



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Estudios Superiores
Zaragoza

La Incongruencia Jerárquica en la Organización Familiar como Factor Contribuyente del Síntoma en el Adolescente con Problemas de Conducta

T E S I S

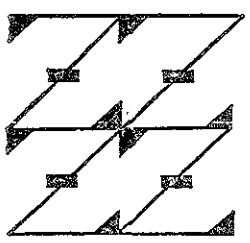
Que para obtener el título de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

LETICIA MARTINEZ URBINA

Director de Tesis :

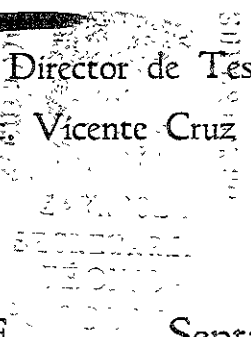
Lic. Vicente Cruz Silva



LOHUMANO EJE DENUESTRA REFLEXION

México, D.F.

Septiembre, 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

Cualquier cosa es un camino entre cantidades de caminos. Un camino es sólo un camino; si sientes que no deberías seguirlo, no debes seguir en él bajo ninguna condición... y no hay afrenta ni para tí ni para otros en dejarlo si eso es lo que tu corazón te dice ... mira cada camino de cerca y con intención. Pruébalo tantas veces como consideres necesario. Luego hazle a tí mismo y a tí sólo, una pregunta ... ¿tiene corazón este camino? Si tiene, el camino es bueno; si no, de nada sirve. Todos los caminos son lo mismo: no llevan a ninguna parte. Son caminos que van por el matorral. Ningún camino lleva a ninguna parte, pero uno tiene corazón y el otro no. Uno hace gozoso el viaje; mientras lo sigas, eres uno con él. El otro te hará maldecir tu vida. Uno te hace fuerte; el otro te debilita...

De: Las Enseñanzas de Don Juan. Carlos Castaneda.

Al iniciar esta aventura, no imaginé lo que podría acontecer en el curso de su evolución. Muchas personas se cuestionaban cómo, existiendo otros caminos yo elegía el más largo, intentaron persuadirme para que desistiera en mi decisión y al encontrarme con diversos obstáculos hubo momentos en que me cuestione si realmente valía la pena continuar. Desde un inicio sabía que sería difícil pero no imaginé que precisamente algunas de las personas en quienes confiaba serían quienes impusieran mayores obstáculos y lo que es más, quienes en un inicio figuraban como “buenos amigos”, en los momentos difíciles se encontrarán ausentes.

Sin embargo; en lo más oscuro del trayecto, cuando todo parece tener el mismo color y la frustración es agobiante, vienen a la memoria los recuerdos de acontecimientos por demás especiales: los actos de personas que dejando de lado lo cotidiano, se detienen un momento para considerar el aspecto humano de toda relación haciendo con ello perceptibles sus más valiosos atributos. Gracias a aquellas personas, no porque aparentaban ser buena gente sino por haber pasado la prueba.

Hoy, al término de este proceso puedo decir que no importa cuántos obstáculos hubo que superar pues finalmente, gracias a éstos pude conocer la sensación de fortaleza y enorme satisfacción que brinda el haber obtenido la meta que más anhelaba, y sé que aún

cuando pueda parecer difícil mantenerse firme, hay que luchar por lo que más se quiere defendiendo nuestras convicciones... y siguiendo sólo caminos con corazón!

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento y dedicar este trabajo a todas aquellas personas que de una u otra forma lo han hecho posible:

- A mis raíces; entre las que se encuentra mi familia de origen, mi abuela materna y mis padres por el apoyo que en todo momento me brindaron, acompañándome en este proceso y alentándome a seguir cuando estaba a punto de sucumbir.
- A mis hermanos: Javier y José Luis, y a sus respectivas esposas por los comentarios que compartieron conmigo y con los cuales me ayudaron a reelaborar algunos aspectos del trabajo.
- A mis sobrinos: Karen Anahí, Erick Fernando e Itzel Berenice porque a través de nuestra convivencia me han permitido aprender de ellos, contagiándome su energía y el entusiasmo por continuar explorando el mundo.
- A mi director de tesis. Lic. Vicente Cruz Silva quien a lo largo de estos tres años, desde el inicio del proyecto hasta la conclusión del mismo, ha dedicado gran parte de su tiempo en asesorías y revisiones, en las que además de compartir sus conocimientos e ideas, estuvieron siempre presentes las palabras de aliento impulsándome a seguir adelante, más aún en los momentos difíciles. De manera especial quiero agradecerle su apoyo, su confianza y las facilidades otorgadas para llevar a término el proyecto.
- A mis sinodales: Mtra. B. Inés Vargas Nuñez, Lic. Mirna García Méndez, Lic. Patricia Bañuelos Lagunes y Mtra. Luz María Verdiguél Montefort, por sus valiosos comentarios y sugerencias así como por el tiempo que dedicaron en la revisión del trabajo.
- A todas aquellas familias que amablemente accedieron a colaborar en la parte práctica del estudio, y a quienes constituyeron la fuente de inspiración del mismo

INDICE

Resumen.

Introducción.

Capítulo I. Terapia Familiar Estratégica.	11
1.1 Antecedentes.	11
1.2 Aspectos teóricos del enfoque.	14
1.3 Concepto de familia.	16
1.4 El síntoma.	17
1.5 Teoría del cambio.	20
1.6 Técnicas de intervención.	27
1.7 Factores que contribuyen al fracaso de la terapia.	28
Capítulo II. Ciclo de vida de la familia.	31
2.1 Contribuciones de la sociología al esquema de desarrollo familiar.	31
2.1.1 Esquema del desarrollo familiar.	
2.1.2 Teoría del estrés familiar.	
2.2 Terapia familiar y ciclo de vida de la familia.	34
2.3 El ciclo de vida en el enfoque estratégico.	37
2.3.1 Conceptos de la terapia estratégica vinculados al ciclo de vida.	
2.3.2 Dimensiones que cambian en el ciclo de vida.	
2.3.3 Disfunción y desarrollo familiares.	
2.3.4 Teoría del cambio y desarrollo familiar.	
2.3.5 Aplicaciones y técnicas pertinentes.	
2.4 Etapas del ciclo de vida de la familia.	40
2.4.1 Periodo de galanteo.	
2.4.2 Los primeros años del matrimonio.	
2.4.3 El nacimiento de los hijos y el trato con ellos.	
2.4.4 Periodo intermedio del matrimonio.	
2.4.5 El "destete" de los padres.	
2.4.6 Retiro de la vida activa y vejez.	
Capítulo III. Crisis de desarrollo en la familia.	46
3.1 Concepto de crisis.	46
3.2 Tensión y crisis.	47
3.3 Tipos de crisis.	48
3.3.1 Crisis de desarrollo y crisis estructurales.	
3.4 Fuentes de tensión a lo largo del ciclo de vida.	50
3.5 Conflicto.	51

Capítulo IV. El síntoma dentro del enfoque de la Terapia Familiar Estratégica.	54
4.1 Función del síntoma en la familia.	57
4.2 El ciclo de vida y la drogadicción.	58
4.2.1 Adolescencia.	
4.2.2 Etapa de emancipación.	
4.2.3 Comienzo de adultez.	
4.3 El ciclo de adicción y la familia.	61
4.4 Proceso terapéutico.	62
Capítulo V. Antecedentes del estudio.	68
Capítulo VI. Método.	76
6.1 Objetivos.	76
6.2 Planteamiento del problema.	76
6.3 Planteamiento de hipótesis.	76
6.4 Clasificación de variables.	77
6.5 Definición de variables.	78
6.6 Control de variables.	80
6.7 Diseño de investigación y tipo de investigación.	80
6.8 Muestra.	81
6.9 Criterios para la selección de los sujetos.	81
6.10 Instrumentos.	82
6.10.1 Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.	
6.10.2 Cuestionario de Organización Jerárquica.	
6.11 Procedimiento.	87
6.12 Análisis estadístico.	89
Capítulo VII. Resultados.	90
7.1 Características de los grupos	90
7.1.1 Escolaridad.	
7.1.2 Ocupación	
7.1.3 Años de matrimonio.	
7.1.4 Tiempo de novios.	
7.1.5 Edad de su pareja.	
7.1.6 Número de hijos.	
7.1.7 Edad del hijo mayor.	
7.1.8 Edad del hijo menor	
7.1.9 Trabajo.	
7.1.10 Vivir con.	
7.1.11 Estado civil.	
7.1.12 Resumen descriptivo de las muestras.	
7.2 Análisis de frecuencia de los instrumentos aplicados.	94
7.2.1 Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.	
7.2.2 Cuestionario de Organización Jerárquica.	

7.3 Estadística inferencial.	95
Capítulo VIII. Discusión.	108
8.1 Cuestionario de Organización Jerárquica.	108
8.2 Análisis de las hipótesis.	111
Capítulo IX. Conclusiones.	115
Bibliografía.	120
Anexos.	

La incongruencia jerárquica en la organización familiar como factor contribuyente del síntoma en el adolescente con problemas de conducta

Leticia Martínez Urbina

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Director: Lic. Vicente Cruz Silva

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir la relación entre la satisfacción marital, la organización familiar y el síntoma en uno(s) de los hijos como elemento que equilibra las relaciones jerárquicas en la familia. Para ello se utilizaron dos muestras no probabilísticas integradas por 25 parejas en cada grupo, el grupo de estudio (familias con hijos sintomáticos) y el grupo de control (familias sin hijos sintomáticos) cuyas características fueron: lugar de residencia zona oriente de la Delegación Iztapalapa, estado civil casados o unión libre, vivir juntos actualmente con un periodo mayor de 2 años, con hijos adolescentes y que convivieran con sus familias extensas. El diseño de la investigación fue de tipo ex post facto de comparación entre grupos siendo un estudio transversal correlacional. Se utilizaron como VI el tipo de familia (familias con hijos sintomáticos y familias sin hijos sintomáticos) y como VD's la satisfacción marital y la organización jerárquica. Los datos fueron obtenidos a partir de la aplicación de dos instrumentos: un Inventario Multifacético de Satisfacción Marital y un Cuestionario de Organización Jerárquica. Con el fin de evaluar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se realizó una Prueba T de Student para dos muestras independientes a un nivel alfa de 0.01, así como también un Análisis de Varianza, encontrándose que existen diferencias entre ambos grupos en relación a su satisfacción marital y su organización jerárquica siendo más bajas en las familias con hijos sintomáticos. A través del cálculo del Coeficiente de correlación de Pearson se encontró que existe una correlación positiva considerable entre las variables estudiadas así, a mayor satisfacción marital mayor organización jerárquica. De lo cual se desprende que la congruencia en la organización jerárquica se mantendrá a través de un incremento en la satisfacción marital; si hay mayor insatisfacción marital y mayor incongruencia en la organización jerárquica se podría esperar una mayor exacerbación del síntoma; la existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja favorece la aparición de incongruencias jerárquicas que promueven la aparición, mantenimiento y exacerbación del síntoma en alguno(s) de sus miembros.

Descriptores: Conflicto marital, Satisfacción marital, Organización Jerárquica, incongruencia en la organización jerárquica, transiciones, crisis, síntoma.

INTRODUCCION

A lo largo de su ciclo de vida las familias se ven sometidas a diversas fuentes de estrés tanto internas como externas, lo que exige un constante reacomodo de su organización.

Entre las fuentes de estrés o tensión que afectan a la familia se encuentran las transiciones en el ciclo de vida y el conflicto marital. Así, cuando la familia es incapaz de afrontar el estrés generado por estas fuentes, es probable que su organización jerárquica presente incongruencias; es decir, si una pareja no se ha desligado adecuadamente de su familia de origen, es factible que ésta se involucre en la resolución de conflictos y toma de decisiones de la familia nuclear estableciéndose coaliciones intergeneracionales encubiertas entre sus miembros.

En este contexto, la aparición de una conducta “patológica”, definida como síntoma, en uno de los hijos, cumple la función protectora para los padres que están enfrentados entre sí, manteniendo en equilibrio las relaciones triádicas en la familia.

De este modo, el síntoma que surge ante la presencia de incongruencias en la organización jerárquica es mantenido a su vez por éstas, mediante un proceso recursivo permitiendo que el sistema familiar permanezca en equilibrio.

El síntoma puede asumir la forma de desórdenes psicosomáticos o desórdenes en la conducta, en esta última categoría se puede incluir el abuso de drogas.

De acuerdo a la Terapia Estratégica de Jay Haley, la aparición o exacerbación de un síntoma, cualquiera que éste sea forma parte del sistema en que se desarrolla cumpliendo una función dentro de éste.

La inquietud que motiva al presente estudio surge a partir de la labor desempeñada en el Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur” como parte de la realización del Servicio Social. El estudio se realiza dentro de un enfoque estratégico en particular basado en el trabajo de Jay Haley.

De esta manera, se pretende averiguar si ante una situación de estrés o tensión provocada por las transiciones en el ciclo de vida de la familia o por algún otro factor como el conflicto marital, se presentan incongruencias en la organización jerárquica familiar, y si

éstas pueden contribuir a la exacerbación de un síntoma en la familia, haciendo que el síntoma cumpla una función dentro de ella.

El objetivo, así, radica en describir la relación entre la satisfacción marital (como un indicador del conflicto marital), la organización familiar y el síntoma en alguno(s) de los hijos como elemento que equilibra las relaciones jerárquicas conflictivas en la familia.

Para tal fin, se realizó un estudio no experimental (ex post facto) de comparación entre grupos siendo a la vez un estudio transversal de tipo correlacional, la población comprendió a aquellas familias que vivían en la zona de influencia del Centro de Integración Juvenil "Iztapalapa Sur", utilizando dos muestras no probabilísticas (grupo de estudio: parejas con hijos adolescentes sintomáticos y grupo de control: parejas con hijos adolescentes no sintomáticos) integradas por 25 parejas en cada grupo. Se utilizó como VI el tipo de familia: familias con hijos sintomáticos, que se refiere a aquellas familias que asisten al Centro de Integración Juvenil y aceptan que tienen un problema de farmacodependencia demandando tratamiento para un hijo adolescente con este problema; y familias sin hijos sintomáticos, que se refiere a aquellas familias que aparentemente no presentan este síntoma o algún otro en su organización. Por otro lado, se utilizó como VD's la Satisfacción Marital y la Organización Jerárquica, considerando la Satisfacción Marital como la forma en la cual cada miembro de la pareja percibe y siente a su relación y a su pareja (Cortés, Reyes, Díaz, Rivera y Monjaraz, 1994); y la Organización Jerárquica como el grado de dominio que ejercen unos miembros sobre otros incluyendo las responsabilidades que asumen y las decisiones que tomen sobre ellos, así como también la ayuda, protección, consueño y cuidado que brindan a los demás, y sus intentos de modificarlos (Madanes, 1984).

Así, el presente trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera:

En el capítulo uno se ofrece una descripción sobre el enfoque de la Terapia Familiar Estratégica incluyendo sus antecedentes, aspectos teóricos, y la manera como se conceptualiza a la familia, el síntoma y el cambio, exponiendo también las principales técnicas de intervención de este enfoque.

El capítulo dos alude al ciclo de vida de la familia, en él se consideran las contribuciones de otras disciplinas al esquema de desarrollo familiar, se contextualiza el

ciclo de vida de la familia dentro del enfoque estratégico y se describen las etapas de este ciclo haciendo principal énfasis en el periodo de la adolescencia.

En el capítulo tres se hace mención de los tipos de crisis a las que se ve expuesta la familia, para lo cual se define el concepto de crisis, se establece la relación que existe entre los conceptos de tensión y crisis, y se describen las fuentes de tensión a lo largo del ciclo de vida considerando estas fuentes como factores que favorecen la aparición de conflictos.

En el capítulo cuatro se exponen los principales planteamientos de la terapia familiar estratégica en relación al síntoma y su función dentro de la familia, se establece la relación entre el ciclo de vida y la drogadicción, y se describe el ciclo de adicción en el que participa tanto el adicto como su familia explicando además el proceso terapéutico recomendado por el enfoque.

En el capítulo cinco se hace una reseña de los antecedentes del estudio.

El capítulo seis es dedicado a exponer el método empleado en el desarrollo de la investigación.

En el capítulo siete se presentan los resultados obtenidos describiendo las características de las muestras estudiadas; así como también, los diferentes análisis estadísticos realizados.

En el capítulo ocho se discuten los resultados en relación al marco teórico, se analizan en primer lugar los resultados de la construcción del Cuestionario de Organización Jerárquica y en segundo lugar las hipótesis propuestas.

En el capítulo nueve se exponen las conclusiones derivadas de la investigación estableciendo las limitaciones de ésta así como también sus contribuciones, y se plantean las sugerencias correspondientes.

Finalmente, se incluye la bibliografía empleada para la realización del estudio, así como también un apartado de anexos donde se presentan los instrumentos empleados para la recolección de los datos así como los resultados obtenidos en el proceso de construcción del Cuestionario de Organización Jerárquica.

CAPITULO I
TERAPIA FAMILIAR ESTRATEGICA

La terapia familiar estratégica, tal como la describen Haley (1980a) y Madanes (1984), no es un enfoque particular, sino varios tipos de terapia que poseen ciertas características comunes. La principal es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. De este modo, una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre dentro de ella y diseña un enfoque particular para cada problema.

En este tipo de terapia, la tarea del terapeuta consiste en identificar problemas solubles, establecer objetivos claros encaminados a la solución del problema presentado, diseñar intervenciones específicas para cada problema considerando la situación social del cliente, y por último, evaluar el resultado de la terapia.

La terapia estratégica ha sido identificada con la labor de diversos autores entre los que se encuentran Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch, así como Jay Haley y Cloe Madanes, por mencionar sólo algunos. Si bien estos autores pertenecen a la terapia estratégica y establecen que se ha de identificar la secuencia de comportamiento que circula en torno del problema, tienen diferentes formas de abordarlo; así, mientras que para los primeros, la mayor parte de los problemas consisten en ciclos autorreforzantes, Haley y Madanes describen estos mismos ciclos en términos de la organización familiar, *explayándose* en las "secuencias de problemas" (Hoffman, 1987).

Para los fines del presente trabajo, se hará mayor énfasis en la terapia estratégica de Jay Haley, aún cuando al abordarla se rescaten elementos comunes a otros tipos de terapia.

1.1 ANTECEDENTES.

A lo largo de muchos años, se sostuvo la idea de que el origen del comportamiento patológico se ubicaba en el individuo o un "sistema" generalizado, se creía que éste era impulsado por poderes o pulsiones inconscientes que están en su interior y que permanecen

fuera de su control.

Durante las décadas de 1960 y 1970, los clínicos fueron percatándose de que en la organización social del individuo podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana y el foco se desplazó del individuo a la organización del pequeño grupo de trabajo y a la familia nuclear y extensa; poco a poco, se fue observando que las personas sintomáticas se organizan en jerarquías. En *Toward a Theory of Pathological Systems*, escrito por Haley en 1967, se propone que la causa del comportamiento del individuo no está siquiera situado en su interior sino en el contexto exterior; así, la unidad es más amplia que el individuo. Esta idea así como algunas otras derivadas del enfoque han sido difíciles de aceptar en el ámbito de la psicología clínica (Madanes, 1984).

El enfoque estratégico de Haley, se ha desarrollado a partir de otros enfoques; observándose la influencia del enfoque comunicacional, la terapia estratégica de Milton Erickson, así como también la terapia estructural de Salvador Minuchin.

Así, este enfoque como tal, tiene sus raíces en el grupo de investigadores de Palo Alto, dirigido por Gregory Bateson a principios de 1950, al cual pertenecían Jay Haley, John Weakland y Don D. Jackson, quienes como parte de las investigaciones sobre la comunicación se ocuparon de describir las estrategias comunicacionales como mecanismos para escapar de establecer definiciones en las relaciones (Hoffman, 1981; citado en Piercy, 1986).

Así mismo, durante los años 60's se intentaba describir a los individuos, particularmente a los que presentaban síntomas, en función de su relación con otras personas, descubriéndose que los síntomas no eran fenómenos individuales, sino que formaban parte de la conducta comunicativa entre las personas. Se propuso que la comunicación entre seres humanos podía describirse en términos de niveles, pero aún no se había descrito el contexto comunicacional en que tiene lugar la comunicación, en dicho proyecto, destacaban las observaciones de Jay Haley (Madanes, 1984).

Haley observó que el comportamiento esquizofrénico podía verse como un desorden de los niveles de comunicación; posteriormente, al estudiar el comportamiento en coalición en familias con esquizofrénicos, empezó a sugerir que los problemas no sólo surgían de una confusión de niveles en la comunicación sino de una confusión de niveles en el sistema de

relación (Hoffman, 1987).

De este modo, se observa un salto decisivo en donde Haley llega a interesarse más por la estructura jerárquica lo cual le permitió considerar la posibilidad de que la esquizofrenia fuera el resultado de un conflicto de grupos, llevándolo a estudiar las características de las alianzas en la familia esquizofrénica.

La labor de Haley es descrita también por Hoffman (1987) como una “oscilación de un lado del zig zag al otro” ya que después de su interés por las coaliciones en las familias, se encaminó al desarrollo de un modelo estratégico, producto de su colaboración con Milton Erickson, y posteriormente se interesó por un modelo estructural al colaborar con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

La influencia de dichos autores en el trabajo de Jay Haley se observa en sus obras **Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson** (Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson), publicado en 1973 y en el cual acuñó el término “terapia estratégica”, tratando de crear además, un modelo de terapia basado en técnicas hipnóticas que posteriormente darían la pauta al desarrollo de directivas paradójicas que en palabras de Hoffman (1987) constituyen la marca de fábrica de la escuela estratégica. En esta obra (Terapia no convencional), Haley también ofrece un relato de los milagros terapéuticos de Erickson.

Por otro lado, en su libro **Problem-Solving Therapy: New Strategies for Effective Family Therapy** (Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz), publicado en 1976 y escrito durante los años en que permaneció en Filadelfia colaborando con Minuchin y Montalvo, Haley establece que se han de identificar las secuencias de comportamiento que circulan en torno del problema y no concentrarse solamente en el problema. Se observa entonces que comienza el desarrollo de su propia labor clínica, pasando a un distinto universo conceptual en el que desdeña el empleo de técnicas hipnóticas y directivas paradójicas; sin abandonar su sentido de importancia, pero concentrándose en un modelo de terapia más organizacional. Aprovechando su conocimiento sobre estructuras; es decir, sobre jerarquías y coaliciones, creó su propio método para perturbar o cambiar estructuras familiares anormales, además de atender a las configuraciones triádicas que las acompañan. De este modo, Hoffman (1987) considera que

Haley es más bien una figura de transición entre las posiciones estratégica y estructural, aunque en algunos aspectos se coloque dentro de la escuela estratégica.

1.2 ASPECTOS TEORICOS DEL ENFOQUE.

La terapia familiar estratégica surgió a partir del examen de poder en las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. Las diversas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el fin de utilizar este poder para producir cambios.

De este modo, la noción de **poder** forma parte importante del enfoque:

“Tener poder sobre otra persona no significa únicamente tener la posibilidad de explotarla, sino además, la posibilidad de cuidar de ella, de consolarla, de guiarla y reformarla” (Madanes, 1984; p. 17).

Otro concepto importante es el de **jerarquía**. Haley (1980b), afirma que todas las personas capaces de aprender se ven obligadas a organizarse, lo que implica seguir modos de conducta estandarizados y redundantes, existiendo así dentro de una jerarquía en la que cada una ocupa un lugar, con alguien por encima y por debajo, conformando una escala de status y poder que es mantenida por todos sus integrantes. Si bien, los grupos pueden poseer más de una jerarquía debido a las funciones que deben cumplir, la existencia de un orden jerárquico es inevitable ya que forma parte de la naturaleza misma de la organización.

Al respecto, Madanes (1984), menciona que ya sea que se trate de una familia o de algún otro grupo natural, se planteará una cuestión de jerarquía, ya que los partícipes no tienen todos la misma posición, sus diferencias de status se basan en cuestiones como la edad, el sexo, el manejo de dinero, la autoridad y responsabilidad con que los inviste la comunidad, etc.

De acuerdo a Simon, Stierlin y Wynne (1988), el concepto de jerarquía define la noción de poder y sus estructuras en las familias, por lo que a este aspecto de la jerarquía corresponde la diferenciación de roles entre padres e hijos y de fronteras entre generaciones (fronteras generacionales).

En el enfoque estratégico entonces, se hace énfasis en la jerarquía familiar ya que se considera que los padres deben hacerse cargo de sus hijos, a la vez que bloquean las

coaliciones intergeneracionales.

Así, Haley (1980b) señala que los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente y, en este punto, es importante destacar en concepto de **coalición**.

Se denomina **coalición** a la unión de dos personas en contra o con exclusión de una tercera, a diferencia de una alianza que puede basarse en intereses comunes y no abarcar a un tercer partido (Haley, 1980b; Hoffman, 1987).

Se establece que las coaliciones no son en sí mismas problemáticas, sino que se convierten en problema cuando forman una pauta de comportamiento: “Si hay una regla fundamental de organización social es la de que ésta peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. (...) Si la coalición es ocasional no tiene importancia, pero si las secuencias de hechos de esta naturaleza se reiteran una y otra vez, se trastorna la organización y los participantes experimentan una angustia subjetiva” (Haley, 1980b; p. 96).

Haley agrega: “El funcionamiento defectuoso de una organización no obedece a las coaliciones transgeneracionales sino a la reiteración de éstas como parte del sistema” (Haley, 1980b; p. 101).

Las jerarquías pueden delinearse, entre otras maneras, observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización. Así, el concepto de **secuencia** forma parte de los aspectos teóricos del enfoque. Haley (1980b) describe que una **secuencia** está compuesta por actos reiterados entre personas dentro de una estructura, y manifiesta que uno de los objetivos de la terapia es cambiar las secuencias de hechos que acaecen entre las personas dentro de un grupo organizado; de esta forma, los miembros también experimentarán un cambio.

Se observa así, que la terapia estratégica se centra en mayor medida en las secuencias reiteradas sobre las que se basan las estructuras organizativas (Madanes, 1984).

Por último cabe mencionar que la terapia estratégica, para conseguir su objetivo de solucionar, dentro de un marco familiar, el problema que le presentan, diseña estrategias o técnicas adecuadas para cada situación específica. Así, hace uso de intervenciones a las que se denominan **directivas**, éstas pueden ser directas o paradójicas, sencillas o complejas; y

están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. Más adelante se hará una descripción más detallada de dichas intervenciones como una base para el cambio terapéutico dentro de este enfoque.

1.3 CONCEPTO DE FAMILIA.

Para Haley (1980a), una familia es un grupo en marcha sujeto a cambiantes influencias externas, con una historia y un futuro compartidos y con etapas de desarrollo tanto como con pautas habituales de comportamiento entre sus miembros. Dentro de este enfoque, la familia es vista en términos jerárquicos; así, una organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, ingresos, grados de inteligencia y destreza. Haley menciona que estas complicadas líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de una familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional, donde los padres son quienes alimentan y disciplinan a los hijos, que a su vez harán lo mismo con los suyos a medida que transcurren las generaciones.

En una familia hay cuando más cuatro generaciones en funcionamiento aunque por lo común son tres: abuelos, padres e hijos; los cuales se simplifican en tres niveles de poder o status determinados por la cultura y la época. De esta manera; en la familia tradicional, el status y poder máximos residían en los abuelos, luego seguían los padres y por último los niños. En la actualidad, debido al rápido cambio social, se observa que en el mundo occidental, dentro de un ordenamiento jerárquico de una familia nuclear, el poder radica en los padres y los abuelos poseen menos status y poder. Sea cualquiera de estas formas, se hace necesario que la familia se organice jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más status, y en consecuencia poder, y quiénes ocuparán un nivel más secundario.

La organización jerárquica de la familia cambia a lo largo de su ciclo de vida; cuando los niños maduran y los padres envejecen, cambian las secuencias y las jerarquías. Para Haley (1980a), es importante destacar el ciclo evolutivo de la familia ya que supone que las pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas se asocian con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia. Para este enfoque tiene particular interés el período en que los jóvenes abandonan el hogar o alguien más se incorpora a la familia.

Haley (1980a) establece que las familias recorren un proceso de desarrollo constituido por etapas, entre las que se encuentran: el período de galanteo; los primeros años del matrimonio; el nacimiento de los hijos y el trato con ellos; el período intermedio del matrimonio; el “destete” de los padres con respecto a sus hijos; y, el retiro de la vida activa y la vejez. Cada una de estas etapas plantea ciertas crisis que la familia debe enfrentar y resolver de manera que le permitan pasar a la siguiente. Debido a la importancia de este proceso, las etapas mencionadas se desarrollan en otro apartado.

1.4 EL SINTOMA.

Haley constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios (50's) fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado (Ochoa, 1995).

De acuerdo a Haley (1980b), un síntoma es señal de que la organización en que vive el individuo tiene un ordenamiento jerárquico confuso. Esto es, cuando dentro de la familia se establecen coaliciones entre las generaciones que la conforman y, el individuo no sabe quién es su par y quién es su superior. Este autor considera que los síntomas son producto del establecimiento de coaliciones transgeneracionales de manera reiterada. Así, el funcionamiento defectuoso o el comportamiento patológico no se genera cuando se establecen coaliciones, sino cuando éstas se vuelven una pauta habitual de comportamiento, conformando una secuencia rígida; más aún, cuando las coaliciones se mantienen ocultas.

“El comportamiento patológico surge cuando la secuencia reiterada define simultáneamente dos jerarquías opuestas, o cuando la jerarquía es inestable porque la conducta indica ora una confirmación ora otra” (Haley, 1980b; p. 114).

Madanes (1984), por su parte, considera que la conducta sintomática se genera cuando en las organizaciones sociales de las personas con problemas se presenta una jerarquía dual que requiere niveles conflictivos de comunicación, en tanto que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente presentándose una

incongruencia tanto en los niveles de comunicación como en los de la organización.

