

123



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA, UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO Y PREVENCION PARA FAMILIAS CON UN MIEMBRO ALCOHOLICO.

TESIS TEORICA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

ELIDETH SANCHEZ ESTRADA



ASESOR PRINCIPAL: PSIC. GUADALUPE CONCEPCION MELENDEZ CAMPOS
ASESORES: CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
CINTYA ZAIRA VEGA VALERO

283794

LOS REYES IZTACALA

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Lic. Guadalupe Méndez

Un agradecimiento muy especial por haber contribuido a la realización de este trabajo a través de su acertada asesoría y dedicación, pero sobre todo por su gran calidad humana que le hace ser una persona singular.

Lic. Susana González

Gracias por el tiempo brindado y por su valiosa aportación a este trabajo.

Mtra. Zaira Vega.

Agradesco su cooperación y por la valiosa ayuda e interés en este trabajo.

A mi padre celestial

Por permitirme tener fe

A mi madre.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerte toda una vida de lucha y esfuerzo constante, quiero que sientas que la meta lograda también es tuya porque el aliciente que me ayudo a conseguirlo es tu incondicional apoyo y cariño.

A mi padre.

Gracias por darme la vida.

A Juan Carlos

Mi hermano y amigo el que ha sido mi ejemplo ha seguir, del que siempre he obtenido un apoyo incondicional.

A Miriam

Gracias por ser mi hermana

A mi cuñada y mi sobrino

Berenice y Alexis, gracias por su comprensión

A toda mi familia

Quienes siempre me han alentado

A mis amigos

Sergio, Maribel, Rosalva, Elia, Tanya y Salvador, gracias por su ayuda incondicional y sus consejos.

A todos mis maestros

Por su valiosa orientación

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

1.1	TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.....	5
1.2.	TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.....	8
1.3	TEORÍA DEL DOBLE VINCULO.....	9
1.4	PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA.....	11
1.5	PRINCIPALES CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE TERAPIA FAMILIAS SISTEMICA.....	17
1.5.1	CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE PALO ALTO EN CALIFORNIA.....	17
1.5.2	CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE FILADELFIA.....	17
1.5.3	CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE MILWAUKEE.....	18
1.5.4	CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE MILÁN.....	18
1.6.	CENTROS DE FORMACIÓN DE TERAPEUTAS EN MÉXICO.....	19
1.6.1	INSTITUTO DE LA FAMILIA A.C. IFAC.....	19
1.6.2	INSTITUTO LATINOAMERICANO DE LA FAMILIA ILEF.....	20
1.6.3	UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS UDLA.....	20
1.6.4	INSTITUTO DE ENFRENTAMIENTO E INVESTIGACIÓN EN LA PSICOTERAPIA (PERSONAS).....	20
1.6.5	INSTITUTO MEXICANO DE TERAPIA BREVE.....	20
1.6.6	INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CIUDAD DE MÉXICO.....	20
1.7.	ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA.....	21
1.7.1	TERAPIA FAMILIAR ESTRATEGICA.....	21
1.7.2	TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.....	23

CAPITULO II.

FAMILIA

2.1	DEFINICIÓN DE FAMILIA.....	31
2.2	FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	32
2.3.	CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	34
2.3.1	LA FORMACIÓN DE LA PAREJA.....	34
2.3.2	LA FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS.....	35
2.3.3	LA FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR Y/O ADOLESCENTES.....	35
2.3.4	LA FAMILIA CON HIJOS ADULTOS.....	36
2.3.5	EL NIDO VACIO.....	36
2.3.6	EL RETIRO DE LA VIDA ACTIVA Y LA VEJEZ.....	37
2.3.7	FAMILIA ALCOHÓLICA.....	38

CAPITULO III.**ALCOHOLISMO**

3.1.	EL ALCOHOLISMO-----	47
3.2.	DEFINICIÓN DE ALCOHOL-----	47
3.3.	DEFINICIÓN DE ALCOHÓLICO-----	47
3.4.	DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO-----	47
3.5.	ETIOLOGÍA Y EFECTOS POR INGESTIÓN DE ALCOHOL-----	51
3.5.1.	ETIOLOGÍA FISIOLÓGICA-----	51
3.5.2.	EFECTOS FISIOLÓGICOS-----	52
3.5.3.	ETIOLOGÍA SOCIAL-----	54
3.5.4.	EFECTOS SOCIALES-----	55

CAPITULO IV**TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN**

4.1	TRATAMIENTO-----	56
4.2	PREVENCIÓN-----	69

	CONCLUSIONES-----	74
--	--------------------------	-----------

	BIBLIOGRAFÍA-----	77
--	--------------------------	-----------

RESUMEN

El alcoholismo es el cuadro de farmacodependencia que causa más estragos en la salud pública. Sus efectos sobre la familia son múltiples y generalmente se manifiestan en violencia o abuso contra el cónyuge y lo hijos, divorcios, suicidios y disminución de los ingresos por desocupación. El estudio de familias alcohólicas en su dimensión microsocia revela alteraciones en la vida cotidiana y efectos perdurables para las futuras generaciones no sólo por la transmisión de una predisposición genética sino también por la transmisión de valores. La magnitud de estos efectos y la alta incidencia del alcoholismo en México, han motivado la realización de este trabajo que pretende dilucidar las características de estas familias y proporcionar una alternativa terapéutica desde el punto de vista sistémico que pueda complementar el trabajo realizado por A.A., Al Anon, entre otros.

El alcohol es la droga más utilizada en el mundo, debido a que su producción, tráfico y consumo, están legalizados en nuestra sociedad. Ocasionalmente el alcohol forma parte de nuestros hábitos dietéticos y es considerado un elemento indispensable para relacionarnos con otros seres humanos. Actualmente, vivimos en una sociedad en donde es costumbre beber, a través del alcohol ofrecemos hospitalidad y mostramos nuestra amistad. Toleramos a las personas que toman una o varias copas, pero sólo cuando el problema nos atañe directamente, es en ese momento cuando percibimos la magnitud y gravedad de la enfermedad.

Los efectos del alcohol han llegado a recaer en toda la sociedad, sus repercusiones se observan en la alta tasa de accidentes, delitos, desempleo, familias desintegradas, niños maltratados, entre otros, y estos males se han incrementado en los últimos años.

Esta farmacodependencia tiende a ser motivo de preocupación, no solo para aquellos profesionistas involucrados con la salud pública, sino para la comunidad en su totalidad. Los diferentes profesionistas que retomaron al alcoholismo como material propio de trabajo, han unido sus esfuerzos para la comprensión del problema, permitiendo así que se generalice un cambio de actitud frente al mismo. Actualmente los tratamientos para alcohólicos involucran una actitud más propicia, preocupación y deseos de superar el problema, tratan de retomar todo el contexto en donde se desenvuelve la persona alcohólica, esto también incluye a la familia, con la finalidad de adquirir mayor apoyo en beneficio de todo su sistema y se generalice el tratamiento para evitar futuras recaídas.

El propósito de este trabajo, es presentar de manera sencilla una propuesta de terapia desde el punto de vista sistémico para ayudar a las familias que tienen uno o más miembros alcohólicos, se ha observado que el tratamiento es más efectivo cuando es involucrada la familia que cuando se trata individualmente.

Por lo tanto, el objetivo es realizar una recopilación teórica de los conceptos básicos de alcoholismo y dar una alternativa de tratamiento desde la visión de la Terapia Familiar Sistémica, a las familias que tienen problemas con miembros que ingieren bebidas alcohólicas en exceso.

CAPITULO I

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

1.1. TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Casi todas las bases de la Terapia Familiar Sistémica, surgen de la Teoría General de los Sistemas que fue propuesta por el Biólogo Von Bertalanffy en 1938, al estudiar la interacción de un organismo con otros organismos y su medio. Mencionó que "los componentes al entrar en una interacción forman un todo único con propiedades nuevas, productos del sistema, en este caso, el todo no es la suma sus partes, sino que es mayor que esa suma" (Bertalanffy, 1976, p.30).

La Teoría General de los Sistemas tuvo otros precursores tales como Wertheimer, éste investigó sobre la percepción humana y describió que el hombre percibe, "totalidades organizadas". En 1924 Köler dio a conocer los resultados de su estudio sobre los fenómenos "Phi gestalten". Otra influencia que hubo para consolidar la Teoría General de los Sistemas fueron algunos elementos del positivismo lógico y otros del materialismo histórico dialéctico; por lo que esta influencia lleva a plantear la explicación científica sobre el todo y la totalidad que no había sido objeto de estudio por tratarse como una cuestión metafísica (Barruecos y Uribe, 1994 y Téllez, 1986).

En 1954 se formó la sociedad para la investigación General de Sistemas, orientada por varios investigadores entre ellos Bertalanffy. Sus funciones principales fueron el investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro. Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos. "Minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos y promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas" (p.13 y 14).

Trataron de crear una sociedad en donde no se siguiera una política rígida,

proponían formular y derivar aquellos principios generales aplicados a todos los sistemas (Bertalanffy, 1976).

Von Bertalanffy introdujo el concepto de interacción definiendo el sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí; presuponiendo de este modo la existencia de una interdependencia entre las partes y las posibilidades de un cambio a través de la reversibilidad de la relación (Campanini, 1991).

Los sistemas a su vez pueden ser de diferentes tipos:

Sistema Cerrado: No tiene intercambio de energía, ni de información con su medio, manteniéndose aislado al exterior. Además de que la corriente de entrada y salida, se encuentra intercalada y alimentándose a sí mismo (Sánchez, 1997).

Sistema Abierto: En este sistema, si hay intercambio de energía e información con el ambiente material, además de que se modifica sobre la base de estos intercambios. Este sistema se relaciona con el de los organismos vivos, en donde el intercambio con el ambiente es un elemento vital para su reproducción y continuidad como en la transformación. "Los organismos vivos pueden ser considerados sistemas cuyo principio organizado está constituido por la información". Se define como input la información que entra al sistema y out put la que sale del sistema (Campanini, 1991).

Por lo tanto, a continuación se observarán cuáles son las características de los sistemas abiertos más significativos para las interacciones humanas.

Totalidad: Es más que la suma de sus partes, ya que cada una de sus partes está en una relación tal con los demás partes que la forman, de tal manera que un sistema se comporta no solo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente. Por lo que los factores no pueden variar individualmente sin condicionar el todo. Un sistema no es igual a la suma de sus partes y esto traslada la atención al todo.

Von Bertalanffy (1976) aclara que "no solo es necesario estudiar las partes y los procesos aislados, se deben de resolver los problemas básicos que se encuentran en la organización, en el orden que unifican esas partes y esos procesos que resultan de la interacción dinámica de las partes y que hace que conductas de las

partes sea muy diferente cuando se estudia en estado de aislamiento" (p. 64).

Retroalimentación: Es un tipo de información que va de un emisor a un receptor, el cual implica una información posterior de retorno al emisor. Sin embargo, esta información tiene dos efectos una que hace que se mantenga la estabilidad del sistema y es por tanto negativa (dice no al cambio) o es positiva y provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, esto es favoreciendo un cambio. Se dice que los sistemas abiertos tienden a moverse hacia niveles de organización más complejos y la retroalimentación positiva ayuda a explicar el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema. La retroalimentación negativa tiene como función el mantener el equilibrio interno del sistema, insertado en él, el elemento tiempo (Sánchez, 1997).

Homeostasis: Este concepto hace referencia a la tendencia del sistema a permanecer igual es decir, logra su estabilidad y equilibrio mediante pequeños cambios, esto se logra bajo la influencia de la retroalimentación negativa.

Morfogénesis: Se tiende al cambio para transformar el sistema. "La tendencia hemostática y la capacidad de transformación son circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed back) orientado a la morfogénesis (retroalimentación positiva) o a la homeostasis (retroalimentación negativa)" (Lima y Vázquez, 1997, p.36).

Equifinalidad: Este concepto hace referencia a que no importan las condiciones iniciales, sino la naturaleza del proceso, esto quiere decir que los mismos resultados pueden tener distintos orígenes (Bertalanffy, 1971).

No sumatividad: El sistema no debe de ser la suma de sus partes, es decir, Papá + Mamá + Hermano Mayor + Hermana Menor, etc. Sino la interacción dinámica de todos sus integrantes.

Equipotencialidad: El mismo origen puede tener distintos resultados es decir, lo que sirve para unos puede no servir para otros, es por eso que se debe de adecuar a las necesidades (Bertalanffy, 1971).

Circularidad: Se contraponen al modelo de causa - efecto, es decir cuando un elemento influye sobre un sistema que está en constante interacción con otros,

este elemento puede afectar a los otros sistemas, por lo que hay una interacción circular. Todos los miembros del sistema sufren cambios aunque solamente unos hayan trabajado para ello (Ortiz, 1994).

1.2. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

En esta teoría también se fundamenta la Terapia Familiar Sistémica. La Teoría de la Comunicación Humana, trata como su nombre lo dice de la comunicación, este es un medio que tiene el individuo para relacionarse con miembros de su misma especie, la comunicación se divide en dos:

La Analógica: que son las posturas, el contexto, los gestos, la tonalidad, etc. y

La Digital: que es básicamente lo hablado y lo escrito.

Algunos investigadores que realizaron algunos aportes para el desarrollo de la Comunicación Humana fueron Watzlawick, Beavin y D. Jackson, estos afirmaron que la comunicación se puede subdividir en tres partes y que a su vez forman parte de la semiótica y son:

La Sintaxis: Se encarga de los signos o abarca los problemas de la transmisión de información

La Semántica: Es el área que estudia el significado de las palabras y

La Pragmática: se encarga de investigar como la comunicación afecta a la conducta y la relación emisor - receptor que se establece por medio de la comunicación (Barruecos y Uribe, 1994).

Para un mejor entendimiento de la Teoría de la Comunicación Humana, Meléndez (1994) describe diferentes leyes que son:

- 1) "Toda conducta es comunicación. Ya que no hay no conducta, todo es comunicación, es imposible no comunicarse. Es así que todo fenómeno psicológico es un fenómeno comunicativo".
- 2) "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (referencial) es decir, existe el mensaje y otro aspecto connotativo (referencial) que se refiere a cómo debe entenderse ese mensaje. Las cuatro partes que componen toda comunicación son: el mensaje, el emisor, el receptor y el contexto".
- 3) "La naturaleza de una relación depende de su puntuación que es la tendencia

que se tiene de segmentar la comunicación de inicio a fin, causa-efecto, víctima-victimario, etc. La puntuación tiene que ver con la realidad de segundo orden, es decir aquella que se basa en juicio de valor diferente a la realidad de primer orden que es aquella que aunque también es construida, se comparte, es consensual".

- 4) "La comunicación puede ser digital (uso de palabras, lenguaje oral) y analógica (lenguaje no verbal). El aspecto de contenido se establece a través del lenguaje verbal y el aspecto relacional a través del lenguaje no verbal".
- 5) "Toda comunicación puede ser simétrica (tendencia a la igualdad y complementaria (tendencia a lo opuesto)".

1.3. TEORIA DEL DOBLE VINCULO

Una de las aportaciones importantes es la que realizó Bateson, el cual hizo investigaciones acerca de la comunicación humana con esquizofrénicos e identificó que la comunicación es un factor determinante para la patología. Por lo que la teoría del Doble Vínculo trata de explicar la etiología de la esquizofrenia. Como indica Hoffman (1981), el doble vínculo o doble atadura "es un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuesto uno a otro por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación en algunas circunstancias estos callejones parecen provocar las respuestas conocidas como esquizofrenia" (p. 213).

Para Bateson la doble atadura es "la comunicación a dos niveles en donde una demanda manifiesta en un nivel (digital) es anulada o contradicho en otro nivel (analógico), y es en la familia con un miembro esquizofrénico en donde se puede detectar" (p. 215).

Hoffman (1981) menciona que las características principales que se establecen en el doble vínculo son:

- 1) Existe una relación entre dos o más personas y una de ellas suele fungir como víctima
- 2) Se da un mensaje en el ámbito digital
- 3) Se da un mensaje a nivel analógico que entra en conflicto con el primer

mensaje.

4) No hay escapatoria para la víctima

5) Esta experiencia suele repetirse frecuentemente. Una vez que se establecieron estas pautas comunicacionales, se necesita solo una pequeña reminiscencia para reproducir una reacción de pánico

Todos estos elementos se combinan bajo la forma de Doble Vínculo. Un ejemplo de lo expuesto en estos puntos es. "La que menciona Soifer es la actitud de un joven esquizofrénico, en donde ve que su madre va a visitarlo al hospital, él se pone contento, dibuja una ancha sonrisa en su rostro mientras que extiende los brazos para estrechar a su madre. Esta permite que su hijo la abrace, pero el contacto físico la pone molesta y levemente rígida, aunque saluda a su hijo con palabras tan cariñosas como las que él dirige. El hijo siente el rechazo no verbal o analógico de su madre y se retrae. Entonces la madre le pregunta ¿Qué ocurre?, ¿No estás contento de verme?. El hijo queda confundido con esta situación ya que quedo atrapado en un doble vínculo, es decir, dos mensajes conflictivos, debido a que si respondía a la calidez verbal de su madre tenía que hacer caso omiso de su frialdad no verbal; si respondía al mensaje analógico, la madre desmentiría que éste tuviera validez. No podían hablar entre ellos acerca de la ambivalencia de este vínculo y el hijo cualquiera que fuese la forma en que respondiera, quedaba envuelto en el conflicto. Entonces, a fin de abordar las ambigüedades propias de la situación, él se tornaba confuso" (Soifer, 1980, p.138).

Observar que parte de la conducta esquizofrénica comenzó por ciertas pautas de comunicación entre la madre y el hijo. Considerando que esta información nos brinda una alternativa más para conocer al individuo, este ejemplo nos sirve para ahondar en qué tan importante es la comunicación para el ser humano.

Por último Kamikiara (Diaz, 1996 en Sánchez, 1997) comenta que los estudios realizados por Bateson, dieron pautas para que los terapeutas con enfoque sistémico se interesaran por los estudios sobre la comunicación dentro del núcleo familiar.

