

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PATRONES DISFUNCIONALES DE INTERACCION
FAMILIAR RELACIONADOS CON
PROBLEMAS ESCOLARES**
Experiencia con una población Mexicana

T E S I S
Q U E P R E S E N T A
REBECA BRAVERMAN SZCLAR
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA

MAYO DE 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

110

A Mi Esposo Jaime
A Mis Hijos: Boris, Mauricio, Eduardo e Ivonne
A Mi Nuera Esther
A Mis Padres (En Memoria)
A Mi Tía Sarita
A Adelita
A Mis hermanos
A Mi Familia Extensiva
Que permitieron darme cuenta
que la familia es algo más
que una teoría y que la
psicoterapia familiar es
algo mas que una técnica.

Agradezco:

A la Mtra. Ma. Elena Medina Mora
su valiosa ayuda prestada durante
la dirección de esta investigación.

A los Dres: Raymundo Macias, Ignacio
Maldonado y Nestor Braunstein las
atenciones que tuvieron durante
su asesoría.

A Judith Strack su valiosa coopera--
ción como co-directora.

A Arturo López y a Alicia de la Ma--
corra su ayuda en el área del manejo
de los datos, agradeciéndoles la com
prensión del problema a investigar y
su apoyo en la búsqueda de una herra
mienta adecuada para el análisis de
datos.

A Elva Szclar de B. su cooperación -
en la revisión del material escrito.

A las familias que me permitieron
acompañarlas en su búsqueda de --
otras alternativas de interacción
así como a la Clinica de la Con--
ducta Masaryk, que hicieron posible
el desarrollo de la investiga
ción.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
PRIMERA PARTE: PARTE TEORICA	
CAPITULO I. PSICOTERAPIA.	
1.1. Panorama General de la Psicoterapia	6
1.1.1. ¿Qué es la Psicoterapia?	6
1.1.2. Los diferentes enfoques psicoterapéuticos.	8
1.2. Psicoterapia Familiar.	30
1.2.1. ¿Qué es la Psicoterapia Familiar?	30
1.2.2. Teoría de Sistemas.	32
1.2.3. Comunicación desde un punto de vista interaccional.	41
1.2.4. El Desarrollo Histórico del Movimiento de Terapia Familiar.	56
1.2.5. El Movimiento de Terapia Familiar en México.	62
1.2.6. Algunas técnicas y Enfoques del Panorama Terapéutico.	66
1.2.7. Conceptos Generales de la Psicoterapia Sistémica.	73
1.2.8. Ventajas de la Psicoterapia Familiar.	77
1.2.9. Conclusiones	79
CAPITULO II. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	80
2.1. Estructura Familiar.	80
2.2. Etapas del Desarrollo Familiar.	90
2.3. Parámetros para el Funcionamiento Familiar.	118
2.4. Clasificación Familiar.	123
2.5. Resumen.	142
CAPITULO III. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	144
CAPITULO IV. CONCLUSIONES FINALES: REVISION DOCUMENTAL	150
4.1. Asociación entre un enfoque lineal y un enfoque sistémico: Casuística Documental.	150
4.2. Conclusiones.	158

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	
CAPITULO V. METODOLOGIA	159
5.1. Planteamiento del Problema: objetivos.	159
5.2. Definición de la Población de Estudio.	160
5.3. Definición del Instrumento.	161
5.4. Escenario.	170
5.5. Procedimiento.	170
CAPITULO VI. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE DATOS	171
6.1. Descripción Estadística.	171
6.2. Análisis de Cúmulos.	172
CAPITULO VII. RESULTADOS.	181
CAPITULO VIII. DISCUSION	193
CAPITULO IX. CONCLUSIONES FINALES.	200
RESUMEN.	221
APENDICE	222
BIBLIOGRAFIA.	228

INTRODUCCION

"... solamente el conocimiento de la vida produce competencia en vivir. Solamente la familia puede enseñarnos el más básico conocimiento que existe: como vivir".

LEONTINE YOUNG

Los desórdenes de comportamiento y aprendizaje en los niños - juega, hoy en día, un papel cada vez de mayor importancia en - la práctica de la psicología clínica. Un elevado porcentaje - de la población mexicana que asiste a los ciclos primarios y - secundarios presenta problemas escolares Rodríguez (1979) -- comenta:

"Los problemas del aprendizaje escolar han sido motivo de interés de profesores, psicólogos y psiquiatras... Para tener una idea somera de la magnitud de este problema actual sólo bastaría saber que alrededor de 18 a 19 millones de alumnos se inscribieron en el ciclo escolar 1978-1979 en la enseñanza preescolar hasta la superior. Los alumnos de primaria suman un total de 13 millones de educandos repartidos en 55 mil planteles oficiales del país y son atendidos por 298 mil profesores. Se calcula que aproximadamente 15 a 20% de estos alumnos de primaria resultan reprobados. Es aquí donde los problemas de aprendizaje manifiestan su capital importancia desde diversos puntos de vista: social, económico, pedagógico, psicológico, familiar, etc". Esta cifra abarca sólo uno de los aspectos de los problemas escolares y cubre nada más estudios básicos. Entendiéndose por problemas escolares, aquellas manifestaciones conductuales observadas por los maestros y padres que consisten principalmente en agresividad, hiperactividad, bajo rendi-

miento escolar, enuresis, impulsividad, trastornos del sueño, aislamiento, dificultades en la adquisición de la lecto-escritura, miedos escolares, apatía y flojera, y por cuyo motivo -- los alumnos son referidos a clínicas e instituciones especializadas, solicitando que se les proporcione el tratamiento adecuado.

Estudios relacionados con pacientes que presentan dificultades en el área escolar señalan que existe una estrecha relación entre la presentación del problema y la interacción familiar. -- L. Moskowitz (1976) en su artículo: "Tratamiento del niño con problemas relacionados con la escuela", menciona que un 35% -- de las familias que llegan a la "Child Guidance Clinic de - - Philadelphia", presentan problemas escolares y que el aspecto-familiar es determinante, indicando que aún cuando el problema fuera académico, tal como en lecto-escritura, podría estar - relacionado con el contexto familiar; agregando que en estas - familias es más comfortable buscar el problema en la escuela - que ubicarlo en su estructura familiar, concluye: "Cuando el - comportamiento escolar y/o el problema de aprendizaje son enfocados en la amplia perspectiva etiológica, en el lugar del problema y con el involucramiento del niño y sus padres, se puede ahorrar mucho tiempo y energía". B. Beck, (1971), señala - evidencias que sugieren, que los desórdenes que presentan los niños en la lectura, son sintomáticos de un sistema disfuncional. H. G. Berger, (1971), al trabajar con familias cuyos hijos presentaban problemas somáticos como motivo para evadir -- el asistir a la escuela, observó que existían características - estructurales disfuncionales familiares que contribuían al mantenimiento del problema; proponiendo la necesidad de evaluar - estas características, para intervenir en la crisis de las evasiones escolares, en tal forma que, las familias llevaran a cabo cambios en sus patrones interaccionales, hacia pautas funcionales no provocadoras de sintomatología. El mismo autor en 1976, al examinar a familias con niños que padecían Disfunción Ce

rebral Mínima (DCM) recalca que el hecho de que sean diagnosticados con DCM no debe permitir que el terapeuta ignore las destructivas influencias del ambiente familiar. Por el contrario, estos niños son más vulnerables a influencias negativas y probablemente más susceptibles de ser seleccionados por las familias para realizar un especial rol inapropiado, afirmando que una aproximación psicoterapéutica familiar puede ayudar a prevenir muchos de los problemas que enfrentan estos niños cuando llegan a la etapa de la adolescencia y la edad adulta.

Dentro del enfoque estructural sistémico, como aproximación al estudio de las interacciones familiares, existen fundamentos teóricos importantes: S. Minuchin, B. Rosman y L. Baker (1979) - utilizando una aproximación interdisciplinaria: escrutinio pediátrico y psicoterapia familiar, desarrollaron un modelo conceptual para la investigación de niños que padecían enfermedades psicosomáticas. Dicho modelo permitió verificar la hipótesis de que estaba presente un desorden fisiológico, el cual era exacerbado por factores emocionales. El factor emocional alterado era producto de una disfunción en la estructura familiar. Minuchin define 4 patrones disfuncionales interaccionales comunes, característicos de las familias estudiadas (amalgamamiento, sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos) y el factor clave que mantenía el síntoma era el que el niño estaba involucrado en el conflicto parental. J. Haley (1980) compara su proyecto de investigación con el modelo desarrollado por Minuchin, señalando elementos comunes.

S. Minuchin y J. Haley demostraron que era posible hacer un análisis descriptivo de patrones disfuncionales de interacción, utilizando el método de observación en un medio semi-natural - como lo es la entrevista familiar y basados en un marco teórico estructural sistémico, dado dentro de un contexto de terapia familiar, investigando principalmente familias psicosomáticas.

cas y familias con adolescentes con serios trastornos conductuales. Sin embargo han sido escasos los reportes descriptivos de las características disfuncionales en la interacción familiar con problemas escolares. Así mismo la exploración de pautas interaccionales en el campo de la clínica bajo un marco sistémico en nuestro medio mexicano ha sido casi nula.

La Clínica de la Conducta es una dependencia de la Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública, donde son referidos por padres y maestros del ciclo primario y secundario, alumnos que presentan problemas escolares. Estos niños son explorados por diferentes profesionistas que laboran en la institución: neurólogos, pediatras, pedagogos, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales, quienes detectan que un gran número de estos casos provienen de familias disfuncionales pero no les es posible precisar en qué consiste dicha disfunción y son canalizados para evaluación y tratamiento familiar.

Durante la observación directa como psicoterapeuta familiar -- surgió el cuestionamiento de si era posible determinar características disfuncionales en los patrones de interacción en las familias cuyos hijos presentaban problemas escolares.

Ante este cuestionamiento surgió la necesidad de revisar los diferentes aportes al entendimiento de los trastornos emocionales y/o psicopatológicos dentro del enfoque psicoterapéutico, que permitiera desarrollar y apoyar las hipótesis del presente estudio.

Las limitaciones de una técnica matemática adecuada para responder al problema a investigar, impulsó la exploración de una metodología desarrollada para el análisis de los datos.

Por lo antes expuesto podemos señalar que el presente estudio se orientó a:

- 1.- Proporcionar elementos para el desarrollo de un perfil sistémico de familias cuyos hijos presentaban problemas escolares, explorando las asociaciones de variables significativas: patrones disfuncionales de interacción, diagnóstico psiquiátrico del paciente identificado, motivo de consulta de dicho paciente, etapa de desarrollo de la familia, constelación familiar, factores tensionales, número de pacientes identificados en la familia, número de hijos, edades de cada miembro familiar, nivel de ingresos y nivel socio-cultural, número de sesiones y evaluación del tratamiento.
- 2.- Aportar una revisión documental que permitiera contemplar en forma sistematizada los elementos teórico-prácticos que han surgido en el campo de la psicoterapia familiar.
- 3.- Exponer un método matemático que permitiera el manejo de variables que presentaban dificultad para ser cuantificadas; limitación muy frecuente en el área de la psicología-clínica dentro del campo psicoterapéutico.

PRIMERA PARTE: PARTE TEORICA

CAPITULO I

1.1. PANORAMA GENERAL DE LA PSICOTERAPIA

"Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro".

MILTON H. ERICKSON

1.1.1. ¿QUE ES LA PSICOTERAPIA?

Actualmente es muy difícil dar definiciones formales sobre conceptos tales como psicoterapia, salud mental, curación, enfermedad, psicopatología. N. Ackerman (1971) expresa claramente este panorama: "...a pesar de los notables adelantos en psicopatología y psicoterapia de los últimos años no podemos hablar de un acuerdo sobre qué es la psicoterapia... en el presente han surgido varias escuelas con teorías y técnicas diferentes sobre la personalidad... cada una tiende a aplicar su propio método a una variedad de alteraciones. La mera multiplicidad de estos diferentes enfoques sugiere que ninguno de estos sistemas puede ser completo". (Pág. 321).

Sin embargo, existen ciertos elementos comunes a varias definiciones de psicoterapia. (Garner H. 1970, Korchin S J. 1976, -- Meltzeff J. y Korneich M. 1970, Prochaska J. O. 1979, Wolberg-L. R. 1967, Wolman B. 1976):

- 1) La interacción Paciente-Terapeuta.
- 2) Una metodología o técnica con conceptos sistematizados.

3) Producir el cambio

1) La Interacción Paciente-Terapeuta

El éxito de un tratamiento psicoterapéutico va a estar basado en su mayor parte en el uso que haga de sí mismo el terapeuta. Kovel y otros autores afirman que las cualidades del terapeuta son más importantes que el modelo de tratamiento que se escoja para dar la ayuda psicoterapéutica.

2) Metodología o Técnica

Por otro lado, ¿cuál sería el mejor enfoque? El hecho de que cada uno escoja un determinado método o técnica terapéutica va a depender de su propia ideología, de sus valores, del concepto que tengan del ser humano y de la sociedad.

3) Cambio

Algunos teóricos, entre ellos Milton Erickson (1976), opinan que la psicoterapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro. Ni el paciente, ni el terapeuta pueden saber en que dirección se ha de verificar el cambio y en qué grado ha de tener lugar este último, pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido el cambio por pequeño que sea, como un efecto-bola de nieve, los cambios pequeños producirán cambios mayores.

LOS DIFERENTES ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| A). TERAPIAS
ANALITICAS | 1.- PSICOANALISIS FREUDIANO
PSICOTERAPIA PSICOANALITICA | ALFRED ADLER
OTTO RANK
KAREN HORNEY
HARRY STACK SULLIVAN
ERIC FROMM |
| | 2.- ANALISIS NEO-FREUDIANO | |
| | 3.- PSICOLOGIA ANALITICA JUNGIANA | |
| | 4.- APROXIMACION EXISTENCIAL | |
| B). TERAPIAS
POST-
ANALITICAS | 1.- TERAPIA ROGERIANA - CARL ROGERS | ROLLO MAY
R.D. LAING |
| | 2.- TERAPIA GESTALT - FEDERICK S. PEARLS | |
| | 3.- TERAPIAS BIOFUNCIONALES
BIO-ENERGETICA | |
| | 4.- TERAPIA PRIMARIA O GRITO PRIMARIO - ARTHUR JANOV | |
| | 5.- APROXIMACION MISTICO-TRASCENDENTAL | WILHELM REICH
DR. ALEXANDER LOWEN |
| | 6.- LA DIMENSION SOCIAL
APROXIMACIONES DE
GRUPO | |
| | 7.- TERAPIAS DIRECTIVAS-
CONDUCTUALES | A).- GRUPO DE PSICOTERAPIA TRADICIONAL
B).- GRUPO DE ENCUENTROS B1) TIPO CONFRONTATIVO
 B2) TIPO ATAQUE
C).- PSICODRAMA-J. L. MORENO
E).- ANALISIS TRANSACCIONAL-ERIC BERNE |
| | A).- TERAPIAS SOMATICAS
B).- TERAPIA SEXUAL
C).- TERAPIA DIRECTIVA
PROPIAMENTE DICHA | |
| | D).- TERAPIA
CONDUCTUAL | C1). HIPNOSIS - HIPNOTERAPIA
C2). TERAPIA DE REALIDAD
C3). TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

D1). RELAJACION POSITIVA
D2). DESENSIBILIZACION SISTEMATICA
JOSEPH WOLPE
D3). MODIFICACION DE CONDUCTA |
| 8.- TERAPIAS BREVES | | |
| 9.- TERAPIA FAMILIAR | | |

1.1.2. DIFERENTES ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS

Como se mencionó, existen diferentes enfoques y constantemente aparecen teóricos que fundan sus propias escuelas. Actualmente el panorama psicoterapéutico es de confusión y de heterogeneidad. Hacer una síntesis de las diferentes aproximaciones en esta área es difícil. Por lo tanto la síntesis se basará en el libro del Dr. Joel Kovel (1976) quien, ha tenido una gran práctica y ha realizado un estudio profundo en el área de la terapia.

La clasificación se irá presentando por el orden de aparición de cada aproximación terapéutica.

A). Terapias Analíticas

Aunque existe una variedad de aproximaciones analíticas, sin embargo, todas trabajan por vía intelectual.

En su teoría hacen énfasis en la sexualidad infantil y en un dinámico proceso psíquico inconsciente reprimido.

En su práctica lo que se conoce como "La Ley Básica": el imperativo de decir lo que le llegue al pensamiento (libre asociación), la atención a la resistencia; bloqueo en las vías para revelar su vida psíquica inconsciente, y transferencia: revivir el pasado en el escenario del terapeuta.

Se analizará la variedad de aproximaciones analíticas:

1). Psicoanálisis Freudiano y Psicoterapia Psicoanalítica. -- Existen actualmente 2 sistemas que se pueden considerar en el psicoanálisis Freudiano: el psicoanálisis propiamente dicho y la psicoterapia basada en los principios psicoanalíticos.

El primero origina la teoría, el punto de vista y la gran influencia. El segundo es el más ampliamente practicado.

El tratamiento clásico Freudiano requiere gran inversión en tiempo y dinero (4 ó 5 veces a la semana por 3 o más años).

La actitud del psicoanalista es de un total distanciamiento; el analizado usa el "couch" y no enfrenta al analista.

Se trabaja basado en la "Ley Básica": trayendo a la mente consciente lo inconsciente por medio de la libre asociación.

Utiliza 3 técnicas:

1. Confrontación.- Una técnica de espejo, donde el analista le dice al analizado, lo que éste le está revelando al momento:

Por ejemplo: Usted está negando estar enojado conmigo.

2. Interpretación.- Se le explica la conducta al analizado en forma que es nueva para él o sea reflejando algo del inconsciente. Por ejemplo, "Usted está enojado porque yo le recuerdo a su colega y rival Juan y usted lo niega porque siempre tenía que salir adelante demostrando ser una buena persona".

3. Reconstrucción.- Proveer de fragmentos hipotéticos de su pasado infantil. Por ejemplo, "Su enojo y defensa contra mí deben ser una repetición de cómo usted se sentía cuando era pequeño y Juan y yo representamos a su hermano".

A través de estas 3 maniobras el analista trae el inconsciente al rango consciente y lo encarrila para su futura elaboración.

La psicoterapia psicoanalítica es sólo una modificación del método psicoanalítico.

La básica variación en la técnica concierne al rol del analista aquí llamado terapeuta, quien en lugar de estar sentado fuera de la vista del paciente, lo confronta directamente enfocando su atención en algún problema específico de su vida.

Se lleva a cabo un diálogo paciente-terapeuta más que trabajar únicamente con sus propias fantasías. Requiere menos sesiones semanales.

2). Análisis Neo-Freudiano: Aunque el nombre no es justo debido a que se alejaron en varios aspectos de su creador así se les conoce a diferentes innovadores. Sus puntos en que difieren de Freud básicamente son:

1. Rechazo a la teoría de la sexualidad infantil.
2. Un énfasis complementario en "Cultura" o "Relaciones" interpersonales.
3. Coordinado con los 2 puntos mencionados un énfasis en las áreas de la vida psíquica que reflejan el mundo interpersonal: "el sí mismo assertivo" sentimiento de evaluación de sí mismo, seguridad, etc.
4. Modificaciones en la práctica que reflejan estos cambios teóricos. Existen muchas áreas de continuidad con el pensamiento Freudiano en particular la idea del conflicto intrapsíquico y énfasis en el desarrollo de la experiencia infantil.

Sin embargo, como se mencionó, para los neo-freudiano el hombre es menos una criatura de impulsos y está más en contacto con su ambiente.

Aquí podemos mencionar a:

Alfred Adler (1870-1937).- Desenfoca la sexualidad y el inconsciente y da un enfoque a elementos sociales.

Jung (1875-1961).- Minimiza la importancia de la sexualidad infantil e introduce una idea totalmente diferente y extendida del inconsciente al hablar del inconsciente colectivo. Ambos, Adler y Jung, definen 2 aproximaciones terapéuticas alternas: - lo trascendental y lo social que se explicarán más adelante. - A partir de ellos se creó el cisma o división del Psicoanálisis Clásico y el Neo-Freudianismo.

Dentro del grupo de Neo-Freudianos tenemos figuras tales como:

Otto Rank (1884-1939), Karen Horney (1885-1952), Harry Stack Sullivan (1892-1949) y Eric Fromm (1900-1980)

Estas escuelas han tenido gran influencia especialmente en el campo educativo y el trabajo social.

3). Psicología Analítica Jungiana: Se le da un lugar aparte - porque Jung se movió en dirección opuesta a Adler y los Neo- - Freudianos, al ir aún más allá inclusive de la versión de - - Freud en el aspecto del inconsciente. Para Jung existe un inconsciente colectivo, algo que refleja la historia de la especie humana y del orden cósmico y que se antepone a la experiencia individual. Dentro del inconsciente colectivo están - los llamados arquetipos (el héroe, la gran madre, etc), la ma-

nifestación de los arquetipos ocurre en una profusión de símbolos que aparecen en sueños, en estados alterados de la mente, en ciertas creaciones culturales, o a través de lo que Jung -- llama "imaginación activa".

La psicología analítica Jungiana proporciona una psicoterapia radicalmente afirmada en lo trascendental, en la "natura" o -- "naturaleza". "El inconsciente es naturaleza y la naturaleza -- nunca muere", con esto nos habla Jung de que los principios que rigen el mundo existen más allá de la experiencia individual o -- de la historia material y determinan a ambos.

No hay uso del "couch" para el analizado y son sesiones de 1 a 2 veces semanales. La actitud del psicoterapeuta es directa, se involucra en el proceso. Una fase importante en este tratamiento es la exploración de los arquetipos, a través del mundo de los sueños.

4) La Aproximación Existencial: Aquí propiamente se habla de una "aproximación" porque no ha sido sistematizada en alguna escuela de terapia.

La escuela de Análisis Existencial de Europa Central está basada en los principios filosóficos de Kierkegard, Husserl y -- Heidegger y desarrollada por psiquiatras como Ludwig Binswinger (1881-1966) y Medord Bas (1903-).

Esta corriente ha tenido gran influencia en el trabajo de -- Rollo May y especialmente en R. D. Laing y su grupo.

El terapeuta existencial está más abierto al paciente. Se basa en el método fenomenológico de Husserl en donde el investigador, bajo intenciones meramente subjetivas, despoja el objeto de todo lo secundario para permitir, hasta donde sea humanamen

te posible, la "cosa en sí misma". El terapeuta se rehusa a explicar, sólo indica y comparte.

R. D. Laing se basa en el existencialismo de Sartre. Su enunciado principal es que nadie puede empezar a sentir, pensar o actuar, sino sólo a partir de su propia enajenación.

Laing implica que el ambiente, y especialmente la familia, es un agente enajenante. Para él, la locura es una forma válida de experiencia ante la enajenación de la cultura. La locura real está en los que están en el poder desde los padres hasta los presidentes.

Laing, en la década de 1960, sistematizó estas ideas ante el derumbe de la autoridad, encabezando un movimiento antipsiquiátrico en contra de los que propugnaban la segregación y reclusión de los "desviados mentales".

Llevó a cabo la práctica de su teoría en Kingsley Hall en Inglaterra.

En suma, la aproximación existencial es quizás la más radical de las estrategias terapéuticas. En su forma esencial afirma la pura consciencia como objeto de atención terapéutica.

B). Terapias Post-Analíticas - El Movimiento del Potencial Humano - Terapias Humanistas.

Aquí se agrupan terapias diversas como son la Rogeriana, la Bioenergética, los Grupos de Encuentro y la Terapia Mística. Sus raíces pueden haberse encontrado en los Neo-Freudianos o en el análisis Jungiano o bien en el existencialismo pero su producto es de un tipo diferente. Este movimiento no constituye en sí un sistema, pues precisamente el no quererse-

sistematizar es uno de sus puntos de vista al querer estar en continuo movimiento, siempre abierto.

Amalgama actitudes existenciales, experiencias directas, perfectibilidad del hombre, principios tales como que "el hombre es la medida de todas las cosas". Se conceptualiza el hombre como una totalidad en un ser completo más que en la suma de sus partes.

Su enfoque es más de una experiencia directa con la totalidad de su ser que la de una reflexión analítica.

El humanismo existencial constituye un esfuerzo para salvar la fe perdida en el Dios y elevar al hombre a la altura de Dios.

"No hay que sufrir para sentirse bien". Se cree en el hombre como ser positivo. Se interesan menos por la psicopatología (las clásicas neurosis y psicosis) y enfocan más los sentimientos de infelicidad y enajenación.

