cambio, y entran en juego los conceptos de morfostasis (tendencia al no cambio) y morfogénesis (potencial para el crecimiento y el desarrollo). Para entender cómo se afectan las diferentes celdas del modelo planteado por

los autores se anexan en el apendice A, unas tablas de conceptos relacionados de las dimensiones de cohesión y adaptacion.

3.3 COMUNICACION FAMILIAR .

Esta es la tercera dimensión en el modelo Circunflejo, y está considerada como una dimensión facilitadora que permite a las familias moverse en las otras dos dimensiones, por esta razón no aparece en el diagrama de tipología familiar. La comunicación es considerada como un mecanismo crítico sobre las otras dos dimensiones. La destreza en la comunicación positiva (empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo) posibilita a las parejas y familias participar con cada uno de los otros en sus necesidades de cambio. La habilidad para la comunicación negativa (doble mensaje, doble vínculo y critica) minimiza la habilidad de los miembros del sistema para mostrar sus sentimientos y, con eso, restringir sus movimientos en estas dimensiones.

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad pueden ser mejor entendidas si se observa el esquema siguiente, el cual representa al modelo Circunflejo.



Modelo Circunflejo: 16 Tipos de Sistemas Maritales y Familiares

Las hipótesis derivadas del Modelo Circunflejo proveen una dirección teórica unificada para esta visión del grupo familiar. Hipótesis específicas vinculan las dimensiones indicadas en la figura 1. Primero, las familias equilibradas pueden tener grandes recursos (fortaleza familiar y marital) a través del ciclo vital. Segundo, a causa de estos recursos, las familias equilibradas pueden ser menos vulnerables al estrés y podrían tratar más efectivamente con éste. Tercero, las familias equilibradas podrían también usar varias estrategias de contención para tratar con eventos estresantes. Por último, las familias equilibradas podrían tener generalmente niveles más altos de satisfacción familiar y marital.

Olson, Russell y Sprenkle (1983) desarrollaron varias hipótesis con una orientación clínica de este modelo, las cuales fueron probadas empíricamente por estos autores (Olson et al., 1980), y que, posteriormente se convirtieron en líneas de investigación que han sido también comprobadas desde 1976 con los estudios de Moos y Moos utilizando la Escala de Ambiente Familiar (FES), y en la cual se identificaron seis tipologías familiares empleando un análisis grupal del significado de los puntajes de cada integrante de la familia.

Línea general: Existe una relación circular entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el funcionamiento efectivo de la familia.

I: Las parejas o familias que están balanceadas (situadas en los dos niveles centrales) en cohesión y adaptabilidad, funcionan en general más adecuadamente a lo largo del ciclo vital que las que se encuentran en los extremos de estas dimensiones.

II: Los tipos de familia balanceados poseen un repertorio de conductas más amplio y tienen más posibilidades de cambio que los tipos extremos.

III: Si las expectativas normativas de una pareja o familia apoyan o favorecen conductas extremas en una o ambas dimensiones del modelo, estas funcionarán correctamente siempre y cuando todos los miembros de la familia acepten estas expectativas.

IV: Las parejas y las familias funcionarán más adecuadamente si existe un alto grado de congruencia entre las descripciones de lo percibido y lo ideal para todos los miembros de la familia.

V: Las familias y parejas balanceadas tenderán a tener más habilidades positivas de comunicación que las familias extremas.

VI: Las habilidades positivas de comunicación permiten a las familias balanceadas cambiar sus niveles de cohesión y adaptabilidad más fácilmente que a las familias extremas. (enviar mensajes claros y congruentes, empatía, comentarios de apoyo y habilidades afectivas para solución de problemas).

VII: Para manejar el estrés situacional y los cambios debidos al desarrollo a lo largo del ciclo vital, las familias balanceadas variarán su cohesión y adaptabilidad, mientras que las familias extremas se resistirán al cambio.

Olson et al. (1983) postulan que el Modelo Circunflejo "es dinámico ya que asume el cambio y propone que esta posibilidad de cambio implica el mantenimiento y mejoramiento del funcionamiento familiar". También proponen que en determinadas etapas del ciclo vital las familias se situarán en una tipología más que en otra. Tomando en cuenta los cuatro estados propuestos por los autores, y por los que atraviesa una familia durante su ciclo vital se puede hipotetizar la tendencia que tendrán las familias a ubicarse dentro de la tipología familiar.

Estado 1.- parejas sin niños.

Estado 2.- familias con niños hasta los doce años de edad.

Estado3.- familias con adolescentes.

Estado 4.- parejas en edad avanzada.

Se espera que las parejas sin niños tiendan a ubicarse en las celdas del cuadrante superior derecho (caóticamente enmarañada, caóticamente conectada, flexiblemente enmarañada y flexiblemente conectada).

Que las familias con niños, inicialmente, tiendan a ubicarse en el cuadrante anteriormente señalado y después se muevan hacia el cuadrante inferior derecho (estructuradamente conectado, estructuradamente enmarañado, rígidamente conectado y rígidamente enmarañado).

En cuanto a las familias con hijos adolescentes se espera que se ubiquen en celdas balanceadas (flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuradamente separada y estructuradamente conectada).

Finalmente, las parejas en edad avanzada que no atraviesan por una crisis, se ubicarán dentro del área balanceada, mientras que las parejas que si atraviesan por situaciones de crisis se espera que se ubiquen en los cuadrantes inferior izquierdo (estructuradamente separada, estructuradamente desunida, rígidamente separada y rígidamente desunida) o derecho (estructuradamente conectada, estructuradamente enmarañada, rígidamente conectada y rígidamente enmarañada).

CAPITULO IV

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo antes expuesto surge la pregunta de si la terapia familiar modificó las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en los sistemas familiares. Para poder responder a esta pregunta fue necesario buscar las variaciones que se dan en las dos dimensiones, tanto antes como después del tratamiento, y ver si las familias que terminaron con éxito el tratamiento, esto es, que modificaron su equilibrio de manera que el motivo que los llevo a pedir ayuda dejó de ser un problema, se agruparon en el área central del modelo Circunflejo (familias equilibradas).

