



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**FACTORES QUE DAN LUGAR A CONDUCTAS
AUTODESTRUCTIVAS EN LOS ADOLESCENTES**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
VERONICA FLORES GARCÍA

Directora: Lic. **María de los Ángeles Campos Huichán**
Dictaminadores: Mtra. **Carolina Rosete Sánchez**
Mtra. **Patricia Suárez Castillo**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A MI MAMÁ: Que me apoyo a lo largo de toda la carrera y que hasta ahora lo sigue haciendo, que dejo que tomará mis propias decisiones en cuanto lo que quería ser, gracias por enseñarme a seguir adelante, por dejarme tener mis propios sueños y aspiraciones, sin ti no lo hubiera logrado, me diste fuerza cuando la necesitaba, cuando estaba apunto de darme por vencida, gracias por todo, a ti debo mi carrera, te quiero.

A MIS HERMANOS: Por estar siempre conmigo, mis confidentes, compañeros y cómplices de muchas cosas, travesuras, juegos, regaños y de muchas cosas más. Siempre han sido mi modelo a seguir, siempre quise ser como ustedes, esa gran seguridad que vive en ustedes, inteligencia, fuerza de voluntad, carácter, siempre siguiendo sus ideales sin que el miedo sea un obstáculo en sus vidas. Gracias por apoyarme siempre y de aceptarme como soy sin importar nada, los quiero mucho.

A MIS AMIGOS:

BRENDA: Gracias por apoyarme por ser mi amiga incondicional, por dejarme entrar en tu vida, por hablarme ese primer día te acuerdas, por haberme dado tú confianza y por alentarme cuando sentía que no podía, agradezco por haberte encontrado en el momento preciso de mi vida, gracias por aceptarme y acompañarme siempre.

VERO: Gracias por ayudarme por estar ahí siempre, gracias por tu paciencia, comprensión y apoyo, gracias por compartir conmigo, por tu lealtad, contigo aprendí mucho, mi gran amiga y confidente de muchas cosas, me aceptaste y confiaste en mí, gracias por esas grandes experiencias juntas.

ERIKA, FABY, PAME Y CARLOS: agradezco que me aceptaran y confiaran en mí, gracias por apoyarme y alentarme cuando ya quería dejarlo todo, gracias por aceptar la decisión que tomara fuera la que fuera, por esas palabras que escuche de cada uno de ustedes, gracias por acompañarme a lo largo de toda la carrera y compartir grandes cosas juntos.

IRENE Y MONY: chicas gracias por contagiarme esa alegría, esas ganas de querer divertirme y de las grandes carcajadas juntas, por permitirme conocerlas y formar parte de sus vidas, gracias por permitirme estar con ustedes y de conocerme.

A LA MAESTRA ÁNGELES: Por haberme apoyado en la realización de este trabajo, respondiendo mis dudas y explicando lo que no lograba comprender, gracias por haberme tenido paciencia, compartido experiencias y enseñado gran parte de la psicología.

A MIS SINODALES: Por haber aceptado mi trabajo y formar parte de este, gracias a ustedes por el apoyo y paciencia.

A LA UNIVERSIDAD: Por haberme dado esta gran oportunidad de estudiar en la mejor universidad.

VERO

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1: La familia como sistema	
1.1 Definición de familia	6
1.1.1 Subsistema conyugal	9
1.1.2 Subsistema parental	9
1.1.3 Subsistema fraterno	9
1.2 La familia en constante transformación	10
1.3 La familia como un sistema activo y autorregulado	10
1.4 la familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas	11
1.5 Ciclo vital de la familia	11
1.5.1 Desprendimiento	13
1.5.2 Encuentro	14
1.5.3 Los hijos	14
1.5.4 La adolescencia	14
1.5.5 El re-encuentro	15
1.6 Tipos de familia	15
Capítulo 2: Factores implicados en las conductas autodestructivas del adolescente	
2.1 La adolescencia	17
2.2 El adolescente y la familia	20
2.2.1 Identidad	22
2.2.2 Autonomía	23
2.3 Amigos	28
2.4 Escuela	32
2.5 Medios de comunicación	33

Capítulo 3: conductas autodestructivas en el adolescente	
3.1 Trastornos de alimentación (anorexia y bulimia)	36
3.1.1 Anorexia	36
3.1.1.1 Anorexia sacrificante	37
3.1.1.2 Anorexia abstinente	38
3.2 Bulimia	40
3.2.1 Jóvenes boterianas	41
3.2.2 Jóvenes yo-yo	42
3.3 Autolesiones	43
3.4 Adicciones	49
Capítulo 4: intervención en conductas autodestructivas desde un enfoque sistémico	
4.1 Terapia familiar como alternativa de intervención en conductas autodestructivas	54
4.2 Conceptos de la Teoría General de Sistemas	56
4.3 Conceptos de la Cibernética	58
4.4 Teoría de la comunicación	59
4.5 Terapia estructural	61
4.5.1 Técnicas y estrategias terapéuticas	67
4.5.2 Metas y estrategias terapéuticas	68
4.5.3 Técnicas de intervención	69
4.5.3.1 Desafío	69
4.5.3.2 Técnicas reestructurantes	70
4.5.3.3 Técnicas de cambio de visión	72
4.6 Papel del terapeuta	83
CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS	99

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar un análisis desde un enfoque sistémico, de los factores que dan lugar a que los adolescentes recurran a las conductas autodestructivas. Las conductas autodestructivas son aquellas que los adolescentes presentan como consecuencia de los conflictos internos, familiares y sociales en esta etapa de su vida, éstas pueden ser trastornos alimentarios, depresiones, autolesiones y adicciones.

Por otro lado se sabe que la familia, es el primer ambiente social del cual el ser humano depende por entero en un periodo largo, es el ambiente social en el que mentes adultas, los padres o sus sustitutos, interactúan de forma recurrente, es este ambiente donde las frecuentes interacciones, intensas, duraderas en el tiempo, crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse de gran importancia, o por el contrario de rechazo y si dentro de esta existen una serie de conflictos familiares en las interacciones de estos podría desplegar pautas de conductas autodestructivas.

Además así como la familia principal influencia del adolescente, existen otros factores determinantes por las que los jóvenes recurren a las conductas autodestructivas, como los amigos, los medios de comunicación, la escuela y la etapa de la adolescencia por si misma.

De esta manera se puede concluir que las conductas autodestructivas no es un problema solo del adolescente, sino que es un problema que engloba a todo el sistema familiar, es en la familia donde el joven crea el concepto de si mismo y aprenderá a manejar sus emociones y a afrontar sus problemáticas.

Palabras clave: terapia familiar, modelo estructural, conductas autodestructivas, adolescencia y familia.

INTRODUCCIÓN

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, además de ser la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.

De acuerdo con Howells (1979, en Rage, 1997) hoy en día el principal papel de la familia ha cambiado, ha pasado de tener una mera función socioeconómica a la satisfacción de las necesidades emocionales de sus miembros.

De hecho de acuerdo con Klein y White (1996, en Gracia, 2000), la teoría del desarrollo familiar se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que va desplazándose a lo largo de los diversos estudios de su ciclo vital. Esta teoría no debe confundirse con las teorías del desarrollo individual, puesto que su principal foco de atención es el desarrollo de la familia como un grupo de individuos en interacción organizado por normas sociales.

Por su parte Mendizábal & Anzures (1999), mencionan que la estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro de este sistema. Dicho sistema suele atravesar por diversas etapas del ciclo vital, es decir, formación de la pareja, matrimonio sin hijos, matrimonio con hijos en etapa escolar, matrimonio con hijos adolescentes, matrimonio con hijos adultos y finalmente la etapa de nido vacío.

Cada una de éstas conlleva una serie de adaptaciones para poder mantener el sistema. Este trabajo sólo ira enfocado a detallar la familia con hijos adolescentes, debido a que a lo largo del ciclo vital, la familia sufre crisis y cambios constantes, pero estos son más grandes cuando en la familia existen hijos adolescentes, ya que pasan un periodo de tensión y estrés normales, debido

a que el adolescente está en una etapa de desafío y puede exasperar a quienes lo rodean, en especial a los padres; sin embargo, es necesario aceptar que el adolescente no es el único responsable.

En la etapa del ciclo vital con hijos adolescente, suelen surgir algunas dificultades, ya que los padres acostumbran sentir confusión y temor cuando los adolescentes empiezan a expresar sus nuevos intereses, de tal manera que los padres llegan sentirse atacados o amenazados por los comentarios o críticas. En la mayoría de los casos en la familia este hecho es percibido como algo conflictivo, dejando de lado que es una buena oportunidad para que se hagan preguntas, se escuchen explicaciones y se compartan sentimientos; estos resultan ser los métodos propicios para que los padres y los adolescentes aprendan a negociar diferencias y conflictos. Aunque se sabe que la interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta trayendo como consecuencias barreras de comunicación, invitando al adolescente a excluir a los adultos de su mundo, volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos (Rage, 1997). Por tanto la falta de comprensión de los padres así los hijos y el grupo de amigos son dos de los factores determinantes en la forma de actuar del adolescente y por ende lo que motiva a realizar conductas autodestructivas con la finalidad de descargar esta serie de tensiones existentes en el contexto en el que se desarrolla.

Por conductas autodestructivas nos referimos a aquellas que los adolescentes presentan como consecuencia de los conflictos internos, familiares y sociales en esta etapa de su vida, Miccucci (2006) menciona que las conductas dañinas que los adolescentes presentan pueden clasificarse en leves, moderadas o graves según su variedad y frecuencia, así como el potencial de daño para el adolescente y los demás.

Cuando la conducta problemática es leve, es posible que el adolescente ponga a prueba los límites transgrediendo reglas o mostrándose verbalmente irrespetuoso con sus padres. Sin embargo, también hay muchos ejemplos de comportamiento obediente y prosocial y no se registran incidentes de violencia contra la propiedad o las personas.

Cuando la conducta problemática es moderada, el adolescente mostrará un patrón más persistente de rebeldía en ciertas áreas. Es probable que consuma alcohol o drogas con regularidad.

Las conductas problemáticas graves incluyen la posibilidad de serios peligros ya sea para el adolescente o su familia. Es posible que se presente un patrón de huida del hogar, permanecer toda la noche fuera, consumo frecuente y/o múltiple de drogas, problemas legales, robo a los integrantes de la familia o violencia física.

Por otra parte, Saldaña (2001) plantea que un amplio conjunto de investigadores ha demostrado que el grupo de amigos constituye un marco de referencia indiscutible en tales conductas del adolescente. En efecto, a medida que el individuo alcanza cierto nivel de madurez que le estimula a incrementar su grado de interacciones fuera del marco familiar, el grupo de amigos adquiere un destacado protagonismo como elemento socializador. La particularidad del grupo de amigos en cuanto contexto socializador está determinada, porque presenta una serie de características diferenciales con respecto a la familia, que van a tener un importante eco en la conducta del joven adolescente.

Por otro lado cuando los padres evaden la confrontación directa y poseen poca habilidad para manejar la crianza en esta etapa, reaccionan ante la problemática de manera hostil y no cubren las necesidades del adolescente. Propiciando una atmósfera, donde los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el

rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo en los padres que empeora aún más la situación, en lugar de propiciar la comunicación familiar y encontrar nuevas formas de enfrentar el problema, ya que hay que recordar que la familia es el principal medio por el cual las acciones que se realicen dentro de esta determinan las respuestas de sus integrantes. Lo que nos indica que el ambiente familiar es otro posible factor determinante para las conductas dañinas a las que suele recurrir el adolescente.

Por otro lado, se dice que en la etapa de la adolescencia es donde el joven se esfuerza en la revisión de la imagen de sí mismo y define su nueva posición en el mundo. Para dar respuestas a preguntas como ¿quién soy yo?, ¿qué hago aquí? Por primera vez en sus invenciones hace intervenir la lógica y la abstracción, es decir, opera con símbolos además de con experiencias concretas, lo que le permite construir una red de pensamientos y de ideas, solamente suyas, que guiarán sus acciones futuras (Giannotti y Nardone 2003). Así, pareciera ser que el joven adolescente, además del ambiente familiar, el grupo de amigos en el que se relaciona y el periodo de transición de ser un adolescente a formar un adulto, son posibles factores implicados para recurrir a las conductas autodestructivas, si este no es guiado o instruido por sus padres en esta etapa de su vida.

Asimismo Mendizábal & Anzures (1999), consideran que los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para:

- 1) Probar los límites
- 2) Buscar autonomía y capacidad
- 3) Separarse de los parámetros y estándares parentales
- 4) Desarrollar un sistema de valores independiente.

En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco

por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen.

Lo descrito hasta este momento permite mostrar un panorama general de la importancia de la familia en el desarrollo del adolescente así como de otros contextos y de la etapa en sí misma, es por ello que el presente trabajo estará encaminado a desarrollar, detallar y analizar los principales factores que conllevan a los adolescentes a recurrir a las conductas autodestructivas tales como las adicciones, delincuencia y las autolesiones que en vez de optimizar el desarrollo del adolescente, lo obstaculizan. Por lo tanto el objetivo de este trabajo es realizar un análisis desde un enfoque sistémico, de los factores que dan lugar a que los adolescentes recurran a las conductas autodestructivas.

Este trabajo estará compuesto por cuatro capítulos, en el primer capítulo se abordará la familia y su ciclo vital, es decir, las etapas por las que atraviesa y los tipos de familia que pueden existir.

En el segundo capítulo se explicarán los factores por los que el adolescente recurre a las conductas autodestructivas, se hablará de la familia como principal influencia para tales conductas, los vínculos familiares, los medios de comunicación así como los contextos en los que se desenvuelven los adolescentes tales como la escuela y los amigos.

En el tercer capítulo se describirán en general las conductas a las que recurren los adolescentes como las adicciones, trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) y las autolesiones.

Finalmente se dará paso al último capítulo de este trabajo, donde se expondrá la intervención en conductas autodestructivas desde un enfoque sistémico.

CAPÍTULO 1.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

1.1 Definición de familia

Desde el enfoque sistémico la familia es considerada como el sistema de relaciones fundamentales afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formato por sus fases evolutivas cruciales (neonatal, infantil y adolescente).

Los aspectos significativos de este contexto serían: 1) el primer ambiente social del cual el ser humano depende por entero por un periodo más bien largo; 2) el ambiente social en el que mentes adultas, los padres o sus sustitutos, interactúan de forma recurrente, y en ciertos momentos exclusiva, con mentes en formación, los hijos, ejercitando un gran poder de modelado; 3) un ambiente donde las frecuentes interacciones, intensas y duraderas en el tiempo, crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación, o por el contrario de rechazo.

La familia es un sistema cibernético gobernado por reglas, en el interior del cual los miembros tienden a comportarse de forma organizada y repetitiva. La adopción de reglas, es decir, aquellas normas implícitas y explícitas que limitan los comportamientos individuales, organiza las interacciones de modo que se conserve la estabilidad, con el fin de convertir a la familia en una organización fundamentalmente protectora.

Entre las múltiples interacciones familiares que se producen (alimentar, proteger, mimar, instruir, renunciar, sacrificarse, etc.), cada sistema familiar tiende usualmente a organizarse en torno a aquel que se revela más útil para el mantenimiento de la unidad familiar, a crear relaciones permanentes.

Si las reglas llegan a ser muy rígidas se generan juegos sin fin, círculos viciosos de los que no se consigue salir porque nadie es capaz de cambiar las reglas: el sistema se vuelve patológico y nos recuerda un disco que se raya, que no consigue avanzar y produce hasta el infinito el mismo sonido (Giannotti y Nardone 2003).

Por otro lado, de acuerdo con Smith (1995; en: Gracia y Musitu 2000), una familia puede conceptualizarse como un sistema porque posee las siguientes características: a) los miembros de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia: la conducta de cada miembro de la familia afecta a todos los otros miembros de la familia; b) para adaptarse, los sistemas humanos incorporan información, toman decisiones acerca de las distintas alternativas, tratan de responder, obtener feedback acerca de su éxito y modificar la conducta si es necesario; c) las familias tienen límites permeables que las distinguen de otros grupos sociales; y d) al igual que otras organizaciones sociales, las familias deben cumplir ciertas tareas para sobrevivir, tales como el mantenimiento físico y económico, la reproducción de miembros de la familia (nuevos nacimientos o adopción), socialización de los roles familiares y laborales, y el cuidado emocional.

La familia es definida por Broderick (1993; en: Gracia y Musitu 2000) desde una perspectiva sistémica, como un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas (tales como su estructuración única de género y generación) lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.), y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.

De acuerdo con esta definición, las familias no pueden describirse en términos estáticos o estructurales, puesto que sus partes se encuentran dinámicamente relacionadas entre sí y con el entorno. Las cualidades de las familias surgen de la interacción de sus partes y, por tanto, son emergentes. Otra cualidad que define a las familias como sistemas abiertos y dinámicos es su organización en patrones recurrentes y repetitivos que pueden ser observados en el tiempo. De estas regularidades observables pueden deducirse las reglas que gobiernan el sistema; como se había mencionada anteriormente, reglas que se estructuran jerárquicamente. Estas reglas también incluyen un conjunto de normas para mantener y regular las relaciones entre los elementos componentes del sistema, así como para mantener y regular las relaciones del sistema y su entorno (Broderick 1993; en: Gracia y Musitu 2000). Los sistemas familiares también están interconectados con sistemas más amplios o suprasistemas. Éstos incluyen la red de relaciones familiares más extensa, el ámbito laboral, vecindario y escuelas. Además, los suprasistemas también incluyen las subculturas raciales, étnicas o regionales.

La teoría de los sistemas familiares enfatiza así la totalidad de la familia más que el individuo dentro del sistema. La familia tendría, de esta forma, cualidades que pueden ser descritas únicamente en términos de las características combinadas de sus miembros, es decir, de sus relaciones entre ellos (Smith 1995; en: Gracia y Musitu 2000). Se subrayan así los patrones transaccionales familiares, esto es, las secuencias recurrentes de conducta entre los miembros de la familia que pueden ser observados durante largo período de tiempo. Se presta una especial atención al impacto mutuo de la conducta de los miembros en el sistema entero, así como acerca de las transacciones que tienen lugar en los subsistemas familiares, es decir la pareja adulta, díadas padres-hijos, y hermanos.

Por su parte Eguiluz (2004) menciona a la familia, como un sistema compuesto por otros subsistemas ligados entre sí por reglas de comportamiento,

cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema. A continuación se describirán los subsistemas que lo constituyen.

1.1.1 Subsistema conyugal

La familia relacional que conecta al individuo con el grupo amplio, llamado sociedad. Para Adolphi (1977; en: Eguiluz 2004), la familia es un sistema relacional, lo que implica verla como un todo orgánico que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales, el esposo y la esposa y la relación que entre ellos se genera forman juntos una unidad más compleja, denominada subsistema conyugal.

1.1.2 Subsistema parental

Las relaciones afectivas y comunidades dadas entre padres e hijos, cuando nace el primer hijo, inicia la formación de un nuevo nivel.

En una familia intacta, el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Es necesario trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.

1.1.3 Subsistema fraterno

El tercer y último subsistema es el fraterno, formado a partir de que hay más de un hijo en la familia. En este subsistema, los hijos aprenden a llevar relaciones de lealtad, a cooperar, a compartir y a negociar, pero también a recelar, envidiar y pelear con sus pares.