Los centros humanistas empezaron en California y se han dispersado rápidamente a otras áreas. Las técnicas empleadas por la psicología humanista son diversas: trabajo de grupo, influencia directa del líder, atención centrada en el cuerpo, atención de la consciencia. Todos se caracterizan por su espontaneidad, honestidad y "expresión por sí misma" y un ideal de la propia felicidad en el aquí y en el ahora.

Estas terapias agregaron al existencialismo subjetivo su enfoque humanista, su preocupación por el mundo externo.

Se analizarán por separado los diferentes tipos de terapias agrupados en esta clasificación:

1. Terapia Rogeriana. - Su fundador es Carl Rogers (1902-) - Carl Rogers fué entrenado en sus inicios en El Seminario Teológico de la Unión. Más que ninguno, Rogers ha traído la profesión psicológica al campo de la terapia rompiendo el monopolio de la medicina y la especialidad psiquiátrica.

Las ideas Rogerianas contienen muy poco de Freud, más de Otto Rank y de los Neo-Freudianos pero Rogers les da un contenido - altamente individual: mezcla de pragmatismo y fe optimista en el individuo. Para Rogers lo que cuenta es lo inmediato, lo que es alcanzado en forma consciente constituye para él la verdad y lo que guía hacia la verdad es la experiencia vivida. -- Rogers confía en la bondad del hombre.

La psicoterapia Rogeriana está basada en una filosofía básica de la capacidad humana que enfatiza la habilidad que posee todo individuo para ser auto directivo.

En esta relación terapéutica no se da nombre de paciente, sino se habla de una relación de consejero-cliente, en la cual se busca una determinada experiencia de crecimiento.

2. Terapia Gestalt. - Su nombre proviene de la escuela psicológica Gestalt, significa "totalidad o configuración". Su fundador fue Federick S. Pearls (1892-1971) y opinaba que el aprendizaje no era la mera suma de partes simples, sino que era más un sistema con configuración de interacción, con sus propias propiedades y cualidades.

La totalidad de la personalidad es algo completamente nuevo y distinto de las partes que integran la percepción. Pearls fue entrenado en análisis Freudiano, tomó algunos puntos de Wilhelm Reich (se analizará más adelante) sobre el contacto - entre un organismo vivo y su ambiente. También tomó elementos

de la escuela Jungiana en el aspecto de los sueños donde para Pearls cada uno de los elementos del sueño manifiesto son partes del mismo soñador. Surge esta terapia como una síntesis de caracterología psicoanalista y humanismo existencial.

La idea básica para Pearls quien pensó era simplista, es un poco difícil de expresar; simplificó el concepto de "consciencia" y entendió por tal un activo proceso entre el organismo y su ambiente que propugnaba por la estructuración de significativas totalidades organizadas (Gestalten o Gestalts). "Gestalten" son patrones o estructuras que incluyen todos los estratos de las funciones orgánicas, pensamientos, sentimientos y actividad y su formación es parte de las leyes de la naturaleza. Consecuentemente la neurosis solamente es una forma antinatural de fragmentación en la formación de "Gestalten" y la ansiedad es básicamente una sensación de la pugna hacia su creativa unificación

Hace hincapié en el aquí y en el ahora.

Este tipo de terapia generalmente trabaja con grupos y favorece el llevarse a cabo "Workshops" que consisten en largas sesiones los fines de semana. La dramatización es la llave para esta aproximación, en lugar de plantear el conflicto en palabras se pide que lo actúe el paciente alternando y representando diferentes partes de sí mismo.

Se utilizan sillas y el paciente se mueve de una a otra actuando las partes en conflicto. A través de esta actuación el paciente se da cuenta que cada una de estas partes fragmentadas son una unidad, partes de un todo de su propio organismo.

La tarea del terapeuta es principalmente enfocar al paciente hacia la creación de su unidad dirigiendo todo hacia el presente, el aquí y el ahora, y cuando aparecen fantasías, sueños o imágenes son traídos al escenario presente.

El lema de la Gestalt enunciado por Pearls es: "Tú eres tú y yo soy yo". Esto es para llevar al paciente a que acepte partes fragmentadas que proyecta hacia el terapeuta, y éste las actúa para que sean aceptadas como parte de la propia identidad del paciente.

3. Terapias Biofuncionales: Wilhelm Reich y la Bioenergética.

Las terapias biofuncionales enfatizan que el individuo vive fundamentalmente a través de su cuerpo. Algunas formas de terapia biofuncional se relacionan con los valores del existencialismo humanista teniendo como exponente a centros como el de Esalen, otras han fundado escuelas individuales como la escuela de Bioenergética de Alexander Lowen. Wilhelm Reich (1897-1957), proviene de una formación psicoanalítica y más tarde marxista, enfoca después su preocupación en las fuentes biológicas de la neurosis.

Se deriva de su trabajo la terapia biofuncional. Esta presupone que la neurosis es producto de la interrupción de la función natural del cuerpo y usa movimientos, masajes, expresión emotiva y otros recursos similares enfocados a diferentes partes del cuerpo como agentes de cambio.

Alexander Lowen, discípulo de Reich, toma la hipótesis del "Orgone" (una forma de energía de vida), de su maestro y desarrolla la terapia Bioenergética dado que para él es ambas cosas: biológico y energía.

Lowen enfoca más el aspecto terapéutico trabajando con ejercicios y con grupos de trabajo en donde el paciente pasa más --- tiempo en el piso que en el "couch"

4. Terapia Primaria o Grito Primario.- Esta terapia fué des---rollada por Arthur Janov y se concentra en la expresión de - los profundos traumatismos infantiles para promover la cura - de la neurosis.

En la teoría de Janov el dolor subyace en las fuentes muy profundas, en donde ni el "insight", ni las drogas, ni una con --ciencia existencial o un tratamiento basado en afecto o apoyo, pueden hacerlo desaparecer. Es necesario focalizarlo y, sola --mente al gritarlo una vez que realmente es sentido después de romper las defensas, puede ser curado.

Janov habla de "El Trauma Primario" o "Escena Primaria" que es --tá constituida por el momento en la temprana vida del niño cuan --do todas las pasadas humillaciones, negaciones y privaciones --son acumuladas dentro de un incipiente un dolor. "No hay espe --ranza de ser amado por lo que soy", y a raíz de este principio --experimentado por el niño, se trauma al tomar conciencia de no --ser querido por los padres, y el miedo ante la pérdida del amor --parental, hace que el niño se deslice en la neurosis.

La aproximación terapéutica de Janov es ambigua e intensa. -- Al paciente se le dan instrucciones escritas al inicio que de --finen los términos de la terapia incluyendo la orden: "Has -- exactamente lo que el terapeuta te diga. En ningún momento se --te dañará".

Se le ordena tomar un cuarto de hotel durante 3 semanas, que -- se abstenga de tomar drogas o algo que reduzca su tensión y -- que se dedique por completo a su tratamiento. Durante esta fa-

se intensiva se le da una sesión que es abierta y cerrada cada día siendo él el único paciente del terapeuta durante todo el período. Las sesiones duran de 2 a 3 horas y son suspendidas cuando el terapeuta siente que el paciente ya no aguanta más. En cada sesión se trabaja sobre una meta específica (en contraste con la libre asociación) para que el paciente exprese su profundo sentimiento hacia sus padres, que generalmente es acompañado de balbuceos, llanto y gritos de dolor incipiente.

5. La Aproximación Místico-Trascendental.- Aquí tampoco se habla de una forma de terapia aunque algunos sí la refieran como tal. La importancia de esta corriente es que diferentes grupos se han nutrido de elementos místico-religiosos tomados casi en su mayoría de las religiones orientales.

Esta aproximación utiliza la meditación como principal técnica para producir estados alterados de conciencia que llevan al paciente a experiencias profundas y así lograr cultivar un alto grado de subjetividad.

6. La Dimensión Social: Aproximaciones de Grupo.- La orientación de grupo envuelve una diferente cualidad, una forma de considerar al individuo no para ventaja de su individual subjetividad, sino como un sistema de relación con otros.

Las 3 dimensiones: cuerpo, psique y sociedad, en alguna forma pueden llevar su propio curso, pero están tan claramente relacionadas que no pueden ser vistas fuera de su mutua interrelación. La experiencia de grupo permite el crecimiento en el aspecto social.

En la mayoría de las terapias de grupo lo que las diferencia de las individuales es que no se refieren a una relación directa paciente-terapeuta o algún otro experto, sino que se trabaja con pares procurando producir una experiencia que altere sus patrones de vida mediante un líder-guía, afectando directamente a los individuos para que de alguna forma se "abran" logrando el cambio.

Analizaremos los diferentes enfoques que trabajan con terapia de grupo:

a. El Grupo de Psicoterapia Tradicional: Este enfoque está relacionado con algunas de las escuelas psicoanalíticas. El grupo puede estar formado por individuos que paralelamente asistan a psicoterapia analítica individual o por personas que sólo participen en el grupo. Puede haber 2 ó más terapeutas (co-terapeutas).

En este tipo de tratamiento existen a su vez 2 grupos: 1) los que hacen psicoanálisis en grupo y 2) los que hacen grupo de psicoanálisis. Los primeros se concentran en cómo responden sus pacientes en forma individual ante el grupo, los segundos sólo enfocan al grupo como tal permitiendo que cada individuo actúe como quiera. Aunque esto parece posible teóricamente, en realidad sólo es cuestión de enfoque pues en ambos casos el individuo se ve involucrado en el grupo y viceversa.

Por ejemplo: El terapeuta enfocado en el individuo puede interpretar al señor X que no quiere contestarle al señor Z con un modelo de psicología individual enfocada en proceso psicodinámico y en el pasado de la persona. Cuando se trabaja concentrado ante la colectividad más que el individuo, el terapeuta puede comentar la pasividad del grupo, hostilidad, etc. Se trabaja aquí vía intelectual.

b. Grupos de Encuentro: Actualmente este tipo de terapia ha tenido mucho éxito con personas adictas a las drogas y con trastornos de carácter. Cuenta con dos modalidades:

b1. Terapia Tipo Confrontativo: Está orientada para aquellos -- sujetos que sus mecanismos de defensa permiten al analizando -- confrontar sus conflictos.

b2. Terapia Tipo Ataque: Está indicada para aquellas personas - cuyos mecanismos de defensa no permiten confrontación, y en dicho caso se utilizan técnicas para romper dichos mecanismos y - permitir que continúe el proceso.

c. Psicodrama: Este nombre quedó ligado a su creador J. L. More no quien introdujo el concepto de terapia de Grupo en 1932.

Moreno desarrolló el concepto de "Role-Playing" (actuar-roles), técnica que han explotado algunas terapias como la Gestalt, -- donde vimos que se emplea la dramatización.

Moreno sostiene la idea de permitir que una persona reproduzca el conflicto a través de roles (padre-madre-hijo-tía-etc.), en el aquí y en el ahora, controlado por el terapeuta y en donde participan los miembros del grupo haciendo de protagonistas de los diferentes roles (esto es parecido a lo que ya se vio en - Terapia Gestalt).

d. Análisis Transaccional: Esta teoría surgió en 1960, su fundador fué Eric Berne. Dos publicaciones lo hacen famoso: El - Libro del Dr. T. Harris (1973) "Yo estoy bien - tú estás bien" y el libro de E. Berne (1966) "Juegos en que participamos".

Berne fué entrenado en la orientación analítica, brincando de aquí a terapia de grupo, en donde recibe influencia Adleriana y de Sullivan más que Freudiana.

Enfatiza las respuestas del ambiente (caricias), sentimientos de seguridad, auto-estima e inferioridad (las posturas "Estar Bien" o "No Estar Bien") y análisis del yo y consciencia (El Padre-Adulto- Niño-P-A-N que son estados del Yo) más que hablar de sexualidad infantil o consciente reprimido. Su técnica es breve y se lleva a cabo en 10 sesiones, utilizando 1 sesión-semanal.

Forma grupos a quienes enseña la teoría que, dada su simplicidad, es fácil de manejar en una forma que ayuda a que cada uno se eduque para entender con cual instancia está actuando, su parte padre-adulto-niño, y enseña las transacciones y los juegos en los que frecuentemente caemos.

El objetivo de su terapia es que el sujeto a través de su experiencia logre el "yo estoy bien - tú estás bien".

7. Terapias Directivas-Conductuales.- En todas las terapias -- existe cierto papel directivo de parte del terapeuta y algún-- proceso de aprendizaje de parte del paciente provocando estas directrices.

Sin embargo, se ha restringido el nombre de terapias directivas-conductuales a aquellas terapias que enfatizan que el problema emocional debe descansar en algo observable. El tratamiento se aboca a influir en eso que ha sido observado. El problema puede ser un atributo de la persona, algo que él tiene, más que lo que él es. En las terapias psicoanalíticas, por contraste, la totalidad de la persona es tomada en cuenta- la neurosis soy yo o por lo menos está en mí-; en Gestalt la esfera-

neurótica es la consecuencia de sí mismo; en el biofuncionalismo, el cuerpo, que no se separa del sí mismo; en Análisis Transaccional en el papel que juega el yo; en terapia familiar, en la familia en la cual yo existo. En cada uno de estos casos - la persona completa se encuentra involucrada. En la terapia-Directiva-Conductual, sin embargo, la persona y el problema se encuentran a diferentes niveles. El problema se vuelve objetivizado mientras la persona sigue fuera de rango. La persona - "posee" el problema por así decirlo; lo trae al tratamiento, - hace comentarios con el terapeuta para que vea su problema y - mientras tanto deja parte de sí mismo en la sala de espera. - Como el problema nunca es percibido como una parte del "self"-completo, el terapeuta puede atacarlo agresivamente y sin preocuparse de tener sutilezas o artificios durante su relación.

Este tipo de terapias pueden enfocar intenciones sociales, o factores psicológicos y hasta contenidos morales. En cada caso, el problema debe descansar en algo que se puede delimitar, ser directamente observable y poder ser inmediatamente -- afectado por la intervención terapéutica.

Dentro de esta clasificación existen las siguientes variedades:

a). Terapias Somáticas o Físicas.- Aquí podría uno extenderse - para hablar de los disturbios emocionales que pueden ser estudiados por las ciencias biológicas e influidos por tratamientos biológicos como drogas, "shocks", psicocirugía y otros similares. No podemos dejar de reconocer que en muchos problemas emocionales existe una participación biológica como en aquellos casos en los que se interviene directamente a nivel fisiológico.

Por ejemplo: "Usted sufre de tensión nerviosa", y se le receta una pastilla.

b). Terapia Sexual: Desde que William Masters y Virginia Johnson publicaron sus estudios sobre las respuestas sexuales: "Human Sexual Response" y "Humana Sexual Inadecuacy" (Respuesta -- Sexual Humana, y Relaciones Sexuales Inadecuadas), su programa para una aproximación objetiva a los problemas sexuales ha tenido una gran influencia en la práctica y en la estrategia terapéutica.

W. Master y V. Johnson consideran que es mejor trabajar en - - equipo; dar un tratamiento por separado al esposo y a la esposa, cada uno con un terapeuta de su sexo, de tal forma que cada uno se responsabilice en la relación.

c. Terapia Directiva (Propiamente Dicha): Está basada en la - - idea de que la relación con el terapeuta es tan importante que entonces se puede desarrollar una técnica con la simple aplicación de la autoridad terapéutica a la neurosis.

Por ejemplo, Ante una mujer histérica gritando: "No puedo ver, - estoy ciega", el terapeuta, apuntando con su dedo y con voz profunda y convincente afirma: "No está ciega, puede ver". Sucede la cura directa: ella puede ver.

El arma fundamental de la terapia directiva es la sugestión y - por supuesto la dirección aunque estos elementos en cierto grado son parte de cualquier terapia. La cuestión es ¿para qué fines? y ¿bajo cuáles medios?

c-1). Hipnosis o Hipnoterapia: El principal punto es que produce un estado alterado de conciencia con técnicas que afectan la atención como una sugestión repetida. Una vez en dicho estado alterado de conciencia se acepta una orden: "Cuando te despiertes dejarás de fumar". Algunos terapeutas usan esta técnica -- con otras formas de terapia.

c-2). Terapia de Realidad: Se basa en el uso de preceptos morales aplicados al comportamiento neurótico. El Dr. W. Glasser la utiliza afirmando que si una persona se vuelve más responsable, la neurosis tiende a desaparecer y se conformará a lo establecido, será buen ciudadano, buen padre, etc.

c-3). Terapia Racional Emotiva: Su fundador Albert Ellis, concuerda con muchos puntos expuestos por los terapeutas del movimiento del potencial humano.

El paciente debe asumir conscientemente la responsabilidad de su conducta, volverse más acertivo, volverse más positivo. La palabra alentar o dirigir es débil para expresar su técnica -- directa en llevar al paciente a que actúe para ser una persona exitosa. La idea central de Ellis es enfatizar el área cognoscitiva, los pensamientos rigen las emociones, no toca nada inconsciente, ni del pasado, todo es presente y puede ser "analizado", no desde un punto de vista Freudiano, sino más bien en bases lógicas. Está teniendo impacto en el área educativa, inclusive algunos lo mencionan como el nuevo Alfred Adler.

d). Terapia Conductual: Es ampliamente conocida, actualmente -- ocupa el 2o. lugar dentro de la Asociación Psiquiátrica Americana y es la principal dentro de esta clasificación.

Este tipo de terapia primero analiza la conducta manifiesta, - delimitándola en un síntoma, por ejemplo, una fobia particular, estrechando así el problema y así, ante un preciso punto, lleva a cabo su tratamiento definiendo claramente su programa donde establece las operaciones a seguir y que pueda incluir diferentes técnicas. Un terapeuta conductual no aplica sus técnicas en forma ritual, sino que trata de amoldarlas a la situación. Si un procedimiento falla, trata con otro, guiado por - el hecho de contar con procedimientos que le permiten evaluar sus resultados.

Así tenemos dentro de la terapia conductual:

d-1). Relajación Positiva: Es una de las más simples, utiliza ejercicios respiratorios y una sugestión de un sentir placentero.

d-2). Desensibilización Sistemática: Creada por Joseph Wolpe - para el tratamiento de las fobias. Se ha extendido su uso. -- Esencialmente consiste en buscar la situación de peligro y situar al paciente en situaciones similares pero de menor jerarquía en cuanto a producirle ansiedad y a partir de ahí ir adelantándolo progresivamente hasta que pueda soportar enfrentarse a la situación temida.

Por ejemplo, a una pareja sexualmente temerosa darle instrucciones de no hacer nada erótico, sino dormir juntos durante -- una semana sin sentir la amenaza de una relación más profunda; la siguiente semana dormir desnudos, la tercera besarse sólo - en los labios y así continuar hasta que ambos se fortalezcan - y puedan realizar el acto sexual.

d-3) Modificación de Conducta: Está basada en principios de condicionamiento operante de Skinner y en la aproximación Pavlovia na de condicionamiento clásico. Ha tenido muchas implicaciones en el área social y educativa.

Se han llevado a cabo programas en instituciones eduactivas, en cárceles y hospitales.

Dichos programas están basados en "economía de fichas", en re - forzamientos", etc., que como ya se mencionó, están directamente conectados a la Teoría del Aprendizaje elaborada por Skinner y basada en el condicionamiento operante.

8. Terapia Breve.- Surge como una necesidad ante los servicios - prestados en instituciones de tipo hospitalario que requieren - de soluciones rápidas ante problemas de crisis y de emergencia - (Naomi Golan, 1978); (Weakland J., Fisch R., Watzlawick P. y - Bodin A., 1974).

La definición de psicoterapia breve señalada por Bell L. y - Small L. nos da una idea clara de lo que se maneja en este tipo de tratamiento: "La psicoterapia rápida (o breve) según se defi - nirá aquí, deberá cumplir sus fines en el corto lapso que vaya - de una a seis sesiones terapéuticas, cada una del tiempo acos - - tumbrado (45-50 min)..." (pág.9).

Las técnicas utilizada en alguna medida tienen sus fundamentos - en las aproximaciones expuestas.

7. Terapia Familiar.- La terapia familiar no es en sí una es - cuela de terapia, sino más bien una redefinición de la tarea - psicoterapéutica. Aunque participan diferentes aproximaciones, valores y técnicas, en un aspecto convergen: El haber rede -

finido el objeto de la terapia del individuo a la familia.

Dado que este tema será tratado posteriormente en forma más amplia, por el momento no se ahondará, sólo se menciona para permitir ver su ubicación del campo psicoterapéutico.

Lo anterior es el campo actual de la Psicoterapia. Vale la pena mencionar que a raíz de las terapias anteriores se han derivado terapias para adolescentes o para niños, pero siempre siguiendo alguna de las corrientes o aproximaciones antes mencionadas. Por ejemplo: la terapia de juego que practica Virginia Axline utiliza el marco teórico de Rogers, o es conducida con una orientación psicoanalítica con métodos interpretativos; o grupos de adolescentes con quienes se trabaja bajo un marco Gestáltico; Psicoanalítico o con principios de Análisis Transaccional.

S. Minuchin y Colaboradores, en su estudio sobre anorexia nervosa (1979), consideraron útil organizar los enfoques diagnósticos y terapéuticos en dos grandes grupos:

1) El modelo lineal, que comprende todas las aproximaciones que enfocan su interés en el paciente individual: médicas, psicodinámicas y conductuales.

2) El modelo sistémico construido sobre el trabajo de los enfoques lineales, pero que va más allá, al observar al paciente en su contexto familiar.

Se revisará el modelo sistémico que es el campo de estudio de la psicoterapia familiar.

1.2. PSICOTERAPIA FAMILIAR

"Ninguno de nosotros vive completamente solo. Aquellos que tratan están condenados a una existencia miserable. Se puede decir que en algunos aspectos la experiencia de la vida es más individual que social y en otros es más social que individual. Sin embargo principalmente vivimos con otros, y en los primeros años casi exclusivamente con miembros de nuestra familia".

"La psicoterapia familiar nació porque debía hacerlo: era una necesidad histórica".

N. W. Ackerman.

1.2.1. ¿QUE ES LA PSICOTERAPIA FAMILIAR?

La transición hacia el punto de vista familiar fue gradual tanto en la teoría como en la práctica psicoterapéutica. Donde fue más evidente el paso hacia la orientación familiar fue en el terreno de la esquizofrenia. Al esquizofrénico se le describía como individuo aislado cuyos problemas eran independientes a sus relaciones porque estaban fuera de la realidad. En 1940 empezó a surgir la idea de la madre tenía algo que ver -- con su sintomatología y se acuñó el término de madre esquizofrenizante. Se siguió viendo como problema individual pero empezó a decirse que la madre del paciente influía en su estado actual, como expresión de las propias necesidades de la madre. Posteriormente se descubrió que también el padre contribuía en la presentación de la esquizofrenia, entonces se amplió el terreno descriptivo hasta incluir a la familia completa. Paralelas a la explicación de la esquizofrenia surgieron descripciones de otros tipos de psicopatología. El niño con trastornos emocionales fue descrito en un tiempo como un fenómeno individual, -- más tarde se sugirió que los padres podrían haber influido-

en su infancia y finalmente llegó a darse por cierto que la -- influencia actual de los padres era la causa de su trastorno.

Se produjo entonces una transición en los métodos de tratamiento pasando de entrevistar tan sólo al niño a requerir el tratamiento individual de los padres y finalmente a tratar conjuntamente a la unidad familiar. (J. Haley 1971).

N. Ackerman (1970) define la psicoterapia familiar: "La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los - desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural (True Group), un grupo primario. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico... Su objetivo no es sólo eliminar síntoma o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien - - crear una nueva manera de vivir".

Si nos remitimos a la definición general de psicoterapia (Pág 6) encontramos que también en la definición de psicoterapia - familiar se encuentran presentes los tres conceptos que definen el término de psicoterapia:

- 1) La interacción paciente-terapeuta.- En psicoterapia familiar se considera como paciente la unidad de intervención que es el contexto familiar.
- 2) Una metodología o técnica con conceptos sistematizados. - Actualmente la metodología o técnica está basada en conceptos sistémicos enfatizando aspectos comunicacionales, estratégicos-estructurales.
- 3) Producir el cambio.- "Crear una nueva manera de vivir" nos habla de un cambio en los patrones de interacción, un cambio en el contexto familiar que les permita utilizar alternativas favorables que alivien su situación de displacer que los motivó a solicitar el servicio terapéutico.