De aquí se derivaron las siguientes hipótesis conceptuales:

H_1 Antes del tratamiento las familias que solicitan el servicio de terapia familiar se agrupan en los niveles medio y extremo del modelo Circunflejo.

H2 Las familias que concluyen con el tratamiento se agrupan en los niveles medios y equilibrados del modelo Circunflejo.

También se desprenden las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de los padres

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de las madres

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de los pacientes

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de los hijos 1

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de los hijos 2

Ho Después del tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptación de los hijos 3

H_1 Se encontraron diferencias estadisticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en los padres

H_1 Se encontraron diferencias estadisticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en las madres

H_1 Se encontraron diferencias estadisticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en los pacientes

H_1 Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en los hijos 1

H_1 Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en los hijos 2

H_1 Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de cohesión y adaptación antes y después del tratamiento en los hijos 3

4.2 VARIABLES

4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

El Proyecto de Terapia Breve para Familia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

DEFINICION:

Tratamiento terapéutico de orientación sistémica.

4.2.2 VARIABLES DEPENDIENTES:

La Cohesión y Adaptación Familiar.

DEFINICION:

La Cohesión Familiar se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente a la familia. las

ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros. Involucra los siguientes factores: tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés, diversiones, vínculo emocional, límites.

La Adaptación Familiar se refiere a la flexibilidad del sistema familiar para el cambio. Es la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés que producen fuerzas circunstanciales o del propio desarrollo de los integrantes. Involucra el poder familiar, validez, control, disciplina, estilo de negociación, roles y reglas de las relaciones.

4.3 SUJETOS

Para los fines de esta investigación se consideró trabajar con una población infinita {conformada por todas las familias que participan en el Proyecto de Terapia Familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (36)}, registrada desde Enero de 1992 a Diciembre de 1994.

Para seleccionar a los sujetos se utilizo un sistema de muestreo no probabilístico e intencional (Downie y Heath, 1975), en vista de haber tomado los sujetos que específicamente cumplian con los requisitos de inclusión del Proyecto de Terapia Breve para Familia (PTBF)

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Familias de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil remitidas al Proyecto de Terapia Breve para Familia, menores de 18 años, sin etiología orgánica, con un C. I. dentro de los rangos de normalidad.

4.5 INSTRUMENTOS

Para recabar información acerca de las dimensiones de cohesion y adaptación se utilizo el FACES II (Family Adaptability and Cohesion

Evaluation Scale II) diseñado por D. Olson, R. Bell y J. Portner en 1982 y está basado en el modelo Circunflejo. Este instrumento fue validado en México por: Nolasco N. E. Tovar (1984) para comparar la estructura familiar y el rendimiento académico de alumnos de bachillerato; R. Braverman en una población de estudiantes universitarios y sus familias en un estudio sobre tipología familiar en 1986; por León, Oswaldo, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" para discriminar disfunción familiar en pacientes con sintomatología depresiva y por M. Del Valle en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en la detección de psicopatología familiar en 1990.

El instrumento consiste en una escala de medición de actitudes tipo Lickert con 30 reactivos, que presenta un continuo de cinco categorías:

1.- Casi nunca 2.- De vez en cuando 3.- Algunas veces

4.- Frecuentemente 5.- Casi siempre

Lo anterior permitió trabajar con un continuo de valores intervalares de − a + (menos a más).

4.6 ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Proyecto de Terapia Familiar dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", las cuales consisten en una sala de terapia familiar con un espejo de doble vista, un equipo de sonido, con buena ventilación e iluminación.

4.7 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es retrospectivo, de campo y comparativo.

El diseño experimental que se empleó es el denominado pretest-postest de un solo grupo, que como su nombre lo indica se compone de un grupo único, realizando primero un pretest a tal grupo, después se le sometio a algún tipo de tratamiento y como fase final se administró un postest.

4.8 PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el servicio de Terapia Familiar y consistió en que los pasantes de psicología que desarrollaban su servicio social en esta área aplicaran a todos los integrantes de las familias que asistían por primera vez al servicio la escala de evaluación FACES II antes de iniciar el trabajo terapéutico. Al terminar el tratamiento, después de 10 ó 15 sesiones, que es lo que en promedio dura el trabajo terapéutico, se volvió a aplicar la escala de evaluación FACES II a los mismos integrantes de la familia. Durante el protocolo se evitó que hubiera comunicación entre ellos, aclarando que la información recabada sería confidencial. También se les aclaró que no se les ayudaría a contestar las preguntas, se les pidió que las respondieran como las entendieran. Cuando alguno de los integrantes no sabía leer ni escribir, alguno de los pasantes leía las preguntas y anotaba la respuesta.

Los protocolos de aplicación del FACES II fueron guardados junto con los expedientes de las familias sin que los terapeutas conocieran los resultados de estos a fin de evitar algún posible sesgo en el trabajo terapéutico a futuro con otras familias.

Una vez vaciados los datos obtenidos en los protocolos se llevó a cabo el análisis estadístico con la prueba t de Student por tratarse de dos variables (cohesión y adaptabilidad) medidas en un nivel intervalar en una población. El nivel de significancia (α) que se utilizará es de 0.05 a fin evitar cometer un error de tipo II (dejar de rechazar una Ho cuando en realidad es falsa).

CAPITULO V

RESULTADOS

Se empleó el programa SPSS V 6.1 (95) para realizar el análisis estadístico de los datos con el objetivo de conocer la distribución de la muestra para, posteriormente, establecer si existen diferencias significativas antes y después del tratamiento. Los resultados se presentan a continuación en dos secciones:

A) ANALISIS DESCRIPTIVO: por medio del análisis de las medidas de tendencia central y la distribución dentro del modelo circunflejo.

B) ANALISIS INFERENCIAL: empleando el estadístico de prueba t de Student para muestras correlacionadas.

5.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

Se hizo el análisis de 36 familias en un diseño pretest - postest a traves del cuestionario FACES II el cual mide las dimensiones de adaptación y cohesión. Para facilitar el análisis se agruparon los datos en seis bloques{ PADRE: MADRES: PACIENTES: HIJO1(entre 5 y 12 años de edad) : HIJO2 (entre los 12 y 18 años): HIJO 3 (de 18 años en adelante)}.