Para Minuchin (en: Eguiluz 2004), el subsistema fraterno es un laboratorio social donde los niños aprenden a experimentar relaciones con sus iguales, y a obtener reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas y que resultan significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

1.2 La familia en constante transformación

Como podemos observar el sistema familiar está compuesto de diversos subsistemas: el conyugal, formado por ambos miembros de la pareja; el parental, constituido por los padres con los hijos y el fraterno, formado por los hijos. Cada uno está constituido por los sistemas personales o individuos, de modo que todos, por ser sistemas vivos, pasan por el ciclo de desarrollo normativo: nacen, crecen, se reproducen y mueren.

El sistema familiar está en constante cambio porque se acopla a los distintos momentos de desarrollo por los que atraviesa. La familia recién constituida y con un recién nacido requiere, para mantener su unidad y continuar su crecimiento, un esfuerzo distinto que si tuviera hijos adolescentes o adultos.

Para transformarse, todo sistema requiere dos fuerzas aparentemente contradictorias: la capacidad de transformación, que lleva al cambio; y la tendencia a la homeostasis, que mantiene la constancia.

1.3 La familia como un sistema activo y autorregulado

Los sistemas crean, a través de múltiples interacciones, una serie de reglas que configuran su estructura (Minuchin 1983; en: Eguiluz 2004). Éstas se modifican por ensayo y error, pero se mantienen constantes en el tiempo, de modo que cada uno de los individuos que forman el sistema sabe qué está permitido y qué está prohibido, sabe cuándo y qué debe hacer para ser aceptado por los

otros. De esta manera, las relaciones entre los individuos se forman de modo estable, lo cual proporciona un sistema seguro que autocontiene a las personas y les permite sentir que son una parte y todo a la vez.

Por ser la familia un sistema activo, aparecen tensiones generadas en el paso de una etapa a otra, en parte causadas por los cambios dentro del sistema. Todo cambio requerirá un proceso de ajuste y de adaptación de los miembros de la familia a las nuevas condiciones internas y externas para conservar su estructura.

1.4 La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas

La familia ajusta y modifica su estructura al entrar en contacto con los suprasistemas en que participa; por ejemplo, la escuela de los hijos, el sistema laboral de los padres o el vencimiento. Todos estos sistemas influyen en la familia necesariamente con sus reglas, valores, creencias y ocasionan cambios en el grupo familiar.

La familia es, desde el punto de vista de Madanes (en: Eguiluz 2004), un grupo fundamental de autoayuda. Nadie puede ayudar u obstaculizar tanto el bienestar de alguien como quienes mantienen relaciones con él, con su historia, su presente y su futuro. Ésta es una de las grandes razones para estudiar a la familia: es claro que si ocurre un problema en el ámbito del contexto, las relaciones cambian y con ellas, la persona.

1.5 Ciclo vital de la familia

De acuerdo con Klein y White (1996; en: Gracia y Musitu 2000), la teoría del desarrollo familiar se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que va desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital. Esta teoría no debe confundirse con las teorías del desarrollo individual,

puesto que su principal foco de atención es el desarrollo de la familia como un grupo de individuos en interacción organizado por normas sociales.

De acuerdo con esta teoría, las familias atraviesan una secuencia predecible de estadios a lo largo de su ciclo vital, unos cambios que son precipitados por las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de sus miembros, tales como el nacimiento del primer hijo o la jubilación (Rodgers y White 1993; en: Gracia y Musitu 2000). Esta teoría también se caracteriza por incorporar las dimensiones temporal e histórica. Se reconoce así que el contexto social e histórico también desempeñan un rol importante en el desarrollo de la familia. De esta forma, las transiciones de uno a otro estadio están causadas no sólo por los procesos individuales y familiares, sino también por normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas.

Los cambios que resultan de las transiciones entre estadios pueden dar lugar a crisis, puesto que esos cambios requieren alteraciones significativas de los roles familiares, así como reorganizaciones en la familia. Cada uno de los estadios del desarrollo familiar conlleva unas tareas u objetivos que la familia debe alcanzar y cumplir para pasar con éxito al siguiente estadio y para mantener el equilibrio familiar. Los objetivos que las familias inevitablemente tenían que alcanzar se definirían como “tareas del desarrollo” en el ciclo normal de la vida familiar (Gracia y Musitu 2000).

Dichos cambios generan incluso síntomas en algún miembro de la familia. Desde esta perspectiva, la familia es un contexto social en el que se encuentran los individuos, de aquí parte la idea de que un síntoma no es del individuo sino del contexto en el que se mueve, y que la mayoría de las veces el síntoma, es como una expresión de una relación interhumana que sirve para algún propósito estratégico (Haley 1983; en: Martínez 2005).

Erickson menciona que el síntoma, es como una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital, por ejemplo, si una madre presenta crisis al nacer su hijo, está expresando la dificultad para que la familia continúe con otra etapa (en: Martínez 2005).

A continuación se describirán las etapas del ciclo de vida familiar de acuerdo con el autor Estrada (1991; en: Martínez 2005).

Este autor delimita el ciclo vital de la familia en fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia:

1. El desprendimiento
2. El encuentro
3. Los hijos
4. La adolescencia
5. El re-encuentro
6. La vejez

1.5.1 Desprendimiento

El joven sale en busca de la persona con la cual pasará, sino toda la vida, si gran parte de ella; en la búsqueda del compañero pueden intervenir los siguientes factores: a) una búsqueda de cercanía y compañía b) búsqueda de fusión, cuando la persona está inmadura, al lograr su individualidad, así dependerá en gran medida la resolución en la relación con sus padres por lo que se necesita de la concurrencia de este primer paso del desprendimiento para que el ciclo vital de la familia vaya por buen camino. Otro factor influyente en esta etapa es: c) la idealización, la cual en el noviazgo aparece y todavía persiste en los primeros años de matrimonio, es importante la idealización para que el joven tenga mayor valor para desprenderse de sus padres. Por último, otro factor que influye en la relación de pareja es: d) la unión oficial de dos familias mediante el matrimonio.

1.5.2 Encuentro

En esta etapa se lleva a cabo el contrato matrimonial propiamente dicho (en donde se incluyen aspectos recíprocos, es decir, acerca de lo que cada uno piensa dar y lo que espera recibir del otro); obviamente son las necesidades que cada uno tiene con respecto al otro y para sí mismo, las cuales pueden ser saludables y realistas, o bien, neuróticas y conflictivas.

1.5.3 Los hijos

La llegada de los hijos acarrea acontecimientos en la pareja, ya que un niño requiere no sólo de espacio físico sino también de espacio emocional, lo cual plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta el momento regían a la pareja. Ahora bien, la llegada de un hijo puede llegar a favorecer la intimidad de la pareja al disimular la diferenciación y elaboración de las diferentes facetas de la personalidad de cada uno, así como producir sentimientos de pertenencia a los padres, tanto a generaciones pasadas como a generaciones futuras.

1.5.4 La adolescencia

Esta fase es donde muchas veces existen problemas emocionales serios, el hecho de que los padres revivan su propia adolescencia, el estado de los abuelos con respecto a su salud y los cuidados que requieren es otro posible motivo de angustia. Todo esto en conjunto, muchas de las veces hace que consciente o inconscientemente la familia se quiera regresar a antiguas etapas del ciclo, mediante cambios de actitudes como la sobreprotección que puede servir incluso a la permanencia patológica de los padres en su propia adolescencia.

1.5.5 El re-encuentro

Refiriéndose a lo que se conoce como “nido vacío” el cual se describe como el aislamiento y la depresión de la pareja, coincidiendo con una etapa del ser individual que es el declive en varios ámbitos como es el biológico, el social laboral, conflictos con nuevas generaciones y con la entrada de nuevos miembros en la familia.

Como se puede ver, el ciclo de la vida familiar se concibe como un proceso en el que se va pasando a través de una serie de estadios. El paso de un estadio a otro ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, lo que provoca un cambio en la estructura familiar. Estos cambios estructurales tienen, a su vez, efectos en el funcionamiento y bienestar familiar. En cada uno de los estadios, la familia tiene que completar tareas específicas para el éxito en el desarrollo individual y familiar (Gracia y Musitu 2000).

1.6 Tipos de familia

Familia nuclear: esta familia incluye tres tipos, el incipiente que es la pareja marital; el simple (la pareja marital y los hijos menores) y la atenuada un sólo progenitor y los hijos menores.

Familia extensa: incluye tipos de los cuales otros parientes se suman a la familia de procreación.

Familias reconstituidas: son aquellas en las que, por lo menos uno de los miembros de la pareja ya había tenido una unión anterior, por lo que la relación es muy compleja pues podrán o no tener hijos de la unión anterior, así como tendrán o no hijos en común.

Familias psicósomáticas: estas familias tienden a expresar de forma somática los conflictos, encuadrándolas dentro del perfil de las “familias psicósomáticas”, que nace de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar.

- 1) El aglutinamiento: las fronteras que definen la autonomía individual son tan difusas que el espacio vital del individuo es frecuentemente usurpado. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, acarreado así roles y funciones confusos.
- 2) Sobreprotección: están muy preocupados por el bienestar de todos, al grado de que los padres retardan el desarrollo de la autonomía de los hijos; sin embargo, la sobreprotección es en toda la familia, así cuando un paciente asume el comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo.
- 3) Rigidez: se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo, es decir, operan como un sistema cerrado, negándose a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales. Mostrándose generalmente una imagen de “familia armoniosa y unida” en la que no existen problemas más allá del síntoma del chivo, haciendo de esta manera cualquier tipo de negación con tal de no aceptar cambios en el sistema.
- 4) Falta de resolución del conflicto: la combinación del aglutinamiento, sobreprotección y rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés, un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto quedando los problemas sin resolver, así por ejemplo, algunos padres proyectan sus tensiones y conflictos en sus hijos a fin de armonizar la discordia de sus relaciones conyugales resultando: una triangulación y por lo tanto una desviación de conflicto. De esta manera se suscitan mecanismos y acciones con tal de no expresar el conflicto abiertamente.

CAPÍTULO 2.

FACTORES IMPLICADOS EN LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DEL ADOLESCENTE

Como se puede notar en el capítulo anterior, la conducta de cada miembro de la familia afecta a todos los otros miembros de esta así como también como este estructurada, es decir, que sea muy rígida, sobreprotectora o tal vez una familia que este reconstituida o extensa, en fin son varias las dificultades por las cuales se llega a sufrir conflictos o crisis.

También pudimos darnos cuenta que la transición de una etapa a otra y en especial si se tienen hijos adolescentes, acarrea una gran gama de dificultades, ya que los jóvenes andan en busca de su propia identidad, y una de las problemáticas que pueden presentar debido a la gran información y estrés durante esta etapa así como algunos otros factores tales como los medios de comunicación, los amigos, etc. son las conductas autodestructivas, en resumen estos factores traen consecuencias considerables en la vida familiar sobretodo en la dinámica y convivencia, sociales e individuales. Es por que este capítulo se dedicará a los factores implicados para realizar tales conductas.

2.1 Adolescencia

Giannotti y Nardone (2003) plantean que el término adolescencia designa comúnmente el periodo de la vida de una persona en el que todavía no posee ni un cuerpo ni una mente bien definidos y no es independiente en la organización de su existencia.

Esta fase de la vida, en el curso de la época industrial y postindustrial, y sobre todo en la sociedad italiana, ha sufrido una progresiva ampliación cuantitativa con el consiguiente alargamiento del tiempo de pertenencia de los

jóvenes en el seno del contexto familiar, dilatando y disminuyendo enormemente el proceso de conversión en adultos. Hoy se hace referencia a una larga adolescencia, hasta los treinta y cinco años y es una realidad cotidiana encontrar jóvenes adultos con problemáticas de adolescentes.

Tanto la medicina oficial como la psiquiatría y las diferentes escuelas de psicología más acreditadas están de acuerdo en considerar que la adolescencia es una edad difícil y atormentada por los siguientes factores internos de la persona.

- Los cambios corporales ligados a la maduración sexual.
- Las dificultades emocionales derivadas del aumento de secreciones hormonales que orientan la afectividad hacia el grupo de semejantes y del sexo contrario.
- Los progresos cognitivos que permiten las primeras formas de razonamiento abstracto y, por lo tanto, la posibilidad de representarse una realidad distinta de la vivida, de emprender críticas y desacuerdos, discusiones de la experiencia cotidiana.

Todo lo anterior no puede ser considerado válido cuando la adolescencia resulta ser tan demorada. Según Giannotti y Nardone (2003), los problemas y las patologías surgen en la relación entre el adolescente y su familia, cuando la comunicación se vuelve disfuncional y obstaculiza, en vez de favorecer, el proceso de independencia del joven.

Desde el punto de vista evolutivo, el ser humano llega, entre los 12 y 19 años, a un momento de fuertes cambios físicos y psicológicos, pero no hay que dar por descontado que esto conlleve a consecuencias desastrosas. El adolescente se esfuerza en la revisión de la imagen de sí mismo y de la definición de su nueva posición en el mundo. Para dar repuestas a preguntas como ¿quien soy yo?, ¿qué hago aquí? Por primera vez en sus invenciones hace intervenir la

lógica y la abstracción, es decir, opera con símbolos además de con experiencias concretas, lo que permite construir una red de pensamientos y de ideas, solamente suyas, que guiarán sus acciones futuras.

Giannotti y Nardone (2003), nos dicen que la construcción de este mapa mental, útil para orientar su camino en el mundo, se realiza con la contribución fundamental de mensajes que provienen de los contextos de pertenencia más importantes, entre los cuales la familia desempeña un papel determinante. Esta es entre padres e hijos se establecen formas patógenas de relación y habitualmente los padres, animados por las mejores intenciones, intentan facilitar a sus hijos mapas preconfeccionados con premisas y creencias maduradas en el curso de su vida. Están tan implicados que olvidan lo fundamentales que han sido, en su adolescencia, aquellas enseñanzas que han tenido sus raíces en experiencias hechas en primera persona. De hecho, a menudo la presencia excesiva de los padres, solicitadas por el mismo adolescente por su propia inseguridad, limita el proceso natural de adquisición de confianza en la propia capacidad. Este proceso requiere obligatoriamente que el adolescente se enfrente a los obstáculos de la vida y a través de intentos y errores supere las dificultades, para construir, con experiencias sucesivas, la confianza en sus propios recursos personales.

En el campo de la socialización, el impulso hacia el grupo de semejantes y la emergente preferencia, del adolescente hacia la búsqueda de una pareja podría inhibirse si, con la intención de alejar a los hijos de los más tremendos virus de la sociedad actual (drogas, conductas problemáticas), los padres intentan mantenerlos protegidos bajo una especie de campana de cristal.

Los adolescentes sufren grandes cambios, como ya se había mencionado, principalmente en el ámbito social, y sexual. Se cree que el progenitor observa todos los cambios que le ocurren a su hijo, tratando de comprender estos cambios y siente el impulso de darle enseñanzas y advertencias que puedan ahorrar al hijo fatigas, desilusiones y fracasos. Pero según Giannotti y Nardone (2003), han

observado que prestar atención sin intervenir, es decir sin exponer a su hijo la responsabilidad de sus acciones, representa el fundamento de una interacción funcional entre padres e hijos.

Además, se sabe que el adolescente, muestra con intensidad nuevas cargas de energía, así como las ganas de experimentar el mundo y de luchar contra la injusticia, poniendo a prueba los nuevos poderes del cuerpo y de la mente, favoreciendo el impulso a reconstruir una imagen de sí mismo, de los otros y del mundo. Donde contempla los consejos de los padres y, por esto, a menudo se rebela, a veces hasta formas extremas de conducta antisocial y violencia. Aunque también se puede apreciar el lado contrario, donde el joven, asustado por el mundo exterior, manifiesta su completa aceptación a la protección familiar, evitando ponerlo a prueba y siguiendo las demandas familiares, sin cuestionarlas.

Lo descrito hasta aquí nos permite, mostrar un panorama general de la importancia de la familia en el desarrollo del adolescente, pero dicho tema se abordará de forma extensa en el siguiente apartado.

2.2 El adolescente y la familia

La vida en familia, como ya se ha mencionado, proporciona el medio para la crianza de los hijos, además de ser la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.

Por su parte Mendizábal & Anzures (1999) mencionan que la estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro de este sistema. Dicho sistema suele atravesar las diversas etapas del ciclo vital antes mencionadas, es decir, el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el re-encuentro y finalmente la vejez.

A lo largo del ciclo vital, la familia sufre crisis y cambios constantes, pero estas se acrecientan, cuando en la familia existen hijos adolescentes, ya que pasan un periodo de tensión y estrés normales, debido a que la adolescencia puede ser una etapa de desafío y exasperación tanto para quienes lo rodean, como para los padres. Sin embargo, es necesario aceptar que el adolescente no es el único responsable, hay que tomar en cuenta otros elementos considerados de riesgo para la salud mental del adolescente, tales como las familias extremadamente rígidas con límites impermeables, alguna enfermedad crónica en un miembro del sistema, divorcio o discordia conyugal entre los padres o hermanos con actividades antisociales.

Así mismo, en un estudio realizado en la ciudad de México, con estudiantes de secundaria, se trató de identificar con quién acudían los jóvenes en busca de ayuda ante diversas fuentes de conflicto. Las adolescentes mostraban una marcada preferencia por acudir con sus familias y en segundo término con sus coetáneos (amigos). En los muchachos la búsqueda de apoyo estuvo determinada por el tipo de conflicto. Sin embargo, en ambos sexos el apoyo estuvo determinada por el tipo de conflicto. Sin embargo, en ambos sexos el apoyo familiar resultó ser el más efectivo, pues cuando los jóvenes reconocían que habían buscado el apoyo de sus familias, sus niveles de malestar emocional eran los más bajos.

La visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias. Si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos. Las diferencias propias de cada clase social y el contexto cultural son fundamentales dentro de la vida del adolescente. En gran medida, la capacidad para enfrentar las demandas y adaptarse a la vida se basa en los fundamentos psicológicos de las experiencias familiares tempranas.

La llegada de un hijo adolescente puede ser un suceso perturbador para la vida familiar, comparada con otras etapas del desarrollo, ésta se considera como una de las más difíciles y temidas por las dificultades que experimentan tanto el adolescente como sus padres en la convivencia diaria.

En general, se puede decir que éste puede ser un período difícil, particularmente para aquellos hogares en los que ha habido inestabilidad, pudiendo presentarse problemas graves. En otros, sin embargo, este período ofrece una oportunidad de crecimiento personal y de enriquecimiento de las relaciones, lográndose así, un estado de unidad que estabiliza las relaciones y que permite un nivel más profundo de comprensión de las necesidades y deseos de todos (Elsner, Montero y Reyes, 2002).

Por otra parte, Steinbere (1988; en: Rage 1997) menciona que el inicio de la maduración en la pubertad, provoca el distanciamiento psicológico entre padres e hijos. Los cambios más comunes del adolescente son la solidificación de una identidad y el establecimiento de una autonomía, que se describen a continuación.

2.2.1 Identidad

La búsqueda de la identidad implica que la personalidad sufre sus más grandes transformaciones durante la adolescencia. El adolescente debe establecerse y conocerse como un individuo específico, debiendo abandonar algunos de los valores y metas establecidos por los padres y la sociedad y aceptar otros.

Al alcanzar su identidad, los adolescentes desarrollan su propia ideología y metas vocacionales que generalmente resultan ser una fuente de cambio, que con frecuencia actúan como enlaces o desafíos, entre la familia o la comunidad, ya que poseen ideas y actitudes nuevas que sirven como catalizadores para que otros miembros de la familia realicen cambios, e incluso sus formas de

cuestionamiento y reto tienden a precipitar cambios en la casa, en la escuela y en la comunidad.