De este modo, los síntomas desempeñan una función dentro del sistema. Debido a que la organización jerárquica de la familia cambia con el tiempo, las pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas están asociadas con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia y, el síntoma se genera como una forma de encarar la situación. Esto es, si se mantiene el supuesto de que para las familias es difícil enfrentar los cambios que le plantean las etapas de desarrollo, las coaliciones problemáticas y posteriormente el síntoma sirven como un mecanismo de enfrentamiento para superar las crisis que se presentan a lo largo del desarrollo. El síntoma cumple la función de estabilizar a la familia o matrimonio desviando la atención hacia él y distrayendo el conflicto.

Puede suponerse también que cuando los límites entre jerarquías no son claros, es fácil la intromisión de las familias de origen en la nuclear y esto, que en un momento puede constituir una forma de enfrentar las problemáticas, posteriormente se convierte en una dificultad mayor.

“Se da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución” (Madanes, 1984; p. 38).

Por otro lado, Madanes sugiere que las parejas deben compartir el poder y organizarse de forma tal que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ambos. A veces, la pareja resuelve la lucha por el poder generando un síntoma, pero en ese caso se instaura una incongruencia jerárquica en la pareja o familia (Madanes, 1984; citado en Ochoa, 1995).

De esta manera, cuando el paciente identificado es un cónyuge, se halla en una posición inferior al otro quien trata de ayudarlo y hacerlo cambiar, pero a la vez, en una posición superior respecto del otro. Si el esposo “normal” lograra influir en el sintomático para que abandonase el síntoma, perdería la posición superior de ser el miembro no sintomático de la pareja. Por tanto, ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo a perpetuar el problema en su lucha por conservar el poder. El tipo de interacción en torno al síntoma es una analogía de las interacciones en otras áreas problemáticas, permitiendo a los cónyuges saber dónde se encuentra situado cada uno en relación al otro en esas áreas, pero sin tener que discutirlos expresamente poniendo en

riesgo su matrimonio.

En los casos en donde el paciente identificado es uno de los hijos, los padres por el mero hecho de serlo, se hallan en una posición superior al niño; mediante su conducta sintomática, éste se sitúa por encima protegiéndolos y de esta forma todos se encuentran atrapados en una situación totalmente incongruente (Ochoa, 1995).

Para el enfoque estratégico, la unidad de organización es la tríada, en tanto que considera que la díada como tal no existe.

En una organización con funcionamiento defectuoso, las tríadas denominadas **triángulo perverso** presentan ciertas características que de acuerdo a Haley (1980b) son:

1. Los tres individuos que reaccionan entre sí no son pares, sino que pertenecen a tres generaciones diferentes, entendiéndose por generación, un orden distinto de jerarquía de poder.
2. El miembro de una generación forma una coalición transgeneracional. En un conflicto bigeneracional, una persona se une a otra contra el par de ésta; en uno trigeneracional, la persona que ocupa el nivel superior se coliga con la del nivel inferior contra la que ocupa el nivel medio.
3. El problema es más grave cuando se niega u oculta la coalición transgeneracional.

Un ejemplo de conflicto bigeneracional lo constituyen los conflictos entre esposos. En los estudios realizados por Minuchin y sus colaboradores, se conecta la tríada con la administración del conflicto, en el que la utilización del hijo entre esposos asume diversas formas (Minuchin, 1995):

1. **Triangulación.** En este tipo de tríada, cada parte intenta ganarse el cariño y el apoyo del niño, que al unirse a uno de ellos se define automáticamente como si atacase al otro.
2. **Desviación.** El hijo sirve para mantener al matrimonio en una armonía ilusoria; de este modo, su conducta anómala es alentada debido a que de esa manera pueden desviar o sumergir sus propios problemas en los de su hijo. La desviación puede asumir la forma de ataque cuando se considera al hijo como fuente de los problemas familiares, o bien de protección al definirlo como enfermo o débil.
3. **Coalición estable.** Uno de los padres se asocia con el niño en una coalición transgeneracional rígida en contra del otro padre.

Por otra parte, los conflictos trigeracionales involucran la participación de los abuelos en los conflictos de la familia nuclear, o bien cuando un hijo se encuentra en función parental.

Se observa también que las coaliciones encubiertas intergeneracionales nunca ocurren solas sino por parejas. Así, en las familias perturbadas, una coalición de un padre con un hijo, a menudo se enfrentará a una coalición del otro padre con un abuelo, a lo que se denomina **coalicción contrarrestante**. De este modo, Haley afirma que “una ruptura de las generaciones con un niño coincidirá con una ruptura en el siguiente nivel generacional” (Haley, 1980; citado en Hoffman, 1987).

Hoffman agrega a manera de ejemplo que “la esposa puede unirse con el hijo contra el esposo no porque sea infeliz con él, sino porque una buena relación con el esposo tendría un efecto perturbador sobre sus relaciones con los padres de ella” (Hoffman, 1987; p. 120).

De esta manera se observa que la “causa” de muchos comportamientos no se enfoca en el individuo sino en un contexto más general, apareciendo explicaciones circulares de “causa”.

1.5 TEORIA DEL CAMBIO.

La terapia estratégica de acuerdo a Madanes (1984) tiene por objetivo impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas, creando así, un sistema más diversificado; ayudando a sobrellevar las crisis que la familia enfrenta en determinadas etapas de su vida para pasar a la siguiente.

El objetivo de la terapia es alterar las interacciones de la familia y de ese modo lograr un cambio en la estructura familiar (Piercy, 1986).

Haley (1980b) establece que el cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica a través de su participación interna, los problemas son utilizados como palancas para modificar relaciones familiares.

Este enfoque hace énfasis en la organización familiar; de este modo, el problema-queja lleva a considerar la pauta secuencial que lo organiza para tener acceso a la jerarquía social y a las pautas de coalición. El problema lo considera conectado a una secuencia de

acciones que suponen la interacción de por lo menos tres personas (Keeney y Ross, 1985).

El cambio en la terapia estratégica ocurre por etapas (Haley, 1980b; Madanes, 1984).

En la primera de ellas debe determinarse el tipo de secuencia que está manteniendo el problema presentado.

La segunda consiste en fijar un objetivo específico, en donde la tarea del terapeuta consiste en trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones consistentes a través de él.

Finalmente, la tercera etapa encierra una nueva idea que consiste en crear un nuevo problema antes de pasar a un sistema más normal:

“Es improbable, sino imposible que un sistema pueda normalizarse de una sola vez; el cambio debe ocurrir en etapas y la primera consiste en crear una forma de anormalidad diferente” (Haley, 1980b; p. 111).

En este proceso, el terapeuta no debe coligarse con ningún miembro de la familia, sino más bien unirse temporalmente en diversas coaliciones sin apoyar a nadie contra nadie, a la vez que cambia la secuencia modificando así la jerarquía de la familia.

El proceso de cambio inicia con la primera entrevista que proporcionará elementos de evaluación que posteriormente darán la pauta para diseñar las estrategias de intervención adecuadas al caso.

Así, mediante esta entrevista, el terapeuta obtendrá un “diagnóstico” del problema así como la información acerca de las pautas de relación que ha de modificar; de esta forma, conocerá la organización ante la cual se encuentra y estará en posibilidades de intervenir en ella desde el comienzo de la terapia.

Haley (1980b) establece que la primera entrevista requiere de la participación del grupo natural en el cual se manifiesta el problema, aunque esto no significa que sea imposible practicar la terapia si no se logra la participación del grupo en su totalidad. La entrevista consta de cuatro etapas: etapa social, etapa de planteo del problema, etapa de interacción y etapa de fijación de metas. Las tres primeras etapas se encuadran dentro de la evaluación, mientras que la última pertenece a la intervención. Es necesario aclarar que no obstante, en la fase de interacción es difícil aislar los momentos de evaluación de los

momentos de intervención.

En cada una de las etapas, el terapeuta llevará a cabo diversas acciones que lo conducirán a lograr los objetivos anteriormente señalados.

1. Etapa social.

En esta primera etapa, el terapeuta debe saludar a todos los miembros de la familia, haciéndolos sentir cómodos de manera que cada integrante se sienta involucrado con la terapia. El terapeuta ha de observar el estado de ánimo de la familia así como las relaciones existentes entre padres e hijos y entre los padres con otros adultos a partir de cómo se organizan para entrar al consultorio, cómo se sientan, etc. Sin olvidar que probablemente la familia intente “cuidar su imagen”. Ha de observar también la manera en que cada integrante se dirige a él para cuidarse de establecer coaliciones con aquel que se le “adhiera” demasiado, así como involucrar a aquel que está más alejado. Las conclusiones extraídas de esta primera etapa deben considerarse como provisionales y el terapeuta no debe comunicarle a la familia sus observaciones ya que puede equivocarse, o bien, provocar en ella una actitud defensiva en el caso de que sus observaciones sean acertadas.

2. Etapa de planteo del problema.

Después de la etapa social, el terapeuta ha de indagar qué problema los aqueja, interesa conocer qué piensa cada componente de la familia, lo que involucra dos aspectos: el modo de formular la pregunta y a quién la dirigirá.

Dentro del primer aspecto, se considera pertinente que el terapeuta aclare a la familia el por qué requirió la presencia de todos, utilizando un lenguaje adecuado de acuerdo al nivel cultural de ésta. Se recomienda que la pregunta acerca del problema sea muy general y ambigua de manera que la familia posea un campo más amplio para exponer sus puntos de vista.

En cuanto al segundo aspecto, debe evaluar el grado de participación de cada miembro, así, tomará en cuenta quién de la familia está más preocupado por el problema así como quién viene por la fuerza; debe considerar y respetar la jerarquía de la organización que se le presenta sin involucrar su concepto sobre el status que corresponde por ejemplo a cada sexo. Lo anterior le permitirá saber quién tiene mayor poder para traer nuevamente a la familia y se dirigirá a aquel integrante con mayor respeto, a la par que se dirige primero al

adulto que parezca más desligado del problema.

Es conveniente que el terapeuta no se deje llevar por la cuestión de los roles sexuales, sino por la forma en que se organiza la familia ya que algunas veces quien más se preocupa por el niño es quien realiza las funciones domésticas; no obstante, con mayor frecuencia ésto está determinado por la relación existente entre ese padre o madre, y sus progenitores o suegros. Así, “una mujer que rivalice con su madre en lo referente a la crianza de niños, se preocupará excesivamente por la conducta de su hijo, porque éste integra una cuestión pendiente con la generación mayor; de la misma manera, el hombre que quiere demostrar a su padre cómo debe educarse un hijo aparecerá quizás ante el terapeuta como la persona más preocupada por el problema del niño. Cada relación forma parte de otra, y es ingenuo pensar que se trata de una simple cuestión de hombres o mujeres” (Haley, 1980b; p. 26).

Al dirigirse a la familia, el terapeuta también ha de considerar las coaliciones explícitas e implícitas que conlleva su sexo.

Por otra parte se recomienda que el terapeuta no se dirija en primer término al niño problema sobre todo en los momentos de tensión ya que ésto mantiene la pauta de los padres la cual consiste en dirigirse al niño cuando sus allegados están nerviosos o inquietos.

Durante esta etapa, se plantean tres cuestiones más que incluyen el modo en que el terapeuta escuchará a la familia; lo que observará, y finalmente, el contenido del problema presentado.

Como parte del primer aspecto, el terapeuta debe hacer ciertas cosas y abstenerse de hacer otras. No debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema desde una perspectiva diferente por lo que simplemente aceptará lo que le dicen. No debe brindar ningún consejo ni preguntar a alguien cómo se siente respecto a algo.

Adoptará una actitud de interés alentando a hablar a cada integrante mientras lo escucha. Cuando alguien interrumpe a su interlocutor, el terapeuta deberá dejarlo hablar un poco y posteriormente regresará al diálogo original advirtiéndolo a la persona que ya llegará su turno. El terapeuta es quien debe conducir la situación persuadiendo a los demás de que manifiesten su opinión tratándolos con el mismo respeto a todos. En el caso de producirse

desavenencias no se les dará demasiada importancia ya que no es recomendable un diálogo entre dos personas.

En cuanto al segundo aspecto, el terapeuta debe poner especial atención en cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados sin comunicar jamás a éstos sus observaciones. Observará también la manera de hablar de los participantes, a quién atribuyen el problema, y las reacciones de cada uno. Esto permite al terapeuta evaluar el estado en que se encuentra la familia que puede permanecer en una situación de inestabilidad o crisis, o bien, en una situación estable que sería difícil cambiar. Al escuchar a la familia conversar sobre el problema tendrá en cuenta que no sólo le están contando hechos y opiniones sino además le están diciendo de modo indirecto ciertas cosas que no pueden expresarse abiertamente. Los mensajes indirectos se hacen evidentes cuando los padres describen el problema de su hijo, así los comentarios que haga una madre sobre el niño pueden ser interpretados como declaraciones acerca de su marido y su matrimonio. No obstante, aún cuando se puede suponer que un niño problema refleja o encarna una conflictiva matrimonial y comprobar su exactitud, es importante que el terapeuta no exprese verbalmente ninguna interpretación que vincule los problemas del niño con la situación matrimonial y en vez de ello incitará a los participantes a hablar considerando los diferentes significados que encierran sus palabras.

En cuanto al tercer aspecto que implica el contenido del problema, el terapeuta deberá encararlo pensando en más de una persona; ésto es, no ha de conformarse con la opinión de una sola persona sino indagar qué ocurre dentro de la situación total de la persona que presenta el síntoma. Así, "el propósito de una entrevista familiar hábil, es justamente, obtener más datos e iniciar un cambio" (Haley, 1980b; p. 36).

Es importante que el terapeuta mantenga esta perspectiva pero sin persuadir a la familia de que piense igual que él. En la medida en que considere todos los factores que rodean la problemática, simultáneamente formulará ideas sobre lo que puede hacer para producir el cambio.

La información sobre el problema puede ser recibida mediante tres maneras distintas que se aplican en diferentes momentos de la entrevista. En esta segunda etapa el objetivo es que la familia exprese el problema de manera metafórica; el terapeuta ha de respetar esta

forma procurando comunicarse en un nivel más general; de esta manera, recibirá más información ya que los integrantes de la familia estarán más seguros de que no cometerá la “descortesía” de señalar lo que “realmente” se dice.

Avanzada la entrevista, como se verá en la etapa de interacción, se necesitará contar con una información más concreta y detallada del problema y las metas a alcanzar para evaluar la terapia lo que implica especificar aspectos como “cuántas veces por día ocurre el hecho”, “cuánto dura”, etc., proporcionando datos que sirvan como referencia. Por último, hacia el final de la entrevista, el terapeuta pedirá que le resuman la cuestión y definan concretamente cuáles son los cambios deseados.

3. Etapa de interacción.

En esta etapa el objetivo es lograr que todos los miembros dialoguen entre sí acerca del problema, el terapeuta deja de ser el centro de la conversación y procurará que los integrantes se trencen cada vez más en un debate. Esto significa que aún cuando continúe conduciendo la entrevista debe pasar a un segundo plano estimulando a todos los miembros a conversar entre sí en torno a las discrepancias surgidas y procurará siempre introducir a un tercero. Lo anterior es de suma importancia porque permite el acceso a la organización de la familia. Para enriquecer esta información el terapeuta puede pedir a la familia que actúe el problema, o bien someter al niño problema a una tarea, y será relevante que éste observe cómo se conducen entre sí, ya que los integrantes de una familia no pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta porque las desconocen, deberá poner atención en la conversación entre ellos para determinar la clase de secuencia que existe en la familia fundamentalmente en términos de alianzas y posiciones de poder. Puede ocurrir que en su interacción existan intromisiones por parte de algún integrante lo cual debe ser evitado por el terapeuta, al hacerlo, habrá logrado establecer un “diagnóstico” y simultáneamente comenzará un cambio.

Con respecto a esta etapa, Ochoa (1995) considera que el terapeuta debe formular una hipótesis en torno a la posible función del síntoma que irá completando y modificando a medida que se desarrolla la entrevista. Así mismo, recogerá información sobre las secuencias sintomáticas y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de

las personas a lo largo de la sesión.

Uno de los elementos que puede ser útil para describir la organización es el supuesto de que la existencia de un niño problema es señal de que un adulto de la familia ha violado un límite generacional preocupándose demasiado por el niño.

De esta manera, la estructura de la familia se verá reflejada si el terapeuta conduce correctamente esta etapa.

4. Etapa de fijación de meta.

En esta etapa es importante obtener de la familia una formulación bastante clara acerca de los cambios que desean lograr mediante la terapia. La familia será la que decida qué problema desea resolver pero el terapeuta requerirá que éste sea planteado de manera que lo haga resoluble:

“Llámeselos síntomas o quejas, los problemas deben ser algo computable, observable, medible, o que permita detectar de algún modo la influencia que ejercemos en ellos” (Haley, 1980b; p. 41).

Los datos que el terapeuta necesita saber dependerán del tipo de síntoma o problema de que se trate. Aunque conviene que el problema se defina con la mayor claridad posible, en algunos casos lo mejor es ser ambiguos, ya que esto permite al terapeuta contar con un mayor campo para maniobrar.

Es conveniente también averiguar si se ha seguido algún tratamiento anterior.

Por otra parte, el terapeuta debe mantener la atención en el problema que la familia le presenta; puede alcanzar simultáneamente objetivos que él considere importantes pero sin persuadir a la familia en relación a ello. Cuando la familia presenta un problema que en realidad no lo es, el terapeuta debe explorar tentativamente la situación y ver lo que hay detrás de ella, actuando en ocasiones más bien como un sabio consejero.

En esta etapa, el terapeuta se encuentra estableciendo un contrato y cuánto más claro sea éste, más organizada será la terapia y podrán evaluarse mejor los resultados.

La primera entrevista concluye con la concertación de una nueva cita y, de acuerdo a la información recabada, el terapeuta decidirá quién deberá acudir y cómo logrará que lo hagan. Así mismo, puede impartir directivas sencillas encaminadas a que la familia se

enganche con él entre las sesiones.

1.6 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

“Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización que resulten inadecuadas con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema” (Ochoa, 1995; p. 186).

La intervención del terapeuta puede observarse prácticamente desde la etapa de interacción, las formas de intervención son denominadas **directivas** y pueden ser utilizadas para obtener un “diagnóstico interaccional” en un primer momento, y posteriormente para modificar la secuencia a fin de realinear las pautas de coalición.

De acuerdo a Madanes (1984), las directivas empleadas pueden ser:

1. **Directas**, con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar.
2. **Paradójicas**, cuando la familia se resiste a ser ayudada aún cuando acude a terapia en busca de ayuda.
3. **Sencillas**, cuando involucran sólo a una o dos personas.
4. **Complejas**, cuando engloban a toda la familia.

Las directivas toman forma de tareas que la familia tiene que realizar dentro y fuera de la entrevista, y el propósito del terapeuta al utilizarlas, es involucrar a los integrantes de la familia que permanecían desligados, así como, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a las familias y ayudarla a organizarse de manera más funcional a través de la fijación de reglas y la definición de fronteras generacionales.

Las técnicas de intervención o directivas de acuerdo a Ochoa (1995) y Piercy (1986) incluyen connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas; y finalmente; la creación de coaliciones alternativas para alterar el malfuncionamiento de los triángulos y las jerarquías incongruentes.

1. Redefinición y connotación positiva.

Uno de los cometidos del terapeuta es redefinir el problema de manera distinta a

como la presenta la familia haciéndolo resoluble. La redefinición no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien, su meta es más bien cambiar la definición de un problema de manera que pueda solucionarse.

2. Intervenciones conductuales.

Estas incluyen el tipo de directivas señaladas por Madanes (1984) y descritas con anterioridad. En esta categoría se incluyen además las técnicas de “imaginación” o “simulación” que constituyen un nuevo uso de la paradoja como una aportación de Madanes.

Dentro de estas tareas paradójicas también se incluye la ordalía, aunque ésta también puede ser una tarea directa.

3. Ordalías.

La técnica de ordalía consiste en imponer una tarea adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema. La premisa de esta técnica es que si se consigue que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciará a ese síntoma. Existen no obstante, ciertos criterios para utilizar una ordalía que deben tomarse en consideración: de este modo, la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda poner objeciones válidas; además no debe causar daño al sujeto ni a ninguna otra persona.

Por último, el terapeuta debe estar consciente de que al resolver un síntoma, está forzando un cambio en la organización compleja, anteriormente estabilizada por el síntoma por lo que al utilizar ésta u otras técnicas, debe comprender qué función desempeña el *síntoma dentro de la organización social del cliente*; si no logra hacerlo debe resolver con cautela el síntoma manteniéndose atento a las repercusiones y cambios (Haley, 1984).

1.7 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL FRACASO DE LA TERAPIA.

De acuerdo a Haley (1980b) la diversidad de problemáticas en una familia pueden presentarse mediante cuatro maneras posibles: a través de un *síntoma individual*, mediante un pedido de asesoramiento matrimonial, a través de un niño, o por una crisis familiar. Todas estas formas estarán incluidas de una u otra manera, en el tratamiento de un

matrimonio. Es decir, en cualquiera de estas problemáticas se estará abordando directa o indirectamente un conflicto conyugal. En cualquiera de los casos, Haley (1980b) ofrece una serie de criterios que deben evitarse para lograr que la terapia sea exitosa.

1. No debe restarse importancia a los problemas, de lo contrario, la pareja sentirá que el terapeuta *no comprende la gravedad de la situación*.
2. Deben evitarse las abstracciones; en la medida de lo posible es mejor concentrarse en conductas específicas en lugar de tratar *cuestiones más vastas*.
3. Deben evitarse las coaliciones persistentes, esto quiere decir que aún cuando el terapeuta apoye unas veces a la esposa y otras al marido, *no debe coligarse permanentemente con ninguno*, a menos que esto permita un cambio favorable en la organización.
4. Deben evitarse los debates sobre la vida; así, cuando surjan *cuestiones filosóficas* se llevará a la pareja hacia temas más concretos.
5. Debe evitarse hablar del pasado ya que la terapia debe centrarse en el presente.
6. Se evitará la creencia de que los problemas son idénticos entre sí, lo cual significa que ha de considerarse la *ecología de cada caso particular* y variar los métodos con que se han de tratar.
7. En cuanto se trate de un terapeuta joven, éste no tratará de parecer más sabio de lo que es, procurará actuar desde una posición más aceptable para la pareja reconociendo lo que saben de la vida conyugal y en relación a su propio matrimonio, manifestando además la ventaja de ofrecerles una *opinión más objetiva*.
8. No deben dejarse objetivos sin formular, de lo contrario, el terapeuta corre el riesgo de *perder el rumbo*.
9. No se obligará a la pareja a formular explícitamente lo que desea uno del otro ya que una *comunicación abierta no siempre es lo mejor*.
10. Debe evitarse que se cristalicen las luchas por el poder. Al interpretar el problema marital como una lucha por el control, se limita la *variedad de opciones posibles* y dificulta el cambio.
11. La pluralidad de terapeutas puede *dificultar el cambio*.
12. No se permitirá que se adopten posiciones irreversibles para dejar lugar al cambio, la negociación y las alternativas flexibles.

Haley (1994) agrega una serie de procedimientos que de acuerdo al enfoque contribuyen al fracaso de la terapia:

- Rehusarse a tratar directamente el problema que se presenta intentando buscar las “raíces” del problema.
- Insistir en que si un problema se alivia aparecerá algo peor, lo cual fomenta en los pacientes el temor a mejorar.
- Confundir el diagnóstico con la terapia; es decir, establecer un diagnóstico tan sólo impide al terapeuta para pensar en procedimientos terapéuticos.
- Carecer de una teoría sobre el cambio terapéutico, insistiendo que el cambio ocurre en el interior del paciente.
- Mantener la creencia de que muchos años de terapia cambiarán realmente a un paciente.
- Frenar la mejoría espontánea de los pacientes mediante la utilización de términos que denoten la “patología subyacente”.
- Hacer interpretaciones de lo que al paciente le resulte más desagradable.
- Ignorar el mundo real del paciente acentuando la importancia de su infancia, la dinámica interna y sus fantasías.
- Evitar la evaluación de los resultados de la terapia lo que llevaría al terapeuta a desechar los enfoques ineficaces y sustituirlos por otros más apropiados.

CAPITULO II

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA

Para la terapia familiar, el esquema del ciclo de vida de la familia, constituye un elemento útil que permite hacer una evaluación; así como también, idear las formas de intervención que ayudarán a la familia en cuestión.

A través de la práctica clínica y la intervención básica, se han construido modelos de desarrollo individual a lo largo del ciclo de vida; en contraste, los del desarrollo familiar se encuentran aún en una fase incipiente y elemental desde el punto de vista de su complejidad interna y su articulación con las terapias de orientación sistémica (Falicov, 1991).

De este modo, la noción de que la familia no es una entidad estática, sino que cambia a través del tiempo en un ciclo en el que enfrenta diversas tareas, se ha venido construyendo y enriqueciendo con la contribución de otras disciplinas como la sociología.

En el presente capítulo, se abordarán las contribuciones de dicha disciplina, se establecerá la relación entre la Terapia Familiar y el ciclo de vida familiar describiendo las aportaciones de este ámbito al esquema del desarrollo. Se ubica además este esquema dentro de la Terapia Estratégica y se describen las etapas del ciclo de vida haciendo principal énfasis en el período de la adolescencia considerándose que es en éste en el cual la familia es más susceptible de presentar síntomas, en tanto que es la primera etapa en la que se acercará a experimentar una fase de contracción al “perder” a uno de sus miembros; lo cual en cierta forma constituye una crisis que la familia ha de resolver.

2.1 CONTRIBUCIONES DE LA SOCIOLOGIA AL ESQUEMA DEL DESARROLLO FAMILIAR.

Entre las principales contribuciones de esta disciplina se encuentra la propia creación del esquema de desarrollo; así como, la inclusión de la teoría del estrés familiar a dicho esquema.

2.1.1 Esquema del desarrollo familiar.

Dentro del campo de la sociología de la familia, el enfoque evolutivo se originó a partir del trabajo conceptual realizado por Evelyn Duvall y Reuben Hill a fines de 1940 (Falicov, 1991).

Este trabajo reunía conceptos provenientes de la sociología rural del desarrollo infantil y de la sociología del trabajo, y fusionaba además conceptos extraídos de las dos principales posiciones filosóficas dentro de la sociología, a saber, el funcionalismo estructural y el interaccionismo simbólico. El resultado final de dicho trabajo fue un enfoque coherente que explicaba las regularidades observadas en la vida familiar en el transcurso del tiempo.

Dentro de este esquema se plantean algunos conceptos básicos sobre el desarrollo de la familia.

De acuerdo a Falicov (1991), el concepto central del esquema del desarrollo es la noción de que las familias se modifican en su forma y función a lo largo del ciclo de vida y lo hacen en una secuencia de etapas evolutivas.

Para dividir el ciclo de vida en etapas, se aplican tres criterios:

1. Los cambios en el tamaño de la familia, ésto es, adiciones o pérdidas de miembros, que permiten dividir la vida familiar en cinco etapas de expansión, estabilidad, y contracción, obteniéndose las siguientes: etapa estable, matrimonio sin hijos; expansión, procreación; estable, crianza de los hijos; contracción, emancipación de los hijos; estable, nido vacío.
2. Los cambios en la composición por edades, basados en la edad cronológica del hijo mayor desde su infancia hasta la juventud adulta.
3. Los cambios en la posición laboral de la persona o personas que sostienen a la familia.

A lo anterior se añade una concepción estructural-funcional de la familia como un sistema dentro del cual las unidades ocupan dos tipos de posiciones de rol: posiciones por edad (por ejemplo niño, adolescente, etc.), y por relación (marido-esposa, padre-hija, etc.). De esta forma, cuando se producen cambios notables en el contenido de los roles por cambios de edad o por adiciones-pérdidas de miembros que exijan un reordenamiento de los roles, se está ante el inicio de una nueva etapa evolutiva y los cambios de rol apropiados se convierten en las etapas evolutivas de la familia.

Con este esquema, la imagen que se proporcionó de la familia era que ésta se deslizaba de una etapa a otra de manera suave y predecible lo cual presentaba dificultades, en tanto que omitía las tensiones que suelen acompañar al cambio familiar y desatendía los aspectos psicológicos como la conceptualización que hace el individuo o la familia de las exigencias del rol social y, lo más importante, se centraba en los procesos que ocurren dentro de las etapas prestando insuficiente atención en los procesos de cambio entre las etapas (Mederer y Hill, 1983; citados en Falicov, 1991).

2.1.2 Teoría del estrés familiar.

Para superar las deficiencias anteriormente mencionadas, se introdujo la teoría del estrés familiar utilizando las nociones de afrontamiento, ajuste y adaptación. Se sostuvo que los cambios previsibles en el ciclo de vida pueden ser tan estresantes y requerir tanto ajuste actual como los acontecimientos súbitos e inesperados.

De esta manera, aún cuando no se reconoció ampliamente, la integración de los conceptos relacionados con la teoría del estrés, demostró su importancia de diversos modos.

En primer lugar, introdujo un refinamiento considerable del esquema original del ciclo de vida; así, mientras que en su formulación inicial, éste consideraba las etapas como inconexas o discontinuas porque requerían una reorganización cualitativa de los roles, con la integración de la teoría del estrés, se añadieron períodos de transición entre etapas, tomadas principalmente de la concepción de las crisis de desarrollo propuesta por Rapaport en 1963 (Falicov, 1991). Así, éstos se convirtieron en los períodos de discontinuidad entre las etapas, en tanto que los procesos de cambio dentro de éstas se consideraron continuos, por cuanto la familia había alcanzado una relativa estabilidad estructural.

En segundo lugar, la introducción de una imagen más profunda de la distribución de tensiones y estrés a lo largo del ciclo de vida, aumentó la aplicabilidad clínica de este modelo.

En tercer lugar, la noción de una “acumulación de factores estresantes”, reflejó con mayor exactitud la realidad compleja con que se encuentran la mayoría de las familias, en la medida en que tienen que atender de manera simultánea a varios factores de estrés esperados e inesperados.

Finalmente, la introducción de procesos de afrontamiento y adaptación, sumó elementos dinámicos a un modelo que podía parecer estático por su insistencia en la organización estructural de las etapas. Esto, abrió la posibilidad de contemplar los problemas o síntomas familiares como otros tantos intentos fallidos de adaptación; perspectiva adoptada por muchos terapeutas familiares.