1.4. PRECURSORES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La Terapia Familiar Sistémica tuvo un gran número de seguidores, los cuales se enfrentaron a los sistemas terapéuticos ya establecidos, realizando grandes contribuciones y aportando nuevo material para las generaciones futuras. Por lo tanto se mencionarán a continuación algunos de los investigadores más importantes de la Terapia Familiar.

NATHAN ACKERMAN

Fue el más importante precursor dentro de la Terapia Familiar, sus bases teóricas eran psicoanalíticas. Surgió de los establecimientos psiquiátricos del nordeste de los Estados Unidos y creó un arte de la psicoterapia que chocó con todas las tradiciones conocidas. A finales de los 30's comenzó un artículo acerca de la familia, tomándola como una unidad bio-socio-emocional, además de ser el primer terapeuta que analizó familias en la clínica durante los cincuentas.

Se decía que tenía un olfato privilegiado al hacer el análisis de las entrevistas y para encontrar lo que "estaba oculto de la maleza además, contaba con una extraordinaria capacidad para aprovechar su propia presencia y producir el cambio" (Hoffman, 1981 p. 212).

Hoffman (1981) comentó que los trabajos terapéuticos de Ackerman eran como "un torero trabajando con un toro". Sus demostraciones fueron eminentes debido a su arte teatral, ingenio e intromisiones casi escandalosas en los terrenos privado de la vida familiar y personal" (p.212)

Ackerman escribió varios libros, entre ellos "The Psychodynamics of family life" en donde señala la importancia del estudio de la familia como un todo y hace una crítica a la metodología psiquiátrica, la cual pone énfasis en el estudio de la enfermedad mental del individuo, prestando poca atención a la historia familiar y a los procesos que ocurren dentro de este grupo (López, Ríos y Sánchez, 1995).

Ackerman tuvo la previsión de filmar muchas de sus entrevistas y publicó algunas de ellas en forma de libro, trabajo en los 50's en Nueva York con toda la familia del paciente esquizofrénico y en 1965 fundó el Instituto de la Familia para dar servicio a familias de bajos recursos. La clínica cambió su nombre al de Instituto Ackerman

de la Familia (Lima y Vázquez, 1997).

CARL WHITAKER

Whitaker era profesor de la Universidad de Wisconsin, trabajó con pacientes esquizofrénicos en colaboración de Malone y Whirkentin. Whitaker se autodenominó como el terapeuta de lo absurdo, se especializó en llevar lo impensable hasta los bordes de lo inimaginable. Sus tácticas eran utilizar la broma, farsa, un caos inducido, llamado actualmente retroalimentación positiva, es decir aumentaba la patología hasta que los síntomas se destruyeran por sí solos. Muy eficazmente utilizó el discreto ridículo, el aburrimiento y la indiferencia, al igual que pide a la familia que no acuda como visitante negativo, sino con verdaderas ganas de efectuar un cambio en su comportamiento (Hoffman, 1981).

MURRAY BOWEN

Bowen era psiquiatra y profesor, trabajó en la década de los 40's en Topeka Kansas y en "La Universidad Georgetown de Washington, D.C.", se dice que es una de las personas más importantes en la terapia familiar porque fue uno de los primeros en el terreno de la terapia familiar hospitalizada en el Instituto Nacional de Higiene Mental (N.I.M.H) con familias completas de miembros esquizofrénicos. Es el creador de la teoría trigeracional de la esquizofrenia, la cual establece que la tercera generación de una familia con rasgos esquizofrénicos tendrá un miembro esquizofrénico (Hoffman, 1981 y Small, 1986).

Una aportación más fue el trabajar con la familia completa, consideraba que cuando había un problema se proyectaba en uno de los miembros, este cargaba con la ansiedad y tensiones que le generaban los otros. Entonces sugirió que la terapia tenía como objetivo la diferenciación del self, esto es que cada uno de los integrantes de su punto de vista de la situación por la cual atraviesan y con esto se trata de romper con el problema. Posteriormente se trabaja con el más fuerte de la familia tratando de romper cadenas que unen excesivamente. Bowen basaba su teoría en indagar acontecimientos pasados que afectan los presentes y así incidir en lo actual (Lima y Vázquez, 1997).

MILTON H. ERICKSON

Erickson es conocido como uno de los abuelos de la Terapia Familiar. Estudio en la Universidad de Wisconsin y recibió su título médico en el Hospital General de Colorado, obteniendo simultáneamente la Licenciatura en Psicología. En 1948 se estableció en Phoenix Arizona iniciando su práctica privada y trabajo en una clínica. Perteneció a la Asociación Americana de Psiquiatría, la Asociación Americana de Psicología y la Asociación Americana de Psicopatología, además fue miembro honorario de varias sociedades de hipnosis médica en Europa, América Latina y Asia, fue el primer presidente de la Sociedad Americana de Hipnosis y director de la revista que realizo la misma Institución Americana (Haley, 1991 en López, Ríos y Sánchez, 1995).

Erickson empleaba la técnica hipnótica y la baso en el desarrollo de la directiva paradójica que fue el fundamento para el comienzo de la escuela estratégica. Asimismo, la terapia de Erickson, según Hoffman (1981) es a manera de un deslumbrante juego de prestidigitación, magia elegante y triunfo del misterio, esto lo decían porque Milton prestaba poca atención al pasado familiar y a la definición del problema y aun así mediante la persuasión, tomando en cuenta el periodo del ciclo vital en el que se encontraba la familia, lograba en ocasiones resolver los problemas por los cuales acudía la familia a terapia, es decir, sus tratamientos tenían resultados satisfactorios en poco tiempo y sin tanto embrollo terapéutico.

DON JACKSON

Después de concluir sus estudios en medicina y psiquiatría en Chaestnut Longe, en el estado de Maryland, empezó una formación analítica en Washington, teniendo como influencia a Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm, Relchman Jackson funda la teoría analítica de la personalidad tomando a la esquizofrenia como un producto de una relación falsa entre la madre y el hijo, por lo que propone el término de "madre esquizofrenógena". Además hace mención de que los esquizofrénicos si se comunican, solo que con diferentes registros y a otros niveles. Se intereso en la comunicación del esquizofrénico y su familia, creó la teoría del "doble vínculo o la doble atadura terapéutica" en la donde se refiere a

que el paciente esta condenado si lo hace y condenado si no lo hace, es decir, se le pide al paciente que no cambie y se le crea el ambiente propicio para que se efectúe el cambio, así el paciente se encontraba en una trampa. Si se resiste a la orden cambia, sino cambia es porque ha decidido no modificar su comportamiento. Y como el síntoma o consecuencia no se pueden evitar decide cambiar. Un ejemplo de ello es el caso de una paciente que reporto que tenía jaquecas intratables, y se le comunico que no se podían curar sus dolores de cabeza así es que se le iba a ayudar a vivir en ese estado. La mujer probablemente para demostrarle al terapeuta que estaba en un error regreso informando que sus jaquecas habían disminuido, así el terapeuta obtuvo el cambio que deseaba (Barruecos y Uribe, 1994).

GREGORY BATESON

Bateson se formo como antropólogo y en 1924 investigó a la tribu latmul de Nueva Guinea, junto con su compañera Margaret Mead los cuales desarrollaron importantes investigaciones en la Isla. Bateson fue influenciado por Weiner Von Newman y Russell, con los que manifiesto interés por el desarrollo de la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana. Debido a sus observaciones postuló dos conceptos el de cismogénesis simétrica, el cual trata de comportamientos iguales dentro de una relación, esquematizándola así ($++$ ó $--$) y el otro concepto es la cismogénesis complementaria, es comportamiento contrario dentro de una relación y se esquematiza de la siguiente manera ($+ -$ ó $- +$).

Bateson junto con Haley, Don Jackson, Virginia Satir, John Weakland y Paul Watzlawick intentaron clasificar la comunicación por niveles de significado de tipo lógico y de aprendizaje.

Según Hoffman (1981) Bateson y sus compañeros trabajaron con familias de miembros esquizofrénicos y trataron de entender las formas de comunicación y sus comportamientos sumamente limitados. Crearon el Instituto de Investigación Mental en donde empezaron a dar Terapia Breve.

Salvador Minuchin y Michael P. Nichols (1993) se expresan de Bateson de esta

forma, "era un caballero inglés, antropólogo, filósofo, hombre de grandes ideas. Incorporo al campo de la salud mental teorías importantes de la cibernética, la lógica russeliana, la teoría de los sistemas y las matemáticas" (p. 49).

Bateson fue un gurú extraño para la salud mental. Este no era su campo, de hecho como antropólogo se sentía muy incómodo con las ideas de inducir cambios. Sin embargo ahí estaba ese apasionado explorador de ideas enamorado de la visión de las personas como portadoras de conceptos intervencionistas de trabajar con la gente. No obstante Minuchin comentó que pese a sus aportaciones a Bateson le interesó más el investigar y crear conceptos que la vida de los individuos o su problemática.

VIRGINIA SATIR

Menciona Hoffman (1981) Satir tenía la capacidad de atacar la situación más negativa y convertirla en algo positivo, además la consideraba dentro de su labor como terapeuta familiar como una "maestra de desenredar a las personas, salvándolas de las mistificadoras trampas comunicacionales que son marcas particulares de las familias con un miembro psicótico" (p. 209).

Satir mostró interés en bloquear las consecuencias repetitivas que determinan cuando una persona adopta un rol de víctima, mártir, chivo expiatorio, salvador. Además trataba de realizar un cambio en la comunicación disfuncional de la familia, decía que una familia se enfermaba cuando había daños en los canales de la comunicación (Andolfi, 1985 y Foley, 1986).

Dirigió un proyecto en el Instituto de investigación Mental en Palo Alto en 1963, sin embargo trasladó su interés por el Movimiento de la Educación Humana teniendo también en ese campo importantes aportaciones (ibidem).

JAY HALEY

Haley fue influenciado por Milton Erickson a partir de sus trabajos sobre hipnosis. Sus aportaciones fueron escritos sobre la comunicación y el poder, trataba de entender en donde se encuentra el poder, si en el terapeuta o en el paciente, una más de sus aportaciones fue el observar en que etapa de la vida familiar se encontraba el paciente y así intentar sobrellevar la crisis. Mencionaba también que

los problemas que suelen presentarse son dificultades del individuo dentro de su contexto para avanzar de una etapa a otra (Barruecos y Uribe, 1994).

A Haley se le debe el mérito de haber reconocido que el esquizofrénico tiene una incapacidad en la comunicación y retomo los términos de madre esquizofrénica y padre inadecuado, los cuales dan la idea de cual es la relación entre el paciente identificado, la familia y el problema. Por último cabe señalar que Haley fue fundador de la revista Family Process (Lima y Vázquez, 1997).

SALVADOR MINUCHIN

Es un Psiquiatra y Psicólogo infantil argentino, se distinguió por sus investigaciones en Nueva York con grupos de familias de delincuentes de un barrio bajo. Posteriormente colaboro con Haley y Braulio Montalvo en Philadelphia como investigador en el "Child Guidance Clinic" en donde trato a niños con problemas psicosomáticos como asma, alergias, dermatitis, anorexia, entre otras. Minuchin trabajó durante un breve tiempo con el modelo ecológico, pero lo abandono para continuar con sus estudios sobre problemas infantiles dentro de la familia nuclear y para crear el enfoque estructural, el cual es la máxima aportación de Minuchin. (Andolfi, Zwerling, 1985 y Hoffman, 1981).

PAUL WATZLAWICK

Investigador austríaco, se dedicó al estudio de la comunicación y los hemisferios cerebrales en las funciones de comunicación digital o verbal y analógico o no verbal. En 1962 se integra al equipo del Mental Research Institute (MRI) y colabora con Don Jackson en las teorías y prácticas de la Terapia Familiar Sistémica (Hoffman, 1981).

JOHN WEAKLEAND

Trabajó con Haley en estudios de hipnosis y sobre la importancia de las interacciones con familias de miembros esquizofrénicos. Es de esta manera como desarrolla el tema de las interacciones entre triángulos de relación (Lima y Vázquez, 1997).

STEVE DE SHAZER

Las principales investigaciones en Milwaukee se basan en los estudios realizados en Palo Alto y el colaborador más importante fue de Shaze, el cual fundó un Instituto orientado a la solución de problemas (ibidem).

Cada una de las aportaciones que realizaron estos investigadores fueron fundamentales para el surgimiento y perduración de la Terapia Familiar Sistémica ya que gracias a sus hallazgos se abrieron nuevas perspectivas en la Terapia Psicológica.

1.5. PRINCIPALES CENTROS DE INVESTIGACION DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

1.5.1. INSTITUTO DE INVESTIGACION MENTAL DE PALO ALTO EN CALIFORNIA.

De este centro surgieron importantes investigadores como Don Jackson, Gregory Bateson, Jay Haley, Virginia Satir, Weakland y Watzlawick, estos analizaron la interacción familiar para observar si es que tenía relación con la situación patológica de uno o más miembros de la familia, además de ver si se podía inferir condiciones de salud mental (Ramirez, 1995).

Se considera que la aportación más importante que hubo en el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto fue la Teoría del Doble Vínculo de Bateson.

1.5.2. CENTRO DE INVESTIGACION DE FILADELFIA.

Salvador Minuchin dirigió esta clínica por 10 años en la "Philadelphia Child Guidance Clinic", laboro con Jay Haley y Braulio Montalvo. Fue una de las primeras clínicas infantiles en los Estados Unidos en donde el tratamiento era familiar, además inicio sus servicios especializados para niños en 1925. (Guerin, 1976 en Lima y Vázquez, 1997)

En 1975 daba consulta externa a más de 4,000 familias e incorporo a la clínica 24 camas para dar tratamiento corto (máximo dos meses), con capacidad para 70 niños internados.

El hospital tenía dos departamentos en donde se recibían familias enteras para estudiarlas y realizar el tratamiento (Minuchin y Fishman, 1989).

1.5.3. CENTRO DE INVESTIGACION DE MILWAUKEE

Este centro fue dirigido por Steve de Shazer surgió poco después del Centro de Investigación Mental de Palo Alto. En este centro se dedicaron a dar Terapia Familiar Breve y las ideas principales fueron expuestas por Milton Erickson, Gregory Bateson y un grupo de investigaciones mentales, así como del mismo Steve de Shazer, Insoo Kim y James F. Derks. En este nuevo enfoque el curso de la terapia era que el instructor prestaba atención a las necesidades familiares como a las del educando, limitándose el contacto a llamadas telefónicas cuando el instructor quería hacer una aclaración o corregir un error y no esperar a discutirlo en la siguiente sesión.

En el grupo de Milwaukee, se crearon cuatro características sobresalientes que aún hoy en día se utilizan y son: definición del problema, identificar lo que ha hecho la familia para solucionar el problema, estrategias de tratamiento y con que habilidades cuenta el sujeto para la solución de problemas (Garduño, 1991).

1.5.4. CENTRO DE INVESTIGACION DE MILAN

En 1968 Mara Selvini Palazzoli creó el Centro para el estudio de la familia de Milan, retomo un grupo de psiquiatras muy reducido tales son Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin, ellos duraron unidos más de 10 años. Al inicio la orientación del grupo era psicoanalítica y no les daba buenos resultados terapéuticos el brindar tratamiento a las familias bajo este enfoque psicológico, a parte de que era muy tardado. En 1972 les llegó información de los Estados Unidos de Bateson, Don Jackson y Paul Watzlawick, los cuales criticaban el modelo psicodinámico porque decían que se centraba en el individuo como contenedor de la patología. Y el principal motivo era la familia, así se creía que si se modificaba las pautas interaccionales dentro de la familia, la conducta problema se podría modificar. En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin decidieron retomar la terapia familiar sistémica o modelo sistémico, como lo llamaron ellos después, como modelo propio (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Cabe mencionar que Palazzoli se graduó como médico en Milán, se especializó en

medicina interna y posteriormente en Psiquiatría, es en esta época en la que crean el Centro para el Estudio de la Familia.

El grupo de Milán adoptó su propia forma de trabajo, en un inicio solo atendían a la familia dos terapeutas, cada sesión se dividía en cinco partes que son: la reunión previa, entrevista, tiempo de debate, intervención y debate final. Antes de que terminara la entrevista los terapeutas se reunían con su equipo y discutían las estrategias de intervención para después notificársela a la familia. Poco después las formas terapéuticas cambiaron a equipos de dos parejas hombre- mujer, una pareja entrevistaba y la otra se colocaba detrás de una pantalla que tenía visión de un solo lado. Posteriormente se modificó esta forma de dar terapia y quedó únicamente la de un solo terapeuta. Una de las aportaciones más importantes del equipo de Milán fue la "connotación positiva" la cual trata de que un problema que se refleja en un miembro de la familia no se centra nada más en él, sino como una tendencia de automantenimiento del sistema global. Es decir si la persona se mantiene enferma la familia respeta las necesidades que tiene de proteger su equilibrio y en consecuencia reduce el riesgo de incrementar su resistencia al cambio (ibídem).

1.6. CENTRO DE FORMACION DE TERAPEUTAS EN MEXICO

1.6.1. INSTITUTO DE LA FAMILIA A.C IFAC

Raimundo Macías es egresado de la UNAM, abrió un posgrado de Terapia Familiar en la Universidad Iberoamericana, pero se suspendió y decidió formar el IFAC. Macías en colaboración con los Drs. Estrada, Chagoya, Meckley y Barragán, trabajaron en esta clínica. Entre las sedes del Instituto se encuentran las siguientes "Hospital de Pediatría, Servicio de Higiene Mental del Centro Médico Nacional, Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil, Centro Comunitario de Salud Mental de Xochimilco del I.M.S.S., Instituto Nacional de Salud Mental DIF, por mencionar algunos (Alvarado, 1988 y Lima y Vázquez, 1997).

En 1989 el IFAC fundó su primera clínica en donde daba Terapia Familiar y se encargaban de entrenar a profesionales en Terapia Familiar, dar terapia a familias

de bajos recursos económicos, difundían su conocimiento mediante seminarios y publicaciones.