PADRES:

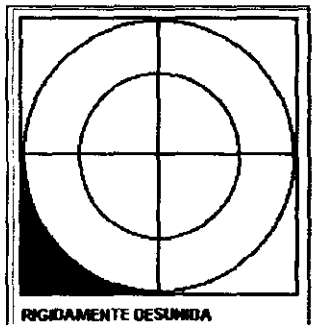
Al inicio del tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 45.33 y en la cohesión se obtuvo una media de 52.19, ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda extrema (rígidamente desunida). Al finalizar el tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 49, y el de la cohesión de 56.56, notándose que la percepción de los padres hacia sus familias se ubicó en una celda media (estructuradamente desunida).

En el caso de la cohesión los valores antes y después se mantienen en la categoría desunida, sin embargo, se nota un incremento del valor de la media después del tratamiento. Se rechazo Ho en ambas dimensiones. ver tabla :

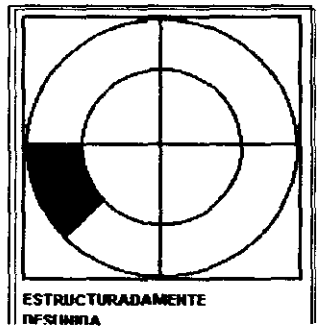
TABLA 1 baremos para el FACES II en padres

ADAPTACIÓNN	MEDIA	DESV EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	43.33	10.07	24	59
POST	49	9.28	27	69

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	52.19	12.55	31	72
POST	56.56	12.30	21	73



Papás antes



Papas después

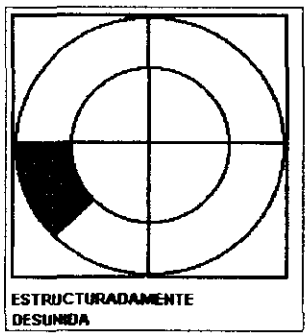
MADRES:

Al inicio del tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 44 y el de cohesión de 53.94 ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda media (estructuradamente desunida). Al finalizar el tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 48.37 y el de la cohesión de 56.40, ubicándose dentro del modelo circunflejo en la misma celda media (estructuradamente desunida). Sin embargo, se nota un incremento en el valor de las medias, tanto de adaptación como de cohesión después del tratamiento. Se rechazó Ho en la dimensión de adaptación y se aceptó en la de cohesión. ver tabla 2

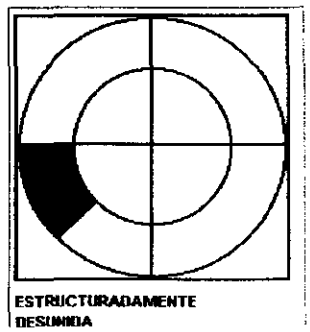
TABLA 2 valores para el FACES II en madres

ADAPTACIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	44	11.17	23	64
POST	48.37	8.62	22	64

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	53.94	11.22	27	73
POST	56.40	12.27	29	72



Mamás antes



Mamás después

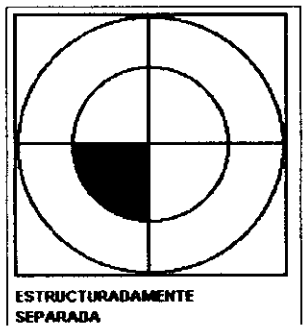
PACIENTES

Al inicio del tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 42.88, y el de la cohesión de 50.62, ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda equilibrada (estructuradamente separada). Al finalizar el tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 44.28 y el de cohesión de 53.41, manteniéndose dentro del modelo circunflejo en una celda equilibrada (estructuradamente separada), notándose una ligera tendencia a incrementar el valor de las medias después del tratamiento. Se aceptó Ho en adaptación y cohesión, ver tabla 3

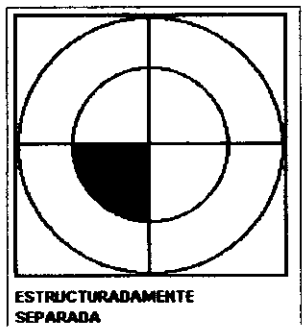
TABLA 3 datos del FACES II en pacientes

ADAPTACIÓN	MEDIA	DESV EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	42.88	9.60	26	62
POST	44.28	7.69	27	61

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	50.62	11.56	26	76
POST	53.41	8.95	35	73



Paciente antes



Paciente después

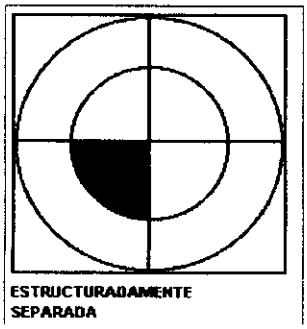
HIJO 1:

Al inicio del tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 43.11, y el de la cohesión de 49.39, ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda equilibrada (estructuradamente separada). Al finalizar el tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 45.26 y el de cohesión de 53.52, notándose que la percepción de los hijos 1 hacia su familia se ubicó en otra celda equilibrada (flexiblemente separada). Aunque la cohesión mantuvo la misma ubicación dentro del modelo circunflejo, se notó un incremento en el valor de la media. Se aceptó Ho en adaptación y se rechazó en cohesión. ver tabla 4

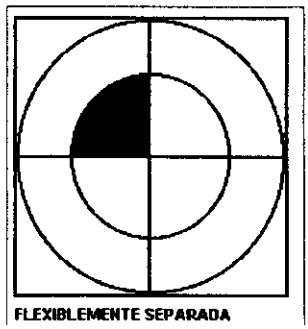
TABLA 4 baremos para FACES II en hijo 1

ADAPTACIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	43.11	9.69	18	58
POST	45.26	7.36	35	60

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	49.39	11.11	24	68
POST	53.52	7.92	39	67



ESTRUCTURADAMENTE SEPARADA



FLEXIBLEMENTE SEPARADA

Hijos 1 antes (entre 5 y 12 años) Hijos 1 después

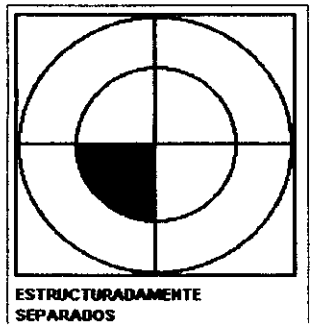
HIJO 2 :

Al inicio del tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 41.07, y el de la cohesión de 52, ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda equilibrada (estructuradamente separada). Al finalizar el tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 44.09 y el de cohesión de 58.64, notándose que la percepción de los hijos 2 hacia su familia se ubicó en otra celda equilibrada (estructuradamente conectada). Aunque la adaptación mantuvo la misma ubicación dentro del modelo circunflejo, se notó un incremento en el valor de la media. Se aceptó Ho en adaptación y se rechazó en cohesión, ver tabla 5.