1.2.2. TEORIA DE SISTEMAS.

"Ahora buscamos otro modo esencial - de ver el mundo: EL MUNDO COMO ORGANIZACION. Semejante concepción; de poder ser sustanciada cambiaría por cierto las categorías básicas que sustentan el pensamiento científico e influiría profundamente sobre las actitudes prácticas. Esta tendencia está señalada por el surgimiento de un haz de nuevas disciplinas como la cibernética, la teoría de la información, la teoría general de los sistemas.

Difieren en supuestos primordiales, técnicas matemáticas y metas, y con frecuencia resultan insatisfactorias y hasta contradictorias. Coinciden no obstante en ocuparse, de una u otra manera, de "sistemas", "totalidades" y "organizaciones", y en conjunto anuncian un nuevo enfoque."

VON BERTALANFFY.

Dos aportaciones básicas para el entendimiento de la psicoterapia familiar son: a) "la teoría de sistemas" y b) "la comunicación desde un punto de vista internaccional".

¿QUE ES LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS?

Se trata de una expansión de la teoría de la ciencia en respuesta a requerimientos comunes de la biología, la psicología, las ciencias de la conducta y las ciencias sociales.

El término introducido por Von Bertalanffy en 1945 a partir de consideraciones de orden biológico esboza los principios de una ciencia basada en modelos orgánicos y abiertos en los cuales en tanto se refieren al hombre las facultades espe-

cíficamente humanas son debidamente consideradas.

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción, una totalidad que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes.

La meta central de la investigación en la Teoría General de los Sistemas es construir una ciencia de sistemas, reglas, y principios que sean válidos para todos los sistemas en general.

Este conjunto de construcciones teóricas son instrumentos útiles para entender procesos complejos en los que organización, crecimiento, cambio e interacción dinámica son esenciales. Tienen importancia en el campo de la biología, la psicología, la psiquiatría y las ciencias sociales.

Los modelos isomórficos en campos distintos de las ciencias, son válidos para uno u otro sistema.

Hay dos clases de Teorías de Sistemas: Teorías específicas como la Teoría Cibernética, la Teoría de la Información o la de los Juegos y una Teoría General. Unas y otras son complementarias. Su desarrollo ha sido paralelo.

Desde 1923, Bertalanffy propuso su importante Teoría de los Sistemas Abiertos y publicó sus trabajos sobre Biología Orgánica ese mismo año.

En ciertos aspectos, los procesos vivos son radicalmente distintos de los físicos. Por no disponerse de instrumentos conceptuales apropiados para comprender, explicar y predecir fenómenos tales como los fenómenos teleológicos, éstos habían quedado fuera de la ciencia tradicional. A partir de una posición vitalista se les explicaba por un principio vital anímico que los colocaba fuera del alcance de la ciencia clásica, meca-

nisista y reduccionista.

En la investigación de sistemas hay dos corrientes: una, es en realidad una extensión de la posición mecanicista y está relacionada con la expansión de la técnica, por ej; la cibernética (Teoría de los Mecanismos Autorregulados). El elemento nuevo es el paso de un concepto de causalidad lineal a un concepto circular de causalidad. El modelo cibernético explica ciertos procesos fisiológicos y conductuales, pero no la conducta y el funcionamiento del cerebro en su totalidad. Merced al -- isomorfismo, el principio cibernético es igualmente válido para ciertos mecanismos electrónicos como para ciertas regulaciones biológicas; por ej. la regulación de la temperatura.

Otra corriente, la corriente organísmica, busca los principios y leyes que rigen a los organismos en tanto que son sistemas.- A esta corriente corresponde la Teoría General de Von Bertalanffy cuyos antecedentes históricos son la Teoría Organísmica y la Teoría de los Sistemas Vivos como sistemas abiertos.

El concepto del organismo como totalidad muestra que sus partes están en una interacción dinámica, de modo que la alteración de una de ellas altera al resto. Para conocer la naturaleza del organismo no basta conocer sus partes, es necesario - prestar atención a la interacción dinámica que mantiene su organización. Un ejemplo son los síntomas resultantes de lesiones cerebrales las cuales expresan la lesión y los instintos - del organismo para restaurar su mejor nivel funcional.

Una propiedad fundamental de los organismos vivos es mantener y aumentar su organización contra cualquier tendencia desorganizadora.

El organismo como sistema activo.- El organismo no solamente-

es activado en respuesta a estímulos o condicionado por estímulos del pasado. Es un sistema intrínsecamente activo. De hecho, la conducta autónoma de los organismos es más importante que su conducta reactiva. La espontaneidad es una característica de los organismos superiores.

En el hombre esto se observa en la conducta exploratoria, el juego y en la variabilidad de sus respuestas. La cultura no es una respuesta utilitaria sino el resultado de la creatividad.

La tendencia a la repetición compulsiva es propia de los enfermos mentales, en tanto que en la persona sana la tendencia es a la no repetición compulsiva, es decir, al cambio, a la variabilidad.

El organismo como sistema abierto.- El organismo es un sistema en intercambio continuo con el ambiente, en un proceso de construcción y destrucción continua mas nunca en equilibrio. - Además de la entropía física, principio de Kelvin de la tendencia general de los eventos de la física hacia el desorden, la indiferenciación y el borramiento de las diferencias, hay en los organismos vivos una entropía negativa, que es su tendencia a la organización, al crecimiento y a la diferenciación. - Esta tendencia es aparente tanto en la evolución de la especie como en el desarrollo individual. Este concepto es la piedra angular de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy.

El principio de la equifinalidad, descubierto por Hans Driesch desde 1890 en el erizo de mar, ejemplificó una característica de los sistemas abiertos. A diferencia de lo que ocurre en los sistemas cerrados, las condiciones iniciales del evento no determinan los resultados. Estos dependen de los parámetros del sistema en un momento dado. Este principio corresponde al concepto de la "autonomía de los motivos" de Allport-

y es contrario a la idea fatalista del determinismo genético.

Otro concepto relativo a los organismos es el concepto del Estado Estable, que incluye al de homeostasis complementado por el de heterostasis. Más allá del equilibrio, la tendencia a la persistencia y la tendencia al cambio coexisten. Por lo tanto la fórmula tensión-relajación de tensión, no es suficiente para explicar los móviles de la conducta.

Hay otros principios que operan en los organismos como sistemas. En la salud y el crecimiento la tendencia de los organismos vivos es su diferenciación progresiva hacia estados de organización más elevados. En la enfermedad, se pone en juego una tendencia opuesta, regresiva; el retorno a estados menos diferenciados. Un ejemplo es la sinestesia y la pérdida del sentido de identidad.

Otro principio es el de la mecanización progresiva. Ciertas funciones se automatizan mediante la fijación de las vías neurales correspondientes y se hace así posible el desarrollo de otras funciones superiores.

El principio de la autorregulación postula que los organismos mantienen su forma general, aunque cambia todo lo demás.

Otros dos principios son el de jerarquización y el de autoactualización.

La Teoría General de Sistemas implica cambios en las categorías básicas del pensamiento. No invalida logros científicos-reduccionistas, ni conocimientos y métodos establecidos. Si acaso, los sitúa bajo otro marco de referencia y con su repertorio conceptual abre nuevas perspectivas y facilita las transacciones entre distintas disciplinas. Es vista como un puen-

te entre las distintas ciencias y entre éstas y las humanidades.

V. Bertalanffy piensa que es necesaria una filosofía natural - que sea relevante para el hombre. Ningún concepto mecanicista es adecuado. Si bien el hombre es equiparable a una máquina - dotada de servomecanismos y computadoras, es mucho más que eso: un organismo psicofísico con capacidad para la actividad espontánea, para crear y cambiar sus metas y crear símbolos.

Una característica distintiva de la Teoría General de Sistemas es su insistencia en ir más allá de los mecanismos, incluyendo al cibernético y usar modelos que permitan incluir los aspectos humanos.

El nivel simbólico define las actividades, productos e interrelaciones que separan la conducta del hombre de la del animal. La conducta humana no puede ser reducida a conducta animal. A la luz de una teoría organísmica, mente y cuerpo, materia y conciencia, no son realidades últimas sino conceptualizaciones.

La humanidad no consiste en una suma de individuos aislados, sino en sistemas de varios órdenes que van desde los pequeños sistemas como la familia, hasta los sistemas mayores, como las civilizaciones.

La familia como sistema abierto: La familia, al ser conceptualizada como un sistema interacción, se puede considerar formada por un conjunto de seres humanos individuales que se comunican entre sí, con objeto de definir la naturaleza de su relación. Parte integrante de esta unidad de estudio es la variable tiempo: en el sistema siempre está implícito un lapso, así como un proceso secuencial que permite describir el estado o -

el cambio de estado del sistema.

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados; en el primero hay intercambio de información con el medio; en el segundo, tal intercambio no existe. Con el modelo conceptual de sistema -- abierto, resulta fácil ubicar el sistema interaccional de dos personas dentro de una familia más grande, a esta dentro de -- una comunidad y a la comunidad dentro de una nación.

Algunas propiedades de los sistemas abiertos tal y como se -- aplican a la interacción familiar son las siguientes:

a). TOTALIDAD.- El cambio de una de las partes del sistema pro voca el cambio en todas las demás y en el sistema total. En las familias, la conducta de un individuo está relacionada con la de los otros y depende de ellos. Esto fue introducido por D. Jackson (1969), quien observó que si un paciente mejoraba, la familia de ese paciente sufría repercusiones drásticas, por ejemplo, depresiones o episodios psicósomáticos y postuló que la conducta de la familia y la enfermedad del individuo -- son "mecanismos homeostáticos" que intervienen para que el sis tema perturbado recupere su equilibrio precario.

b). NO SUMATIVIDAD.- El sistema no se entiende como la suma de sus partes, sino como una "gestalt". Los terapeutas familia-- res saben que si logran aliviar el problema por el cual se les consultó, tienen que enfrentar una crisis en alguno de los --- miembros de la familia o en la familia completa; por lo tanto, los cambios que se realicen deben hacerse en la estructura familiar considerada como un todo. No debemos pensar que el aná lisis de la familia es la suma del análisis de sus miembros in dividuales, ya que hay características del sistema, esto es, - patrones interaccionales que trascienden las cualidades de - los miembros.

c). RETROALIMENTACION.- Creemos que las partes de un sistema no están relacionadas en forma sumatoria o unilateral, si no que siguen un mecanismo de retroalimentación. Una cadena en la cual el hecho A afecta a B y B a C y C a D tendría propiedades de un sistema lineal, pero si A se ve afectada a su vez por D, el sistema es circular y funciona de modo diferente al primero; aquí no tiene principio ni fin.

Entre los miembros de la familia no existe una relación rígida, por el contrario, es una relación fluida. La conducta de un individuo estará determinada por la de las personas que lo rodean; es decir, una persona se comporta de una manera cuando está sola, de otra manera ante su familia y de otra manera ante sus amigos. A su vez la forma de comportamiento de un individuo determinará la conducta de los demás.

Este sistema de acción-reacción opera en forma circular pero se trata de un sistema en el cual pueden producirse cambios debido a factores ajenos o externos a él como sucede cuando fallece el padre de uno de los esposos.

Recordemos que la conducta humana cambia frecuentemente y a veces en forma radical, por lo tanto un miembro de la familia constantemente generará formas de reacción en el otro y viceversa, por lo cual tienen que realizarse calibraciones periódicas.

No se trata de un sistema estático, sino un sistema que se mantiene con fluctuaciones. La retroalimentación puede ser negativa, por ejemplo: La esposa responde con afecto ante el malhumor del marido, se calma, hay estabilidad familiar. Será positiva ante una contestación agresiva y el esposo se agita más, produce un cambio y da inestabilidad. No debemos pensar que la retroalimentación negativa siempre es deseable y la po-

sitiva desorganizante ya que se pueden observar familias perturbadas con una notable capacidad para mantener el "status quo", mismas que son refractarias al cambio. Además en la familia existe aprendizaje y crecimiento y estos efectos se acercan más a la retroalimentación positiva.

d). EQUIFINALIDAD.- En un sistema de retroalimentación, no importan las condiciones iniciales, sino la naturaleza del proceso, esto significa que condiciones iniciales distintas pueden llevar al mismo resultado final, y que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas. Dicho de otra forma: las condiciones iniciales del evento no determinan los resultados.

1.2.3 COMUNICACION DESDE UN PUNTO DE VISTA INTERACCIONAL

"En la Sociedad Humana, en todos sus niveles, las personas se confirman -- unas a otras de modo práctico, en mayor o menor medida, en sus cualidades y capacidades personales... La base de la vida del hombre con el hombre es doble, y es una sola: el deseo de todo-hombre de ser confirmado por los hombres como lo es, incluso como lo que puede llegar a ser y la capacidad innata del hombre para confirmar a sus semejantes de esta manera. El hecho de que tal capacidad esté tan inconmesurablemente descuidada constituye la verdadera debilidad y cuestionabilidad de la raza humana; la humanidad real sólo existe cuando esa capacidad se desarrolla..."

MARTIN BUBER

El comunicarse, para el hombre, trasciende el mero intercambio de la información, a través de su comunicación logra construir su autopercepción y desarrollar su identidad.

Conceptos de identificación, de autopercepción e identidad implican elementos básicos para el desarrollo de la personalidad.

La relación entre psicopatología y comunicación ha sido investigada por profesionistas de diferentes disciplinas: Haley J. (1971), Watzlawick P. (1978,77,76), Sluzki C. (Editor-1974), Jackson D. (1976), G. Bateson y otros (1971), R.D. Laing y Col. (1973), M.S. Palazzoli (1978) y otros.

Dado el intercambio de información entre los autores, de alguna forma sus conceptos han quedado vinculados. En el presente capítulo se expondrán algunos puntos relevantes para la presente investigación.

1.- Áreas de la Comunicación. El estudio de la comunicación -- humana abocado a las manifestaciones observables de la relación puede dividirse en 3 áreas.

a) Sintáctica: abarca los problemas relativos a transmitir información.

b) Semántica el significado es la preocupación de esta área.

c) Pragmática: cómo la comunicación afecta a la conducta. Y en esta área ocuparnos menos de las relaciones emisor-signo o receptor-signo y más de la relación emisor-receptor que se establece por medio de la comunicación.

2.- Los Tipos Lógicos de Russell. Esta teoría propone que existen diferentes tipos o niveles lógicos que pueden explicar el universo. La tesis central es que existe discontinuidad entre una clase y sus miembros, ya que el término usado para la clase está en un nivel de abstracción distinto, un tipo distinto del de los términos usados para los miembros.

- Existen diferentes niveles en el plano de la comunicación humana: El primero designa entidades u objetos. El segundo se refiere al significado que guardan esas entidades u objetos y el tercero es el que se da en la interacción humana y califica el significado de esta interacción.

- Metacomunicación: Se plantea el problema de que cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella y no se cuenta con una conceptualización de la metacomunicación, lo cual nos lleva a una confusión.

- Se llamará comunicación, al aspecto pragmático de la teoría de la comunicación; mensaje, a cualquier unidad comunicacional singular. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. Pautas de interacción constituyen una unidad de un nivel aún más elevado en la comunicación humana.

Al aceptar que toda conducta es comunicación, ya no manejamos una unidad-mensaje monofónica, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta verbal, tonal, postural, contextual, etc., todos los cuales limitan el significado de los otros. Los diversos elementos de este conjunto -- (considerado como un todo) son susceptibles de permutaciones -- muy variadas y complejas, que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico.

3.- Aspecto de Contenido y Relacional. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende una metacomunicación. El contenido se refiere a lo referencial, a los datos, a la información. Lo relacional es lo conativo, es una instrucción sobre cómo tomar los datos.

- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de -- las secuencias de comunicación entre los comunicantes: "una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrupta de intercambios. Aquí Bateson y Jackson agregan el concepto de "La puntuación de la secuencia de hechos" hablando de una cadena de vínculos triádicos superpuestos cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia: estímulo - respuesta - refuerzo y que la puntuación organiza los hechos de la conducta.

- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferen-

cia. Es importante hacer notar que el que define la relación es el que la controla. De hecho todos los mensajes, además de ser informativos, influyen o dictan normas. Si un sujeto le dice a otro "me siento mal hoy", además de informarle acerca de su estado interno, le comunica: "ayúdame", lo cual en determinado momento puede implicar que está controlando la relación, si el otro sujeto atiende al llamado. Este control de la relación - se refiere a la lucha por el control de la definición de relaciones con otros, más que a la lucha por controlar al sujeto.

4.- Doble Vínculo. En la comunicación se mezclan diferentes niveles en un solo mensaje y esto da lugar a que aparezcan paradojas pragmáticas. La paradoja pragmática más importante para entender la psicopatología es la del "doble vínculo".

Los elementos necesarios para una situación de doble vínculo - son:

- a) Dos o más personas unidas por una relación profunda.
- b) Experiencia repetida. El doble vínculo no implica una única experiencia traumática, sino experiencias tan repetidas que la estructura del doble vínculo llega a constituir una expectativa habitual.
- c) Una instrucción negativa primaria. Puede tener una de los dos formas: a) "No lo hagas o te castigaré" o b) "Si no lo hacen te castigaré".
- d) Una instrucción secundaria que contradice a la primera en un nivel más abstracto y como la primera, está reforzada por-

castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia.

e) Una instrucción negativa terciaria que prohíbe a la víctima escapar del campo.

f) Todos estos ingredientes ya no son necesarios cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en patrones de tipo -doble vínculo, casi cualquier parte de la secuencia del doble vínculo puede bastar para desencadenar pánico o rabia. El patron de instrucciones conflictuales puede incluso quedar a --carga de voces alucinatorias.

Cada vez que se produce una situación de doble vínculo cesa la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre los --tipos lógicos, dando las siguientes características a la situación:

1.- Cuando el individuo participa en una relación intensa, esto es, una relación en la que siente que es de importancia vital discriminar acertadamente qué tipo de mensaje se le comunica, para poder responder adecuadamente.

2.- El individuo se ve atrapado en una situación en la que --otra persona expresa dos órdenes de mensajes y uno de ellos --niega al otro.

3.- El individuo es incapaz de efectuar un comentario acerca -de los mensajes que recibió para corregir así su discrimina- --ción en cuanto a qué orden de mensaje debe responder, esto, es no puede hacer una intervención metacomunicativa.

Esta teoría adjudica a la interacción familiar un papel fundamental en la etiopatología de la esquizofrenia y afirma que en la situación familiar del esquizofrénico se dan los siguientes elementos:

- 1.- Un niño, cuya madre experimenta ansiedad y se retrae si el niño le responde como a una madre afectuosa.
- 2.- Una madre que no puede aceptar sus propios sentimientos de ansiedad y hostilidad para con el niño y cuya manera de negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta.
- 3.- La ausencia de alguien en la familia como un padre fuerte e intuitivo, capaz de intervenir en la relación entre la madre y el niño y apoyar a éste frente a las contradicciones consistentes.

La madre utiliza las respuestas del niño para afirmar qué conducta es amorosa y cómo esa conducta es simulada. El niño se encuentra en una posición en la que debe evitar interpretar acertadamente la comunicación de la madre si quiere mantener su comunicación con ella. Como resultado, el niño debe distorsionar de manera sistemática su percepción de las señales metacomunicacionales. Para sobrevivir, debe discriminar falsamente sus propios mensajes internos así como los de los otros. Sin embargo, aceptar como real la conducta afectuosa simulada de la madre, no constituye una solución para el niño. Si hiciera esa falsa discriminación, se acercaría a ella y esa cercanía despertaría en la madre sentimientos de temor, que la obligarían a retraerse. Pero si el niño se apartara de ella, la madre tomaría esa actitud como una prueba de que ella no es una madre afectuosa y lo castigaría por apartarse. En resumen, el niño es castigado por discriminar acertadamente lo que la madre expresa, y es castigado por discriminar erróneamente, es -

decir, está atrapado en un sobre vínculo.

Algunos estudios han mostrado que es constante encontrar una - patología grave en el medio familiar del esquizofrénico. Hay - hipótesis de que la debilidad yoica del esquizofrénico puede - estar relacionada con la introyección de la debilidad parental que se observa en la dependencia de la madre con respecto al - niño para su propia realización, con la introyección del recha - zo parental del niño en el proceso de la temprana identifica - ción con un progenitor, y con las imágenes desvalorizadas para - la identificación derivadas del menosprecio que un progenitor - siente hacia el otro.

La mayoría de los padres de esquizofrénicos, se caracteri - zan por una amplia variabilidad de problemas y de maneras de - adaptarse a ellos. Esta variabilidad de problemas puede divi - dirse en dos grandes grupos que son el cisma marital y el ses - go marital.

Cisma Marital. Está caracterizado por un estado crónico de -- discordia y desequilibrios severos. Es característica también una capacidad de no-complementariedad de propósitos: Ninguno - obtiene apoyo del otro para sus necesidades emocionales. Otro rasgo común es la desvalorización crónica que uno de los cóny - ges hace del otro frente a los hijos y suele ser permeable -- frente a los individuos ajenos.

Sesgo Marital. La característica principal es que la psicopa - tología bastante severa de uno de los cónyuges domina el hogar pero tanto marido como mujer logran complementarse o apoyarse - uno al otro en grado suficiente como para alcanzar cierta - armonía. En el sesgo marital se da un enmascaramiento de - las fuentes potenciales de conflicto, lo cual crea una at - mósfera irreal, en donde lo que se dice difiere de lo que en -

realidad se siente y se hace. Aunque esta relación proporciona cierta gratificación a los cónyuges, el medio familiar está tan distorsionado y perturbado como en el caso de los matrimonios cismáticos.

Transmisión de la irracionalidad al paciente esquizofrénico:

Se piensa que el paciente esquizofrénico es más propenso que -- otros a retraerse por medio de la distorsión de su simbolización de la realidad porque su apoyo en la prueba de la realidad es precario, ya que se ha formado en el mundo de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser -- la interpretación obvio del medio, incluyendo el reconocimiento y la comprensión de impulsos y la conducta afectiva de los miembros de la familia.

Relaciones interpersonales de los esquizofrénicos:

Los sujetos esquizofrénicos, tienen muchas dificultades en discriminar modos comunicacionales, tanto dentro de él como entre él y los otros y es particularmente débil en las áreas siguientes:

- 1.- Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a los mensajes que él mismo emite en forma no verbal.
- 2.- Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a los mensajes que percibe de otras personas.
- 3.- Dificultad de atribuir el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos y sensaciones.

Un factor que contribuye a la confusión, es el hecho de que el esquizofrénico usa mucho las metáforas que se distinguen por su carácter fantástico e irreal. Además de lo fantástico, lo patológico de estas metáforas es que el esquizofrénico a veces no sabe que sus respuestas son metafóricas o no puede admitir que lo son. El esquizofrénico, a veces utiliza la metáfora -- cuando encuentra que está dentro de una situación de doble vínculo, porque esto le produce seguridad, pero por otro lado, no le permite hacer la acusación que él quisiera.

5.- Paradojas.- Las paradojas pueden servir para explicar la conducta normal y la patológica y a su vez pueden ser utilizadas para fines psicoterapéuticos. Jay Haley (1971), Milton Erickson (e Haley 1973), Mara Selvini Palazzoli (1978), Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish, Peggy Papp Y otros, han tomado una dirección particular y han desarrollado técnicas con sus propias características, tomando como elemento común la comunicación paradójica.

Watzlawick P. (1976) resume lo que se quiere significar al hablar de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana: son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica -- formal. Pone como mensaje típico el "Sé espontáneo": la exigencia de un comportamiento que por naturaleza sólo puede ser espontáneo, pero que no puede serlo, a causa precisamente de haber sido exigido. Así por ejemplo, en lugar de una simple orden, "Quiero que estudies" (que el niño puede obedecer o desobedecer), se le exige: "Quiero que quieras estudiar". Ello exige que el niño no sólo haga bien lo que tiene que hacer sino que haga lo que debe hacer por el motivo justo, es decir, estudiar porque lo quiere, porque lo desea). Para la madre, la situación es también entonces insostenible. El modo como intenta --

cambiar el comportamiento de su hijo hace imposible lo que - desea realizar, por lo que ella queda tan enredada como él en la paradójica situación. La paradoja, según el autor, surge - debido a una confusión entre miembro y clase.

J. Haley lleva a cabo un estudio exhaustivo en el campo psi - coterapéutico buscando un factor común a todos los tipos de - psicoterapia y llega a una conclusión en su libro "Estrate - - gias en Psicoterapia" (1971): que la causa del cambio psicote - rapéutico reside en las paradojas terapéuticas.