1.6.2. INSTITUTO LATINOAMERICANO DE LA FAMILIA ILEF

El Dr. Maldonado llegó a México con la orientación Sistémica traída desde Argentina, laboro en el IFAC, en la Universidad Iberoamericana, UIA y posteriormente fundo un taller de familias AMPAG. Finalmente con ayuda de la Asociación Mexicana de Terapia funda el ILEF en donde se destacaban tres orientaciones psicológicas que son la teoría psicoanalítica, sistémica y la social (ibidem).

1.6.3. UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS UDLA

En 1980 fue desarrollado el programa con la corriente sistémica por la Dra. Pardo y la Dra. María Luisa Velasco, en donde se enfocaba a la Terapia Familiar y la Terapia de Pareja. Su objetivo primordial era la formación de terapeutas para la atención de familias mexicanas. Esta Universidad se basa en la Terapia Familiar Estructural, debido que la Dra. Pardo fue discípula de Minuchin (Sánchez, 1997).

1.4. INSTITUTO DE ENFRENTAMIENTOS E INVESTIGACION EN PSICOTERAPIA (PERSONAS).

Este Instituto forma profesionales en diferentes áreas de la psicoterapia sistémica para dedicarse posteriormente al área clínica, además de que trata de persuadir a los alumnos para que comprendan los factores socioantropológicos que están vinculados con la adaptación y cambio de los individuos, parejas y familias. Además PERSONAS trata de relacionar la teoría con la práctica clínica, en donde se puede cuestionar la aplicación de la teoría (Lima y Vázquez, 1997).

1.6.5. INSTITUTO MEXICANO DE TERAPIA BREVE.

La Dra. María Blanca Moctezuma creó el Instituto de Terapia Breve, S.C. en donde tenía como objetivo observar las bases teóricas de la Terapia Familiar y ayudar a los interesados en la Terapia Familiar a ampliar su marco teórico sistémico (Garduño, 1991).

1.6.6. INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CIUDAD DE MEXICO

Teresa Robles y Jorge Abía fueron los fundadores de este Instituto y tiene como

objetivo principal dar terapia a través de hipnosis. Además de ofrecer atención clínica, apoya y entrena a profesionistas de la salud y realizar actividades de investigación utilizando como fundamento la hipnosis ericksoniana (Sánchez, 1997)

Todos los centros de investigación que surgieron en México, fueron bajo la influencia de investigadores de Estados Unidos y Europa. La mayoría de los fundadores de los centros mexicanos fueron discípulos de investigadores extranjeros. Sin embargo, aún falta mucho camino por recorrer dentro de la Terapia Familiar Sistémica en México.

1.7. ESCUELAS DE TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

Las escuelas de Terapia Familiar Sistémica más reconocidas son la Terapia Familiar Estratégica cuyo precursor fue Jay Haley y la Terapia Familiar Estructural la cual surgió con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

1.7.1. TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA

La Terapia Familiar estratégica se desarrolla a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson y el primero en utilizar el término "estratégico" fue Jay Haley. Este tipo de terapia utiliza diversos enfoques, pero un solo denominador común que es atacar el problema de la familia. El terapeuta asume la responsabilidad de atacar el problema de la familia y establece sus objetivos claros, no aplica siempre el mismo método a todos los casos sino que elabora una estrategia específica para cada conflicto (Ortiz, 1994).

El objetivo primordial del terapeuta estratégico es el de ayudar a sobrellevar la crisis que enfrenta la familia en determinada etapa del ciclo vital de la familia, se toma en cuenta el ciclo vital porque según Haley (1987), cuando una familia acude a terapia el terapeuta observa dificultades para atravesar de una etapa a la siguiente del ciclo vital de la familia.

Se define el problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. De tal manera, el terapeuta está incluido en determinado grado que es él, el que define el problema y aporta sus conocimientos para resolverlos. Así su trabajo es modificar las secuencias

repetitivas con la finalidad de que no se vuelvan a presentar formas inadecuadas de interacción, por ejemplo; cuando surgen problemas en el hijo de una pareja en el momento que amenazan con separarse, los padres deciden permanecer juntos con la finalidad de que el niño mejore, cuando el pequeño empieza a comportarse con más normalidad, los padres vuelven amenazar con la separación. Lo cual nuevamente se generan problemas en el chico. La labor del terapeuta consiste en modificar la secuencia de modo que la mejoría del niño quede desvinculada de la separación de los padres.

Para alcanzar mejor los objetivos "se programan varias sesiones en la cual se define cada problema y su afección en los familiares, luego resolverá como se ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario" (Madanes, 1982, p. 39).

La terapia no busca el crecimiento personal, ni se preocupa del pasado, no se interesa en la reelaboración de algún tema, ni en la comunicación, solo trata de que se supere el problema sin que la familia se de cuenta de como o por que lo logra, esto se considera suficiente y satisfactorio teniendo en cuenta que muchas cosas quedan fuera de la conciencia (Montalvo, 1976 en Madanes, 1982).

Haley (1987) basa su interés en las jerarquías familiares, debido a que cree que los sistemas disfuncionales se pueden presentar en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente en donde la estrategia de intervención debe intentar establecer una jerarquía adecuada mediante el traslado del problema a un nuevo estado anormal, exagerándolo y manipulándolo, a partir del cual será posible cambiar más razonablemente la jerarquización familiar (Madanes, 1982)

Papp (1980 en Madanes, 1982) distingue dos tipos de directivas que son:

Metafórica: Es en donde el terapeuta no dice en forma explícita lo que quiere que se haga y considera que es más fácil que la familia siga directivas que no sabe que ha recibido.

Directiva Paradójica: es en donde el terapeuta le dice a la familia que los va ayudar a realizar un cambio en su comportamiento, pero a la vez, los incita a la no-modificación de tal manera que hay familias que verbalmente piden ayuda,

pero al mismo tiempo se resisten al cambio, se considera que mediante esta directiva se lograra vencer la resistencia que presentara cada miembro de la familia.

De este modo los terapeutas estratégicos consideran que han terminado su labor cuando la familia no acude con un nuevo problema.

1.7.2. TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

A continuación se vera como esta conformada la familia:

Concepto de Holón: Para analizar la estructura de la familia es necesario retomar el concepto de holón, el cual surge a partir de las necesidades de Arthur Koestler, para describir entidades que son en sí mismo un todo y simultáneamente son una parte de un todo supraordinario. "La palabra holón se construyo con la palabra griega holos (todo) y el sufijo on (que evoca una partícula o parte como el protón)" (Minuchin y Fishman, 1992, p.27 y Umbarger, 1983).

Se dice que el término que creo Koestler es de suma utilidad para la terapia familiar, porque la unidad en donde se va aplicar la intervención va a ser siempre el holón. Cada holón (individual, conyugal, parental, fraternal o filial) es un todo y una parte al mismo tiempo. Cada uno se encuentra en competencia con los demás y despliega su energía a favor de su autonomía y de su autoconservación con un todo.

Holón Individual: Esta formado de los determinantes personales e históricos del individuo, la partes del contexto social (escuelas, vecindarios, amigos, etc). Las interacciones específicas con otras personas refuerza la personalidad del individuo e influye sobre las personas con las que interactua, es decir hay un proceso circular continuo de refuerzos recíprocos que tienden a mantener pautas fijas (González, 1993, Minuchin y Fishman, 1989).

Holón o Subsistema Conyugal: Esta conformado por una pareja. Cada cónyuge lleva consigo una ideología que debe compartir con el otro, asimismo se deben de negociar las preferencias, valores y expectativas, las cuales provocan que se pierda individualidad pero ganar un sentido de pertenencia y estableciendo las bases de las interacciones. También se observa que siempre existen puntos de

fricción entre los cónyuges, pero el sistema se debe de adaptar y hacer frente a las demandas contextuales (Ortiz, 1994).

Una de las tareas fundamentales en este subsistema es la fijación de límites, que los protejan de las demandas y necesidades de otros sistemas, en donde la pareja trate de procurarse un ámbito para satisfacer sus necesidades en general (Minuchin y Fishman, 1989)

El que el subsistema conyugal este bien constituido es vital porque ahí es donde se va a efectuar el nacimiento y crecimiento de los hijos en el cual los cónyuges van a ser el modelo a seguir, los cuales van a aportar seguridad, apoyo y confirmación. Si existe una disfunción dentro de este subsistema va a repercutir en toda la familia (ibídem).

Hólón o Subsistema Parental: Este incluye la crianza de los hijos y las funciones de socialización. El niño aprende a vivenciar la autoridad y a conocer el estilo de vida con la que su familia afronta conflictos y negociaciones. Este subsistema tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades van cambiando, con el aumento de su capacidad se le debe de dar más oportunidad para que tome decisiones y se controle a sí mismo. La familia con hijos adolescentes tiene que crear una modalidad de negociación diferente que las familias con hijos pequeños. Los padres con hijos adultos tienen que conceder, más autoridad a la par que exigen más responsabilidades (González, 1993, Minichin y Fishman, 1989 y Ortiz, 1994).

Dentro del subsistema parental, los padres tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los niños, pero también tienen el derecho de fijar las reglas que se habrán de acatar para el mejor funcionamiento de la familia y proteger el subsistema conyugal.

En todas las familias, el subsistema parental enfrenta y resuelve problemas y va aprendiendo como solucionar los conflictos de acuerdo a como se van presentando, pero en ocasiones se estancan y no los pueden resolver, es aquí en donde interviene el terapeuta estructural, el cual trata de descubrir quienes son los miembros de este subsistema, debe de estar pendiente de cuales son las

interacciones que se están dando y que refuerzan las disfunciones familiares, además de buscar junto con la familia una solución al problema presentado con los recursos que ellos puedan poseer (Minuchin y Fishman, 1989)

Holón o Subsistema Fraternal: Este subsistema está integrado por los hermanos que constituyen para el niño el primer grupo de iguales en el cual participa, en este subsistema los hermanos se divierten, se atacan, se ayudan entre sí y van aprendiendo el uno del otro. Realizan sus propias pautas de interacción y se enfocan en un proceso que promueve tanto un sentimiento de pertenencia a un grupo como la individualidad y tiene la oportunidad de elegir una alternativa dentro de un contexto. (González, 1993 y Ortiz, 1994).

La función del terapeuta es observar las interacciones que hay dentro del subsistema fraternal en relación con el subsistema parental y analizar si cada uno de los subsistemas cumple con sus labores específicas (ibídem).

A continuación se dará a conocer las propiedades que se encuentran involucradas en la estructura familiar para poder comprender la función de los subsistemas.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Límites: Son normas que deciden quien participa y en que forma se debe actuar, es decir funcionan como reguladores de conductas de sus integrantes. Asimismo, permite la diferenciación y desarrollo de la estructura. Un disturbio en los límites indica una estructura disfuncional (Umbarger, 1983).

Los límites indican en dónde, cómo, cuándo y bajo que condiciones deben de actuar los integrantes de la familia. Existen tres tipos de límites los cuales son:

Límites Claros: Estos son las reglas o normas dentro de la familia que son claras, además cambian de acuerdo a las necesidades del sistema (Minuchin, 1997)

Los límites claros se caracterizan porque cada uno de sus miembros conoce hasta donde puede llegar y no permite interferencias indebidas de los demás subsistemas. Aunque existen reglas hay posibilidad de negociarlas, lo que lleva a un buen funcionamiento familiar (Barruecos y Uribe, 1994, Minuchin, 1997 y Ortiz, 1994).

Límites Difusos: Se caracteriza porque los miembros de la familia invaden

espacios que no les corresponde. Por lo que este tipo de familias se les llama muegano o familias amalgamadas (ibídem).

Límites Rígidos: En estos la comunicación entre los familiares es muy difícil y las funciones protectoras son perjudiciales es este tipo de límites no existe la posibilidad de negociar, las reglas se encuentran ya establecidas y es casi imposible cambiarlas (ibídem).

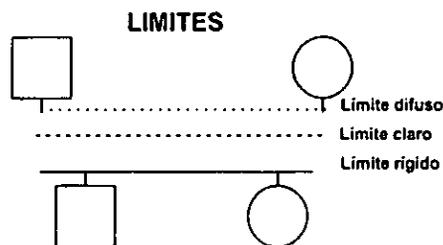


Fig. 1 Los límites se representan de tres diferentes formas. Los límites difusos se indican por medio de puntos, los límites claros con una línea discontinua y los límites rígidos su simbología es una línea continua

Jerarquía: Esta definida en términos de en quien esta concentrado el poder. En la Terapia Familiar, la jerarquía adquiere tres significados, el primero delimita las funciones de poder y su estructura dentro de la familia; el segundo es la organización lógica de la jerarquía, en donde un orden menor es un elemento dentro de un orden mayor y tercero hay un aumento de jerarquía en los niveles del sistema (Ortiz, 1994).

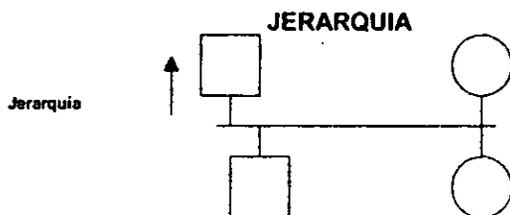


Fig. 2 Es el miembro (s) que tiene (en) mayor poder en la familia y se representa con una flecha horizontal al lado de la figura

Centralidad: Es el espacio que ocupa uno de los integrantes de la familia, es decir con relación a quien están girando las interacciones ya que en ocasiones giran

alrededor de un solo miembro. En ocasiones la centralidad se da en la persona que ocupa el puesto más alto en la jerarquía, aunque esto no ocurre siempre necesariamente (ibídem).

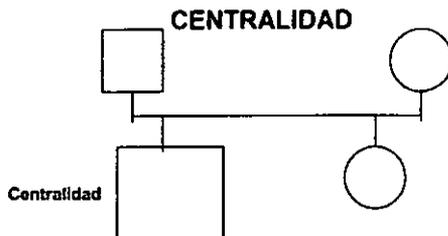


Fig 3. en la que se centra el mayor número de interacciones y se esquematiza con una figura más grande que las otras

Periferia: Es la persona que está distanciada emocionalmente y/o físicamente de su núcleo familiar, es el miembro que suele ser ignorado debido a que existe otro que tiende a ser más popular e importante, por lo tanto se siente relegado de sus derechos. Las personas periféricas en ocasiones suelen revelarse y recurrir a modalidades de demandas o ataques (Minuchin, 1997).

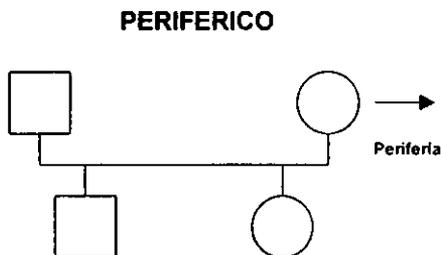


Fig 4. Es el miembro de la familia que menos se involucra en las interacciones de su familia y se representa con una flecha vertical al lado del símbolo

Alianza: Es la asociación entre dos o más miembros de la familia, la cual va a depender de los mismos intereses, actitudes y valores para obtener beneficios en pro del sistema (Umbarger, 1983).

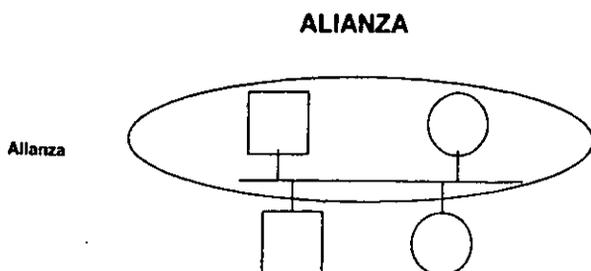


Fig. 5 Es la unión de dos miembros para lograr algo positivo y se representa con un ovalo que encierra las figuras de los dos integrantes de la familia.

Coalición: Es la unión de dos o más personas, pero con la finalidad de cuestionar o descalificar a un tercero (Umbarger, 1983).

Se puede citar como ejemplo, el que los padres intenten ganar la simpatía o el apoyo de alguno de sus hijos a costa de su relación marital.

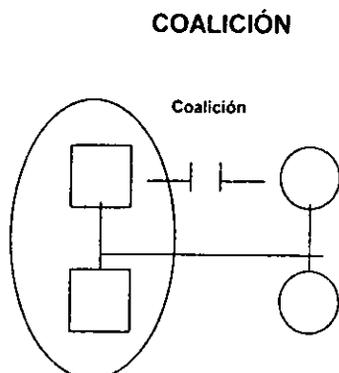


Fig. 6. Es la unión de dos o más miembros para lograr algo negativo y se representa con un ovalo encerrando dos figuras y el símbolo de coalición

Fig.8. Es el miembro del que toda la familia señala como problema y su simbología es una doble figura

Geografía: Es el espacio físico que ocupa una persona dentro de su familia, en el cual se siente más cómodo y seguro, prefiere ubicarse ahí la mayor parte del tiempo que se encuentra en su hogar (Ortiz, 1994).

Hijo Parental: En una familia disfuncional uno o ambos adultos y todos los hijos asumen roles generacionales inapropiados. En vez de vivirlos como entidades independientes con la gama de sentimientos y actitudes humanas. Un hijo parental es aquel que asume la función de uno de los padres (Boszormeny, 1983).