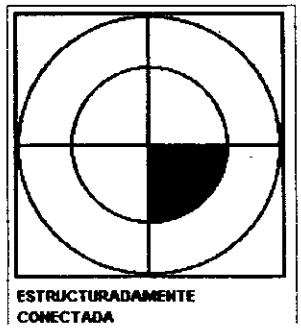
TABLA 5 valore para FACES II en hijo 2

VARIABLE	MEDIA	DESV EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	41.67	8.96	31	63
POST	44.09	6.35	35	55

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	52.00	12.42	35	71
POST	58.64	6.67	46	70



ESTRUCTURADAMENTE SEPARADOS



ESTRUCTURADAMENTE CONECTADA

Hijos 2 antes (entre 12 y 18 años) Hijos 2 despues

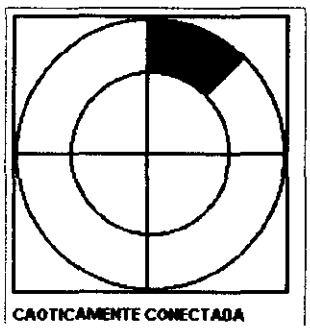
HIJO 3:

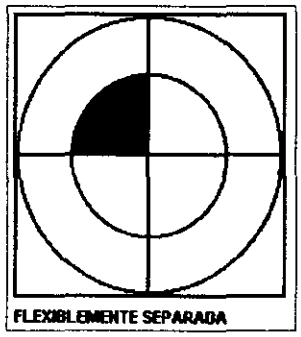
Al inicio del tratamiento el valor de la media en adaptación fue de 53.5. y el de la cohesión de 62. ubicándose dentro del modelo circunflejo en una celda media (caóticamente conectada). Al finalizar el tratamiento, el valor de la media de adaptación fue de 51 y el de cohesión de 53. notándose que la percepción de los hijos 3 hacia su familia cambió a una celda equilibrada (flexiblemente separada). Se aceptó Ho tanto en adaptación como en cohesión ver tabla 6.

TABLA 6 datos para FACES II en hijo 3

ADAPTACIÓN	MEDIA	DESV EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	53.50	3.54	51	56
POST	51.00	9.90	44	58

COHESIÓN	MEDIA	DESV. EST.	MÍNIMO	MÁXIMO
PRE	62.00	8.49	56	68
POST	53.00	14.14	43	63





Hijos 3 antes (mayores de 18 años) Hijos 3 después

5.2 ANALISIS INFERENCIAL

Se realizó el análisis de dos muestras correlacionadas con el fin de obtener los valores del estadístico de prueba t de Student.

Para facilitar el análisis y la interpretación se agruparon los datos en seis bloques (PADRES: MADRES: PACIENTES: HIJO1: HIJO2: HIJO 3).

PADRES

En cuanto a los padres se obtuvo que en la dimensión de adaptación hubieron diferencias [t= (gl = 24) - 3.71; p = 0.001*] antes y después del tratamiento. De acuerdo a las medias se encuentra que estas diferencias fueron significativas, incrementando esta medida al término del tratamiento.(media antes = 44.0; media después = 49.1).

Los niveles de cohesión en papás mostraron también diferencias [t= (gl = 24) - 3.91; p = 0.001*] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias encontramos que estas diferencias fueron significativas, notándose un incremento de éstas al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 53.3; media después = 58.4). (ver tabla 7)

MADRES

En cuanto a las madres se obtuvo que en la dimensión de adaptación hubieron diferencias [t= (gl = 34) - 2.04; p = 0.049*] antes y después del tratamiento. De acuerdo a las medias se encuentra que estas diferencias fueron significativas, incrementándose éstas al término del tratamiento.(media antes = 44.0; media después = 48.3).

Los niveles de cohesión en madres no mostraron diferencias significativas [t= (gl = 34) - 1.21; p = 0.235] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se corrobora esto, notándose un incremento no significativo de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 53.9; media después = 56.4). (ver tabla 7)

PACIENTE

Los niveles de adaptación en pacientes no mostraron diferencias significativas [t= (gl = 28) - 0.58; p = 0.566] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se confirma esto, notándose un mínimo incremento de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 43.3; media después = 44.2).

Los niveles de cohesión en el paciente tampoco mostraron diferencias significativas [t= (gl = 28) - 0.89; p = 0.381] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se evidencía esto, notándose un mínimo incremento de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 52; media después = 53.4). (ver tabla 7)

HIJO 1

Los niveles de adaptación en hijos 1 no mostraron diferencias significativas [t= (gl = 22) - 0.75; p = 0.463] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se verifica esto, notándose un incremento no significativo de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 43.6; media después = 45.2).

Los niveles de cohesión en hijo 1 mostraron diferencias [t= (gl = 222) - 0.99; p = 0.059*] antes y después del tratamiento. De acuerdo a las medias se encuentra que estas diferencias fueron significativas, incrementándose éstas al término del tratamiento (media antes = 49.3; media después = 53.2). (ver tabla 7).

HIJO 2

Los niveles de adaptación en hijos 2 no mostraron diferencias significativas [t= (gl = 10) - 1.38; p = 0.199] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se corrobora esto, notándose un incremento no significativo de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 41.3; media después = 44).