Paralelo a la evolución de estas ideas dentro del campo de la sociología de la familia, se desarrolló la Terapia Familiar que inicialmente se centró en las propiedades de búsqueda de equilibrio de los sistemas, para después centrarse en los procesos de crecimiento y promoción del cambio.

El esquema del ciclo de vida familiar, ha tenido amplia aceptación en las ciencias sociales. Particularmente, en el campo de la Terapia Familiar, se han asimilado muchos conceptos que derivan del esquema tradicional de desarrollo familiar, tales como los roles normativos determinados por la edad y el sexo, las etapas de la familia y las tareas evolutivas propias de una fase específica. Los terapeutas familiares comparten con los sociólogos el supuesto de que el cambio es continuo dentro de las etapas, pero discontinuo entre las transiciones (Hill y Matessich, 1979; citados en Falicov, 1991); no obstante, el trabajo de Carter y Mc Goldrick ha enriquecido el esquema original de desarrollo familiar, incluyendo una perspectiva trigeracional y añadiendo etapas y transiciones de divorcio y nuevas nupcias.

2.2 TERAPIA FAMILIAR Y CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

De acuerdo a Falicov (1991), la primera descripción en términos de Terapia Familiar, acerca del modo en que se relacionan e influyen recíprocamente las tareas evolutivas familiares e individuales fue proporcionada por Scherz en 1971.

Scherz sostuvo, en primer lugar, la existencia de tareas familiares universales y recurrentes, paralelas a las tareas psicológicas individuales y entrelazadas con ellas; y en segundo lugar, la idea de que en cada una de las diversas etapas debe haber un desplazamiento en las relaciones de objeto, las identificaciones y el equilibrio conyugal. Así mismo creía que el conflicto era inherente al desarrollo familiar, produciéndose un pico de

estrés cuando se está por pasar de una etapa a otra, porque siempre hay un conflicto entre el deseo de retener el *statu quo* y el deseo de cambio que se clasifica como crisis de transición, desarrollo o maduración.

Así como Scherz, los asistentes sociales continuaron interesándose por el ciclo familiar; no obstante, el esquema de desarrollo sólo se divulgó por primera vez entre los terapeutas familiares en 1973, con la publicación de la sinopsis evolutiva general de Solomon. Posteriormente, durante ese mismo año, en *Uncommon Therapy* (Terapia no convencional), Jay Haley usó el esquema del ciclo de vida para conceptualizar el trabajo clínico de Milton Erickson.

Haley propuso la hipótesis de que los síntomas individuales indicaban un "atascamiento" de la familia en puntos de transición que exigían unos cambios que aquella era incapaz de efectuar.

Por su parte Hadley y colaboradores en 1974, sustentan la idea de que el inicio de los síntomas guarda relación con las crisis de desarrollo de la familia, en particular con las que alteran su composición por adición y pérdida de miembros. Aunado a lo anterior, Carter y Mc Goldrick en 1980, representaron gráficamente el desarrollo del ciclo de vida de una familia norteamericana trigeracional, de clase media y describieron no sólo las tareas evolutivas inherentes a cada etapa, sino además, las dificultades propias de las transiciones. Describieron detenciones previsibles y propusieron posibles intervenciones terapéuticas que han permitido acrecentar la aplicabilidad clínica con la concepción de la familia como una unidad de evolución (Falicov, 1991).

Como puede observarse, el esquema del ciclo de vida se ha convertido en un concepto esencial y un instrumento terapéutico útil para los terapeutas familiares, y diversos enfoques dentro de este ámbito han retomado dicho esquema.

Falicov (1991) ofrece un examen del esquema del ciclo de vida desde los puntos de vista de la terapia familiar estructural, estratégica, breve, sistémica, psicodinámica/intergeneracional, y simbólica experiencial; considerando cinco categorías para describirlas; a saber, el empleo que hace de los conceptos relacionados con el esquema del desarrollo familiar; las dimensiones que cambian a lo largo del ciclo de vida y la manera en que se producen esos cambios, los nexos de la disfunción de la familia con su desarrollo,

la relación entre una teoría del cambio y una teoría del desarrollo familiar, y las aplicaciones y técnicas específicas de acuerdo a cada enfoque.

Para los fines del presente trabajo, se hará énfasis en el enfoque estratégico, haciendo una reseña de dichas categorías de acuerdo a los planteamientos de dicho autor.

Previo a ello, es necesario establecer la diferencia entre los conceptos de desarrollo familiar y ciclo de vida de la familia.

Algunos terapeutas familiares utilizan ambos términos de manera indistinta pese a que no son sinónimos.

El **ciclo de vida de la familia** se refiere a aquellos hechos nodales que están ligados a la pericia de los miembros de la familia, como el nacimiento de los hijos, la partida de éstos del hogar, el retiro, y la muerte (Duvall, 1957; citado en Falicov, 1991). Estos hechos producen cambios de composición que exigen una reorganización de los roles y reglas. Si bien este curso evoluciona a través de una secuencia de etapas relativamente previsibles y universales, también está sujeto a un sinnúmero de variaciones individuales en cuanto al momento en que se producen los cambios y a las estrategias que se emplean para afrontarlas.

El **desarrollo familiar** es un concepto más amplio que abarca todos los procesos co-evolutivos transicionales vinculados al crecimiento de la familia e incluye los procesos de continuidad y cambio relacionados con el trabajo o el desarrollo ocupacional, cambios de domicilio, migración, enfermedades o cualquier conjunto de hechos que alteren de manera significativa la trama de la vida familiar.

De este modo, los procesos psicológicos tales como el desarrollo de la intimidad de una pareja, las reacciones provocadas por aflicciones no lloradas, las lealtades invisibles o la transmisión de triángulos intergeneracionales dentro de una familia son una parte integral del desarrollo familiar.

En muchos de sus procesos, el desarrollo familiar posee una regularidad y lógica interna pero difiere entre una familia y otra porque cada una de ellas posee su propia senda de desarrollo.

Se observa así que el concepto de desarrollo familiar es más abarcador y puede incluir procesos vinculados a cambios en el ciclo de vida.

El término **ciclo de vida de la familia** se emplea para referirse a los cambios organizativos y adaptativos a las variaciones en la composición de la familia.

2.3 EL CICLO DE VIDA EN EL ENFOQUE ESTRATEGICO.

2.3.1 *Conceptos de la terapia estratégica vinculados al ciclo de vida.*

Como se ha señalado, Haley fue uno de los primeros en introducir el concepto del ciclo de vida entre los terapeutas familiares al centrar su atención en los procesos evolutivos en el intento de fundamentar el trabajo estratégico de Milton Erickson. Haley propuso varios conceptos que sirvieron para enlazar el modelo de los sociólogos de la familia, según el cual ésta era un grupo que experimentaba transiciones evolutivas bastante suaves, con las observaciones de los teóricos acerca de los problemas familiares que surgían en torno de las puntos de transición. La tesis principal de Haley era que los síntomas aparecían cuando se producía una interrupción o dislocación en este desenvolvimiento natural del ciclo de vida de una familia (Falicov, 1991).

El modelo del ciclo de vida que propone Haley en 1973, se basa en seis etapas: el período de galanteo; el matrimonio y sus consecuencias; el nacimiento de los hijos y el trato con ellos; las dificultades del período intermedio; el “destete” de los padres; y el retiro de la vida activa y vejez.

Este modelo cumple una función orientadora con respecto a los posibles puntos críticos para las familias. Más adelante se describirán cada una de estas etapas.

2.3.2 *Dimensiones que cambian en el ciclo de vida.*

A partir de sus proposiciones generales, se infiere que el **cambio jerárquico** es la dimensión más importante del desarrollo familiar. Retomando la concepción estructural de esta dimensión, se considera que ésta posee un componente evolutivo en el cual los progenitores poseen una autoridad ejecutiva sobre sus hijos, influyen y son responsables de ellos en virtud de su mayor edad y experiencia. Los cambios en la jerarquía se producen a medida que los hijos maduran, durante la adolescencia, estos cambios en la jerarquía

obligan a modificar también la organización familiar.

2.3.3 Disfunción y desarrollo familiares

El aspecto más conocido del modelo de Haley es su propuesta de definir la patología como la interrupción de un proceso evolutivo normal. Se considera que el síntoma es la indicación de que la familia tiene dificultades para superar una etapa de su ciclo de vida. Dichas dificultades se encuentran ligadas conceptualmente a un defecto estructural en que las jerarquías internas de la familia son confusas o incongruentes. De este modo, ante la dificultad de la familia para enfrentar los cambios que le plantean las etapas de desarrollo, las coaliciones problemáticas y posteriormente el síntoma sirven como mecanismo para superar las crisis que se presentan a lo largo del desarrollo. La meta de la terapia es entonces “desatascar” a la familia y poner de nuevo en marcha el ciclo de vida.

Una de las contribuciones más importantes de este modelo radica en que redefine o reencuadra los síntomas para las familias y los terapeutas haciendo que las primeras no tengan que buscar una “cura” para el integrante patológico, sino más bien buscar el modo de salir del atascamiento en que se encuentran todos.

2.3.4 Teoría del cambio y desarrollo familiar.

En sus enunciados originales acerca del ciclo de vida formuladas en 1973, Haley no especificó la naturaleza del proceso de transición; proporcionó solamente la noción de que los síntomas aparecen cuando se produce una dislocación o interrupción del ciclo. Esta idea puede interpretarse de diversas maneras.

Por un lado, puede considerarse que en el momento en que se manifiesta un síntoma, el ciclo de vida requiere un cambio discontinuo, difícil de lograr a causa de la organización familiar vigente. Por otro lado, puede interpretarse no como una incapacidad para iniciar un proceso continuo, sino como una incapacidad para completar un proceso igualmente continuo que ya está en marcha. Ambas interpretaciones pueden ser aceptables.

En **Problem-Solving Therapy** (Terapia para resolver problemas), Haley propone un modelo de terapia y da a entender que el cambio es gradual y ocurre por etapas que pueden requerir estructuras familiares sustitutivas y hasta anormales, como etapas intermedias

hacia la meta. Posteriormente, en *Leaving Home* (Transtornos de la emancipación juvenil), Haley estableció vínculos claros entre el modelo del ciclo de vida y una terapia en etapas progresivas, destinado a ayudar a la familia a completar el proceso de emancipación del adulto. En dicha obra se observa a Haley más interesado en aplicar un modelo de ciclo de vida.

2.3.5 Aplicaciones y técnicas pertinentes.

Los terapeutas estratégicos recurren al modelo del ciclo de vida como uno de sus instrumentos de evaluación. De este modo, se considera que el conocimiento que posea el terapeuta de las expectativas de desarrollo servirá de guía para reconocer los puntos críticos de una familia.

Este esquema es utilizado en la etapa de definición del problema presentado.

En *Leaving Home* (Transtornos de la emancipación juvenil) Haley integró su interés por las redefiniciones del ciclo con su técnica para resolver problemas, en una terapia destinada a los “jóvenes locos”, categoría empleada para hacer referencia a problemas de esquizofrenia, drogadicción u otros síntomas graves. Haley contempla dichos problemas como otros tantos fracasos para superar la etapa de emancipación. El tipo de terapia es considerada como una técnica estratégico-evolutiva centrada en el problema, aunque entre sus componentes esenciales aparecen también muchos conceptos estructurales como el de **jerarquía y coalición**.

En 1982, Stanton y Todd aplicaron las ideas de Haley sobre la asociación entre la presencia de síntomas graves en los jóvenes y las dificultades de separación de la familia a la comprensión y tratamiento de la drogadicción en la adolescencia y la etapa de emancipación.

Por lo que se refiere a las técnicas empleadas en el modelo de terapia, los terapeutas estratégicos consideran que las técnicas paradójicas son ideales para producir saltos discontinuos, por lo que constituyen el tratamiento indicado para los atascamientos en el desarrollo (Hoffman, 1980; Weeks y Wright, 1979; citados en Falicov, 1991).

Otra técnica útil es el “reencuadramiento evolutivo” que, mediante la restricción de secuencias crea un nivel de organización diferente.

Las intervenciones similares a las ceremonias de iniciación, facilitan también el viaje de la familia hacia la siguiente etapa de tratamiento.

Las metas de tratamiento se enfocan en resultados normativos por lo que dentro de este modelo, se dirige la terapia hacia su logro.

2.4 ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

De acuerdo a Haley (1980a), las familias recorren un proceso de desarrollo constituido por etapas, entre las que se encuentran: el período de galanteo; los primeros años del matrimonio; el nacimiento de los hijos y el trato con ellos; el periodo intermedio del matrimonio; el “destete” de los padres con respecto a sus hijos; y el retiro de la vida activa y la vejez. Cada una de estas etapas plantea ciertas crisis que la familia debe enfrentar y resolver de manera que le permitan pasar a la siguiente etapa.

2.4.1 Período de galanteo.

Durante esta etapa, los jóvenes se enfrentan a una dificultad fundamental; deben involucrarse simultáneamente con su familia y con sus pares. Este proceso que Haley considera como “destete”, se completa hasta que los jóvenes abandonan el hogar y establecen vínculos íntimos fuera de la familia. En este proceso, los hijos no son del todo libres en la selección de compañías del sexo opuesto; en la medida en que están sometidos a la influencia paterna en la toma de decisiones; de este modo, puede suceder que los hijos eviten el matrimonio por razones intrínsecas a su familia; o bien, se casen prematuramente en un intento de liberarse de una red familiar desdichada.

Para superar con éxito esta etapa, los jóvenes deben ser capaces de sobrepasar a sus deficiencias personales, asociarse con gente de su edad, alcanzar un status adecuado en su red social, desengancharse de su familia de origen y contar con una sociedad lo suficientemente estable como para permitir que esta fase llegue a completarse

2.4.2 Los primeros años del matrimonio.

Inicialmente, se destaca la importancia de las ceremonias matrimoniales ya que forman parte de rituales que constituyen hitos esenciales entre etapas, y ayudan a todos los involucrados y no sólo a la pareja, a modificar las formas de relación mutua. En la pareja, la ceremonia modifica de manera impredecible la naturaleza de su relación.

Durante esta etapa, las dificultades a las que se enfrentan los matrimonios, pueden provenir de diversas fuentes. Una de ellas es la finalidad que los motivó a contraer matrimonio; si los jóvenes se casan principalmente para escapar de sus familias, una vez casados, probablemente descubran que la razón del matrimonio ha desaparecido.

Así mismo, cuando la pareja casada empieza a convivir, deben elaborarse una serie de acuerdos que implican nuevas formas de conducirse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común, y las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuos. De manera implícita o explícita, deben resolver diversas cuestiones algunas de las cuales son difíciles de prever antes del matrimonio. En este proceso, la pareja debe diseñar las maneras de encarar los desacuerdos; si bien, al inicio pueden evitar las discusiones abiertas debido a la percepción negativa que se tiene de ellas o el temor a lastimarse mutuamente; conforme transcurre el tiempo; ésto, lejos de ayudarlos, se vuelve disfuncional, en la medida en que las áreas de discusión se van ampliando y, puede ocurrir que la pareja empiece a discutir puntos sin importancia, terminando con una pelea abierta que explicita cuestiones comunicadas hasta entonces de manera indirecta.

Se observa también que las decisiones de la pareja están influidas por lo que cada uno aprendió en su respectiva familia, pero además, por las actuales alianzas que mantienen con sus padres. Por esta razón, aunque no es posible desligar la influencia parental en las decisiones de la pareja, es importante que ésta establezca su territorio con cierta independencia respecto a sus padres y éstos, a su vez, cambien los modos de tratar a sus hijos una vez que se han casado. Los límites establecidos deben ser claros y congruentes, ya que, si por ejemplo, la pareja acepta el apoyo financiero de sus padres, se establece un acuerdo implícito o explícito acerca de su derecho a dictar un modo de vida como retribución a su apoyo lo cual puede ser causa de muchas desaveniencias conyugales, aún cuando nadie se percate del origen de ese sentimiento negativo. La solución planteada a la

tarea de delimitar el territorio conyugal no consiste en cortar de manera radical toda relación con sus familias de origen, sino más bien, en alcanzar la independencia mientras se conserva al mismo tiempo la involucración emocional.

2.4.3 El nacimiento de los hijos y el trato con ellos.

Con el nacimiento de los hijos, se le plantean a la pareja nuevas cuestiones, desestabilizando las pautas de comportamiento y los acuerdos establecidos hasta el momento. De este modo, la relación que antes era de dos, se convierte en un triángulo.

Es posible que en esta etapa, uno de los cónyuges se sienta desplazado por el hijo, experimentando un tipo de celos por sentirlo más apegado al otro cónyuge que a él o ella.

Si el matrimonio fue precipitado por un embarazo, se presentan aún mayores conflictos. La pareja no tiene la experiencia de vivir juntos en una sociedad de dos y, el matrimonio que empezó como un triángulo, sigue así hasta que los hijos dejan el hogar.

Por otro lado, la crianza de los hijos puede ser vivida de diferente manera por las mujeres y los hombres. Así, aún cuando para las mujeres, ser madres puede significar una forma de autorrealización, puede implicar una fuente de frustración, en la medida en que se encuentra un tanto aislada del mundo habitando nuevamente un mundo infantil. Para los hombres, que habitualmente se relacionan con adultos en su mundo de trabajo, los niños pueden constituir una dimensión adicional de su vida. Estas diferencias pueden erosionar al matrimonio generando dificultades que probablemente sean tratadas a través de los hijos a medida que éstos se convierten en “chivos emisarios” y excusa para nuevos problemas y los viejos no resueltos.

Otro factor que se modifica con la llegada de los hijos son las fronteras creadas por la pareja con respecto a sus familias de origen. El matrimonio queda más distanciado de sus familias y a la vez más enredado con ellas, creándose nuevos vínculos y modificándose los anteriores. Es importante que en este proceso, la pareja se mantenga flexible con respecto a los límites anteriormente creados, de manera que permitan conservar la involucración mutua entre las generaciones.

2.4.4 *Periodo intermedio del matrimonio.*

Haley (1980a), describe éste como uno de los mejores períodos de la vida, aunque para muchos sea una época difícil.

En esta etapa, el marido y la mujer se encuentran en los años medios de sus ciclos de vida, las dificultades iniciales se han resuelto con el paso del tiempo y su enfoque de la vida ha cambiado. La relación matrimonial se profundiza y amplía, y se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con un círculo de amigos. La etapa de crianza de los hijos es reemplazada por el placer compartido de presenciar el crecimiento y desarrollo de éstos.

El crecimiento de los hijos y los cambios en la familia pueden generar crisis ya que las pautas previas resultan inadecuadas. Si a la pareja le resulta difícil comprender que sus hijos terminarán por irse y se quedarán solos frente a frente, pueden intentar retenerlos e interferir en su propio ciclo de vida.

Aún cuando en este período no hay cambios en el reparto familiar, en cierto sentido si los hay, ya que los hijos pasan de la niñez a la juventud y en ocasiones se les trata como niños, pero también como hombres y mujeres adultos. Al respecto, Haley (1980b) menciona que en este proceso se produce una extraordinaria inversión de la estructura jerárquica y los niños que estaban al cuidado de sus padres, pasan a ser sus pares cuando adultos, y luego cuidarán de ellos en la etapa de la vejez.

La pareja por su parte, se enfrenta a la decisión de seguir unida; o bien, tomar caminos separados. Con el objeto de estabilizar el sistema, tal vez aparezcan síntomas en un hijo o progenitor.

2.4.5 *El "destete" de los padres.*

Este período es conocido también como etapa de "nido vacío" ya que es en donde los hijos abandonan el hogar creando sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y/o un cónyuge. Este período suele ser difícil de enfrentarse, provocando turbulencias entre los padres a medida que se van yendo los hijos, cuando está por marcharse el menor o aquel que jugaba un papel importante dentro de la familia.

Haley (1985) menciona que en cualquier organización, la época de mayores cambios sobreviene cuando alguien se incorpora a ella o la abandona. Así, "si un joven logra éxito

fuera del hogar, no se trata de una mera cuestión individual. Simultáneamente se estará desligando de su familia y esto, puede acarrear consecuencias para la organización íntegra. El éxito o fracaso extrahogareño de un joven forma parte inextricable de la reorganización familiar, ya que se establecen nuevos ordenamientos jerárquicos y nuevas vías de comunicación” (Haley, 1985; p. 43).

Ante un adolescente o joven veinteañero que se comporte de manera extraña y tenga un tropiezo tras otro, puede suponerse que algo funciona mal en esta etapa de emancipación y que la organización tiene dificultades, las cuales adoptarán diversas formas según cuál sea la estructura de aquella.

La función del fracaso es la distracción respecto del conflicto familiar. Para conseguir estabilizar el sistema, el miembro sintomático necesita atraer la atención de los demás integrantes sobre su anomalía; si esta excentricidad es moderada y resulta insuficiente, requerirá otro síntoma más grave para obligar al grupo a organizarse de modo funcional a fin de dominarlo.

De esta manera, el fracaso del hijo permite que los padres se sigan comunicando a través del joven, y si a éste y a sus padres les es imposible desengancharse, la estabilidad triangular puede perdurar por muchos años, independientemente de la edad del hijo, aunque el problema se haya declarado cuando estaba en la edad de emancipación.

La dificultad que surge entonces, es que los padres, en esta etapa, se encuentran sin nada que decirse ni compartir, ya que por años sólo han conversado con respecto a los hijos, pueden surgir también dificultades que se disputaban antes de la llegada de los hijos. El conflicto presentado puede llevar a la separación o el divorcio.

Otra dificultad a la que se enfrentan los padres es la pérdida de sus propios progenitores y el dolor consiguiente.

La resolución de esta etapa, consiste en permitir que los hijos formen su propia familia, a la vez que crean sus estilos de vida; haciendo la transición a la condición de abuelos y reencontrándose con su pareja.

Los hijos por su parte, deben permitir a sus padres disfrutar de su condición de abuelos, ya que cuando la gente se aísla de sus padres, priva a sus hijos de abuelos y también hace más difícil para éstos, cubrir etapas de sus propias vidas, en tanto que cada

generación depende de otra por caminos complejos.

2.4.6 Retiro de la vida activa y vejez.

Una vez que la pareja logra liberar a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suelen llegar a un período de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación del marido; no obstante, algunas veces la jubilación puede crear conflictos ya que los cónyuges se encuentran frente a frente las veinticuatro horas del día.

Por otra parte, cuando uno de los cónyuges muere y el otro queda solo, la familia se encuentra en el dilema de cuidar de él; o bien, enviarlo a un hogar para ancianos.

La tarea que se ha de resolver en esta etapa consiste en aceptar los cambios que se presentan, sobre todo la pérdida del cónyuge, así como también, enfrentar la propia muerte con dignidad.

En términos generales, se considera que las etapas de desarrollo o ciclo de vida de la familia, le plantean a ésta ciertas demandas que ha de resolver de manera que le permitan avanzar a la siguiente etapa o, de lo contrario, la crisis inherente a dicho proceso deviene en un atascamiento que mantiene a la familia en pautas de comportamiento disfuncionales.

CAPITULO III

CRISIS DE DESARROLLO EN LA FAMILIA

Algunos sociólogos de la familia se han preguntado por qué algunas familias experimentan transiciones fluidas en tanto que otras pasan por momentos difíciles.

Hansen y Johnson (citados en Falicov, 1991), refieren que las transiciones son fluidas cuando la familia empieza a experimentar poco a poco con las nuevas pautas, desde la comodidad y familiaridad de las antiguas. Las transiciones pueden ser arduas o tormentosas cuando es imposible pasar gradualmente a la etapa siguiente, ya sea porque la familia posee un repertorio limitado de conductas experimentales y se “atasca” en las viejas pautas, o porque a una transición normativa se superpone un estrés inesperado y grave.

Así, una cuestión de fundamental importancia para los terapeutas familiares es la inquietud de saber ¿cuándo y cómo una transición normal dentro del ciclo de vida se transforma en un estado de crisis desorganizadora, que puede ir acompañada de síntomas?.

En 1949, Hill (citado en Falicov, 1991) propone una hipótesis al respecto. Supone que las dificultades de adaptación a una transición normativa surgen de la acumulación abrumadora de otras tensiones, las cuales pueden provenir de fuentes internas o externas.

El período de crisis es inevitable en las transiciones pero el grado y la duración de dicho período influyen sobre el logro o el fracaso del manejo de los cambios durante el ciclo de vida.

3.1 CONCEPTO DE CRISIS.

La palabra “crisis” proviene del griego *Krisis* y denota un momento decisivo.

De acuerdo a Pittman (1991), una crisis es una situación en un período de cambio inminente, es el punto en el que las cosas podrían mejorar o empeorar pero, inevitablemente cambiarían.

En chino, la palabra “crisis” se compone de los caracteres que significan “peligro” y “oportunidad”, de esta manera, la crisis constituye una oportunidad peligrosa ante la cual,

las personas pueden reaccionar de diversas maneras; algunas esperarán a que el cambio ocurra mientras que otras intentarán dirigirlo, y algunas más tratarán de encontrar a alguien a quien atribuir ese estado de crisis o pedirán ayuda para impedir el cambio no deseado.

Simon, et al. (1988), manifiestan que en una situación de crisis se ve perturbada la adaptabilidad interna y externa de un individuo o un sistema. Así, cuando los mecanismos adaptativos previamente deficientes no bastan para mantener la estabilidad o el equilibrio, es necesario aplicar nuevas técnicas y realizar la correspondiente reestructuración interna.

Es importante distinguir los conceptos de “crisis” y “emergencia” en tanto que este último designa la sensación subjetiva de que uno necesita ayuda externa para protegerse de un cambio no deseado, tal como un desastre inminente. Muchas personas se aterrorizan ante un cambio y quieren evitarlo, por ello experimentan el estado de crisis como una emergencia en la que deben pedir a alguien que ponga fin al proceso de cambio, con lo cual pueden eludir el peligro pero también la oportunidad (Pittman, 1991).

3.2 TENSION Y CRISIS.

Pittman (1990) considera que una crisis se produce cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del mismo. Este estado de crisis es señalado por cambios no específicos. En este estado, los límites se aflojan permitiendo la entrada en el sistema de cualquier persona, que puede influir en la manera en que opera éste. Las expectativas y prohibiciones se relajan; las metas y valores pierden importancia e incluso pueden desaparecer, se reviven conflictos irresueltos que acaparan excesiva atención; y por último, se observa un aumento de tensión entre los miembros de la familia.

Ante esta tensión, los integrantes quizá recurran a eliminarla de algún modo disfuncional que sólo la reducirá sin solucionar el problema. Probablemente decidan disolver a la familia echando a alguien u obteniendo un divorcio, viviendo una aventura amorosa o internando a algún miembro en un hospital. Quizá la presión sobre algún integrante vulnerable de la familia alcance un nivel suficiente para producir síntomas y este integrante ocupe el papel de “chivo emisario” convirtiéndose en el foco de atención de

todos.

La tensión puede provenir de fuerzas intrínsecas o extrínsecas, puede ser manifiesta u oculta; aislada o habitual; permanente o temporaria; real o imaginaria; y universal o específica. Además, es de algún modo, particular de cada sistema por lo que algún acontecimiento puede ser tensionante para una familia pero no para otra.

3.3 TIPOS DE CRISIS.

Las crisis familiares pueden ser previsibles o imprevisibles. Pittman (1990; 1991), clasifica las crisis de acuerdo a la naturaleza de la tensión en cuatro categorías: desgracias inesperadas; crisis de desarrollo, crisis estructurales, y crisis de desvalimiento.

Estas cuatro categorías rara vez se presentan en forma pura, superponiéndose e interactuando entre sí.

Para los fines del presente trabajo, las crisis de desarrollo y las crisis estructurales se consideran importantes, en tanto que permiten comprender lo que ocurre en el sistema familiar cuando éstas se presentan. Por esta razón, sólo se describen estas categorías.

3.3.1 *Crisis de desarrollo y crisis estructurales.*

De acuerdo a Pittman (1990; 1991), las crisis de desarrollo surgen cuando una etapa evolutiva relativamente normal y previsible exige cambios incómodos para la familia. Estas crisis ocurren como una respuesta a las etapas normales de desarrollo por lo que surgen a raíz de factores biológicos, más que de la estructura familiar.

Los tipos de estrés, producto de estas crisis son universales, por lo común, manifiestos, aunque pueden poseer algunos rasgos encubiertos; deberían ser previsibles pero algunas familias les oponen resistencia como si pudiesen evitarlos a voluntad, en vez de adaptarse a ellos.

La especie humana se desarrolla emocionalmente hacia la madurez en medio de ruidosas protestas, en un proceso que avanza a empujones, en impulsos y contracciones, flujos y reflujos; y las crisis marcan la separación entre los períodos de estabilidad. En cada estadio de desarrollo es inevitable una crisis de algún tipo, la familia tiene la obligación de

adaptarse a la cambiante capacidad funcional o al estado emocional de la persona que entra en la nueva etapa de desarrollo. No obstante, por su naturaleza misma, las personas no experimentan los cambios con agrado y muchas de ellas buscan una vida sin crisis, sin desafíos, ni estímulos y, en consecuencia, sin oportunidades de descubrir la riqueza de la experiencia humana. Los problemas surgen entonces cuando una parte de la familia trata de impedir las crisis en lugar de definir las y adaptarse a ellas; o bien, cuando alguien de la familia trata que los cambios propios del desarrollo sean más rápidos o pronunciados.

Las crisis de desarrollo, de acuerdo a Pittman (1990), habitualmente abarcan al matrimonio, el nacimiento de los hijos, el comienzo de la edad escolar de éstos, la pubertad, la independización de los hijos y su posterior abandono del hogar, el envejecimiento, la jubilación, la decadencia y la muerte de los padres. Algunos de esos cambios pueden ser sutiles y graduales mientras que otros son abruptos y dramáticos, y pueden ser determinados por etapas biológicas o por condicionamientos de la sociedad.

A medida que se estudia el ciclo de vida normal del ser humano, se descubren un número cada vez mayor de estas transiciones normales, cada una de las cuales puede ser inofensiva si se la comprende, pero peligrosa si se la interpreta como una cuestión personal.