Por otra parte, las diferencias entre los adolescentes y los padres, en cuanto a las ideas, creencias y valores, necesitan ser tratados de una manera abierta porque el miedo al conflicto puede impedir que el adolescente siga, haga preguntas o comparta ideas, provocando con esto un distanciamiento o falta de confianza.

2.2.2 Autonomía

Autonomía, no significa desconectarse emocional y afectivamente de los padres, lo que realmente quiere decir es que el individuo, ya no depende psicológicamente de ellos y tiene más control para tomar decisiones sobre su vida.

En las familias donde los adolescentes son alentados a participar en la toma de decisiones, tienen más probabilidad de moverse hacia la autonomía.

La mayoría de las familias con hijos adolescente que acuden a terapia, es porque los padres preocupados por los problemas de sus hijos activan toda una serie de tentativas, correctivos sobre los modos de actuar de sus hijos, que consideran peligrosos; por su parte los hijos viven estas intervenciones como insoportables injerencias paternas en sus espacio de vida, por tanto reaccionan, rebelándose y rechazando las indicaciones, comportamiento que reafirma en los padres la necesidad de intervenir correctamente, a lo que sigue una posterior e intensa rebeldía del hijo. Propiciando así que las interacciones y la comunicación entre padres e hijos pierdan flexibilidad, resultando dañina para ambas partes (Giannotti y Nardone (2003).

Estos modelos de interacciones rígidos tienen un proceso de formación:

- a) **LA DUDA:** Se inicia con un comportamiento real o prematuro del hijo (mentir fumar encerrarse en su habitación), adquiriendo una dimensión y una importancia insólita, debido a que despierta en los padres una sensación de alarma, en cuanto a su salud psicológica y que contrasta con sus creencias políticas, religiosas y morales.
- b) **REACCIONES EN CADENA:** Los padres emprenden las investigaciones sobre el presunto problema, los interrogatorios, los consejos, la protección, a menudo representado por sermones. Dando como resultado que todos los esfuerzos tiendan a corregir o eliminar, los comportamientos supuestamente ilícitos, teniendo como consecuencias las huidas, las barricadas, los silencios y las acusaciones recíprocas.
- c) **CIRCULO VICIOSO:** Los padres tienden a insistir en las tentativas sin obtener resultados y provocan que el adolescente se cierre en sí mismo o buscar fuera de casa movimientos alternativos, configurando así un escenario de lucha entre dentro y fuera de su casa, o bien emergen formas de psicopatología, agravando "el problema" en vez de resolverlo.
- d) **EL PROBLEMA SE CONVIERTE EN REALIDAD:** Hasta llegar a un punto donde el problema se ha complicado, y las soluciones resultan mas pesadas y tortuosas, donde el mecanismo es el mismo; repetición rígida de los mensajes y el estilo de reacción se convierte en un mecanismo automático y espontáneo con la consiguiente pérdida de conciencia de cómo se ha iniciado el proceso y se crea una posterior rigidez del modelo de interacción patológica.

Asimismo Giannotti y Nardone (2003), consideran una serie de modelos recurrentes de organización de las relaciones entre padres e hijos adolescentes que aparecen como responsables de la constitución de problemas:

1. Hiperprotector: En este tipo de familias, denotan la dulzura, el cariño, el calor, la protección y el amor, además de la asistencia del adulto casi inmediata a la mínima dificultad del hijo. Ligada a una constante preocupación por todo lo que hacen sus hijos, y en caso de que éstos huyan a esto, son objetos de suaves reproches en un sentido de culpa.

Como consecuencias de este tipo de interacciones se tiene que el adolescente presenta problemas o trastornos psicológicos y comportamientos sobre la base de la incertidumbre, la inseguridad, y el menosprecio; además no asumen riesgos, ni responsabilidades.

2. Democrático permisivo: Se caracteriza por la ausencia de jerarquías, las decisiones se toman por consenso o convencimiento y no por imposición, debe predominar la armonía y la ausencia de conflictos, los padres son como amigos de sus hijos, más que una figura de autoridad.

Entre las consecuencias más comunes encontramos que los hijos no cumplen las reglas establecidas, presentan problemas con su autoestima, manifiestan comportamientos de rechazo y rebeldía, pero no consiguen llegar a ser autónomos, desencadenando en patologías psicológicas, como obsesiones, fobias y trastornos de la alimentación.

3. Sacrificante: Se basa en la creencia de que el placer mayor está en sacrificarse por todos antes que pensar en sí mismos, teniendo como resultados relaciones asimétricas, predominando la culpa si el otro no es complacido y en casos extremos la depresión.

Las consecuencias de este tipo de relaciones poco cooperativas consisten en que, es difícil negarse a las peticiones de otros, los hijos son poco entusiasta, descontentos, con actitudes de rechazo y violencia hacia los padres, el ambiente familiar esta cargado de ansiedad, preocupación, por lo que el adolescente huye de éste y se refugia en los grupos de amigos.

4. Sacrificante: Las interacciones entre padres e hijos tienden a ser variantes, los padres pueden pasar de posiciones rígidas a posiciones mórbidas, lo que propicia que los hijos a veces sean obedientes y otras rebeldes. Trayendo como consecuencias la poca habilidad para afrontar situaciones problemáticas.
5. Delegante: Los gestos, la expresión de la cara y los tonos de voz, cobran relevancia, ya que contradicen a los actos verbales y, con tal de mantener la armonía, resulta arriesgado decir lo que se piensa; además de poca claridad de las jerarquías, ya que en ocasiones dejan a cargo de algún otro adulto la educación de sus hijos, por ejemplo a los abuelos. Esto trae como consecuencia, ansiedad, reproches, conflictos, malas notas, hurtos repentinos, salidas con los amigos. Además de una complementariedad patológica, es decir, fobias hacia ámbitos externos, ataques de pánico, evitación social.
6. Autoritario: Se presenta cuando ambos padres ejercen poder sobre los hijos, el ambiente familiar se torna tenso, en un sentido de disciplina, y del deber, el control de las propias necesidades y deseos, la comunicación se confía a los gestos y los silencios. Existen constantes reproches por parte de los miembros de la familia, los adolescente difícilmente pueden modificar las reglas impuestas. La jerarquía con una de los padres es dominante y los demás asumen el papel de sumisión; si uno se rebela, el

enfrentamiento puede ser realmente violento. Trayendo como consecuencia adolescentes reprimidos, temerosos, que prefieren estar mucho tiempo fuera de casa, hacer las cosas a escondidas, falta de confianza y comunicación.

Como se puede observar en la etapa del ciclo vital con hijos adolescentes, suelen surgir algunas dificultades, ya que los padres acostumbran sentir confusión y temor cuando los adolescentes empiezan a expresar sus nuevos intereses, de tal manera que los padres llegan a sentirse atacados o amenazados por los comentarios o críticas. En la mayoría de los casos, en la familia este hecho es percibido como algo conflictivo, dejando de lado que es una buena oportunidad para que se hagan preguntas, se escuchen explicaciones y se compartan sentimientos; estos resultan ser los métodos propicios para que los padres y los adolescentes aprendan a negociar diferencias y conflictos. Aunque se sabe que la interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta, trayendo como consecuencias barreras de comunicación e invitando al adolescente a excluir a los adultos de su mundo, volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos (Rage, 1997). Resultando así la comprensión uno de los factores determinantes en la forma de actuar del adolescente y por ende lo que motivan a realizar conductas autodestructivas con la finalidad de descargar esta serie de tensiones que hay al rededor del adolescente.

Por otro lado, se dice que los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para: 1) probar los límites, 2) buscar autonomía y capacidad, 3) separarse de los parámetros y estándares parentales y 4) desarrollar un sistema de valores independiente (Mendizábal y Anzures, 1999).

Rage (1997) plantea, que debido a los conflictos inherentes a la adolescencia, es común que las familias entren durante este periodo en terapia.

Los problemas varían en gravedad y duración. Puede fluctuar entre la fobia a la escuela en la adolescencia temprana, hasta la esquizofrenia en la tardía. En esta etapa se pueden dar ciertas enfermedades psicosomáticas y conductas impulsivas, tales como:

- ❖ Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia.
- ❖ Depresiones y autolesiones.
- ❖ Delincuencia y abuso de drogas.
- ❖ Abandono del hogar.

En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, un interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo, privacidad y en los intereses que persiguen. Lo que nos indica que el ambiente familiar es otro factor que es determinante para las conductas dañinas.

A lo largo de este capítulo se ha venido hablando de la conducta dañina que los adolescentes presentan como consecuencia de los conflictos internos, familiares y sociales en esta etapa de su vida, así como las implicaciones que tiene esto en la vida familiar. Así como la familia es la principal influencia del adolescente, existen otros factores determinantes por las que los adolescentes recurren a las conductas autodestructivas.

2.3 Amigos

La importancia del grupo de amigos durante la adolescencia debe ser enfatizada. El adolescente cambia, típicamente, de la orientación de los padres a la orientación de los amigos, en el proceso de la diferenciación del yo. El adolescente tiene una fuerte necesidad de ser aceptado y querido por sus amigos. Quizá una de las razones por las cuales las amistades del adolescente son tan

importantes, es decir su cualidad liberal, que generalmente no es expresada por los padres. Sus amigos no sólo aceptan, sino que quieren que él experimente con nuevas necesidades, mientras que su familia no siempre lo tolera.

En el contexto del adolescente, el grupo familiar entra en competencia con el grupo de los amigos, donde obtiene pautas sobre valores, sexualidad, vestimenta, estilo de vida, política, diversiones y perspectivas del futuro. El joven demanda cada vez más de sus padres y los temas de autonomía y control deben renegociarse en todos los niveles.

Mendizábal y Anzures (1999) mencionan que la interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente, los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; éstos van de ver al joven como un victimario (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz). Además, los padres ansiosos tienden a exigir pautas más elevadas para sus hijos. Estos factores promueven las barreras de comunicación e invitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos.

De hecho, Saldaña (2001) plantea que el grupo de amigos constituye un marco de referencia indiscutible en las conductas del adolescente. En efecto, a medida que el individuo alcanza cierto nivel de madurez que le estimula a incrementar su grado de interacciones fuera del marco familiar, el grupo de amigos adquiere un destacado protagonismo como elemento socializador. La particularidad del grupo de amigos en cuanto contexto socializador está determinada, porque presenta una serie de características diferenciales con respecto a la familia, que van a tener un importante eco en la conducta del joven adolescente. Así mientras las interacciones en el hogar están siempre

determinadas, especialmente en los primeros años, por una situación de dependencia del hijo con respecto a sus padres, el grupo de compañeros será uno de los primeros entornos en que el individuo aprende a desarrollar interacciones en términos igualitarios dado que, aun cuando en el grupo se establezcan posiciones de jerarquía estas vendrán determinadas por características muy diferentes a las que se establecen en la familia, incluso las conductas y edades son características importantes del grupo de amigos y diferentes con respecto a la familia.

En este sentido los amigos proporcionan información de forma directa e indirecta acerca de las conductas que son apropiadas y/o valoradas en determinadas situaciones, distintas a las que presenta en adolescente en el hogar. Además proporcionan al adolescente prestigio, seguridad en sí mismo y oportunidades de realizar actividades más o menos excitantes que no suele llevar a cabo en el marco familiar, resultando así el grupo de amigos otro de los factores determinantes para las conductas autodestructivas.

Sin embargo, un número importante de estudios confirma que los vínculos afectivos fuertes con los amigos que presenten conductas autodestructivas tales como las adicciones o algunas otras como los trastornos de alimentación más frecuentemente en las mujeres, es un factor de riesgo para la realización, de tales conductas. Así estos estudios afirman que no basta que el individuo se relacione con un grupo de amigos que realicen estas conductas sino que debe estar también afectivamente vinculado con ellos (Saldaña 2001).

El papel que cumplen los amigos en relación con la conducta autodestructiva adolescente merece especial consideración porque existe la creencia difundida de que la razón por la cual los jóvenes adoptan conductas de este tipo es que tienen "malas compañías". Investigaciones no avalan esta idea.

Miccucci (2006) plantea, que es verdad que los amigos influyen mucho durante la adolescencia, pero las relaciones del grupo de amigos y el comportamiento individual de cada uno de sus miembros es bidireccional.

Los adolescentes tienden a relacionarse con amigos problemáticos, y luego cada uno refuerza la conducta desviada del otro. Seguramente algunos jóvenes tienden tan baja autoestima y están tan hambrientos de aprobación que son capaces de hacer cualquier cosa para ser aceptados, pero se trata de casos excepcionales, no de la regla. La mayoría de las veces, los adolescentes problemáticos se atraen mutuamente y luego se incitan unos a otros.

Los estudios también son claros al respecto; los adolescentes que mantienen lazos fuertes con sus padres son menos propensos a relacionarse con un grupo de amigos problemáticos (Gottfredson y Hirschi 1994; en Miccucci, 2006). Los jóvenes pertenecientes a hogares autoritarios tienen menos probabilidad de dejarse influir por sus amigos y prestan más importancia a la opinión parental que los adolescentes procedentes de familias autoritarias, indulgentes o negligentes (Fulgini y Eccles 1993; en: Miccucci, 2006). También es importante el grado de supervisión y control ejercido por los padres (Steinberg, Fletcher y Darling 1994; en: Miccucci, 2006). Algunos padres son incapaces de ofrecer la previsión necesaria, ya sea porque tienen algún tipo de impedimento personal (por ejemplo, sus propios problemas emocionales o de salud) o porque otro tipo de preocupaciones reclaman su atención (por ejemplo, otro hijo con problemas, un trabajo demandante, conflictos conyugales). Los adolescentes que no reciben la supervisión adecuada tienden a juntarse con amigos en la misma situación y a reforzar mutuamente sus conductas problemáticas. A medida que la conducta del joven se torna más y más disruptiva, los padres pierden incluso la poca influencia que tenían sobre él, y con el tiempo muchos dejan de ejercer todo tipo de control.

Por otro lado, tenemos que los padres con dificultades para disminuir gradualmente su "autoridad paternal" pueden contribuir a un problema de

adaptación en el adolescente. Desafortunadamente muchos padres se muestran evasivos a dejar su rol protector y a permitir al adolescente adquirir autonomía por medio de la libertad y la responsabilidad, lo cual se convierte en un campo de conflicto, donde el adolescente se enfrenta de manera desorganizada y en muchas ocasiones autodestructiva a un autoritarismo sin consentimientos.

La poca habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente o/y hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación (Mendizábal y Anzures 1999).

2.4 Escuela

La rebeldía también puede manifestarse en la escuela al desobedecer reglas o disminuir el rendimiento escolar; sin embargo, el ambiente escolar en la secundaria cambia mucho y las exigencias de la preparatoria son aún mayores. Esto provoca confusión y miedo en el adolescente que percibe el aumento de demandas sobre de él, si a ello le agregamos que el grupo de coetáneos le puede rechazar sólo por ser diferente. El conflicto de los padres con el adolescente por lo regular se desarrolla cuando el adolescente luce “desmotivado” o preocupado más por los aspectos sociales que por los académicos, por eso es de capital importancia determinar adecuadamente la naturaleza de la problemática escolar, que suele ser un punto de fricción frecuente.

Asimismo Saldaña (2001) plantea que la escuela, constituye otro contexto de socialización, en el que tiene lugar parte el aprendizaje de normas y valores en los primeros años de la vida del adolescente. Este ámbito representa no sólo el lugar físico en donde se produce la educación formal del individuo, sino también el

marco donde se encuadran las primeras oportunidades de alcanzar un logro personal social reconocido. Por ello, no es de extrañar la existencia de un amplio consenso entre los investigadores acerca de que este entorno tiene un impacto crucial sobre el desarrollo de conductas desadaptadas en los adolescentes.

Dentro de este contexto de socialización existe la insatisfacción y el fracaso escolar que se han mostrado como especialmente importantes en la aparición, principio y/o mantenimiento de las conductas dañinas del adolescente.

Por lo que respecta a la insatisfacción escolar, parece confirmarse que aquellos que presentan comportamiento dañino son también aquellos que informan estar más insatisfechos con la escuela, lo que se relaciona con el fracaso escolar ya que cuando el adolescente no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, aumenta la probabilidad de que presente conductas autodestructivas, debido a que como no encuentra satisfacción en el ámbito escolar ni alcanza los logros que de él se espera, es el momento en el que, como ve que no es capaz de triunfar en este ámbito, lo busca en otros ambientes no institucionales.

De hecho Gómez (2004; en: Eguiluz 2004) menciona que la mayoría de los adolescentes realizan un juego de reafirmación, que consiste en burlarse, ridiculizar, agredir verbal e incluso físicamente a los compañeros, lo que implica un doble reto para los estudiantes adolescentes; no sólo hay que cubrir los requisitos académicos, sino también hay que contar con una autoestima suficientemente fuerte para enfrentar la presión social de los compañeros de clase.

2.5 Medios de comunicación

En lo que respecta a los medios de comunicación (televisión, música, internet, etc.) Santrock (2004) menciona que éstos son de gran influencia para la

vida de muchos adolescentes, debido a que entre las funciones y uso que se le dan a los medios de comunicación se encuentran:

1. Entretenimiento. Los adolescentes utilizan los medios simplemente como una forma de pasar el rato, para divertirse y evadirse de las preocupaciones cotidianas.
2. Información. Los adolescentes utilizan los medios para obtener información, especialmente de temas sobre los que no pueden hablar libremente con sus padres.
3. Búsqueda de sensaciones. Los adolescentes tienden a buscar nuevas sensaciones más que los adultos. Algunos medios proporcionan una estimulación intensa y novedosa que les agrada.
4. Descargar el estrés. Los adolescentes utilizan los medios de comunicación para descargar la ansiedad y el descontento. Dos de las conductas más citadas por ellos para reaccionar cuando tienen problemas son escuchar música y ver televisión.
5. Exponerse a modelos de comportamiento sexual. Los medios presentan modelos de los roles masculino y femenino. Las imágenes que difunden los medios sobre los estereotipos de hombres y de mujeres pueden influir sobre las actitudes y el comportamiento de los adolescentes.
6. Identificación con la cultura adolescente. Los medios transmiten a muchos adolescentes la sensación de estar conectados a una cultura y una red de iguales más extensa, que está relacionada por una serie de valores o intereses comunes difundidos por los medios dirigidos a esta población.

Si la cantidad de tiempo invertida en una actividad es un indicador de su importancia, entonces no hay ninguna duda de que los medios de comunicación desempeñan un papel muy importante en la vida de los adolescentes (Fine y col. 1990; en: Santrock 2004). Como promedio pasan, por lo menos, un tercio de tiempo de vigilia expuestos a algún medio de comunicación, sea como principal foco de atención o como fondo, mientras realizan otras actividades.

Por otra parte, otro de los medios a los que recurren los adolescentes es a internet, se dice que hoy en día la gente utiliza internet para comunicarse del mismo modo que en el pasado utilizaba los bolígrafos, los sellos de correos y el teléfono. La nueva sociedad de la información sigue dependiendo de una serie de competencias básicas no tecnológicas: las facultades de comunicar, resolver problemas, reflexionar en profundidad, pensar creativamente y tener una actitud positiva. No obstante, la forma en que las personas aspiran a desarrollar estas competencias está siendo estimulada y ampliada de una forma y a una velocidad que en otras épocas habría sido inimaginable.

Santrock (2004) expone que internet es el núcleo de la comunicación por ordenador, el sistema de internet es de alcance mundial y conecta entre sí miles de redes de informáticas, proporcionando una amplísima fuente de información a la que pueden acceder los adolescentes.