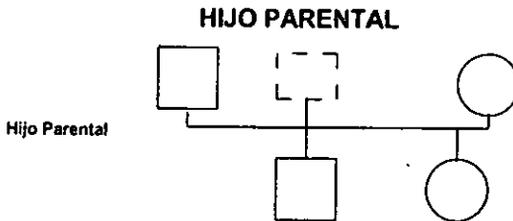


Fig 9. Es aquel que tiene mayor o igual gerarquía que el (los) padre (s) y se representa con una figura discontinua

Mapa familiar: "Es la representación gráfica de la organización familiar y la cual se figura mediante los siguientes símbolos" (Ortiz, 1994, p.64)

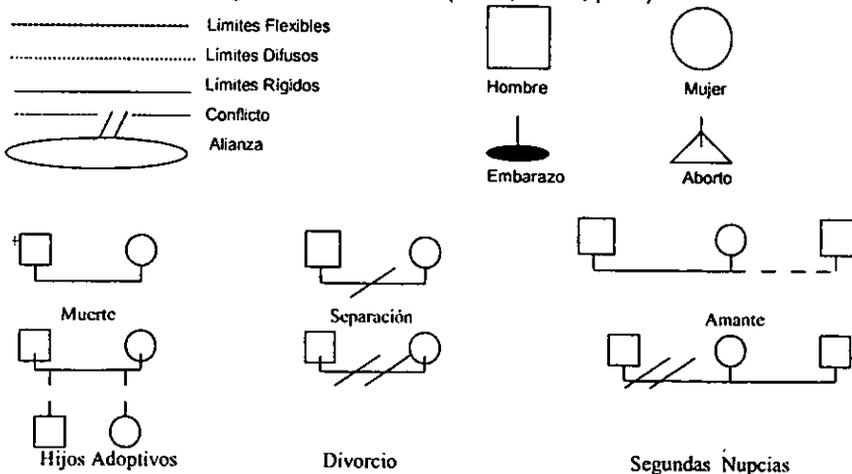


Fig 10 La simbología aquí presentada se utilizara de acuerdo a la familia.

CAPITULO II

LA FAMILIA

2.1 DEFINICION DE FAMILIA

En la actualidad al hablar de familia aceptamos una especie de acuerdo tácito en el que creemos que todos sabemos lo que significa la palabra y a que tipo de organización social nos estamos refiriendo. Sin embargo, al revisar las diferentes definiciones que se dan de familia, se observó la enorme variedad de significados que se le atribuyen, por lo tanto revisaremos aquí algunas de ellas para poder llegar a un mejor entendimiento. De acuerdo a la raíz latina, la palabra familia viene de "famulus" que significa sirviente o esclavo doméstico. Por supuesto que el concepto ha evolucionado y en la actualidad nos encontramos con las siguientes definiciones.

Ackerman y Andolfi (1987) mencionan que la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso. Es también la unidad básica de enfermedad y salud. La definen como un grupo primario, el cual es intermediario entre el individuo y la sociedad más amplia; es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan tanto dentro como fuera de ella.

La familia es la institución en donde se efectúa el aprendizaje de los roles y de los vínculos, elementos que la definen y que le permiten al humano su socialización (Medina y Reyes, 1987).

La familia es un sistema en el que uno de sus integrantes ejercen influencia sobre los otros así, el cambio de conducta de uno de ellos provoca respuestas en los demás en forma activa en cuanto se sobrepasa cierto límite impuesto por la misma.

En la Teoría General de los 'Sistemas propuesta por Bertalanffy (1971) se menciona que "todo organismo es un sistema, es un ser dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas" (p. 46). De esta forma también se puede considerar a la familia como un sistema abierto que está integrado por varias unidades que tienen un vínculo entre sí, que cuenta con

normas para el comportamiento, para la interacción entre los integrantes de la familia e intercambio con el exterior.

Una definición más es la de Minuchin (1986) quien menciona que la familia, es el grupo más importante para el individuo, debido a que comparte e interactúa con sus miembros de acuerdo a la estructura familiar, "es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales repetidas, establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema" (Minuchin, 1997, p.86).

Las pautas transaccionales regularan el comportamiento de los integrantes de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es el de las reglas universales, e implica las normas que rigen la organización familiar y el segundo es idiosincrásico y son las expectativas mutuas entre los diversos miembros de la familia (Minuchin, 1997).

Así el sistema de coacción permanece latente e inamovible, ofreciendo resistencia al cambio y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como le sea posible, "pero cuando hay desviaciones de conducta que van más allá del umbral de tolerancia del sistema se excitan mecanismos que restablecen el nivel habitual por lo que la estructura familiar debe de ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, igualmente debe responder a cambios internos y externos, así como ser capaz de transformarse de modo que se le permita encarar nuevas circunstancias " (Ramírez, 1995, p. 45 y 46).

De todas las definiciones anteriores se llegó a la conclusión de que la familia es la base de la sociedad, es la encargada de la transmisión de valores morales, sociales y culturales, los cuales pasan de generación en generación y determinan el patrón de conducta que se ha de seguir después. Es susceptible a cambios producidos desde el exterior o medio ambiente como del interior o medio familiar.

2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA.

La familia cumple con funciones esenciales que ayudan al individuo a satisfacer sus necesidades y crecer tanto física como psicológicamente saludable. Se

clasifican de la siguiente forma:

Funciones Biológicas: Se basa en la reproducción y perpetuación de la especie. Es decir la familia sirve a la continuidad biológica sustentada en la unión del hombre y la mujer para poder procrear y criar a sus hijos (Arizpe, 1996 y Ramírez, 1986).

Funciones Psicológicas: El espacio familiar funge como un refugio, cubre las necesidades afectivas de sus miembros, las respuestas de cariño de un individuo a otro, brinda las recompensas básicas de la vida familiar, proporciona patrones sólidos de amor, amistad y afecto que permiten una adecuada formación de la personalidad. La familia provee de educación a sus miembros, adquiriendo las bases cognitivas para la adaptación física y social proporcionándoles hábitos y costumbres que permitan desenvolverse. Así el concepto de enseñanza conduce a la autoridad y el hecho de saber concede autoridad porque otorga facultades y esto les ayuda a los hijos a discernir entre la realidad y la fantasía (Soifer, 1980).

Funciones Sociales: La familia imparte las enseñanzas primarias, las normas y valores de su cultura, así como la conducta aprobada y esperada en el grupo social. Los hijos adoptan las normas sociales a medida que se someten a la disciplina parental. Esto se da inicialmente dependiendo por completo de los progenitores como fuente externa y de control, luego paulatinamente se va incorporando de acuerdo a su personalidad (Gaona y Torres, 1987 y Ramírez, 1986).

Funciones Económicas: A la familia le corresponde la satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros como son alimentación, vestido, vivienda, educación y todo lo relacionado con la salud. Esta función incluye la inserción de sus integrantes al sistema productivo (Arizpe, 1996).

La familia provee algunos de los factores más importantes para la adecuada inmersión de sus miembros a un contexto social más amplio. Es un grupo que determina la conducta de sus miembros a través de la estimulación proveniente de su interior y de su exterior, todo esto se lleva a cabo por las diversas funciones que tienen encomendadas, mismas que se van presentando conforme la familia va

pasando por diferentes momentos de su conformación como tal, es decir, las etapas que van escalando de acuerdo al ciclo vital de la familia (Hilaro, Peña y Ramírez, 1993).

2.3 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

El ciclo vital transcurre en etapas aumentando en complejidad y forma progresiva ascendente en donde suelen presentarse períodos de equilibrio y adaptación caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes correspondientes, existiendo también etapas de desequilibrio que anuncian el salto a un estado nuevo y más complejo. Bajo este modelo se identificarán varias etapas principales que son:

2.3.1 LA ETAPA DEL GALANTEO O NOVIAZGO

" Existe un período de la vida en la que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad, y cuando más se demore dicho proceso en un chico, tanto más periférico llegará a ser éste, respecto de la red social. El joven que ha cumplido los veinte años y todavía no ha salido con chicas será un desviado cuando alterne con otros muchachos de su edad que ya llevan años de experiencia en cuanto a técnicas de galanteo. No se trata solamente de que el joven inexperto no ha aprendido como manejarse con el sexo opuesto o que no puede disparar las respuestas físicas adecuadas, sino que su conducta social es inadecuada, las personas a quien elige para galantear están pasando por la última etapa de la conducta de galanteo, mientras él todavía se está abriendo camino por los primeros pasos del proceso.

El problema sería menos complejo si el galanteo fuera un proceso racional; pero no lo es. Los jóvenes se casan para huir del hogar, para rescatarse mutuamente, simplemente porque se enamoran, porque desean tener hijos, y por muchas otras razones. El primer encuentro entre dos jóvenes puede llevar a resultados impredecibles. El adolescente enfrenta un problema particular, su involucración simultánea con su familia y con sus pares. El modo en que debe comportarse para adaptarse a su familia tal vez impida su desarrollo normal respecto a la gente de su edad. Se trata esencialmente, de un problema de destete, y este último no es

completo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia" (Haley, 1987 p.39).

2.3.2 LA FORMACIÓN DE LA PAREJA

En esta segunda etapa, la tarea principal que habrá de realizarse dentro de la estructura familiar será la constitución de la relación conyugal. Quienes tendrán que establecer las formas de contacto y al mismo tiempo plantear normas implícitas y explícitas sobre estos contactos, que permitirán el desarrollo y mantenimiento de la relación íntima de la pareja en formación. Para ello se requiere que ambas partes de la pareja deban sincronizar estilos y expectativas inicialmente delineados, elaborando formas propias para procesar la información establecer contacto con amigos, compañeros de trabajo y otros contextos importantes. Toda interacción entre la pareja permite la creación de pautas viables para comunicarse y sobre todo resolver los posibles conflictos que se habrán de presentar (Espinosa, 1992). Durante la formación de la pareja destaca la dimensión de la parte y el todo, ya que al inicio cada miembro de ella, se percibe como un todo en interacción con otro todo, pero cada uno tiene que convertirse en parte, experimentando una pérdida de individualidad pero que habrá de ser suplida por un sentimiento de pertenencia. Con el paso del tiempo la relación conyugal se estabilizará pasando a un nivel más complejo (Haley, 1987 y López, Ríos y Sánchez, 1995).

2.3.3 LA FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS

Esta tercera etapa se presenta al momento de existir el nacimiento de un hijo creando la relación parental madre- hijo y padre-hijo, es aquí en donde el sistema conyugal ha de reorganizarse para poder resolver otro tipo de tareas acordándose también que el nuevo integrante requiere de un cuidado responsable. La estructura se tiende disparadora, debido a que el nuevo ser puede fungir como el detonador de una nueva serie de conflictos no resueltos entre la pareja y el niño suele ser el pretexto para que todos esos problemas salgan a flote. La estructura puede correr peligro, razón por la cual debe de existir una distribución equitativa por parte de la pareja para asumir las nuevas actividades que requiere la familia, y

en caso contrario puede presentar conflictos en cualquier subsistema. Asimismo, la familia puede perder el control y tener problemas de socialización, por lo que será necesario crear otra forma de contacto con el mundo exterior. En el momento en el que el niño empieza a crecer, los padres deben garantizar su seguridad, además de elaborar o modificar pautas de crianza para mantener el control y estimular el crecimiento. Cuando nace otro hijo se rompen las pautas constitutivas en torno al primero y se debe de crear un mapa más complejo y diferenciado de la familia al incluir también otro subsistema, el fraternal (Haley, 1987 y López, 1992).

2.3.4 LA FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR Y/O ADOLESCENTES

Cuando se inicia el cuarto estadio del desarrollo familiar se produce un cambio tajante, los hijos comienzan a ir al colegio, por lo que tienen que convivir con un sistema nuevo organizado e importante. La familia debe elaborar pautas de relación como apoyar en las tareas escolares, especificar normas sobre las labores que se deben de realizar, actitud hacia los resultados de la escuela, etc. El crecimiento del niño va introduciendo elementos en el sistema familiar, se tendrán que realizar determinados ajustes, modificar algunas reglas y permitirles más libertad para la adquisición de nuevas experiencias (López, Ríos y Sánchez, 1995 y Espinosa, 1992)

2.3.5. LA FAMILIA CON HIJOS ADULTOS

En este cuarto estadio los hijos ahora adultos han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y por fin un cónyuge, por tal motivo empiezan a irse y van adquiriendo su propia dependencia económica (Espinosa, 1992, González, 1990 y Haley, 1987).

2.3.6 NIDO VACÍO

" Toda la familia ingresa en un periodo de crisis cuando los hijos comienzan a irse. Frecuentemente el matrimonio entra en estado de turbulencia, ya que durante años no han conversado de nada, excepto de los hijos. A veces la pareja empieza a disputar en torno de las mismas cuestiones por las que disputaban antes de que llegaran los hijos, puesto que estas cuestiones no se resolvieron sino simplemente se dejaron de lado con la llegada de los niños, ahora resurgen. Con frecuencia los

conflictos llevan a la separación o al divorcio. En otras ocasiones después del estado de turbulencia los conflictos van cediendo progresivamente a medida que la pareja va elaborando una nueva reorganización y van adquiriendo más perspectivas para su vida en común" (Haley 1987, p. 56).

2.3.7. EL RETIRO DE LA VIDA ACTIVA Y LA VEJEZ.

En esta etapa la pareja alcanza un estado de desarrollo, como individuos y como pareja aprovecharan sus experiencias, sueños y expectativas para realizar proyectos inalcanzables, mientras debían dedicarse a sus hijos. Se puede ajustar a este nuevo modo de vida o separarse definitivamente. Y esperar hasta que la muerte llegue (Hilario, Peña y Ramírez, 1993).

En el trayecto de todas estas etapas, los integrantes de la familia tienden a experimentar problemas como abandono, divorcio o nuevos casamientos, conflictos con los hijos, pero cualquiera que sean las circunstancias, la familia tiene que solucionar las dificultades que se van presentando para continuar con las etapas del crecimiento y envejecimiento.

2.4. FAMILIA ALCOHOLICA

Cuando hablamos de un alcohólico lo conceptualizamos como un individuo sin hogar, sin trabajo, físicamente deteriorado y sin habilidades para establecer solución a sus conflictos, este concepto puede ser real cuando el nivel de dependencia física es grave; sin embargo, no es de ninguna manera la realidad representativa de la mayoría de la población que consume alcohol de forma problemática.

El alcohólico es una persona que vive con otras personas generalmente con su familia y por lo tanto forma parte de la sociedad. La persona que rodea al consumidor excesivo vive con él su problemática. Es por ello que Steinglass (1989) le llamo "familia alcohólica" y al usar este término sugiere que toda la familia tiene alcoholismo. Esto no significa que todos los miembros de la familia sean consumidores de alcohol, más bien se refiere, a que un solo integrante de ésta puede ser identificado como bebedor (por otros miembros de la familia y por el mundo exterior), las conductas relacionadas con el abuso de alcohol han

llegado a representar un papel importante dentro de los mecanismos, "morfo genéticos (la capacidad de modificarse o reestructurarse para adaptarse a los distintos cambios que tiene que confrontar sus procesos evolutivos) y morfoestáticos (es mantener un equilibrio para conservar la estabilidad de su estructura del sistema de la familia)" (p.61).

Debido a que toda la familia padece el alcoholismo, (causada por al menos uno de sus integrantes), su estructura tiende a modificarse, generándose un estancamiento en contraposición al cambio. Todo cambio implica una crisis que puede ser conflictiva y difícil de elaborar y al mismo tiempo denotan ansiedad (Flores, 1992, López y Torres, 1994, Medina y Reyes, 1987).

Los miembros de la familia ante el alcoholismo se muestran débilmente integrados, confundidos, en conflictos constantes y desorientados con respecto a las relaciones sociales circundantes, por tal motivo se comienzan a aislar de la sociedad, en parte como una estrategia de protección para impedir que salga o entre información que los pueda dañar más. Por otro lado, se intensifica la dependencia mutua y la hostilidad entre sus miembros, por ende se agrava el conflicto interno (Griffith, 1986, Black y Whiting, 1991).

Otro aspecto que es necesario destacar son los patrones de comunicación y de interacción, éstos se vuelven disfuncionales, por ejemplo; cuando el miembro alcohólico es alguno de los padres, no se asumen sus responsabilidades económicas adecuadamente ni su rol de padres, tampoco el de cónyuge o compañero afectivo y sexual, por tal motivo toda la estructura del sistema se ve alterada.

Además, los afectos y sentimientos que el padre alcohólico no expresa cuando está sobrio, los externa cuando se encuentra ebrio, mandando un mensaje afectivo que al mismo tiempo niega (Espejel, 1989).

En este tipo de familia no existen patrones de comportamiento claros, obedeciendo a una ambivalencia de reglas de acuerdo al estado de sobriedad o embriaguez, esto ocasiona situaciones caóticas. "El término caótico implica una forma de relacionarse que se caracteriza por fuertes problemas en el área de

control, alteraciones en la organización jerárquica, problemas en la práctica de las funciones ejecutivas (subsistema parental) y porque la proximidad entre sus miembros varía hacia los extremos (Flores, 1992, p.62).

Vamos a ver cómo es la relación del alcohólico con los otros miembros de su familia.

Relación Conyugal: Se cree que el miembro de la pareja que no bebe es la causa principal de la enfermedad y el receptáculo de las consecuencias del alcoholismo. El miembro no bebedor y el alcohólico suelen ser muy competitivos, lo cual resulta contradictorio con el concepto popular que se tiene del alcohólico, como dependientes tímidos y sumisos. La razón de la competencia es el lograr una posición de poder en las relaciones aunque para ello tenga que parecer sumiso o agresivo. La pareja no alcohólica trata de controlar todo porque a fin de cuentas ella es la que asume el papel de ambos (Medina y Reyes, 1987).

Sin embargo, con el tiempo la posición superior pertenece al cónyuge no bebedor provocando en el otro la necesidad apremiante de poder, convirtiéndose poco a poco en un bebedor solitario y comenzando a exhibir respuestas de desafío. Esto trae como consecuencia que la relación se vaya desintegrando y el alcohólico sólo ocupe un rol complementario. Griffith (1986) describe cuatro estrategias que la pareja no bebedora usa ante el alcohólico:

Estrategia de Ataque: El cónyuge abstemio trata de controlar inútilmente el comportamiento de la pareja alcohólica mediante regaños, gritos, amenazas de abandono o de agresión física. En su afán de manipular realiza varias conductas tales como tratar de avergonzar al bebedor demuestra su angustia y enfatiza el sufrimiento de los hijos.

Estrategia de Mimos: Se le cuida al alcohólico en las resacas, se le procura los alimentos y se le prometen tratos especiales si él mejorara su conducta.

Manejo Constructivo: La pareja no alcohólica protege y cuida a la familia se asegura de la economía del hogar, cuida a los hijos y realiza sola las reparaciones de la casa.