G. Bateson, D. Jackson, J. Haley y J. Weakland (1971) hacen - una diferenciación entre la paradoja dentro del doble vínculo en situación patológica y en vínculo terapéutico, argumentan - do que el hecho de que el terapeuta no participe en una lucha de vida o muerte, le permite establecer vínculos relativamen - te benévolos y ayudar gradualmente al paciente a emanciparse - de ellos.

6.- Comunicación Patológica.- Es imposible no comunicarse, - toda conducta comunica. Ante el intento de no quererse comu - nicar existen cuatro posibilidades.

1.- Rechazo de la comunicación: Aclarar que no le interesa.

2.- Aceptación de la comunicación: Una vez aceptada se conti - núa.

3.- Descalificación de la comunicación: Se comunica de tal -- forma que la suya o la del otro se invalide. Puede abarcar - desde oraciones incompletas, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones lite - rales.

4.- Esta posibilidad es la del Síntoma como comunicación, y es patológica, aunque la anterior también podría llegar a ser patológica. En esta cuarta se adjudican motivos que están más allá del propio control del sujeto para lograr liberarse de los "otros significativos" y de su propia conciencia.

Confirmación-Definición del "Self y el otro". Cuando existe un desacuerdo a nivel relacional implica consideraciones más serias que un desacuerdo a nivel de contenido. Desde el ángulo de la pragmática, en el nivel relacional, las personas no comunican nada acerca de hechos externos a su relación, sino que proponen mutuamente definiciones de esa relación y, por implicaciones de sí mismos y tales definiciones, poseen sus propios niveles de complejidad, porque el prototipo de la metacomunicación sería: "así es como me veo en relación con usted en esta situación"; existiendo tres respuestas ante una autodefinición:

a) Confirmación: El otro confirma la definición que el sujeto da de sí mismo. Sin este efecto autoconfirmador la comunicación humana no se habría desarrollado más allá de los muy estrechos límites de los intercambios indispensables para la protección y la supervivencia; no habría motivos para comunicarse por la comunicación misma. Sin embargo, la experiencia cotidiana demuestra, que la vasta gama de emociones que los individuos experimentan los unos con respecto a los otros - desde el amor hasta el odio - probablemente no existiría, y viviríamos en un mundo vacío de todo lo que no fuera las actividades más utilitarias, un mundo carente de belleza, poesía, juegos y humor. Parecería que completamente aparte del mero intercambio de información el hombre tiene que comunicarse con los otros para los fines de su autopercepción y percatación.

Lo que los existencialistas llaman el encuentro corresponde - a esta esfera, así como cualquier otra forma de conciencia incrementada de sí mismo que sobreviene como resultado de establecer una relación con otros individuos.

b) Rechazo: Ante la definición de sí mismo otro la rechaza, esto presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza, y por ende no niega necesariamente la realidad de la imagen que el sujeto tiene de sí mismo. Algunas formas de rechazo pueden ser constructivas como la negativa de continuar un juego relacional perjudicial.

c) Desconfirmación: Este aspecto es el más importante desde un punto de vista psicopatológico y pragmático. "No podría idearse un castigo más monstruoso, aún cuando ello fuera físicamente posible, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente desapercibido por sus miembros". "Esto llevaría a la pérdida de la mismidad que sería alienación, o sea, el rechazo equivale al mensaje: "Estás equivocado", la desconfirmación afirma de hecho: "Tú no existes" (Laing en: Watzlawick, Beavin y Jackson, 1976, pág. 87).

7.- Niveles de percepción interpersonal: Se refiere a niveles metacomunicacionales a nivel relacional que podríamos ejemplificar en la secuencia: "Así es como me veo", respuesta: - "Así es como veo que tú me ves", respuesta: "Así es como veo que tú ves que yo te veo y continuar en forma infinita aunque resulte imposible manejar mensajes de un orden más alto de abstracción que el mencionado en el último término, pudiendo ser estos mensajes sometidos por el receptor a la confirmación, el rechazo, o la desconfirmación llevando a contextos comunicaciones fuera de la imaginación.

Laing (1969), en su libro "Percepción Interpersonal", desarrolla un Método de la Percepción Interaccional (MPI) diseñado para medir y facilitar la comprensión de las interpenetraciones entre dos individuos con respecto a una amplia gama de temas significativos que pueden explorar el campo de la comunicación interaccional diádica.

8.- Mitos familiares.- A. Ferreira (1971) aborda el tema de mitos familiares. El concepto de estos mitos se refiere a un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de una familia, respecto a sus roles mutuos y de la naturaleza de la relación. Estos mitos están gobernados por ciertas reglas no abiertamente establecidas, pero que determinan la conducta de todos los miembros de la familia. Parece ser que en el contexto de la relación familiar, para cada rol individual definido, existe un contra rol oculto en la persona de otro miembro de la familia. Así, cuando la familia le adjudica a uno de sus miembros el título de "paciente", automáticamente le confiere a otro u otros la etiqueta de "no paciente", de esta manera se afirma y se completan el primer título. El mito funciona como amortiguador a cambios y alteraciones súbitas. En este sentido, el mito es para la familia lo que las defensas son para el individuo, ya que en su función de defensa grupal, el mito promueve la homeostasis y la estabilidad de la relación. El mito familiar tiende a formar parte de la imagen interna de la familia y expresa la forma en que es percibida no tanto por los demás, como por sus miembros, desde adentro. "En un mito familiar, las cuestiones de hecho y de opinión son una y la misma cosa. (Ferreira, 1971).

9.- Profecías autocumplidoras.- Entran en el campo de la puntuación. Se trata de una conducta que provoca en los demás - la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. El individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes y no que las provoca. Este concepto -- nos recuerda a las claves encubridoras que menciona Ernst --- Beier (1966), donde distingue el mensaje persuasivo, en el -- cual la manipulación es consciente, del mensaje evocativo, en donde la manipulación ocurre sin conciencia. El autor menciona que cada mensaje tiene un componente manifiesto o lógico- y un componente encubierto. Al poner énfasis en cada uno de los componentes el emisor puede determinar el grado restrictivo que quiera imponer en la respuesta. Se logra esta tarea creando un clima emocional en el respondiente quien da respuestas favorables a los deseos del emisor.

10.- El triángulo perverso.- La idea de coalición entre los - miembros de una familia es relevante a cualquier otro grupo -- donde se lleven a cabo patrones coalitivos. Se buscan leyes- y regularidades que puedan ser sustentadas para cualquier sistema interrelacional con pasado y futuro.

J. Haley (1977), toma como unidad de estudio el triángulo, ya sea en un contexto familiar o en cualquier otro sistema social, y cuestiona qué tipo de triangulación puede generar un sistema patológico, entendiéndolo por tal, cuando el sistema puede disolverse o generar violencia entre sus elementos o presenta -- elementos indicativos en los cuales el comportamiento aparece como peculiar o inapropiado. A este triángulo lo caracteriza por:

1) La gente que responde una a la otra en triángulo es de diferente generación. "Generación" significa diferente orden jerárquico, como por ejemplo, en una generación humana: Padre e-

hijo, en administración: jefe y empleado:

2) En este proceso de interacción conjunta la persona de una - generación forma coalición con la de la otra generación en contra del "par" (un tercero). "Coalición" significa un proceso de acción conjunta que se lleva a cabo en contra de una tercera persona (en contraste con la alianza) en la cual dos personas se pueden juntar ante un interés común independiente de la tercera persona.

3) La coalición entre dos personas es negada. Esto es, que -- cuando cierto comportamiento indica coalición, cuando es cuestionado, es negado como tal. Expresado de manera más formal: el comportamiento de un nivel que indica que hay una coalición es calificado con un comportamiento metacomunicacional que indica que no hay tal coalición. En esencia, el triángulo perverso es aquél en el cual la separación generacional es violada en forma escubierta. Cuando esto ocurre como un patrón repetitivo, el sistema se vuelve patológico. Haley toma esta -- unidad triangular para explicar diferente conducta psicopatológicas y sobre todo, El Complejo de Edipo lo explica en forma interaccional. Este es un triángulo en donde hay coalición del niño con la madre o con el padre en contra del otro cónyuge, - sea instigado por el padre, madre o por iniciativa del propio hijo.

1.2.4 DESARROLLO HISTORICO DEL MOVIMIENTO DE TERAPIA FAMILIAR.

Los años de 1950 a 1975 constituyen los primeros 25 años del campo de la terapia familiar, y es el marco cronológico que propone P. Guerin (1976) para explorar la historia del movimiento familiar.

Lo enfoca en 3 áreas: Los determinantes del contexto que llevaron a la formación del movimiento, la red de profesionistas y sus interconexiones dentro de los Estados Unidos, y una clasificación teórica del campo familiar.

El movimiento familiar tuvo sus principios alrededor de los años cincuenta en diferentes partes de los Estados Unidos. Esta recopilación de datos la condensó Guerin a través de un punto de vista meramente personal y limitado dentro de sus conocimientos históricos de tal movimiento. En esa época, Estados Unidos estaba atravesando la crisis posterior a la 2a. Guerra Mundial y la guerra de Corea, y una de las reacciones que más se incrementó en ese tiempo fue la necesidad de las familias de reunirse después del distanciamiento forzoso por las guerras. La psiquiatría se había convertido en una especialidad atractiva y muchos profesionistas empezaron a establecer nuevas fronteras y nuevas formas de pensamiento. El mayor empuje que tuvo el desarrollo de la perspectiva familiar se basó principalmente en dos intentos: uno fue la necesidad de aplicar principios psiquiátricos convencionales para trabajar con familias esquizofrénicas y el otro intento fue la necesidad de trabajar con las dificultades que presentaban la conducta y la delincuencia en los niños. Todo el trabajo importante dentro del movimiento familiar fue con el rubro de investigación.

Los pioneros más importantes del movimiento familiar fueron:

En California: G. Bateson, D. Jackson, J.H. Weakland, V. Satir, y J. Haley; en Topeka y Washington: M. Bowen; en Baltimore y - después en New Haven; T. Lidz; en Atlanta C. Whitaker y Malo-- ne; en Philadelphia: Scheflen y Birdwhistle.

El pionero más conocido en el campo familiar fue Nathan Ackerman quien empezó aproximadamente en el año de 1937 cuando publicó un trabajo: "La familia como una unidad social y emocional". Este artículo es muy corto, sin embargo es sumamente significativo e ilumina el espíritu del hombre. Su interrelación humana y su punto de vista se concentran en su primer párrafo: "Ninguno de nosotros vive completamente solo. Aquéllos que -- tratan están condenados a una existencia miserable. Se puede decir que en algunos aspectos la experiencia de la vida es más individual que social y en otros es más social que individual. Sin embargo principalmente vivimos con otros, y en los primeros años casi exclusivamente con miembros de nuestra propia familia".

Ackerman siendo psicoanalista después trabajó como psiquiatra infantil y fue a raíz de esto que empieza a los 28 años, en -- 1973, a investigar desórdenes emocionales en los niños enfocán-- dolos en su contexto familiar.

En 1960, S. Minuchin, trabajando en el "Colegio Wiltwyck", empezó con otros colaboradores un proyecto de investigación para -- estudiar las familias de los jóvenes delincuentes.

Entre 1950 y 1975 el desarrollo del movimiento familiar tuvo -- una serie de etapas interesantes. De 1950 a 1954 el movimiento se mantuvo, toda la investigación se hacía basada en el -- punto de vista de la familia como una unidad de disfunción emocional, pero el trabajo era aislado y desconectado, nadie --

mencionaba sus investigaciones en ninguna reunión nacional. - Durante estos años, sin embargo, Bateson formó su proyecto de comunicación en California, y Bowen estaba adentrado en su trabajo sobre la simbiosis madre-hijo, la esquizofrenia y la familia; en la Clínica Menninger.

En 1950, William Menninger formó un comité para el estudio de la familia, y a John Speigel se le asignó la tarea de investigar a aquéllos que estuvieran trabajando en familias. Speigel consideró necesario definir los problemas en términos de procesos familiares más que en términos de experiencias intrapsíquicas. Posteriormente Speigel, ayudado por Florence Kluckern, enfocó el proceso familiar comprensible a la psiquiatría tradicional.

John Rosen, un psiquiatra con pacientes esquizofrénicos en Pennsylvania empezó a influir a varios de los pioneros en terapia familiar cuando estuvo de visita en la Clínica Menninger en -- 1948; más de 100 psiquiatras residentes trataron de usar sus métodos usando la cámara gesell, Bowen fue uno de ellos, pero después creó su propia teoría.

De 1957 a 1958 el movimiento familiar surgió de su forma oculta a ser abierto. Speigel organizó una "mesa" en investigación familiar en marzo de 1957 dentro del programa Ortho. Esta fue la primera reunión nacional en la cual fueron presentadas investigaciones sobre esquizofrenia familiar. Además de -- Speigel la mesa incluyó a Bowen, Lidz y David Mendel, de Houston quien trabajaba con Speigel y consideró necesario definir los problemas emocionales en términos de procesos familiares -- más que en términos de experiencia intrapsíquica, y Seimur -- Fisher, que después fueron ampliamente conocidos por su terapia de Impacto Múltiple.

Tres meses después, en una junta de la APA en Chicago, Spurgeon English entonces psiquiatra en Temple, organizó una "mesa" sobre la familia, Nathan Ackerman era el Secretario participando también Jackson Bowen y Lidz. Esta junta dio lugar al libro de Jackson: "La Etiología de la Esquizofrenia". En esa misma junta participó Bob Dysinger quien invitó a un compañero de -- clases, Charles Kramer, que desde entonces fundó y fue director del Instituto Familiar de Chicago.

En 1959 Bowen publicó: "Terapia Familiar Intensiva" en la cual se habla del concepto de triangulación. En 1960 N. Ackerman fundó el Instituto Familiar en la ciudad de New York, y en -- 1962 se unió a Jackson para producir el primer periódico llamado: "Proceso Familiar". (Family Process).

En 1964 se realizó en Galveston, Texas, una reunión regional de la Asociación Psiquiátrica Americana dedicada exclusivamente al tema de Dinámica y Terapia Familiar.

De 1964 a 1968 aparecieron varias publicaciones y producciones audiovisuales. Birdwistle y Scheflen produjeron las series -- filmadas que enseñaban a Ackerman, Bowen, Jackson y Whitaker -- entrevistado a la misma familia. El Instituto Familiar en -- Philadelphia fue formado en 1964 por un grupo de aproximadamente 12 clínicos e investigadores. Nagy y Framo editaron "Intensive Family Therapy" juntando en un volumen mucho del trabajo hecho en el país con familias esquizofrénicas. En 1966 -- Bowen publicó uno de los artículos más importantes en sistemas familiares: "El uso de la teoría familiar en la práctica -- clínica". Watzlawick y Jackson publicaron: "Teoría de la Comunicación Humana", y Virginia Satir publicó: "Terapia familiar Conjunta".

Al finalizar este período se llevaron a cabo movimientos geo-

gráficos: Whitaker dejó Atlanta y se ubicó como profesor en la Universidad de Wisconsin; Satir dejó MRI (Mental Research Institute) en Palo Alto y se fue a Esalen, también Haley dejó el MRI y se fue a Philadelphia a unirse con Minuchin, quien había dejado New York y se había traído a Montalvo y Rossman con él a Philadelphia. Scheflen dejó el EPPI y Temple para ir a New York donde comenzó su proyecto de investigación sobre comunicación bajo la protección de Israel Zwerling, después de un tiempo Zwerling formó la sección de estudios familiares en Bronx.

A mitades de 1968 Guerin, dejó Georgetown y con su amigo y colega Tom Fogaty se unió a la sección de estudios familiares en Bronx. En enero de 1969 se perdió uno de los más experimentados terapeutas familiares, Don Jackson. En los años setentas se publicó el trabajo de Minuchin sobre anorexia nervosa. La reputación y los escritos de Haley empezaron a crecer; un simposium de la familia que organizaba la Universidad de Georgetown se incrementó de una simple reunión de alumnos a una convención que es atendida cada año por más de mil personas. La sección de estudios familiares en Bronx empezó a ser conocida como un centro de enseñanza y entrenamiento a través de Estados Unidos. Guerin, en 1970, usando el acercamiento entre -- Einstein y Fordham produjo 3 simposiums anuales sobre terapia familiar, y en 1972 publicó el libro "Terapia Familiar". -- (Family Therapy).

Hasta este momento se había desarrollado una lucha entre los terapeutas analíticos que ponían énfasis en la transferencia y el inconsciente, y los terapeutas que concebían a la familia como un sistema.

Con la muerte de Ackerman en 1971, el movimiento de terapia familiar pierde su máximo exponente analítico con lo que el movimiento se orienta hacia el pensamiento sistémico.

Dentro del enfoque sistémico se consideraron básicas las aportaciones en los campos de la comunicación derivadas de Bateson y del trabajo de Murray Bowen, que fueron desarrolladas después por Jackson, Haley y Satir, utilizando un modelo comunicacional y estructural para definir el proceso disfuncional familiar de donde se derivaron la terapia estratégica y la terapia estructural. La terapia estratégica combina elementos de comunicación, teoría de sistemas, el uso de paradoja y las "estrategias mágicas" de Milton Erickson. En conjunto elaboraron un marco de trabajo para lograr el cambio en el sistema.

Minuchin S, aparte de tomar los elementos anteriores, toma en consideración ciertas características de la familia conceptualizando recientemente un modelo de funcionamiento familiar.

Bowen desarrolló un modelo idealista y optimista basado en el potencial humano para el cambio y crecimiento.

Guerin señalaba que en 1970 existían ya 4 orientaciones sistémicas definidas en el manejo familiar: 1) Sistemas Generales, 2) Terapia Familiar Estructural, 3) Terapia Familiar Estratégica y 4) Terapia Sistémica Boweniana.

Resumiendo, podríamos señalar que el elemento común en el movimiento familiar terapéutico actual, es su énfasis en el aspecto sistémico, comunicacional, estratégico y estructural.

1.2.5. EL MOVIMIENTO DE TERAPIA FAMILIAR EN MEXICO

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

En 1963, Raymundo Macías regresa a México, después de haberse entrenado como terapeuta familiar con Nathan Epstein en Montreal.

En 1969, R. Macías publica en México el primer artículo sobre terapia familiar: "Hacia la Psicoterapia Familiar" en la Revista "Psiquiatría" (volumen II No. 1) y a fines de ese mismo año empieza a impartir cursos de Dinámica y Terapia Familiar como parte de sus seminarios a nivel de Doctorado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es también, a fines de 1968, que regresan a México Roberto Derbez y Lauro Estrada, después de haberse entrenado como terapeutas familiares en Montreal.

En 1969, Teodora Abel del Post-Graduate Center for Mental Health de New York, imparte un taller sobre Terapia Familiar en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro. En ese mismo año N. Epstein visita el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y dicta unas conferencias sobre Psicoanálisis y Terapia Familiar y colabora en el diseño del primer programa de Especialización en Terapia Familiar que se inicia en la Universidad Ibero-Americana en 1970. Dicho curso es dirigido por R. Macías que en aquel entonces desempeñaba el cargo de Director de la Facultad de Psicología de la mencionada Universidad, con la colaboración de Roberto Derbez y Lauro Estrada. Este curso es tomado en carácter de especialización de Post-Grado, teniendo como requisito el Doctorado en Psicología Clínica y para los médicos el haber terminado el entrenamiento en Psiquiatría. Programa-

formal que se cubría en 1 año. Durante ese año se da el primer taller dentro del programa de Terapia Familiar, contando con Antonio Ferreira, N. Epstein, Tess Forrest, T. Abel y Asya Kadis. En 1971 el curso se amplía a dos años. En 1972 regresa Leopoldo Chagoya, después de haber sido entrenado también en Montreal y se incorpora al programa.

En 1972, en el Congreso Nacional de Programas en Entrenamiento para Terapeutas Familiares organizado en Philadelphia, México, junto con Canadá, son los únicos países extranjeros que participan presentando sus programas desarrollados.

En 1973, se forma el "Instituto de la Familia, A.C." (IFAAC) y a fines de 1973, Mariano Barragán, quien había sido entrenado en Philadelphia con Jay Haley y Salvador Minuchin, al regresar a México es invitado a participar como fundador, quedando integrado el comité del Instituto de la Familia por: Raymundo Macías, Lauro Estrada, Roberto Derbez, Leopoldo Chagoya, Mariano Barragán, Sara Mekler y Luis Leñero.

El entrenamiento impartido por el Instituto de la Familia se ha llevado a cabo en 2 años, divididos en 4 semestres, enfocándose a: 1) Terapia General, 2) Psicopatología de la Familia, 3) Técnicas, 4) Terapia Marital y Sexual, utilizando diferentes métodos para su enseñanza:

- 1) Laboratorio de familias: Consistiendo en familias simuladas.
- 2) Video-cassettes de los estudiantes en acción.
- 3) Revisión bibliográfica.
- 4) Observación de un caso continuo: 6 meses del tratamiento de una familia en acción.
- 5) Conferencias teóricas.

6) Supervisiones semanales en grupos de 4 estudiantes.

Se contaba con la colaboración del Instituto Mexicano de Estudios Sociales bajo la dirección de Luis Leñero en el entrenamiento de los estudiantes. Actualmente está en formación la 7a. generación.

En 1975, se produjo una escisión en el Instituto de la Familia por discrepancia de opiniones. Mariano Barragán y Luz Teresa-Millán forman entonces el "Instituto Mexicano de la Familia - A.C." (IMFAC) y posteriormente en 1976 se incorpora, al cuerpo docente Dolores Villa. Su entrenamiento era básicamente similar poniendo énfasis en los aspectos sistémicos estructural-es-tratégicos y comunicacionales.

Para llevar a cabo los entrenamientos se ha contado con el apoyo de diferentes instituciones hospitalarias tales como: El Hospital Infantil de México, Hospital General, diversos Departamentos del Seguro Social, Hospital Floresta, DIF (Desarrollo Integral de la Familia) y con el reconocimiento oficial de la Universidad Ibero-Americana.

Recientemente, Ignacio Maldonado introdujo un taller de familias en el curriculum de la Asociación Mexicana de Psicoanálisis en Grupo (AMPAG) y, con R. Macías, continuó con los cursos de terapia familiar dentro de los programas de Doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la Universidad de las Américas se imparten Cursos de Maestría en Orientación y Terapia Familiar.

En la Universidad Ibero-Americana se imparte como materia optativa Dinámica Familiar, dentro de su programa de postgrado en psicoterapia.

En 1980 se fundó la Asociación de Psicoterapeutas Familiares-A.C. bajo la dirección de José Antonio Emerich, egresado del "Instituto Mexicano de la Familia A.C.", para reunir a los especialistas en esta área que provienen de diferentes instituciones, con el objeto de impulsar el movimiento de la terapia familiar en México.

R. Macías, L. Chagoya, I. Maldonado, M. Barragán, entre otros, han publicado artículos en Revistas Mexicanas y en otros países sobre terapia familiar.

Desde 1970 se han organizado diversos cursos y talleres contando con profesores del extranjero tales como: V. Satir, C. Sluski, N. Epstein, D. Rubinstein, A. Serrano., P. Watzlawick, J. Colapinto, S. Minuchin, J. Framo, H. Goolischian, J. Weakland, R. Fish, F. y B. Duhl y otros.

Como se puede apreciar, el campo de la Psicoterapia Familiar se ha estado desarrollando con gran aceptación en nuestro medio, sobre todo a nivel institucional.

1.2.2.6. ALGUNAS TECNICAS Y ENFOQUES DEL PANORAMA TERAPEUTICO FAMILIAR ACTUAL

Algunos autores tales como Guerin (1971) y Minuchin (1981), -- clasifican a los terapeutas familiares tomando en cuenta diferentes características como el enfoque en el individuo o en el sistema, ubicación del terapeuta jerárquicamente con respecto a la familia, marco teórico, y otros elementos. La autora del presente estudio considera que si bien existen diferentes enfoques son más los elementos comunes que sus diferencias, por lo cual se expondrá a los teóricos alfabético en orden presentando los puntos relevantes que caracterizan a cada terapeuta familiar.

ACKERMAN NATHAN

- Predominaba su enfoque psicoanalista .
- Ponía énfasis en comunicación no verbal.
- Promovía la interacción y la interpretaba .
- Se utilizaba mucho a sí mismo como instrumento de modificación.
- Se concentraba en la pareja sobre todo enfocando el aspecto de la sexualidad.

BELL JOHN E.