Una parte cada vez mayor de la vida de los adolescentes está teniendo lugar en un paisaje que es inaccesible a muchos padres. Muchos adolescentes tienen internet en su habitación y la mayoría de los padres no tiene ni idea del tipo de información que consultan sus hijos cuando se conectan a la red. Teniendo como resultado que los adolescentes están expuestos a un abanico cada vez más amplio de medios de comunicación que les transmiten mensajes que influyen sobre sus juicios y comportamientos en la vida diaria.

A lo largo de este trabajo se ha venido hablando de la conducta dañina que los adolescentes presentan así como las implicaciones que tiene esto en la vida familiar. Se sabe que la forma de expresar esta serie de sentimientos que se avocan sobre el adolescente es la presencia de conductas autodestructivas, tales como autolesiones, adicciones (alcoholismo, drogadicción), y trastornos alimenticios que a continuación se describirán.

CAPÍTULO 3

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN LOS ADOLESCENTES

Por conductas autodestructivas nos referimos a aquellas que los adolescentes presentan como consecuencia de los conflictos internos, familiares y sociales en esta etapa de su vida, Miccucci (2006) menciona que las conductas dañinas que los adolescentes presentan pueden clasificarse en leves, moderadas o graves según su variedad y frecuencia, así como el potencial de daño para el adolescente y los demás, a continuación describen algunas de estos comportamientos.

3.1 Trastornos de alimentación (Anorexia y Bulimia)

3.1.1 Anorexia

Actualmente la anorexia nerviosa es conocida comúnmente como un trastorno de alimentación, definido de la siguiente manera según el DSM-IV (1994; en: Martínez 2005):

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y talla.
- Intenso temor a subir de peso o a engordar, a pesar de estar con déficit de peso.
- Un trastorno en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del cuerpo propio, por ejemplo, la persona manifiesta “sentirse gorda”, cree que una parte de su cuerpo esta “demasiado gorda” aun cuando obviamente está por debajo de su peso.

- En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren solo por inducción hormonal.

La anorexia es seguramente el más conocido de los trastornos alimentarios y suele afectar principalmente a las mujeres (con frecuencia adolescentes) y estudios demuestran que solo al 10% de los hombres.

Por otra parte y siguiendo con las investigaciones de la anorexia, se encuentran dos tipologías, las cuales presentan características particulares de persistencia del trastorno, que han inducido a definir las como sacrificante y abstinentes.

3.1.1.1 Anorexia sacrificante

Es la tipología de anorexia más conocida y mejor descrita en los estudios de tradición sistémica y, en particular, de la escuela de Milán (Palazzoli 1963; en: Nardone, Verbitz y Milanese 2002). Podríamos incluso afirmar que, en términos generales, cuando hablamos de anorexia, nos referimos casi exclusivamente a esta tipología del trastorno. La joven habitualmente candidata a la anorexia sacrificante, comienza a entrar en crisis y a mostrar la sintomatología en concordancia con una particular situación familiar. En estos casos, el sistema familiar presenta un signo de “energía patógena” y por lo general es un miembro de la familia quien se hace cargo de ella, desarrollando un trastorno psicológico (que puede ser un delirio, una psicosis o una fobia, y no necesariamente un trastorno alimentario). Además, en estas situaciones se pone de manifiesto todo un conjunto de ventajas secundarias relacionadas con el hecho de que la persona, gracias al síntoma, se ha convertido en la más importante de la familia. Éste es, por ejemplo, el caso de la joven con padres, muy exigentes o hermanos muy competentes, que al no lograr ser apreciada o imponerse por sus propios méritos, descubre que puede hacer otro tanto, si no más, a través de la enfermedad; o

también de la joven atrapada dentro de una situación de pareja muy conflictiva que, a través de su enfermedad, “mantiene juntos” a los padres, afianzando a la pareja, unida ahora contra un enemigo común: la enfermedad. Costin (1996; en: Nardone, Verbitz y Milanese 2002) define esta patología de pacientes anoréxicas como “chivo expiatorio”, porque gracias a la propia patología estas jóvenes consiguen desviar la atención de los padres de sus conflictos de pareja hacia el trastorno de la hija, haciendo que de este modo se sientan unidos en el intento por vencer la enfermedad.

Existe otra tipología de pacientes anoréxicas que se define como el “héroe de la familia”. Se trata de esas pacientes que, habiendo vivido en un sistema familiar caótico y sin figuras de referencia fuertes, cargan con todas las responsabilidades de la familia, volviéndose precozmente independientes y desarrollando una perfecta capacidad de autocontrol y confianza en sí mismas. El síntoma anoréxico, en estos casos, se configura como la forma de control final que la joven llega a autoimponerse.

3.1.1.2 Anorexia abstinentes

Se trata de la forma evolucionada pero más frecuente de anorexia, las pacientes anoréxicas abstinentes son jóvenes muy inteligentes, que tienen sin embargo una sensibilidad extrema, una marcada labilidad psicológica y grandes dificultades para controlar las emociones. Estas personas (principalmente las mujeres) tienden a percibir la realidad a través de una suerte de prisma deformante que lo asigna todo, haciendo que cada cosa aparezca enorme, difícil y demasiado perturbadora. Este tipo de actitud frente a la realidad se hace notar, por ejemplo, en la continua insatisfacción, en la inseguridad permanente y en el temor al fracaso que las caracteriza, aunque generalmente son muy capaces en sus estudios o en el trabajo. Ante la incapacidad de dominar la propia sensibilidad, las pacientes abstinentes aprenden casualmente (es decir sin una elección intencional) que al concentrarse en algo, como la capacidad de abstenerse de la

comida, logran distraerse de su extrema emotividad. De hecho, a través de la abstinencia, el ayuno prolongado y el adelgazamiento, estas jóvenes consiguen provocarse una anestesia perceptiva y emotiva real y progresiva.

Utilizando un poco la imagen metafórica, podemos decir que progresivamente las abstinentes llegan a ponerse una verdadera “armadura medieval”, que las protege de su sensibilidad y perturbación, pero que después acaba aprisionándolas. De este modo, la abstinencia se convierte en la solución ensayada a la que estas personas no pueden renunciar, porque si se sacaran la armadura no serían capaces de dominar las emociones y frente a situaciones emocionalmente intensas se desconcertarían.

La abstinencia, por otro lado, no se limita únicamente a la relación con la comida, sino también a cualquier otra experiencia, especialmente si ésta es provocada por estímulos de placer. Estas jóvenes no temen los sacrificios ni los esfuerzos, y poseen una resistencia increíble para el trabajo y los estudios, pero le tienen pavor a cualquier experiencia emotiva concreta que las estimule placenteramente, porque temen perder el control.

Nardone, Verbitz y Milanese (2002) mencionan que en sus investigaciones-intervenciones han descubierto cómo el específico sistema perceptivo-reactivo de las pacientes anoréxicas abstinentes se caracteriza por una tendencia a la abstinencia de la comida y de cualquier otra emoción placentera. De esta manera, el adelgazamiento se convierte en un medio imprescindible para obtener una verdadera abstinencia emocional. Desde este punto de vista el mejor equilibrio posible que las pacientes abstinentes pueden imaginar es el propio equilibrio, lo cual las vuelve muy reacias al cambio y extremadamente rígidas en su posición.

Mas allá del aspecto de anorexia sensorial y emotiva, el abstenerse de la comida tiene también el efecto de hacer sentir a las anoréxicas, en ciertos aspectos, como más importantes que las demás personas, porque consiguen

hacer algo (abstenerse de la comida) que es muy difícil para la mayoría de las personas. En una sociedad en la que todos más o menos estamos en una lucha continua con la dieta, ellas consiguen contenerse sin ningún esfuerzo. Además, y siempre en este caso, la paciente anoréxica obtiene toda una serie de ventajas secundarias y recibe atención particular y afecto principalmente en el seno del núcleo familiar, gracias a su trastorno: o sea que logra garantizarse ese éxito exclusivo, que teme no poder conseguir en otros ámbitos, los no patológicos, para ser más precisos, a los que sin embargo aspira incesantemente.

3.2 Bulimia

Sherman y Thompson (1999), definen la bulimia como un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales generalmente, les sigue un proceso de purga. Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos (con frecuencia, alimentos altos en calorías). Por lo general, se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo, la purga ocurre con más frecuencia por medio del vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso a laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo.

Por otro lado, tenemos a Nardone (2004) quien menciona que la bulimia se caracteriza por la compulsión irrefrenable por comer, debida más que al hambre, al deseo desenfrenado de consumir comida. Las personas afectadas por este trastorno pueden llegar a comer cualquier cosa sólo por el placer de atragantarse.

Las jóvenes bulímicas, como las jóvenes anoréxicas, tienen en general una gran fragilidad emotiva, pero a diferencia de éstas, que son extremadamente sensibles, intelectualmente refinadas y muy capaces para controlarse en general son personas menos complicadas con grandes dificultades para controlar sus reacciones. El sistema perceptivo-reactivo básico de estas personas, como se

había mencionado anteriormente, se caracteriza por una desenfrenada tendencia a darse atracones, provocada por un placer incontrolable de comer y el consecuente temor a perder el control. De hecho, la solución ensayada que prevalece en este caso no es la abstinencia, sino el intento por controlar el deseo de consumir, con el resultado de que cuanto más se esfuerzan por no comer y ponerse límites, más caen en la paradoja de aumentar el deseo de darse un atracón.

Al principio, la compulsión irrefrenable por devorar que caracteriza a la bulimia se basa en el hecho elemental de que comer es de por sí agradable. Sin embargo, progresivamente estas personas descubren que la comida puede representar un refugio dentro del cual esconderse para no afrontar otras dificultades vividas como insuperables. Las pacientes bulímicas, temiendo no poder dominar las propias reacciones, aprenden a ser desenfrenadas con la propia comida como un signo de adaptación funcional a una realidad que para ellas se les escapa. Desde este punto de vista, la gordura se convierte para ellas en algo realmente protector, sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales. En la mayoría de los casos, las pacientes bulímicas pueden ser representadas como “alcachofas”, al igual que la alcachofa, que protege un corazón bueno y tierno con sus hojas, estas personas utilizan la gordura como caparazón, interponiendo entre ellas y los demás el propio desenfreno.

Nardone, Verbitz y Milanese 2002 individualizaron dos categorías principales de jóvenes bulímicas, las jóvenes boterianas y jóvenes yo-yo.

3.2.1 Jóvenes Boterianas

Esta tipología de pacientes es llamada así porque son tan gordos que parecen las famosas imágenes de Botero. En general, pesan entre 80 y 90 kilos, son tranquilas, seráficas, con frecuencia casadas y llevan una vida más bien serena. Se trata de personas absolutamente incapaces de hacer dieta, a menudo

consideradas como obesas crónicas, y tratadas con terapias farmacológicas y a veces con técnicas de intervención quirúrgica (la banda gástrica y otras tipologías de tratamiento).

Las pacientes boterianas son casi siempre alcachofas concientes de serlo, es decir: personas que, habiendo vivido directamente la capacidad de dominar las propias pulsiones en términos superficiales, han quedado tan asustadas que acaban construyendo la dinámica protectora a la que se aludía antes. Sin embargo, son concientes de que para ellas la relación con la comida representa una protección, y de que también, además de la comida, quisieran abandonarse de manera desenfrenada en otras esferas. Se trata por lo menos de personas que usan la comida y la gordura como protección relacional, como algo que las defiende del miedo de perder el control de las propias reacciones (Nardone, Verbitz y Milanese 2002).

Con frecuencia las pacientes boterianas desconocen este aspecto de su trastorno y viven la comida como una signo de demonio que se ha apoderado de ellas. Se trata de este tipo de chicas que no son capaces de vincular la propia compulsión alimentaría con el hecho de ser del todo incapaces de dominarse en otras dimensiones. A menudo semejante rigidez en la manera de percibirse está asociada con una fuerte moralidad, que las hace sentirse culpables por el propio desenfreno, y por tanto tienden a negarse.

3.2.2 Jóvenes yo-yo

Esta tipología de trastornos alimentarios constituye la casuística más frecuente, la cual, sin embargo, con frecuencia no busca una ayuda de tipo psicoterapéutico, ya que como primera solución procura dirigirse sobre todo a dietistas y médicos. Se trata de esas pacientes bulímicas que logran hacer una dieta por un determinado periodo de tiempo pero después pierden el control, y oscilan continuamente entre el normal y los cinco o seis kilos de más. Este tipo de

pacientes adelgazan cada vez que han engordado y vuelven a aumentar de peso cada vez que han conseguido adelgazar, alternando control y pérdida del control. En lucha eterna con las dietas, nunca engordan demasiado y logran mantener un sobrepeso de sólo pocos kilos.

Nardone, Verbitz y Milanese 2002 menciona que al igual que las pacientes boterianas, son casi siempre alcachofas que se asustan en el momento en que al adelgazar, sienten y reconocen los efectos “peligrosos” de ser atractivas y se ponen otra vez a comer para interponer nuevamente “la barriga protectora” entre ellas y los demás. Sólo parcialmente, en cambio son personas desenfrenadas en todas las dimensiones, que no consiguen controlarse ni en el ámbito de la alimentación ni el de las relaciones.

Por otra parte, Sherman y Thompson (1999) mencionan que la familia con un miembro bulímico, tienen poca comunicación o en su defecto destructiva. Estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta porque los padres nunca aprendieron de sus propios padres a expresar sus sentimientos en una manera confortable y apropiada. Por tanto, los hijos en esas familias crecen en un ambiente en el cual, si acaso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando esos sentimientos y frustraciones se acumulan, el miembro con bulimia recurre a la comida como una forma de enfrentarse a esos sentimientos displacenteros.

Si bien, la bulimia puede satisfacer un determinado propósito en cada familia, como por ejemplo puede ayudar a distraer a los miembros de la familia de otro problema real, como cuando aparece la bulimia para proteger conflictos matrimoniales. Es decir, pueden concentrarse en los hábitos alimenticios de la bulimia en lugar de hacerlo en una relación marital en conflicto. En tanto que la bulimia cumple propósitos de distracción y de protección en la familia, los miembros, sin saberlo, pueden apoyarla o estimularla. Esto no significa que quieran a una persona bulímica en la familia, pero es posible que la necesiten,

mientras el miembro con bulimia tenga problema, el foco de atención se centra en ella.

3.3 Autolesiones

La autolesión, conocida también como autolesión, autoagresión y autoabuso es una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta definición está compuesta por algunos puntos clave:

- ❖ La autolesión es un acto intencional contra sí mismo
- ❖ Incluye algún tipo de violencia física
- ❖ No se comete con la intención de suicidarse.

Los adolescentes que se automutilan con frecuencia tratan de mantener esto escondido, por lo que pueden usar ropa que cubra su cuerpo.

Entre las mas comunes podemos encontrar la depresión, sensibilidad al rechazo, niveles altos de tensión e irritabilidad, bajo control de impulsos, aumento de la agresión, culpa y vergüenza por la conducta dañina, enojado crónico, tienden a suprimir su enojo, son más impulsivos, es decir, tienden a actuar de acuerdo a su estado de ánimo del momento, no planean el futuro, sufren de ansiedad crónica, poco control para manejar situaciones difíciles, tienden a ser evasivos, no se perciben como personas con poder o autoridad

Nogales (2005) menciona que clínicamente, pacientes con esta conducta no sólo muestran que es una forma de distraerse del dolor emocional, sino que para otros es sencillamente una forma de sentir algo cuando su vida emocional ha estado completamente dormida. Éstos son los adolescentes que podrían buscar en el alcohol o las drogas una forma semejante de estímulo, y por lo general se sienten ansiosos o deprimidos.

En las conductas de automutilación es necesario que el adolescente se aleje de su hábito de cortarse, ya sea cubriendo su cuerpo o evitando el acceso a objetos cortantes. En el caso del alcohol y las drogas, se recomienda alejarse de ellas para evitar la tentación.

Sin embargo, en el primer caso, resulta un tanto complicado, ya que su cuerpo lo llevan consigo y es fácil de cortar hasta con papel, no resulta tan sencillo evitarlo. Por lo tanto, el adolescente debe estar motivado a dejar de hacerlo, y para ello primero debe revelar lo que hace a sus padres y pedir ayuda, cuestión que no es sencilla, debido a que los padres suelen asustarse ante la presencia de tales comportamientos.

Sin embargo, si los padres entienden que los hijos están pidiendo ayuda, se la pueden ofrecer o llevarlo con un psicólogo si no pueden solos con el problema. Un tratamiento ayudará al joven a encontrar nuevas formas de solucionar conflictos, entendiendo que el joven está haciendo lo mejor que puede, sin criticarlo, pero con el acceso a nuevos recursos para controlar sus impulsos.

Siguiendo en la misma línea, la auto-lesión es un acto que intenta alterar un estado de ánimo al infligir un daño físico lo suficientemente serio para causar daño en los tejidos de su cuerpo. Este daño puede ser a base de cortarse (con cuchillo, con navajas, con vidrio, u objetos filosos), quemarse, pegarle a tu cuerpo con objetos o con tus propios puños, golpearle a un objeto pesado (como a una pared), arrancarte pelo hasta sangrarte, morderte, entre otras. Las formas más comunes son cortarse, quemarse y golpearse en la cabeza. Cuando hablamos de "daño a tejidos" normalmente nos estamos refiriendo al daño que rompe, raspa o quema la piel, algo que cause el sangrado o marcas que no desaparecen en unos cuantos minutos.

El estado de ánimo que uno quiere alterar a través de auto-lesionarse puede ser positivo o negativo, o ninguno de los dos; algunos se auto-lesionan para darle

fin a un estado de disociación o bien para terminar con un sentimiento que los acosa y que no pueden controlar, o incluso uno acude a dañarse cuando está en tal confusión emocional que no sabe lo que está sintiendo; y la autolesión logra regresarlos a la realidad, enfocándose en un dolor que pueden describir y justificar, pero que sobretodo pone fin a su tormenta interna (Nogales, 2005).

Se consideran autolesiones iterativas (que se repiten), cuando las personas que se auto-lesionan aprenden que al hacerse daño logran aliviar un estado emocional agobiante; es por esto que la autolesión es un mecanismo para manejar emociones.

De acuerdo con algunos estudios, se sabe que las conductas autodestructivas reducen tensión, además de ser consideradas un método para manejar emociones fuertes las cuáles no han aprendido a manejar de mejor manera.

El autolesionarse hace que el nivel de tensión tanto psicológico como fisiológico regrese a un estado que se puede soportar.

Cuando una persona siente una emoción negativa muy fuerte y no sabe cómo manejarla, aprende que al hacerse daño reduce ese sentimiento de incomodidad en el que se encuentra de manera inmediata, como ya se ha mencionado. A lo mejor se sienten mal después de hacerlo, pero por lo menos ya no tienen esa sensación de desesperación intensa; digamos que es como sentirse mal, pero en calma.

Esto explica porqué el autolesionarse puede ser adictivo; ya que funciona. Cuando tienes una manera rápida y fácil de hacer que las cosas malas o estresantes desaparezcan por un rato. Sin embargo, a la larga, las consecuencias negativas de este comportamiento se van sumando, y los chicos piden ayuda. Se divide la auto-lesión en tres tipos:

1. Auto-mutilación mayor incluye cosas como castración, amputación de miembros, sacarse los ojos, etc., es un fenómeno poco común y normalmente está asociada a estados sicóticos.
2. Autolesión estereotípica: incluye acciones como golpearse la cabeza rítmicamente contra una pared, etc. Este tipo de autolesiones se presenta principalmente en personas con retraso mental, autistas o sicóticos.
3. Autolesión superficial o moderada: este tipo de es el más común, que incluye cortarse, quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, romperse huesos, pegarse, lastimarse sobre una herida deliberadamente, interferir con la saneamiento de una herida, y casi cualquier método en que uno mismo se infrinja daño físico. En estudios clínicos y en una encuesta informal, el acto más popular fue el de cortarse, y los lugares más comunes fueron las muñecas, parte alta del brazo, y la parte interior de los muslos. .