La Búsqueda de Ayuda Constructiva: Se apoya en profesionales (médicos y

psicólogos) para que persuadan a su pareja de dejar de beber, se informa mediante folletos, libros y se los brinda al alcohólico para que tenga una mayor comprensión del problema.

Las estrategias que emplea el no bebedor suelen ser en un momento dado las respuestas a una serie de experimentos que a su vez intercalan para observar cuál cumple su objetivo, el de alejar a su pareja del alcohol.

La pareja no alcohólica también se tiene que enfrentar a una situación en la que constantemente hay aislamiento de apoyo social, tiene tensión general por lo imprevisto, no sabe lo que va a suceder cuando su pareja alcohólica llegue. También conserva cierto grado de culpa porque desconoce los motivos por los cuales su pareja bebe se culpa de no ser buen cónyuge y tiene una serie de sensaciones o sentimientos que pueden abrumar a el alcohólico (Wallace, 1995).

La Relación con los Hijos: El cónyuge alcohólico no ejerce autoridad ni da buen ejemplo a los hijos. Es más, tiende a alejarse y delegar las responsabilidades a su pareja abstemia. En otras palabras, Hernández (1987 en López y Torres, 1994) dice "el alcohólico tiene dificultad para aceptar los requerimientos y reglas de la sociedad, lo cual le proporciona al hijo un modelo muy pobre para que él a su vez pueda desarrollar un respeto a la autoridad e internalizar una serie de normas y patrones necesarios para una adecuada socialización" (p.74).

La variedad y el grado del daño que se le pueda causar al hijo va a depender del momento del ciclo vital en el que se presenta el alcoholismo, el apoyo socioemocional que pueda tener de su padre no alcohólico, con otros familiares o amigos. También es importante ver el comportamiento del alcohólico, si hay peleas continuas, discusiones o violencia, si el hijo es maltratado, etc. Se tiene que observar estas características y más para definir el daño que se le causa al pequeño (Griffith, 1986 y Wallace, 1995).

Se dice que existe una relación estrecha entre los daños psicológicos causados por el alcoholismo y los problemas sociales. Puede haber un aumento de la ansiedad, neurosis y/o trastornos conductuales. Asimismo, los hijos pueden faltar a las normas del hogar, lo cual los hacen más vulnerables para integrarse a

grupos dañinos o es posible que el hijo se apegue más al hogar para proteger al padre no alcohólico (López y Torres, 1994).

Los hijos de padres alcohólicos en ocasiones se ven en la responsabilidad de tomar papeles que no son de su edad, por ejemplo, el ayudar en la economía familiar, cuidar a los hermanos pequeños enfrentándose al cónyuge alcohólico o apoyar y consolar al padre abstemio. Así este hijo parental tiene que pasar toda su infancia entre responsabilidades e ir creciendo, ocupando un rol que no le corresponde. A la larga se cree que los hijos de padres alcohólicos ocasionalmente suele optar por cualquiera de las siguientes vías:

Tendencia al Alcoholismo: El padre alcohólico enseña a su hijo a resolver los problemas a través del alcohol, aprendió que es un ingrediente esencial para acompañar al placer y a la socialización, y que es una sustancia que reduce gradualmente la ansiedad.

Tendencia a Aborrecer el Alcohol. Puede presentar apego hacia su hogar y participar con desesperación protegiendo y ayudando al padre no alcohólico. Suele repudiar totalmente el alcohol y quizá a las otras personas que consumen bebidas embriagantes (Steinglass, 1989, López y Torres, 1994 y Flores, 1992)

No obstante, esta problemática le proporciona al niño un modelo pobre para que a su vez pueda desarrollar un respeto a la autoridad e internalizar una serie de normas y patrones necesarios para una adecuada socialización.

Las actitudes que presenta la familia en contra del bebedor y la falta de información que se tiene sobre el alcoholismo, hace que se desequilibre todo el sistema, que afecte a todos y cada uno de los integrantes del mismo. La concientización de la familia con respecto al problema del alcoholismo es de suma importancia, no sólo para la detección, ayuda al bebedor problema, sino también para la prevención de nuevos casos (Wallace, 1995).

Debido a que es en la familia donde se crean todos los problemas, se observa que es en el núcleo familiar en donde se tiene que trabajar para poder lograr un cambio de actitud y lograr la participación de la familia, se puede llevar a cabo mediante la concientización del problema, brindando información lo más detallada

posible, encaminada a lograr el apoyo hacia la familia mediante el conocimiento, la desmitificación de conceptos y actitudes arraigadas respecto a esta problemática.

CAPITULO III

ALCOHOLISMO

3.1 EL ALCOHOLISMO

El alcohol ha acompañado al hombre a través de la historia pero el consumo immoderado de éste, ha traído como consecuencia convertirse en una enfermedad de índole mundial. No solo conlleva complicaciones individuales para el bebedor, sino también de tipo social; estos problemas han forzado la realización de diversas investigaciones para resolver los conflictos causados por el alcoholismo.

Los primeros indicios históricos que se registraron son señalados cuando se encontraron hojas y semillas petrificadas de vid en terrenos y cuevas pertenecientes a la Era Geológica Terciaria, pero realmente quedó perdida en la obscuridad de la prehistoria la época en la que el hombre pudo obtener vino del mosto de la uva cocida por la fermentación (Roman Celis en Molina y Sánchez, 1982).

Los historiadores comentan que en Egipto existen pruebas fehacientes de que el vino era ya conocido desde hace cinco milenios, así lo demuestran las inscripciones con que eran sellados los recipientes encontrados en las tumbas predinásticas de los faraones, quienes además de tener sus propios viñedos, en los oasis del desierto y en los márgenes del Nilo, les impusieron nombres que han pasado a la posteridad. Uno de ellos es el "ka-n-komet" perteneciente a Ramsés III. Las etiquetas puestas en los tapones contenían el nombre de la plantación y el año de la cosecha de quien lo había elaborado (ibidem).

Generalmente se cree que fue Grecia el primer país de Europa que conoció el arte de hacer vino, después de haber aprendido su procedimiento en Egipto y en otras regiones del Medio Oriente. Los Griegos hacían vino en tinajas de piedra y luego lo maduraban en cazuelas de barro. Fue este pueblo quien sembró los primeros viñedos en las colonias de Sicilia y el Sur de Italia, les enseñaron a los que vivían

ahí a elaborar el vino (Molina y Sánchez, 1982 en Várela y Alvarez, 1991).

Cuando los árabes introdujeron el arte de la destilación a Europa, en la edad media, los alquimistas creyeron que el alcohol era un elixir de vida, por lo que era usado como remedio para todas las enfermedades. Esto lo indica el término "whisky (palabra gaélica usquebaug que significa agua de vida y creían que era productora de juventud)" (Fort, 1973).

En Estados Unidos los indios norteamericanos fueron unos de los raros grupos culturales que no tuvieron historia del alcohol hasta que los blancos conquistadores lo introdujeron (junto con la viruela y los fusiles). Se dice que Henry Hudson, al descubrir la Isla de Manhattan y sus "salvajes rojos" llevó algo de ginebra a tierra para hacer amistad con ellos, a los indios les gustó el alcohol y comenzaron a alabarlo. Los nativos de esas tierras le dieron a la isla en nombre de "Manahachtanienk" que significa "lugar donde todos nos emborrachamos" el cual posteriormente se redujo a Manhattan. Hoy el grado de alcoholismo absoluto entre los indios estadounidenses ha llegado a proporciones epidémicas, tal como entre los descendientes de sus conquistadores (Fort, 1973).

En cuanto a México, el origen de las bebidas alcohólicas está lleno de leyendas prehispánicas, se comenta que el pulque (jugo fermentado del maguey) fue descubierto por Mayahuel, la cual supo como agujerar los magueyes para sacar la miel de la que se hace el pulque y el que halló primero las raíces que echan en la miel se llamaba Pantecatli.

Una leyenda más que cuentan los antiguos mexicanos es la de Tecpancaltzin, éste heredo el señorío o reinado de los toltecas. A los diez años de su monarquía llegó a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xóchitl con su padre Papantzin, le presentaron la miel del maguey que habían descubierto. Enamorándose el rey de la doncella, la sedujo y la ocultó en una fortaleza que había sobre el cerro Palpan, donde tuvo un hijo y le pusieron como nombre Meconetzin, que quiere decir hijo del maguey, como recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació en el año "ce acatl" (Velasco, 1988).

Narran los indígenas que fue así como encontraron el octli (pulque), pero

observaron que el consumo imoderado de éste, traía consigo grandes males como adulterio, corrupción, hurtos, riñas, etc. Por estas situaciones, empezaron a ver entre los indígenas a la embriaguez como un grave delito, al principio se trataba de persuadir a las personas para que evitaran beber octli mediante la educación con base en la austeridad y el encauzar sus inclinaciones hacia el ejercicio, con el fin de alejarlos del alcoholismo, pero nada logró controlar el problema, motivo por el cual, fue necesario crear una serie de normas para castigar a los que ingerían en forma desmedida bebidas embriagantes. Los castigos variaban de acuerdo a la edad y la posición social o religiosa del infractor. De acuerdo con Sahagún (1989) a los jóvenes que se criaban en las casas del Telpochcalli (colegio) los trataban según la infracción, si aparecía un mancebo borracho públicamente o si se le topaba con el vino, si este tal era macehual se le castigaba dándole palos hasta matarlo o se le daba garrotazos delante de otros mancebos para infundirles miedo y ponerlo como ejemplo, así evitar que otros bebieran. En los casos de adultos el rigor aumentaba de acuerdo a cuan importante fuera la culpa, por ejemplo la embriaguez pública se castigaba con una severa advertencia, la vergüenza de llevar la cabeza rapada o la cárcel, pero si el ebrio era noble, lo condenaban a muerte (Pérez y Tiozol, 1995).

Por el contrario los ancianos podían beber sin restricciones especialmente cuando se celebraban ciertas fiestas "los antiguos mexicanos permitían los placeres de la bebida sólo a aquéllos cuya vida activa había terminado y ya no podían ser una carga para la sociedad" (ibídem, p.25).

Cuando llegaron los españoles, Carlos V ordenó que los navios que fueran a las Indias llevaran plantas de viña y olivo trayendo con esto la forma de crear vino además, abolieron los inhumanos castigos que habían implantado los jueces y sacerdotes de esa época. Poco tiempo después se verificó un aumento considerable del alcoholismo entre los aborígenes, problema que las nuevas medidas de control no pudieron frenar (Molina y Sánchez, 1982).

Durante la época Colonial en México hubo un aumento en la variedad y la producción de bebidas alcohólicas por la introducción de nuevos cultivos y la

expansión de las relaciones mercantiles.

Otra bebida típicamente mexicana que al parecer ya era conocida en la época de la cultura indígena es el tequila o aguardiente, se obtiene de la fermentación y destilación del agave que hoy se cultiva en tierras de temporal en los estados de Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit.

En tiempos más recientes se menciona que el Cardenismo tuvo una participación importante debido al impulso que dio "el mercado interno y el crecimiento del proceso de urbanización; se sentaron las bases para que la producción y el consumo de cerveza, brandy y otros licores se convirtieran en las bebidas alcohólicas por excelencia e incluso las condiciones favorecieron a la masificación de las bebidas espirituosas que sólo estaban destinadas al consumo de la clase dominante" (Marques y Bernardo, en Molina y Sánchez, 1983, p. 87).

Después de esta reseña se observa que es innegable la influencia de la industria del alcohol en la economía del país, los efectos del consumo excesivo, las bebidas alcohólicas sobre una sociedad como la nuestra han sido desastrosas, a lo largo de la historia de México se han hecho algunos intentos por parte del gobierno en turno para darle solución al problema del alcoholismo. Así tenemos que en 1932 el Presidente Pascual Ortiz Rubio emprendió una campaña contra el alcoholismo; en 1934 el General Manuel Avila Camacho, expidió un decreto presidencial convocando a la Ciudad de México a una asamblea contra el vicio, por su parte el Presidente Adolfo López Mateos, dispuso que por el término de cinco años contados a partir del 30 de marzo de 1960 se negaran permisos de apertura para expendios de bebida embriagantes y se clausuraran aquellos que se establecieran contradiciendo dicha disposición. En tanto que en la parte final de su mandato el Presidente José López Portillo creó el 31 de marzo de 1981, " El Consejo Nacional Anti-Alcohólico", como órgano colegiado idóneo a través de la Secretaría de Salud (anteriormente Secretaría de Salubridad y Asistencia), con el objetivo de que sirviera para coordinar esfuerzos, examinar propuestas y reunir la iniciativa de 12 dependencias gubernamentales y organismos descentralizados. No obstante aún no se han visto acciones concretas que lleve a pensar que se está atacando el

problema, pero si hay indicios de cómo va tomando cada día más importancia al alcoholismo en nuestra sociedad (Vázquez, 1993).

3.2 DEFINICION DE ALCOHOL

Se reconocen varias clases de alcohol como el metílico que se extrae de la madera y el isopropílico que se usa como solvente en la preparación de acetona, pero el único alcohol empleado en las bebidas es el etanol (alcohol etílico), está conformado químicamente de carbono, hidrógeno y oxígeno que existe en una combinación simple para formar un líquido incoloro. El etanol está presente en pequeñas cantidades en los tejidos de las plantas más acentuadamente en uvas, manzanas y granos, se prepara en grandes cantidades por el proceso de fermentación, en este proceso el azúcar de las plantas se descompone químicamente en alcohol etílico y bióxido de carbono. El proceso de fermentación no puede realizarse en presencia del aire, por consiguiente es pequeña la cantidad de etanol encontrado en estado natural en plantas y frutos (Fort, 1973).

3.3 DEFINICION DE ALCOHOLICO.

Según la "OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1952, definió que el alcohólico, es el bebedor excesivo cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás, su comportamiento social y económico, o bien que ya presenta los inicios de tales manifestaciones" (Velasco, 1985, p.42).

Gurareb (1976 en Vázquez, 1993) señala que el alcohólico es aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en sus adecuados funcionamientos sociales y-económicos.

3.4 DEFINICION DE ALCOHOLISMO.

El alcoholismo es un problema que conlleva múltiples consecuencias y como tal diferentes autores y profesionales han intentado definirlo con los conocimientos que se tienen a la mano y dependiendo de la formación profesional de cada cual. Sin embargo aún no existe un solo concepto que encierre todo lo que involucra el alcoholismo, por tal motivo se citaran diferentes definiciones que han dado tanto

autores como diversas organizaciones.

Para Keller (1958 en Velasco, 1988) "el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere en la salud del bebedor, así como su capacidad para el trabajo" (p.25).

Caso (1985 en Pérez y Tiozol, 1995) lo define como un estado psicológico en el cual la persona consume alcohol en tal cantidad que va en decremento o daño de su salud, sus funciones sociales o cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socio ocupacional normal.

El Dr. Ford en 1951 dijo que el alcoholismo es una "enfermedad física, psíquica y espiritual " (Velasco, 1988).

Griffith (1986) menciona que el alcoholismo en un sentido general es el daño en la salud de un individuo o el deterioro de su adaptación social y familiar provocado por el consumo del alcohol, ya sea este daño agudo o crónico.

AA (Alcohólicos Anónimos) comentan que el alcoholismo es una enfermedad crónica, dependiente y progresiva.

Los investigadores de la OMS definen al alcoholismo como toda forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y los hábitos sociales propios de la comunidad considerada cualquiera que sea el factor etiológico responsable y cualquiera que sea el origen de estos factores como la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas (Juárez, 1992).

Para la mejor comprensión del problema de alcoholismo, algunos autores lo clasificaron de la siguiente manera. Velasco (1988) lo dividió en cinco etapas de consumo:

Primera Etapa: El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido.

Segunda Etapa: Presenta una conducta esencialmente emocional, errática pobreza del juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del

equilibrio).

Tercera Etapa: Confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento, miedo grave, agresividad, llanto, seria dificultad para pronunciar adecuadamente las palabras y comprender lo que se dice.

Cuarta Etapa: Incapacidad para sostenerse de pie, vómito, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.

Quinta Etapa: Inconsciencia, ausencia de reflejos y verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Una clasificación más es la que creó el Dr. Jellinek (en Velasco, 1988) y se basó en el nivel de gravedad del individuo alcohólico, de sus complicaciones físicas y la dependencia psicosomática al alcohol. Llegó a la conclusión de que hay cinco distintas clases de alcoholismo a las que les dio el nombre con base en letras griegas:

Alcoholismo Alfa: Esta forma traduce una dependencia exclusivamente psicológica, se debe a que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe la pérdida de control, ni la incapacidad para abstenerse, tampoco se puede apreciar una evolución progresiva, aun no se trata de una verdadera enfermedad sino de una forma neurótica del consumo de alcohol, como la "gastritis, la polineuritis y la cirrosis hepática". Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Beta: Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia pero si puede haber dependencia psicológica.

Alcoholismo Gama: Es el tipo de alcoholismo de mayor gravedad, hay dependencia física, psicológica con pérdida de control y de capacidad para moderarse en la bebida. El consumidor puede dejar el alcohol durante semanas y aun meses, pero al volverlo a ingerir pierde totalmente el control.

Alcoholismo Delta: Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el individuo no puede abstenerse de beber ni aun por unos días.

Alcoholismo Epsilon: Es el alcoholismo periódico llamado también dipsomanía.

Sin embargo la clasificación que realizó Jellinek del alcoholismo fue modificada en el año de 1960 en el seminario Latinoamericano celebrado en Chile y de dichas modificaciones se obtiene un nuevo orden para América Latina que es:

Abstinencia de Alcohol: Es la ausencia absoluta del consumo de alcohol o su consumo en cantidades moderadas, no superiores a cinco oportunidades al año y en ocasiones excepcionales.

Consumo Moderado de Alcohol: Se caracteriza por el consumo habitual menor a 100 ml de alcohol absoluto por día y/o la presencia de menos dos estados de embriaguez al año.

Consumo Excesivo de Alcohol: Se caracteriza por el consumo habitual (lo que es lo mismo más de un litro de vino más de dos litros de cerveza, más de un cuarto de litro de bebida tales como coñac, whisky, tequila, ron, vodka, etc.) al día o en caso análogo la presencia de 12 o más de estados de embriaguez al año.