En términos generales, las crisis de desarrollo no se las puede detener ni producir prematuramente; sólo se las puede comprender y, así, apaciguarlas y coordinarlas con las otras fuerzas que operan en la familia.

Por otro lado, todas las crisis familiares son hasta cierto punto estructurales, en tanto que ocurren cuando un estrés amenaza algún aspecto sensible de la estructura familiar (Pittman, 1991).

Las crisis puramente estructurales, son aquellas en las que el estrés surge de la misma estructura familiar antes que de fuerzas extrínsecas o etapas de desarrollo más o menos inevitables en todas las familias. Puede dar la impresión de coincidir con una etapa de desarrollo aunque el estrés se genere dentro del sistema. De este modo, actos de violencia, tentativas de suicidio, reiterados cambios de empleo, etc; ocurren más dentro de una determinada estructura familiar que en respuesta de un estrés específico.

La mayoría de las familias verdaderamente patológicas padecen crisis de este tipo. Son más difíciles de tratar, puesto que la crisis no es un esfuerzo para producir un cambio,

sino un esfuerzo para evitarlo. Las familias con un miembro alcohólico, violento o adúltero pertenecen a esta categoría. En este tipo de familias, determinadas etapas de desarrollo pueden tornarse peligrosas ya que algunas estructuras son tan inestables que cualquier cambio puede resultar devastador.

Pittman (1991) considera que las verdaderas familias propensas a las crisis son aquellas que se estructuran en torno de la inflexibilidad. De este modo, las familias que adolecen un defecto estructural tienen crisis recurrentes y cualquier nimiedad puede exacerbarlas.

3.4 FUENTES DE TENSION A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA.

De acuerdo a Minuchin (1995) el estrés o tensión sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes:

- 1. Contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares,** lo cual puede representarse cuando por ejemplo el marido pierde su trabajo y la familia debe modificarse para garantizar su supervivencia.
- 2. Contacto de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares,** como cuando un sistema se sobrecarga por los efectos de una depresión económica, un cambio de domicilio, etc.
- 3. Momentos transicionales en la evolución de la familia.** Se considera que muchas fases en la evolución natural de la familia requieren de la negociación de nuevas reglas familiares, lo ideal sería que los conflictos que se plantean como parte de este proceso, se resolvieran por negociaciones de transición y la familia se adaptara con éxito, ya que estos cambios ofrecen una oportunidad de crecimiento a todos los miembros de la familia. Sin embargo, si no se los resuelve, los problemas pueden plantear dificultades aún mayores. Los problemas de transición se plantean principalmente por cambios originados en la evolución de los miembros, es decir cambios por edad; y por cambios en la composición de la familia lo que implica la incorporación de nuevos miembros o la adaptación a la pérdida de otros por diversas circunstancias.

4. Problemas de idiosincrasia. Este tipo de estrés se genera cuando por ejemplo, una familia con un hijo con problemas de retraso mental o alguna deformidad física tiene que adaptarse a este problema a medida que el hijo crece; o bien, cuando un miembro se enferma y la familia tiene que asumir algunas de sus funciones y posteriormente se readapta para incluirlo en su antigua posición, o lo ayuda a asumir una nueva.

Por otra parte, un estudio realizado por Olson y colaboradores en 1982 (Olson, 1991), permitió identificar una serie de estresores y tensiones a lo largo del ciclo de vida familiar que incluían tensiones intrafamiliares, tensiones financieras, tensiones trabajo-familia, enfermedades, tensiones conyugales, embarazo, y transiciones de la familia.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, puede decirse que las tensiones financieras son problemáticas para las familias en las etapas preescolar, escolar, de emancipación y de retiro. Las tensiones intrafamiliares (por ejemplo, el tiempo que pasa el padre fuera del hogar, los conflictos conyugales, los quehaceres inconclusos, etc.) son problemáticos en todo el ciclo de vida pero son más evidentes en las etapas de edad escolar y adolescencia. Las tensiones entre el trabajo y la familia se observan más en la etapa sin hijos y en la etapa con hijos de edad escolar. Las enfermedades y la pérdida de allegados están más vinculadas con las etapas de nido vacío y retiro, aunque también se presentan como principales estresores en las etapas sin hijos, preescolar y de emancipación.

Los estresores y tensiones relacionados con el embarazo aparecieron asociados en la etapa preescolar y las transiciones de la familia (por ejemplo la llegada y alejamiento de los hijos), así como también en la etapa de emancipación.

Finalmente, las tensiones conyugales emergieron como estresor importante en la etapa de nido vacío.

3.5 CONFLICTO.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, puede inferirse que ante una crisis de transición como parte del ciclo de vida de la familia, es necesaria una renegociación de las reglas familiares lo cual implica una modificación de la jerarquía y consecuentemente la

modificación de la organización familiar. Así, cuando las familias se estructuran de manera inflexible ante estos cambios, presentarán un conflicto mayor, que será manifestado en forma de un síntoma.

Onnis (1990) refiere que en las familias existe un miedo al conflicto así, la aparición de cualquier tensión, la exteriorización de cualquier desacuerdo, la alusión a cualquier posibilidad de discusión o controversia, o más aún, las tensiones inherentes al proceso de desarrollo familiar, son vistas como extremadamente peligrosas y sentidas como una amenaza de disgregación de la unidad familiar; la imagen que la familia tiende a dar de sí, es la de una familia armoniosa y sin tensiones.

En estas familias se observa un clima emocional aparentemente relajado pese al énfasis puesto sobre la gravedad de los síntomas.

El síntoma tiene una potente función protectora para evitar el conflicto. De este modo, la enfermedad del hijo es aducida para justificar la “puesta entre parentesis” de cualquier otro problema y en particular, la dificultad de los cónyuges para tener momentos y espacios privados de intimidad.

Las formas de responder o enfrentar el conflicto son descritas por Minuchin (1995) y Onnis (1990), en tres categorías:

1. Triangulación. En ella, cada padre requiere que el hijo se una a él contra el otro padre y, en todas las ocasiones en que el hijo se une a ellos, automáticamente se lo define como si atacase al otro. La díada conyugal se transforma en tríada y si el estrés emocional producto del mecanismo de triangulación persiste en el tiempo, puede llevar a la estabilización de un síntoma.

2. Desviación. Este mecanismo consiste en la negociación del estrés entre los esposos a través del niño; de esta forma, los cónyuges se alían desviando sobre el hijo enfermo sus propias tensiones y permite mantener al subsistema conyugal en una armonía ilusoria. La desviación puede asumir la forma de **ataque** definiendo al hijo como una fuente de los problemas familiares; o bien de **protección**, definiéndolo como enfermo o débil.

3. Coalición estable. Ocurre cuando uno de los padres se asocia con el hijo (paciente) mediante un mecanismo de coalición transgeneracional rígida contra el otro padre. El efecto es el mismo, permitir a los cónyuges que eviten definir su propia relación.

CAPITULO IV
EL SINTOMA DENTRO DEL ENFOQUE DE LA TERAPIA FAMILIAR
ESTRATEGICA

La Terapia Familiar Estratégica, retoma algunos de los planteamientos de la Terapia Familiar Estructural de Minuchin por lo que considera a la familia como una organización, que como tal, requiere tanto de un ordenamiento jerárquico, así como de la atribución de roles que conllevarán a la diferenciación de funciones entre sus integrantes. Este ordenamiento jerárquico se percibe a través de la pertenencia a diversos subsistemas conformados por generación, sexo, interés, función, etc.

Entre dichos subsistemas existen límites que están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, y su función reside en proteger la diferenciación del sistema (Minuchin, 1995).

Los límites a su vez, establecen las fronteras generacionales y los vínculos a través de ellas.

De acuerdo a Minuchin (1995), para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, es decir, definirse con precisión para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero a su vez, deben permitir el contacto entre los miembros del propio subsistema así como de otros. Esto conlleva a una definición de una jerarquía congruente.

“El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental” (Minuchin, 1995; p. 26).

Por otro lado, la familia como organización se encuentra sujeta a fuentes de estrés o tensión lo cual repercute en sus integrantes de diversas formas.

Minuchin (1995) clasifica estas fuentes en internas y externas. De esta manera, la familia se ve sometida a presiones internas por la evolución de sus miembros y subsistemas, y a presiones del exterior por lo que los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen en los miembros en sus relaciones mutuas y las

dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables.

Las fuentes internas están constituidas por los momentos transicionales que producen cambios en la evolución de un miembro, es decir, cambios por edad, por ejemplo, la adolescencia; y cambios en la composición familiar producida por adiciones y pérdidas en el número de integrantes.

El estrés por fuentes externas se genera por el contacto de un miembro con estas fuerzas y puede repercutir ya sea en un subsistema, por ejemplo, el conyugal. Si a este nivel las tensiones no se resuelven adecuadamente pueden ocasionar conflictos en la pareja que posteriormente repercutirán en la jerarquía y funcionamiento familiar traspasando los límites entre subsistemas y facilitando la desviación de conflictos. Este tipo de estrés puede impactar también a la familia en su totalidad dificultando su adaptación a estas situaciones.

La familia se ve afectada también por fuerzas externas cuando entra en contacto como totalidad con algún factor estresante proveniente de estas fuentes, por ejemplo ante un cambio de domicilio.

Finalmente puede verse afectada por cuestiones de idiosincrasia como se señaló en el capítulo anterior.

Cualquiera de estas fuentes o formas de estrés puede alterar la jerarquía familiar de manera que los límites entre subsistemas sean imprecisos, no tanto en su estructura sino en cuanto a la diferenciación de funciones entre sus miembros. De esta manera, tal como lo menciona Minuchin (1995), una estructura en la que se involucran diferentes generaciones por ejemplo una abuela, una madre y un hijo, no necesariamente es patológica; los problemas enfrentados pueden deberse a la dificultad de asignar claramente las responsabilidades, y debido a la complejidad de la unidad familiar puede existir un cierto número de límites imprecisos, lo que genera confusión y estrés.

La imprecisión de estos límites se ve reflejada en la reiteración de coaliciones como parte del sistema, convirtiendo en disfuncional la jerarquía familiar y permitiendo a su vez la aparición de síntomas en la familia.

Estos planteamientos permiten a la Terapia Familiar Estratégica establecer que el síntoma es una señal de que la organización en que vive el individuo tiene un ordenamiento jerárquico confuso (Haley, 1980b).

La figura 4.1 representa en forma esquemática la relación entre dichos planteamientos.

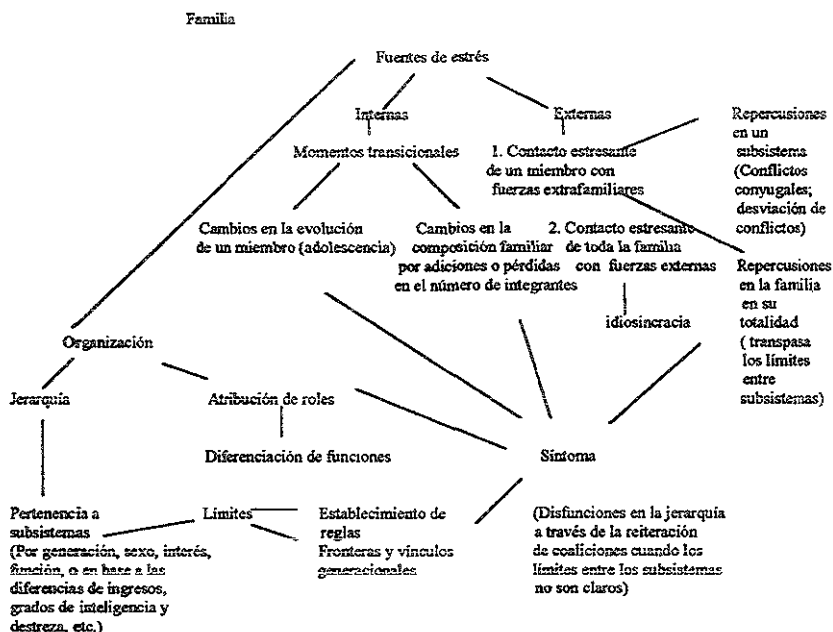


Figura 4.1 Organización familiar, factores de estrés, y su relación con el síntoma.

Además del enfoque general de terapia estratégica, Haley diseñó un procedimiento específico para el tratamiento de síntomas graves como la esquizofrenia, la delincuencia y la drogadicción (Ochoa, 1995). Cabe señalar que independientemente de la especificidad del síntoma, al describir cualquiera de ellos, pueden observarse ciertas generalidades cuya mención sirven a los fines de este trabajo.

Haley (1985) sitúa la génesis de estos trastornos en el fracaso de la familia para afrontar una de las etapas más importantes de su transcurrir de vida, como es la emancipación de los hijos.

4.1 FUNCION DEL SINTOMA EN LA FAMILIA.

Haley considera los problemas de esquizofrenia, delincuencia, y drogadicción como una interrupción en el desarrollo normativo del ciclo de vida familiar, que impide que el hijo en edad juvenil se emancipe del hogar. Este tipo de síntomas indican que la familia tiene dificultades para superar la etapa del ciclo en la que los hijos se independizan de sus padres (Ochoa, 1995).

En este proceso se requiere que no sólo los hijos se independicen de sus padres sino que ambos subsistemas se distancien entre sí para afrontar con éxito una nueva etapa. El abandono del hogar por parte del hijo se hace específicamente costoso y complicado cuando existe una definición incongruente del poder en la familia, debido entre otras razones a la participación del paciente identificado en los conflictos de sus padres.

Haley (1985) postula que la conducta excéntrica del joven es una conducta protectora voluntaria, enmarcada dentro de una apariencia de irresponsabilidad para ayudar a sus progenitores que están enfrentados entre sí. El efecto del síntoma al desviar la atención del conflicto familiar, es la unión de los padres para afrontar el problema del hijo mientras éstos hacen a un lado momentáneamente sus conflictos.

Conceptualmente, el síntoma conlleva a una definición incongruente en la relación jerárquica entre los integrantes del sistema familiar. Por "incongruencia" se entiende que el síntoma produce simultáneamente varias definiciones de poder que son mutuamente incompatibles. El paciente se sitúa por debajo de los padres en tanto que fracasa, pero al mismo tiempo se coloca por encima de ellos cuando muestran ser incapaces de controlarlo (Madanes, 1984; citado en Ochoa, 1995).

Haley (1994) refiriéndose al síntoma de la esquizofrenia menciona que, en esta etapa, el chico se encuentra atrapado en una lucha triangular entre su madre y la madre de ésta, su padre y la madre de éste y los otros tantos conflictos generacionales que surgen en estas familias. Cuando el esquizofrénico toma partido por su madre contra el padre, éste sólo puede protestar de manera débil, ya que él mismo toma partido por su madre contra de su esposa.

De esta manera, el esquizofrénico se pasa la vida equilibrando distintos triángulos familiares conflictivos y cualquier cosa que haga o diga en un triángulo tiene repercusiones sobre otro, así, el modo de adaptación implicará una conducta que parece extraña.

“Al esquizofrénico le resulta obvio lo que los investigadores en ciencias sociales acaban de descubrir: las verdaderas perturbaciones de la vida humana surgen cuando se producen alianzas secretas entre generaciones y otras jerarquías de poder” (Haley, 1994; p. 57).

En este sentido, el esquizofrénico es un maestro en crear alianzas entre distintas generaciones. Puede rechazar la unión con sus contemporáneos, pero se unirá en cambio a uno de sus padres o a un bisabuelo en el conflicto familiar.

La responsabilidad que asume el esquizofrénico consiste en mantener al sistema familiar en un equilibrio estable, aunque éste sea un estado de constante desesperación.

Las ideas anteriormente expuestas pueden aplicarse al síntoma de la drogadicción.

Todd (1991) haciendo alusión al proyecto de investigación de Stanton y Todd, agrega otra función al síntoma y menciona que el abuso de sustancias puede considerarse como una resolución paradójica de varios dilemas de desarrollo planteados al adicto y su familia. Con las drogas, el adicto puede mantenerse a la vez cercano y distante, ser agresivo y poderoso sin responsabilizarse por sus acciones, tener una experiencia cuasi-sexual y, aún así, permanecer fiel a su madre. En suma, puede convertirse en un adulto independiente mediante una forma de pseudoindividuación.

Con esta perspectiva, la misión del terapeuta es desplazar al hijo de las coaliciones intergeneracionales inadecuadas y, después cambiar la organización familiar ayudando a todos sus componentes a efectuar el tránsito hacia la emancipación.

4.2 EL CICLO DE VIDA Y LA DROGADICCIÓN.

En 1982, Stanton y Todd plantearon la utilidad del ciclo de vida de la familia para identificar las variables que rodean el problema de la drogadicción y prescribir el rumbo del tratamiento (Todd, 1991).

Stanton y Todd, influidos por Haley, consideran que dos etapas del ciclo de vida

predominan de manera particular en el desarrollo de la adicción juvenil; éstas son, el punto en que el niño llegaba a la adolescencia y la etapa de emancipación.

De acuerdo a Todd (1991), las etapas en que se presenta con mayor frecuencia este síntoma son la adolescencia, la etapa de emancipación y el comienzo de la adultez.

4.2.1 Adolescencia.

Fishman, Stanton y Rosman (citados por Todd, 1991) manifiestan que existen varias diferencias entre los adolescentes que abusan de sustancias y los adictos que ya son jóvenes adultos.

En primer lugar, la adicción fisiológica es menos probable en la adolescencia y, dado que consumen drogas por un período más breve, la pauta suele encontrarse menos arraigada.

Por otro lado, aún cuando los pares son importantes para el adolescente, existen menos probabilidades de introducirse en la subcultura de la droga, a diferencia del adicto adulto; además, existe mayor influencia de la familia en el adolescente.

Tanto en el adolescente como en el adulto, la adicción o abuso de drogas se consideran en parte una respuesta a una crisis de desarrollo con la que se enfrenta toda la familia.

En el caso del adolescente, y de acuerdo a las tareas planteadas en esta etapa, se hace necesario que las estructuras y reglas familiares se modifiquen; así, cuando las anteriores se empiezan a quebrantar, el abuso de drogas puede ser una de las formas adoptadas por el síntoma. En esta etapa, la terapia debe encaminarse a proponer la transformación de la familia con su estructura actual.

Todd (1991), considera que las cuestiones de fronteras tienden a ser fundamentales en el tipo de terapia familiar estructural-estratégico. Frecuentemente existe una coalición intergeneracional disfuncional entre uno de los progenitores y el adolescente consumidor contra el otro progenitor, lo mismo en el caso de los jóvenes adultos adictos. Una de las metas estructurales es crear una asociación flexible entre los progenitores y simultáneamente crear una frontera más fuerte con el adolescente y sus pares.

Las estrategias terapéuticas variarán dependiendo de la actitud adoptada por los

padres en las cuestiones de control con el hijo.

4.2.2 Etapa de emancipación.

Haley, ha insistido en esta etapa en cuanto a la etiología de las perturbaciones de conducta juveniles. Su trabajo teórico se basó en un conjunto de observaciones de jóvenes varones que abusaban de heroína y sus familias; familias de adolescentes y jóvenes adultos psicóticos, y otros jóvenes extremadamente sintomáticos como los anoréxicos (Todd, 1991).

A partir de dichas observaciones, Haley concluyó que de entre todas las etapas de desarrollo, la que presenta el mayor riesgo de adquirir síntomas es la de emancipación.

En este caso, la meta de la terapia consiste en que los padres ayuden al joven a marcharse del hogar; proceso en el cual es necesaria la participación de los padres y otros miembros de la familia de origen aún cuando el paciente sea un adulto joven, casado y con hijos.

4.2.3 Comienzo de la adultez.

Es particularmente raro encontrar a un adulto que abuse de sustancias y no se haya iniciado en el consumo de éstas en el período de la adolescencia o de adulto joven. Para el diagnóstico, éste suele ser uno de los mejores pronosticadores del abuso y adicción en el adulto; así como también, la consideración de las etapas de desarrollo individual y familiar en la edad adulta, lo que puede proporcionar una explicación acerca de las razones por las que el abuso de sustancias se ha convertido en un problema.

De acuerdo a Todd (1991), cualquiera de las tareas evolutivas propias de la vida adulta puede contribuir a que se inicie o exacerbe el abuso de sustancias; o bien, se vuelva a una pauta anterior de consumo abusivo.

En esta etapa suele ser más importante involucrar a la terapia al cónyuge en vez de la familia de origen aunque se exceptúan los casos en que el sistema conyugal se haya quebrantado o el paciente haya enviudado.

En el proceso terapéutico será importante considerar la etapa de desarrollo en que se encuentra el matrimonio y la familia, así como también la vida individual de cada esposo,

los cambios de empleo o profesión de uno o ambos cónyuges y de los hijos. Además, se debe tener cuidado en no convertir al matrimonio en el único foco de la terapia ya que suele ser inconveniente para la evolución.

4.3 EL CICLO DE ADICCION Y LA FAMILIA.

Haley (1985), Ochoa (1995) Stanton, Todd, Heard, Kirschner, Kleiman, Mowatt, Riley, Scott y Van Deusen (1994) y Todd (1991) consideran que la drogadicción, así como otros síntomas, pueden describirse en términos de un ciclo recurrente que involucra tres o más individuos, por lo común el adicto y sus padres quienes conforman un sistema íntimo, interdependiente e interpersonal. El ciclo inicia cuando el equilibrio del sistema se ve amenazado, por ejemplo ante la etapa de emancipación del joven, ante la amenaza de separación de los padres u otras crisis conyugales.

De esta manera, cuando el joven alcanza la edad de emanciparse de su familia, comienza a tener éxito en su vida estudiantil o laboral, o forja relaciones íntimas fuera del núcleo familiar, la familia se torna inestable y el joven empieza a manifestar una conducta perturbada y extraña. Si bien todos los parientes parecen trastornados y se conducen de manera anómala, cuando es el vástago el escogido como problema, su comportamiento resulta más extremo, y los otros familiares se estabilizan y en apariencia reaccionan frente a él permitiendo a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental. Los padres, que discrepan acerca de muchas cuestiones, están tan divididos que ya no pueden manejar al joven, y éste empieza a hacerse cargo y a adquirir poder sobre la familia.

Una vez eludida la crisis conyugal, el adicto adopta una actitud menos provocativa comportándose de forma más competente lo que obliga a los padres a encarar los conflictos previamente irresueltos. En este punto del ciclo, las tensiones conyugales crecen y surge la amenaza de separación. El adicto se comporta de un modo llamativo y el ciclo de la tríada disfuncional continúa.

Si en su manejo del hijo los padres parecen coincidir, no es infrecuente que aquel busque el apoyo de parientes más lejanos, como su abuela paterna con el propósito de enfrentarlos. Puede suceder también que ante la incapacidad de manejar al hijo sean los

padres quienes busquen el apoyo de sus propios progenitores. A medida que el sistema más amplio de parentesco entra en pugna con los padres en lo tocante al joven, ellos se vuelven más incapaces de controlarlo, y se genera una escalada en su conducta. Es aquí donde recurren a la ayuda de los profesionistas y en cuanto se observa una mejoría en el hijo, el ciclo recomienza nuevamente.

El ciclo puede variar en intensidad pero al margen de estas variaciones, se observa un patrón recurrente que se produce a menudo en la adolescencia y se intensifica cuando el adicto manifiesta su intención de abandonar el hogar. Desde esta perspectiva la conducta del adicto cumple una función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

4.4 PROCESO TERAPEUTICO.

Madanes describe que el objetivo terapéutico es romper el ciclo, esto es, lograr que el joven abandone su conducta sintomática comportándose de forma responsable y exitosa, y que la familia se reorganice en una estructura congruente que permita superar la etapa de emancipación de los hijos. Para lograr lo anterior, es necesario que el paciente identificado renuncie a su posición mediadora en el conflicto parental, ya que para resolver el problema debe modificarse la jerarquía familiar, reinstaurando una en la que el joven no domine a sus padres con su desvalimiento y sus abusos (Ochoa, 1995).

La meta terapéutica consiste a ayudar a la familia a completar de manera adecuada la etapa de emancipación facilitando que todos sus miembros saigan del “atascamiento” en el que se encuentran.

La principal estrategia reside en dar el poder a los padres y, simultáneamente comprender la postura del hijo. Este proceso se fundamenta en cambios graduales del síntoma y la estructura, y la modalidad de intervención radica en una terapia en etapas que permita un acercamiento progresivo a la normalidad familiar.

Ochoa (1995) describe las etapas propuestas por Haley como sigue:

* Primera etapa.

En esta, el terapeuta no explora cuál es el problema ni las metas familiares, por el

contrario, debe hacerse cargo de la situación disponiendo el regreso del joven a su hogar. En el caso de que no haya internamiento, debe lograr que la familia supere la crisis y el joven regrese a la normalidad. Así, la primera etapa consiste en que el terapeuta se haga cargo de la familia.

*** Segunda etapa.**

Esta etapa tiene como principal objetivo que los padres fijen una fecha para que su hijo reanude su vida normal y empiece a estudiar o trabajar.

En una primera sesión, se cita a toda la familia para determinar quiénes están más involucrados con el problema, así como para informarles cuál será el plan terapéutico. El contenido principal de la entrevista se centra en discutir el empleo que debe conseguir el joven o los estudios que debe realizar. Inicialmente se permite que los padres y el hijo debatan la cuestión pero después debe dejarse hablar entre sí a los padres, impidiendo que el joven los interrumpa, a pesar de la tensión creada en estos momentos.

Para abordar la autoridad parental puede solicitarse que a la segunda sesión estén sólo los padres. Así, se define una jerarquía en la que sólo ellos toman las decisiones y en esta medida su hijo podrá adoptar una posición más clara.

Los objetivos de esta segunda etapa consisten en abordar la crisis generada por las inevitables recaídas del joven y evitar que se instaure el ciclo.

El procedimiento a seguir debe incluir diversos puntos entre los que se encuentran: establecer el plazo a partir del cual el joven empezará a hacer lo que los padres digan, en términos de reglas claras y concretas; la terapia se desarrollará en torno a esta fecha; se procurará mantener a los padres centrados en el hijo y no en su relación mutua; se cuidará de no culpar a los padres por la conducta de su hijo, en vez de ello se les responsabilizará de resolver el problema; finalmente, presuponiendo la existencia de una confusión en la jerarquía familiar, el terapeuta deberá coligarse con los padres contra el joven condicionando sus derechos siempre y cuando cumpla con las normas propuestas.

*** Tercera etapa.**

Si la negociación entre los progenitores tiene éxito y llegan a un acuerdo, se inicia la tercera etapa consistente en desligar al hijo de los padres y preparar su partida del hogar. La meta es desligar al hijo de los padres para que pueda hacer su propia vida y no lo utilicen

como medio de comunicación.

El terapeuta procurará sostener la unión conyugal pero subrayará que la decisión última en cuanto a separarse o permanecer casados no debe estar fundado en la salud de su hijo.

Por lo general cuando el joven problemático comienza a aceptar la autoridad parental, surge un hermano que introduce confusión en la jerarquía, dificultando que los padres asuman el control. Por esta razón, es fundamental que el terapeuta impida dicha maniobra y apoye a los padres.

Stanton y Todd bajo la influencia de Haley, elaboraron un modelo estructural-estratégico para el trabajo terapéutico con problemas de drogadicción. Este modelo se centra en la conducta del adicto y los miembros de la familia (Todd, 1991).

La terapia implica ayudar a la familia a superar las crisis en las que intervengan las drogas y las conductas relacionadas con ellas; así como, las crisis interpersonales, principalmente en los progenitores, ajenas a las drogas.

Se considera necesario que en un inicio se establezca un diagnóstico del ciclo de vida que considere la etapa actual del ciclo mediante la observación de la composición de la familia y las edades de sus miembros; así como también, las etapas anteriores del ciclo ya que las etapas previas pueden haber quedado atrás en el tiempo pero no en lo psicológico.

Cuando se advierte que la familia se ha “atascado” en una etapa determinada del ciclo de vida, y que el síntoma de abuso de sustancias ha asumido un rol funcional en dicho atascamiento, pueden utilizarse diversas técnicas y la gama de intervenciones comprende:

- 1. Intervenciones estructurales** para reforzar los desplazamientos evolutivos y reducir la necesidad del síntoma, ésto es a lo que se denomina trazado de fronteras.
- 2. Intervenciones de reencuadramiento** y otras más estratégicas que bloqueen la función del síntoma; y, por último,
- 3. Intervenciones paradójicas.**

Es importante considerar que en la etapa de emancipación se requiere algo más que la aceptación de la madurez del hijo que se va, también hay que renegociar el sistema conyugal como una díada y realinear el sistema familiar con el objetivo de incluir nuevos miembros potenciales. Frecuentemente se producen realineamientos simultáneos con

respecto a la generación mayor, la de los abuelos.

Lo anterior es de suma importancia en tanto que refleja la interrelación entre las generaciones a través del ciclo de vida.

El diagnóstico del ciclo de vida puede complicarse por factores como la posición ocupacional de los padres del paciente ya que si por ejemplo, uno de los padres pierde el empleo o pierde dramáticamente su posición social, puede ocasionar un efecto catastrófico en la familia que se manifieste en la aparición de síntomas en ese progenitor, o en un conflicto conyugal. En este caso, es posible que el drogadicto se vuelva más incompetente y problemático, y que este agravamiento cumpla la función de elevar la posición del progenitor o aún de mantenerlo ocupado.

Así mismo, el comienzo del abuso de drogas puede relacionarse con otros hechos como la enfermedad o muerte en la familia cuyo impacto es mayor si se trata de uno de los progenitores.

Una vez efectuada la evaluación de cada caso, las estrategias empleadas para el tratamiento de los problemas de drogadicción según el modelo de Stanton y Todd, incluyen cuatro estrategias básicas:

1. **Directa e implícita**, consiste en emplear técnicas directas pero sin explicitar su conexión.
2. **Directa y explícita**. Esta estrategia es conveniente siempre y cuando no aumente la resistencia y por el contrario, acreciente el acatamiento de las tareas directas
3. **Estratégica e indirecta**. El terapeuta puede utilizar tareas aparentemente “regresivas” para estimular a la familia a avanzar a la siguiente etapa de su ciclo de vida.
4. **Estratégica y explícita**. Esta estrategia se emplea en dos circunstancias: cuando los problemas del ciclo de vida se utilizan como parte de un reencuadramiento estratégico para bloquear pautas de interacción que mantienen a la familia atascada en su desarrollo, y, cuando se utilizan como parte de un desafío estratégico o provocativo.