Se subdivide a la auto-lesión superficial/moderada en tres tipos: compulsiva, episódica, y repetitiva:

1. La autolesión compulsiva tiene diferencias de carácter en comparación con las otras dos, y está asociada con el desorden obsesivo-compulsivo. El auto-daño compulsivo incluye el arrancarse el pelo (tricotilomanía), fricción excesiva de la piel, y excoriación cuando se hace para remover defectos percibidos en la piel.

Estos actos pueden ser parte de un ritual obsesivo-compulsivo con pensamientos insistentes: la persona al hacerse daño trata de aliviar la tensión y prevenir algo terrible que piensa puede pasar.

La autolesión compulsiva tiene una naturaleza diferente y raíces diferentes de la auto-lesión impulsiva (episódica y repetitiva). Tanto la autolesión episódica como la repetitiva son actos impulsivos, y la diferencia entre ellos tiene que ver más con el grado o nivel de hacerlo

2. Auto-lesión episódica Es una conducta llevada a cabo tan a menudo que la persona que lo hace ni lo piensa y no se considera como gente que se hace daño. Generalmente es un síntoma de algún otro desorden psicológico.
3. Auto-lesión episódica repetitiva Se caracteriza por que conscientemente las personas se identifican a sí mismas como gente que se autolesiona. La autolesión episódica se vuelve repetitiva cuando lo que inicialmente era un síntoma se vuelve una enfermedad en sí misma (como se puede constatar en mucha gente que se hace daño y describe a la auto-lesión como 'adictiva'). Es impulsiva por naturaleza, y normalmente se convierte en una respuesta reflejo a cualquier tipo de estrés, positivo o negativo. Así como los fumadores que agarran un cigarro cuando se sienten abrumados, los que se auto-lesionan de manera repetitiva agarran un encendedor o una navaja, o un cinturón cuando ya no pueden soportar una situación.

Por otra parte, existe una gran cantidad de literatura que propone las posibles motivaciones que llevan a la conducta de autolesión:

1. Regulación de emociones. Uso de la autolesión (automutilación) para tratar de regresar el cuerpo a un equilibrio cuando se está frente a una turbulencia de sentimientos abrumadores. Esto incluye el poder reconectarse con su cuerpo después de un episodio disociativo, tranquilizar al cuerpo en momentos en que se despiertan fuertes emociones o estados fisiológicos incómodos, validar el sufrimiento interno expresándolo de manera externa, y evitando el suicidio debido a lo incontenible de los sentimientos. En muchos sentidos, como lo dice Sutton la autolesión es un "regalo de sobrevivencia". Puede ser la elección más integradora y de auto-preservación que se tiene dentro de una gama muy limitada de opciones.

2. Como medio de comunicación. Algunos usan la autolesión (automutilación) como un vehículo para expresar cosas de las cuales no pueden

hablar. Cuando se quiere comunicar con otros, se puede pensar que la al es una manipulación. Sin embargo, en general la manipulación es un intento indirecto de lograr un cometido; si una persona aprende que un método directo de pedir algo es escuchado y atendido, entonces la necesidad de utilizar métodos indirectos decrece. Por lo tanto, entender que un acto de auto-lesión tiene el cometido de tratar de comunicar puede ser crucial para manejarlo de manera efectiva y constructiva.

3. Para controlar o castigar. En esta categoría se incluyen la reactuación de traumas, regateo y los pensamientos mágicos (si me lastimo, entonces lo malo que me puede suceder no sucederá), proteger a otros, y auto-control. El auto-control se sobrelapa en cierto sentido con la regulación de emociones; de hecho casi todas las razones para auto-lesionarse enlistadas tienen un esfuerzo de influir sobre el control de uno mismo.

En general la gente que se auto-lesiona no llegó a desarrollar tres capacidades importantes:

- la habilidad de tolerar emociones fuertes
- la habilidad de mantener un sentido de auto-valoración
- la habilidad de mantener la sensación de conexión con otros

3.4 Adicciones

Actualmente el consumo de drogas en México, al igual que en diversas partes del mundo, se ha vuelto un problema cada vez más evidente y difícil de combatir, por las múltiples causas que lo ocasionan e intereses que lo mantienen.

Muchos adolescentes utilizan las drogas por placer, curiosidad, excitación, reducción o eliminación de tensiones o del aburrimiento, para ascender de categoría a los ojos de los compañeros, introducirse en un ambiente de juega y

de baile, como medio de aumentar el rendimiento o estar en condiciones de afrontar problemas.

El abuso de drogas puede influir negativamente en el rendimiento escolar y universitario, producir problemas de salud, provocar accidentes de tráfico y dañar las relaciones sociales y personales. Es más, el abuso de drogas está relacionado con los trastornos de conducta, la delincuencia y el desempleo (Nicolson y Ayers 2002).

Con respecto al abuso de estas sustancias, hay diversos factores de riesgo, como edad a la que se probó, problemas conductuales en la escuela, fracaso escolar, baja autoestima, estilo de vida convencional, consumo de padres y hermanos, relaciones negativas con los padres, comportamiento inadecuado de los padres (incoherencia y atención insuficiente), presión de los compañeros e imitación.

Por lo tanto, esto ha presentado un motivo de gran preocupación para la mayoría de la gente, ya que cada día, tanto la demanda de drogas como la cifra de consumidores, van en aumento (Soria, Montalvo y González, 2004).

Nicolson y Ayers (2002) contemplan el abuso de drogas como un resultado de influencias e interacciones familiares negativas. El rechazo de los padres, las actitudes permisivas de los padres con respecto a las drogas, las de carácter punitivo y autoritario y el consumo de drogas por parte de los hermanos mayores, contribuyen al consumo abusivo de los adolescentes.

Por otro lado, Massun (1991; en: Soria, Montalvo y González, 2004) señalan que los términos droga y fármaco son nombres genéricos que se designan a cualquier sustancia que al ser introducida en el organismo vivo produce alteraciones en su estructura o funcionamiento normales (cambios físicos y/o mentales).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define farmacodependencia como “un estado psíquico, y algunas veces también físico, resultado de la interacción entre un organismo viviente y un fármaco, y que se caracteriza por respuestas conductuales y de otros tipos, provocando siempre una compulsión para procurarse el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, y algunas veces para evitar el malestar o molestias que son producto de una ausencia. Puede o no surgir la tolerancia. Una persona puede mostrar dependencia hacia varias drogas”.

El apoyo que se ofrezca a las personas con problemas de drogadicción no debe ser sólo de índole individual, sino que se tiene que contemplar el contexto de factores o circunstancias que rodean al individuo que, de alguna manera influyente, están incidiendo en su comportamiento.

Así, cabe señalar la importancia del contexto familiar, dentro del cual el individuo adquiere sus primeras experiencias sociales a partir de su interacción con los demás sistemas como la escuela, las amistades, etc. La familia proporciona al individuo valores y normas necesarias para poder relacionarse con los demás; moldea en gran medida su comportamiento y por ello no puede dejar de lado el análisis de este contexto.

Browen (1974; en: Soria, Montalvo y González, 2004) explica que, en los casos de alcoholismo o drogadicción, se ha encontrado un nivel alto de ansiedad en la familia; la ingesta aparece como el síntoma que puede producir ansiedad en las relaciones familiares. Además el autor menciona que ante el incremento de ansiedad familiar aumenta la adicción del miembro sintomático, quien responsabiliza a los demás de sus problemas; a su vez, éstos reaccionan con mayor ansiedad, situación que rebota en el adicto, quien, al sentirse mal, ingiere alcohol o alguna otra droga, según el caso.

Por su parte, Haley (1979; en: Soria, Montalvo y González, 2004) ejemplifica la aparición de un síntoma (como podría ser la drogadicción o el alcoholismo) con la presencia de triangulaciones patógenas en la familia. Él habla de que cuando entran en conflicto tres personas, una de generación diferente (padre-madre-hijo, por ejemplo), ésta establece una coalición con alguno de los padres y en contra de la tercera (padre-madre-hijo, poniendo un ejemplo). Esta forma de relación es negada; por ello, el sistema se vuelve patológico y es probable que aparezca un síntoma.

Asimismo Stanton y Todd (1999) mencionan que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus padres o padres sustitutos. Estas personas forman un sistema íntimo, interdependiente, interpersonal. Por momentos el equilibrio de este sistema interpersonal es amenazado como cuando una discordia entre los padres llega al extremo de una separación inminente. Cuando ello ocurre, el adicto se activa, su conducta cambia, y crea una situación que dramáticamente concentra la atención sobre él. Esta conducta puede cobrar diversas formas. Por ejemplo, el adicto tiene un ataque de furia, llega a casa drogado, comete un delito serio o sufre una sobredosis. Sea cual fuera la forma, este acto permite a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental. En efecto, el movimiento va de una interacción triádica inestable a una interacción triádica más estable.

El advenimiento del ciclo adictivo se produce a menudo en la adolescencia y se intensifica cuando el adicto manifiesta su intención de abandonar el hogar. Esta etapa evolutiva anuncia tiempos difíciles para la mayoría de las familias y requiere que los padres reelaboren su relación, una relación que no incluirá a este hijo. No obstante, como los padres del adicto son incapaces de relacionarse entre sí satisfactoriamente, la familia reacciona con pánico cuando la integridad triádica sufre una amenaza. Así, este autor expone que la mayoría de las familias de adictos se estabilizan o atascan en esta etapa evolutiva, de tal modo que el adicto

permanece íntimamente ligado a ellos de una manera crónica (Stanton y Todd, 1999).

Además de esta estrecha vinculación con el hogar, su incapacidad para separarse y adquirir autonomía puede cobrar varias otras formas:

- ❖ Incapacidad para desarrollar relaciones íntimas y estables fuera de la familia.
- ❖ Incapacidad para una actividad laboral o estudiantil, o cualquier otra actividad apropiada a su edad.
- ❖ Obtención de un empleo por debajo del nivel de sus aptitudes.
- ❖ Transformación en adicto.

Retomando el ciclo vital de la familia, una de las etapas de las cuales se han hecho estudios es sobre la etapa de padres con hijos jóvenes adolescentes. Para esto Haley (1943; en: Sánchez, 1991) en su obra "trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar" expone una manera de hacer terapia con las familias que se encuentran atoradas en la etapa en que los hijos sueltan, amarran y se liberan del hogar. La terapia que propone está destinada a aumentar el poder y la autoridad de los padres con respecto al joven problemático. Durante esta etapa se presentan una gran gama de problemáticas, ya que los jóvenes andan en busca de su propia identidad, y una de las problemáticas que pueden presentar debido a la gran información y estrés durante esta etapa son las conductas autodestructivas.

CAPÍTULO 4.

INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

Se sabe que la familia es el principal contexto en el que se desarrolla el adolescente, si ese contexto cambia, cada miembro del sistema familiar (incluido el joven adolescente) podrá desplegar nuevas pautas de conducta más funcionales. Por consiguiente, en la terapia familiar no se contempla a la familia como un estorbo externo del que el terapeuta deba desplazarse, sino como un recurso que es preciso potenciar para facilitar el restablecimiento del adolescente. Para hacer funcional al sistema, es necesario que la familia tome conciencia de que también forma parte del tratamiento, a continuación se describirá más acerca de la terapia familiar como tratamiento para las conductas autodestructivas en los adolescentes.

4.1 Terapia Familiar como alternativa de intervención en conductas autodestructivas

La terapia familiar sistémica es una alternativa para abordar los problemas psicológicos de manera familiar. Esta terapia y como se ha venido explicando a lo largo de este trabajo, parte de la idea de que algunas interacciones familiares se correlacionan con la aparición de un síntoma (como pueden ser las adicciones, trastornos alimenticios, autolesiones, etc.) en uno de sus miembros; síntoma que funciona como mecanismo homeostático de las relaciones familiares y que pone de manifiesto que existe una disfuncionalidad, que tal vez tenga algo que ver con el crecimiento de todo el sistema.

Asimismo, Fishman (1990; en: Soria, Montalvo y González, 2004) estima que la terapia familiar sistémica es un enfoque adecuado para ayudar a los

adolescentes y a sus familias a superar los problemas que implican enfrentarse a una difícil etapa del ciclo vital como es la adolescencia.

La terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera “portador” de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo constituya generando a su vez otra conducta sintomática (Ochoa, 1995).

Esta terapia, la terapia familiar, surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación; Taschman (1980; en: Ochoa, 1995), señala cómo Bell reivindica su protagonismo en acuñar el término “terapia familiar” para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento.

Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones pendientes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a algunos miembros de la familia y más tarde a toda ella, sus tratamientos se orientarán a cambiar dichas variables.

Así, la terapia familiar es considerada como el tratamiento que se imparte a grupos de familias, cuyo objetivo es cambiar la forma en la cual funciona ésta, es

decir, modificando patrones de comunicación, de relación, los roles y las reglas que se establecen entre los miembros que la integran, contemplando a este grupo como un todo (López, 1995).

A continuación se describirán los conceptos que componen las siguientes teorías con la finalidad de entender las bases conceptuales de las que parte la terapia familiar sistémica. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy 1954; en: Pérez, 1994), (b) la Cibernética (Wiener 1948; en: Pérez, 1994) y (c) la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson 1967; en: Pérez, 1994).

4.2 Conceptos de la Teoría General de Sistemas

La teoría general de los sistemas fue propuesta por Von Bertalanffy en 1938, conceptualizando al organismo como un todo integrado por varios elementos, es decir, “todo organismo es un sistema, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas” (Andolfi 1977; López 1995). Esta condición básica puede ser aplicada a cualquier fenómeno físico así como a mecanismos biológicos.

- ❖ Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Ejemplo: Hay miles de ejemplos de sistemas en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia. Entre ellos, la familia es el caso que nos ocupa en este trabajo.
- ❖ Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Ejemplo: Hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Aun así, una reacción química en un tubo de ensayo herméticamente sellado sería un caso de sistema (relativamente) cerrado.

- ❖ Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Ejemplo: Todos los seres vivos (y agregados de ellos) son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno.
- ❖ Totalidad o no sumatividad: "El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes" (Feixas y Miró 1993; en: López 1995). Ejemplo: La independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).
- ❖ Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.
- ❖ Equifinalidad: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Ejemplo: Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

4.3 Conceptos de la Cibernética

La cibernética se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas; con la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas ratificales como entender sistemas naturales (Pakman y Heims 1991; en: Eguiluz 2004).

- ❖ **Feedback:** En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo). Ejemplo: Una pareja presta especial atención (feedback positivo) a su hijo adolescente cuando éste manifiesta una actitud opositiva. De esta forma, consciente o inconscientemente, favorecen el mantenimiento de la actitud opositiva. Sin embargo, le ignoran o reprenden (feedback negativo) cuando plantea temas con connotaciones sexuales, corrigiendo así al sistema en cuanto a su desviación de un parámetro del tipo "en esta familia no se habla de sexo".
- ❖ **Homeostasis:** Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo. Ejemplo: El incremento de la intensidad de las discusiones entre una pareja parental puede ser detenido por la demanda de ayuda de un hijo sintomático (por ejemplo, mediante la manifestación aguda del síntoma). De esta forma, el feedback negativo que proporciona el síntoma mantiene la organización del sistema familiar, impidiendo que las discusiones entre la pareja parental alcancen un punto de ruptura.
- ❖ **Morfogénesis:** Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. Ejemplo: Los miembros de una familia apoyan activamente la decisión de una hija adolescente de marchar un año al extranjero por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.

4.4 Teoría de la comunicación

Watzlawick, Helmick y Jackson (1971; en: Pérez, 1994) en la teoría de comunicación humana, plantean que la mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos no como individuos sino como personas que se comunican con otras personas.

- ❖ Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. Ejemplo: El silencio tenso y la mirada perdida de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debido a ella) transmiten una gran cantidad de información: "no me interesas", "no estoy de humor para entablar conversación", "prefiero ignorarte".
- ❖ En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor. Ejemplo: El mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero). En este sentido, "¿Podrías cerrar la puerta, por favor?" transmite la misma información en el nivel digital, pero muy diferente en el nivel analógico.
- ❖ La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto. Ejemplo: Una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta sonsacarle

información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Obviamente, la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para gestionar su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.

- ❖ Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. Ejemplo: Una pareja puede basar su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional" versus "emocional". Si esta complementariedad se rigidifica puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

De esta manera y dentro de la terapia familiar sistémica existen una gran variedad de modelos como la terapia centrada en las soluciones, la terapia sistémica del grupo de Milán, la terapia estratégica y la terapia estructural, por mencionar algunas; pero en específico la terapia estructural es la que se describirá a detalle ya que tiene como objetivo principal a la familia y, de acuerdo con este trabajo, la familia es el principal contexto en el que se desarrolla el adolescente, si ese contexto cambia, cada miembro del sistema familiar (incluido el joven

adolescente) podrá desplegar nuevas pautas de conducta más funcionales. Por consiguiente, este modelo terapéutico no contempla a la familia como un estorbo externo del que el terapeuta deba desplazarse, sino como un recurso que es preciso potenciar para facilitar el restablecimiento del adolescente. Es por ello que sólo se describirá este modelo.

4.5 Terapia estructural

El modelo estructural de terapia familiar ha sido desarrollado por Salvador Minuchin, quien ha tenido una trayectoria importante a lo largo de sus más de 50 años de terapeuta. Minuchin es médico psiquiatra; nació en Argentina en 1921 en el marco de una familia judía. Emigró a Estados Unidos al inicio de la década de los sesenta. A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Minuchin 1967, Minuchin 1978; en: Eguiluz, 2004).

El abordaje de estos problemas desde una perspectiva sistémica dio un giro a su definición y tratamiento, por ejemplo, en cuanto a la inclusión del contexto y a la atribución de responsabilidad compartida entre los miembros sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma. Desde la perspectiva estructural sistémica (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participaban en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar (Eguiluz, 2004).

En la acción clínica es importante considerar el papel que el terapeuta asume en el sistema terapéutico, ya sea al unirse con la familia a través de estrategias de coparticipación, o bien interviniendo a través de movimientos de

reestructuración y reencuadre y, al mismo tiempo, desafiando la visión que tiene la familia de su situación. Según Hoffman (1987, en: Eguiluz 2004), de gran importancia terapéutica es la inclusión del terapeuta, por Minuchin, como intruso activo, que cambia el campo de la familia con su sola presencia.

Por otro lado, la postura de Minuchin representa una postura optimista acerca de las posibilidades del cambio, si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos. También encontramos aportaciones importantes de Minuchin con referencia a la discusión del concepto de familia y su diversidad: se plantea a la familia en continuo movimiento al tomar en cuenta sus procesos de desarrollo, tanto a nivel de las pautas transaccionales como de las construcciones de la realidad que conectan con las experiencias familiares. Esto también se ve reflejado en la simplificación del sistema familiar nuclear a la familia extendida como parte importante en las relaciones; a través de su trabajo en comunidades diversas, Minuchin señala las formas como se complejizan los contextos involucrados, conectando las conductas, la estructura familiar y las construcciones acerca de la realidad que se relacionan continuamente con lo que ocurre en el sistema.