Divide su tratamiento por fases:

- a) Padres: Obtiene toda la información posible.
- b) Interacción Padre-hijos: Enfoca todo desde el conflicto - intergeneracional.
- c) Conflicto entre sexos. Interacción entre los padres: Introduce a la pareja en una crisis abierta y diseña el cambio de la relación.

- d) Relaciones entre hermanos .
- e) Roles fuera de la casa.
- f) Terminación del tratamiento: Se plantean problemas futuros y se ve la forma en que podrán ser resueltos.

BOWEN MURRAY

- Pone énfasis en el individuo.
- Metas individuales: El individuo a cargo de sí mismo. Diferenciación del individuo.
- Trabaja con tres generaciones: Los pacientes averiguan y son orientados hacia su árbol genealógico.
- Su unidad de intervención es generalmente una parte del sistema familiar: El más sano o el más motivado, pocas veces -- con el paciente identificado.
- Se concentra en los padres; al liberar al paciente identificado de una triangulación, éste puede crecer.
- Se interesa en el para qué y no en el porqué.
- Percibe a la familia como una masa indiferenciada de ego.
- Tiene un control del 100% en su manejo familiar.
- Trabaja con tareas.

HALEY JAY

- Se le considera el representante de la escuela estratégica junto con Madnes.
- Le corresponde el motivar y monitorear activamente a la familia siendo su responsabilidad la de producir mejoras ante su intervención directa y conductora.
- Énfasis en aspectos comunicacionales: Uno de los pioneros en la utilización de la paradoja, reetiquetación positiva (dar connotación positiva a aspectos que la familia ha etiquetado como negativos).
- Meta: acabar con el síntoma a través de trabajar con las dis

funciones de la jerarquía.

- Tareas concretas intra y extra sesión.
- Sesiones planeadas: Ubica el problema y da solución.
- La médula del conflicto es la lucha por el poder.

JACKSON DON D.

- Teórico enfocado al campo de la comunicación.
- Uno de los pioneros en la utilización de la intención paradójica.
- Prescribe la exageración del síntoma.
- Conceptualiza la necesidad que tiene la familia de producir sintomatología en uno o varios miembros para mantener la homeostasis familiar hablando de un sistema disfuncional.
- Actuaba como modelo para demostrar a los miembros cómo debían tratarse entre sí; no buscaba datos históricos, sino -- que trataba de llegar en primer término al padre y procuraba interesarlo y hacer que mediara entre la madre y el hijo.

MCGREGOR ROBERT

- Crea la terapia de Impacto Múltiple (M.I.T.).
- Trata con familias de adolescentes perturbados.

Trabaja con un equipo de 10 ó 12 personas: terapeutas, médicos, sacerdotes y trabajadores sociales. La primera entrevista es con todos y de ahí se hace una división por equipos, se cambian, y finalmente se discute sobre la familia enfrente de ésta.

Generalmente los miembros del equipo actúan como modelos. Las alternativas y resultados provienen de las familias.

Estas sesiones son fuera de la casa de la familia en un fin de

semana completo. La siguiente cita es 6 meses después pero ya en casa de la familia.

MINUCHIN SALVADOR

- Se le considera representante de la escuela estructural.
- Conceptualiza un modelo de funcionamiento familiar basado en subsistemas.
- Meta: acabar con el síntoma a través del cambio de la estructura familiar.
- Utiliza lo que pasa en la sesión: descripción de proceso.
- Promueve que la familia encuentre la solución.
- Trabaja con familias pobres, con problemas de delincuencia y posteriormente con familias que presentan problemas psic^o somáticos.
- Verbaliza las situaciones en forma especial para modificar la interacción.
- Se usa a sí mismo.
- El concepto que gobierna la terapia es su meta específica para el cambio familiar.
- Considera que su escuela estructural abarca las 3 escuelas:- La escuela existencial de Whitaker en que reta a la familia ante la aceptación de la realidad con una orientación hacia el crecimiento, la posición de la escuela estratégica representada por Haley y madnes concerniente a la cura, y las técnicas de la terapia estructural que lidian retando a la organización familiar. Utilizando tres estrategias: Reta al síntoma; reta la estructura familiar y reta la realidad familiar.

PALAZZOLI SELVINI MARA

- Organiza la escuela de Milán en 1967 donde se imparte terapia familiar.

- Trabaja con co-terapia (pareja terapéutica heterosexual).
- Divide la sesión en cinco partes:
 - 1) Sesión de los terapeutas para revisar toda la información - sobre la familia.
 - 2) Sesión con la familia aproximadamente de una hora aún cuando a veces la prolongan. Se enfocan en la interacción familiar. Existen observadores terapeutas que pueden tocar a los participantes activos y dar indicaciones. No se devuelve ni interpreta a la familia, sólo se promueve la interacción.-
 - 3) La discusión de la sesión se lleva a cabo en otro cuarto entre la pareja de terapeutas y observadores.
 - 4) La conclusión de la sesión es devuelta a la familia por los dos terapeutas quienes generalmente utilizan prescripciones de tipo paradójico. Si fuera la primera sesión se le comunica el tratamiento indicado.
 - 5) Cuando la familia se va, el equipo nuevamente reunido discute la reacción de la familia ante la prescripción o comentario y se escribe la síntesis de la sesión.

El tratamiento se lleva a cabo en 10 sesiones con intervalos mensuales. El equipo es flexible en cuanto a decidir los intervalos que pueden variar de dos semanas a varios meses dependiendo de la evolución del caso. Recientemente han estado modificando este plan terapéutico.

PAUL NORMAN

- Técnica analítica: utilización de interpretaciones.
- Enfatiza frente a la familia la transferencia a través de la pérdida objetal.
- En el momento en que el paciente llega a vivenciar, empatiza con él y actúa él mismo como muestra para que la familia aprenda.

SATIR VIRIGINIA

- Se define como especialista de la comunicación.
- Trabaja con parejas la mayor parte del tiempo.
- Usa tareas orientadas a modificar la interacción.
- Es central y jerárquica.
- Utiliza re-etiquetación.
- Pone énfasis en el individuo: metas individuales, cada persona a cargo de sí misma.
- Utiliza la reconstrucción de la historia familiar.
- El paciente identificado es el porta voz de la problemática-familiar.

THARP RONALD

- Examina el funcionamiento de los roles en 4 áreas básicas:
 - a) solidaridad; b) sexualidad; c) relaciones externas; d) instrumentación interna.
- Representante de la terapia de Impacto Múltiple.
- Utiliza reetiquetación positiva.
- Redefine el conflicto en base a la relación de la pareja
- Planeación del futuro y utilización de fases específicas.

WATZLAWICK PAUL

- Representante del Centro de Terapia Breve del "Mental Research Institute", en Palo Alto (MRI).
- Trabaja en terapia breve: 10 sesiones.
- Sigue un esquema básico de 6 pasos aunque en la práctica el orden es flexible: 1) Presentación del encuadre; 2) cuestionario y definición del problema; 3) valoración de las pautas de conducta que mantienen el problema; 4) fijar las metas -- del tratamiento; 5) selección e inclusión de nuevas pautas de conducta; 6) finalización.

- Teórico enfocado al aspecto de la comunicación.
- Utilización de intención paradójica: Incorpora estudios anteriores sobre paradoja (Frenkel, Haley, Newton) y realiza investigaciones sobre su uso en la terapia.

WHITAKER CARL

- Utiliza la co-terapia.
- Habla a la familia a través del individuo.
- Utiliza proceso primario, impulsa y ayuda a la familia a exponer su locura poniéndose más loco y haciendo que se centre la familia.
- Su enfoque es filosófico existencial: Cada miembro de la familia es igual de significativo, debe de cambiar individualmente para cambiar el todo. El terapeuta no es responsable de monitorear el desarrollo de nuevas estructuras ni tampoco de que aparezcan o no. Su meta está orientada al crecimiento.
- Trabaja con varias generaciones: Reacciona y Comenta.
- Hace énfasis en el primer divorcio (familia original) y 2o.- divorcio sería el de la pareja.
- Sus intervenciones están dirigidas a retar el significado -- que la gente le da a los eventos.
- Es un destructor de formas cristalizadas.
- Utiliza el absurdo (como quedarse dormido durante la sesión) como poderoso instrumento para contactar y producir reto en los miembros de la familia.

(Algunos conceptos por ser básicos para el entendimiento del funcionamiento familiar se aplicarán en este apartado.

a) LIMITES.- Son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales.

b) JERARQUIA.- Quién lleva el comando o el poder.

c) ALIANZAS.- Asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros de la familia. Por ejemplo: quién está con -- quién.

d) COALICIONES.- Alianzas persistentes o rígidas entre dos miembros de diferente generación con el objeto de perjudicar a un tercero. O sea: quién está con quién contra quién. Por ejemplo: Madre aliada con hijo contra padre.

e) TERRITORIO O CENTRALIDAD.- Quién ocupa más volumen en el proceso familiar. Se da centralidad o marginalidad. Por -- ejemplo si al padre sólo se le percibe como proveedor económico se habla de su posición periférica en las demás áreas.

f) GEOGRAFIA.- Distribución física observable de los miembros de la familia: Quién se sienta junto a quién, quién duerme -- con quién.

g) COHESION.- Cuánta cercanía o lejanía en sus lazos afectivos. En el polo del amalgamamiento donde parece una masa indiferenciada, los límites interpersonales o intergeneracionales son difusos y las transacciones entre los miembros de la familia se caracterizan por su intrusividad. En el otro polo, desarticulación, donde cada uno está pendiente de sí mismo y existe poco involucramiento hacia los otros miembros.

h) DESVIACION DE CONFLICTO.- El conflicto entre dos personas es evitado mediante la intervención de una tercera persona - ante la incapacidad de la familia de tolerar el conflicto, - sobre todo a nivel de la pareja marital, quien modela este - esquema y utiliza al paciente identificado para mantener el equilibrio familiar.

i) ACTITUD AL PACIENTE IDENTIFICADO.- Esta puede ser de sobre protección, tratándolo a un nivel menor que el de su desarrollo cronológico, limitando el ejercer sus habilidades personales, o puede ser de rechazo culpando al paciente del mal funcionamiento familiar.

j) ADAPTACION.- Flexibilidad del sistema para cambiar sus patrones de interacción ante situaciones de cambio como son -- el crecimiento de sus miembros o problemas circunstanciales tales como desempleo o muerte de un familiar.

k) COMPETENCIA EJECUTIVA.- Capacidad de los padres para establecer leyes y normas de conducta y hacer que sean obedecidas.

l) MECANISMOS ADECUADOS PARA RESOLVER CONFLICTOS.- Una comunicación lineal permite negociar desacuerdos en que ninguno se sienta que perdió. Se puede mantener el equilibrio familiar negando, desviando o abriendo conflicto sin resolverlo.

Un psicoterapeuta familiar basado en sistemas sigue generalmente tres pasos secuenciales:

I) Evaluación diagnóstica del sistema y formulación de un -- sistema eficiente o funcional.

Una buena formulación debe de incluir posibles soluciones.

Los problemas que no tienen solución no deben de incluirse es to significa que la formulación debe ser realista o factible.

Se hace una ruta crítica o mapeo para poder tener una guía -- por donde se va a ir abordando. En el plan inicial se plan-- tean cada uno de los objetivos con su secuencia aún cuando no se pueda determinar en cuántas sesiones se logra cada objeti-- vo.

II) Guiar la reconstrucción (se refiere a la terapia propia-- mente dicha). Se guía a la familia por donde se ha estado -- formulando, llevando a cabo modificaciones interpersonales.

Se deben tomar en cuenta tres puntos:

- 1) Los conceptos operantes deben estar claramente definidos.
- 2) Contar con planos y objetivos.
- 3) Se necesitan conocer técnicas.

En cualquier momento de la terapia el terapeuta debe pregun-- tarse:

- 1) ¿Qué ha logrado la familia?
- 2) ¿Cómo lo ha logrado?
- 3) ¿Qué la falta?

III) Evaluación continua de sus propios conceptos, de sus pro-- pias técnicas y de su propia funcionalidad como terapeuta y -- debe de estar abierto a considerar todo lo que se presente. - No debe de constituirse en un sistema cerrado.

1.2.8 VENTAJAS DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR.

- 1). Es relativamente menos costosa y más breve que ciertos - tratamientos individuales.
- 2). Permite al terapeuta enfocar directamente el comportamien- to real que afecta a los miembros sintomáticos trabajando con personajes verdaderos y no con fantasías.
- 3). Permite percibir ciertos aspectos emocionales que apare- cen sólo en un tratamiento familiar y que no son accesibles a ningún enfoque individual.
- 4). Disminuye el factor dependencia con el terapeuta al ense- ñar a la familia a resolver sus problemas y darles a sus - - miembros el crédito de un cambio.
- 5). Promueve mayor comprensión de los miembros hacia otros - ambientes y les da conciencia social, una actitud de mayor -- responsabilidad hacia otras personas en contraste a la tera- pia individual que los centra más en su propio individualis- mo.
- 6). Al trabajar con familias se cambian las resistencias per- sonales por resistencias sistémicas. Con resistencia indivi- dual es difícil romper estas resistencias; en cambio, es más- predecible o factible romper resistencias sistémicas.
- 7). Al hacer tratamiento individual se corre el riesgo de - - quitar el síntoma en un paciente y que aparezcan en otro debi- do a la necesidad que tiene el sistema de producir sintomato- logía en sus miembros para conservar su equilibrio aunque és- te sea disfuncional.

8). Contrariamente a lo que se piensa, una vez que el terapeuta interesa a la familia es más fácil que ésta siga asistiendo que cuando es a nivel individual.

9). A nivel administrativo: Hay más posibilidad de promover salud mental y productividad:

Este sistema permite entrenar gente con mayor facilidad al -- trabajar con objetos observables donde no se enfatiza en la interpretación sino en el cambio.

Por lo anterior cabe señalar que aquí, el papel del terapeuta no es un papel pasivo, ni de distanciamiento. Requiere que - esté en constante actividad, que se involucre en el proceso - de la familia, pero a la vez que está adentro debe salirse y - poder moverse en forma objetiva pues no debe permitir ser absorbido por el sistema. Tiene que enfrentarse a la fuerte resistencia que presenta el sistema familiar ante el cambio.

1.2.9. CONCLUSIONES

Resumiendo el capítulo sobre psicoterapia podemos concluir:

1. En el campo de la psicoterapia se han desarrollado las diferentes teorías para explicar la psicopatología y/o los desórdenes emocionales.
2. La psicoterapia o entrevista psicoterapéutica involucra 3 elementos: Un cuerpo sistematizado de teorías y técnicas, una relación terapeuta-paciente, y un cambio.
3. Podemos hacer una clasificación tajante entre psicoterapias individuales, las que enfocan lo que se encuentra dentro de la piel del individuo, y psicoterapias sistémicas, las que enfocan al paciente en su contexto, tomando como contexto primario su ambiente familiar.
4. Todo método o técnica lleva en sí una ideología. La ideología y la práctica no son estáticas. La terapia está en continua relación con las condiciones de la sociedad y debe de ser revaluada continuamente.
5. El elemento clave en el proceso psicoterapéutico es el terapeuta.
6. Ninguna teoría o técnica es aplicada en forma pura. Siempre se verá afectada por las limitaciones del terapeuta a nivel moral, práctico y teórico.
7. La entrevista psicoterapéutica familiar con enfoque estratégico-estructural ha sido utilizada en el campo de la investigación de los desórdenes emocionales y/o psicopatológicos.

CAPITULO II

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

"Recordemos que los diversos cuadros sintomáticos provienen de trastornos en el desarrollo, pero que no debemos limitarnos a buscar desajustes o desequilibrios de desarrollo en los factores individuales de éste, sino que debemos revisar de manera significativa el funcionamiento familiar, ya que es aquí en donde reside la mayor parte de las influencias decisivas en el desarrollo normal y patológico".

MARIANO BARRAGAN

2.1. LA ESTRUCTURA FAMILIAR

FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA. S. Minuchin (1981, 1979, 1978, 1975, 1974, 1967), a través de su práctica como psicoterapeuta familiar y contando con la colaboración de diferentes autores, desarrolla un modelo conceptual de la familia, concibiéndola como una estructura sistémica. La familia es definida como el grupo natural que con el tiempo va desarrollando patrones de interacción. Estos patrones de interacción forman la estructura familiar, que a su vez gobierna el funcionamiento de los miembros de la familia, delineando su rango de comportamiento y facilitando su interacción. Los miembros de la familia comúnmente no se conciben como parte de esta estructura familiar. Cada ser humano se ve a sí mismo como una unidad completa, interactuando con otras unidades. Cuando interactúa dentro de su familia se comporta de acuerdo a las reglas establecidas; unos territorios están marcados como "haga lo que -

quiera", otros están marcados "proceda con precaución" y otros están marcados "alto". Si cruza este límite, el miembro familiar va a encontrar ciertos mecanismos reguladores. A veces los va a aceptar y a veces los va a retar. También hay áreas marcadas como "entrada prohibida". Las consecuencias de traspasar estas áreas cargan los más fuertes componentes afectivos: culpa, ansiedad, inclusive expulsión y condena.

La estructura familiar constriñe al individuo inhibiendo conductas que difieren de las normas familiares, pero la estructura familiar también promueve crecimiento y autonomía, protegiendo al individuo y dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar.

Minuchin considera útil postular en forma arbitraria un principio de la familia: El acuerdo de dos adultos, un hombre y una mujer, que se reúnen con el propósito de formar una familia. En el modelo de la familia nuclear cada uno de los nuevos socios, o sea la pareja, trae consigo una serie de valores y de expectativas, tanto reconocidas como inconscientes, que van desde el valor de autodeterminación hasta que si debe la gente tomar desayuno o no. Estos juegos de valores deben ser reconciliados con el tiempo para hacer posible una vida común. Van a surgir diferencias y deben ser negociadas. Cada esposo tiene que ceder parte de sus propias ideas y preferencias, en este proceso se forma un nuevo sistema y los patrones transaccionales que se desarrollan lentamente expresan la estructura de este subsistema marital.

Los patrones transaccionales normalmente no son reconocidos como tales; son simplemente sostenes de la vida, están allí y son necesarios, pero no se piensa mucho en ellos. Muchos son desarrollados con poco o con ningún esfuerzo si

ambos esposos vienen de familias patriarcales. Por ejem. - - pueden dar por hecho el que la mujer va a lavar los trastes. Otros patrones transaccionales son el resultado de acuerdos - específicos: "es tu turno para cocinar", pero en ambos casos - los patrones establecidos gobiernan la forma en que cada espo - so se percibe a sí mismo y a su compañero, dentro de su contex - to marital. Los comportamientos que difieren de los patrones usuales van a lastimar y a producir una sensación de traición, aún cuando ninguno de los dos esposos tenga ninguna idea cons - ciente de donde está el problema.

Aparte de establecer patrones de interacción para las tareas - internas, el subsistema marital debe establecer también for - mas de trato con los extrafamiliares. Después, cuando los ni - ños nacen, el subsistema marital también debe de aprender a - diferenciar cómo desarrollar las tareas parentales y otras.

Las familias, por lo tanto, son sistemas altamente complejos. Son subsistemas de sistemas sociales más amplios: la familia extensiva, la vecindad, la ciudad y así en adelante. La in - teracción con estas entidades más amplias va a ser una parte significativa de los problemas y tareas familiares en su co - municación con redes de apoyo.

Minuchin enfatiza que existen varias composiciones o tipos de

familias con diferentes estructuras familiares y que todas son viables. El autor enfoca a la familia nuclear que siguiendo el modelo que gobierna al pensamiento actual sobre todo en países como Estados Unidos. Dentro de la familia nuclear es necesario observar 4 subsistemas o "Holons" característicos y significativos para el crecimiento y desarrollo individual y familiar: El Holon Individual, El Holon Marital, El Holon Parental y El Holon de los Hermanos.

La palabra Holon la toman los autores de Artur Koestler al observar que existía una dificultad para referirse a aquellas interacciones que involucraban el todo y la parte. Palabras como simbiosis, que describían la unidad de dos personas en circunstancias patológicas extremas cuando uno de sus miembros se sentía totalmente como una parte y tenía una experiencia de sí mismo como un conjunto y su unión era destructiva para ambas partes, no daban el concepto total de la interacción. En cambio, holon, del griego holos-todo, con el sufijo "on" (como en la palabra protón o neutrón) que sugiere una partícula o parte, es considerado particularmente valioso para la terapia familiar porque la unidad de intervención siempre es un holon: el individuo, la familia nuclear, la familia extendida y la comunidad, que son tanto un "todo como una parte", no más una que la otra, no que una parte rechace o esté en conflicto con la otra. Un holon ejerce energía competitiva para tener autonomía y autopreservarse como un todo; también lleva energía integral como una parte. La familia nuclear es un holon de la familia extensiva, la familia extensiva de la comunidad y así sucesivamente. Cada todo contiene la parte y cada parte contiene "el programa que el todo impone". Parte y todo se contienen en un proceso continuo, corriente y progresivo de comunicación y de interrelación.

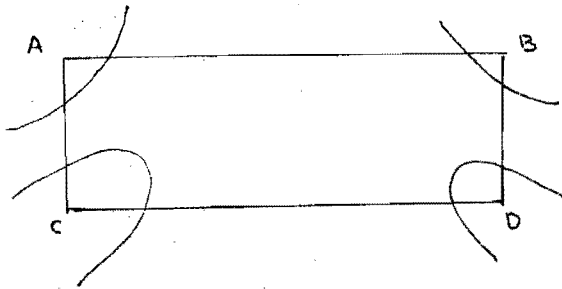
HOLON INDIVIDUAL:

El visualizar al individuo como un holon es especialmente difícil para cualquier persona educada en la cultura occidental. La orientación de la cultura occidental enfoca lo deseable de la autonomía individual.

Un ejemplo de la ideología individual es el siguiente: no existe entre los organismos vivientes lo que se pueda definir como el estar desvinculado de otros seres vivientes; sin embargo, la constitución, los impuestos, las leyes de seguridad, las organizaciones mentales, los servicios educativos, todos sin excepción, expresan no solamente el concepto, sino también lo deseable que sería el individuo autónomo. Esta falacia se ha introducido en el campo de la salud mental extendiéndose dentro del campo de la terapia familiar. El concepto de Ronald Laing, demanda que la política familiar debe de liberar al individuo de su familia "nociva". De Murray Bowen proviene "la escala de diferenciación del self" que se utilizó para estimar el grado en que el self permanece en las relaciones e ilumina similarmente la lucha entre el individuo y la familia. Cuando al individuo se le ve como parte de un todo mayor, de alguna manera es visto como que está perdiendo. El terapeuta debe tomar en cuenta particularmente las fuerzas tensionales que la familia impone. Existen altas probabilidades de que el miembro crezca más en una familia donde luche por su proceso de individuación dentro del grupo familiar. Es también probable que, en esta etapa del ciclo de vida de separación de las familias de origen y la posibilidad de formar una nueva familia nuclear, las demandas de crear un nuevo holon pueden ser experimentadas como un reto a la experiencia del "self". El terapeuta debe enfocarse conscientemente en las realidades de la interdependencia y en los trabajos de complementariedad.

Por sí mismo, el Holon individual incorpora el concepto del "self". Incluye los determinantes tanto personales como históricos del Self, pero los trasciende para incluir las corrientes que emanan del contexto social. Transacciones específicas con otras personas motivan y refuerzan esos aspectos de la personalidad individual que son propios al contexto. También el individuo a su vez afecta a otra gente, que interactúa con él, de cierta manera que sus respuestas han motivado y reforzado las respuestas de esas personas. Hay un proceso continuo circular de mutuo afecto y refuerzo, que tiende a mantener un patrón fijo; al mismo tiempo ambos, tanto individuo como el contexto, tienen la capacidad de ser flexibles y cambiar.

Es fácil visualizar a la familia como una unidad y ver al individuo como un holon de esa unidad familiar. Pero el individuo incluye otros aspectos que no están contenidos dentro de lo individual como un holon de la familia, tal como se indica en las figuras (Tomada de S. Minuchin y col. 1981).



El rectángulo representa la familia. Cada curva es un miembro individual de la familia. Sólo ciertos segmentos del self están incluidos en el organismo familiar. Para C y para D la familia es más necesaria que para A y para B, pero el rango de conducta permitida sigue estando gobernada por una organización familiar. Qué tan amplio puede ser este rango de conducta que puede ser incluido en el programa familiar, depende

de la capacidad familiar de observar e incorporar energía e información de lo extrafamiliar.