En Los niveles de cohesion en hijo 2, aunque las diferencias fueron marginales, se mostraron significativas [t= (gl = 10) - 2.02; p = 0.071**] antes y después del tratamiento. Esta diferencia se mantiene en los valores

de las medias antes y después, incrementándose significativamente (media antes 51.7; media después 58.6). (ver tabla 7)

HIJO 3

Los niveles de adaptación en hijo 3 no mostraron diferencias significativas [t= (gl = 1) - 0.56; p = 0.677] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se confirma esto, notándose un decremento de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 53.5; media después = 51).

Los niveles de cohesión en hijo 3 tampoco mostraron diferencias significativas [t= (gl = 1) - 2.25; p = 0.266] antes y después del tratamiento. Por los valores de las medias se corrobora esto, notandose un decremento de las medias al finalizar el proceso de evaluación (media antes = 62; media después = 53). (ver tabla 7).

TABLA 7 VALORES DEL ESTADÍSTICO DE PRUEBA

DIMENSION	media antes	media después	t	p
ADAPAPAS	44	49.1	-3.71	0.001*
COHPAPAS	53.3	58.4	-3.91	0.001*
ADAMAMAS	44	48.3	-2.04	0.049*
COHMAMAS	53.9	56.4	-1.21	0.235
ADAPACIENT	43.3	44.2	-0.58	0.566
COHPACIENT	52	53.4	-0.89	0.381
ADAHIJO1	43.6	45.2	-0.75	0.463
COHHIJO1	49.3	53.5	-1.99	0.059*
ADAHIJO2	41.3	44	-1.38	0.199
COHHIJO2	51.7	58.6	-2.02	0.071**
ADAHIJO3	53.5	51	.56	0.577
COHHIJO3	62	53	2.25	0.266

* p ≤ 0.05 **p = valor marginal

CAPITULO VI

DISCUSION, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Sin duda una de las demandas más frecuentes de las familias que asistían al servicio de terapia familiar del hospital Psiquiátrico Infantil, por parte de los padres era, el que sus hijos cambiaran, que respetaran normas y reglas, y en algunos casos, que su relación de pareja mejorara o se definiera.

Es curioso que antes de iniciar el trabajo terapéutico los resultados del FACES II mostraran que los hijos y la madre perciben a sus familias dentro de la celda estructurada de la tipología familiar del modelo circunflejo. Los integrantes que diferían en esta visión fueron el padre y los hijos mayores, y de estos, sólo el padre fue quien percibio a su familia en una celda caótica (rígidamente desunida).

Ahora bien, prestando momentáneamente atención a la dimensión de adaptación (rigidez) se observó que los padres percibían antes de la terapia ciertos problemas en la toma de decisiones, fluctuando de pasiva a agresiva, cierta dificultad para cambiar la estructura de poder en el sistema marital y roles relacionales en función de percibir un líder autoritario y autocrático, así como problemas para establecer reglas de relación en respuesta al estrés situacional y crisis de desarrollo , lo cual posibilitaba una pobre solución de problemas, con roles estereotipados, reglas rígidas y con una retroalimentación primordialmente negativa.

El hecho de que los padres percibieran a un líder autoritario no implicaba que él lo fuera. Es probable que el padre construyera esta creencia en función de las demandas culturales de nuestra sociedad, en donde el hombre es quien debe mostrarse como el jefe de la familia. Esta sugerencia se puede apoyar en la percepción que tienen los demás integrantes de la familia, los cuales perciben a un líder democrático. Sin embargo es posible que los padres interpreten esto como si se les excluyera de la dinámica familiar.

A través de la terapia familiar los padres compartieron la visión de las madres en cuanto a la dimensión de adaptación. Ambos terminaron percibiendo a sus familias en celdas estructuradas.

Es factible el suponer que los padres actuaran la retroalimentación negativa como un problema de comunicación en donde hay pocos o ningún tema de conversación en común. Sin embargo, y siendo la madre quien pasaba más tiempo en casa, en la mayoría de los casos, era ella quien detectaba los

problemas en o del paciente. Ahora existía un tema lo suficientemente importante como para que los padres hablaran de él.

Las madres percibían una familia con un líder, sólo que éste era democrático y con la capacidad de negociar la solución de los problemas, con roles compartidos y reglas estables. Si la percepción de las madres hubiera sido diferente es posible que no le comunicaran nada de lo que observaban en el paciente a sus esposos, y tampoco hubiera percibido una familia con recursos para solucionar el problema.

Ya en terapia, los padres fueron descubriendo y construyendo recursos que les facilitaran el tomar parte activa y positiva en la crisis por la que atravesaba la familia y, en la medida en que fueran dándose cambios en la forma de compartir las responsabilidades, posibilitar una mayor flexibilidad, mostrarse más claro hacia su relación de pareja, compartir poderes y roles, fue que su visión se modificó de rígida a estructurada, igual a la de las madres.

Si las madres se hubieran ubicado en alguna celda equilibrada es posible que el cambio de los padres hubiera tardado más en darse, debido a que ellas "poseían todos" los recursos para solucionar los problemas, y entonces los padres no hubieran tenido cabida en un proceso terapéutico. Sin embargo si las madres se mostraban mediadoras, estructuradas, flexibles es posible que los padres se sintieran complementarios en la relación de pareja y paterna.

De esta manera la percepción que tenían las madres posibilitó un punto de referencia para el resto de la familia. Recordemos que los hijos siempre percibieron a la familia con un buen nivel de funcionamiento, además de percibir a la pareja paterna con una estructura clara. De alguna forma la confianza de pertenecer a una familia que posee recursos generaba que las madres construyeran opciones de solución.

Manejando las posibles opciones en las que las madres se pudieron haber ubicado en las celdas del modelo circunflejo, tenemos que pudo haber percibido a una familia con características correspondientes a una celda equilibrada, como se menciono anteriormente, o con caracteristicas de caotica. En este último caso, si las madres no perciben recursos en la familia o en ellas, lo más posible es que la tarea de solucionar un problema familiar hubiera sido en

extremo ardua para el paciente, en tanto homeostato, tal parece que el paciente posibilitó con su conducta el que mamá se fortaleciera en tanto él se "comprometia", con su síntoma, a ser el "pretexto" para que cada miembro de la familia movilizara sus recursos.