Para el tratamiento, se considera apropiado tomar en cuenta no sólo el ciclo de vida sino también los procesos de adicción y recuperación. Las etapas que se han de considerar son: preadicción, adicción temprana, tocar fondo, pretratamiento, tratamiento temprano, post-tratamiento, y, verdadera sobriedad (Todd, 1991).

*** Pre-adicción.**

Esta etapa constituye una adicción, se caracteriza por la ausencia de adicción física y el aumento de tolerancia, la ausencia de una dependencia acentuada del uso de drogas como mecanismo para enfrentar problemas, y la ausencia de consecuencias negativas del uso de sustancias. Para un abordaje eficaz se requiere que la familia reconozca el problema en su verdadera magnitud y reaccionen de la forma más apropiada sin pasar por alto el consumo pero sin exagerar la reacción, ya que en el caso de los adolescentes que la utilizan como rebeldía puede intensificarse su uso.

*** Adicción temprana.**

En esta etapa se presentan, una adicción física, aumento de tolerancia, dependencia acentuada del uso de drogas para enfrentar problemas, presencia de las consecuencias negativas del uso de sustancias. Por lo común existe una negación del adicto y su familia.

*** Tocar fondo.**

En esta fase, la adicción ha llegado al punto en que no puede continuar desatendiéndose, los pacientes y sus familias suelen estar más receptivos a medidas terapéuticas más enérgicas como la internación del paciente para su desintoxicación y rehabilitación; sin embargo, es conveniente evaluar la motivación ya que con frecuencia se recurre a estas medidas para evitar consecuencias externas, si éstas se han agravado, lo mismo ocurre con el grado de dependencia física y psicológica por lo que el adicto puede continuar abusando de las drogas a pesar de las consecuencias.

*** Pretratamiento.**

Esta etapa corresponde a aquella en que el cliente no es el adicto, sino su progenitor, cónyuge, novia u otra persona interesada. Es importante alentar a esta persona a integrar a otros miembros con el fin de hacerles participar en una intervención familiar. Es conveniente que no se presione al paciente a iniciar un tratamiento.

*** Tratamiento temprano.**

Esta etapa comienza cuando el adicto admite la necesidad de un tratamiento y en efecto se somete a él. Es importante involucrar a la familia en este proceso.

*** Post-tratamiento.** Esta fase se designa como "sobriedad temprana" o "terapia de convalecencia temprana". Aún cuando se haya completado la terapia, éste puede ser un

momento de recaída y es importante que no se desatienda la meta primordial de la abstinencia ininterrumpida.

*** Verdadera sobriedad.**

Esta constituye la primera etapa en la que se puede aplicar una verdadera terapia familiar y de pareja.

CAPITULO V

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Dentro del campo de la Terapia Familiar, se observa un gran interés por parte de los clínicos por conocer los factores que influyen en la aparición y mantenimiento de los síntomas en una familia.

Una de las cuestiones que subyacen en la literatura y en las múltiples investigaciones generadas en este ámbito, es el conocer cuáles son las diferencias existentes entre las familias “sanas” e “insanas”, es decir, cuáles son las características de aquellas familias que presentan síntomas que difieren de las presentadas por familias asintomáticas.

Así, tal como lo plantea Minuchin, “la familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas” (Minuchin, 1995; p. 85). A lo anterior se agrega que no es la ausencia de problemas sino más bien la forma de encararlos lo que distingue a unas y otras familias.

Buendía y Cruz (1992), dentro de un enfoque estructural, plantean diversos parámetros de funcionalidad o disfuncionalidad entre los que se encuentran los referentes a límites, jerarquías, alianzas, territorio o centralidad, geografía o mapa. Entre los criterios que se establecen para diferenciar a familias funcionales o disfuncionales están las estrategias para resolver problemas, el clima emocional de la familia, la capacidad de cambio durante el curso del ciclo de vida de la familia y la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia entre las relaciones intrafamiliares, es decir, la formación de fronteras o límites generacionales funcionales bajo el contexto socioeconómico, cultural y comunitario de las familias.

“Varios estudios demuestran que las familias funcionales presentan una organización clara con fronteras generacionales inequívocas pero no impermeables, mientras que en las familias disfuncionales se observa con regularidad un desdibujamiento de las fronteras generacionales, la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica” (Simon, et al., 1988; p. 167).

De acuerdo al enfoque adoptado en la presente investigación, se considera que los

síntomas en una familia surgen cuando ésta es incapaz de afrontar el estrés o tensión generada por diversas fuentes, debido principalmente a la ausencia de límites claros entre las generaciones; de este modo, cuando una pareja no se ha desligado adecuadamente de su familia de origen, es factible que ésta se involucre en la toma de decisiones de la familia nuclear generando incongruencias en la jerarquía de la organización familiar a través del establecimiento de coaliciones intergeneracionales encubiertas. Lo anterior se ve reflejado en la aparición de síntomas ya sea en uno de los cónyuges, o bien, en un hijo y generalmente están asociados con las transiciones en el ciclo de vida familiar.

Entre las investigaciones que tratan de elucidar algunas de las cuestiones anteriormente planteadas y por lo tanto sirven de base a la presente, destacan las siguientes.

Walker, Mc Laughlin y Greene (1988) realizaron un estudio comparativo entre adolescentes sanos y adolescentes somáticos con el fin de determinar la relación entre la enfermedad funcional y el funcionamiento familiar; utilizaron el Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar y Marital, según el cual, existe una relación curvilínea entre el funcionamiento familiar sano y las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en una familia, y entre las aplicaciones de este modelo se encuentra la identificación de familias con características que fomentan la somatización.

El propósito de este estudio fue examinar la utilidad del Modelo Circumplejo en la discriminación de familias de adolescentes sanos de aquellas con adolescentes somáticos. No obstante; a pesar de las diversas aproximaciones del modelo, no se encontró una relación entre la clasificación de las familias de acuerdo a él con el diagnóstico de adolescentes en términos de salud o enfermedad funcional, observándose sólo que la somatización en adolescentes es menos probable en las familias que los adolescentes perciben como más cohesivas y más adaptativas.

Fisher, Ransom y Terry (1992) exploraron la relación entre la estructura/organización familiar (arquitectura de la familia o cuadro estructural de roles y reglas dentro de las operaciones de la familia) y la salud en el adulto. En dicho estudio se observó que el dominio de la estructura/organización familiar está altamente asociado con patrones de puntuación de salud en las parejas, observándose también que existe para ello cierta influencia en cuanto a las formas de solucionar los problemas en la familia.

Así, en términos de salud, se considera que de la forma en que las familias manejen efectivamente sus problemas, dependerá la salud y el bienestar de sus integrantes. Estas formas variarán entre las familias de acuerdo a su estilo.

Al respecto Ransom, Locke, Terry y Fisher (1992) realizaron un estudio que explora la relación entre la solución de problemas familiares y la salud en el adulto a través de tres dimensiones: efectividad en la solución de problemas, estilo en la solución de problemas y la actividad sociomotora de la tarea a realizar; encontrándose que en la muestra empleada no existía una asociación significativa entre estos aspectos y la salud.

Por otra parte, Vuchinich, Wood y Vuchinich (1994) relacionaron tanto las coaliciones como la solución de problemas en la etapa de preadolescencia haciendo una comparación entre familias de preadolescentes referidos a tratamiento por problemas de conducta, familias con un niño en riesgo por desórdenes de conducta y familias sin riesgo (asintomáticas). Las familias remitidas y en riesgo manifestaron formas de solución de problemas menos eficaces. Al estudiar la coalición padre-madre, padres-hijo, y la cordialidad parental expresada al niño, se observó que una coalición parental fuerte puede dominar la solución de problemas familiares a tal grado que la perspectiva del niño no sea incluida, lo cual genera frustración en la autonomía emergente en la adolescencia y puede conducir a los hijos a una retirada por oposición a los padres, así como a la distracción.

A su vez, una coalición parental débil puede producir dificultades en la solución de problemas familiares. Así, cuando una coalición padre-hijo crea una situación en la cual un padre se opone a otro, se produce una autoridad jerárquica inversa y trastorna el apego afectivo dentro de la familia haciendo difícil la solución de problemas de manera efectiva. Las coaliciones fuertes entre padres e hijos pueden impedir entonces la adecuada solución de problemas.

Este estudio muestra que la coalición madre-padre, las coaliciones padres-hijos y la cordialidad parental expresada hacia el niño se asocian con la solución de problemas.

Por otro lado, dentro de las investigaciones sobre la relación entre patrones de interconexión y la disfunción familiar e individual, destaca un estudio realizado por Wood (1985) cuyo propósito fue desarrollar herramientas conceptuales válidas. lógica y

empíricamente, para investigar la relación entre patrones familiares de interconexión y el funcionamiento psicosocial de los niños en la familia.

Wood (1985) plantea que las diversas investigaciones precedentes a su estudio establecen que un alto grado de interconexión desembocará necesariamente en la disfunción; sin embargo, en su estudio considera que no es la cantidad de interconexión, sino más bien las configuraciones particulares de interconexión lo que llevarán a la disfunción familiar.

En dicho estudio analizó el concepto de límite dentro de dos constructos: **proximidad** (límites interpersonales) y **jerarquía generacional** (límites entre subsistemas). Se operacionalizaron estas dimensiones para estudiar la relación de éstas entre sí y con el funcionamiento psicosocial de los niños así como con el patrón de interconexión familiar denominado “aglutinamiento”.

Estos conceptos fueron evaluados en ocho familias por medio de una codificación de la interacción, entrevistas y dibujos familiares “kinéticos” (en movimiento).

Los resultados indican que la proximidad y jerarquía son dimensiones de la interconexión familiar, confiables, válidas e independientes. La jerarquía generacional débil fue asociada con un incremento en los niveles de disfunción psicológica en pacientes identificados; mientras que la proximidad alta fue similarmente asociada con los niveles de disfunción en estos pacientes.

Así mismo, una fuerte jerarquía estuvo correlacionada negativamente con indicadores de conducta problema; una débil jerarquía desembocó en un gran índice de psicopatología y se observó una correlación positiva significativa entre la jerarquía fuerte y el desarrollo psicosocial. Se observó también que una alta proximidad y una débil jerarquía no se asocian con un patrón de “aglutinamiento”, por lo que la hipótesis de que las familias con un alto grado de proximidad en conjunción con una débil jerarquía producen este patrón, fue disconfirmada.

Wood plantea además una distinción entre los síntomas presentados por las familias y las dimensiones estudiadas, mencionando que de acuerdo a “la experiencia clínica, las familias de niños con desórdenes psicosomáticos están caracterizados por alta proximidad y fuerte jerarquía; mientras que las familias de niños con desórdenes de abuso de drogas están

caracterizados por alta proximidad y débil jerarquía; por lo que usando la proximidad y la jerarquía como herramientas empíricas facilitaría la validación o disconfirmación de estas observaciones” (Wood, 1985; p. 501).

Fisek (1991) retomó el modelo de Wood (1985) en una muestra de familias turcas, concluyendo que la dimensión de proximidad es válida transculturalmente y es moderada por variables demográficas como el nivel socioeconómico, el nivel de trabajo de la madre, la medida familiar, y el nivel clínico; mientras que la jerarquía no es una dimensión transculturalmente válida ya que ésta es determinada por la cultura.

Por otro lado, dada la importancia de ubicar la presencia de los síntomas en un contexto de desarrollo familiar, adquiere relevancia el destacar el ciclo de vida de la familia y se establece que la etapa en que se presentan mayores dificultades es la adolescencia. El trabajo de Haley dentro de este enfoque ha generado también diversas investigaciones.

Dickerson y Zimmerman (1992) basados en sus observaciones de familias con adolescentes plantean que las experiencias sintomáticas de estas familias giran alrededor de las dificultades de los padres para distinguir entre lo que ellos esperan de sus adolescentes y lo que sus adolescentes esperan de ellos mismos lo cual lleva a los padres a una renuencia para permitir que sus jóvenes tomen decisiones por ellos mismos, aún cuando puedan tomar buenas decisiones. Del mismo modo, las dificultades provienen de las complicaciones de los adolescentes al hacer una distinción entre lo que ellos esperan de sí mismos y lo que piensan que sus padres esperan de ellos. Lo anterior desemboca en patrones de restricción de los padres hacia los hijos en esta etapa, lo cual en cierta forma se convierte en un factor que contribuye a que se manifiesten los síntomas en una familia al continuar utilizando pautas poco funcionales para la etapa en que se encuentran.

En cuanto al desarrollo familiar, particularmente el ciclo de vida de la familia, Olson (1991) refiere los resultados de un estudio normativo sobre el estrés familiar y la satisfacción con el matrimonio y la familia. Entre los hallazgos relevantes de este estudio se encuentran; la clasificación de tensiones y estresores normativos a través del ciclo de vida, en donde se observa que los conflictos o tensiones conyugales se evidenciaban en todas las etapas pero tenían mayor impacto durante la etapa de nido vacío, mientras que las tensiones por transiciones de la familia eran más evidentes en la etapa de emancipación.

En cuanto a los recursos familiares para afrontar el estrés, se encontró que la resistencia de una familia al estrés y su recuperación pueden verse facilitados por los lados fuertes de la familia y la pareja conyugal. La naturaleza de determinados recursos familiares y sociales varía según la etapa del ciclo de vida. En la etapa de emancipación de los hijos, entre los recursos con que cuentan las familias para hacer frente al estrés se encuentran, la buena administración de las finanzas, la personalidad compatible, una red de apoyo constituida por familiares y amigos, una valoración positiva de la relación conyugal, la relación sexual y la satisfacción con la vida.

Finalmente, se observó que la satisfacción conyugal y con la familia también varían a lo largo del ciclo de vida. En términos generales, las parejas se sentían satisfechas con sus matrimonios; sin embargo, alrededor del 13% de los hombres y el 16% de las mujeres indicaron que habían considerado la posibilidad de divorciarse principalmente en las etapas de familias con hijos de edad preescolar y en la etapa de emancipación de los hijos. Se encontró que la satisfacción conyugal y con la familia presentan cambios leves a lo largo del ciclo de vida pero tanto para los esposos como para las esposas, las etapas en que se observó una declinación de la satisfacción son la emancipación de los hijos (que parece coincidir con la adolescencia), y el nido vacío.

Por lo que se refiere a la satisfacción con la familia, se observó que al igual que la satisfacción conyugal, el puntaje de los esposos alcanza su punto mínimo en la etapa en que los hijos adolescentes residen en el hogar, y el de las esposas, este punto se alcanza en la etapa en que los adolescentes se van del hogar, etapa en la que el estrés familiar llegó al máximo. Cuando la satisfacción con la familia era alta, el estrés causaba un impacto mínimo en el grupo familiar.

En relación al síntoma de la farmacodependencia dentro del enfoque de la terapia familiar, existen diversas investigaciones que permiten ubicar al síntoma como un mecanismo que regula a la familia disfuncional.

Bernal (1986) sugiere que en la génesis de la farmacodependencia, el funcionamiento familiar juega un papel importante encontrando que en estas familias existe una ausencia afectiva familiar, una comunicación deficiente y rivalidades entre los miembros.

Martínez (1985) considera la farmacodependencia como una forma de evadir las situaciones angustiantes por las que atraviesa un individuo y que son originados en una familia con conflictos internos, faltos de integración entre sus miembros.

Ham y Tapia (1988) detectan entre los posibles factores que inciden en el fenómeno de la farmacodependencia en adolescentes de Educación Media Básica, a los problemas como la separación de los padres y la falta de autoridad bien encaminada de los padres hacia los hijos.

Particularmente, dentro del enfoque estratégico, el trabajo de Jay Haley ha influenciado a diversos investigadores.

Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Costantini y Mazzoni (1988) como parte de un programa de investigación del National Research Council, en Roma Italia, proponen una tipología de adictos a heroína y sus familias, clasificándolos en cuatro clases principales:

- A) Adicción a drogas provocada por un trauma.
- B) Adicción a drogas por neurosis actual.
- C) Adicción a drogas transicional.
- D) Adicción a drogas sociopática.

Esta tipología fue derivada de un estudio de patrones de organización y comunicación de familias de adictos; la observación y descripción de la conducta de adictos a drogas, la evaluación de problemas personales de adictos a drogas desde una perspectiva psicodinámica, y finalmente de una evaluación de los efectos de diferentes estrategias terapéuticas.

En este estudio se plantea también el tipo de estrategia de intervención más adecuada a cada caso dependiendo de esta tipología. Se encontró que existe una correlación entre las categorías de adicción y la terapia, de tal manera que la terapia familiar es adecuada en el caso de adicciones del tipo B (con el enfoque de Haley, Stanton y Todd) y tipo C (con una estrategia paradójica desde el enfoque sistémico de Milán); siendo más conveniente un apoyo individual para las adicciones del tipo A y D.

De las conclusiones de este estudio se desprende que las familias de adictos a drogas no parecen homogéneas y puede decirse que de la revisión de la literatura, el trabajo de Haley con adictos jóvenes es focalizado en familias dentro del tipo B o C. Así mismo, es

importante distinguir entre estos dos tipos de familias con el objeto de elegir el tipo de estrategia más adecuada.

Con base a las investigaciones ya señaladas, cabe mencionar que el propósito del presente estudio reside en describir la relación entre la satisfacción marital, la organización familiar y el síntoma en uno(s) de los hijos como elemento que equilibra las relaciones jerárquicas en la familia.

CAPITULO VI

METODO

6.1 OBJETIVOS.

Generales:

* Describir la relación entre la satisfacción marital, la organización familiar y el síntoma en uno(s) de los hijos como elemento que equilibra las relaciones jerárquicas en la familia.

Específicos:

* Comparar los resultados obtenidos en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital en las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y sin hijos adolescentes sintomáticos.

* Comparar los resultados obtenidos en el Cuestionario de Organización Jerárquica en las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y sin hijos adolescentes sintomáticos.

6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la relación entre la satisfacción marital, la organización jerárquica y el mantenimiento y exacerbación del síntoma en uno(s) de los hijos?

6.3 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

Hipótesis teórica.

Cuando el estrés generado ya sea por las transiciones que atraviesan las familias en su ciclo de desarrollo; o bien, por otros factores como el conflicto marital; es mayor que la capacidad de éstas para adaptarse a los cambios, es probable que se presenten incongruencias en su organización jerárquica en tanto que no existe una clara atribución de roles y diferenciación de funciones, y los límites entre subsistemas no están definidos adecuadamente (Haley, 1980b; Madanes, 1984; y Minuchin, 1995).

El síntoma cumple entonces una función protectora para el bienestar matrimonial y/o emocional de sus padres. De este modo, evita el conflicto familiar justificando una tregua de cualquier otro problema, y en particular, la dificultad de los cónyuges para tener momentos y espacios privados de intimidad (Buendía y Cruz, 1992; Onnis, 1990).

Hipótesis de investigación:

H1: Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

H2: Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Cuestionario de Organización Jerárquica.

H3: Si la existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja favorece la aparición de incongruencias jerárquicas, entonces se puede esperar que:

- a) A mayor insatisfacción marital mayor incongruencia en la organización jerárquica.
- b) A mayor incongruencia en la organización jerárquica mayor exacerbación del síntoma.

6.4 CLASIFICACION DE VARIABLES.

Variable independiente: Tipo de familia (Familias con hijos sintomáticos/Familias sin hijos sintomáticos).

Variables dependientes: *Satisfacción Marital.

*Organización jerárquica.

Variables sociodemográficas:

Estado civil: casados o en unión libre.

Lugar de residencia: zona de influencia del Centro de Integración Juvenil "Iztapalapa Sur" (zona oriente de la Delegación Iztapalapa).

Años de unión: mayor de 2 años.

Etapas del ciclo de vida: adolescencia de los hijos.

Jerarquía generacional: que existan por lo menos tres generaciones en funcionamiento, es decir, que convivan por lo menos con 2 de los abuelos.

6.5 DEFINICION DE VARIABLES.

Variable independiente:

Familias con hijos sintomáticos.

Definición conceptual:

Son aquellas familias que ante una situación de estrés o tensión generada por las transiciones en el ciclo de vida familiar, o por un conflicto marital, incorporan la conducta sintomática de un hijo, en este caso la farmacodependencia, a su organización; de tal manera que desvíe la atención del conflicto y estabilice a la familia o matrimonio manteniendo en equilibrio los triángulos conflictivos en la familia (Haley, 1980a; 1980b; 1985; 1994; Madanes, 1984).

Definición operacional:

Se refiere a aquellas familias que asisten al Centro de Integración Juvenil y aceptan que tienen un problema de farmacodependencia demandando tratamiento para un hijo adolescente con este problema.

Familias sin hijos sintomáticos.

Definición conceptual:

Simon, et al. (1988) establecen que de acuerdo a los diversos estudios realizados dentro de este ámbito, se observa que, en contraste con las familias disfuncionales, las familias funcionales (asintomáticas) presentan una organización clara con fronteras generacionales inequívocas pero no impermeables.

Definición operacional:

Se refiere a aquellas familias que aparentemente no presentan este síntoma o algún otro en su organización.

Variables dependientes:

Satisfacción marital.

Definición conceptual:

Pick y Andrade describen la satisfacción marital como el grado de favorabilidad (actitud) hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal (citado en Buendía y Cruz, 1992).

Por otro lado, la satisfacción marital se conceptualiza como la forma en la cual cada miembro de la pareja percibe y siente a su relación y a su pareja (Cortés, Reyes, Díaz, Rivera y Monjaraz, 1994).

Definición operacional:

La satisfacción marital será medida a través de la magnitud de los puntajes obtenidos en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital. En donde los puntajes altos corresponden a una mayor satisfacción marital.

Organización jerárquica.

Definición conceptual:

La jerarquía se refiere a "el dominio o influencia de los miembros familiares y ha sido también relacionada a la habilidad de cambio de roles y reglas" (Olson, 1986; citado en Gehring y Marti, 1993).

Simon, et al. (1988) consideran que la jerarquía define la noción de poder y sus estructuras en las familias, por lo que a este aspecto de la jerarquía corresponde la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.

Por su parte, Wood (1985) considera que la jerarquía constituye el aspecto lógico del concepto de límite referente a la diferenciación de patrones de conducta (por ejemplo roles) que son apropiados a diversos subsistemas. La diferenciación más importante de los subsistemas es el generacional.

Wood y Taimon definen la jerarquía generacional como patrones normativos de conducta donde los padres están a cargo de sus hijos. La relativa fortaleza o debilidad de la

jerarquía refleja la permeabilidad de los límites (Wood, 1985).

Así mismo, Madanes (1984) establece que la organización jerárquica de la familia comprende la dominación que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que tomen sobre ellos. Comprende también, la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás, así como sus intentos de modificarlos. De acuerdo a lo anterior, es más frecuente que los padres ayuden y protejan a sus hijos y no a la inversa, dada la índole de la posición que ocupan en la jerarquía.

Definición operacional:

La organización jerárquica será medida a través de la magnitud de los puntajes obtenidos en el cuestionario de organización jerárquica, en donde puntajes altos corresponden a una jerarquía más congruente.

6.6 CONTROL DE VARIABLES.

Control experimental: Se estableció un control de Balanceo mediante la manipulación del orden en que se presentaron los instrumentos de evaluación en cada grupo con el fin de poder igualar las condiciones dentro de los grupos.

Control estadístico: Las muestras fueron conformadas por el mismo número de parejas (25 en cada grupo) con características sociodemográficas similares: estado civil, lugar de residencia, años de unión, etapa de ciclo de vida y jerarquía generacional.

6.7 DISEÑO DE INVESTIGACION Y TIPO DE INVESTIGACION.

Por un lado, este estudio constituyó una investigación no experimental (ex post facto) de comparación entre grupos ya que no se pudo manipular, ni tener un control directo sobre la variable independiente.

Por otro lado, fue un estudio transversal de tipo correlacional en tanto que su propósito fue medir la relación existente entre la satisfacción marital, la organización jerárquica y, el mantenimiento y exacerbación del síntoma en uno(s) de los hijos; buscando

además conocer de qué manera se encontraban correlacionadas estas variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

6.8 MUESTRA.

Para el presente estudio se utilizaron dos muestras no probabilísticas (muestras dirigidas) ya que se empleó un procedimiento de selección informal. Las muestras estuvieron integradas por 25 parejas por cada grupo.

La población considerada comprendió a aquellas familias que viven en la zona de influencia del Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur” que corresponde a la zona oriente de la Delegación Iztapalapa.

6.9 CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LOS SUJETOS.

Para la muestra de las familias con hijos sintomáticos los criterios fueron:

- Que acudieran al Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur” demandando tratamiento por tener un hijo adolescente con problemas de farmacodependencia (síntoma).
- Que vivieran en la zona de influencia del Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur”
- Que su estado civil fuera de casados o que vivieran en unión libre.
- Que actualmente vivieran juntos.
- Que el tiempo de unión de la pareja fuera mayor de 2 años.
- Que se encontraran en la etapa de adolescencia de los hijos.
- Que convivieran por lo menos con 2 de los abuelos.

Para la muestra de familias sin hijos sintomáticos, fueron:

- Que vivieran en la zona de influencia del Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur”, (se acudió a las escuelas secundarias de la zona clasificadas como de alto riesgo o riesgo).
- Que su estado civil fuera de casados o que vivieran en unión libre.
- Que actualmente vivieran juntos.
- Que el tiempo de unión de la pareja fuera mayor de 2 años.

- Que se encontraran en la etapa de adolescencia de los hijos.
- Que convivieran por lo menos con 2 de los abuelos.

6.10 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación consisten en un Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (Cortés, Reyes, Díaz, Rivera y Monjaraz, 1994) el cual fue utilizado para obtener el grado de satisfacción o insatisfacción de ambas muestras; y por otro lado, se requirió de un instrumento que evaluara el nivel de organización jerárquica en las familias; sin embargo, dado que no se encontró ninguno que evaluara este constructo, fue necesario elaborar dicho cuestionario.

6.10.1 Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM).

Este inventario fue diseñado por Cortés, Reyes, Díaz, Rivera y Monjaraz (1994); se encuentra validado y confiabilizado en una muestra de 400 parejas, 200 hombres y 200 mujeres con un rango de edades de 20 a 60 años, con escolaridades que fluctuaban de primaria a posgrado y pertenecientes a diferentes zonas de la Ciudad de México con ocupación variable. El tipo de muestreo fue no probabilístico accidental por cuota.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, con el cual se obtuvieron 8 factores con valores mayores a uno. Se clasificaron solamente aquellos reactivos en donde la carga fuera mayor o igual a 0.40 y que tuvieran una mayor congruencia conceptual, quedando finalmente 6 factores que explicaban 68.8% de la varianza y que obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach mayores a 0.86.

Los factores resultantes fueron: Factor 1. Aspectos emocionales afectivos y de comprensión que facilitan la interacción de la pareja con un alfa= 0.89; Factor 2. Área físico sexual con un alfa= 0.92; Factor 3. Organización y funcionamiento de la pareja con un alfa= 0.89; Factor 4. Organización y realización de tareas en el hogar con un alfa= 0.9095; Factor 5. Diversión de la pareja dentro y fuera del hogar con un alfa= 0.8643; y Factor 6. Área de los hijos con un alfa= 0.9055.

Las opciones de respuesta para la escala y sus valores son:

1. Me disgusta mucho
2. Me disgusta
3. Ni me gusta, ni me disgusta
4. Me gusta
5. Me gusta mucho

Los puntajes altos indican mayor satisfacción (véase anexo 1).

6.10.2 Cuestionario de Organización Jerárquica.

Con el fin de evaluar el nivel de organización jerárquica en las familias estudiadas, se procedió a elaborar una escala de actitudes de acuerdo a la metodología propuesta por Nadelsticher (1983), entendiendo como actitud la predisposición hacia un objeto y/o hacia una situación.

El método utilizado en este cuestionario corresponde al de Rangos Sumarizados de Likert.

De este modo, se elaboró una base de reactivos favorables al objeto medido, en este caso la organización jerárquica (66 reactivos en total).

La organización jerárquica se refiere al grado de dominio que ejercen unos miembros sobre otros, incluye las responsabilidades que asumen y las decisiones que tomen sobre ellos, así como también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás, y sus intentos de modificarlos. En función del lugar que ocupan los padres en la jerarquía, es más frecuente que éstos ayuden y protejan a sus hijos, y no a la inversa. En este sentido, los padres tienen más poder que sus hijos (Madanes, 1984).

La organización jerárquica está conformada por las siguientes áreas: 1. Crianza, 2. Control, 3. Alianzas y coaliciones y 4. Relaciones entre iguales (Wood, 1985).

De estas dimensiones, se consideraron las siguientes para la creación del Cuestionario de Organización Jerárquica:

1. Crianza: Esta es una de las primeras funciones a desempeñar por la pareja con la llegada de los hijos. Predominan las funciones de alimentación, cuidado y socialización;

encaminadas a procurar la salud y bienestar de los niños. Las proporciones de dichos elementos dependen de las necesidades de desarrollo de los hijos.

2. Disciplina: La disciplina incluye actividades que fomentan la educación, orientación o guía; requiere del uso de la autoridad en tanto que es necesario el establecimiento de reglas y de las consecuencias en caso de no cumplirlas. Esta función se modifica a medida que los hijos crecen.

3. Relaciones entre iguales: Con este concepto se hace referencia a las relaciones de igualdad dentro de cada subsistema. Teóricamente, estas relaciones deben predominar más dentro de los subsistemas y no entre ellos, en tanto que padres e hijos no deben tener el mismo nivel jerárquico.

4. Toma de decisiones: Esta función implica la responsabilidad y el compromiso de la pareja para resolver las dificultades que se van presentando en la familia pudiendo observarse un continuo entre la cooperación de la pareja, el distanciamiento de uno de los miembros o el incumplimiento de dicha función por parte de los dos.

La base de reactivos fue sometida a jueceo por parte de expertos en el tema a fin de que evaluaran el grado de favorabilidad hacia el objeto medido y descartar aquellos reactivos que no lo discriminaran (validez de contenido) (véase anexo 2).