Consumo Patológico de Alcohol: Es una enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia al etanol, siendo su índole de tipo sociocultural, psicopatológico o físico. Esta dependencia se manifiesta como una tendencia inmodificable a la ingestión alcohólica y contra la cual el paciente se encuentra poco menos que indefenso (Secretaría de Salud y CONADIC, 1993).

Otro tipo de clasificación es de Souza y Machorro (1988) la cual se emplea para los reportes nacionales y es:

Prodrómico: Caracterizado por tolerancia al alcohol, preocupación por la bebida, utilización del alcohol por sus efectos cambios de personalidad, después de la ingesta.

Medio: Ausencia, inhabilidad persistente para predecir las conductas relacionadas con el alcohol; ingesta solitaria, cambios pronunciados de la personalidad, dependencia física y psicológica, síntomas de aislamiento incremento de la

racionalización y negación del alcoholismo.

Crónico: Pérdida de empleo, aislamiento social, problemas médicos, deterioro moral y ético, pensamiento irracional, cambios extremos del afecto, miedos vagos, ansiedad, paranoia, baja tolerancia al alcohol, borracheras frecuentes o constantes.

Dentro de todos estos tipos de clasificaciones entran todos los sujetos alcohólicos.

3.5 ETIOLOGIA Y EFECTOS POR INGESTION DE ALCOHOL

Todo lo que hasta ahora se sabe de la etiología y los efectos del alcohol lleva a considerar diversos factores predisponentes y desencadenantes, debido a que no hay una causa y un efecto de la enfermedad, sino varios. A continuación se describirán los aspectos fisiológico y social.

3.5.1. ETIOLOGIA FISIOLÓGICA.

Varias teorías fisiológicas de la etiología del alcoholismo han sido propuestas, pero ninguna hasta la fecha ha sido confirmada de manera satisfactoria. Una de las teorías más tempranas de esta naturaleza fue propuesta por Williams (1964 en Vázquez, 1993) quien postuló que el abuso de alcohol se encuentra relacionado con una deficiencia nutricional, genéticamente determinada por lo que esta deficiencia conduce a la "necesidad psicológica de alcohol". Este argumento no ha sido comprobado por evidencia experimental.

Según López (1992) la presencia en menor o mayor cantidad de la enzima ADH, favorece o dificulta la adicción. Se cree que los Orientales tienen cantidades mayores de una forma atípica de esta enzima y entre ellos el alcohol produce efectos desagradables que ponen barreras a la dependencia. Se ha encontrado que los alcohólicos tienen más elevado el nivel de ciertas sustancias "(tetrahidroisoquinolonas)", este aumento de base genética favorecería el alcoholismo, pero esto aún es hipótesis.

Otra modalidad es la que refiere Velasco (1988) el alcohol tiene una "acción depresora en el sistema nervioso central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que ha sido metabolizada y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante el periodo

proporcional. Los síntomas y signos secundarios producidos por la excitabilidad se manifiestan tiempo después o a la mañana siguiente en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas por una nueva ingesta de alcohol" (p. 48 y 49). Esta mejoría de la fase de excitación mediante una nueva dosis se va haciendo cada vez más urgente para la persona bebedora y eventualmente se convierte en una necesidad que llega a establecerse con una dependencia física y psicológica.

3.5.2. EFECTO FISIOLÓGICO

Cada uno de los órganos y sistemas del cuerpo quedan afectados por el alcohol como se mostrará a continuación.

Sistema Digestivo: El alcohol está implicado como agente causante de lesiones sangrantes e inflamación en el estómago, se cree que es el resultado de los jugos gástricos que estimulan el alcohol o irritación directa que él produce. A la larga, los grandes bebedores tienen como consecuencia que los movimientos del estómago se hagan más lentos, debido a esto la digestión se alarga anormalmente, se dificulta la desintegración de los alimentos y es común el vómito. La irritabilidad del alcohol afecta todo el sistema digestivo produciendo con el tiempo úlceras gástricas en el intestino delgado, se altera la movilidad y el alimento avanza sin obstáculos, motivo por el cual resulta la diarrea. Además el alcohol evita la absorción adecuada de calcio, tiamina, hierro, vitamina B12 y determinados aminoácidos, por lo que puede producirse la anemia (Fort, 1973; North y Orange, 1989)

Sistema Circulatorio: Es el segundo sistema al cual pasa el alcohol después de ingerirlo, ya que el alcohol llega a la sangre a través del estómago y del intestino delgado. Los vasos sanguíneos al llevar el alcohol a todas partes del cuerpo también resultan afectados. Cuando se toman pequeñas cantidades de alcohol se eleva la presión sanguínea motivo por lo tanto, los vasos de la piel particularmente de la cara y el cuello empiezan a mostrarse enrojecidos y no por una elevación en la temperatura, de hecho el alcohol hace que descienda la temperatura en todo el cuerpo. No obstante al ir aumentando la cantidad de

alcohol en el organismo y al estimular el corazón disminuye el ritmo cardíaco, lo que produce un bombeo menor de sangre al sistema, los vasos sanguíneos también se dilatan y congestionan por el alcohol, esto dificulta la actividad de transferencia entre la sangre y los tejidos (Fort, 1973).

Sistema Nervioso: El alcohol se desplaza hasta el cerebro, por lógica afecta a todo el organismo. El alcohol llega por medio de la sangre al cerebro, a la médula espinal y a los más complejos centros cerebrales superiores (corteza cerebral) donde en pocos minutos empieza a causar estragos, tales como retardo en la actividad mental, afecta la conducta, el habla, la memoria, el raciocinio, la visión, se debilita la percepción y el autocontrol. Del mismo modo se puede decir que la persona ebria va perdiendo la noción de un mundo exterior, de tal forma que la autosatisfacción pasa a ser el principal motivo de su conducta (Fort, 1973).

Sistema Muscular: Por el alcohol se ven afectados los centros nerviosos controladores del sistema muscular, por lo tanto, toda la información llega distorsionada provocando estremecimiento en las manos (temblores), calambres en las extremidades y ocasionalmente en el estómago. Los músculos están normalmente en un estado de ligera contracción o tensión, sin embargo sobre el influjo del alcohol los músculos se relajan, se debilitan y los hace menos capaces de funcionar (Fort, 1973).

Sistema Respiratorio: El alcohol que no se oxida es eliminado por los pulmones, además la respiración se va haciendo cada vez más lenta pudiéndose producir un paro respiratorio (Rodríguez, 1998).

Sistema Endocrino: El alcohol afecta directamente el sistema endocrino, se dice que el alcohol produce impotencia sexual, reducción en los testículos y mengua la "producción de testosterona (hormona masculina de los testículos) que resulta un agrandamiento del pecho, pérdida del vello facial y disminución del impulso sexual", entre otros (North y Orange 1989, p. 25).

Sistema Urogenital: Conforme va aumentando la ingestión de alcohol, la cantidad de orina es mayor, este tiene una acción diurética. En verdad el alcohol deshidrata al cuerpo y es seguro decir que el aumento de micciones se debe más a la

absorción de líquidos que acompañaban a la bebida alcohólica o ingestión de líquidos para contrarrestar la deshidratación que al alcohol mismo (Fort, 1973).

Hígado: Es uno de los órganos más complejos del cuerpo humano, está involucrado en la circulación, la excreción, la inmunología, el metabolismo y la desintoxicación. El hígado es uno de los órganos más afectados por el alcohol porque en él se transforma un 80% del alcohol consumido y en su metabolismo se va a producir "acetaldehído, ácido acético, lactosa aumento de los ácidos grasos, ácido úrico, la gota, etc." (Fort, 1973, p.40).

A causa de la repetición de este proceso se van a ocasionar tres cuadros tales como la esteatosis, se produce por la acumulación de grasas en el hígado. Si se deja de beber la recuperación es total. La hepatitis alcohólica, es una alteración tóxica en la cual hay inflamación y muerte de células, en algunos casos esta enfermedad evoluciona a cirrosis aunque se deje de beber. Los síntomas son cansancio, debilidad, y tinte amarillento en la piel, entre otros.

Y por último "cirrosis es la más grave y siempre produce la muerte, esta enfermedad avanza aunque se suspenda totalmente el alcohol. Los síntomas son: falta de apetito, vómito, piel amarilla, dolor de abdomen y pecho aumentado" (López, 1992, p. 9 y 10).

3.5.3 ETIOLOGIA SOCIAL

Cahalan, Cisin y Crossley (1969 en Vázquez, 1993) señalaron un sinnúmero de variables demográficas relacionadas con el uso y el abuso de bebidas alcohólicas, generalmente las tasas altas de abusos, están asociadas con niveles socioeconómicos bajos, urbanización y hogares dañados o destrozados. Asimismo, los antecedentes étnicos están también relacionados con la forma de beber. Se debe de tomar en cuenta que el alcohol es una droga legal, de fácil obtención, bajo precio y esto aunado a que la mayoría de los métodos coercitivos con los que la sociedad ha tratado de resolver el problema repetidas veces, han fracasado o se han demostrado un mínimo de influencia al cambio.

Así el alcohol está implicado dentro de las celebraciones religiosas, sociales, culturales y familiares. Se cree que favorece la tendencia gregaria a pertenecer a

un grupo. La publicidad que se le da a las bebidas alcohólicas y el factor económico es esencial, debido que se mueve gran cantidad de dinero en torno al alcohol (Vicencio, 1991).

3.5.4 EFECTOS SOCIALES

El alcohol ingerido en forma excesiva puede causar además de los efectos nocivos en la salud, una gran cantidad de problemas relacionados con la sociedad en general como: rompimiento del orden público, violencia, víctimas que resultan de los accidentes por los bebedores, aumento de los costos a servicios de salud y de seguridad en el bebedor y su familia, pérdida por ausentismo laboral, pérdidas en el rendimiento del trabajo y aumento de la mortalidad general. De igual manera, el alcohol se ha asociado con problemas familiares como desarmonía familiar, desajuste matrimonial, maltrato al cónyuge y a los hijos, falta de respeto al bebedor, problemas mentales, pobreza, daño fetal cuando la madre bebe durante el embarazo, problemas de desarrollo en los hijos, abandono de la escuela, delincuencia juvenil, problemas de bebida en la adolescencia, incesto, infidelidad, miembros de la familia enfermos de cirrosis hepática, delirium tremens, depresión, males cardiacos, daños en el tejido cerebral, mal de korsakov, neurosis, frustraciones y otras más (Velásquez, 1993).

CAPITULO IV

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

4.1. TRATAMIENTO

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

En los casos de alcoholismo, muchos terapeutas han considerado que el "estilo de sobriedad de la persona alcohólica es la que lo impulsa a beber, entonces ese estilo tiene que contener algún error o patología y la patología necesariamente proporciona alguna corrección (un tanto subjetiva) de ese error" (Bowen, 1989).

Ahora bien, dado las consecuencias negativas y esto aunado con la actitud que tiende a tomar la familia ante el alcoholismo, conductas como el negar la presencia del alcohol dentro de su núcleo, reacciones de ira, agresión, preocupación y por último aceptación o en el momento que sienten que han tocado fondo es cuando se deciden a pedir ayuda. Por tal motivo para poder modificar el comportamiento del paciente identificado o alcohólico, es necesario a la par promover modificaciones en la actitud de la familia, para dar una mejor solución al problema (Flores, 1992).

Por lo tanto se va a presentar un modelo de intervención que de ningún modo pretende ser exhaustivo, lo cierto es que el alcoholismo es un problema multifactorial, lo cual indica que afecta en diferentes formas a la persona alcohólica como a su familia y es irrelevante considerar que con un mismo tratamiento se pueda erradicar el alcoholismo de personas tan heterogéneas, la finalidad es que el profesionalista incorpore una profunda evaluación y elija las estrategias adecuadas que le puedan ser de utilidad de acuerdo a sus necesidades de

intervención.

EVALUACIÓN.

Minuchin define que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente de cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. Por ello, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúan poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia, denominado "coparticipación" que permite además crear una fuerte relación terapéutica.

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales. En este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma el terapeuta puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite la novedad, el cambio en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos. La coparticipación implica que más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las relaciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984 y Ochoa, 1995).

Las variables que el terapeuta deberá evaluar son: el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio, las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista; las alianzas y coaliciones familiares, los problemas de la distribución jerárquica del poder; el tipo de límites intra y extra familiares; las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio; las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Con respecto al problema de alcoholismo es necesario obtener un cuidadoso trazado del consumo de alcohol, los intentos anteriores de tratamiento, la percepción que tiene la familia sobre el consumo de bebida, las consecuencias que ha acarreado el alcoholismo y las conductas que ha utilizado para hacerle frente al problema (Ochoa, 1995 y Steinglass, 1989).

Después de haber realizado la evaluación y de haber detectado los problemas de alcoholismo, es necesario negociar las metas con la familia antes de comenzar el proceso de intervención para que con ello la familia tenga la sensación de que el tratamiento sigue un rumbo y no va a la deriva. Las metas se deben de establecer de acuerdo a las prioridades de la familia y pueden ser varias o una sola porque cualquier meta se puede utilizar como vehículo para el cambio estructural dentro de la familia (Stanton, 1985).

INTERVENCION

En la intervención es necesario que el terapeuta se interese desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio. El cambio se producen cuando la familia se "reequilibra" sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico debe ser cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedades y diversidades en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónica que caracterizan un sistema patológico.

En el caso del alcoholismo lo esencial para efectuar un cambio es el eliminar absolutamente el alcohol del sistema familiar ya que con una familia alcohólica no se puede avanzar. El terapeuta y la familia deben de estar conscientes de que el primer paso que se tiene que dar es llevar a la familia de una etapa mojada a una etapa seca y luego trabajar con esa familia ahora seca para cambiar sus pautas de conducta básicas (Stanton, 1985 y Steinglass, 1989).

Para eliminar el alcohol del sistema familiar nos podemos valer de muchas estrategias algunas de ellas son:

Desintoxicación con internación del miembro alcohólico: Este tipo de

desintoxicación es recomendable cuando en la historia de la vida alcohólica del paciente identificado haya mencionado que cuando deja de beber experimenta síntomas de abstinencia de tal magnitud que han hecho muy improbable que dicha abstinencia pueda completarse sin medicación. No obstante, se debe tener precaución al emplear este tipo de desintoxicación porque se ha observado que cuando se desintoxica un alcohólico en un hospital o en algún otro ámbito externo a la familia, sus familiares pueden negar toda responsabilidad si el intento fracasa o se interrumpe. Arrojan al alcohólico en el sistema de tratamiento y luego renuncian a la responsabilidad alegando que la culpa es del programa de desintoxicación, no de ellos. "Así, el personal del programa habiendo aceptado este yugo terminan por sentirse responsables, aunque la familia haya contribuido activamente a socavar sus esfuerzos durante y después de la desintoxicación" (Stanton, 1985, p.121).

En ocasiones, esta situación tiene serias fallas y es totalmente contrapuesta a lo que deberá ser. Es la familia no el programa de tratamiento la que ha respaldado y mantenido al adicto. Se debe pensar que sea la familia la que cargue con la responsabilidad primaria para el cambio de la conducta alcohólica, pero se requiere establecer un paradigma de tratamiento que ayude a la familia a sentirse más competente para alterar sus patrones y cuidar de sus miembros. Un enfoque posible consiste en desintoxicar al alcohólico en su hogar (Stanton, 1985 y Steinglass, 1989).

Desintoxicación hogareña: Es una especie de inducción de crisis planificada. Es también una extensión lógica de idea de contener la crisis dentro de la familia. En este enfoque los miembros de la familia esencialmente se encargan del proceso de desintoxicación en su propio hogar. Al planificar una desintoxicación hogareña se requiere que el terapeuta y la familia contemplen de antemano ciertos problemas, como que el alcohólico se fuge de la casa, que un pariente le dé alcohol o que se descuide la vigilancia, entre otras. Una vez comentadas todas las contingencias previsibles, quizá convenga mencionar que probablemente no se pueda prever todo. Es muy posible que alguien traiga un problema que no se haya

anticipado, con esta aclaración protectora se cubre todas las posibles maniobras de resistencia de la familia.

También es conveniente que el terapeuta negocie un contrato de antemano para realizar el proceso por segunda vez, por si fracasa el primer intento, si los miembros de la familia saben que quizá deban encararlo dos veces, tienen más probabilidad de triunfar la primera vez. Por lo demás como ellos están ahora involucrados en el proceso, si el intento fracasa ya no tomaran a la ligera la afición por el alcohol. Tal vez se enfaden con el Paciente Identificado y puedan establecer una distancia apropiada. Así el terapeuta puede valerse del éxito o fracaso del primer intento para provecho propio y de la familia. Obviamente una desintoxicación hogareña exitosa pone a la familia en la tarea apropiada, y le adjudica el mérito por hacerlo. Por otra parte, el fracaso puede cumplir una función de desapego (Small, 1986).

Se deben tomar ciertas precauciones médicas para realizar una desintoxicación hogareña. El adicto tendrá que ser examinado médicamente para desechar ciertos estados que contraindiquen una desintoxicación rápida, tal como una enfermedad no tratada de la arteria coronaria, una diabetes incontrolada, tuberculosis pulmonar no tratada u otra afección severa. Es preciso tener un respaldo médico disponible para el terapeuta y la familia durante la desintoxicación y saber donde puedan acudir en caso de una emergencia. De hecho, la familia puede encarar la crisis con mayor tranquilidad si sabe donde están estos sistemas de respaldo (Small, 1986 y Stanton, 1985).

Desintoxicación hogareña y en el hospital: Se acepta un período intermedio de dos semanas para tratar de desintoxicarse en su hogar, si para entonces no se han dado pasos importantes en cuanto a la eliminación del alcohol se procederá a la hospitalización.

En todos los casos de desintoxicación es importante que sea el Paciente Identificado el que decida por su propia voluntad mantener la sobriedad debido a todos los obstáculos que debe pasar para lograrlo. Lo primero que tiene que atravesar es el síndrome de abstinencia que conlleva a una serie de sensaciones

fisiológicas desagradables como sudoración excesiva, intranquilidad, insomnio, dolor general, temblores, irritabilidad, se puede mostrar violento, etc.