Eguiluz (2004), menciona que en los diferentes textos de Minuchin se plantean casos en los que el análisis sistémico estructural no se limita a la familia sino también a los contextos institucionales y del ámbito psicosocial con los que interactúan, dando una visión de totalidad. A lo largo de sus escritos señala la importancia de incluir los distintos niveles del ecosistema, donde vemos también la relación de la diversidad cultural y las premisas con las personas enfrentan situaciones problemáticas, que nos llevan a comprender la complejidad de las interacciones de los sistemas involucrados.

Recientemente, Minuchin (2002; en: Eguiluz 2004) señaló que él se considera a sí mismo como un terapeuta estructural (estratégico) narrativo. Esto

implica que, además de reconocer como marco explicativo de lo que ocurre en la familia a la estructura y al mismo tiempo, como foco de evaluación e intervención de la acción terapéutica, también recalca el papel del terapeuta como parte integrante del sistema que mantiene una postura de unión y acomodamiento en la que puede moverse dentro y fuera del sistema según los requisitos de su acción con la familia. Minuchin da mucha importancia a las construcciones que tiene la familia acerca de la realidad, a la forma en cómo estas construcciones han influido sobre las experiencias de la familia a través de varias generaciones, por lo que insiste también en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas para tratar con la familia de coconstruir narrativas alternativas.

El trabajo de Minuchin muestra una importante integración de la teoría, la práctica clínica, la investigación y la atención comunitaria. Además, ha logrado sistematizar y difundir sus ideas y hallazgos teóricos y metodológicos, de manera que los profesionales del campo clínico, ya sea los que se han especializado, o bien los que actúan en diferentes ámbitos como promotores de salud, han podido comprender, aplicar y evaluar sus propuestas (Eguiluz, 2004).

Minuchín intenta modificar la organización de la familia, de tal manera que cuando el terapeuta coparticipa con el grupo familiar, incida o tenga que ver, de alguna forma, con los cambios en las posiciones de este grupo, es decir el contexto inmediato en el que actúan los miembros de la familia; esto a su vez contribuye a que se generen cambios en las percepciones de cada integrante del sistema (Soria, Montalvo y González, 2004).

Para Minuchín (1992; en: Soria, Montalvo y González, 2004) la estructura familiar es “el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. De acuerdo con esto, considera que la familia es un sistema que opera a través de pautas transnacionales, los cuales, al repetirse, establecen reglas y patrones que le dan estructura al sistema,

definiendo toda una gama de conductas y facilitando una interacción recíproca entre sus integrantes.

Minuchín (1992; en: Soria, Montalvo y González, 2004) destaca algunas formas de interacción en el sistema familiar que conforman su estructura: límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, centralidad, periferia e hijos parentales.

Este autor considera que para que cada uno de los subsistemas exista y lleve a cabo de manera satisfactoria sus funciones, es necesario que estén protegidos por barreras invisibles llamadas límites; las cuales define como: “el conjunto de reglas o normas que designan quiénes participan y de qué manera lo hacen en un subsistema determinado; es decir, definen los roles que tendrá cada uno de los miembros en relación con los otros. También sirve para proteger la diferenciación del sistema y subsistema familiares.

Los límites internos se identifican por las reglas que imperan entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el ambiente externos a ella, como por ejemplo otras familias y grupos sociales. Existen tres tipos de límites:

- a) Claros: son aquellos que pueden definirse con precisión permitiendo a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias, así como el contacto con otros sistemas.
- b) Difusos: hacen referencia a que los miembros de la familia no saben con precisión quién debe participar, cómo y en qué momento; hay una falta de autonomía entre los miembros del sistema: se aglutinan, manifestando excesiva “lealtad” entre ellos, y hay invasión de subsistemas.
- c) Rígidos: son las reglas que caracterizan a los subsistemas como desligados, cuando los miembros de la familia son demasiado independientes sin mostrar lealtad ni pertinencia.

Para Minuchín (en: Soria, Montalvo y González, 2004), la presencia de límites difusos o rígidos indica la posibilidad de presencia de problemas psicológicos en algún o algunos de los miembros del sistema.

El concepto de jerarquía consiste en la autoridad o poder que se le reconoce a una persona dentro de la familia, lo cual permite el cumplimiento de roles y funciones.

Las alianzas son la unión de dos o más miembros de la familia con el fin de apoyarse sin estar en contra de alguien.

Las coaliciones significan el apoyo que se establece entre dos o más miembros de la familia para estar en contra de otro.

También en la estructura familiar pueden observarse relaciones que hacen referencia a la centralidad; el miembro central es aquel en el cual gira la mayoría de las interacciones familiares, puede ser por el reconocimiento de aspectos positivos de la persona central, o por características negativas.

El miembro periférico es quien interactúa lo menos posible con los demás del sistema familiar.

Se habla de que hay un hijo parental cuando el sistema familiar a éste le asigna el rol de alguno de los progenitores.

Para Minuchín (1992; en: Soria, Montalvo y González, 2004), la familia habrá de presentar límites claros, tanto al interior como al exterior del sistema, así como la mayor jerarquía compartida por los padres; alianzas y centralidad positiva alternadas entre todos los miembros del sistema. No debe haber coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales; de lo contrario se posibilita la disfuncionalidad de la estructura familiar y la aparición de un síntoma

en alguno de los miembros de la familia. Como por ejemplo Miccucci (2006) menciona que cuando en el sistema familiar se presentan conductas como agresividad, delincuencia y otras conductas autodestructivas, representan una ruptura en la relación del adolescente con su familia.

Así se tiene que cuando más desafía el adolescente las reglas y restricciones parentales, más intentan sus padres controlarlo. Estos intentos de control intensifican en el joven la sensación de humillación y exacerbando el problema, ya que el adolescente se siente aun más maltratado e incomprendido y tiende a unirse más con sus padres desviados.

La lucha de poder aumenta hasta que la relación del joven con sus padres sufre una separación precipitada y con frecuencia irremediable: el adolescente abandona a la familia huyendo de su hogar o independizándose antes de tiempo.

De esta manera Miccucci (2006) considera que la clave de una buena intervención consiste en quebrantar este ciclo trabajando para reestablecer las relaciones dentro de la familia. El enfoque debe equilibrar el rol de los padres como figuras autoritarias y capaces de brindar una buena educación a su hijo.

En la intervención terapéutica de familias, Fernández y Turón (2004) mencionan que para obtener resultados satisfactorios, se deben tratar los siguientes aspectos básicos:

1. La participación activa de la familia en las decisiones terapéuticas: los miembros de la familia deben asumir el papel del coterapeuta o copaciente, con el propósito de crear una alianza positiva entre la familia y el terapeuta que facilite el proceso de cambio.
2. La información exhaustiva sobre el tratamiento y el trastorno: un método muy útil para esta cuestión son los grupos de padres, porque contribuyen a la discusión libre.

3. La valoración del funcionamiento familiar: todos los miembros de la familia deben estar de acuerdo en las prescripciones del tratamiento para que todos vayan al unísono en la misma dirección y evitar el fenómeno de la negación del trastorno (Vndereycken y cols, 1989; en: Fernández y Turón 2004).

Dentro del modelo estructural se utilizan una variedad de técnicas y estrategias terapéuticas donde la intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión, haciéndose difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención. En este sentido, es notorio que el terapeuta se interesa desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio (Ochoa de Alda, 1995).

4.5.1 Técnicas y estrategias terapéuticas.

En la técnica de cambio este se produce cuando una familia se equilibra sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico.

Conceptuando el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, un desequilibrio, en la estructura familiar. Se supone que la consiguiente transformación estructural permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales. La crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de la técnica del desafío, mediante la cual el terapeuta cuestiona la estructura exhibida por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los antiguos disfuncionales.

4.5.2 Metas y estrategias terapéuticas

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. Por otro lado, las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar (Minuchin 1978; en: Ochoa de Alda, 1995).

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, algo que es importante ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia. En la posición de cercanía se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta el sufrimiento y la tensión familiar y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. Existen tres modos de confirmar como lo son: a) constatar un estado afectivo (se le ve preocupado), b) describir una interacción familiar (cuando usted habla él permanece callado), c) enunciar un rasgo negativo de un miembro, al tiempo que se le absuelve de responsabilidad por esa conducta, por ejemplo decir parece demasiado infantil, ¿cómo hacen tus padres para conservarte tan pequeño?. En esta posición, el terapeuta corre el riesgo de quedar preso en las reglas de la familia, por lo que deberá tener la capacidad de desprenderse de ellas. En la posición intermedia, denominada rastreo, el terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando con su atención a que la familia cuente lo que pasa, al mismo tiempo que redefine las interacciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca. En tercer lugar, cuando asume una posición distante adopta una postura de neutralidad emocional. Así se convierte en observador de la cosmovisión familiar y del modo en que cada persona encuadra su experiencia, lo cual le permitirá ajustarse a estos constructos cognitivos para promover el cambio apoyándose en ellos.

4.5.3 Técnicas de intervención

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como el desafío (la exageración, ridiculización y desautorización de patrones transaccionales), la reestructuración y la modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas para casa. Se utilizan redefiniciones, connotaciones positivas y tareas directas y sólo ocasionalmente intervenciones paradójicas.

4.5.3.1 Desafío

Es una técnica compleja que se despliega en tres fases: escenificación, focalización e intensificación (Minuchin 1984; en: Ochoa de Alda, 1995).

1. Escenificación de una pauta disfuncional, permite alcanzar tres objetivos: a) establecer una fuerte alianza terapéutica; b) definir a toda la familia como un sistema disfuncional; c) el clínico puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

El procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida qué aspectos del patrón disfuncional observado intentará cambiar. Después pide a los integrantes del sistema familiar que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia, e interviene aumentando su intensidad y/o duración. Finalmente, propone modalidades diferentes de interacción con objeto de obtener información predictiva sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio y con objeto de alterar las pautas disfuncionales.

2. Focalización, la localización implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar. El tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.
3. Intensificación, en ocasiones, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Es necesario, por tanto, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por reglas del sistema.

El mensaje que el terapeuta necesita introducir en el sistema familiar para provocar la crisis, gana intensidad si se recurre al humor, la exageración y el cambio in situ. Normalmente se hace necesario repetir varias veces el mensaje en el plano estructural y en el del contenido.

4.5.3.2 Técnicas reestructurantes

Son recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar, de los cuales los más importantes son la fijación de límites, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad.

1. Fijación de límites. Con cada intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy porosos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

El terapeuta puede cambiar los límites del sistema familiar haciendo que exista mayor acercamiento y contacto entre individuos y/o subsistemas, o aumentando la distancia existente entre los mismos. La distancia puede ser tanto física como relativa al grado de implicación entre los miembros.

2. Desequilibrio. Su finalidad es modificar la jerarquía familiar, para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas. En el primer caso el terapeuta puede apoyar a un miembro periférico o de posición inferior o aliarse con un miembro dominante para crear un desequilibrio que extreme la posición y provoque una respuesta cuestionadora del resto de la familia. En la segunda situación las personas ignoradas pueden rebelarse y reclamar una coalición de los demás componentes de la familia contra el clínico, favoreciendo un realineamiento de las jerarquías familiares. Por último, el terapeuta puede coaligarse con el subsistema parental en contra del subsistema filial, con lo que estimula la unión de los padres entre sí y la destriangulación de los hijos.

El aprendizaje de la complementariedad. Se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de demostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta (Minuchin 1984; en: Ochoa de Alda 1995).

3. Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma, aportando datos de que la conducta sólo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.

4.5.3.3 Técnicas de cambio de visión

Afectan a la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma, para lo cual es preciso configurar nuevas modalidades de interacción entre ellos mediante técnicas como: la modificación de los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la identificación de las facetas fuertes o competentes de la familia.

1. Modificación de los constructos cognitivos. El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, representando una visión del mundo diferente. Se presume que la modificación del sistema familiar de creencias facilitará el necesario cambio conductual.
2. intervenciones paradójicas. Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Para elaborar la intervención paradójica el terapeuta pone en relación la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera las consecuencias negativas que tendría para el sistema la eliminación del síntoma y finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitarlas. Por tanto, podemos afirmar que una prescripción paradójica se compone de tres técnicas: la redefinición, la prescripción de la secuencia sintomática y la restricción. Una vez definido en términos positivos, el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. En segundo lugar, se considera que cuando la secuencia sintomática se escenifica de manera consciente, obedeciendo a la prescripción terapéutica, pierde el poder que tenía para producir el síntoma porque implica la posibilidad de un control voluntario. Por último después de los dos pasos anteriores, el terapeuta pide a la familia que por el momento no cambie, con la intención de que lo haga.

3. Las facetas fuertes. Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas, para que los miembros las apliquen en la resolución de problemas. El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y no que sus miembros se ajusten a una familia ideal, lo cual crearía una mayor dependencia del terapeuta, impidiéndole generar sus propios recursos y estableciendo un juego de poder y resistencia en la terapia (Ochoa de Alda, 1995).

Por otro lado, uno de los desafíos más importantes a la hora de trabajar con familias de adolescentes rebeldes es resistir el deseo de controlarlos. Sin dejar de prestar atención a la conducta sintomática, el terapeuta debe ir más allá del síntoma (por grave que sea), centrarse en los problemas cíclicos subyacentes y tratar de quebrantar estos patrones presentando a los mismos miembros de la familia nuevas formas de interactuar unos con otros. La terapia debe equilibrar los esfuerzos por establecer o restablecer una jerarquía parental en dificultades con los intentos de estimular a los padres a brindar a su hijo una crianza y apoyo acordes con su edad. Por eso el terapeuta debe moverse con frecuencia entre el apoyo a los padres y el apoyo al adolescente, el fortalecimiento de la jerarquía y la reparación de las relaciones dañadas.

Por su parte para Fishman (1996; en: Miccucci 2006) las principales variables que se deben tomar en cuenta para el trabajo con familias como son: el grado de adaptación a la etapa del ciclo vital evolutivo en la que los hijos empiezan a alejarse de los padres, la historia individual y familiar, la estructura de la familia, los patrones de interacción familiar disfuncionales, así como las relaciones con el grupo de amigos y con las instituciones.

Los antecedentes históricos permiten conocer la cronicidad y gravedad del problema, se pregunta en torno al problema que motiva la consulta: en qué consiste, cuando y cómo surgió, y de qué forma han tratado de resolverlo.

La estructura comprende pautas transaccionales relativamente duraderas. Dichas pautas ordenan y organizan los subsistemas familiares en relaciones más o menos constantes (alianzas y coaliciones) que cambian paulatinamente según la etapa evolutiva que atraviesa el sistema familiar. Con el objeto de conocer la estructura, el terapeuta evalúa: las habilidades de los integrantes del grupo familiar para enfrentar las correspondientes tareas del inicio de la emancipación; las transiciones que manifiestan en su presencia; el tipo de límites entre los subsistemas; el reparto de poder; las disponibilidad familiar para el cambio; los factores de apoyo y recursos intra y extrafamiliares. Sin embargo, el modo de combinar estos elementos dependerá de la gravedad de la conducta problemática en cuestión.

Las conductas autodestructivas adolescentes suelen agruparse, de modo que la presencia de una de ellas tiende a pronosticar la aparición de otra (Jessor y Jessor, 1977; en: Miccucci 2006). Miccucci (2006) menciona que las conductas dañinas que los adolescentes presentan pueden clasificarse en leves, moderadas o graves según su variedad y frecuencia, así como el potencial de daño para el adolescente y los demás.

Cuando la conducta problemática es leve, es posible que el adolescente ponga a prueba los límites transgrediendo reglas o mostrándose verbalmente irrespetuoso con sus padres. Sin embargo, también hay muchos ejemplos de comportamiento obediente y prosocial y no se registran incidentes de violencia contra la propiedad o las personas.

Cuando la conducta problemática es moderada, el adolescente mostrará un patrón más persistente de rebeldía en ciertas áreas. Es probable que consuma alcohol o drogas con regularidad.

Las conductas problemáticas graves incluyen la posibilidad de serios peligros ya sea para el adolescente o su familia. Es posible que se presente un patrón de huida del hogar, permanecer toda la noche fuera, consumo frecuente y/o

múltiple de drogas, problemas legales, robo a los integrantes de la familia o violencia física.

Para Miccucci (2006) la clave de intervención eficaz en casos de problemática leve consiste en pedir a la familia resolver los conflictos relacionados con ese comportamiento, ya que puede suceder que los padres no tengan una respuesta coherente o unificada frente a la conducta problemática; con la concentración exclusiva en el objetivo de darles autoridad, se corre el riesgo de minimizar los puntos fuertes del adolescente y otros integrantes de la familia. Es preciso, por el contrario hacer hincapié en fortalecer relaciones, fomentar el diálogo, mejorar la resolución de conflictos y ayudar a los padres a brindar al joven líneas rectoras adecuadas para su edad. Lo aconsejable es centrar la atención en lo que la familia hace bien, dejar de focalizarse en la conducta problemática y poner el comportamiento del adolescente en el contexto de las transiciones evolutivas a las que se enfrenta la familia.

Intervenciones clave en el caso de conductas autodestructivas leves:

- ❖ El objetivo no es fortalecer la jerarquía parental.
- ❖ Centrarse en el fortalecimiento de las relaciones, la mejora del diálogo y la capacidad de resolución de problemas y el apoyo a los padres a fin de que brinden al joven líneas rectoras adecuadas para su edad.
- ❖ Basarse en lo que la familia hace bien.
- ❖ Poner la conducta problemática en el contexto de las transiciones evolutivas a las que se enfrenta la familia.
- ❖ Expandir el diálogo más allá de la cuestión problemática inmediata.

Es importante ampliar el diálogo a otros temas más allá del problema en cuestión. Seguramente será necesario ayudar a la familia a negociar las reglas y consecuencias para el hogar, pero si las discusiones se limitan a estos asuntos se

deduce que la desobediencia del adolescente constituye el principal problema familiar. De hecho, el surgimiento de una conducta problemática leve en un joven que en otros aspectos muestra un desarrollo normal, indica con frecuencia que la familia tropieza con dificultades para enfrentar una transición evolutiva. Si el diálogo se limita a analizar los síntomas manifiestos de esa conducta, se perderá una oportunidad para ayudar a la familia a superar esa difícil fase evolutiva.

Cuando una conducta problemática se ha agravado al extremo de presentar rebeldía continua, hostilidad manifiesta hacia la familia o un patrón persistente de comportamientos potencialmente peligrosos (por ejemplo, consumo frecuente de drogas), es preciso realizar intervenciones más decisivas. En estos casos, las intervenciones familiares suelen girar en torno de enfrentamientos de todos contra todos acerca de la conducta del adolescente. Es probable que entonces se encuentren implicados sistemas externos, como la escuela o la policía, y los padres quizá libren un conflicto entre sí y con estos sistemas sobre lo que debe hacerse con el joven. Este último se sentirá incomprendido y enajenado y redoblará los esfuerzos por reafirmar su independencia de una manera que no haría sino aumentar el afán de control de los adultos.

Cuando la conducta problemática alcanza este nivel de gravedad, es común que los intentos de controlar al adolescente reemplacen los esfuerzos por mantener con él una relación acorde con su edad. Contrariamente a lo que ocurre en los casos de conducta problemática leve, donde la conducta en cuestión es la excepción y no la regla, el riesgo de daño físico es mínimo y los miembros de la familia mantienen relaciones positivas entre sí; en los casos de gravedad moderada las interacciones familiares se ven dominadas por el problema. La ira y la frustración impregnan la familia. Cuando más ineficaces son los padres para enfrenar al adolescente, más se deteriora su autoridad, en un ciclo que se repite una y otra vez. La participación de otros sistemas (la escuela, las autoridades legales, etc.) refuerza los sentimientos parentales de fracaso. El terapeuta no debe dejar de considerar la frustración vivida por los padres, pero es imperioso tener en

cuenta que el joven también experimenta intensos sentimientos de alienación y abandono.