Se consideraron sólo los resultados de un total de 7 jueces ya que uno de ellos no evaluó toda la escala, en función de estos resultados se seleccionaron aquellos reactivos que obtuvieron un índice de discriminación arriba de 75% (véase anexo 3).

Posteriormente se elaboró un cuestionario piloto conformado por 40 reactivos, 28 favorables y 12 desfavorables, con cinco opciones de respuesta:

- A) Nunca
- B) Casi nunca
- C) Algunas veces
- D) Casi siempre
- E) Siempre

Las opciones se califican del 1 al 5 respetando la favorabilidad de la pregunta (Nunca = 1, Casi nunca = 2, Algunas veces = 3, Casi siempre = 4, Siempre = 5, y de manera inversa en las preguntas desfavorables).

Los reactivos favorables y desfavorables fueron distribuidos al azar dentro de la estructura del cuestionario piloto (véase anexo 4).

El cuestionario piloto fue aplicado a 100 sujetos (25 parejas con hijos adolescentes sintomáticos y 25 parejas con hijos adolescentes no sintomáticos).

Posteriormente se procedió a codificar los reactivos del cuestionario, obteniéndose los puntajes totales por cada sujeto los cuales se ordenaron de mayor a menor puntaje, esto con el fin de realizar un análisis de reactivos para determinar su consistencia interna y conformar el cuestionario final.

Se seleccionaron el 25% de los sujetos con los puntajes más altos y el 25% de los sujetos con los puntajes más bajos, quedando el 50% de los sujetos (50 sujetos). De esta manera, se eliminaron los cuestionarios con los puntajes intermedios (tibios).

Se procedió a realizar el análisis de cada afirmación calculando una razón t (student) para cada una de ellas. Así, si el puntaje t era mayor o igual a 1.75 se aceptaba el reactivo para formar parte del cuestionario final. Si el puntaje era menor a 1.75 se rechazaba la afirmación.

De los 40 reactivos, 37 obtuvieron una t mayor a 1.75 y 3 la obtuvieron menor a 1.75 (véase anexo 5).

En base a lo anterior se seleccionaron 30 reactivos entre favorables y desfavorables considerando que tuvieran las razones t más altas.

Generalmente, se recomienda aplicar el cuestionario final a una segunda muestra para poder calcular la confiabilidad general así como la validez del instrumento. No obstante; de acuerdo a las características de la investigación y del acceso a la muestra de estudio (familias con adolescentes sintomáticos), sólo se pudo aplicar una vez el instrumento por lo que fue necesario retomar aquellas respuestas que correspondieran a los reactivos seleccionados, a fin de poder calcular los puntajes totales de cada sujeto, estableciendo así un estudio piloto y terminal a la vez.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose un $\alpha = 0.9772$, siendo muy cercana a 1, por lo que la confiabilidad del instrumento es alta.

Por otro lado, para comprobar la validez de constructo (interna) del instrumento, se procedió a realizar un Análisis de Factor a fin de determinar el número y naturaleza de las variables subyacentes (Kerlinger, 1986). Para alcanzar dicho objetivo se empleó el paquete estadístico SPSS/PC versión 8.0 para windows.

A través de un método de factores principales y una rotación de tipo varimax, se obtuvieron 7 factores que explicaban el 70.60% de la varianza total, de los cuales se eligieron los 4 factores que agruparon el mayor número de reactivos y que explicaban el 59.18% de la varianza: el Factor I 44.91%, el Factor II 5.49%, el Factor III 4.91%, y el Factor V 3.87%

Por lo que se considera que se obtiene una adecuada validez interna (de constructo) en la estructura del cuestionario.

Los factores fueron definidos de acuerdo al contenido de los reactivos que los componen:

Factor I: Resolución de problemas, se refiere al grado de participación de ambos cónyuges en la resolución de problemas; Factor II: Toma de decisiones y educación de los hijos, se refiere a la capacidad de la pareja para tomar decisiones y compartir la responsabilidad de educar a los hijos; Factor III: Desempeño de roles parentales, se refiere a la capacidad de la pareja para compartir sus roles a nivel de padres; y Factor IV: Disciplina de los hijos, alude a la capacidad de la pareja para asumir la responsabilidad de orientar y disciplinar a sus hijos así como al grado de acuerdo existente entre la pareja en el desempeño de esta función.

Los criterios para seleccionar los reactivos que conformarían cada factor fueron los siguientes: 1) que el reactivo tuviera una carga factorial mayor a .40 y 2) que la carga del reactivo fuera mayor en un factor, en relación con los demás (véase anexo 6).

De este modo los factores elegidos agruparon a los reactivos del cuestionario final de la siguiente manera:

Factor I: Reactivo 19, 34, 27, 28, 20, 14

Factor II: Reactivo 11, 1, 7, 10, 24, 2

Factor III: Reactivo 17, 31, 22, 12, 23, 29

Factor IV: Reactivo 35, 30, 39, 36 40

Finalmente, el Cuestionario de Organización Jerárquica quedó conformado por 23 reactivos entre favorables y desfavorables (véase anexo 7).

Los reactivos fueron distribuidos al azar en la estructura del cuestionario final (véase anexo 8).

Se determinó nuevamente la confiabilidad del instrumento considerando los puntajes totales de estos 23 reactivos obteniendo un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach = 0.9739 siendo muy cercana a 1 por lo que la confiabilidad del instrumento es alta.

6.11 PROCEDIMIENTO.

Para el *grupo de estudio* constituido por familias con hijos sintomáticos, se realizaron visitas al Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur”, con el fin de detectar a aquellas familias con hijos adolescentes que presentaran como demanda de servicio la atención de la farmacodependencia; posteriormente, a través de una breve entrevista se observó si éstas cumplían con los criterios de inclusión ya señalados y se les invitó a participar explicándoles los objetivos de la investigación de la siguiente manera:

“Nos encontramos realizando una investigación acerca de las características de las familias de adolescentes que tienen problemas de farmacodependencia, la información que se obtenga será utilizada en beneficio del tratamiento de este problema”.

“Los datos que nos proporcionen serán confidenciales y se utilizarán únicamente para el propósito de esta investigación”. Se respetó la decisión de no participar.

Con las parejas que accedieron a participar se procedió a tomar sus datos generales (véase anexo 9), y posteriormente se les aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: 1. IMSM, y 2. Cuestionario de Organización Jerárquica; intercambiando el orden entre una pareja y otra, y se les brindaron las siguientes instrucciones:

- Nos interesa que las respuestas sean lo más sinceras posibles y que las contesten de manera individual, sin consultarse entre sí.
- Si al contestar los cuestionarios se les presenta alguna duda pueden hacémosla saber a fin

de que podamos clarificarla o explicarla.

- Es muy importante que resuelvan los cuestionarios en su totalidad ya que la información proporcionada es fundamental para la investigación.

Al concluir se les indicó que si era su deseo podían expresar algún comentario o duda después de lo cual se daba por terminada la sesión de aplicación con la siguiente instrucción:

“Les agradecemos su participación así como las molestias que se tomaron para asistir en este día y el tiempo que nos brindaron”.

Todas las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa Sur” procurando que las parejas resolvieran sus cuestionarios de manera independiente. El tiempo de captación de la muestra de observación (*grupo de estudio*) fue de 6 meses.

Para el *grupo de control* constituido por las familias sin hijos sintomáticos, se procedió a ubicar las escuelas secundarias que correspondían a la zona de influencia del Centro de Integración Juvenil, “Iztapalapa Sur” considerando que las colonias en que se encontraban fueran clasificadas como zonas de Alto riesgo o Riesgo.

De acuerdo al criterio anterior, se realizó una visita a cada escuela concertando una cita con el director de cada plantel explicándoles los objetivos del estudio y se les solicitó la ayuda necesaria para detectar a aquellos padres de familia que cumplieran con los requisitos para ser incluidos en la muestra. Una vez con los padres de familia se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar.

Con los padres que accedían a participar se concertaba una cita en sus domicilios respectivos, con el fin de aplicar los cuestionarios a ambos padres y se les proporcionaban las mismas instrucciones que a los padres de los adolescentes sintomáticos.

Una vez obtenidas las muestras se procedió a la codificación y calificación de los instrumentos. Posteriormente se realizó el análisis estadístico.

6.12 ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizó un análisis de frecuencia para poder estudiar las características generales de los dos grupos, de estudio (parejas con hijos adolescentes sintomáticos) y de control (parejas con hijos adolescentes no sintomáticos).

Se calcularon las pruebas t de Student para dos muestras independientes, así como un análisis de varianza para cada instrumento utilizado y finalmente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para establecer el grado de correlación entre las variables estudiadas (Satisfacción Marital y Organización Jerárquica) empleando el paquete estadístico SPSS/PC versión 8.0 para windows.

CAPITULO VII

RESULTADOS

En el presente capítulo, se muestran las características de los grupos estudiados y se presentan además, los diferentes análisis estadísticos descriptivos e inferenciales realizados. Iniciando con aquellas variables que nos ofrecen una idea más detallada de las características de las muestras.

7.1. CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS.

7.1.1 Escolaridad.

El *grupo de estudio* (familias con hijos adolescentes sintomáticos) quedó constituido por 25 parejas (50 sujetos) cuyo nivel de escolaridad se ubicó en diferentes niveles desde la primaria hasta el nivel licenciatura. De esta manera, el 24% de los sujetos tenía un nivel de estudios de primaria terminada y 4% de primaria incompleta. El 40% tenía estudios de secundaria terminada y 10% de secundaria incompleta. Así mismo, el 2% tenía estudios a nivel técnico terminado, mientras que un porcentaje similar (2%) no concluyó este nivel. Se observó también que el 10% tenía estudios de bachillerato terminado y 2% tenía estudios de bachillerato incompleto. Sólo el 2% había concluido el nivel de licenciatura y 4% tenía estudios de licenciatura incompleta.

Por otro lado, el *grupo de control* (familias sin hijos adolescentes sintomáticos) quedó conformado por 25 parejas (50 sujetos) encontrándose que el 10% de los sujetos tenían un nivel de primaria terminada, el 36% había concluido la secundaria y 2% tenían secundaria incompleta. El 18% de los sujetos tenía un nivel técnico terminado, mientras que el 6% tenía un nivel de bachillerato terminado; el 24% tenía un nivel de licenciatura terminada y el 4% no había concluido la licenciatura (véase figura 7.1.1, al final del capítulo).

7.1.2 Ocupación.

Se observó que en el *grupo de estudio* el 38% de los sujetos se dedicaba al hogar, el

26% eran empleados y el 20% eran obreros o trabajadores manuales, en tanto que el 14% trabajaban por su cuenta y sólo el 2% eran profesionistas.

En el *grupo de control*, el 32% se dedicaba al hogar, el 36% eran empleados y el 8% eran obreros o trabajadores manuales; así mismo, el 4% trabajaba por su cuenta y el 20% eran profesionistas (véase figura 7.1.2).

7.1.3 Años de matrimonio.

En el *grupo de estudio* se observó que el 28% tenían un período de casados de 9 a 14 años, el 40% tenían de 15 a 19 años, el 16% tenían de 20 a 24 años y un 16% más tenían de 25 a 29 años de casados.

Por su parte, en el *grupo de control*, el 26% de las parejas tenían de 9 a 14 años de casados, el 54% tenían de 15 a 19 años y el 20% restante tenían de 20 a 24 años de casados (véase figura 7.1.3).

7.1.4 Tiempo de novios.

En el *grupo de estudio* el 54% de las parejas se ubicaron dentro de un período de 2 meses a 2 años de novios, el 42% habían durado como pareja antes de casarse de 3 a 5 años y el 4% había durado de 6 a 8 años.

En el *grupo de control*, el 44% de las parejas se ubicó dentro de un período de 2 meses a 2 años, el 44% había durado como pareja antes de casarse de 3 a 5 años y el 12% restante había durado de 6 a 8 años (véase figura 7.1.4).

7.1.5 Edad de su pareja.

El 44% de los sujetos del *grupo de estudio* tenían de 30 a 35 años de edad, el 28% de 36 a 40 años, el 8% de 41 a 45 años y el 20% tenía de 46 a 50 años.

Por otro lado, dentro del *grupo de control*, el 30% de los sujetos tenía de 30 a 35 años, el 28% tenía de 36 a 40 años, el 36% de 41 a 45 años y el 6% restante de 46 a 50 años (véase figura 7.1.5).

7.1.6 Número de hijos.

Dentro del *grupo de estudio*, el 44% de las parejas tenían 2 hijos, el 28% tenían 3 hijos, el 8% tenían un sólo hijo, otro 8% tenían 4 hijos, un 8% tenían 6 hijos y sólo el 4% tenían 5 hijos.

En el *grupo de control*, el 38% tenían 2 hijos, el 30% tenían 3 hijos, en tanto que el 16% tenían un sólo hijo y el 16% restante tenían 4 hijos (véase figura 7.1.6).

7.1.7 Edad del hijo mayor

Se observó que en el *grupo de estudio*, el 62% de los sujetos tenían hijos mayores entre 12 y 16 años, 6% tenía hijos mayores entre 17 y 20 años, en el 16% el hijo mayor tenía de 21 a 24 años y en el 16% restante tenía de 25 a 28 años.

En el *grupo de control*, en el 76% de los casos el hijo mayor tenía de 12 a 16 años, en el 20% tenía de 17 a 20 años y sólo el 4% tenía hijos mayores entre 21 y 24 años (véase figura 7.1.7).

7.1.8 Edad del hijo menor.

El 8% de las parejas del *grupo de estudio* sólo tenían un hijo. El 20% tenían hijos menores entre 1 y 5 años de edad, 10% tenían hijos menores entre 6 y 9 años, mientras que el 42% tenían hijos entre 10 y 13 años y el 20% entre 14 y 17 años.

En el *grupo de control*, el 16% de las parejas tenían un sólo hijo, el 28% tenían hijos menores entre 1 y 5 años, un 20% tenía hijos entre 6 y 9 años y el 36% restante tenía hijos entre 10 y 13 años (véase figura 7.1.8).

7.1.9 Trabajo.

Se encontró que el 46% de los sujetos del *grupo de estudio* trabajaban tiempo completo, el 14% medio tiempo, el 4% por horas y el 36% no trabajaba.

En el *grupo de control*, los sujetos que trabajaban tiempo completo representaron el 48%, los que trabajaban medio tiempo representaron el 14%, los que trabajaban por horas el 10% y los que no trabajaban el 28% (véase figura 7.1.9).

7.1.10 Vivir con.

En esta variable sólo había dos opciones de respuesta; de este modo, se advierte que en el *grupo de estudio*, el 60% de las parejas vivía con sus padres o suegros y el 40% vivía con sus esposos e hijos.

Por otro lado, en el *grupo de control*, el 72% vivían con sus padres o suegros y el 28% vivían con sus esposos e hijos (véase figura 7.1.10).

7.1.11 Estado civil.

En el *grupo de estudio*, el 18% de las parejas eran casadas por el civil, el 50% se habían casado por el régimen civil y religioso, un 6% habían vivido en unión libre y posteriormente se casaron por el civil, un 4% sólo se habían casado bajo el régimen religioso y el 22% restante vivían en unión libre.

De las parejas del *grupo de control*, el 4% eran casados por el civil, 88% reportó estar casado por el régimen civil y religioso y sólo un 8% vivían en unión libre (véase figura 7.1.11).

7.1.12 Resumen descriptivo de las muestras.

En síntesis, el *grupo de estudio* se caracterizó por tener un nivel escolar de secundaria termina o primaria terminada siendo pocos quienes alcanzaron un nivel de licenciatura. La mayoría eran empleados que trabajaban tiempo completo, o bien se dedicaban al hogar. Habían durado como pareja antes de casarse de 2 meses a 2 años y tenían como casados de 15 a 19 años contando con un matrimonio civil y religioso. La edad de sus parejas oscilaba entre los 30 y 35 años y tenían de 2 a 3 hijos siendo la edad del mayor de 12 a 16 años y la del menor de 10 a 13 años.

Más de la mitad de las parejas de este grupo vivía con sus padres o suegros y aunque el resto vivía con sus esposos e hijos, se observó una marcada influencia de sus familias de origen, vivían cerca de ella o se veían con mucha frecuencia.

El *grupo control* se caracterizó también por tener un nivel de secundaria terminada; no obstante, más parejas de este grupo contaban con un nivel de licenciatura siendo pocos los que sólo habían concluido la primaria. Se observó también que habían más empleados y

profesionistas que trabajaban tiempo completo, o bien se dedicaban al hogar. Habían durado como pareja antes de casarse de 2 meses a 2 años o de 3 a 5 años y tenían de 15 a 19 años de casados contando con matrimonio civil y religioso. La edad de sus parejas oscilaba entre los 41 y 45 años y tenían también de 2 a 3 hijos siendo la edad del mayor de 12 a 16 años y la del menor de 10 a 13 años.

En este caso, la mayoría vivía con sus padres o suegros y sólo una minoría vivía con sus esposos e hijos aunque también vivían cerca de los padres o suegros o se visitaban con frecuencia.

7.2 ANALISIS DE FRECUENCIA DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS.

7.2.1 *Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.*

En el *grupo de estudio*, se advierte que el 46% de las parejas obtuvieron puntajes de 110 a 172 (satisfacción marital media), el 44% obtuvieron puntajes de 173 a 235 (satisfacción marital alta) y el 10% restante obtuvieron puntajes de 47 a 109 (satisfacción marital baja). Se encontró una media de 161.16, una desviación estándar de 43.59 y una varianza de 1900.79.

En el *grupo de control*, el 74% de las parejas obtuvieron puntajes de 173 a 235 (satisfacción marital alta), el 24% obtuvieron puntajes de 110 a 172 (satisfacción marital media) y sólo un 2% obtuvieron puntajes de 47 a 109 (satisfacción marital baja), la media obtenida fue de 188.48, la desviación estándar de 31.00 y la varianza de 961.31.

De esta manera puede observarse que en ambos grupos la mayoría de los sujetos se ubicaron dentro de un rango de satisfacción marital media y alta (en total, para el *grupo de estudio* 90% y para el *grupo de control* 98%) sólo que en el *grupo de control* casi tres cuartas partes de las parejas observaron una satisfacción marital alta (74%) y algunas satisfacción marital baja (2%) en tanto que en el *grupo de estudio* la mayoría de las parejas se encontraron dentro de un rango de satisfacción marital media (47%).

7.2.2 *Cuestionario de Organización Jerárquica.*

En esta escala, el 50% de las parejas del *grupo de estudio* obtuvieron puntajes de 85

a 115 (organización jerárquica alta), el 44% obtuvieron puntajes de 54 a 84 (organización jerárquica media) y un 6% obtuvieron puntajes de 23 a 53 (organización jerárquica baja). La media obtenida fue de 83.06, la desviación estándar de 17.50 y la varianza de 306.34

En el *grupo de control*, se advierte que el 78% de las parejas obtuvieron puntajes de 85 a 115 (organización jerárquica alta) y el 22% restante obtuvieron puntajes de 54 a 84 (organización jerárquica media) por lo que no se observaron parejas que obtuvieran puntajes de 23 a 53 (organización jerárquica baja). La media obtenida fue de 94.80, la desviación estándar de 12.16 y la varianza de 147.95.

7.3 ESTADISTICA INFERENCIAL.

Con el fin de comprobar las hipótesis planteadas por el estudio, se realizó una prueba T por cada variable para dos muestras independientes con el fin de valorar una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las muestras (véase tabla 7.3.1) y posteriormente se realizó un análisis de varianza para poder contar con una decisión global acerca de las diferencias significativas entre las medias (véase tabla 7.3.2). Para alcanzar dicho objetivo se utilizó el paquete estadístico SPSS/PC versión 8.0 para windows.

Se consideró como variable constante cada uno de los instrumentos utilizados para contrastarlas con la variable grupo y de esta manera validar o rechazar las hipótesis propuestas en función de los efectos observados (Hernández, et al., 1991; Levin, 1979).

Hipótesis nulas:

HO1: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

HO2: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Cuestionario de Organización Jerárquica.

Tabla 7.3.1 Prueba T de Student.

<i>Hipótesis Nula</i>	<i>Razón T obtenida</i>	<i>Prob.</i>	<i>G.L.</i>	<i>Razón T esperada</i>	<i>Resolución</i>
HO1	-3.611	0.01	98	2.364	Se rechaza
HO2	-3.895	0.01	98	2.364	Se rechaza

Tabla 7.3.2 Prueba Análisis de Varianza.

<i>Hipótesis Nula</i>	<i>Razón F obtenida</i>	<i>Prob.</i>	<i>G.L.</i>	<i>Razón F esperada</i>	<i>Resolución</i>
HO1	13.039	0.01	1/98	6.85	Se rechaza
HO2	15.169	0.01	1/98	6.85	Se rechaza

Finalmente, para conocer el grado de correlación entre las variables se procedió a calcular el coeficiente de correlación de Pearson advirtiendo una correlación positiva considerable entre las variables de Satisfacción Marital y Organización Jerárquica (véase tabla 7.3.3).

Tabla 7.3.3 Coeficiente de Correlación de Pearson.

<i>Relación entre las variables</i>	<i>r obtenida</i>	<i>Prob</i>	<i>Resolución</i>
S.M vs OJ	.799	0.01	Corr. Positiva considerable

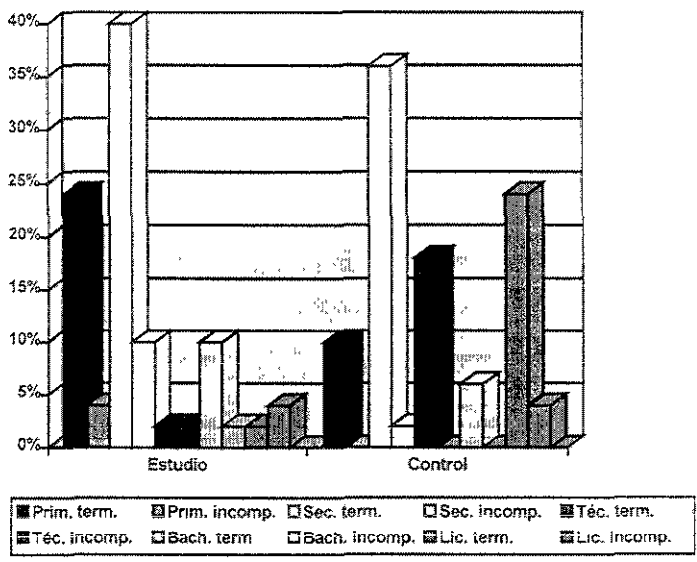


Figura 7.1.1 Escolaridad.

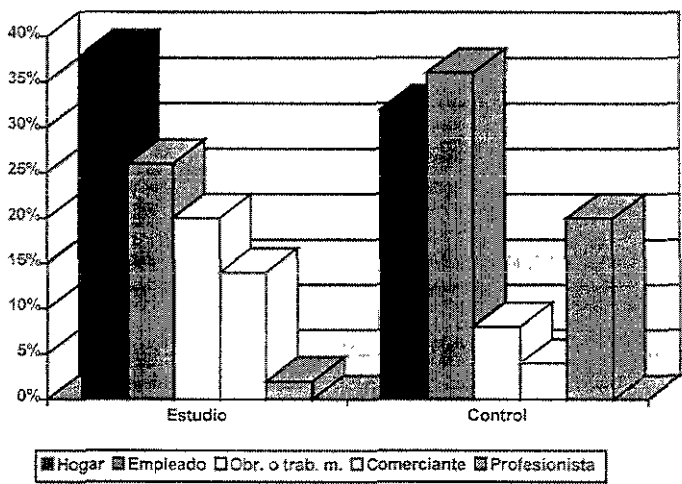


Figura 7.1.2 Ocupación.

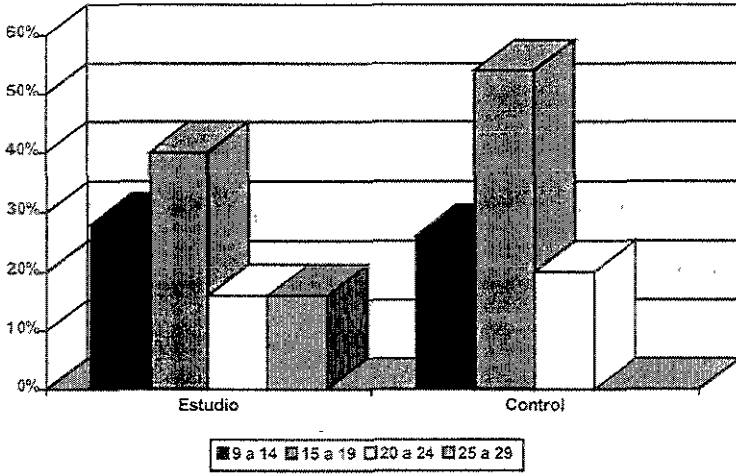


Figura 7.1.3 Años de matrimonio.

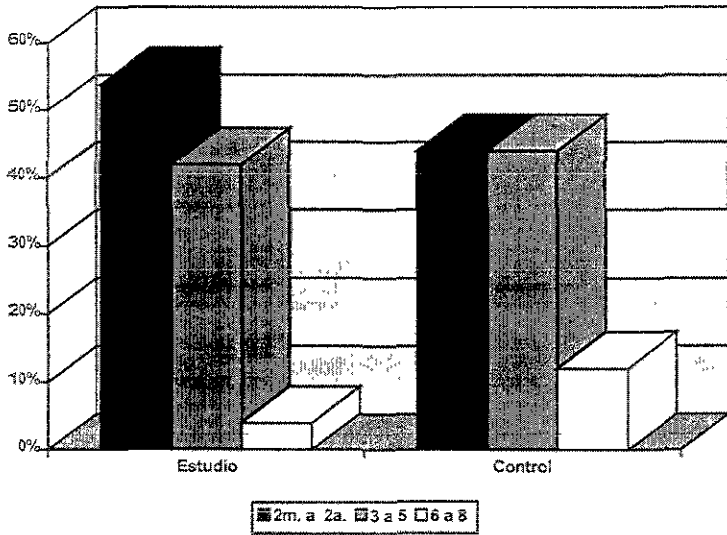


Figura 7.1.4 Tiempo de novios.

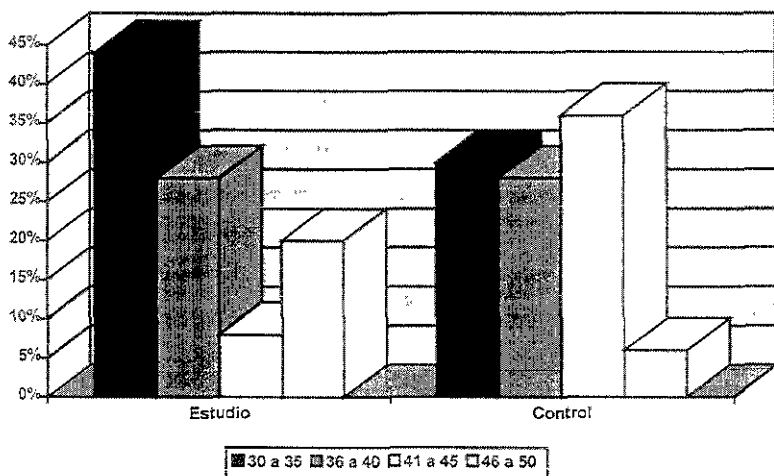


Figura 7.1.5 Edad de su pareja.

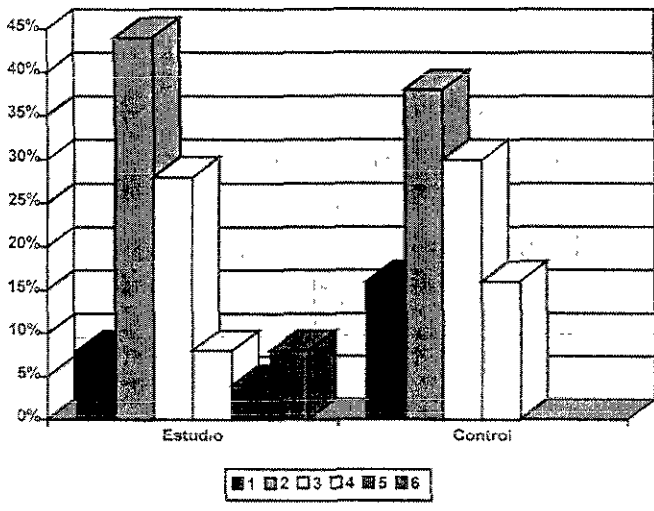


Figura 7.1 6 Número de hijos.

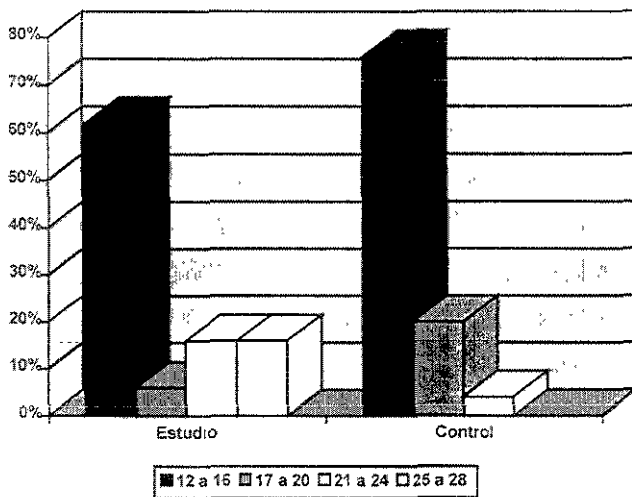


Figura 7.1.7 Edad del hijo mayor

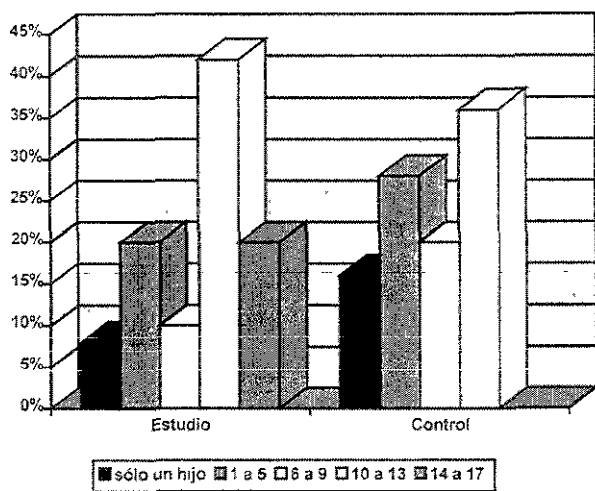


Figura 7.1.8 Edad del hijo menor.