No obstante, se considera que el trayecto del síndrome de abstinencia es relativamente fácil. En 15 días aproximadamente el organismo ha eliminado todo residuo de alcohol ingerido independientemente de los años que lleve consumiéndolo. De estos 15 días los primeros 4 son los peores, después de estos los síntomas se irán suavizando a un nivel considerable. Se ha dicho que el periodo de desintoxicación es sencillo, pero también es fácil volver a consumirlo, luego de haber eliminado todo el alcohol del cuerpo, por lo tanto es necesario que el terapeuta se lo haga saber desde el principio a la familia. Es lógico que tenga una desilusión después de hacer el esfuerzo de participar y poner empeño en la terapia, pero se debe renovar esfuerzos, observar cual de las estrategias fue la que pudo haber fallado y continuar con el tratamiento (Vicencio, 1991).

Otro aspecto importante que se debe tener presente en el tratamiento es la "voluntad" es decir, se tiene que conscientizar a la familia y al alcohólico que ningún medicamento funciona para dejar completamente de ingerir alcohol, solo la voluntad del alcohólico de decir "no" es la que sirve. Descubrirá tarde o temprano que únicamente saldrá del vicio cuando lo haga por si mismo y logre encontrar razones de peso que solo le conciernan a él. Es difícil dejar de beber solo para que la esposa y los hijos no lo abandonen o la mamá no sufra. Se debe de tener toda la voluntad posible, no solo para poder dejar el alcohol, sino para aprender a vivir y afrontar todos los problemas que se presenten de ahora en adelante sin él (Andolfi y Zwerling, 1985 y Small, 1986).

Cuando en la familia se haya logrado la abstinencia total, es necesario el establecimiento de acuerdos muy claros, entre el Paciente Identificado y los otros integrantes de la familia. Sobre lo que se desea con la bebida y el papel que estimará cada una de las propuestas. Se deberá especificar pormenores como; si se tendrán bebidas alcohólicas en casa, si se beberá delante del Paciente Identificado, si se concurrirá a situaciones sociales en donde se sirva alcohol, etc. Se identificaran personas, conductas y ocasiones que inciten al consumo de

alcohol, así como todas aquellas situaciones familiares (discusiones, sermones, patrones de interacción negativos) que refuerce la ingestión de alcohol (Small, 1986).

No hay una forma específica de establecer un contrato, sino que este va a depender de la familia que se este tratando, por eso el terapeuta tiene que usar el buen juicio clínico para dar forma a un contrato singular con cada familia. Pero lo importante es que el contrato sea tan claro como resulte posible. Todos los participantes deben estar conscientes de lo que implica el contrato, al igual que cada integrante de la familia deberá tener un conjunto de tareas definidas con claridad para llevarlas a cabo como parte del contrato general. La cláusula se debe revisar junto con la familia, aceptar sugerencias que enriquezcan los criterios establecidos, enfatizar la importancia del convenio y establecer si todos están de acuerdo en que se lleve a cabo el contrato.

El terapeuta tendrá presente que una familia alcohólica mojada que de repente se encuentra seca está en una situación muy inestable y endeble. Durante un prolongado período, quizá tan prolongado como el que llevan de casados los esposos, la vida familiar estuvo organizada en torno al ciclo de sobriedad embriaguez, es posible que la familia haya adaptado importantes aspectos en su vida como la necesidad del miembro alcohólico. El alcoholismo se ha convertido en un modo de vida predecible para la familia. De pronto se ha interrumpido la bebida, ha dejado de existir la conducta de embriaguez y el estado interaccional que lo acompaña, cuando se experimenta este cambio repentino, la mayoría de las familias tienen la idea de haber perdido sus amarraderos familiares. En vez de experimentar un sentimiento de júbilo porque se ha dejado de beber, la familia tiene una profunda sensación de vacío. Por esto el proceso de terapia debe de estar enfocado en tolerar esta etapa y recuperar el sentimiento de estabilidad que esta vez se alcanzará sin la utilización de conductas relacionadas con el alcohol. Después de haber superado la pérdida de alcohol, la terapia pasara a una fase de resolución. La familia tiene que reagruparse en torno a la fase alcohólica seca, todavía no conocida. En algunas familias las tensiones y presiones que se

acumulan cuando haya pérdida de alcohol impulsan a la familia a una desorganización funcional y luego a una fase de reorganización. Este proceso ha sido llamado discontinuo o cambio de segundo orden. Por ende cuando el objetivo es la reorganización de la familia, el terapeuta tomara en cuenta una terapia familiar no marital en primera instancia. Por tanto se debe postergar el tratamiento de los problemas matrimoniales (pasándolos por alto si es posible) a la vez que se enfatiza el trabajo en equipo y el trabajo conjunto con toda la familia nuclear hacia un resultado positivo para erradicar el alcoholismo" (Stanton y Tood, 1985, p.122).

Ya habiendo cumplido la primera meta, es decir, mantener la sobriedad del paciente identificado durante el tiempo que se haya establecido. Se pasara a obtener información para establecer la terapia marital en donde el objetivo deberá ser el motivar a los integrantes de la pareja para que colaboren con el terapeuta y entre sí, en un esfuerzo conjunto por mejorar su relación.

Para ello, se permitirá que expresen sus emociones negativas acerca de los problemas conyugales y se evalúe la motivación de cada uno para salvar el matrimonio. Posteriormente se adquiere información de la historia de relación matrimonial, del grado de satisfacción de cada uno con respecto a su matrimonio, se obtiene información sobre los mitos heredados de la familia de origen respectivas, los patrones de interacción predominantes y los tipos de respuestas emocionales negativas en la pareja. Los patrones de interacción pueden basarse en la reciprocidad o en la coerción. En el primer caso se caracterizan por la sensibilidad a la petición del otro y el refuerzo mutuo del comportamiento deseado. Por el contrario, la coerción comprende acciones desagradables que se encarnan en una secuencia en la que cada petición adopta la forma de una demanda exigente, incluso amenazadora, y su incumplimiento se castiga con el aumento de conductas desagradables. La sensación desagradable, producida por las constantes amenazas, aumenta hasta que se consiga la sumisión de uno de los cónyuges. La conducta sumisa, al obtener un alivio momentáneo, se convierte en un refuerzo de la conducta coercitiva y aparece un espiral, en la que por turno

cada esposo adopta el papel de víctima o de triunfador (Bornstein y Bornstein, 1988).

El trabajo en las sesiones se dirige fundamentalmente a conseguir una buena comunicación verbal y no verbal entre los miembros de la pareja; aumentar los intercambios mutuamente satisfactorias, disminuir las interacciones desagradables y utilizar contratos para negociar la solución de problemas.

El terapeuta debe entrenar a la pareja para la adquisición de habilidades de comunicación no verbal, se basa principalmente en conseguir el tono, volumen de voz y el tipo de contacto visual con los que cada integrante de la pareja se encuentra cómodo (Lieberman, 1987).

Para mejorar el tono y el volumen de voz se puede seleccionar un mensaje neutral e instruir a los cónyuges, mediante la técnica de modelado gradual, para que se miren y digan el mensaje de diversas formas. Así por ejemplo, el terapeuta les pide que transformen la afirmación en pregunta en demanda, en reproche, en preocupación, en una invitación o que lo diga en voz fuerte, con miedo, etc. Después se invierten los roles de emisor y receptor. Al finalizar se les pregunta con qué tono de voz se encuentran más a gusto y por qué (Navarro y Gongora, 1992).

Para entrenarlos en lograr un buen contacto visual se selecciona una afirmación neutral y se les instruye para que digan – por turnos – el mensaje con voz neutral, variando el contacto visual. El terapeuta pide a cada uno que mire a los ojos del otro, que inicie un contacto ocular y después lo rompa, que no haga contacto y después lo inicie; que suavice la intensidad de la mirada; que mire levemente por encima del nivel de los ojos de su pareja, entre otras aplicaciones que pueda hacer el terapeuta (Navarro y Gongora, 1992).

Se le entrena a la pareja para que pueda conversar libremente sobre temas neutrales positivos peticiones de cambio y temas delicados y negativos, así como en la disminución de interacciones desagradables. "Se ha observado que las parejas con éxito tienden a permitir una cierta cantidad de hostilidad sin tener que devolverla al otro" (Bornstein y Bornstein, 1988). Cuando se necesite expresar los

sentimientos negativos hay que explicar qué comportamiento los ha producido y describir esos sentimientos para terminar haciendo una petición que mejore la situación y los sentimientos.

Se sugiere a la pareja que cuando el otro se muestre hostil o de mal humor, en lugar de responder como habitualmente han venido haciendo, elija entre las siguientes posibilidades, a) ignorarlo; sin embargo cuando el clima emocional es muy intenso ignorar a la otra persona se puede convertir en una provocación adicional, por lo que en dicha situación no es conveniente utilizar esta opción, b) introducir el humor en la situación, c) desarmar al otro con gratificaciones d) se puede permanecer un tiempo apartado de la pareja para dejar que se calme y luego expresar los sentimientos propios de manera agradable y sin críticas. Es importante que el esposo que se marche diga al otro dónde va y cuando volverá, y por último e) intercambio de afecto físico, se puede acariciar a la pareja poco a poco, se puede empezar acariciando los dedos, la mano, etc.

Otra estrategia que puede incluir el terapeuta es la planificación de actividades de ocio y recreación, este tiene como finalidad el insertar a los demás integrantes de la familia en el tratamiento, así se le pide a los parientes que elaboren una lista en forma conjunta, de actividades de poco costo y que puedan realizar todos (sí lo desean se puede incluir a los otros familiares).

En la entrevista se discuten los detalles para evitar fallos y al inicio se deben de plantear cada una de las actividades para evitar conflictos pese a que se les remarcará que en la realización de esta actividad no puede discutirse ningún problema.

Un aspecto más que se debe contemplar en el tratamiento es la forma en como resolver problemas y estrategias para poder negociar otros cambios. Para realizar las negociaciones de modificación de comportamiento, se requiere de la ayuda de la familia. Se realiza una lista de actividades que se desee cambiar de una persona a la vez, las peticiones deben de ser en forma específica y positiva, evitando pedir cosas irracionales. El terapeuta debe enseñar a formular lo solicitado de manera adecuada.

Habiendo elaborado la lista, se debe alcanzar un acuerdo sobre las actividades en términos de frecuencia cómo, cuándo, intensidad y situación. Lo acordado se elabora por escrito y se ejecuta en la siguiente semana. Se puede utilizar premios o castigos.

La técnica de acuerdo sobre el cambio de comportamiento se puede aplicar a toda la familia, claro que se deben adicionar algunas reglas como será una persona por cada vez, y se tiene que realizar un consenso antes de que algo se haga.

Las técnicas que se puedan utilizar dependerán de la familia y de las habilidades del terapeuta, también se pueden apoyar en grupos como Alateen, Familias Anónimas, Alcohólicos Anónimos. Estos grupos de ayuda brindan apoyo a personas que son alcohólicas familias que tiene miembros alcohólicos, su método se basa en los principios de introspección abierta, admisión de los defectos, ayuda a los demás y reparación del daño hecho en el pasado. Compendieron el componente religioso por medio de la adopción de una oración que dice " Señor. ... concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquello que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia". Los miembros de estas instituciones se apoyan en 12 pasos que son:

- 1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2) Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
- 3) Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- 4) Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- 6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
- 7) Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- 8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y

estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

- 9) Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.
- 11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, con nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para cumplirla.
- 12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

De la misma manera este tipo de instituciones se basan en 12 tradiciones que son:

- 1) Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A. A.
- 2) Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más servidores de confianza. No gobiernan.
- 3) El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.
- 4) Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos.
- 5) Cada grupo tiene un sólo objetivo primordial: lleva el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
- 6) Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial
- 7) Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a si mismo, negándose a recibir contribución de afuera.
- 8) A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

- 9) A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10) A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades, por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11) Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
- 12) El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

En estos grupos su filosofía profesional incluye los doce pasos y en algunas ocasiones las doce tradiciones. El grupo sigue un programa semiestructurado, presidido por un líder y se centra en la forma que diferentes miembros del grupo pueden adaptar o incorporar los doce pasos a sus propias vidas. Se debe de recordar que estas instituciones son grupos de apoyo para tratar de erradicar el problema de alcoholismo, más no es todo el tratamiento. El terapeuta deberá elegir las técnicas que más se adecuen al tipo de familia que se esta tratando y tratar de modificar su estructura familiar.

Por último se empieza a preparar a la familia para la salida y vida exterior, e ingresarlos nuevamente a una vida productiva.

SEGUIMIENTO

Se realiza seis meses después de que empiece la sobriedad. Lo primero que hace el terapeuta con la pareja es revisar la terapia previa e identificar aquellas estrategias que resultaron de mayor utilidad. Tras lo cual se le pide que señalen por cuanto tiempo mas desean seguir realizándola.

El terapeuta con ayuda de la pareja identificara las situaciones de alto riesgo, se discutirán y ensayaran estrategias para afrontar recaídas por ejemplo; dejar transcurrir un día, llamar al terapeuta, tratar de conseguir una visión más racional y realista del episodio.

El seguimiento constara de varias entrevistas programadas a los 2,6 y 12 meses

después de la finalización de la intervención y seguirá de acuerdo lo que establezca el terapeuta.

Se debe tener en cuenta que este tipo de tratamiento es muy largo y que hay posibilidad de recaídas y de no colaboración por parte de la familia (Stanton y Tood, 1985).

4.2. PREVENCIÓN

Al alcohol se le hace responsable de altos niveles de muerte por diversas enfermedades, accidentes, desarmonía familiar, riñas y ausentismo laboral, por lo que con frecuencia se pide que se remedie la situación. Los remedios varían de acuerdo con la ideología y el interés del sector que lo propone, porque en materia de alcohol la unanimidad de las opiniones se concentra en señalar el mal, pero se entra en conflicto cuando se trata de elegir la manera de solucionarlo. La razón de las discrepancias obedece a que el tema del alcohol aparte de que fácilmente se contamina de elementos afectivos y de que toca una serie de fuertes intereses políticos y económicos, es también un tema complejo en donde intervienen diferentes disciplinas científicas como la bioquímica, la fisiología, la psicología, la sociología, la antropología, etc. Cada una de ellas observa el fenómeno bajo su ángulo de interés y lo interpreta con su propio esquema conceptual por lo que tampoco las investigaciones llegan a compartir un punto de vista unitario (Molina y Sánchez, 1982)

Los problemas que se relacionan con el consumo de alcohol son del más variado origen, y si se desea enfrentarlo se deben de tocar intereses y realidades que rebasan a los sectores salud y educación. Por ello un programa de este tipo no sólo puede reducirse a prevenir, curar y rehabilitar, sino que sus pretensiones deben de ir mucho más allá, pugando por considerar todos aquellos factores que estén involucrados en la promoción de la salud, bienestar y desarrollo del individuo y la colectividad. Un programa cuyas metas sean el reducir los problemas que plantea el uso de alcohol, debe de estar dispuesto a tocar prácticamente todas las estructuras socioculturales sin ningún compromiso, incluyendo las políticas y las económicas. Es imperativo que el marco teórico que lo provee incluya todos

aquellos aspectos que de alguna manera influyen en el desarrollo armonioso del individuo y la sociedad.

Por esto con el fin de reducir el consumo de alcohol, la Secretaría de Salud y el CONADIC (1992) crearon un proyecto en donde exhortan a los medios comunitarios y sociales al apoyo para la prevención de la ingesta inmoderada de alcohol. Los sectores que retoman son los siguientes

Educativo: Exhortar a la conformación de paquetes adecuados de información sobre las bebidas alcohólicas y el alcoholismo, los riesgos de uso y abuso de alcohol e impartirlo en cada nivel educativo. También el promover en las Universidades el estudio de técnicas de investigación en materia de consumo de alcohol y alcoholismo.

Información comunitaria: Impulsar campañas de información y orientación hacia los diferentes grupos de población con especial énfasis en los de alto riesgo. Promover la participación de comunidades para que apoyen los diseños, aplicaciones, seguimiento y evaluación de los programas preventivos de cada localidad y detectar casos incipientes de alcoholismo para que soliciten ayuda oportuna.

Medios masivos de comunicación: Difundir las consecuencias sociales y de salud por el consumo de bebidas alcohólicas, al igual que promover y resaltar los beneficios que conlleva un consumo moderado y responsable de estas bebidas alcohólicas.

También cabe destacar que la prevención está apoyada en la Ley General de Salud, ya que señala artículos que rigen y establecen la normatividad en el uso y abuso de alcohol, un ejemplo de esto es el artículo 35 párrafo 2º que establece, que la publicidad de bebidas alcohólicas debe referirse a las características y propiedades reales de los productos en términos claros y fácilmente comprensibles. Se deben enfatizar precauciones cuando el uso o consumo de los productos puedan causar riesgo o daño a la salud de las personas. Además la leyenda "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud" se debe señalar claramente en forma visual o auditiva de acuerdo al medio

publicitario que se emplee, pero nunca se debe omitir.

El agente: El artículo 217 de la Ley General de Salud, establece que se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción mayor de 2 hasta 55 por ciento en volumen a 15 grados centígrados, el artículo 218 especifica que toda bebida deberá ostentar en los envases la leyenda "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", escrito con letra legible, en colores contrastantes y sin que se involucre o se haga referencia a alguna disposición legal.

Laborales: Se deben de identificar los riesgos y repercusiones del consumo de alcohol en las áreas laborales. La misma Ley Federal del Trabajo en su capítulo IX, artículo 488 asienta que el patrón queda exceptuado de las obligaciones en los casos y con las modalidades siguientes en Fracción I, si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún narcótico o droga, sin que exista prescripción médica y que el trabajador hubiese puesto el hecho en conocimiento del patrón y le hubiese presentado la prescripción suscrita por el médico.