En estos casos, el principio central de la intervención es lograr que los esfuerzos parentales dejen de estar dirigidos a controlar al adolescente y se orienten a reconstruir su relación con él. Esto no es tarea fácil, ya que la conducta del joven induce respuestas controladoras de los padres. Es comprensible que estos se nieguen a renunciar a su último vestigio de control sobre un joven que parece dispuesto a autodestruirse. Probablemente estén convencidos de que su hijo está fuera de control y necesita que ellos le impongan límites más firmes por su propio bien (Miccucci, 2006).

Intervenciones clave en el caso de conductas autodestructivas moderadas:

- ❖ Desalentar los métodos de ejercer influencia basados en el control.
- ❖ Poner énfasis en el compromiso emocional de los padres con el adolescente.
- ❖ Ayudar a los padres a distinguir entre lo que pueden y no pueden controlar.
- ❖ Mantener una alianza con el adolescente.
- ❖ Reconocer los estereotipos y prejuicios sociales contra los adolescentes.

Con frecuencia, los padres ya han intentado razonar con su hijo. Al fracasar en el intento, recurren tal vez a métodos más autoritarios, como gritarle, humillarlo o imponerle castigos físicos. En otras ocasiones, simplemente se resignan, abdican de su responsabilidad y se retiran derrotados. Ambas actitudes pueden incentivar el apartamiento del adolescente e inducirlo a relacionarse con pares desviados que se encuentren en una situación similar.

Por otra parte, en el caso de conductas problemáticas graves, el adolescente presenta un patrón de comportamientos disruptivos y potencialmente peligrosos. Los ejemplos incluyen huidas del hogar, consumo recurrente de drogas, robos graves o agresión física a otros integrantes de la familia. El joven no parece interesarse por las posibles consecuencias de sus actos para sí mismo o para los demás. Si asiste a terapia lo hace sólo bajo presión y durante la sesión participa poco o nada. Los padres se sienten impotentes y derrotados. Con frecuencia, están tan preocupados por la conducta de su hijo que les queda poca energía para todos los demás. Su vida ha quedado tan limitada que se hallan totalmente distanciados de sus amigos y de la familia extensa. Es posible que su hijo les inspire temor y sean capaces de cualquier cosa con tal de evitar el conflicto, aún cuando eso implique renunciar a ejercer su autoridad parental.

A continuación se exponen claves de intervenciones en casos de conductas autodestructivas graves:

- ❖ Reinstaurar el poder parental sin provocar el distanciamiento del adolescente.
- ❖ Lograr que el adolescente se comprometa con el tratamiento.
 - Demostrar un interés genuino por la versión que da el joven de la situación.
 - Encontrar una forma concreta de beneficiar al adolescente.
 - Unirse a la resistencia.
 - Solicitar una conducta al joven.
 - Invitarlo a colaborar.
 - No retenerlo.

- ❖ Ayudar a los padres a restaurar el orden en el hogar.

- Hacer borrón y cuenta nueva.
- Recuperar el control sobre su propia vida.
- Reducir el aislamiento respecto de la familia extensa y la comunidad.

- ❖ Hacer hincapié en su papel periférico.

- Comprometer a un padre periférico.
- Reconectar a la madre con el hijo.

- ❖ Fortalecer los lazos entre el adolescente y las instituciones sociales.

Por su parte Behar y Figueroa (2004) mencionan que en el caso de familias con una hija adolescente con anorexia y bulimia existe la posibilidad de internación, realizada bajo criterios médicos, que siempre es un evento de máxima intensidad emocional para la paciente y su familia. Los significados que le dan quedan marcados con fuego: angustia frente a la separación temporal, fracaso, castigo, victimización, a veces frustración después de haber tenido una expectativa de mejoría total. La intervención familiar, que debe estar estrechamente coordinada con las otras acciones que se realizan durante ese período, puede ser muy útil para que los eventos de la internación sean procesados por la familia de un modo diferente, lo cual facilita su colaboración al hacerla partícipe del tratamiento. Pero quizás el mayor beneficio es que permite que la familia y la adolescente tengan un sentido de continuidad entre la vida normal y el evento de la hospitalización, de modo que un evento que en alguna medida implica vivencias traumáticas, queda integrada en el curso vital con un sentido positivo, aunque doloroso, y la adolescente puede recoger una visión más compleja y positiva que ha sido elaborada por su familia, cuando ya está en condiciones de comprenderla y hacerla propia.

En un tratamiento ambulatorio, la terapia familiar permite construir y sostener un sistema que combina objetivos de cuidado y control externo de la hija (quién o quiénes y de qué forma se harán cargo de asegurar la alimentación) con objetivos de largo plazo.

Minuchin (1978; en: Behar y Figueroa 2004), en su trabajo con familias de pacientes anoréxicas, distinguió entre los objetivos de corto plazo (el logro de un peso estable) y aquéllos de largo (adaptación psicosocial). Por su parte, Russel (en: Behar y Figueroa 2004) diferencia tres fases de la terapia: centrada en el desorden alimentario, centrada en los conflictos familiares y finalmente una fase centrada en la autonomía de la adolescente y en la devolución de la responsabilidad a la familia. Partiendo de estos objetivos básicos, a continuación se explicarán los propósitos centrales de una terapia familiar motivada por un trastorno de la alimentación.

Se trata de conformar un sistema relacional protector, que asegure una alimentación suficiente (en forma ambulatoria o en una internación), mientras ésta no pueda ser asegurada de manera autónoma. En el trabajo terapéutico, se intenta lograr consistencia entre los adultos que se hacen cargo de la supervisión y buscar una forma de actuar que no refuerce las defensas de la hija. Es necesario transmitir a la adolescente claridad en cuanto a lo que se espera en relación a su alimentación y a qué aspectos serán supervisados y cuáles dependen solamente de ella.

Establecer un diálogo sobre la anorexia y su tratamiento, de manera que las dudas sobre el diagnóstico, la enfermedad individual, los factores familiares, los factores culturales y el pronóstico sean discutidas.

Flexibilizar los modos de relación, de manera que se movilicen las tareas evolutivas propias de la etapa en que transita la familia y que sea capaz de resolver los conflictos en otras áreas. Por otra parte, se trata de lograr una

progresiva simetrización de la relación padres-hija, acorde con la etapa de desarrollo de la adolescente o la joven.

Recuperar el curso del desarrollo adolescente: lograr mayor autonomía, mejoría en su autoestima y en su funcionamiento social. Se trata de que, a partir de los cambios en la relación hija-padres, la adolescente pueda reflexionar sobre sí misma, pueda incomodarse con sus síntomas y logre llegar a enfrenar los sentimientos de devaluación y la dependencia que ellos encubren.

Por otro lado, el terapeuta se alía con la parentalidad, que implica una asociación genuina con la visión de que la hija es el motivo de la terapia. Las redefiniciones relacionales del tipo “la familia es el problema” no sólo suelen estar acopladas con el sentimiento parental, sino que arriesgan minimizar los problemas que afectan el desarrollo individual de la hija en todas sus dimensiones y que ponen en riesgo su futuro.

Debe haber una alianza con la joven adolescente, en su ambivalencia o incluso explícita resistencia a asistir a una terapia. Se requiere una aceptación de los sentimientos negativos que eventualmente surgen hacia la terapia o hacia el terapeuta, y que suelen ser abiertamente expresados por la adolescente o joven. Estos sentimientos, en general, son mejor tolerados si la alianza del terapeuta con los padres es abierta, es decir, sin que intente convencer a la hija de que quiera asistir a la terapia.

Por otra parte y en todos los casos de conductas autodestructivas (adicciones, automutilaciones, anorexia y bulimia, etc.) en los adolescentes, el terapeuta se debe mostrar comprensivo hacia la difícil situación del adolescente, lo debe dejar hablar sobre las presiones que recibe de la familia, los conflictos y las exigencias. No obstante, el terapeuta no debe culpar a la familia. Su empatía se dirige hacia los efectos sufridos por el adolescente y su conexión se vincula sólo con los problemas que enfrenta (Stanton y Todd, 1999).

Se considera importante y muy provechoso brindar al adolescente un tiempo de sesión individual. El tiempo dedicado a la sesión individual puede emplearse para mejorar la relación con el adolescente, negociar los objetivos de los padres, establecer un objetivo distinto y conocer los privilegios que los adolescentes desean obtener de sus padres. De esta manera la información que el terapeuta recabe puede utilizarla para negociar un contrato complementario con los padres. Al ponerse del lado del adolescente, el terapeuta puede afianzar enormemente su alianza con el joven y ser un eficaz negociador intergeneracional para la familia (Selekman, 1996).

De esta manera, se considera que una familia requiere de una estructura para que pueda desempeñar sus tareas y posibilitar la individualidad de cada uno de sus miembros de pertenencia. La familia entendida como un sistema, no permanece estática, requiere de continuos cambios y procesos de acomodación, según las circunstancias que la rodean; en ocasiones mantendrá algunas pautas de interacción y en otras las rechazará.

Asimismo y en todos los casos, y también en los de internamiento, se seguirá atendiendo a la familia y no sólo al chico, porque no se le considera observadora pasiva de una cura sino partícipe fundamental cuya situación y cuya interacción es vital modificar.

La propuesta es transitar juntos la recuperación de todos, y rescatar lo que el grupo familiar puede aportar para renacer especialmente a uno de los miembros, alentar capacidades y planear el futuro. Al final del camino, cada uno podrá definir su lugar, su proyecto y sus necesidades (Crispo y Guelar, 2002).

En este sentido y así como es importante llevar una buena intervención terapéutica, saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento con las familias, es elemental saber cómo debe actuar el terapeuta, qué posición debe tomar, cómo se debe mover dentro de la terapia familiar, es decir, la forma que

uno considera más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno como psicólogo juzgue más apropiado para la intervención con las familias; a continuación se describe el papel del terapeuta en la terapia familiar.

4.6 Papel del terapeuta

La dirección y desarrollo de la terapia constituye una responsabilidad del terapeuta, que principia con la estrategia específica y con el establecimiento de objetivos claros dirigidos a la solución del problema en cuestión.

Como se pudo apreciar al principio de este capítulo, la terapia familiar tiene como objetivo establecer o restablecer el crecimiento de la familia, a través del cambio de su estructura. Durante la terapia se pone mayor énfasis en el presente, o sea en el “aquí y el ahora”, se busca que el cambio se produzca en forma breve, en un número reducido de sesiones.

La función del terapeuta es activa, flexible, y responsable. Junto con la familia en interacción, forman un nuevo sistema, el sistema terapéutico. Busca crear nuevas formas de interacción familiar con la ayuda de dicha entidad (Hernández y col. 1990; en: Cornejo, 1992).

El terapeuta participa activamente con la familia en el enfoque sistémico, no sólo como un modelo de comunicación resaltando las interacciones ocurridas en el momento presente, es decir, enfatiza el aquí y el ahora; sino también recogiendo la comunicación del cliente y usándola como un recurso. Por ejemplo: si hay un paciente, al que la familia o el grupo, han asignado como “introvertido y aislado”, el terapeuta puede decir que quizá, sea un chico listo y sumamente cuidadoso, que necesita conocer primero a la gente para saber si puede entregarle su confianza “abriéndose” ante ellos.

El terapeuta tendrá que dejar de considerarse como tradicionalmente se toma en otros modelos, como una figura experta dotada de particulares poderes de control sobre el desarrollo de la terapia, para aquí, formar parte del sistema terapéutico y participar de las reglas del sistema reconociéndolo, pero sin dejar que el grupo lo paralice, impidiéndole su labor transformadora, (Ackerman 1990; en: Cornejo, 1992).

El terapeuta debe evitar ciertos roles que la familia le asigna, esto forma parte del juego terapéutico, donde el terapeuta asume el rol y lo interpreta a la vez, se utiliza a sí mismo como metáfora relacional a fin de captar mejor las necesidades diferentes que cada cual espera satisfacer con él. El terapeuta sistémico posee creatividad flexibilidad y coherencia siendo un agente terapéutico activo, modulando las tensiones, angustias y las energías positivas o negativas.

El terapeuta debe estar preparado, para manejar el hecho de que la familia esté a la defensiva con respecto a él. El terapeuta no sólo observará a cada miembro de la familia y las relaciones existentes entre ellos, sino que además debe identificar qué miembros de la familia intentan ponerlo a él de su parte.

También observará el lugar que toman los participantes del grupo al sentarse, en algunos casos los miembros de la familia podrían revelar, con su colocación en el espacio del consultorio, la organización de ésta.

El terapeuta puede aclarar cuál es su posición en el asunto, diciéndoles, que tiene una idea del caso y de cuál es el problema, también puede comentar porqué pidió que se presenten todos los miembros de la familia y la importancia que tiene para él conocer que piensan sobre el problema cada uno de los miembros. La forma en que formule las frases dependerá del nivel cultural de la familia, pues esta información debe ser muy clara. Lo que dará pie para que el terapeuta comience a preguntar: ¿cuál es el motivo de su visita? Para que la persona más interesada, que probablemente sea la madre, responda y con esto

proporcione una reseña de la forma en que surgió el problema. Con lo que el terapeuta podrá preguntar acerca de lo que espera de él: “en que puede serles útil”, con lo que se les pide que piensen lo que el terapeuta puede hacer al respecto además de conocer sus expectativas y fantasías.

A lo largo del tratamiento el terapeuta tendrá que ser flexible, asumiendo la posición de experto cuando lo juzgue necesario o, en otros casos, manifestará ignorancia.

El terapeuta dentro del enfoque sistémico se sitúa como un intruso activo dentro de las relaciones familiares y de esta manera inicia a modificar activamente las pautas de las relaciones entre los miembros de la familia (Minuchín 1990; en: Cornejo, 1992). Es decir y como menciona Eguiluz (1991; en: Cornejo, 1992) un “líder seguidor”, lo que significa que el terapeuta muestra, en muchos casos, cómo hacer las cosas; pero también en forma flexible, es capaz de acoplarse al estilo del grupo dejándose guiar por ellos para conocerlos.

Es indudable que las técnicas son importantes, considerando que su manejo requiere: cuidar los detalles, poner atención al producto y a la relación entre el esfuerzo y los resultados. Para Minuchín (1990; en: Cornejo, 1992), el terapeuta debe ir más allá, no debe limitarse a ser un artesano, pues su contacto con los pacientes será objetivo, despejado, limpio, pero al mismo tiempo será superficial y por consiguiente no muy eficaz.

Para Minuchín (1990; en: Cornejo, 1992) el arte de la terapia consiste, en entrar en coparticipación con la familia experimentando su realidad con sus miembros, envolviéndose en las interacciones repetidas que son las que dan forma a la estructura familiar y que plasman el pensamiento sí como la conducta de las personas. Al mismo tiempo, el terapeuta debe instrumentar la coparticipación para poder convertirse en agente de cambio que obra dentro de las reglas familiares, con las modalidades de intervención que imperan sólo en

este sistema familiar, particular destinadas a producir un modo de vida diferente y más productivo.

El terapeuta sistémico no puede observar y sondear afuera, tiene que integrarse con, y en el, sistema familiar, haciéndose interdependiente. Lo que lo hará más eficaz como miembro de este sistema y, mientras responde a las circunstancias en armonía con las reglas de sistema, se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible, pudiendo observar activamente estando adentro y al mismo tiempo afuera.

De esta manera y finalmente, se puede decir que el éxito del tratamiento depende en gran medida de la capacidad de maniobra del terapeuta para que el cliente comunique información estratégica y para que éste le haga caso, llevando a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas.

A continuación se presentará un caso de anorexia y bulimia una de las conductas autodestructivas mencionadas en este trabajo, donde se permitirá ver cómo se trabaja, desde la terapia familiar sistémica, este tipo de conductas en los adolescentes, tomando como punto de intervención el modelo estructural descrito anteriormente. La fuente de donde se extrajo el caso es Espina y Borgoña (1996).

La paciente tiene 17 años acudió a consulta debido a que hace tres años había comenzado a no comer, ya la habían atendido antes pero nada funcionaba porque una vez que la daban de alta la paciente volvía a dejar de comer, ella llegó a consulta pesando 24 kg.

La paciente a la que llamaremos Ana tiene 17 años de edad, su familia está compuesta por el padre de 45 años, obrero de una empresa en crisis, emigró a los 20 años, trabaja a turnos, no sale y no tiene aficiones ni amigos. La madre tiene 41 años, emigró con su marido, en los últimos siete años cuidaba a una señora mayor, pero la dejó hace 4 meses por estar a lado de su hija; se describe

muy activa y comenta que ahora que Ana su hija asiste a una academia ya no sale a “la calle” como solía hacerlo, ya que estando en casa siente que se ahoga y aunque está el esposo en casa, la madre menciona que a su esposo no le gusta salir entonces es por eso que sale con Ana.

Ana dice que sale con su mamá a “la calle” porque su madre está muy mal desde que entró a la academia, la motiva para que su madre haga algunas actividades como coser o hablar con otras mujeres, pero la mamá de Ana menciona que sí lo hace, pero cuando ya no está con ellas se queda sola y entonces es cuando comienza a “darle vueltas a la cabeza”.

Tienen 5 hijos, Juan de 28 años, trabajador por cuenta propia, está casado y vive fuera de su casa, Javier de 22 años, está en paro, Ana de 17 años ha comenzado a estudiar en una academia; Pedro trabaja con Juan y sale poco y Antonio de 15 años trabaja en un taller y no tiene amigos.

Al hablar acerca del problema de anorexia, Ana menciona que no tenía con quién hablar sobre ello y que le hace falta tener una hermana entre tanto chico, desde hace dos años duerme separada de sus hermanos y oye cómo mantienen conversaciones entre ellos y se queja de que cuando empezó a desarrollarse la llamaban gorda.

En la segunda sesión de este caso se exploraron las conductas en torno a la comida, los hijos dicen que los padres son muy “blandos” y que no se imponen; el terapeuta pregunta a los hijos cómo actúa Ana para que sus padres no se pongan duros con ella, a lo que responde que con nadie se ponen duros que no son capaces de ponerse firmes y lo dejan pasar, por ejemplo menciona uno de los hijos “mamá discute con Ana y llega a un punto donde se calla y Ana no”, a lo que Ana dice que son pocas veces las que sus padres se comportan con dureza hasta el final de una discusión y así dejan pasar muchas cosas.

Juan comenta que a los 14 años dejó de comer y el padre se puso duro y lo enderezó. El padre añade que con una chica no se sabe cómo ponerse duro, pues teme dañarla. Los hijos coinciden en que son más duros con ellos y que dicen que el padre, cuando se enfada con Ana, se mete en la cama y se pasa dos días sin hablar; le pasa lo mismo con su esposa, el padre contesta: “me han robado la forma”. Los hijos destacan que Ana está más con la madre que los padres juntos.

Con lo dicho hasta este momento se puede observar que la familia carece de límites entre subsistemas y entre individuos, los padres no son efectivos porque la madre apoya a Ana haciendo una coalición contra el padre, el cual, se retira; los hermanos pretenden hacer de padres con su hermana quedando roto el subsistema fraterno. Como no negocian, no existe una adecuada resolución de conflictos, el sistema es rígido y no pueden encontrar pautas alternativas de conducta.