La constante interacción en diferentes holons en distintas ocasiones, requiere de la actualización de diferentes segmentos del "self".

Un niño interactuando con una madre demasiado involucrada actúa en forma desvalida para fomentar protección. Pero con su hermano mayor, él opera competitivamente para conseguir lo que quiere. Un hombre que sea un esposo y padre autoritario dentro de la familia, tiene que aceptar una posición jerárquica más baja en el mundo del trabajo. Un joven adolescente -- que es dominante en su grupo de pares o semejantes, cuando está en coalición con su hermano mayor, aprende a ser cortés -- cuando su hermano no está allí. Diferentes contextos demandan diferentes facetas. Como resultado, la gente siempre está funcionando con una parte de sus alternativas. Se tienen muchas posibilidades, algunas de las cuales son fomentadas o contenidas por su estructura contextual, por lo tanto el romper o expandir los contextos puede permitir nuevas posibilidades de energía. El terapeuta busca abrir alternativas y -- crear un contexto en el cual la exploración de lo poco usuales posible.

HOLON MARITAL. Como ya se describió, es el subsistema de la pareja, generalmente fundamentado en igualdad-pariedad. Los esposos negocian la distribución de funciones cooperando en algunas áreas y diferenciándose para desarrollar otras tareas. Diferencias eventuales deben de ser negociadas de tal manera que ningún socio sienta que cuando da está perdiendo.

Una de las tareas importantes de este subsistema es el desarrollo de límites que protejan a los esposos dándoles un área para la satisfacción de sus propias necesidades psicológicas,

sin la intrusión de extraños: niños, suegros y otros. Por definición, entonces, el subsistema de esposos es vital para el crecimiento del niño y cualquier mayor disfunción en el subsistema marital va a cimbrar a través de la familia molestando a todos los miembros. En situaciones patógenas un niño -- puede ser el chivo expiatorio o quizás capturado en una alianza por un esposo contra el otro.

El subsistema marital es también importante para el niño como un modelo para proveer relaciones íntimas expresando una interacción visible diaria. El niño ve formas de expresar afecto, de relacionarse con un padre que está tenso y de tratar conflictos con iguales. Lo que ve se va a convertir en una parte de los valores del niño y de sus expectativas cuando se ponga en contacto con el mundo de afuera.

HOLON PARENTAL. Este subsistema puede incluir a una abuela o a otro adulto significativo o a un "hijo parental" además de la composición familiar padres-niños. Transacciones dentro de este subsistema involucran el crecimiento del niño y sus funciones sociabilizantes. Sin embargo muchos otros aspectos del desarrollo del niño son también afectados por la interacción del subsistema parental. Aquí, el niño aprende qué es lo que tiene que esperar de la gente que tiene mayores recursos y fuerza. Aprende a pensar si la autoridad es racional o arbitraria. Aprende si sus necesidades van a ser apoyadas y aprende los medios más efectivos de comunicar lo que quiere dentro del estilo familiar. Su sensación de adecuación la adquirirá por la forma en que sus mayores le respondan y si la respuesta es apropiada para su edad. Aprende qué conductas son premiadas y cuáles son rechazadas. Finalmente, dentro del subsistema parental, el niño experimenta el estilo familiar de tratar con conflictos y negociaciones.

A medida que el niño crece y las necesidades cambian, el subsistema parental también debe cambiar. A medida que las capacidades del niño aumentan, se le deben dar más oportunidades para tomar decisiones y para que tenga autocontrol. Familias con niños adolescentes deben negociar diferente que familias con niños pequeños. Los padres deben dar más autoridad a los niños mientras exigen más responsabilidad de ellos.

Los adultos, en el subsistema parental, tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y sociabilizar a los niños, pero -- también deben tener derechos. Los padres deben tener el derecho de tomar decisiones que estén relacionadas a la sobrevivencia del sistema total: cambios de domicilio, selección de escuelas y la determinación de las reglas que protegen a todos los miembros de la familia. Tienen el derecho y también la obligación de proteger la privacia del subsistema marital y de determinar qué rol van a desempeñar los niños dentro del funcionamiento familiar.

En nuestra cultura orientada hacia los niños tendemos a tensionar la obligación de los padres y poner poca atención a -- sus derechos. Pero el subsistema que otorga tareas también -- debe tener la autoridad de llevarlas a cabo. El niño debe tener la libertad de explorar y crecer y se va a sentir más seguro para explorar si siente que este mundo es predecible.

HOLON DE HERMANOS. Este subsistema forma su primer grupo de "pares". Dentro de este contexto los niños se apoyan unos a otros; disfrutan, atacan, se utilizan como chivos expiatorios y generalmente aprenden unos de otros. Desarrollan sus propios patrones transaccionales para negociar, cooperar y competir. Aprenden cómo hacer amigos y a tratar con enemigos, cómo aprender de otros y cómo conseguir reconocimiento. Generalmen

te toman diferentes posiciones en un constante dar y tomar y en el proceso que va en aumento en sus sentimientos de pertenencia a un grupo así como la sensación de alternativas individuales dentro de un sistema.

Estos patrones van a ser significativos para el niño cuando se mueva al grupo de pares extrafamiliares: al sistema escolar y más adelante al mundo del trabajo.

Cada sistema familiar debe tener límites que protejan su funcionamiento, cada subsistema debe llevar las tareas y resolver sus problemas; estos límites no excluyen la posibilidad de consultar a otros miembros de la familia para que resuelvan problemas específicos del subsistema, pero tienen que delinear el subsistema adecuadamente. Un niño que siempre llama a su madre porque su hermano lo está molestando constantemente, se está perdiendo la experiencia de la autorrelación que podría obtener a través del subsistema de hermanos.

La familia, entonces, es una unidad social estructurada por patrones transaccionales en algunas áreas, el sistema es flexible ofreciendo una amplia gama de alternativas. En otras áreas, patrones preferenciales son rigurosamente mantenidos. Aunque patrones alternativos podrían ser posibles no son usados debido a que los mecanismos contrarios a las desviaciones son rápidamente activados cuando los comportamientos cambian.

2.2. ETAPAS DEL DESARROLLO FAMILIAR

La comprensión del desarrollo individual tanto normal como patológico requiere del conocimiento del desarrollo familiar.

M. Barragán (1976) propone que así como se estudian las líneas del desarrollo individual, es conveniente estudiar las líneas del desarrollo en la familia. El autor llevó a cabo una extensa revisión bibliográfica sobre este tema, enfocando el estudio de la familia como sistema a través de 3 relaciones:

- 1) La relación de los esposos entre sí.
- 2) La relación de los padres con los hijos.
- 3) La relación de los hijos entre sí.

1. RELACION DE LOS ESPOSOS (PADRES) ENTRE SI.

Dividimos el estudio de esta relación en seis etapas diferentes que comprenden desde el proceso por el cual los cónyuges se seleccionan uno a otro, hasta la vejez y muerte, pasando por las diversas etapas tempranas e intermedias en la vida de la pareja. (Levinson, 1974).

Dentro del estudio de cada etapa se describe un tema central que la caracteriza y 3 líneas o dimensiones, alrededor de las cuales se resume la interacción que constituye a una pareja como unidad observable y objeto de descripción. Estas 3 líneas de desarrollo son las siguientes (Berman, Lief, 1975):

Límites. (¿Hay interferencia?). (¿Quién o qué interfiere?). - También llamada dimensión de inclusión-exclusión, consiste en el estudio de otros factores incluidos en la díada marital; con frecuencia se trata de uno o los dos padres de uno de ellos, pero puede incluir también otros parientes, amigos -- carrera, diversiones, intereses sociales e inclusive animales.

Intimidad. (¿Qué tan cerca, qué tan lejos?). Estudia las oscilaciones en distancia geográfica y emocional a través del proceso de vida compartida. La necesidad y, a la vez el miedo a la cercanía, hace que los integrantes de la pareja se acerquen y se alejen una y otra vez. Este proceso ha sido estudiado y descrito por Rank (1952).

Poder (o jerarquía). (¿Quién manda?). Aunque puede manifestarse claramente, es común observar como el débil y sumiso de la pareja domina con frecuencia al otro a través de maniobras pasivas.

Otra aclaración importante es que la duración en años de cada etapa es extraordinariamente variable, y esto hace que los números dados sean cifras muy aproximadas y sujetas a grandes márgenes de error. También debemos recalcar que no hay límites precisos entre una etapa y la siguiente y que una sucede a la otra sin fronteras precisas.

Etapa I: Selección

Duración muy variable.

Las bases sobre las cuales una persona escoge a otra para compartir el resto de su vida son de gran importancia, sobre todo en los tiempos presentes en los que la mayoría de las selecciones son voluntarias y, por tanto, la responsabilidad de las consecuencias recae sobre los individuos mismos (Lidz-1968).

Comunmente, la selección se hace partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el cónyuge.

La mayor parte de las parejas afirma que la base de la selección es el hecho de estar enamorados; esto dificulta el entendimiento, ya que el concepto de enamoramiento ha evadido

constantemente definiciones científicas y filosóficas a través de las edades. Es quizá cierto que en el proceso de enamoramiento participan factores tales como la apariencia física, recuerdos, juicios de otras personas importantes, poder, capacidades intelectuales y afectivas, etc. Lidz (1968) dice que si bien somos capaces de escoger de quien enamorarnos, somos mucho menos capaces de juzgar acertadamente con quien podemos vivir en armonía por el resto de nuestras vidas.

Etapa II: Transición y adaptación temprana

Duración. Aproximadamente del 1o. al 3er. año de unión.

Una vez hecha la selección, los integrantes de la pareja joven se enfrentan a la tarea fundamental de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones con su cónyuge diferentes a los que tenían en su familia de origen; este proceso tiene lugar en forma simultánea al proceso de creación y definición de límites con sus familias originales, básicamente con sus propios padres.

Los jóvenes que pasan por un período de vida independiente - entre la convivencia con sus padres y la convivencia con su esposa, tienen menos dificultades de adaptación, ya que habitualmente han pasado la experiencia de la separación de los padres y esto facilita el desarrollo de la autonomía. En México desafortunadamente, no existe la costumbre de que los hijos se separen de sus padres al iniciar su instrucción universitaria; en otros países, como Estados Unidos, donde esto es una costumbre, los jóvenes tienen mayores oportunidades de desarrollar su autonomía.

El estudio de los límites en esta etapa, muestra en forma clara que los fracasos en el desarrollo de territorio e identidad como pareja resultan frecuentemente por la intromisión - excesiva de los padres, iniciándose esto, en la mayor parte -

de los casos, por la ayuda económica de los padres y por la inseguridad de la pareja, que recurre con frecuencia a ellos para resolver sus problemas.

En el área de la intimidad encontramos fragilidad, resultante de la carencia de reglas, las que empiezan a ser negociadas en esta etapa; las reglas de intimidad comprenden muy diversos problemas, desde simples como: ¿se permite tener la luz prendida o hay que apagarla para tener relaciones sexuales? ¿qué tanta libertad hay para mostrarse desnudos y bajo qué circunstancias? ¿es posible entrar al baño cuando el otro está dentro?, etc., hasta complejos como, ¿qué tan lejos se puede llegar en las costumbres sexuales?, ¿está permitido el sexo oral?, etc. estas reglas poco a poco se van solidificando, resultando en una definición de lo permitido y lo prohibido en la intimidad (Bakker 1973).

En el área de poder existe una situación similar a la de la intimidad, es decir, las parejas empiezan a probar su poder en relación a diversos aspectos, tales como administración del dinero, decisiones acerca de diversiones, qué tan frecuentemente y a quién se debe visitar, etc.

Las parejas en esta etapa tienen pleitos frecuentes que pueden llevar a la resolución del conflicto original en cuyo caso los pleitos y discusiones serán positivos y funcionales desde el punto de vista del desarrollo de la pareja; o bien, puede ser que por diversos mecanismos de evasión (ver televisión, quedarse callado, salir de manera intempestiva) la pareja no resuelva estos conflictos, en cuyo caso las peleas pueden multiplicarse sin resolver nada o bien la pareja deja de discutir, iniciándose los resentimientos y rencores que repercuten con frecuencia sobre los hijos en etapas posteriores.

Las peleas y discusiones sin resolución del conflicto que las origina son consideradas como negativas y disfuncionales desde el punto de vista del desarrollo de la pareja (Minuchin, - 1970). Vemos pues que el aspecto de resolución del conflicto - en los pleitos es de crucial importancia en el desarrollo y - tiene aplicaciones directas en la terapia de parejas, ya que - con frecuencia la labor del terapeuta consistirá en el descubrimiento de los mecanismos que interfieren con la resolución del conflicto y las diversas maneras de evitar estos mecanismos de interferencia (Ackerman, 1961).

Etapa III: Reafirmación como pareja y paternidad

Duración aproximada: entre el 3o. y 8o. años de casados.

Es en esta etapa en la que con mayor frecuencia aparecen dudas serias sobre lo adecuado de la selección del cónyuge. La resolución de estas dudas conduce a una reafirmación de la estabilidad de la pareja o a una certeza de que lo más adecuado para la futura felicidad es la separación y el divorcio también en esta etapa, la mayor parte de las parejas se inicia - en la tarea de ser padres, hecho que colorea este tiempo con todas las satisfacciones y presiones que implica.

Los límites de la pareja están mejor definidos en esta etapa - sobre todo en relación a los padres de los cónyuges pero la - relativa solidez lograda en este aspecto se pone a prueba con la aparición de amigos y amantes potenciales. Es con mucho, - en esta etapa, en donde son más frecuentes los celos en relación a amistades, y cuando los límites son más frecuentemente violados por esas amistades.

Es este el tiempo en el que los esposos se ausentan del hogar por estar con sus amigos, o las esposas descuidan sus deberes por estar con sus amigas. Los pleitos abundan a este respecto y, si combinamos esto con las dudas acerca de la selección del

cónyuge, características de esta etapa, veremos que es en este tiempo cuando hacen su aparición los primeros triángulos amorosos con aventuras extramaritales o amantes bien definidos.

Una violación de límites entre la pareja, frecuente en esta época, es la que se plantea con el advenimiento de los hijos ya que es frecuente que la pareja disfuncional haga uso de mecanismos de evasión que consisten en involucrar a los hijos en sus problemas. Ya describiremos más adelante las modalidades frecuentes en las que esto ocurre y las consecuencias que resultan de la interposición de los hijos entre los padres (Minuchin, 1974).

En esta tercera etapa la intimidad, ayudada por las reglas conseguidas en la etapa anterior, se profundiza, y la labor de elaboración de las reglas habitualmente finaliza. Sin embargo, las dudas a las que nos referíamos, características de esta etapa, hacen que la intimidad tenga aspectos de ambivalencia importantes. Es en este tiempo donde por ejemplo, las manifestaciones de cariño y las relaciones sexuales sufren grandes variaciones en lo que se refiere a la intensidad en el placer y la satisfacción según el polo de la ambivalencia en el que se encuentre la pareja.

El aspecto de poder se define como resultado de las múltiples resoluciones de conflicto en la etapa anterior. La resolución de formas y patrones de poder y quién lo ejerce, hace que las parejas caigan en tres tipos de relaciones (Berman y Lief, 1975):

a) La relación simétrica: esta es una relación entre dos personas con los mismos tipos de conducta; ambos esperan dar y recibir y ambos dan y reciben órdenes.

Este tipo de relación reduce al mínimo las diferencias de poder entre dos personas. Los cónyuges tienen esencialmente iguales derechos y obligaciones y los problemas más frecuentes que se suscitan en este tipo de relación son los que se refieren a la competencia.

b) La relación complementaria: la conducta entre los dos es diferente. El matrimonio con este tipo de relación es el que con mayor frecuencia se describe como matrimonio tradicional.

Uno de los miembros predomina y manda y el otro se somete y obedece. Este tipo de relación aumenta al máximo las diferencias y, aunque la conducta evocada y exhibida por ambos miembros es diferente en estos casos, satisface las necesidades de los dos. También tiene la ventaja de desarrollar menos competitividad que los otros dos tipos. La desventaja de este tipo de relación es el enojo y resentimiento muchas veces profundamente enraizado que provoca la implicación de que la persona que se somete y obedece "es inferior".

c) La relación paralela: los esposos alternan entre relaciones simétricas y complementarias de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes, pueden darse mutuo apoyo y pueden competir sanamente. De acuerdo con Lederer y Jackson (1968) "es la relación más deseable para nuestra cultura".

En este período surgen las tensiones inherentes a ser padres provenientes de la reactivación de viejos conflictos no resueltos en el desarrollo temprano.

En el desarrollo de la familia actual, es un hecho que la inclusión de los niños tiende a producir la principal de las -

perturbaciones estructurales en el desarrollo de la pareja - Pollack (1965) clasifica a las parejas en cuatro estadios:

- a) Antes de la crianza de los niños.
- b) Crianza temprana de niños (infantes y preescolares).
- c) Crianza de niños en etapa de latencia y adolescencia.
- d) Después de que los hijos se han ido ("El nido vacío").

Pollack dice que estos períodos son cruciales en sus diferencias respecto a dificultades especiales para la pareja de padres.

Etapa IV: Diferenciación y realización

Duración aproximada: del 8o. al 15o. años de unión.

Esta etapa se caracteriza por un proceso de diferenciación - que se inicia con la consolidación de la estabilidad del matrimonio y la terminación de las dudas acerca de la elección de cónyuge. Con frecuencia, las dudas de la etapa anterior se continúan y se exacerban en las fases tempranas de este período; sin embargo su resolución trae consigo que la pareja se estabilice y con esto, se presenta la oportunidad de lograr un mayor desarrollo y realización personal. En este proceso de logro de realización personal, la pareja puede tener muchos conflictos, especialmente de dos tipos:

- a) Diferencias en el ritmo de crecimiento de los esposos, especialmente cuando éstas se originan en una carga desigual de las obligaciones frente a los hijos, con frecuencia las madres, por tener mayores obligaciones con los niños pequeños, empiezan a albergar sentimientos de envidia hacia las carreras de sus esposos, particularmente si el éxito de éstos se enfoca como mérito exclusivo de él y no se le da ningún crédito a su compañera. El resentimiento que esto suscita puede tener alcances como la formación de alianzas-

madre-hijos que pueden ser más o menos hostiles en contra del padre, con todas las implicaciones que esto tendría en el desarrollo individual de estos niños.

b) El otro tipo de conflicto en lo que se refiere al logro de realización personal consistiría en las diferencias en las -- formas o métodos de alcanzar una productividad óptima.

Esto se traduciría, por ejemplo en el tradicional conflicto -- sobre si la esposa debe trabajar o debe hacer una profesión -- de sus labores como ama de casa, administradora de su hogar -- y educadora de sus hijos. Es obvio que el desarrollo indivi-- dual de los niños será diferente según el curso que se siga.

Examinando los límites en este tiempo, observamos que las intrusiones externas con violaciones de estos límites provienen principalmente, de relaciones extramaritales.

Existe un tipo de pareja que usa mecanismos contrafóbicos en relación a las experiencias extramaritales y tiende a crear -- la llamada "construcción de fortaleza", caracterizada por cui-- dados exagerados y celos infundados.

De esta manera, lo frecuente es que la pareja solidifique sus límites y con esto se defina más su identidad como tal.

En el aspecto de intimidad se observa que ésta se profundiza-- notablemente en los "buenos" matrimonios, mientras que en los "malos" es en esta época cuando se consolida un alejamiento -- gradual y progresivo. Es respecto a este parámetro que Cuber-- y Harroff (1966) clasifican a las parejas en cinco tipos:

1. El matrimonio habituado al conflicto.

Este matrimonio se caracteriza por controles rígidos, tensión y conflicto. La relación es altamente insatisfactoria y, sin embargo, los cónyuges están unidos por miedo a la soledad y - el pseudopoder mantenido por un constante herirse uno al otro.

2. El matrimonio desvitalizado.

Este matrimonio se caracteriza por expresiones aisladas de - insatisfacción, probablemente debidas a intereses y actividades diferentes. Este tipo de interacción se caracteriza por - apatía y frialdad. El conflicto aunque abiertamente no existe, se encuentra reemplazado por falta de vitalidad y entusiasmo, ocasionalmente hay compañerismo, pero la conservación de este tipo de matrimonio proviene de principios morales y - legales y por los hijos.

3. El matrimonio que congenia en forma pasiva.

Este matrimonio es "placentero" para ambos, hay un "compartir" en el área de intereses, pero existe también una interacción distante. Los contactos interpersonales son con el exterior y los intereses de ambos son con otras personas. Los cónyuges típicamente piensan que así son la mayoría de los matrimonios y hay un cierto apoyo mutuo en la relación.

4. La relación vital.

Esta relación es exitante y satisfactoria, además de extremadamente importante para ambos en una o varias áreas, como la crianza de los niños, el trabajo, etc. Los cónyuges trabajan juntos con entusiasmo. El otro es visto como indispensable - para el goce de cualquier actividad. Este matrimonio a pesar de tener conflictos ocasionales, es básicamente una unión -

enormemente satisfactoria y una fuerza estabilizadora en el crecimiento del individuo.

5. El matrimonio total.

En términos de grado de acercamiento, este matrimonio es similar al anterior, pero contiene más facetas, en él todas las actividades son compartidas y el otro es indispensable para todo. Este tipo de relación es rara, pero posible.

Para terminar esta etapa, el aspecto de poder, también después de un período de agudización de conflicto, se resuelve en patrones definitivos de dominancia con la consolidación de relaciones simétricas, complementarias o paralelas. Es frecuente que en este período, uno de los miembros de la pareja provoque desequilibrios en la jerarquía ya establecida en la etapa anterior, mediante alianzas con uno o más hijos que ya cuentan, por su edad, con alguna importancia en el proceso de tomar decisiones.

Etapa V: Estabilización

Duración aproximadamente del 15o. al 30o. años de unión.

En esta etapa, que ocurre habitualmente entre los 40 y los 55 años de edad, se presentan en ambos miembros las etapas de transición de la mitad de la vida, con su característica búsqueda del equilibrio entre las aspiraciones y los logros, cristalizándose esto en la mayor parte de los casos en un proceso de rearrreglo de prioridades que, finalmente conduce a una estabilización de ambos y del matrimonio.

Conflictos importantes pueden surgir en esta etapa, básicamente alrededor de valores diferentes que implicarían diferentes apreciaciones y evaluaciones del éxito logrado y de lo que aun hace falta en términos de aspiraciones futuras. Asimismo-

existen conflictos acerca de pérdida de atractivo y habilidades físicas que pueden reactivar viejas dudas de lo adecuado de la selección de cónyuge, con frecuente desenlace en triángulos amorosos con relaciones extramaritales, habitualmente con personas considerablemente más jóvenes.

Al mismo tiempo, es habitual que en esta fase se tengan hijos adolescentes y/o adultos jóvenes, en medio del proceso muchas veces tormentoso de la separación de los padres. Los matrimonios que más se oponen a la separación y más sufren con este proceso, son aquellos que desde un principio involucran a los hijos en sus conflictos. Un gran número de este tipo de parejas se divorcia inmediatamente después de la salida del último hijo.

Los límites, en este período, pueden sufrir violaciones como consecuencia de la comparación de logros y aspiraciones, que junto con la pérdida de la juventud, hacen que muchas personas a esta edad busquen compensaciones en aventuras extramaritales con personas más jóvenes; sin embargo, hacia el final de esta etapa, los límites se hacen extraordinariamente estables, salvo casos de crisis, tales como enfermedades graves, o cambios bruscos en los equilibrios de poder e intimidad.

La intimidad en este período se encuentra gradualmente amenazada por el proceso de envejecimiento y por la monotonía que habitualmente se presenta como concomitante con el proceso de estabilización. La partida de los hijos puede, en un momento dado, aumentar o disminuir la intimidad de la pareja según el grado en el que los hijos estaban interpuestos entre los miembros de la pareja.

El poder y su equilibrio varía bajo dos influencias; la primera es que el poder para con el mundo exterior tiende a equili

brarse o a compensarse con el poder dentro del matrimonio, - siendo éste el mecanismo frecuente del débil fuera, pero tira no en su casa, o viceversa. La otra influencia es la salida de los hijos del hogar; esto afecta el equilibrio de poder de la pareja sólo si los hijos hacían alguna alianza de poder - con alguno de los miembros en contra del otro. En este caso, al salir los hijos ocurren nuevos conflictos de poder similares a los de las etapas tempranas, terminándose con la definición clara de la jerarquía de cada uno con el establecimiento de alguno de los tipos de relación antes descritos.