El reglamento de Medidas Preventivas en Accidentes de Trabajo en el capítulo I, disposición general, artículo 14 establece que se prohíbe terminantemente presentarse al trabajo en estado de ebriedad o bajo la acción de alguna droga intoxicante. También es importante involucrar a la comisión mixta de seguridad e higiene en la transmisión de información sobre el consumo responsable de bebidas alcohólicas.

Medidas Legislativas: Se deben de revisar las medidas vigentes en materia de producción, distribución, venta, publicidad y consumo de las bebidas alcohólicas, al igual que realizar estudios para modificar o ampliar la leyenda precautoria de las etiquetas o envases en los que se expenden las bebidas alcohólicas. Se tiene que regular la comercialización de alcohol del 96° y prohibir su venta directa como bebida alcohólica y reforzar el control en base a la prohibición de la bebida alcohólica a menores de edad. Así como determinar la ubicación y el horario de funcionamiento de los establecimientos en que se expendan bebidas alcohólicas.

Investigación: Se tendrían que promover las investigaciones que identifiquen los factores de riesgo y factores protectores en grupos específicos; por ejemplo, niños, jóvenes de diferentes niveles socio económicos para realizar un diagnóstico temprano.

Se debe profundizar las investigaciones de las repercusiones de la ingesta de alcohol en las mujeres en el período prenatal, perinatal y postnatal, así como estudiar la correlación entre el abuso de la ingesta de alcohol y la presentación de enfermedades crónicas.

Centros de Salud: Crear más centros de atención para el enfermo alcohólico y personas con problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas. En donde se establezcan procedimientos que permitan el manejo de los enfermos y la participación activa de los mismos y de su familia en el proceso terapéutico. Además se deben de abrir más grupos comunitarios parecidos a AA, Alateen Alanon y Centros de Ayuda Psicológica, para realizar actividades que fortalezcan los factores protectores. Así como la creación de un centro para familias con un miembro alcohólico en donde reciban información y educación de cómo tratar a su familia alcohólica.

Recreación: Realización de eventos culturales, cívicos y deportivos para mantener la atención centrada en actividades de diversión.

Prohibiciones a automovilistas: Se deben introducir leyes debidamente reforzadas y bien difundidas entre la población, para evitar el conducir en estado de ebriedad al igual de persuadir en la utilización del cinturón de seguridad.

Individuales: La ingestión de bebidas alcohólicas es privada, pero se debe de aceptar entre sus costumbres la de ingerir bebidas con alcohol de manera responsable. Para poder prevenir se deben cambiar las ideas que se tengan respecto al consumo de alcohol o modificar la educación. El beber no es indispensable para divertirse en reuniones o fiestas y quien quiera que haya decidido no beber por razones médicas, económicas, religiosas o cualquier otra, no debe de recibir presiones de nadie. La capacidad de beber excesivamente no indica distinción alguna ni es signo de mayor virilidad o masculinidad.

Estos apartados buscan la mejor forma de dar apoyo a las personas que presentan un consumo excesivo de alcohol y a los que se encuentra viviendo con ellos el mismo problema.

La Secretaría de Salud y CONADIC crearon este modelo de prevención por demás ambicioso, abarcando varios sectores, sin embargo hasta el momento no se sabe si dará resultado alguno debido a la gran apatía que muestran las comunidades hacia los diferentes conflictos sociales principalmente el alcoholismo.

Otras recomendaciones que caben destacarse son, el dar una clara prioridad a los programas de prevención y que los programas de tratamiento se concentren en la organización de servicios poco costosos y de elevada eficacia. Las recomendaciones se fundamentan en el hecho de que los problemas relacionados con el alcohol son numerosos y variados, por lo que es prácticamente imposible contender con ellos a base de programas de tratamiento, que hasta ahora son costosos y han mostrado poca eficacia. Por otro lado los medios preventivos, de acuerdo con las estrategias actuales resultan bastante prometedoras.

Asimismo se deben de tomar medidas para evitar cualquier nuevo aumento en el consumo de alcohol y que se comience a reducir el consumo por habitante, disminuyendo la posibilidad de acceso a las bebidas alcohólicas y tomando medidas educativas y de otra índole para disminuir la demanda que se han venido dando en torno al factor alcohol (Edward, 1977 y Atlas de la Salud de la República Mexicana).

CONCLUSIONES

Lo que se observo a lo largo de este trabajo es que no existe un acuerdo unánime de lo que en realidad es el alcoholismo. Los diferentes autores que han incursionado en este campo lo definen de acuerdo a su enfoque doctrinario o sus intereses muy especializados, pero hay una gran variedad de opiniones en la definición su etiología y efectos. Si se encontrara esa causa única seria muy fácil establecer un tratamiento efectivo e intervenir para lograr una prevención exitosa.

Sin embargo, ningún autor coincide en brindar un concepto único, pero todos están de acuerdo que el alcoholismo es una enfermedad que a causado afecciones mundialmente que afecta a personas de todos los niveles sociales, de diferentes sexos y de diversas edades. El que cae en esta enfermedad se va destruyendo gradualmente y no solo él, en ocasiones a los seres que se encuentran cerca como sus familiares. La familia es el receptor de todos los problemas del alcohólico, actualmente hay estudios que muestran los grandes males que causa el tener un miembro que sea bebedor excesivo. El alcoholismo esta vinculado con padres que maltratan y abusan de sus hijos, que tienen conflictos conyugales, adolescentes con trastornos emocionales o de aprendizaje, problemas económicos, integrantes enfermos de cirrosis hepática, males crónicos del hígado, hijos con el síndrome de alcoholismo fetal, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, gastritis alcohólica. La familia del bebedor excesivo sufre graves problemas por el alcohol no obstante, por un largo tiempo fue dejada de lado durante muchos años por los terapeutas, estos eran desconocedores en gran medida del predominio y abuso que provocaba el alcoholismo, además de que estaban mal adiestrados para enfrentar un problema de esta índole con toda la familia. Sin embargo la situación ha cambiado y en la actualidad la terapia familiar cuenta con una gama de tratamientos dependiendo de las necesidades del alcohólico y su familia.

Los terapeutas familiares tratan de apoyarse en otras disciplinas para poder crear un tratamiento completo para el alcohólico y su familia que puede abarcar desde la

desintoxicación en donde se deben de tener cuidados especiales para evitar problemas orgánicos irreversibles, se les brinda motivación inicial para el que aun niega ser un bebedor problema, terapia matrimonial, asesoramiento a la familia para que aprenda a tratar a su integrante alcohólico, rehabilitación física y psicológica para el bebedor, los terapeutas también se apoyan en instituciones como AA , Alateen, y Alanon o echa mano de la teología de acuerdo a las creencias que tiene el paciente. La terapia cuenta también con un seguimiento para observar el desarrollo de las técnicas establecidas. Así la ventaja es que si se presenta una recaída se puede alentar directamente a la familia para que siga apoyando y modificar el tratamiento con la finalidad de que se obtengan resultados benéficos a largo plazo.

Todavía no se sabe cuál tratamiento es el más eficaz para incidir en problemas de alcoholismo lo que sí es cierto es que es más productivo involucrar a la familia en el tratamiento. Algunas corrientes psicológicas retoman al alcohólico como la única persona que tiene el problema dentro de la familia y que modificando el comportamiento del bebedor excesivo cambiara todo su contexto familiar, en ocasiones suele suceder de esta manera, pero tomando en cuenta y como lo menciona Boscolo, Cecchin, Palazzoli y Prata (1991) en la connotación positiva "un problema que se refleja en un miembro de la familia no se centra nada más en él, sino como una tendencia de automantenimiento del sistema global. Es decir si la persona se mantiene enferma la familia respeta las necesidades que tiene de proteger su equilibrio y en consecuencia reduce el riesgo de incrementar su resistencia al cambio" (p.36). Por eso es conveniente que los terapeutas involucren a la familia en el tratamiento para reducir riesgos de recaídas y modificar su estructura para que puedan mantener su equilibrio sin la necesidad de una persona enferma.

Y no suceda como en algunos otros tipos de intervención en donde el Paciente Identificado, tiene un restablecimiento satisfactorio cuando se encuentra internado, pero al salir y convivir nuevamente con sus familiares se efectúa una recaída más difícil de tratar que cuando se interno por vez primera. Por esto la

Terapia Familiar cuenta con un método particular que asegura un restablecimiento efectivo y ese método es el que trabaja con toda la familia, evitando conflictos posteriores de la misma índole.

Sin embargo, se considera que existe un método que tendría mejores resultados que el mismo tratamiento si fuera tomada en cuenta con verdadero compromiso sería la prevención (esta no cura al enfermo pero sí trata la enfermedad). La prevención es una solución para evitar la enfermedad, en ella se podría encontrar los mensajes adecuados, la educación y los contextos requeridos para evitar entrar al mundo del alcoholismo. Muchos centros e instituciones interesados en la salud pública han hecho investigaciones y esfuerzos para erradicar el problema del alcoholismo, pero se han encontrado con la apatía y la ignorancia que son los principales aliados de la enfermedad crónica como la que sé esta refiriendo en este trabajo.

Desafortunadamente aun no se cuenta con una vacuna antialcohólica, un medicamento que diluyera la necesidad de beber o un método para devolver a los órganos afectados su pleno funcionamiento. Cada día hay más personas que mueren por causa del alcoholismo y al realizarles la autopsia se encuentra que se tienen el hígado y el corazón destrozados, las neuronas destruidas y el cerebro acuoso.

La única solución esta en el cuidado que cada una de las personas se pueda proporcionar y evitar caer en la falsedad de que solo alcoholizado se pueden lograr diversas conductas que sobrio no se atrevería. El alcohol solo destruye personas, familias y hasta comunidades y no se podrá eliminar hasta que sé concientice la situación y se observe que el alcohol no tiene ningún atributo superior solo destruye y mata.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, A y Andolfi, M. (1987). La creación del sistema terapéutico. La escuela de terapia Familiar de Roma, Buenos Aires. Paidós p.146-181.
- Ackerman, N. Aueswald, H., Bell, E. Bell, W. y Curry, E. (1976). Gruposoterapia de la familia. Buenos Aires. Paidós. p.19-50.
- Alvarado, M. F. (1988). El enfoque sistémico dentro de la terapia familiar. Tesina de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México, p.11-46
- Alvares, V. M. y Várela, C (1991). Diagnóstico del consumo de alcohol en una empresa dedicada a la fabricación y venta de llantas y cámaras. Tesis de Licenciatura. UNAM. p.1-27
- Andolfi, M. (1985). Terapia Familiar, México, Paidós. p.17-22
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Buenos Aires, Paidós p. 9-35.
- Andolfi, M y Zwerling, I. (1985). Dimensiones de la terapia familiar, Buenos Aires, Paidós p.19-64.
- Arizpe, D. M. (1996). Adolescencia y estructura familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM, México, p. 18-31.
- Barruecos, D. M. y Uribe, P. R. (1994). Características de la estructura familiar del menor infractor en México. Una propuesta de intervención. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p.73-81
- Bertalanffy, L. V. (1976). Teoría general de los sistemas, Fondo de Cultura Económica, México, p. 1-53.
- Bornstein, C. Y Bornstein, D., (1988), Terapia Familiar Sistémica. Buenos Aires, Paidós, p. 75-115.
- Boscolo, L., Cecchiñ, G., Palazzoli, S. y Prata, G. (1991). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica, Paidós, México. p. 57-92

- Boscolo, L., Gianfranco, C., Hoffman, L. y Penn V. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán. Dialogo sobre teoría y práctica. Buenos Aires, Amorrortu. p. 19-41.
- Boszormenyi, N. I. y Franco, L. J. (1979). Terapia familiar intensiva. Aspectos teóricos y característicos, México, Trillas. p. 179-241 y 463-512.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1991) Servicio social y modelo sistémico. Buenos Aires, Paidós. p. 70-147
- Espejel, A. E. (1989), Una nueva alternativa en el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica. Psicoterapia y Familia Vol.2, núm. 1, p. 25-49.
- Espinosa, S. R. (1992). El ciclo vital en familias mexicanas características culturales y estructura familiar. Tesis de Maestría, UDCA, México, p. 67-69.
- Flores, J.D. (1992) Alcohólicos Anónimos. Una alternativa de tratamiento del alcohólico. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 95-150.
- Flores, R. S. (1992) Estructura de la familia un miembro alcohólico Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-98.
- Fort, J. (1973), Alcohol. Nuestro máximo problema de drogas, nuestro mayor industria de drogas, México, Extemporáneos, p. 33-80
- Foley U.N. (1986) Alcoholismo un gran problema en el mundo México, Extemporáneos p.23-96.
- Gaona, T. M y Torres, V. E. (1987). Autoritarismo familiar y habilidades sociales Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México.
- González, M. C. (1990) La familia correspondiente. Laboratorio IV, ENEPI/UNAM, México. p. 1-3.
- González, M.N (1993) La familia en la Terapia Familiar Sistémica Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-98.
- Garduño, G., (1991) Historia de la Terapia Familiar Sistémica

- Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-98.
- Griffith, E. (1986) Tratamiento de alcohólico. Guía para el ayudante profesional, México, Trillas. p.53-73.
- Haley, J. (1987) Terapia no convencional. Buenos Aires, Amorrortu. p. 33-57.
- Hernández, G. C. (1995) Estrategias motivacionales para promover el uso de servicios de tratamiento de alcoholismo con familiares bebedores problema, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México p.58-70.
- Hilario, C. G., Peña, A. M y Ramírez, C. M. (1993). La terapia familiar. Una alternativa de tratamiento a menores infractores. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 61-129.
- Hoffman, L. (1981). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México, Fondo de Cultura Económica. p. 208-299.
- Imbre, B. E., Robert, J. y Whiting, R. (1991) Ritual terapéutico y ritos en la familia, Barcelona, Gedisa, p. 265-293.
- Kessel, N y Walton, H. (1989) Alcoholismo como prevenirlo para evitar sus consecuencias, México, Paidós. p.53-169.
- Liberman, C. (1987), Terapia Familiar Sistémica, México, Paidós p. 61-115.
- Lima, R. G. y Vázquez, V. G. (1997) Análisis de sistemas familiares con el padre alcohólico en la etapa del ciclo vital del nido vacío. Reporte de Investigación ENEP; México, p. 1-79.
- López, M. E. y Torres, M. L. (1994) Análisis y evaluación de los roles en la familia alcohólica. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 58-90.
- López, S., Ríos, M. M. y Sánchez, G. M. (1995) Terapia familiar estructural. Una alternativa de prevención y tratamiento para el adolescente farmacodependiente. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 52-96.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Madanes, C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Amorrótu. p. 21-73
- Madden, J. S. (1984) *Alcoholismo y farmacodependencia*. México, Manual Moderno. p 122-170.
- Medina, E.C. y Reyes, D.E.(1987). *Evaluación de un curso de orientación conductual. Dirigido al familiar alcohólico*. Tesis Licenciatura UNAM, México., p.21-46
- Melédez, C.G. (1994). *El adulto joven en búsqueda de su autonomía*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p.53-54
- Minuchin, S.(1977). *Familia y terapia familiar*, Barcelona, Paidós. p. 78-183.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. México. Paidós., p. 25-41.
- Minuchin, S. y Michael, P.N. (1993). *La repercusión de la familia. Relatos de esperanza y renovación*, Barcelona, Paidós. p. 29-59
- Molina, P.V. y Sánchez M.L. (1982). *El alcoholismo en México*, México, Paidós, p.3-196
- Navarro, V. y Góngora F. (1992) *Un Enfoque de la Terapia Familiar Sistémica*, México, Paidós p. 12-76.
- Norton, T. y Orange, C. (1989) *El alcoholismo*, Barcelona, Paidós. p.12-15
- Ochoa, A.I. (1992). *Enfoques de la Terapia Familiar Sistémica*, Barcelona, Herder, p. 5 - 75.
- Ortiz M.B (1994) *Nuevo fundamento de alcoholismo con pequeños infractores* Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-98
- Pérez V.N. y Tiozol M.J. (1995) *Terapia Familiar Estructural una alternativa de tratamiento en los alcohólicos*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-98.
- Ramírez, J.L.(1995) *El abuso de alcohol en el medio familiar* Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 12-50.

- Rodríguez, G.H. (1988) El alcoholismo como repercusión en el medio social en México. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 2-103.
- Sahagun, B. V.(1989). El alcoholismo en México, negocios y manipulación. México. Nuestro tiempo. p. 136-171
- Sánchez, O.M. (1997) Incidencia del machismo y su relación con la estructura familiar en la etapa del ciclo vital de la familia Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 42-98.
- Secretaría de Salud y CONADIC. (1993). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, México Sector Salud p. 19-77.
- Small, L. (1986) Psicoterapia breve. México, Gedisa. p.154-163.
- Soifer, T. (1980). Psicodinámismo de la familia con niños. Buenos Aires, Kapelusz. p. 9-21.
- Souza, M. M. (1988) Alcoholismo. México. Manual Moderno p.56-92
- Stanton, M. D. y Tood, T. C.(1985). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Buenos Aires, Gedisa. p. 101-133
- Steinglass, D., Bennett, P., Wolin, L.A., y Reiss, S. D. (1989). La familia alcohólica. Barcelona, Gedisa p. 59-105.
- Tellez, I. E. (1986) Análisis reflexivo de la terapia familiar y alternativas teóricas Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p.11-26.
- Umbarger, C. C.(1983). Terapia familiar estructural. Buenos Aires, Amorrortu. p.19-61
- Vázquez, C.M. (1993) Tratamiento de alcoholismo con base a un manual de autocontrol en el consumo de alcohol. Tesis de Licenciatura UNAM, México p.7-31.
- Velasco, F. R. (1988). Alcoholismo. visión integral, México, Trillas p. 17-103.
- Velasco, F. R. (1985) Esa enfermedad llamada alcoholismo. México, Trillas. P. 11-92.

Vicencio, C. (1991) Como suspender el consumo de alcohol. Método psicológico para bebedores excesivos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Iztacala, México p. 62-73.

Wallace, J.(1995) El alcoholismo como enfermedad. México, Trillas p. 33-57.

Watzlawick, B. Beavin, P. y Jackson, D.(1995) Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patología y paradoja, Barcelona. Herde. p.17-71.