Ante una crisis, los integrantes de la familia comenzarán a modificar sus antiguos patrones de comportamiento, ¿pero en torno a quién o qué?, es factible pensar que en torno al punto de referencia que las madres asumían. Pero por otro lado, ¿qué explica que ellas hayan conservado la misma percepción de sus familias después de concluida la terapia?. Tal vez fue el hallarse dentro de un grupo humano que le ofrecía las ventajas de una familia social y culturalmente "sana", con buena comunicación; coaliciones entre los padres; un manejo adecuado y respetuoso de los afectos, en donde cada uno se hacía responsable de su sentir, pensar y hacer, etc. No había por qué modificar su percepción a alguna otra que boicoteara esas ventajas.

Dentro de las características que comparten padres y madres en la tipología familiar del Modelo Circunflejo (estructuradamente desunida), tenemos: que ahora la expresión de lo que se piensa y se siente permite reconocer los sentimientos propios y, así, asumirse responsable de ellos sin perjudicar a los otros; las creencias respecto a lo que cada uno de los miembros de la familia tenía del otro pudieron ser corroboradas y, en su caso, modificadas, permitiendo con esto que la familia eligiera entre el cambio y no cambio de su situación.

Con la modificación de creencias la familia empezó a respetar sus roles de una manera democrática y explícita, con lo cual la retroalimentación del sistema conlleva información clara y predecible a los niveles ideacional, conductual y emocional de ésta.

Al inicio del tratamiento una de las demandas más frecuentes de las familias era la necesidad de independencia y fortalecimiento de los lazos afectivos, así como el establecimiento de límites interfamiliares. A partir de la utilización de rituales terapéuticos como el "del secreto", los padres reportaron el fortalecimiento de alianzas entre ellos, logrando establecer normas y reglas que fueran respetadas dentro de la familia. También se

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

logró fortalecer la relacion de pareja delimitandola de los subsistemas en tiempo y espacio.

Es importante señalar que en la mayoría de los casos el proceso terminó en terapia de pareja, con lo cual es factible el pensar que en la medida en que los padres y las madres iban compartiendo roles, responsabilidades, derechos y obligaciones esto posibilitó el que los padres se dieran cuenta que ya no era necesario "cargar" con todo el peso que conlleva el percibirse como una figura autoritaria y rígida. Después del cambio, los padres percibían una familia diferente, con mayor capacidad para solucionar problemas y, poco a poco, ir modificando la creencia de ser él el único "jefe de familia"

Si comparamos la tipología de los pacientes con la de los padres se puede observar que, la mayoría de ellos, tienen una percepción y funcionamiento adecuado dentro y fuera de la familia, sin embargo la población de esta categoría es en su mayoría adolescente (entre los 12 y 18 años de edad), y debido a ciertas creencias culturales esta es una edad conflictiva que marca una transición en el ciclo vital de la familia, y cualquier conducta ajena a las normas, principios o valores de ésta, es resignificada como problemática. Así pues, si existen diferencias en la pareja en cuanto a acuerdos, creencias o afectos, es probable que el adolescente sea "la válvula de escape" a las presiones que se van acumulando.

Si el paciente dejara de percibir a su familia con niveles óptimos de funcionamiento (celdas equilibradas del modelo circunflejo) reconocería que vive en una familia con problemas y, tal vez, en riesgo de desintegrarse. Así pues, el paciente muestra síntomas que posibilitan que la familia no deslinde responsabilidades entre sus integrantes y se convierte en el agente que mantiene la homeostasis dentro del sistema, de no hacerlo, tal vez el sistema familiar tendría que enfrentar una crisis para la cual no está preparado. El síntoma del paciente cumple así una cualidad regulatoria e indispensable en el momento particular por el que atraviesa una familia.

Aunque parece que el paciente se "sacrifica" por su familia para que ésta asista a terapia, esta conducta sólo tiene significado en un contexto en el que el resto de la familia "sacrifica" al paciente en aras de un problema o tema en común que facilite el que la pareja confronte su problemática de una

manera constructiva. Como se señaló anteriormente, la mayoría de las familias terminaron en terapia de pareja.

Cuando al paciente se le pide que continúe sacrificándose por su familia o que deje de hacer todo lo que hacía normalmente, él o ella (el paciente) se opone y abandona sus conductas, responsabilizando a sus padres de la solución del conflicto entre estos, mientras tanto el o la paciente asumen la parte de compromiso que les corresponde en la solución del problema familiar.

En la medida en que la pareja va fortaleciendo su relación, las coaliciones entre subsistemas se hacen claras, la comunicación facilita la asertividad, la percepción de un líder democrático da "cabeza" a la familia, se respetan tiempos y espacios así como amistades, es entonces que el paciente está en condiciones de ejercer su rol de adolescente dentro de la etapa del ciclo vital por la que atraviesa (desprendimiento), y esta nueva actitud se enmarca en una visión de separación (de acuerdo al modelo circunflejo), la cual es compartida por el resto de los hijos de cada familia al final del tratamiento, preparándolos para una posible partida sin que se comprometa el lazo afectivo de la familia, logrando compartir tiempos sin perder individualidad.

Tal vez el hecho de que la familia nunca se percibió amalgamada en el aspecto afectivo permite el que la etapa de desprendimiento se vaya dibujando en el esquema familiar y el que los hijos mayores marcaran límites a su influencia en la familia nuclear.

En lo que respecta a los hijos mayores estos percibían a sus familias, antes del tratamiento, con un vínculo afectivo muy estrecho (caoticamente conectada), en donde se observaba cierta dependencia entre sus miembros así como una relación de pareja clara, con actividades familiares compartidas en tiempo y espacio. Percibían a una familia que encaja dentro del modelo familiar tradicional.