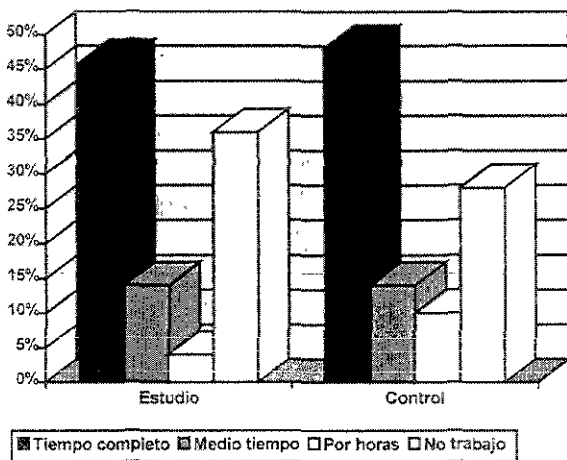


Figura 7.1.9 Trabajo.

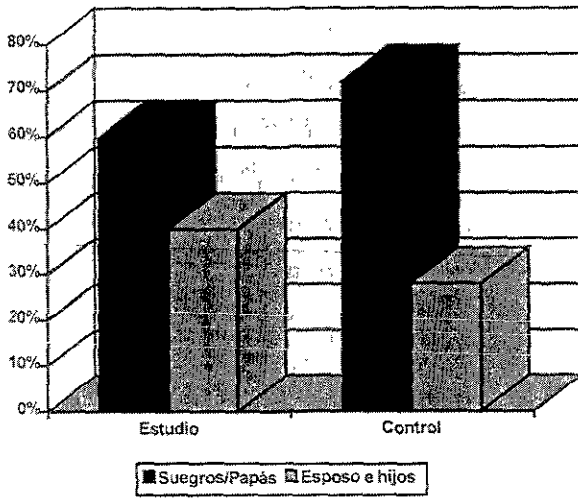


Figura 7.1.10 Vivir con.

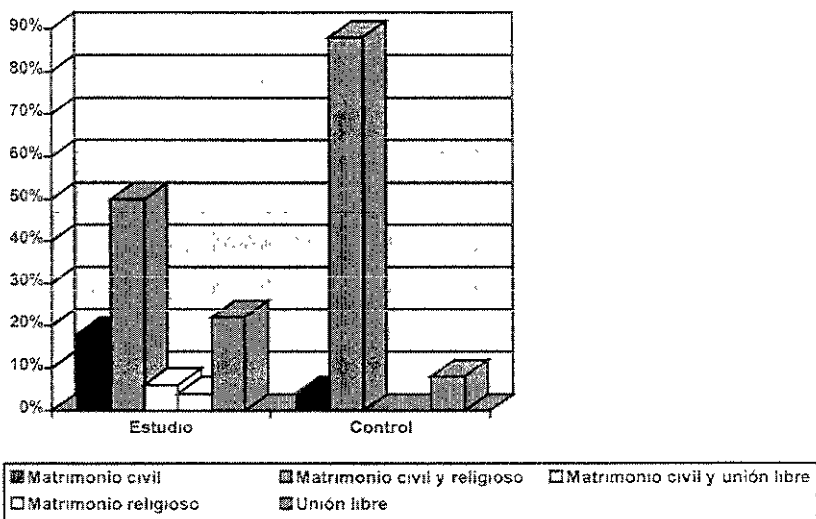


Figura 7.1.11 Estado civil.

CAPITULO VIII

DISCUSION

El presente capítulo tiene por objetivo analizar los resultados obtenidos tomando como referencia el marco teórico que sustenta al estudio, de manera tal que las explicaciones ofrecidas están en función de éste.

En primer lugar, se discutirán los resultados obtenidos a partir de la construcción del Cuestionario de Organización Jerárquica y, posteriormente se procederá al análisis de las hipótesis.

8.1 CUESTIONARIO DE ORGANIZACION JERARQUICA.

Con la revisión de la literatura correspondiente, se observó que en el ámbito de la Terapia Familiar prevalece un gran interés por parte de los clínicos por conocer los factores que influyen en la aparición y mantenimiento de síntomas en una familia.

Se han identificado diversos parámetros de funcionalidad o disfuncionalidad como son los límites, jerarquías, alianzas, territorio o centralidad, y geografía o mapa. De este modo, entre los criterios que se establecen para diferenciar a familias funcionales o disfuncionales están las estrategias para resolver problemas, el clima emocional de la familia, la capacidad de cambio durante el curso del ciclo de vida de la familia y la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia entre las relaciones intrafamiliares, es decir, la formación de fronteras o límites generacionales funcionales bajo el contexto socioeconómico, cultural y comunitario de las familias (Buendía y Cruz, 1992).

Dado que, de acuerdo al enfoque estratégico, la familia es considerada como una organización adquiere relevancia el criterio referente a la **jerarquía**. Algunos autores en Estados Unidos han retomado este constructo como una herramienta para explicar la relación existente entre los patrones de interconexión y la disfunción familiar e individual.

De esta manera, en 1985, Wood realizó un estudio para investigar la relación entre patrones de interconexión familiar y el funcionamiento psicosocial de los niños en estas

familias. Para ello utilizó el concepto de límite estableciendo dos diferentes nociones:

El *concepto lógico* de límite que se refiere a las distinciones entre clases de conducta o categorías; por ejemplo, los roles de padres, hijos, esposos, etc. Dentro de esta noción, límite se refiere a la distinción entre estas clases de conducta; es decir, a la existencia de límites entre subsistemas lo que se denomina **jerarquía generacional**.

Por otro lado, el *concepto físico* de límite alude al grado de intercambio de material, información o energía; de este modo, la cantidad y tipo de intercambio definirá la permeabilidad de los límites así, el concepto físico de límite se refiere al límite interpersonal entre los miembros de la familia, lo que se denomina **proximidad**.

En 1995, Fisek aplicó el modelo propuesto por Wood (1985) para determinar la validez de estos constructos en una muestra de familias turcas concluyendo que la dimensión de proximidad es válida transculturalmente siendo moderada por las variables sociodemográficas de cada cultura, mientras que la dimensión de jerarquía no es válida transculturalmente; es decir, la asignación de roles y los límites en las familias están determinados por su cultura.

En el contexto de las familias mexicanas no se encontró algún estudio que analizara el constructo de jerarquía ni tampoco algún instrumento que se adecuara a las necesidades de la presente investigación, de manera que permitiera evaluar los diversos grados de organización familiar por lo que fue necesario elaborar un Cuestionario de Organización Jerárquica para estudiar la relación entre la organización jerárquica familiar, la satisfacción marital y en consecuencia su influencia en la aparición de síntomas.

A partir de las investigaciones precedentes, particularmente de las observaciones derivadas del estudio de Wood (1985), se identificaron una serie de dimensiones (categorías de conducta) que conforman lo que podría considerarse la jerarquía generacional, entre las que se encuentran: Crianza, control, alianzas y coaliciones, y relaciones entre iguales. De estas dimensiones se consideraron las siguientes:

1. Crianza: Esta es una de las primeras funciones a desempeñar por la pareja con la llegada de los hijos, en ella predominan las funciones de alimentación, cuidado y socialización; encaminadas a procurar la salud y bienestar de los niños. Las proporciones de dichos elementos dependen de las necesidades de desarrollo de los hijos.

2. Disciplina: Esta dimensión incluye actividades que fomentan la educación, orientación o guía; requiere del uso diferenciado de la autoridad en tanto que es necesario el establecimiento de reglas y de las consecuencias en caso de no cumplirlas. Esta función se modifica a medida que los hijos crecen.

3. Relaciones entre iguales: Con este concepto se hace referencia a las relaciones de igualdad dentro de cada subsistema. Teóricamente, estas relaciones deben predominar más dentro de los subsistemas y no entre ellos, en tanto que padres e hijos no deben tener el mismo nivel jerárquico.

4. Toma de decisiones: Esta función implica la responsabilidad y el compromiso de la pareja para resolver las dificultades que se van presentado en la familia pudiendo observarse un continuo entre la cooperación de la pareja, el distanciamiento de uno de los miembros o el incumplimiento de dicha función por parte de los dos.

En la presente investigación y en base a estas dimensiones se elaboró el cuestionario piloto que fue aplicado a los sujetos de análisis, los datos obtenidos fueron utilizados tanto para validar el instrumento como para la comprobación de las hipótesis lo que podría representar una limitación en el estudio ya que al no poder contar con una nueva muestra para aplicar el cuestionario final, se utilizaron las respuestas que ya se tenían de los reactivos seleccionados.

La validez de constructo se obtuvo a partir del análisis factorial que reportó 7 factores principales a través de una rotación de tipo varimax de los cuales se seleccionaron 4 factores de acuerdo a la cantidad de la varianza explicada y considerando que tuvieran la mayor cantidad de reactivos. Los factores fueron definidos en relación al contenido de los reactivos que los componen: Factor I: Resolución de problemas, se refiere al grado de participación de ambos cónyuges en la resolución de problemas; Factor II: Toma de decisiones y educación de los hijos, se refiere a la capacidad de la pareja para tomar decisiones y compartir la responsabilidad de educar a los hijos; Factor III: Desempeño de roles parentales, se refiere a la capacidad de la pareja para compartir sus roles a nivel de padres; y Factor IV: Disciplina de los hijos, alude a la capacidad de la pareja para asumir la responsabilidad de orientar y disciplinar a sus hijos así como al grado de acuerdo existente entre la pareja para el desempeño de esta función.

En el estudio realizado por Vuchinich, et al. (1994) se observa que tanto las coaliciones como la solución de problemas se relacionan con la aparición de síntomas que asumen la forma de desórdenes de conducta. De este modo, las incongruencias en la organización jerárquica, en términos de una coalición en la que uno de los cónyuges se une a un hijo contra el otro cónyuge, dificultan la solución de problemas siendo menos eficaces en las familias de adolescentes con problemas de conducta en comparación con las familias de adolescentes asintomáticos.

En función de estas observaciones y de acuerdo a los resultados obtenidos en el Cuestionario de Organización Jerárquica, en los que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las muestras estudiadas, puede considerarse que el constructo de jerarquía es un indicador válido para establecer distinciones entre familias funcionales y disfuncionales y además que dicho constructo podría estar conformado por los factores anteriormente descritos, por lo que en la presente investigación se proponen estos factores como componentes de la organización jerárquica.

8.2 ANALISIS DE LAS HIPOTESIS.

Hipótesis nulas:

HO1: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

Se rechaza la hipótesis nula ya que se advierte que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos ($\bar{x} = 161.16$ vs $\bar{x} = 188.48$). De acuerdo a estos resultados se infiere que las parejas con adolescentes sintomáticos reportan una satisfacción marital más baja que las parejas con adolescentes no sintomáticos.

HO2: No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos en el Cuestionario de Organización Jerárquica.

Se rechaza la hipótesis nula ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos por las muestras de estudio ($\bar{x} = 83.06$ vs $\bar{x} = 94.80$). Así, las familias con hijos adolescentes sintomáticos observaron una menor organización jerárquica que las familias con adolescentes no sintomáticos.

Para establecer si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras no sólo se tomaron en cuenta las estadísticas descriptivas de cada grupo, se realizó además una prueba T de Student por cada variable obteniéndose lo siguiente:

HO1: Se rechaza la hipótesis nula encontrándose una razón T superior a la esperada con un nivel de significancia de 0.01

HO2: Se rechaza la hipótesis nula obteniéndose una razón T superior a la esperada con un nivel de significancia de 0.01

Por otro lado, para confirmar estas diferencias y conocer el efecto de la variable independiente sobre las variables dependientes reduciendo la posibilidad de cometer el error alpha (rechazar HO cuando debe ser aceptada), se realizó el análisis de varianza obteniéndose lo siguiente:

HO1: Se rechaza la hipótesis nula, se acepta la hipótesis de investigación por lo que se puede concluir que las parejas con hijos adolescentes sintomáticos y las parejas con hijos adolescentes no sintomáticos difieren respecto a su nivel de satisfacción marital.

HO2: Se rechaza la hipótesis nula, de tal manera que puede inferirse la existencia de diferencias entre los grupos estudiados en relación al grado de organización familiar.

Así mismo, a fin de conocer el grado de relación entre las variables estudiadas se calculó el coeficiente de correlación de Pearson observándose que a un nivel de significancia de 0.01 existe una correlación positiva considerable entre la satisfacción marital y la organización jerárquica ($r = .799$).

En función de lo anterior puede considerarse que la familia requiere de una organización, ésto es, de la atribución de roles y diferenciación de funciones entre sus

miembros, así como también de la existencia de límites claramente definidos más no impermeables para su adecuado funcionamiento. Esta organización cambia a medida que transcurre su ciclo de vida de manera que la familia ha de ser flexible para experimentar nuevas pautas de conducta en cada transición, la tensión a la que se ve sometida ya sea por las transiciones o por el conflicto marital, influye en el grado de organización familiar de tal forma que si la tensión no es canalizada adecuadamente, se altera la organización generando incongruencias jerárquicas en ella que se manifiestan a través de coaliciones intergeneracionales lo que a su vez facilita la instauración de síntomas como un mecanismo para mantener la homeostasis familiar.

En el caso de este estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras estudiadas en relación a su satisfacción marital y su organización jerárquica, encontrando que las familias con hijos adolescentes sintomáticos observan una menor satisfacción marital y una menor organización jerárquica con respecto a las familias con hijos adolescentes no sintomáticos.

En relación a la organización jerárquica, estos hallazgos son consistentes con los obtenidos en estudios precedentes en los que se observa que una jerarquía débil promueve la aparición de síntomas y a su vez, la presencia de síntomas debilita la jerarquía (Wood, 1985).

Por otro lado, a partir del análisis del grado de correlación entre las variables estudiadas, se puede concluir que:

- Existe una correlación positiva considerable entre las variables de Satisfacción Marital y Organización Jerárquica, por lo que se podría esperar que a mayor satisfacción marital, mayor organización jerárquica y viceversa. Por lo tanto:

a) La congruencia en la organización jerárquica se mantendrá a través de un incremento en la satisfacción marital.

b) Si hay mayor insatisfacción marital y mayor incongruencia en la organización jerárquica se podría esperar una mayor exacerbación del síntoma.

- La existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja favorece la aparición de incongruencias jerárquicas que, a fin de conservar la homeostasis familiar promueven la aparición, mantenimiento y exacerbación del síntoma en alguno(s) de sus

miembros, aceptándose la última hipótesis de trabajo.

En función de lo anteriormente expuesto puede plantearse que:

- La familia como organización precisa la existencia de límites claros entre sus subsistemas de manera que cada uno de ellos desempeñe las funciones correspondientes sin interferencias indebidas.
- La jerarquía familiar no es una propiedad estática, cambia a medida que transcurre el ciclo de vida familiar. En este ciclo se experimenta cierto grado de tensión que predispone la aparición de incongruencias en la organización jerárquica principalmente en la etapa de adolescencia.
- Si a la tensión generada por las transiciones en el ciclo de vida de la familia se agregan otro tipo de tensiones como el conflicto marital y la familia experimenta estas crisis como algo amenazante más que como una oportunidad de crecimiento, quizá recurra a la asignación de un miembro como “chivo emisario” para mantener en equilibrio al sistema a través de alguno de los mecanismos que propone Minuchin (1995): triangulación, desviación o coalición estable.
- Las familias estudiadas poseían características semejantes; no obstante, a pesar de que dentro del *grupo control* había más parejas que vivían con sus padres o suegros, en el *grupo de estudio* se observó una mayor influencia de sus familias de origen en su organización familiar por lo que puede suponerse que la congruencia en la organización jerárquica depende más de las estrategias para resolver problemas, la capacidad de cambio durante el curso del ciclo de vida de la familia y la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia entre las relaciones intrafamiliares.

Por último, la satisfacción marital, la organización jerárquica y la aparición, mantenimiento y exacerbación del síntoma, forman parte de una cadena que se relaciona de manera recursiva a través de mecanismos de retroalimentación. Así, se puede hacer un corte (o distinción) estableciendo una relación causal-lineal al mencionar que una baja satisfacción marital, predispone a una incongruencia en la organización jerárquica y a su vez, ésta favorece la aparición de síntomas; no obstante, recursivamente el síntoma refuerza la incongruencia en la organización y probablemente la insatisfacción marital apoyando así la propiedad de retroalimentación de las familias como sistemas abiertos.

CAPITULO IX
CONCLUSIONES

A partir del estudio de la satisfacción marital, la organización familiar y su relación con la aparición, mantenimiento y exacerbación de un síntoma desde una perspectiva familiar estratégica, se pueden plantear las siguientes conclusiones:

- La familia posee una organización jerárquica que se establece en función de los límites existentes entre sus subsistemas (conyugal, parental y fraternal).
- La función de los límites reside en proteger a los subsistemas de interferencias indebidas.
- La organización jerárquica cambia con el transcurso del tiempo, así, la familia pasa por un ciclo de vida cuyas etapas le demandan ciertas tareas que debe cumplir a fin de superar con éxito estas transiciones.
- Las crisis constituyen un factor natural en las transiciones; no obstante, algunas familias experimentan estas crisis como algo amenazante, de manera que si las familias poseen un repertorio limitado de conductas experimentales, intentaran frenar los cambios y, dado que ante una crisis los límites se rigidizan o se relajan, es probable que se presenten incongruencias en su organización jerárquica.
- Las incongruencias se presentan cuando existen definiciones de poder mutuamente incompatibles, a través de coaliciones intergeneracionales reiteradas o mediante una inversión de roles cuando los hijos tienen más poder que sus padres, y se asocian con crisis de transición principalmente en la adolescencia.
- Las incongruencias en la organización jerárquica constituyen un mecanismo que le permite a la familia reducir la tensión y mantener cierto equilibrio; no obstante, cuando estas incongruencias se vuelven redundantes y se mantienen por un tiempo prolongado pueden contribuir a la manifestación de síntomas por parte de alguno(s) de sus miembros.

- De acuerdo a los resultados de la presente investigación puede decirse que la organización jerárquica se encuentra configurada por 4 factores: Factor I: Resolución de problemas, se refiere al grado de participación de ambos cónyuges en la resolución de problemas; Factor II: Toma de decisiones y educación de los hijos, alude a la capacidad de la pareja para tomar decisiones y compartir la responsabilidad de educar a los hijos; Factor III: Desempeño de roles parentales, se refiere a la capacidad de la pareja para compartir sus roles a nivel de padres; y Factor IV: Disciplina de los hijos, alude a la capacidad de la pareja para asumir la responsabilidad de orientar y disciplinar a sus hijos así como al grado de acuerdo existente entre la pareja para el desempeño de esta función.
- La satisfacción marital mantiene una correlación positiva considerable con la organización jerárquica de manera que a mayor satisfacción marital mayor organización jerárquica. Por lo tanto:
 - a) La congruencia en la organización jerárquica se mantendrá a través de un incremento en la satisfacción marital.
 - b) Si hay mayor insatisfacción marital y mayor incongruencia en la organización jerárquica se podría esperar una mayor exacerbación del síntoma.
- La existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja favorece la aparición de incongruencias jerárquicas lo que a su vez fortalece la aparición, mantenimiento y exacerbación del síntoma en alguno(s) de sus miembros.
- Dentro de este contexto, el síntoma cumple la función protectora de estabilizar a la familia o matrimonio desviando la atención hacia él y distrayendo el conflicto.

De esta manera, la existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja favorece la presencia de incongruencias en la organización jerárquica lo cual posibilita la aparición, mantenimiento y exacerbación de síntomas que cumplen la función de mantener en equilibrio al sistema familiar.

De acuerdo a lo anterior, el síntoma y su persistencia pueden ser considerados como resultado de las relaciones en el contexto familiar y no como un sólo producto de las experiencias internas del individuo.

Así mismo, en el manejo de la farmacodependencia, considerar a la familia como un contexto en el cual el síntoma mantiene y regula la unión familiar proporcionaría elementos importantes para el éxito del tratamiento ya que la adicción forma parte de un ciclo recursivo en el que participa la familia en su totalidad.

En función de lo anterior, el objetivo planteado en la presente investigación, consistente en describir la relación entre la satisfacción marital, la organización familiar y el síntoma en uno(s) de los hijos como elemento que equilibra las relaciones jerárquicas en la familia fue alcanzado.

Cabe señalar que las conclusiones derivadas no pueden ser definitivas dadas las limitaciones de este estudio: Para la selección de los sujetos se empleó un procedimiento informal utilizando dos muestras no probabilísticas, inicialmente se tenía contemplado que las muestras fueran integradas por 40 parejas; no obstante, de acuerdo a los criterios de inclusión y debido a la dificultad para tener acceso a las muestras, éstas sólo se integraron por 25 parejas. Por otro lado, el estudio fue de tipo *ex post-facto* ya que no se pudo tener un control experimental sobre la variable independiente.

Las observaciones realizadas se obtuvieron a partir de familias que se encontraban en la misma etapa de su ciclo de vida (adolescencia de los hijos) y que poseían características semejantes por lo que las conclusiones no pueden generalizarse a familias en otra etapa del ciclo de vida.

Por lo que respecta al instrumento elaborado (Cuestionario de Organización Jerárquica), se obtuvieron una validez y confiabilidad altas; sin embargo al no disponer de una segunda muestra de aplicación, el estudio tuvo que ser piloto y terminal.

Debido a lo anterior las conclusiones derivadas de esta investigación se circunscriben solamente a las muestras estudiadas.

A pesar de las limitaciones anteriormente planteadas, es importante señalar que el presente estudio sobresale por proporcionar información acerca de la relación que existe entre la satisfacción marital y la organización jerárquica en las familias, la relación de éstas con la aparición, mantenimiento y exacerbación del síntoma, así como la evidencia de que la presencia de incongruencias en la organización jerárquica no necesariamente se relaciona con el hecho de cohabitar con las familias de origen, así la proximidad física no explica por

si misma las incongruencias por lo que es importante considerar otros factores como las estrategias para resolver problemas, la capacidad de cambio en el transcurso del ciclo de vida de la familia y la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia entre las relaciones intrafamiliares.

Por lo que respecta al síntoma de la farmacodependencia, este estudio proporciona información acerca de los factores que inciden en la aparición de este problema, así como también sobre los mecanismos que lo mantienen y exacerban tomando en consideración la etapa del ciclo de vida de la familia en el que se presenta y el conflicto marital como fuentes de tensión que afectan a la familia y entendiendo la adicción como un ciclo en el que participa la familia en su totalidad.

Así mismo, se confirmaron las observaciones de estudios precedentes conforme a los cuales, el síntoma cumple una función dentro del sistema y se relaciona con incongruencias en la organización familiar principalmente en la etapa de adolescencia. Estas incongruencias impiden la adecuada solución de problemas en tanto que una coalición parental débil crea una situación en la cual un padre se opone a otro produciéndose una autoridad jerárquica inversa que dificulta la solución de problemas, esto conforma lo que algunos autores denominan jerarquía débil y promueve la aparición de síntomas en la familia, observando además que la farmacodependencia como un desorden de conducta se caracteriza por una débil jerarquía y una alta proximidad (Vuchinich, et al., 1994; Wood, 1984).

Por otro lado, cabe mencionar que en el tratamiento de síntomas como la farmacodependencia, el considerar a la familia como el contexto en el que se desarrolla el síntoma, la función que éste desempeña y los mecanismos de retroalimentación dentro de la familia se podría alcanzar una mejor comprensión acerca del ciclo de adicción y un mejor tratamiento del mismo.

Finalmente, al llevar a cabo la presente investigación se observó que en el contexto de las familias mexicanas se carece de instrumentos que permitan discernir las características de las familias disfuncionales y establecer las diferencias existentes entre éstas y las familias funcionales, por lo que nos permitimos sugerir el Cuestionario de Organización Jerárquica con el fin de coadyuvar en el estudio de familias de la zona de

influencia de la FES Zaragoza (zona oriente de la Delegación Iztapalapa).

De esta manera, se sugiere llevar a cabo investigaciones acerca de los diversos niveles de organización familiar dentro del contexto de las familias mexicanas en diferentes etapas de su ciclo de vida. Así como también, realizar estudios comparativos con otro tipo de síntomas como los desórdenes psicosomáticos en los que Wood (1985) presupone la existencia de una fuerte jerarquía y una alta proximidad.

Se sugiere también realizar estudios comparativos en donde se utilice el Cuestionario de Organización Jerárquica a fin de confirmar los resultados obtenidos y alcanzar una mayor precisión respecto a su confiabilidad y validez; así como también, continuar en la búsqueda y generación de instrumentos que permitan valorar a poblaciones en el contexto socioeconómico y cultural de las familias estudiadas que corresponden a la zona de influencia de la FES Zaragoza.

BIBLIOGRAFIA

- Bernal, E. (1986). **Farmacodependencia y dinámica familiar**. Tesis de Especialidad en Medicina General Familiar. México: Facultad de Medicina (UNAM).
- Buendía, L. y Cruz, V. (1992). **El conflicto marital como factor contribuyente del síntoma en un miembro de la familia**. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: FES Zaragoza (UNAM).
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenil Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families. En: **Family Process**, (3), 27, pp. 261-271.
- Cortés, S., Reyes, D., Díaz R., Rivera, S. y Monjaraz, J. (1994). Elaboración y Análisis Psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital. En: **La Psicología Social en México**. Vol. 5, México: AMEPSO.
- Dickerson, V. y Zimmerman, J. (1992). Families with Adolescents: Escaping Problem Lifestyles. En: **Family Process**, (4), 31, pp. 341-352.
- Falicov, C. (comp). (1991). **Transiciones de la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fisek, G. (1991). A Cross-Cultural Examination of Proximity and Hierarchy as Dimension of Family Structure. En: **Family Process**, (1), 30, pp. 121-133.
- Fisher, L., Ransom, D., Terry, H. y Burge, S. (1992). The California Family Health Project: IV. Family Structure/Organization and Adult Health. En: **Family Process**, (4), 31, pp. 399 - 419.
- Gehring, T. y Marti, D. (1993). The Architecture of Family Structures: Toward a Spatial Concept for Measuring Cohesion and Hierarchy. En: **Family Process**, (1), 32, pp. 135-139.
- Haley, J. (1994). **Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos**. (2a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1984). **Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta**. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1980a). **Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980b). **Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). **Transtornos de la emancipación juvenil y terapia familiar.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Ham, L. y Tapia, A. (1988). **Detección de posibles factores que inciden en el fenómeno de farmacodependencia en adolescentes de Educación Media Básica.** Tesis de Licenciatura en Psicología. México: ENEP Iztacala (UNAM).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). **Metodología de la investigación.** México: Mc. Graw Hill.
- Hoffman, L. (1987). **Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas.** México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, B. y Ross, J. (1985). **Construcción de terapias familiares sistémicas.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Kerlinger, F. N. (1986). **Investigación del comportamiento.** (2a. ed.). México: Interamericana.
- Levin, J. (1979). **Fundamentos de estadística en la Investigación social.** (2a. ed.). México: Harla.
- Madanes, C. (1984). **Terapia Familiar Estratégica.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, F. (1985). **La farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la desintegración familiar.** Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Facultad de Psicología (UNAM).
- Minuchin, S. (1995). **Familias y Terapia Familiar.** (5a. ed.). Barcelona: Gedisa.
- Naldesticher, A. (1983). **Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple.** México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Ochoa, I. (1995). **Enfoques en Terapia Familiar Sistémica.** Barcelona: Herder.
- Olson, D. (1991). **Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: Una perspectiva del desarrollo familiar.** En: Falicov, C. (comp). **Transiciones en la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida.** Buenos Aires: Amorrortu.

- Onnis, L. (1990). **Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos**. Barcelona: Paidós.
- Perrota, P. (1986). Leaving Home: Later Stages of Treatment. En: **Family Process**, (3), 25, pp. 461-474.
- Piercy, P. (1986). **Family therapy sourcebook**. United States of America: The Guilford Press.
- Pittman III, F. (1991). Crisis familiares previsibles e imprevisibles. En: Falicov, C. (comp). **Transiciones de la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pittman III, F. (1990). **Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis**. Buenos Aires: Paidós.
- Ransom, D., Locke, E., Terry, H. y Fisher, L. (1992). The California Family Health Project: V. Family Problem Solving and Adult Health. En: **Family Process**, (4), 31, pp. 421-431.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). **Vocabulario de terapia familiar**. Buenos Aires: Gedisa.
- Stanton, M. D., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Riley, P., Scott, S. y Van Deusen, J. (1994). Un modelo conceptual. En: Stanton, M. D.; Todd, T. y cols. **Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas**. (2a. ed.). Barcelona: Gedisa.
- Todd, T. (1991). Los ciclos evolutivos y el abuso de sustancias. En: Falicov, C. (comp). **Transiciones de la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vuchinich, S., Wood, B. y Vuchinich, R. (1994). Coalitions and Family Problem Solving with preadolescents in Referred at Risk, and Comparison Families. En: **Family Process**, (4), 33 pp. 409-424.
- Walker, L., Mc Laughlin, J. y Greene, J. (1988). Functional Illness and Family Functioning: A comparison of Healthy and Somaticizing Adolescents. En: **Family Process**, (3), 27, pp. 317-320.
- Wood, B. (1985). Proximity and Hierarchy: Orthogonal Dimensions of Family Interconnectedness. En: **Family Process**, (4), 24, pp. 487-507.

Anexo 1.

Inventario Multifacético de Satisfacción Marital.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, por favor marque con una cruz el número que mejor describa su relación de pareja. No olvide responder todas las preguntas.

Gracias.