Etapa VI: Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte

Duración: respecto al número de años de casados, esta etapa - tiene mayores variaciones que las otras, pero estadísticamente los acontecimientos característicos ocurren entre el 30o.- y 40o. años de unión.

Como lo dice el nombre de esta etapa, los temas principales - son la vejez, con su pérdida de capacidades físicas e intelectuales, con la soledad por la partida de los hijos y las muertes graduales de parientes y amigos, y con el rechazo que en el mundo occidental existe hacia los ancianos en general. Todos estos puntos representan fuentes de stress para la pareja y, aunque tienen variaciones en sus respuestas a estos diferentes acontecimientos, el común denominador es angustia y necesidad de apoyo y afecto.

Las variaciones de pareja a pareja frente a los diferentes - acontecimientos está en función de las diferencias en valores, y así tenemos que para una pareja con énfasis valorativo en - atractivo o habilidades físicas, la pérdida de estas capacidades representa la principal fuente de stress. Estas parejas - responden de manera exagerada a la declinación gradual de las habilidades sexuales. Tenemos, en cambio, otras parejas en -

las cuales el valor principal ha estado en la educación de los hijos y en ser padres, y éstas responderán de manera intensa a la soledad cuando los hijos se van. Y hay aún otras parejas cuya valoración en la esfera de ocupación es excesiva y el stress principal proviene de eventos como la jubilación, ser desplazado por personas jóvenes, etc.

Cualquiera que sea la fuente de tensión, los integrantes de la pareja, en este tiempo, tienen mucha necesidad de apoyo y cariño uno del otro. Irónicamente, es en este tiempo cuando la muerte los de priva con mayor frecuencia de lo que más necesitan, y tienen entonces que enfrentar la aguda y desconocida soledad de la viudez.

Los conflictos en esta etapa son bastante menos frecuentes, ya que la mayoría de las parejas se ha estabilizado en líneas de poder e intimidad, y el tipo de relación se ha definido de manera clara en la mayoría de los casos. Fuentes potenciales de conflicto serían las necesidades insatisfechas de apoyo y cariño. Como resultado de la insatisfacción, es frecuente la reactivación de viejos miedos y abandono y deserción, con pérdida de autoestima frente a la soledad real o fantaseada y frente a pérdidas reales o fantaseadas de disminución de poder sexual y/o atractivo físico.

Las parejas en esta etapa tienden a fortalecer los límites, como respuesta a las amenazas antes mencionadas; excepciones a esto serían aquéllas que se involucran excesivamente con las familias de sus hijos vía la llegada de los nietos, y es relativamente frecuente la queja de los abuelitos de que el cónyuge se ocupa más de sus nietos que de él o ella. Durante este tiempo existe también el peligro de caer en lo que sería un exceso de límites, perdiéndose puntos de contacto con el mundo exterior, creándose una situación de aislamiento que puede ser deteriorante para la pareja.

En la esfera de la intimidad, existen sentimientos de renovación y apreciación del valor de ésta, sobre todo frente al pensamiento de una cercana separación definitiva. En la mayoría de los matrimonios esta dimensión se solidifica notablemente en esta fase tan inexorablemente final.

La cuestión del poder, habitualmente bien definida y ya libre de conflictos, está en este tipo ocasionalmente perturbada por respuestas de dominancia ante miedos de abandono; sin embargo, esto es poco frecuente y conflictos de poder en una pareja de edad más bien raros.

2. RELACION DE LOS PADRES CON LOS NIÑOS.

En algún lugar de la etapa III de la relación entre los esposos, al describir límites, nos ocupábamos de las cuatro etapas de los padres en relación a los hijos de diferentes edades. Aunque hay otros parámetros para ocuparnos de los cambios en tiempo de la relación padres e hijos, éste nos parece de utilidad, ya que es fácilmente relacionable a elementos individuales del desarrollo, por clasificarse éstos en estudios de evolución similar.

En las diferentes etapas, los padres aportan elementos distintos a la relación, y el aporte de los hijos al intercambio también tiene características distintas a través del tiempo, de acuerdo con diferentes necesidades de ambos en los diferentes períodos.

Esta relación tiene DOS componentes o aportaciones, que son las de los padres con los hijos, y la de los hijos con los padres. El primer componente ha sido con mucho el más estudiado y descrito en la literatura, y esto desgraciadamente ha sido a expensas de la importancia del otro sólo estudiado y descrito por pocos grupos aislados. Sólo con fines ilustrativos -

me referiré a la gran frecuencia con la que se citan las influencias de la buena o mala mamá en el desarrollo de los niños. Por otro lado es raro encontrar citas bibliográficas que se refieran a la influencia del niño fácil o difícil en el desarrollo de la mamá como madre. Es decir, es más fácil ser buena mamá de un niño fácil y más frecuente y factible a ser mamá gritona e irritable de un niño hiperactivo, hecho que resalta la importancia del aporte de los hijos a la interacción entre éstos y sus padres.

I. Período anterior a la llegada de los hijos

De gran importancia en esta etapa son los factores que culminan con la decisión de ser padres, ya sea que esto se planea activamente o se tome una actitud de activa pasividad respecto a métodos contraceptivos que en la mayoría de los casos conduce al embarazo. Los elementos a considerar serían factores del desarrollo individual de los miembros de la pareja y factores de desarrollo de los padres como pareja. Ya en la primer parte de este trabajo se hace mención de los factores de desarrollo de la relación como pareja, y en otras presentaciones se han visto factores individuales del desarrollo. Pues bien, la combinación de estos elementos conduce básicamente a dos tipos de situaciones: adecuada e inadecuada, para la llegada de los hijos.

a) Adecuada. En los Estados Unidos, sólo el 30% de los niños primogénitos son planeados (Lidz, 1968). El porcentaje baja con el número de hijos. La planeación del momento de ser padres no quiere decir intrínsecamente que el momento es el adecuado. Hay muchas parejas que deciden tener a sus hijos simplemente porque la formación de un triángulo alivia las tensiones de la pareja. La situación sólo se definiría como adecuada cuando las relaciones en la pareja, si bien no li-

bres de conflicto, se encuentran dentro de los límites de poseer mecanismos adecuados de resolución de este conflicto que permitirán continuar su crecimiento y desarrollo como pareja, sin estancarse en problemas de poder, intimidad o límites.

b) La situación se definirá como inadecuada, cuando el embarazo ocurre en una pareja con mecanismos ineficaces de resolución de conflicto, con luchas constantes e infrecuents por poder y jerarquía, con defectos marcados en la intimidad que conduce a estados de frustración constante, característicamente no hablados entre la pareja. En estas parejas, el embarazo implica con frecuencia que la mujer se vuelve "sagrada" con su futura maternidad y se vuelve intocable por ello, perdiéndose la dimensión de esposa, convirtiendo a la pareja en una familia centrada en el hijo aún antes de que éste nazca.

Otro de los aspectos que debemos destacar en esta etapa es el constituido por las expectativas de los padres en el hijo, y en qué medida estas expectativas son producto de conflictos personales no resueltos y qué tanto se trata de expectativas realísticamente orientadas y no basadas en necesidades neuróticas. Una de las expectativas que con mayor frecuencia se determina por factores de este tipo es la que se refiere al sexo del niño.

La parte aportada por los hijos a la relación padres-hijos antes de nacer, es mínima o nula.

II. Período de crianza de hijos pequeños

Este período comprende la interacción de los padres con hijos recién nacidos, infantes y pre-escolares.

Si consideramos, de acuerdo con Lidz , que la familia nuclear está formada por la unión de un hombre y una mujer con el propósito de satisfacer necesidades y completar lo limitado de -- ser hombre o mujer (que va más allá de la satisfacción sexual), el proceso de la pareja puede ser interferido de manera importante con la llegada de los hijos.

Desde luego, central en este período es la dependencia total de los hijos, de los padres, hechos que caracteriza las aportaciones de ambos a la relación e interacción.

Desde el punto de vista de los padres, la relación se constituye en patrones de cuidado, protección y satisfacción de las -- diversas necesidades del niño. Diferentes factores influyen -- en el proceso y son responsables de las amplias variaciones en estos patrones de crianza de niños pequeños. No nos ocupare-- mos en detalle de estos factores, pero vale la pena, cuando me nos, un examen superficial de ellos:

Hay factores culturales determinantes de la relación de los -- padres con hijos pequeños.

La personalidad de los padres y su grado de madurez individual es una de las mayores influencias en esta relación y vemos, -- por ejemplo, que padres impulsivos se relacionan en forma diferente con sus hijos pequeños, que padres mesurados y reflexi-- vos.

Las diferencias en cuanto a la satisfacción de diversas necesidades resultan enormemente significativas.

Su nivel de desarrollo como pareja.

Factores económicos y sociales.

Los padres derivan satisfacciones importantes en esta etapa. - Muchas de ellas obedecen a la resolución de conflictos anti- - guos, y a redefiniciones en su postura frente a sus propias fa- familias de origen. Con la experiencia de ser padre se amplían- - muchísimas vivencias y se complementan con nuevas sensaciones- - de autonomía reafirmación de la independencia. Hay también - - experiencias de sentido de responsabilidad. El mero crecimien- - to físico del niño es motivo de gran orgullo para los padres, - - lo mismo que la observación de sus progresos en las áreas emo- - cional e intelectual.

En esta fase de la relación, el aporte de los hijos está deter- - minado en gran parte por su dotación biológica y su temperamen- - to. Así, observamos la influencia de los hijos en los padres, - - en las variedades de respuesta de éstos a diferentes caracte- - rísticas de los niños, por ejemplo, sexo, apariencia del bebé- - y, muy especialmente, diferencias en temperamentos, por ejem- - plo, hay bebés que son fáciles de cargar y más "acurrucables"- - que otros que son rígidos y difícilmente acomodables, desper- - tando desde luego muy diferentes sensaciones uno y otro en el- - papá o la mamá que los cargan. Chess, Thomas & Birch, descri- - ben 9 características para diferenciar el temperamento en los- - niños, y con estas características los dividen en niños "fáci- - les", niños "difíciles" y niños "lentos para calentarse".

Los niños fáciles son plácidos, regulares en sus característi- - cas de sueño y alimentación, adaptables fácilmente a nuevas -- - situaciones, risueños y bonachones en general. Los niños difí- - ciles son en cambio irritables, lloran intensamente y con gran - - facilidad, es difícil calmarlos, son muy irregulares en patro- - nes tempranos de sueño y alimentación, no se adaptan fácilmen- - te a nuevas situaciones y son muy sensibles a estímulos extra- - ños.

Es un hecho que estos factores tienen enorme importancia para determinar diferentes tipos de respuestas y trato en la relación de los padres con los hijos y, más específicamente, en la relación materno infantil con todas las implicaciones que estas relaciones tienen con las vicisitudes del desarrollo individual.

Recordemos que incluimos en este período a niños durante la etapa del entrenamiento de esfínteres, con todas sus características típicas, así como a niños durante el llamado período Edipal en el desarrollo psicosexual de Freud. Indudablemente que las características del desarrollo individual imprimen su sello a la relación padres-hijos, que a su vez se encuentra influenciada por la fase de desarrollo en la que se encuentra la pareja y por las relaciones de los hijos entre sí.

III. Período de crianza de hijos en etapas de la latencia u - - adolescencia

Las características de la relación padres-hijos que dependen de aspectos de personalidad y temperamento de ambas partes se han definido, y ésta es ya una etapa en la cual los cambios en la relación dependen, básicamente, de la entrada de los hijos al mundo más allá de la familia.

El aporte de los padres sigue estando sujeto a las influencias de su propio desarrollo como individuo y como pareja, y en este período podemos decir que se compone fundamentalmente por la continuidad de apoyo material y afectivo para los hijos y por la definición de un marco claro de referencia sobre el cual el niño modelará sus valores y resultará un individuo integrado o rechazado socialmente. Los padres, al mismo tiempo, proveen los modelos básicos de socialización y transmiten los valores de la cultura.

Como se menciona anteriormente, los hijos pueden desequilibrar las diversas dimensiones de equilibrio entre los padres, ya -- sea directa o indirectamente. Lo hacen de manera directa cuando se involucran en la relación de sus padres y contribuyen a formar alianzas disfuncionales. Es fácil ver cómo este tipo de alianzas perturba dimensiones como poder e intimidad. De manera indirecta, en esta etapa, debido a la mayor definición de los rasgos de personalidad, no es infrecuente que el sólo hecho de parecerse a uno de los padres en cuanto a actitud, modo de relacionarse, etc., haga que las relaciones con el padre parecido y con el padre diferente tomen matices peculiares de acuerdo a como vaya la relación entre los padres.

Otro de los aportes característicos de los hijos a esta etapa consiste en cuestionar los valores de la familia y en particular de los padres. Este cuestionamiento de valores puede tener consecuencias importantes tanto para los padres como para los hijos, influyendo de manera decisiva en el desarrollo individual. Por ejemplo: con cierta frecuencia, actualmente, los hijos de familias de clase alta o mediana alta repudian los valores de los padres por considerarlos injustos socialmente hablando. De nuevo, como en todas las dimensiones anteriores, esto es cuestión de grado, y así en nuestro ejemplo encontramos desde hijos que cuestionando estos valores se pelean con los padres y se van muy indignados a tomar un helado a alguna cafetería de la zona rosa en el automóvil último modelo manejado por el chofer, hasta, mucho menos frecuente, hijos que fieles a sus creencias abandonan el hogar y se dedican a alguna labor social.

Muchísimos padres cuyo aporte ha sido positivo en épocas anteriores, empiezan a fallar en esta etapa, muchas veces totalmente horrorizados y enajenados por los nuevos valores de sus hijos que van desde el largo del pelo, la ropa, las creencias,

el modo de divertirse, la sexualidad, etc. Esta, precisamente es la tan mencionada brecha entre las generaciones y, en términos de desarrollo familiar, podemos decir que es inevitable, aunque su desenlace tiene enormes variaciones que dependen fundamentalmente del grado de tolerancia y adaptabilidad de ambas partes. El resultado final de la confrontación varía desde -- familias que se enriquecen con los nuevos valores de los adolescentes y se adaptan a ellos, facilitando el desarrollo de autonomía e independencia en los hijos, hasta familias con características de sistemas cerrados que resisten el cambio y se atrincheran en sus posiciones contra el adolescente, quien a su vez reacciona con rebeldía manifiesta que culmina con frecuencia en conducta sintomática.

De nuevo, vemos que no podemos hablar del período de latencia ni del adolescente en desarrollo sin tomar en cuenta el sistema total es decir, las características de la familia y su estado de desarrollo.

IV. Etapa posterior a la partida de los hijos

Inevitablemente, al partir los hijos, la relación entre éstos y sus padres sufre cambios y nos encontramos con un período -- que corresponde y se confunde en la nueva generación con las primeras etapas en el desarrollo de la pareja, y en la generación de los padres, con la quinta o sexta etapa de este mismo desarrollo; es decir, que el estudio del desarrollo de los padres y de los hijos, si lo tomamos por separado, ya ha sido -- descrito con anterioridad en este capítulo al ocuparnos de la evolución en tiempo de la relación de los padres entre sí. -- Por otro lado si lo tomamos en conjunto, vemos que esta etapa de relación de los padres con los hijos está caracterizada por la formación de reglas y condiciones para el funcionamiento de tres familias independientes a partir de dos originales si alirse los hijos, éstos se casan. Por otro lado existe una situación parecida en cuanto al establecimiento de reglas y condiciones si los hijos meramente se independizan sin casarse.

Sea cual sea la situación de los padres, tienen que aprender -- la difícil meta de amar sin interferir, situación diferente a la que estaban acostumbrados, en la que el amor a los hijos -- los obligaba a intervenir activamente en su formación. Este -- giro total de intervenir por amor a no interferir por la misma razón es una situación ideal, no siempre alcanzable por los pa-- dres y, a este respecto, se puede hablar de tres tipos de pa-- dres:

a) Los que se acomodan a esta nueva situación espontáneamente, después de un período de transición, pasado el cual padres e -- hijos redefinen su relación y continúan creciendo.

b) Los que tratando de adaptarse entran al período de transi-- ción y se atascan necesitando ayuda externa para redefinir la-- relación. Esta ayuda externa puede provenir de un profesio-- nal, pero no siempre es el caso; en ocasiones la ayuda provie-- ne de las circunstancias y consiste en mudarse a otra ciudad o-- en la intervención de alguna persona con autoridad como sacer-- dotes, maestros, etc.

c) Aquellos que nunca llegan a redefinir la situación con o -- sin ayuda. En la mayor parte de los casos, esta situación se-- debe a una disfunción entre la pareja con intromisión de uno -- de los hijos en este conflicto.

Por el lado de los hijos, la relación con los padres puede -- ser una fuente de apoyo efectivo y de seguridad; para que esto sea funcional, el único requisito es que este apoyo material -- o emocional no sea indispensable para su crecimiento y buen-- funcionamiento. Es penoso ver la frecuencia con la que este -- requisito no se cumple, y vemos hijos atorados en su camino a-- la autonomía por dependencias materiales, y las más de las ve-- ces, emocionales, de sus padres.

Lo más importante en toda la evolución de la relación padres--hijos es el establecimiento de buenos límites intergeneracionales. Estos límites han sido definidos por Minuchin (1967) como aquellas fronteras imaginarias que dividen los roles particulares de padres e hijos, es decir, aquellos límites que diferencian y definen los privilegios y obligaciones de los padres y de los hijos. Decimos que existen buenos límites intergeneracionales cuando los padres funcionan como tales y los hijos--como hijos. Decimos que los límites están violados cuando algún padre se comporta como los hijos o al revés, por ejemplo,--cuando un hijo manda más que uno de los padres en la casa.

La razón para las violaciones de límites intergeneracionales o para la pobreza de definición de éstos estriba en que existe --conflicto a nivel de los padres, con pobres mecanismos de resolución, situación que se equilibra con la inclusión de los hijos en el conflicto conyugal; al respecto, Minuchin ha descrito 5 modelos o maneras más frecuentes acerca de cómo los hijos se involucran en el conflicto conyugal de sus padres (Minuchin, 1974).

1. Triangulación: ambos padres en conflicto exigen la lealtad--del hijo, creando una situación imposible para éste, ya que no puede ser leal a uno de los padres sin traicionar al otro.

2 y 3. Coaliciones estables: el conflicto entre los padres es similar al ejemplo anterior, pero en estos dos modelos el niño se alía definitivamente a uno de los dos padres (más comúnmente a la madre). La diferencia entre el segundo y el tercer modelo está en la conducta del padre excluido, quien en un caso--continúa esforzándose por ganarse al hijo aunque no obtiene resultados, y en el otro caso acepta la situación y no hace más intentos de relacionarse con el chico, permaneciendo al margen el resto del tiempo.

4. Desviación de ataque: el conflicto es manejado por la pareja uniéndose contra el chico, quien mediante un proceso de chivo expiatorio (Bell & Voguel, 1961) es definido como el "malo" o el "problema de la familia".

5. Desviación protectora: la pareja esconde su conflicto y nunca lo toca, usando la cortina de humo de sobreproteger y --preocuparse excesivamente por el niño, quien es definido como "débil" o "enfermo" y no como "malo" o "problemático".

Cuando la relación padres e hijos es lo más característico y ostensible en la familia, y cuando esta relación es usada para neutralizar desequilibrios causados por otros conflictos, se puede caer en un tipo de familia patológica llamada "familia centrada en los niños", (Barragán, 1976), que es una entidad con la que deben familiarizarse los profesionales que trabajan con niños en cualquier especialidad.

3. RELACION DE LOS HIJOS ENTRE SI.

La influencia de los diferentes tipos de relaciones entre los hijos en el desarrollo individual es indiscutible. Mucho se ha escrito acerca de la rivalidad entre los hermanos como influencia troqueladora de diversas características de personalidad, tales como tolerancia a la frustración, capacidad para --competir de manera constructiva, celos, etc.

Desde el punto de vista el desarrollo familiar total, el factor más decisivo en la relación de los hijos entre sí es el --lugar que ocupan respecto a los otros hijos y el sexo de cada uno, es decir, que se habla de influencias totalmente diferentes cuando tomamos al hermano menor de dos hermanas mayores, --que al hermano de en medio de un hermano mayor y una hermana --

menor, y así sucesivamente. Con mucho, quien más ha estudiado estos aspectos es Walter Toman (1969), quien ha sacado conclusiones muy interesantes de rasgos de carácter personal y su relación con estos factores en investigaciones con familias europeas y series de más de 3,000 familias.

Toman sostiene que durante la época del desarrollo, uno de los factores de más importancia y más frecuentemente ignorado es la constelación familiar; en otras palabras, que en la misma familia es completamente distinta la influencia que sobre el desarrollo del individuo representa ser el hijo menor o el hijo mayor, etc. Esto es fácil de entender, pues es un hecho que la constelación de nuestra familia durante la época de desarrollo es la que nos hace como somos, es decir, que los ingredientes en esta influencia son las personas a nuestro alrededor, las que viven con nosotros y nos influyen todos los días.

El examen minucioso de nuestras relaciones tempranas tiende a enfatizar mucho la relación con nuestros padres y poco con nuestros hermanos y hermanas o con la carencia de éstos, a pesar de que estas relaciones pueden ser más decisivas en el molde de nuestra personalidad que la relación misma con nuestros padres. Es un hecho que en la mayor parte de las familias los hijos pasan más tiempo en relaciones interpersonales con sus hermanos que con sus padres, excepto en el caso del hijo único.

Tomemos ahora un ejemplo práctico: con alguna frecuencia se hace la observación de que alguien tiene problemas con el sexo opuesto y se busca el origen en relaciones distorsionadas con el padre del sexo opuesto, ocupándose poco de investigar si esa persona tenía hermanos del sexo opuesto y, si así era, como era la relación con ellos. Toman ha hecho estudios de matrimonios, clasificándolos en porcentaje de compatibilidad, resultando 100% compatibles aquéllos en los cuales los cónyuges tenían experiencia en ese tipo de relación por su constelación familiar, es decir, por ejemplo, si el esposo es un hermano mayor de una o varias hermanas menores y la esposa es la hermana menor de uno o varios hermanos mayores. En esta misma

línea, sería menor el porcentaje de compatibilidad en un matrimonio en el cual el esposo tuvo hermanos pero la esposa es hija única y, por último, sería poco compatible el matrimonio entre dos hijos únicos, y no es coincidencia que la incidencia de divorcios se correlacione en forma bastante paralela con el índice de compatibilidad.

Otros estudios de constelaciones familiares (Mc. Arthur, 1956, Schachter, 1964, y Rosen, 1961), sugieren datos interesantes, como por ejemplo, que los hermanos menores son más sociables que los mayores, pero que los mayores tienen más probabilidades de éxito y más cualidades de líderes. Una gran variedad de explicaciones se ofrecen; por ejemplo, que los hermanos menores tienden a desarrollar más habilidades sociales para ser más aceptados por sus hermanos mayores; o que al recibir menos atención por parte de los padres la buscan más por parte de sus hermanos. El mayor éxito de los hermanos mayores podría ser el resultado de mayores responsabilidades con sus hermanos menores, mayor atención por parte de los padres y el hecho de que por algún tiempo fueron los hijos únicos.

El tamaño de la familia también nos da datos de interés (Elder, 1963), es decir que es diferente crecer en una familia pequeña que en una grande. Por supuesto, hay que tomar en cuenta que el tamaño de la familia es determinado por los padres (Rossi, 1967) y existen diferencias importante en chicos de familias pequeñas de dos tipos: las familias pequeñas en las que los padres deseaban una familia pequeña y la limitaron y aquellas familias pequeñas en las que los padres deseaban una familia grande y no fue posible por diversos motivos; es claro que en ambas familias hay muy baja posibilidad de niños no deseados y que, en el segundo caso, los padres toman un particular interés en sus pocos hijos. De cualquier modo sabemos que los padres de familias pequeñas son los que consistentemente presen-

tan orientaciones fuertes y positivas con sus hijos.

De igual modo, las familias grandes, lo sean, porque los pa---dres así lo deseaban, o porque tuvieron más hijos que los queridos, tienen más altas probabilidades de incluir niños no deseados. En la misma línea de razonamiento, hay más posibilidades de niños no queridos entre los hijos menores y, volviendo a lo que mencionábamos anteriormente, es posible que la mayores habilidades para socializar que encontramos en los hijos menores, sean una manera de conseguir atención y afecto de pares con menos disponibilidad".