Es factible suponer que el rol que juegan los hijos mayores dentro de la familia fuera el de tratar de compensar la "carencia" de un líder o la indulgencia de éste y el que los roles cambiaran en muchas ocasiones de forma dramática, asumiendo el papel de padres y, quizá con esto, provocando el que las reglas fueran, en su mayoría, implícitas y con mucha frecuencia no

respetadas. Ante esto la capacidad en la negociación de problemas adolecía de asertividad y soluciones.

Para tratar de entender cómo es que los hijos mayores poseían tanto "poder" debemos señalar que, en la mayoría de los casos estos vivían aún dentro de la casa de sus padres y aportaban dinero a la economía familiar. Esto generaba mucha confusión entre los hijos menores que trataban de establecer una relación fraterna y no padre - hijo. Es factible que los hijos mayores trataran de salir al rescate de manera consciente al no observar recursos en sus padres. Sin embargo, ya en el contexto terapéutico, se les pidió un voto de confianza hacia su familia y los terapeutas para construir recursos grupales a fin de que la familia nuclear por si sola resolviera las diferentes problemáticas que mostraban. Cuando los propios integrantes de la familia fueron claros en su petición de un mayor respeto a su individualidad y rol, los hijos mayores cambiaron su actitud y marcaron límites en su influencia dentro de la familia.

A lo largo del trabajo terapéutico la familia se fue fortaleciendo gradualmente al grado de que los hijos mayores consideraban que ya no era necesario el "supervisar" el crecimiento y bienestar de ésta. Al término de la terapia los hijos mayores cambiaron su percepción para ubicarse dentro de una celda equilibrada (flexiblemente separada), facilitando con ello el regreso a sus propios sistemas familiares o ejercer su individualidad y autosuficiencia como hijo listo a separarse.

El que el contexto terapéutico haya posibilitado un espacio de reflexión y comunicación diferente al hogar generó el que cada uno de los integrantes del sistema familiar construyera recursos lo suficientemente efectivos para ubicarse, después del trabajo terapéutico, en una celda equilibrada o media del modelo circunflejo, mostrándose como una familia con niveles óptimos de funcionamiento en su dinámica.

A partir del análisis de los resultados del trabajo realizado es posible proponer algunas sugerencias que podrían marcar nuevas líneas de investigación acerca de la cohesión y la adaptación en los sistemas familiares.

Para próximas investigaciones se recomienda ampliar la población de estudio para abarcar también la percepción que tienen los adolescentes varones que se encuentren hospitalizados y sus familias respecto a los niveles de cohesión y adaptación.

Evaluar si existen diferencias que hagan pensar si una crisis de desarrollo familiar es vivida de manera diferente según el sexo del paciente.

Ya que existe un FACES IV, se sugiere que se haga una estandarización para la población mexicana a fin de obtener una medición más precisa y Ad hoc de las "percepciones" propias de nuestra cultura.

En la medida de contar con material de apoyo, como una videograbadora, será posible enriquecer las observaciones antes y después del proceso terapéutico y señalar las diferencias en: pautas de comunicación verbal y no verbal; la reacción de la familia a las intervenciones paradójicas; a los rituales terapéuticos y la posición, en tanto el rol que juega, del terapeuta.

Observar si hay diferencias en las dimensiones de cohesión y adaptación a partir de los diferentes diagnósticos para cada familia y, así, observar si esto provee de recursos diferentes a la familia para afrontar y solucionar la crisis por la que atraviesa.

Ampliar la visión de la investigación no sólo a las pautas de interacción entre los miembros de la familia, sino también al rol que juega el terapeuta en la dinámica familiar para la solución del problema.

Explotar más el recurso diseñado por lo terapeutas del PTBF del Hospital Psiquiátrico Infantil denominado "Ritual de desestigmatización", analizando su injerencia dentro de las creencias del sistema familiar y su conexión con otros sistemas (casa, escuela, comunidad, etc.).

No se contó en ese momento con un instrumento actualizado y estandarizado.

El no contar con los "FACES" de salida de algunos de los miembros de la familia que conformaron la muestra (desde 1990) y haber tenido que reducir así el valor de N

El haber reducido aun más el valor de N al excluir a las pacientes que tuvieron un diagnóstico de organicidad.

El continuo cambio de integrantes del equipo terapéutico debido a la rotación de pasantes de psicología de acuerdo a los períodos que dura el servicio social o las prácticas profesionales.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

1. Alvaro Tello, M.P. 1994. Diferencias en la dinámica familiar en un grupo de familias con quemaduras y otro sin quemaduras. Tesis de licenciatura. UNAM.

2. Bateson, G. (1976). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lolhe.

3. Bertalanffy, L. (1968). Teoría General de los Sistemas. N.Y.: George Braziller.

4. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. 1988. Terapia familiar de Milán. Buenos Aires: Amorrortu.

5. Boszormenyi-Nagi, I. y Framo, J. (1976). Terapia familiar intensiva. México: Trillas.

6. Boverie, P. (1991). Human system consultant: Using family therapy in organizations. Family Therapy, 18 (1), 61-71.

7. Brambila, I. (1990). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.

8. Braverman Szclar, R. 1982. Patrones disfuncionales de interacción familiar relacionados con problemas escolares. Tesis de Maestría, UNAM.

9. Braverman Szclar, R. 1986 Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM..

10. Campion, Jean. (1987). El niño en su contexto. La Teoría de los sistemas familiares en psicología de la educación. Barcelona: Paidós.

11. Colom Cañelas, A. (1979). Sociología de la educación y Teoría General de Sistemas. Barcelona: Oikos-Tau, S.A.

12. Dávila, S. J. (1993). Ritual de desestigmatización. Manuscrito inédito, H.P.I. "Dr. Juan N. Navarro".

13. Del Valle, M. 1991. Detección de psicopatología familiar y su repercusión en el adolescente. Tesina. Facultad de Medicina. UNAM.