Por otro lado, Ana al adelgazar adquiere características de una pre-puber y al frenar su autonomización por su aspecto, ayuda a la madre que se siente sola, ofreciéndole una amiga y un problema del qué ocuparse; esto viene bien a los hermanos pues pueden ir a su tiempo y al marido, que no tiene que hacerse cargo de su esposa (tríada rígida); el problema también aglutina a la familia frenando la autonomización de todos y atrayendo al hermano mayor que estaba fuera de casa.

Continuando con el caso el terapeuta al finalizar la primera sesión les propuso la decisión de venir la familia para intentar solucionar el problema entre todos, les dio esperanzas y se redefinió la conducta de Ana como un deseo de no ser una mujer adulta, de ponerse como una “niña testaruda” de siete años y (connotando positivamente) que, de esa forma, al no permitirse crecer y engordar, cree que está siendo útil, de alguna manera, a toda la familia (no se dan más explicaciones para no crear un estrés contraprudente).

El caso se llevó a cabo en terapia familiar sistémica bajo el modelo estructural, utilizando un planteamiento inicial en el que los padres deben hacerse cargo de la hija, controlando el peso semanalmente; se fija con ellos la ganancia que debe tener cada semana, acordando 1 kg. Y un objetivo final de alcanzar los 40 Kg. Y tenga la regla; si cumple, puede pedir algo y si no, se le pone un castigo.

Esta intervención puede ser catalogada de condicionamiento operante al utilizar refuerzos positivos y negativos, pero va más allá al buscar un cambio estructural en la familia. Un objetivo obvio de este planteamiento es que gane peso, pero otro, no menos importante, es que los padres presenten un frente común y tengan un tema del qué hablar y sobre el qué negociar. Además se rompe la coalición madre-hija y se abre el camino para que Ana deje de hacer de la acompañante de su madre y pueda ocuparse de sí misma y de sus problemas con el cuerpo y la autonomización.

Otros objetivos en terapia fueron conseguir que el subsistema fraterno se consolide, alejando a los hermanos de las funciones parentales y ayudándoles a que se relacionen con Ana como hermanos, apoyándose mutuamente, no criticándole, y hablando de cosas propias de su edad; que la familia no fuera tan aglutinada, que las transacciones familiares fueran flexibles, mejorando la comunicación y la negociación de los conflictos, que Ana saliera del conflicto conyugal y no tuviera una relación tan exclusiva con la madre, etc. Para ello se utilizaron técnicas estructurales.

Para conseguir estos objetivos se realizaron sesiones con los padres solos, para que negociaran lo que iban a exigirle a Ana, para que la madre no estuviera tanto con Ana y que el padre estuviera más con su esposa. Todo ello requirió varias sesiones, pues los tres se resistían al cambio: cuando el padre se ponía con Ana, la “dejaba sola ante el peligro” o apoyaba a la hija y el padre se desesperaba y encerraba en su cuarto. Se utilizó la metáfora de que cuando el padre y Ana discutían, Ana tenía el 50% de muerte y el padre el 50% de vida, la madre debía

ayudar al padre para, juntos poner el 100% de vida. El objetivo de ganar peso cada semana sirvió de tema para trabajar la interacción a través de los boicots que hacían madre e hija para no cumplir las tareas. Este fue un argumento central en las primeras siete sesiones y se retomó en la sesión decimocuarta, cuando Ana pesaba 31 Kg., porque volvían a coaligarse la madre y la hija contra el padre. La interacción más frecuente era aquella en la que Ana no cumplía con lo pactado en relación al peso, con el consentimiento implícito de la madre, el padre se lo recriminaba, Ana se enfrentaba, el padre chillaba, la madre protegía a la hija y el padre se retiraba. El padre era bastante inmaduro y había tenido depresiones con amenazas de suicidio, si estaba tranquilo tenía gran sentido común y era muy colaborador, pero si se sentía sin el apoyo de su esposa frente a Ana, se desesperaba. La madre decía que como él era nervioso y se ponía a gritar sin razón, tenía que proteger a la chica y Ana se aprovechaba para hacer lo que le daba la gana.

Uno de los temas que se hablaron en sesión es de cómo la esposa compensaba con la hija la compañía que le faltaba de su marido y la dificultad que tenía de romper esa unión con ella y se le pidió a la madre que podía relacionarse con la hija de otra manera que no fuera ayudándole a no comer. Al marido se le indicaba que si no ejercía de esposo, a su esposa no le quedaba otro remedio que volcarse en la hija. Se trabajó la relación de pareja en sesión y mediante tareas para casa.

Se realizaron sesiones con toda la familia para tratar las relaciones familiares, problemas de comunicación, resolución de conflictos, límites entre subsistemas y entre individuos, etc. También se desfocalizó hacia Javier, porque estaba en paro y no hacía nada. En las sesiones octava a duodécima se trabajó el tema de la emancipación de los hijos y las dificultades de la familia de afrontar la separación, se habló de la historia familiar en sesión y, como tarea para casa, se ritualizaron comidas familiares con el hijo emancipado para que estuviera vinculado a la familia sin necesidad de que alguien tuviera síntomas.

Se realizaron sesiones con todos los hermanos, incluida Ana, para fortalecer el subsistema fraterno, favoreciendo la comunicación y la colaboración entre ellos y evitando actitudes críticas hacia Ana.

También se realizaron sesiones con la díada madre-hija, para favorecer que se rompiera la relación madre-niña y pudiera relacionarse como madre hija adulta.

Con Ana se realizaron sesiones individuales con un modelo de psicoterapia dinámica breve focalizada en su cuerpo y en la relación con la madre. Para trabajar vivencias en torno al cuerpo se le pidió que trajera fotografías de diferentes modelos vitales y se le pidió que hablara de cada época.

Se trabajo también su dificultad para dejar que sus padres negociaran sus diferencias, su temor a que no pudieran arreglárselas sin ella y el aceptar que la madre no era propiedad suya, lo cual le costó varias rabietas, pues no toleraba que la madre saliera con el padre en lugar de con ella.

Para la sesión 21 Ana ya pesaba 38.7 kg., se habló del problema de Ana, en este tema mencionan que fue de gran ayuda la madre pues habló con su hija del tema, le mostró cómo tenían cuerpos parecidos y le ayudó a aceptar el suyo. Ana quería operarse el cuerpo, pero al fin desistió de la idea y aceptó su cuerpo.

Algunos de los objetivos que se lograron en terapia fueron la autonomía e independencia del paciente, la aceptación de su cuerpo, capacidad de decisión de los padres y la hija, la diferencia progresiva de las generaciones y la aceptación de conflictos familiares y que asintieran a discutirlos entre todos.

Dentro de las sesiones individuales con Ana, propondría trabajar la parte de autoestima; creo que es uno de los puntos que poco se trabaja, y sería de gran importancia para que Ana conociera sus lados fuertes y aprendiera a valorarse y a conocerse proporcionándole un poco más de herramientas, que sólo hablar del

tema como se mencionó en la descripción del caso. Este trabajo se podría realizar mediante actividades, ejercicios y algunas técnicas y estrategias del modelo estructural donde identifique habilidades y cualidades de sí misma y acepte sus características propias así como saber aceptar que todos tenemos cualidades y defectos, para que Ana de esta forma se sienta responsable de sí misma, ya que al hacerse responsable de su propia existencia generará confianza en ella y en los demás.

Uno de los puntos importantes que se desarrolló en este trabajo fue que en esta etapa el adolescente siente la necesidad de independencia, de ser reconocido, de buscar su propia identidad, hay que ser empático, tener fe en él, ya que esto le permitirá internalizar la confianza en sí mismo y ser un adulto responsable, con una alta autoestima y capaz de luchar por sus convicciones.

Tener una buena autoestima nos permite crecer, ser libres, creativos, alegres, amistosos, sentirnos plenos y con capacidad de dar y recibir.

CONCLUSIONES

Como se recordará, el objetivo del presente trabajo fue realizar un análisis desde un enfoque sistémico, de los factores que dan lugar a que los adolescentes recurran a las conductas autodestructivas; a partir de la revisión bibliográfica, existe una serie de factores involucrados en la ocurrencia de este tipo de comportamientos. Entre estos se encuentran: la familia, los medios de comunicación, la escuela, los amigos y la etapa por sí misma de la adolescencia, es decir, los cambios físicos y psicológicos que hay dentro de esta etapa. Asimismo, cabe mencionar que la familia es uno de los factores más importantes para la realización de conductas autodestructivas, ya que es considerado como uno de los principales contextos donde se desarrolla el ser humano y donde básicamente aprendemos, para después ponerlo en práctica; así coincido con Giannotti y Nardone (2003) quienes mencionan que la vida en familia, proporciona el medio para la crianza de los hijos, además de ser la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.

Por otra parte y, tomando la familia como factor principal, vemos que dentro de una familia debe haber límites, reglas, roles y jerarquías que hay que respetar para que haya paz y armonía dentro de ésta, de lo contrario más que una familia funcional nos encontramos como una disfuncional que facilita las conductas autodestructivas.

Otro punto importante que cabe recalcar es que se piensa que la adolescencia es la etapa de la rebeldía y que los jóvenes participan en estas conductas por eso, por querer desobedecer a los padres y romper todas las reglas impuestas por ellos y es cuando en la desesperación por no saber qué hacer, los padres castigan a los jóvenes e imponen más reglas; entonces, el adolescente rompe las reglas y restricciones parentales, y más intentan sus padres controlarlo;

en un círculo sin fin. Estos intentos de control intensifican en el joven la sensación de humillación y exacerbaban el problema, ya que el adolescente se siente aun más maltratado e incomprendido y no resuelve el problema, sino que se hace aún más grande (Miccuci 2006).

Para evitar esto el adolescente tiene que ser escuchado para así, junto con los padres, tratar de buscar posibles soluciones; sería importante indagar las relaciones familiares de este tipo de adolescente, ya que uno de los factores de mayor peso dentro de la familia es la falta de comunicación y la poca interacción que existe en la familia, es decir para conocer el motivo y la solución de este tipo de conductas en el núcleo familiar.

Por otro lado considero que la familia para fomentar una buena relación en los integrantes de esta tienen que discutir los problemas que se presentan y llegar a una solución, tratar de encontrar las mejores vías posibles y evitar confrontamientos, pleitos o discusiones entre los miembros que la conforman. Escuchar lo que tiene que decir el adolescente y aceptarlo y respetarlo sin juzgar ni criticar sus opiniones, darles la oportunidad de decir lo que piensan u opinan y llegar juntos a una solución.

Hay que tomar en cuenta que los hijos están pidiendo ayuda y, si los padres entienden esto, se les puede ofrecer llevarlos con un psicólogo si no pueden solos con el problema. Un tratamiento ayudará al joven a encontrar nuevas formas de solucionar conflictos, entendiendo que el joven está haciendo lo mejor que puede, sin criticarlo, pero con el acceso a nuevos recursos para controlar sus impulsos.

Los padres junto con sus hijos adolescentes tienen que tener una buena comunicación para que así puedan negociar juntos nuevas formas de sobrellevar los conflictos existentes durante esa etapa, esto permitirá a la familia tener conocimiento de lo que su hijo quiere así como lo que los padres quieren y vivir en armonía.

Es importante recordar que los adolescentes tienen muchos sentimientos que no expresan, por diversas razones, pero tener un padre comprensivo que esté dispuesto a escuchar al adolescente lo reconforta y promueve la confianza y la comunicación. Uno de los sentimientos más reconfortantes que puede tener un joven es la certeza de que podrá recurrir a sus padres para conversar con ellos cuando tenga necesidad de hacerlo.

Los padres pueden enseñarle a sus hijos que ellos no siempre serán capaces de resolver todos los problemas que se les presente en la vida, pero que podrán sentirse comprendidos y aceptados por ellos, es aquí donde cobra relevancia la flexibilidad y la comunicación entre ambas partes.

En general, se puede decir que éste puede ser un período difícil, particularmente para aquellos hogares en los que ha habido inestabilidad, pudiendo presentarse problemas graves, pero es una oportunidad que ninguna de las familias que se presentan a terapia deben desaprovechar para su crecimiento individual y familiar. De esta manera, como plantean Elsner, Montero y Reyes (2002), que este período ofrece una oportunidad de crecimiento personal y de enriquecimiento de las relaciones, lográndose así, un estado de unidad que estabiliza las relaciones y que permite un nivel más profundo de comprensión de las necesidades y deseos de todos los integrantes de la familia.

Por otro lado, en la mayoría de los casos la familia podría evitar que el adolescente recurra a las conductas autodestructivas propiciando una buena comunicación entre ellos; aunque se sabe que la interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta, trayendo como consecuencias barreras de comunicación que incitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos. Sería una buena oportunidad para que se hagan preguntas, se escuchen explicaciones y se

compartan sentimientos, esto resultan ser los métodos propicios para que los padres y los adolescentes aprendan a negociar diferencias y conflictos.

Como hace mención Rage (1997), los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo, privacidad y en los intereses que persiguen.

Por otro lado, hay que recordar que la etapa de la adolescencia como mencionan Giannotti y Nardone (2003) es aquella en la que el joven se esfuerza en la revisión de la imagen de sí mismo y define su nueva posición en el mundo. Para dar repuestas a preguntas como ¿quién soy yo?, ¿qué hago aquí?. Por primera vez en sus razonamientos hace intervenir la lógica y la abstracción, es decir, opera con símbolos además de con experiencias concretas, lo que le permite construir una red de pensamientos y de ideas, solamente suyas, que guiarán sus acciones futuras. Aquí sería importante, de igual manera, que la familia se interesara por ayudar a su adolescente a descubrir juntos esa nueva etapa en la que no se tiene bien definido hacia donde se quiere ir o qué rumbo tomar, que sea el adecuado y lo que en realidad quiere ser el adolescente; de esta manera invitar a los padres a formar parte y no hacerlos a un lado. El joven adolescente puede sentirse motivado e interesado en lo que pueden ofrecerle sus padres y compartir experiencias que ellos en su momento también vivieron y así juntos encontrar las respuestas adecuadas y no caer en conductas autodestructivas que afecten las relaciones familiares.

Por otro lado, puedo decir que es un enorme reto para los padres guiar, corregir y aprender junto con sus hijos a vivir su adolescencia, no resulta fácil y es una tarea ardua que los padres tienen que vivir porque así como los adolescentes pasan por una etapa difícil, de igual manera es complicado para los padres por no saber qué hacer. Como menciona Saldaña (2001), los adolescentes viven los

cuidados, las reglas y las preocupaciones de los padres como la sobreprotección o desconfianza; pocos descubren que una de las funciones de los padres es velar por la seguridad física y emocional de sus hijos y que por esas razones tratan de estar atentos a sus actividades cotidianas o extraordinarias. Y con estos cuidados los adolescentes toman conciencia de las reglas, los riesgos y los límites sociales; algunos aprenden las reglas y limitaciones y las aplican en casi todas las situaciones; otros simulan que escuchan y atienden las reglas, pero en cuanto están fuera de la vista de sus padres de inmediato empiezan a explorar otras actividades.

Actualmente hay una gran diversidad de medios de comunicación, donde vemos como los adolescentes están expuestos, a un abanico cada vez más amplio de programas que transmiten mensajes que influyen sus juicios y comportamientos. Los guionistas, productores y ejecutivos que trabajan en los medios de comunicación deben ser conscientes de la gran influencia que tienen sus mensajes sobre los adolescentes y es donde deberían considerar trabajar con psicólogos expertos en el tema de la adolescencia, para mostrar imágenes más positivas a la juventud y evitar mal informar para que no caigan en conductas autodestructivas.

Algunas de las recomendaciones que menciona Santrock (2004) en su libro es que la política social relacionada con los medios de comunicación incluye fomentar una programación socialmente responsable, apoyar los esfuerzos públicos para educar contenido de los medios a los intereses de los adolescentes y potenciar el estudio de los medios de comunicación.

Finalmente, puedo decir y con lo visto hasta este momento, que la familia es de gran importancia en el desarrollo del adolescente así como los otros contextos y la etapa en sí misma; se puede concluir que las conductas autodestructivas no son un problema únicamente del adolescente, sino que son un problema que engloba a todo el sistema familiar. Ya que el foco de interés está

dentro de las interacciones que tiene el adolescente con cada uno de los integrantes de su familia, debido a que es en la familia donde el joven crea el concepto de sí mismo y aprenderá a manejar sus emociones y a afrontar sus problemáticas.

El psicólogo puede ayudar a las familias a sobrellevar estos conflictos darles herramientas algunos materiales ayuda o apoyo a los padres y lograr esa comunicación que llegará a faltar en casa así como talleres a los que puedan asistir y fomentar la buena relación familiar.

REFERENCIAS

- Bejar, R. y Figueroa, G. (2004). Anorexia nerviosa y bulimia clínica y terapéutica. Chile: Mediterráneo.
- Cornejo, G. (1992). El papel del terapeuta sistémico. Tesina de licenciatura, UNAM Campus Iztacala: México.
- Crispo, R. y Guelar, D. (2002). La adolescencia: manual de supervivencia. Barcelona: Gedisa.
- Eguiluz, R. L. (2004). Terapia Familiar: Uso hoy en día. México: Pax México
- Eguiluz, R. L. (2004). Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax México.
- Elsner, P., Montero, M., y Reyes, C. (2002). La familia. Una aventurera. México: Alfaomega.
- Espina, A. y Begoña, P. (1996) Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación. Madrid: Fundamentos.
- Fernández, F. y Turón, V. (2004). Trastornos de la alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia. España: Masson.
- Giannotti E. & Nardone G. (2003) Modelos de familia. Conocer y resolver. España: Herder.
- Gracia, E. y Musito, G. (2000). Psicología social de la familia. España: Paidós.
- López, A. (1995). Terapia familiar estructural. Una alternativa de prevención y tratamiento para el adolescente farmacodependiente. Tesina de licenciatura, UNAM Campus Iztacala: México.
- Martínez, T. (2005). Análisis de la anorexia desde el enfoque sistémico. Tesis de licenciatura, UNAM Campus Iztacala: México.
- Mendizábal R, J. A. y Anzures L. B, (1999). La familia y el adolescente. Revista Medica del Hospital General de México: S.S. Vol. 62, Núm. 3.
- Miccucci, J. (2006). El adolescente en la terapia familiar. Como romper el ciclo del conflicto y el control. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Nardone, G. Verbito, T. y Milanese, R. (2002). Las prisiones de la comida. España: Herder.

- Nardone, G. (2004). Más allá de la anorexia y la bulimia. España: Paidós.
- Nogales, A. (2005). Recuperado el día 7 de mayo del 2005, <http://www.laraza.com/news.php?nid=24022>.
- Nicolson, D. y Ayers, H. (2002). Problemas en la adolescencia. Guía Práctica para el profesorado y la familia. Madrid: Nancea.
- Ochoa, de Alda, I. (2004) (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- Pérez, F. (1994). El vuelo del ave Fénix. Práctica neurolisgüística e hipnosis Ericksoniana. México: Pax México.
- Rage, A. E. J. (1997). Ciclo vital de la pareja y la familia. México: Pirámide
- Saldaña, C. (2001). Detención y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Madrid: Pirámide.
- Santrock, J. (2004). Psicología del desarrollo en la adolescencia. España: Mcgraw Hill.
- Selekman, M. (1996). Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. España: Gedisa.
- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). Una guía para problemas familiares y amigos. México: Trillas.
- Soria, R., Montalvo, J. y González, M. (2004). Análisis sistémico con un hijo adolescente drogadicto. Revista de Psicología y Ciencia Social. Vol. 6, Núm.2.
- Stanton y T Todd (1999). Terapia familiar de abuso de drogas y adicción a las drogas. España: Gedisa.