ME GUSTA MUCHO (5)
ME GUSTA (4)
NI ME GUSTA, NI ME DISGUSTA (3)
ME DISGUSTA (2)
ME DISGUSTA MUCHO (1)

1. La forma en que mi pareja me abraza.	1	2	3	4	5
2. La frecuencia con que mi pareja me abraza.	1	2	3	4	5
3. La forma en que mi pareja me besa.	1	2	3	4	5
4. La frecuencia con que mi pareja me besa.	1	2	3	4	5
5. La forma en que mi pareja me acaricia.	1	2	3	4	5
6. La frecuencia con la que mi pareja me acaricia.	1	2	3	4	5
7. La forma en que mi pareja me trata.	1	2	3	4	5
8. La forma en que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
9. La frecuencia con que mi pareja me expresa su interés en que tengamos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
10. La forma en que mi pareja me demuestra su amor.	1	2	3	4	5
11. La frecuencia con la que mi pareja me demuestra su amor.	1	2	3	4	5
12. La forma en que mi pareja se interesa en mí.	1	2	3	4	5
13. La frecuencia con que mi pareja se interesa en mí.	1	2	3	4	5
14. La forma en que mi pareja me protege.	1	2	3	4	5
15. La frecuencia con que mi pareja me protege.	1	2	3	4	5
16. La forma en que mi pareja me demuestra su comprensión.	1	2	3	4	5
17. La frecuencia con que mi pareja me demuestra su comprensión.	1	2	3	4	5
18. La forma en que mi pareja me demuestra su apoyo.	1	2	3	4	5
19. La frecuencia con que mi pareja me demuestra su apoyo.	1	2	3	4	5

ME GUSTA MUCHO (5)
 ME GUSTA (4)
 NI ME GUSTA, NI ME DISGUSTA (3)
 ME DISGUSTA (2)
 ME DISGUSTA MUCHO (1)

20. La sensibilidad con la que mi pareja responde a mis emociones.	1	2	3	4	5
21. La frecuencia con la que mi pareja responde en una forma sensible a mis emociones.	1	2	3	4	5
22. La forma en que mi pareja se interesa en mis problemas.	1	2	3	4	5
23. La frecuencia con que mi pareja se interesa en mis problemas.	1	2	3	4	5
24. La forma en que mi pareja presta atención a mi apariencia.	1	2	3	4	5
25. La frecuencia con que mi pareja presta atención a mi apariencia.	1	2	3	4	5
26. La manera en que mi pareja soluciona los problemas familiares.	1	2	3	4	5
27. La frecuencia con la que mi pareja soluciona los problemas familiares.	1	2	3	4	5
28. La forma en la que mi pareja participa en la toma de decisiones.	1	2	3	4	5
29. La frecuencia con la que mi pareja participa en la toma de decisiones.	1	2	3	4	5
30. La forma en que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares.	1	2	3	4	5
31. La frecuencia con la que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares.	1	2	3	4	5
32. La manera en que mi pareja participa en la realización de las tareas hogareñas.	1	2	3	4	5
33. La frecuencia con la que mi pareja participa en la realización de las tareas hogareñas.	1	2	3	4	5
34. Las diversiones que mi pareja propone.	1	2	3	4	5
35. La frecuencia con la que mi pareja propone diversiones.	1	2	3	4	5
36. La forma en la que se divierte mi pareja.	1	2	3	4	5
37. La forma en la que mi pareja distribuye el dinero.	1	2	3	4	5
38. La contribución de mi pareja en los gastos familiares.	1	2	3	4	5

ME GUSTA MUCHO (5)
ME GUSTA (4)
NI ME GUSTA, NI ME DISGUSTA (3)
ME DISGUSTA (2)
ME DISGUSTA MUCHO (1)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 39. La forma en como mi pareja platica connmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Los temas que mi pareja aborda
en nuestras conversaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. La frecuencia con la que mi pareja
platica connmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. La educación que mi pareja propone para los hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. La forma en que mi pareja educa a nuestros hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. La frecuencia con que mi pareja participa
en la educación de los hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. La manera en la cual mi pareja trata a nuestros hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. La forma en la cual mi pareja presta atención
a nuestros hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. La frecuencia con la que mi pareja presta atención
a nuestros hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 2.

Presentación del Cuestionario de Organización Jerárquica a los jueces.

Cuestionario de Organización Jerárquica.

El presente cuestionario tiene por objetivo evaluar los diferentes niveles de organización jerárquica. A fin de poder utilizarlo en la investigación de Tesis de Licenciatura: “**La incongruencia jerárquica como factor contribuyente del síntoma en el adolescente con problemas de conducta**”.

Agradecemos su interés y veracidad en el presente cuestionario ya que su colaboración es valiosa para el estudio.

El tema que se pretende evaluar es la organización jerárquica mediante el constructo de **jerarquía generacional**, entendida como la diferenciación de patrones de conducta donde los padres están a cargo de sus hijos.

Este ordenamiento jerárquico se observará a través de las siguientes áreas: crianza, disciplina, relaciones entre iguales y toma de decisiones; que constituyen algunas de las funciones a desempeñar en la organización familiar. La manera de enfrentar dichas funciones puede llevar a la congruencia cuando es la pareja quien se encarga de ellas, o a la incongruencia cuando en el desempeño de estas funciones se incluye la participación reiterada de un tercero que no pertenece a un mismo nivel jerárquico (pareja).

Instrucciones: Le rogamos que al contestar mantenga siempre presente la definición ofrecida, ya que es la que cada pregunta pretende medir.

Si de acuerdo a las definiciones proporcionadas de las diferentes dimensiones de **jerarquía generacional**, considera que los reactivos se aproximan más a cada definición usted podrá tachar los puntajes más altos. De no ser así, los puntajes bajos denotarán poca o nula relación con la definición. Así mismo, es importante que especifique si esta relación es favorable (+) o desfavorable (-) al objeto medido.

Enfatizamos que la jerarquía generacional se refiere a la diferenciación de patrones de conducta donde los padres están a cargo de sus hijos y las funciones a desempeñar se observan a través de las siguientes dimensiones: crianza, disciplina, relaciones entre iguales y toma de decisiones.

Por su colaboración

Gracias

1. Crianza.

Esta es una de las primeras funciones a desempeñar por la pareja con la llegada de los hijos. Predominan las funciones de alimentación, cuidado y socialización; encaminadas a procurar la salud y bienestar de los niños. Las proporciones de dichos elementos dependen de las necesidades de desarrollo de los hijos.

◉ A mi pareja y a mí nos interesa proteger a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ En el cuidado de mis hijos sólo intervenimos mi pareja y yo.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Necesito el apoyo de mis padres para cuidar a mis hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Necesito el apoyo de alguien para atender a mis hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Cuando mis hijos se enferman recibo el apoyo de mi pareja.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Cuando mis hijos se enferman me apoyan sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Mi pareja y yo procuramos satisfacer las necesidades de nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Si se me dificulta llevar al médico a mis hijos mi pareja me apoya.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ Mi pareja y yo dedicamos un tiempo para escuchar a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◉ En el cuidado de mis hijos me apoyan sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)

2. Disciplina.

La disciplina incluye actividades que fomentan la educación, orientación o guía; requiere del uso de la autoridad en tanto que es necesario el establecimiento de reglas y de las consecuencias en caso de no cumplirlas. Esta función se modifica a medida que los hijos crecen.

◦ Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para corregir a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Para corregir a nuestros hijos necesito el apoyo de sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mis hijos necesitan algún permiso acuden a mi pareja y a mí.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mis hijos necesitan algún permiso prefieren decirselo a sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para otorgar un permiso a mis hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mis hijos tienen algún problema recurren a mi pareja y a mí.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Si mis hijos tienen algún problema prefieren decirselo a sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Si les niego un permiso a mis hijos recurren a mi pareja para conseguirlo.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Si les niego un permiso a mis hijos recurren a sus abuelos para conseguirlo.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mi pareja intenta corregir a mis hijos yo interfiere.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando intento corregir a mis hijos mi pareja interfiere.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando intento corregir a mis hijos intervienen sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ A mi pareja y a mí se nos dificulta ponernos de acuerdo para corregir a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ En la educación de mis hijos mi pareja y yo compartimos la misma idea.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ En la educación de mis hijos participan sus abuelos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Para resolver algún problema relacionado con los hijos mi pareja y yo platicamos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja y yo lo discutimos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)

◦ Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja no me apoya.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ A mi pareja y a mí se nos dificulta imponer un castigo a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando castigo a mis hijos alguien interviene.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mis hijos pelean permito que ellos resuelvan sus desacuerdos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja y yo ayudamos a nuestros hijos en sus tareas escolares.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Si mis hijos tienen algún problema en la escuela lo tengo que resolver solo (a).	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando mis hijos tienen algún problema en la escuela mi pareja y yo lo resolvemos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja y yo enseñamos a nuestros hijos a colaborar en las tareas domésticas.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja colabora conmigo para orientar a nuestros hijos sobre los peligros o riesgos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja y yo procuramos que nuestros hijos tengan actividades de tiempo libre.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja colabora conmigo para estimular a nuestros hijos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)

3. Relaciones entre iguales.

Con este concepto se hace referencia a las relaciones de igualdad dentro de cada subsistema. Teóricamente, estas relaciones deben predominar más dentro de los subsistemas y no entre ellos, en tanto que padres e hijos no deben tener el mismo nivel jerárquico.

- | | | | | | | | |
|---|---|----|----|----|-----|-----|-----|
| ◦ En la toma de decisiones mi pareja y yo compartimos la misma opinión. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando hay que proteger a mis hijos mi pareja y yo hacemos lo mismo. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando mis hijos necesitan algún permiso sólo recurren a mí. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando mis hijos necesitan algún permiso prefieren decirselo a mi pareja. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando no estamos de acuerdo mi pareja y yo ambos respetamos nuestras decisiones. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Mi pareja y yo platicamos para resolver nuestros problemas. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando tengo un problema cuento con el apoyo de mi pareja. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ A mi pareja y a mí se nos dificulta resolver nuestros problemas con privacidad. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Mi pareja y yo compartimos nuestros intereses. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Si mi pareja y yo peleamos intervienen nuestros hijos. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando se necesita resolver un problema mi pareja coopera conmigo. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando tengo un problema en casa recorro a mi pareja. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando tengo un problema en casa lo resuelvo solo (a). | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando mi pareja tiene algún problema me lo platica. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Cuando mi pareja tiene algún problema prefiere decirselo a sus padres. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |
| ◦ Mi pareja y yo estamos de acuerdo en lo que es mejor para nuestros hijos. | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | (+) | (-) |

4. Toma de decisiones.

Esta función implica la responsabilidad y el compromiso de la pareja para resolver las dificultades que se van presentando en la familia pudiendo observarse un continuo entre la cooperación de la pareja, el distanciamiento de uno de los miembros o el incumplimiento de dicha función por parte de los dos.

◦ Cuando tengo un problema prefiero decirselo a mis padres.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando tengo un problema prefiero decirselo a mis suegros.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ A mi pareja y a mí se nos dificulta ponernos de acuerdo para tomar una decisión.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Para tomar una decisión mi pareja y yo platicamos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja es quien se encarga de tomar todas las decisiones.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Para tomar una decisión mi pareja y yo recurrimos a nuestros padres.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando tenemos algún problema económico mi pareja y yo necesitamos el apoyo de nuestros padres.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Si tenemos algún problema económico mi pareja y yo lo resolvemos.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja y yo decidimos cómo distribuir el dinero en casa.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Mi pareja es quien decide cómo distribuir el dinero en casa.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Cuando tenemos tiempo libre mi pareja es quien decide qué hacer.	0	25	50	75	100	(+)	(-)
◦ Para tomar una decisión mi pareja y yo necesitamos la opinión de otros.	0	25	50	75	100	(+)	(-)

Anexo 3.

Resultados del jueceo.

React.	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Media
1	75 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	0 ()	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75
2	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	92.85
3	100 (-)	100 (-)	100 (-)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	0 (-)	89.28
4	50 (-)	100 (-)	100 (-)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	0 (-)	82.14
5	100 (+)	100 (-)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	0 (-)	92.85
6	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (+)	75 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	71.42
7	75 (+)	100 (-)	100 (+)	100 (+)	0 ()	75 (+)	100 (+)	100 (+)	78.57
8	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	0 (-)	92.85
9	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	96.42
10	100 (-)	100 (-)	100 (-)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	85.71
11	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	96.42
12	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	0 (-)	78.57
13	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	92.85
14	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	75
15	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	96.42
16	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	89.28
17	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	75 (+)	25 (-)	0 (-)	71.42
18	100 (-)	100 (-)	100 (-)	50 ()	100 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	82.14
19	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	75
20	25 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	100 (+)	64.28
21	25 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	0 (-)	64.28
22	100 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	25 (-)	0 (-)	71.42
23	25 (-)	100 (+)	100 (+)	0 (-)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	0 (-)	67.85
24	100 (-)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	96.42
25	100 (-)	75 (-)	100 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (-)	75 (+)	75
26	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	89.28
27	100 (+)	100 (+)	75 (-)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	92.85
28	75 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	25 (-)		64.28
29	50 (+)	100 (-)	50 (-)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	25 (-)		57.14
30	75 (-)	100 (-)	50 (-)	0 (+)	50 (+)	100 (+)	25 (-)		57.14
31	50 (-)	100 (-)	50 (+)	50 (+)	50 (+)	75 (+)	0 (-)	100 (+)	53.57
32	100 (+)	100 (+)	50 (+)	100 (+)	75 (+)	50 (+)	100 (-)		82.14
33	50 ()	100 (-)	50 (-)	0 (-)	100 (+)	50 (+)	50 (-)		57.14
34	100 (+)	100 (+)	50 (-)	75 (+)	100 (+)	50 (+)	100 (+)		82.14
35	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (+)	100 (+)		89.28
36	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	50 (+)	100 (+)		85.71
37	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	50 (+)	25 (-)	100 (+)		78.57
38	25 (+)	75 (+)	75 (+)	100 (+)	50 (+)	25 (-)	100 (+)		64.28
39	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		96.42
40		100 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (+)	75 (+)	100 (+)		75

React.	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Media
41	50 ()	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	50 (+)	0 ()		57.14
42		100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	50 (+)	0 ()		50
43	100 (+)	100 (-)	75 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		92.85
44	100 (+)	100 (-)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		96.42
45	50 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)		92.85
46	25 (-)	100 (-)	50 (-)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	75 (+)		60.71
47	100 (+)	50 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		89.28
48	50 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (-)	50 (+)	100 (+)	75 (-)		64.28
49	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)		100 (+)	100 (+)		85.71
50	100 (+)	100 (+)	50 (+)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		75
51	100 (-)	100 (-)	50 (-)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	25 (-)		78.57
52	100 (+)	100 (+)	50 (+)	50 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		82.14
53	100 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (-)	100 ()	100 (+)	75 (-)		78.57
54	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		96.42
55	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	75 (+)	75 (-)		78.57
56	100 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (-)	75 (+)	75 (+)	75 (-)		71.42
57	25 (-)	100 (-)	75 (-)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	100 (-)		67.85
58	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)		96.42
59	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	100 (+)	75 (-)	100 (+)	82.14
60	75 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	75 (+)	100 (+)	75 (-)		75
61	100 (-)	100 (-)	100 (-)	100 (+)	75 (+)	75 (+)	50 (-)	25 (+)	85.71
62	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	50 (+)	100 (+)	100 (+)	25 (+)	92.85
63	100 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	75 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (+)	96.42
64	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (+)	100 (+)	100 (+)	100 (-)	100 (+)	85.71
65	100 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	100 (+)	100 (+)	100 (-)	100 (+)	85.71
66	50 (-)	100 (-)	100 (-)	0 (-)	50 (+)	100 (+)	100 (-)	100 (+)	71.42

Anexo 4.

Cuestionario de Organización Jerárquica. (Piloto)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, le pedimos por favor marque con una cruz la opción que mejor describa la manera como se organiza su familia, de acuerdo a la escala presentada. No olvide responder todas las preguntas.

Por su colaboración

Gracias.

				SIEMPRE (5)	
				CASI SIEMPRE (4)	
				ALGUNAS VECES (3)	
				CASI NUNCA (2)	
				NUNCA (1)	
1. Mi pareja y yo dedicamos un tiempo para escuchar a nuestros hijos.	1	2	3	4	5
2. Mi pareja y yo enseñamos a nuestros hijos a colaborar en las tareas domésticas.	1	2	3	4	5
3. Cuando tengo un problema cuento con el apoyo de mi pareja.	1	2	3	4	5
4. Mi pareja es quien decide cómo distribuir el dinero en casa.	1	2	3	4	5
5. Mi pareja y yo procuramos satisfacer las necesidades de nuestros hijos.	1	2	3	4	5
6. Para corregir a nuestros hijos necesito el apoyo de sus abuelos.	1	2	3	4	5
7. Cuando mi pareja y yo tenemos diferentes puntos de vista lo analizamos para llegar a un acuerdo.	1	2	3	4	5
8. Cuando tenemos algún problema económico mi pareja y yo necesitamos el apoyo de nuestros padres.	1	2	3	4	5
9. Necesito el apoyo de otra persona para atender a mis hijos.	1	2	3	4	5
10. En la educación de mis hijos mi pareja y yo compartimos la misma idea.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja y yo platicamos para resolver nuestros problemas.	1	2	3	4	5

SIEMPRE (5)
 CASI SIEMPRE (4)
 ALGUNAS VECES (3)
 CASI NUNCA (2)
 NUNCA (1)

12. Mi pareja y yo decidimos cómo distribuir el dinero en casa.	1	2	3	4	5
13. En el cuidado de mis hijos me apoyan sus abuelos.	1	2	3	4	5
14. Cuando mis hijos tienen algún problema en la escuela mi pareja y yo lo resolvemos.	1	2	3	4	5
15. Cuando mi pareja tiene algún problema prefiere decírselo a sus padres en vez de a mí.	1	2	3	4	5
16. Cuando tenemos tiempo libre mi pareja es quien decide qué hacer.	1	2	3	4	5
17. Si se me dificulta llevar al médico a mis hijos mi pareja me apoya.	1	2	3	4	5
18. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para otorgar un permiso a mis hijos.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo un problema en casa lo resuelvo solo (a).	1	2	3	4	5
20. Si tenemos algún problema económico mi pareja y yo lo resolvemos.	1	2	3	4	5
21. Necesito el apoyo de mis padres para cuidar a mis hijos.	1	2	3	4	5
22. Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja y yo lo discutimos.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja y yo compartimos nuestros intereses.	1	2	3	4	5
24. Para tomar una decisión mi pareja y yo platicamos.	1	2	3	4	5
25. En el cuidado de mis hijos sólo intervenimos mi pareja y yo.	1	2	3	4	5
26. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para corregir a nuestros hijos.	1	2	3	4	5
27. Cuando se necesita resolver un problema mi pareja coopera conmigo.	1	2	3	4	5
28. Cuando tengo un problema prefiero decírselo a mis padres en vez de a mi pareja.	1	2	3	4	5
29. Cuando mis hijos se enferman recibo el apoyo de mi pareja.	1	2	3	4	5

SIEMPRE (5)
CASI SIEMPRE (4)
ALGUNAS VECES (3)
CASI NUNCA (2)
NUNCA (1)

30. Cuando mis hijos necesitan algún permiso acuden a mi pareja y a mí.	1	2	3	4	5
31. En la toma de decisiones mi pareja y yo compartimos la misma opinión.	1	2	3	4	5
32. Mi pareja es quien se encarga de tomar todas las decisiones.	1	2	3	4	5
33. Mi pareja y yo ayudamos a nuestros hijos en sus tareas escolares.	1	2	3	4	5
34. Cuando mi pareja tiene algún problema me lo platica.	1	2	3	4	5
35. Cuando mis hijos tienen algún problema recurren a mi pareja y a mí.	1	2	3	4	5
36. Mi pareja y yo estamos de acuerdo en lo que es mejor para nuestros hijos.	1	2	3	4	5
37. Mi pareja y yo procuramos que nuestros hijos tengan actividades de tiempo libre.	1	2	3	4	5
38. Si les niego un permiso a mis hijos recurren a mi pareja para conseguirlo.	1	2	3	4	5
39. Mi pareja colabora conmigo para orientar a nuestros hijos sobre los peligros o riesgos.	1	2	3	4	5
40. Para resolver algún problema relacionado con los hijos mi pareja y yo platicamos.	1	2	3	4	5

Anexo 5.

Razones t calculadas para reactivos del cuestionario de organización jerárquica.

	Razón t	Significancia
24. Para tomar una decisión mi pareja y yo platicamos.	14.198	.000
40. Para resolver algún problema relacionado con los hijos mi pareja y yo platicamos.	11.017	.000
22. Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja y yo lo discutimos.	10.000	.000
27. Cuando se necesita resolver un problema mi pareja coopera conmigo.	9.659	.000
23. Mi pareja y yo compartimos nuestros intereses.	9.545	.000
34. Cuando mi pareja tiene algún problema me lo platica.	9.530	.000
36. Mi pareja y yo estamos de acuerdo en lo que es mejor para nuestros hijos.	9.454	.000
18. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para otorgar un permiso a mis hijos.	9.432	.000
26. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo para corregir a nuestros hijos.	9.108	.000
20. Si tenemos algún problema económico mi pareja y yo lo resolvemos.	8.676	.000
31. En la toma de decisiones mi pareja y yo compartimos la misma opinión.	8.009	.000
12. Mi pareja y yo decidimos cómo distribuir el dinero en casa.	7.952	.000
39. Mi pareja colabora conmigo para orientar a nuestros hijos sobre los peligros o riesgos.	7.905	.000
11. Mi pareja y yo platicamos para resolver nuestros problemas.	7.864	.000
30. Cuando mis hijos necesitan algún permiso acuden a mi pareja y a mí.	7.863	.000
7. Cuando mi pareja y yo tenemos diferentes puntos de vista lo analizamos para llegar a un acuerdo.	7.201	.000
28. Cuando tengo un problema prefiero decírselo a mis padres en vez de a mi pareja.	6.379	.000
17. Si se me dificulta llevar al médico a mis hijos mi pareja me apoya.	6.306	.000
14. Cuando mis hijos tienen algún problema en la escuela mi pareja y yo lo resolvemos.	6.257	.000

	Razón t	Significancia
35. Cuando mis hijos tienen algún problema recurren a mi pareja y a mí.	6.187	.000
10. En la educación de mis hijos mi pareja y yo compartimos la misma idea.	6.004	.000
29. Cuando mis hijos se enferman recibo el apoyo de mi pareja.	5.918	.000
2. Mi pareja y yo enseñamos a nuestros hijos a colaborar en las tareas domésticas.	5.801	.000
19. Cuando tengo un problema en casa lo resuelvo solo (a).	5.699	.000
15. Cuando mi pareja tiene algún problema prefiere decirselo a sus padres en vez de a mí.	5.309	.000
25. En el cuidado de mis hijos sólo intervenimos mi pareja y yo.	5.296	.000
8. Cuando tenemos algún problema económico mi pareja y yo necesitamos el apoyo de nuestros padres.	5.199	.000
3. Cuando tengo un problema cuento con el apoyo de mi pareja.	5.081	.000
1. Mi pareja y yo dedicamos un tiempo para escuchar a nuestros hijos.	4.916	.000
38. Si les niego un permiso a mis hijos recurren a mi pareja para conseguirlo.	4.341	.000
33. Mi pareja y yo ayudamos a nuestros hijos en sus tareas escolares.	4.201	.000
37. Mi pareja y yo procuramos que nuestros hijos tengan actividades de tiempo libre.	3.976	.000
21. Necesito el apoyo de mis padres para cuidar a mis hijos.	3.490	.001
9. Necesito el apoyo de otra persona para atender a mis hijos.	2.822	.007
13. En el cuidado de mis hijos me apoyan sus abuelos.	2.478	.017
5. Mi pareja y yo procuramos satisfacer las necesidades de nuestros hijos.	2.297	.026
6. Para corregir a nuestros hijos necesito el apoyo de sus abuelos.	2.063	.045
32. Mi pareja es quien se encarga de tomar todas las decisiones.	1.720	.092
16. Cuando tenemos tiempo libre mi pareja es quien decide qué hacer.	.885	.381
4. Mi pareja es quien decide cómo distribuir el dinero en casa.	-.554	.582

Anexo 7.

Factores seleccionados de acuerdo a los resultados del Análisis de Factor.

Factor I.

Resolución de problemas.

	Carga Factorial
19. Cuando tengo un problema en casa lo resuelvo solo (a).	.765
34. Cuando mi pareja tiene algún problema me lo platica.	.605
27. Cuando se necesita resolver un problema mi pareja coopera conmigo.	.586
28. Cuando tengo un problema prefiero decírselo a mis padres en vez de a mi pareja.	.570
20. Si tenemos algún problema económico mi pareja y yo lo resolvemos.	.544
14. Cuando mis hijos tienen algún problema en la escuela mi pareja y yo lo resolvemos.	.521

Factor II.

Toma de decisiones y educación de los hijos.

	Carga Factorial
11. Mi pareja y yo platicamos para resolver nuestros problemas.	.782
1. Mi pareja y yo dedicamos un tiempo para escuchar a nuestros hijos.	.712
7. Cuando mi pareja y yo tenemos diferentes puntos de vista lo analizamos para llegar a un acuerdo.	.664
10. En la educación de mis hijos mi pareja y yo compartimos la misma idea.	.652
24. Para tomar una decisión mi pareja y yo platicamos.	.521
2. Mi pareja y yo enseñamos a nuestros hijos a colaborar en las tareas domésticas.	.444

Factor III.

Desempeño de roles parentales.

	Carga Factorial
17. Si se me dificulta llevar al médico a mis hijos mi pareja me apoya.	.825
31. En la toma de decisiones mi pareja y yo compartimos la misma opinión.	.608
22. Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja y yo lo discutimos.	.580
12. Mi pareja y yo decidimos cómo distribuir el dinero en casa.	.565
23. Mi pareja y yo compartimos nuestros intereses.	.524
29. Cuando mis hijos se enferman recibo el apoyo de mi pareja.	.513

Factor IV.

Disciplina de los hijos.

	Carga Factorial
35. Cuando mis hijos tienen algún problema recurren a mi pareja y a mí.	.798
30. Cuando mis hijos necesitan algún permiso acuden a mi pareja y a mí.	.635
39. Mi pareja colabora conmigo para orientar a nuestros hijos sobre los peligros o riesgos.	.528
36. Mi pareja y yo estamos de acuerdo en lo que es mejor para nuestros hijos.	.521
40. Para resolver algún problema relacionado con los hijos mi pareja y yo platicamos	.497

Anexo 8.

Cuestionario de Organización Jerárquica (Versión Final).

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, le pedimos por favor marque con una cruz la opción que mejor describa la manera como se organiza su familia, de acuerdo a la escala presentada. No olvide responder todas las preguntas.

Por su colaboración

Gracias.

SIEMPRE (5)
CASI SIEMPRE (4)
ALGUNAS VECES (3)
CASI NUNCA (2)
NUNCA (1)

1. Cuando se necesita resolver un problema mi pareja coopera conmigo.	1	2	3	4	5
2. Cuando mis hijos de enferman recibo el apoyo de mi pareja.	1	2	3	4	5
3. Cuando mis hijos tienen algún problema en la escuela mi pareja y yo lo resolvemos.	1	2	3	4	5
4. Cuando mis hijos tienen algún problema recurren a mi pareja y a mí.	1	2	3	4	5
5. Mi pareja y yo compartimos nuestros intereses.	1	2	3	4	5
6. Si tenemos algún problema económico mi pareja y yo lo resolvemos.	1	2	3	4	5
7. Cuando mis hijos necesitan algún permiso acuden a mi pareja y a mí.	1	2	3	4	5
8. Cuando es necesario imponer un castigo mi pareja y yo lo discutimos.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja y yo dedicamos un tiempo para escuchar a nuestros hijos.	1	2	3	4	5
10. Cuando mi pareja y yo tenemos diferentes puntos de vista lo analizamos para llegar a un acuerdo.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja y yo platicamos para resolver nuestros problemas.	1	2	3	4	5

SIEMPRE (5)
CASI SIEMPRE (4)
ALGUNAS VECES (3)
CASI NUNCA (2)
NUNCA (1)

12. Cuando tengo un problema prefiero decírselo a mis padres en vez de a mi pareja.	1	2	3	4	5
13. Cuando tengo un problema en casa lo resuelvo solo (a).	1	2	3	4	5
14. En la educación de mis hijos mi pareja y yo compartimos la misma idea.	1	2	3	4	5
15. Mi pareja colabora conmigo para orientar a nuestros hijos sobre los peligros o riesgos.	1	2	3	4	5
16. En la toma de decisiones mi pareja y yo compartimos la misma opinión.	1	2	3	4	5
17. Cuando mi pareja tiene algún problema me lo platica.	1	2	3	4	5
18. Si se me dificulta llevar al médico a mis hijos mi pareja me apoya.	1	2	3	4	5
19. Para tomar una decisión mi pareja y yo platicamos.	1	2	3	4	5
20. Para resolver algún problema relacionado con los hijos mi pareja y yo platicamos.	1	2	3	4	5
21. Mi pareja y yo enseñamos a nuestros hijos a colaborar en las tareas domésticas.	1	2	3	4	5
22. Mi pareja y yo estamos de acuerdo en lo que es mejor para nuestros hijos.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja y yo decidimos cómo distribuir el dinero en casa.	1	2	3	4	5

Anexo 9.

Datos generales.

1. Sexo M () F ()
2. Escolaridad: _____
3. Ocupación: _____
4. Número de años de Casados: _____
5. Tiempo que duraron como pareja antes de casarse. _____
6. Edad de su pareja: _____
7. Número de hijos: _____
8. Edad del hijo(a) más grande: _____
9. Edad del hijo(a) más pequeño(a): _____
10. Trabaja fuera de casa:
 - Tiempo completo ()
 - Medio tiempo ()
 - Por horas ()
 - No trabajo ()
11. Vive con (puede marcar más de una opción):
 - Sus suegros ()
 - su esposo(a) e hijos (as) ()
 - sus papás ()
 - otro _____ (especifique)
12. Estado Civil: (marque todos los estados que ha vivido)

si no cuantas veces

- Matrimonio civil () () _____
- Matrimonio religioso () () _____
- Unión libre () () _____
- Divorciado () () _____
- Viudo () () _____