14. Downi, M.M. y Heath, R.W. (1973) Métodos estadísticos aplicados. México: Harla

15. Elorza, H. (1987). Estadística para ciencias del comportamiento. México: Harla.

16. Estrada Inda, Lauro (1982). El ciclo vital de la familia. México: Posada

17. Fisch, J., Weakland, H. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.

18. Flores, G. N. 1992. El ciclo vital de la familia y la satisfacción marital. Una investigación bibliográfica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

19. González, R.S. (1984). Manual de redacción e investigación documental. México: Trillas.

20. Guitart Padilla, M. 1991. La estabilidad en la pareja, un enfoque sistémico. Tesis de Maestría, UNAM.

21. Haley, J. (1963). Estrategias en psicoterapia. (Hernández, E. V. Trad.). Barcelona: Instituto Mental De Santa Cruz.

22. Haley, J. (1976). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.

23. Haley, J. (1974). Tratamiento de la familia. Barcelona: Amorrortu.

24. Hall, A. D. y Fagen, R. E. (1956). Definition of system. General Systems Yearbook. 1 p.p. 18-28.

25. Hoffman, L. (1981). Fundamentos de terapia familiar. México: FCE.

26. Inber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1988). Rituales terapéuticos y ritos en la familia. España: Gedisa.

27. Miller, J. (1990). Teoría General de Sistemas. en tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock. cap. 2 p.p. 84-99.

28. Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1980). Marital and family therapy: A decade review. Journal of marriage and the family. p.p. 973-992

29. Olson, D. H., McCubbin, H. I., et al., (1989). Families what makes them work. USA: SAGE.

30. Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1983) Circumplex Model of Marital and Familiy Systems: VI Theorical Update. Family Process. 22 p.p. 69-83.

31. Palazzoli, M. Boscolo, L.,Cecchini, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y contraparadoja. Barcelona: Paidós.

32. Palazzoli, M., Cirillo, S., Matteo, S. y Sorrentino, A. (1988). Los juegos psicóticos de la familia. Barcelona: Paidós.

33. Papp, P. (1983). El proceso de cambio. Buenos Aires: Paidós.

34. Ray, W. A. (1992). Our future in the past: Lessons from Don Jackson for the practice of family therapy whit hospitalized adolescents. Family Therapy. 19 (1), 61-71.

35. Rea, J. A. (1990). Reflexiones sobre la metáfora energética y la metáfora de la información vehiculizada por el sistema. Manuscrito inédito, ENEP Zaragoza, UNAM.

36. Roy, L. y Sawyers, J. K. (1986). The double bind: An empirical estudy of responses to inconsistent comunications. Journal of Marital and Family Therapy. 12 (4), 395-402.

37. Saenz, R. G. 1984. Terapia familiar en centros de salud mental comunitaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

38. Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynn, L.C. (1984). Vocabulario de terapia familiar. Barcelona: GEDISA.

39. Van Gigch, J.P. (1987). Teoría General de Sistemas. México: Trillas.

40. Vargas, A. P. (1990). Constructivismo, construccionismo y terapia familiar. Manuscrito inédito, ENEP Zaragoza, UNAM.

41. Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1967). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

42. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1986). Cambio. Barcelona: Paidós.

43. Winkin, I. (comp.) (1987). La nueva comunicación. Barcelona: Kairós.

ANEXO

A

DIMENSIONES DE COHESIÓN FAMILIAR

CONCEPTOS INTERRELACIONADOS

COHESIÓN	DESVINCULADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
INDEPENDENCIA	Muy alta independencia de los miembros	Moderada independencia de los miembros	Moderada dependencia de los miembros	Alta dependencia de los miembros
LÍMITES	Externos abiertos, internos cerrados, generacional rígidos	Internos y externos semiabiertos, generacionales claros	Externos semiabiertos, internos abiertos, generacionales claros	Externos cerrados, internos y generacionales difusos
COALICIONES	Débiles. Existe un "chivo expiatorio"	Marital clara	Marital fuerte	Padre - hijos
TIEMPOS	Separados al máximo (física y/o emocionalmente)	Separados y juntos importantes	Juntos importante. Privado permitido por razones aprobadas	Máximo tiempo juntos, mínimo tiempo privado
ESPACIO	Máximo espacio separado tanto física como emocionalmente	Se mantiene espacio privado. Algún espacio familiar	Máximo espacio familiar. Mínimo espacio privado	Poco o ningún espacio privado
AMIGOS	Muchos amigos individuales. Pocos amigos familiares	Algunos amigos individuales y familiares	Algunos amigos individuales. Actividades con pareja y amigos familiares	Pocos amigos individuales. Pareja y/o familia ven amigos juntos
TOMA DE DECISIONES	Individuales	Mayoría individuales. Algunas familiares	Se comparten las individuales. Mayoría se toman en familia	Todas las personales y de relaciones se hacen en familia
INTERESES Y RECREACIÓN	Individuales. No se involucra a la familia	Algunas familiares. Individuales aprobadas	Algunas familiares. Familia involucrado	Mayoría familiares

DIMENSIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

CONCEPTOS INTERRELACIONADOS

ADAPTABILIDAD	CAÓTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RÍGIDA
ASERTIVIDAD	Estilo pasivo - agresivo	Generalmente asertivo	Generalmente asertivos	Estilo pasivo o agresivo
CONTROL	Sin líder. Indulgente	Igualitario. con cambios fluidos	Democrático. con líder estable	Líder autoritario
DISCIPLINA	Laisee - Faire	Democrática. Consecuencias impredecibles	Democrática. Consecuencias predecibles	Autocrática
NEGOCIACIÓN	Negociación sin fin. Pobre solución de problemas	Buena negociación. Buena solución de problemas	Negociación estructurada. Buena solución de problemas	Negociación limitada. Pobre solución de problemas
ROLES	Cambio dramático de roles	Se comparten roles. Cambio fluido de roles	Se comparten algunos roles	Rigidez y estereotipio de roles
REGLAS	Muchas reglas implícitas y pocas explícitas. Arbitrariamente respetadas	Algunas reglas cambian. Mayoría implícitas. Frecuentemente respetadas	Pocas reglas cambian. Mayoría explícitas. Usualmente respetadas	Reglas rígidas. Muchas explícitas y pocas implícitas. Estrictamente respetadas
RETROALIMENTACIÓN	Primordialmente positiva. Alguna negativa	Más positiva que negativa	Más negativa que positiva	Primordialmente negativa. Alguna positiva