Concluye Barragán "que el desarrollo infantil es un proceso mucho más complicado y amplio que una mera descripción de pasos de un orificio corporal al otro, con algunas características - propias de cada orificio. Recordemos que los diversos cua - dros sintomáticos en los niños provienen de trastornos en el - desarrollo, pero que no debemos limitarnos a buscar desajustes o desequilibrios de desarrollo en los factores individuales de éste, sino que debemos revisar de manera sistemática el funcionamiento familiar, ya que es aquí en donde residen la mayor -- parte de las influencias decisivas en el desarrollo normal y - patológico".

2.3. PARAMETROS PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Minuchin (1981, 1979), señala dos atributos cruciales para el funcionamiento familiar:

- 1) La naturaleza de las fronteras o límites que definen los - subsistemas.
- 2) La capacidad del sistema para cambiar en respuesta a las - condiciones variables; o sea su adaptación al cambio.

Fronteras o Límites

Las fronteras de un subsistema son las reglas que definen -- quién participa en las transacciones y cómo. Una frontera -- del subsistema parental, por ejemplo, está definida cuando -- una madre le dice a su niño mayor: "si tu hermano anda en su -- bicicleta en la calle, dímelo y yo le voy a ordenar que no -- lo haga", otra frontera que establece el rol de un niño pa -- rental es cuando la madre le dice al niño: "hasta que regrese de la tienda, Andrés está al mando".

Cada subsistema familiar tiene funciones específicas y hace - demandas específicas a sus miembros. El desarrollo y el ejer - cicio de las habilidades en estos subsistemas, depende de la - libertad para sus funciones sin interferencia. Las funciones de las fronteras son para proteger esas diferenciaciones nece - sarias. Por ejemplo: el desarrollo de las habilidades para - negociar con iguales, aprendido entre hermanos, depende de -- una ausencia saludable de parte de los padres, los padres de - ben saber cómo manejar y mediatizar mientras permiten que el - subsistema de los hermanos funcione lo más posible por sí mis - mo.

La composición de un subsistema no es tan significativa como debe ser la claridad de las fronteras del subsistema: un subsistema parental que incluye un abuelo, puede funcionar muy bien mientras las líneas de responsabilidad y autoridad estén claramente fijadas. La claridad de las fronteras del subsistema familiar es un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la familia. Toda las familias pueden ser concebidas como cayendo en algún lugar entre dos polos que serían dos extremos: de fronteras difusas, amalgamadas, y fronteras rígidas en extremo, o desarticuladas. La familia-amalgamada es un sistema que se ha volcado hacia adentro, de sarrollando su propio microcosmos. Tiene un alto grado de comunicación y de preocupación entre los miembros de su familia, las fronteras están borradas, y la diferenciación está difusa. Este sistema puede carecer de recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias difíciles. En el extremo opuesto la familia desunida o desarticulada o sin compromisos tiene fronteras demasiado rígidas. La comunicación es difícil y las funciones protectoras de la familia están limitadas.

La mayoría de las familias tienen subsistemas amalgamados o desarticulados variando de acuerdo a las funciones y al nivel de desarrollo. El subsistema madre-niño, es frecuentemente amalgamado mientras los niños son pequeños, aún al punto de excluir al padre. Así en la misma familia el padre puede tomar una posición más comprometida con los niños mayores.

El subsistema parental se mueve de un estilo amalgamado a uno desarticulado a medida que el niño crece y empieza a separarse de la familia.

Amalgamamiento y desarticulación no implican diferencias cua

litativas entre lo funcional y lo disfuncional. Existen términos que se refieren a un estilo transaccional, sin embargo, operaciones en los extremos de los polos indican áreas de posible patología.

El sistema desarticulado tolera una amplia gama de variación individual en los miembros familiares. En el extremo de la línea, la tensión en un miembro de la familia no traspasa -- inapropiadamente fronteras rígidas; solamente un alto nivel de tensión individual puede reverberar con suficiente fuerza para activar el sistema de apoyo familiar. En el extremo de la línea amalgamada lo que rige es lo opuesto: tensión en un miembro individual reverbera fuertemente e inmediatamente -- hace resonancia en los otros subsistemas. En este extremo, la autonomía individual puede ser severamente coartada.

Ambos tipos extremos de relación pueden causar problemas. -- Cuando los mecanismos que adoptan las familias deben ser demandados, una familia altamente amalgamada responderá a cualquier variación con excesiva velocidad y alta intensidad. La familia desarticulada tiende a no responder, aún cuando la respuesta sea necesaria. Los padres en una familia amalgamada pueden molestarse bastante cuando el niño no se come su postre. A los padres en una familia desarticulada puede no importarles la conducta delictiva de un niño.

Adaptación ante el Cambio

Una de las tareas más importantes de la familia es la de mantener la continuidad que protege el sentido de pertenencia de sus miembros. Al mismo tiempo la familia debe encontrar nuevas alternativas ante las continuas demandas de cam - - -

bios. La manera en que responde al cambio es la otra clave-elemental en la estructura familiar.

La más obvia e inevitable fuente de desequilibrio viene del crecimiento de los miembros familiares. Los niños en particular, se mueven rápidamente a través de etapas de desarrollo. Los niños pequeños pueden estar felices si acompañan a sus padres los fines de semana, pero a un niño de 9 años le va a gustar más quedarse y jugar con su amiguito el domingo en la tarde, y un adolescente va a querer estar en un concierto de rock con sus amigos hablando de su nueva licencia de manejo y del carro de la familia.

Eventualmente, el crecimiento de los niños debe de coincidir con el cambio de la organización de la vida familiar, un proceso que involucra tiempo y que a veces causa desagrado.

Toda la familia debe adaptarse continuamente a la sensación de pérdida y extrañeza. Los padres se encuentran así mismo constantemente fuera de confianzas y de secretos, perdiendo preciosas tradiciones familiares, y cediendo autoridad -- que hubieran podido ejercitar más eficientemente. En algún momento deben encarar las implicaciones del crecimiento de sus hijos por su propia sensación de sí mismos. Los niños pueden encontrar que su nueva autonomía significa una pérdida de facilidades y de protección.

La presión del cambio también proviene de fuentes extrafamiliares: un padre que cambia de trabajo, una familia que se muda, o una huelga escolar. Tanto presiones internas como externas continuamente desequilibran el sistema familiar, pero el desequilibrio que producen es un factor esencial en-

el crecimiento y desarrollo de una familia, tanto como lo es para un individuo. Con el tiempo, nuevos patrones transaccionales se vuelven necesarios. A medida que estos patrones son aceptados se vuelven familiares y se les da preferencia. Los patrones alternos tienen posibilidades, pero el sistema tiende a mantener cierto rango de preferencia, tratando de mantener continuidad. Cuando las desviaciones se aproximan y amenazan la estabilidad familiar encuentran respuestas con traatacantes que restablecen los rangos de conducta hasta -- que el nuevo cambio se presenta impostergable.

Si la familia no está cambiando, ese es un signo de rigidez, poco saludable. Aunque los patrones preferidos sean ya inadecuados, son mantenidos obstinadamente. Tal sistema se --- vuelve patógeno. Los miembros de la familia ya no encuentran tal sistema como sostenedor de un proceso de crecimiento; se convierte en una prisión. Las respuestas que ya no son viables siguen siendo reforzadas por un sistema cerrado con mecanismos caducos. La exploración de alternativas está cerrada. Las respuestas se vuelven estereotipadas y encerradas. Los miembros de la familia están atrapados.

2.4. CLASIFICACION FAMILIAR

S. Minuchin y Ch. Fishman (1981) llevan a cabo una clasificación de familias partiendo de su composición. Las formas -- más comunes que ellos han encontrado son: "Paso de Dos" - - "Tres Generaciones" "Zapato" "Acordeón" "Fluctuantes" y "Adoptivas Temporales".

FAMILIAS "PASO DE DOS" (PAS DE DEUX FAMILIES):

Cuando una familia está formada por dos personas, el terapeuta puede suponer que estas dos personas dependen mucho una de la otra. Si son madre e hijo, el niño puede pasar mucho -- tiempo en la compañía de adultos. El que invierta gran tiempo en interacciones con adultos le permitirá desarrollar habilidades verbales y estar más interesado en asuntos de adultos que los niños de su edad y parecer más maduro. Sin embargo esto lo pone en desventaja con los niños de su edad al tener menos intereses en común con ellos y compartir juegos físicos; la madre cuenta a su vez con más tiempo libre si -- ella decide otorgarle al niño más atención individual lo -- cual sería posible si no cuenta con marido u otros niños. -- Como resultado, la madre está al pendiente y es muy buena para entender los modales del niño, satisfacer sus necesidades y contestar sus preguntas. Ella puede tener una tendencia a -- sobre entender al niño ya que no tiene en quien más concentrarse. Como resultado, se genera una relación de dependencia afectiva muy intensa que genera al mismo tiempo mutuo resentimiento. Otro ejemplo de familia de "Paso de Dos" es la pareja madura cuyos hijos han dejado el hogar. Se dice algunas veces que sufren del "síndrome del nido vacío". Otro ejemplo es el del padre y el hijo soltero que han vivido juntos toda la vida.

Cada estructura familiar, no importa que tan viable sea, en algunos casos tiene áreas de posible dificultad. La estructura de dos personas tiene la posibilidad de una formación simbiótica en la cual cada uno depende del otro. El hecho de que estén muy involucrados uno con el otro reduce la potencialidad funcional de cada uno de los miembros y el terapeuta debe de intervenir planeando establecer fronteras entre la díada (unión rígida de dos miembros) mientras se abren los límites que mantienen a cada individuo cerrado a otras relaciones.

El terapeuta debe explorar las fuentes extrafamiliares de apoyo o de interés con el objeto de retar el punto de vista de que "estamos en una isla" que en esta forma de familias es un panorama de su realidad.

FAMILIAS DE TRES GENERACIONES (THREE- GENERATION FAMILIES):

La familia extendida con varias generaciones que viven juntas es probablemente la forma más típica en todo el mundo. Muchos terapeutas han enfatizado la importancia de trabajar con tres generaciones sin importar la posible distancia geográfica. En el contexto urbano occidental, sin embargo, la familia multigeneracional tiende a ser más típica que la de la clase media baja o de grupos socioeconómicos bajos; por lo tanto el terapeuta debe explorar las deficiencias en vez de explorar las fuentes o formas de fuerza adaptativas.

La forma de familia extendida contiene dentro de sus múltiples generaciones la posibilidad de especializar las funciones. La organización de apoyo y cooperación en las tareas familiares puede ser manejada con flexibilidad inherente y frecuentemente con una verdadera experiencia. Este tipo de organización requiere un contexto en el cual la familia y los

extrafamiliares estén en continuidad y armonía.

Trabajando con la familia de tres generaciones los terapeutas familiares deben estar prevenidos contra la tendencia a promover la separación de la familia extensiva. Los terapeutas -- tienden a delinear los límites de la familia nuclear. En una familia donde está la abuela-madre-niño, el terapeuta debe -- preguntarse quién está educando o cubriendo el rol parental. Si estas funciones están relegadas a la abuela, la estrategia del terapeuta debe de establecer planes para reorganizar la -- forma de la familia para que la madre real tome la mayor responsabilidad para que funcione como tal y mover a la abuela a un plano secundario. El terapeuta, al trabajar con este ti -- po de familias, debe planear llevar a la familia de un siste -- ma cooperativo hacia una diferenciación de funciones más que empujarlos a una estructura que corresponda a normas cultura -- les. Aquí cabría cuestionarse: ¿hay una estructura claramen -- te delineada con ambos adultos viviendo como iguales y uno de ellos actuando como el padre primario del niño?, ¿están los -- adultos cooperando en una organización con funciones y expe -- riencias diferenciadas, o están los dos adultos luchando por -- posiciones de preferencia? Y en esta última situación, ¿está -- el niño en coalición con una mujer contra la otra? Existen -- muchas formas de familias de tres generaciones que abarcan -- desde el padre, abuelo y niño, hasta más complejas redes que no necesariamente habitan en la misma casa para ejercer gran -- influencia. En estas familias es crucial explorar coalicio -- nes de los cruces generacionales que están utilizando a un -- miembro como "chivo expiatorio" causando el que ciertos seg -- mentos o subsistemas se comporten en forma disfuncional.

En algunas familias extendidas desorganizadas, los adultos -- pueden funcionar de una manera desarticulada en forma centrí -- fuga. En estos casos las funciones ejecutivas, incluyendo la crianza del niño, pueden permanecer sin definición y "caer en -- tre las fisuras". Este problema se ve frecuentemente en fa --

milias pobres, sobrecargadas, viviendo en barriadas sin contar con sistemas de apoyo social. Clasificando las fronteras entre los segmentos o subsistemas familiares puede ayudar a diferenciar funciones y facilitar la cooperación.

"FAMILIAS ZAPATO" (SHOE): Familias con muchos hijos propician que la autoridad sea relegada. Con muchos niños en un hogar, generalmente a uno o quizás a varios de los mayores - se les den responsabilidades parentales, tales como la crianza de los niños menores, como representantes de los padres.- Estos arreglos funcionan en tanto las responsabilidades de estos niños parentales estén claramente definidas por sus padres y caigan dentro de las capacidades del niño dado su nivel de maduración. El niño parental está puesto en una posición en la cual se le excluye del subsistema de sus "pares"- (hermanos) empujándolo al subsistema parental. Esta posición tiene cosas atractivas ya que el niño tiene acceso directo a los padres y puede incrementar las habilidades ejecutivas del niño. Esta relación ha trabajado bien por siglos.

El peligro estriba en que niños parentales se vuelven sintomáticos cuando se les dan responsabilidades que no pueden manejar, o cuando no se les da la autoridad para llevar a cabo sus responsabilidades. Los niños parentales por definición están atrapados en medio: excluido de sus hermanos y no aceptado realmente en el subsistema parental. El contexto donde puede sociabilizar el niño es deficiente, y además las funciones afectivas nutritivas de parte de los padres hacia el joven se ven bloqueadas.

Se pueden llevar a cabo técnicas que restablezcan las fronteras en el subsistema parental, sin el niño parental, y conducir sesiones entre hermanos para integrarlo.

FAMILIAS "ACORDEON" (ACCORDION FAMILIES): En algunas familias un padre está lejos por largos períodos de tiempo y -- cuando uno de los esposos se aleja el esposo que se queda debe desarrollar un apoyo adicional en sus funciones ejecutivas y de guía. Las funciones parentales están concentradas en una persona por parte de cada ciclo. Las familias pueden cristalizar en la forma familiar de un solo padre. El esposo en la casa asume funciones adicionales a expensas de la colaboración del esposo que falta. El niño puede que funcione para apoyar la separación de los padres, inclusive los -- cristaliza en los roles de "buen padre" y "mala madre desertora" en una organización que tiende a excluir al padre periférico. Puede ser que las familias "Acordeones" vengan a terapia si el trabajo del padre ausente cambia y se convierte en una figura permanente en la organización familiar. En este punto se necesita un cambio en la manera en que la familia organiza sus funciones porque el padre periférico requiere ser reinstalado a su posición significativa.

FAMILIAS "FLUCTUANTES" (FLUCTUATING FAMILIES): Algunas familias se mudan constantemente de un lugar a otro, como la familia de las barriadas que se ausenta cuando las rentas ya -- están muy vencidas, o el ejecutivo de una corporación es -- transferido una y otra vez en su compañía. En otras familias es la composición familiar la que fluctúa, sucede, -- cuando uno de los padres tiene muchos amantes. Un padre puede pasar de una mujer a otra siendo cada una, esposa o madre potencial. Esta configuración puede no ser aparente al terapeuta en el contacto inicial, pero se aclarará en el transcurso de la terapia.

Si los contextos cambiantes involucran adultos significativos es importante para el terapeuta conseguir la historia, -- determinar si lo que parece ser una organización estable es un efecto transicional y ayudar a la familia a definir clara

mente la organización de su estructura.

Si los contextos de cambio involucran ubicación o localización, entonces debe pensarse en términos de pérdidas de sistemas de apoyo tanto familiares como comunitarios. La familia se encuentra a la deriva: niños cuyos padres han perdido el trabajo y deben entrar a una nueva escuela, no funcionan adecuadamente si la familia se convierte en el único marco de apoyo en un mundo cambiante, pues su habilidad para contactarse con lo extrafamiliar puede verse limitada.

En estos casos es esencial no asumir que la crisis es un producto de patología en la familia. El segmento familiar es siempre una parte de un contexto más amplio y cuando ese contexto más amplio está erosionado la familia va a evidenciar desórdenes.

FAMILIAS TEMPORALES ADAPTATIVAS (FOSTER FAMILIES): Un niño-adoptivo es por definición un miembro temporal de la familia. Las trabajadoras sociales hacen notar que la familia adoptiva no se debe involucrar con el niño en una relación padre-niño. Sin embargo, las ligas padre-niño se establecen frecuentemente, y se rompen cuando el niño se mueve a un nuevo hogar temporal o de regreso a su familia de origen.

Un problema potencial en estas familias es que algunas veces la familia se organiza no como una familia temporal sino que el niño es incorporado dentro del sistema familiar y si entonces desarrolla síntomas, éstos pueden ser el resultado de tensiones del organismo familiar. Pero el terapeuta y la familia pueden asumir que los síntomas del niño son el producto de las experiencias previas a la entrada a tal familia o que son el producto de una patología interna, dado que se trata de un niño adoptado temporalmente y técnicamente no es un miembro de la familia.

La relación de los síntomas de la organización familiar deben ser asesoradas. Si la sintomatología es el producto de la entrada del niño en un nuevo sistema, entonces el sistema está funcionando con una crisis transitoria; si por el contrario, el niño está plenamente integrado en la familia, sus síntomas están organizados y relacionados con las tensiones que los otros miembros de la familia expresan por otras conductas. En esta última situación un agregado complejo a la forma de esta familia temporal es la presencia de la agencia o institución. Las agencias de familias integradas que invierten mucho tiempo y esfuerzo en desarrollar buenos padres adoptivos, tienden ser muy protectoras con ellos.

Ellas pueden operar de una manera que dificulta la posibilidad de acomodamiento entre el niño y la familia huésped; en estos casos el terapeuta debe considerar traer al trabajador de la agencia al contexto terapéutico y trabajar con él como coterapeuta para ayudar a todo el organismo familiar incluyendo al niño.

Estos datos nos hablan no sólo de tipos de composición familiar sino también del estado del desarrollo familiar. El desarrollo familiar implica transiciones. Las familias cambian para adaptarse a diferentes circunstancias. Lo que ocurre en el desarrollo familiar puede trascender y amenazar el equilibrio de la familia. Muchas familias vienen a terapia precisamente porque se encuentran en un período transicional en el cual las demandas hacia un cambio y los mecanismos contradesviatorios activados por tales demandas, hacen que se limite el funcionamiento familiar. Estos problemas de discontinuidad son encontrados en familias con padrastros o familias con un "Fantasma".

FAMILIAS CON PADRASTROS (O MADRASTRA) (STEPPARENT FAMILIES):
 Cuando un padrastro o madrastra es agregado a la unidad fami

liar, debe pasar a través de un proceso de integración que puede ser o no exitoso. Se puede integrar de lleno a la nueva familia o puede mantener una actitud periférica. El niño puede incrementar sus demandas al padre natural, exacerbando sus problemas con lealtades divididas, en casos en que el niño haya vivido lejos de su padre natural hasta que éste se casa. Ahora se tiene que acomodar tanto a su propio padre como a su padrastro. Durante estas crisis, las familias presentan problemas comparables a un organismo nuevo y deben verse como normales. La cultura occidental postula la formación familiar instantánea. Después del ritual, ya sea legal o sin papales, los miembros de una "familia compuesta" se dividen en segmentos porque el tiempo no les ha dado legitimidad funcional. Un terapeuta puede ayudar a la familia introduciendo diseños para una evolución gradual. En algunos casos puede ser útil empezar con los miembros de las dos familias de origen, tratando de que mantengan sus fronteras funcionales, juntándolas como dos mitades cooperativas para que resuelvan problemas en tanto la familia haya tomado la forma de un solo organismo.

FAMILIAS CON UN FANTASMA (FAMILIES WITH A GHOST): Una familia que haya experimentado muerte o deserción puede tener problemas reasignando las tareas del miembro faltante. Algunas veces la familia puede establecer la actitud de que si la madre estuviera viva, ella sí hubiera sabido que hacer. Tratar de tomar las funciones de esa madre se convierte en un acto desleal a su memoria. Se respetan las coaliciones como si la madre todavía viviera; los problemas en estas familias son experimentados por los miembros familiares como un luto no completado, pero si el terapeuta opera bajo estas premisas puede hacer que se rigidice la familia en vez de ayudarla a moverse hacia una nueva organización. Desde un punto de vista terapéutico, ésta es una familia en transición porque formas previas están impidiendo el desarrollo de

nuevas estructuras.

Minuchin y Col. agregan a la clasificación dos tipos de familias que dependen de la problemática del paciente identificado para su clasificación: familias falta de control (Out-of-Control Families) y familias Psicossomáticas (Psychosomatic Families).

FAMILIAS FALTA DE CONTROL (OUT OF CONTROL FAMILIES): En familias donde uno de los miembros presenta síntomas relacionados al control, el terapeuta asume que hay problemas en todas las áreas; en la organización jerárquica de la familia, en la implementación de funciones ejecutivas en el sistema parental, y en la proximidad de los miembros de la familia.

Los asuntos de control varían dependiendo del estado de desarrollo de los miembros de la familia. En familias con niños pequeños, uno de los problemas más comunes que aparecen en una clínica de conducta infantil es el preescolar, descrito por los padres como un monstruo que no obedece a ninguna regla. Cuando un tirano de 40 kilos aterroriza a toda la familia, se debe asumir que tiene un cómplice, porque un tirano de un metro de altura que sea más alto que el resto de los miembros de la familia debe estar parado en los hombros de uno de los adultos. En todos los casos, el terapeuta puede asumir tranquilamente el que los esposos se descalifican uno al otro lo que permite el tirano triangulado una posición de fuerza que es tan amenazante para él como para el resto de la familia.

La meta terapéutica en esta situación es la reorganización de la familia con los padres cooperando, y con el niño apropiadamente rebajado a su posición jerárquica.

El desarrollo de una jerarquía clara, en la cual los padres tengan control del subsistema ejecutivo, requiere un impulso terapéutico que afecte todo el holon parental.

En familias con adolescentes, los asuntos de control pueden estar relacionados a la inhabilidad de los padres para moverse, de un estado de padres que tienen que responder o interesarse por hijos pequeños a padres respetuosos de jóvenes adolescentes. En esta situación los viejos programas que servían bien para la familia cuando los niños eran pequeños interfieren en el desarrollo de la nueva forma familia.

Un niño adolescente puede estar tan involucrado con un padre sobreprotector que ninguna acción del niño permanezca sin ser observada. En estas situaciones, bloquear la transacción de sobreprotección puede incrementar los encuentros entre los padres y el niño; esto puede ayudar a explorar y encontrar otras alternativas.

En general, el mejor camino para un terapeuta que trata con familias con adolescentes en conflicto, es el manejar en la mitad del camino: debe apoyar los derechos de los padres para establecer ciertas demandas y requerir respeto a su posición; también debe apoyar las demandas de los adolescentes para el cambio.

En familias con niños delincuentes, el control de los padres depende de su presencia. Las reglas existen solamente en tanto los padres estén allí para implementarlo. El niño aprende que en un contexto hay ciertas reglas, pero que estas reglas no operan en otros. En esta organización, los padres tienden a establecer un número alto de respuestas de control que generalmente son inefectivas. El padre hace una demanda de control, el niño no obedece; el padre hace otra demanda, y así sucesivamente. Existe un mutuo acuerdo-

de que después de cierto número de demandas parentales el niño responderá.

Los patrones de comunicación tienden a ser caóticos en estas familias; la gente no espera ser escuchada, los mensajes de relación son más importantes que su contenido.

La comunicación parece que está organizada alrededor de pequeñas transacciones o unidades que se encuentran desconectadas y con carga afectiva.

Cuando estas familias tienen varios niños, el subsistema de hermanos puede ser un contexto importante para empezar a organizar una nueva forma familiar y para establecer límites o fronteras significativas.

En familias donde se abusa del niño, el sistema no puede controlar las respuestas parentales destructivas hacia el niño. Usualmente los padres están negados de sistemas de apoyo y responden a los niños como si fueran solamente una continuación de sí mismos. Cada acción del niño es sentida por el padre como una respuesta personal. Los padres en esta situación, no tienen su propio contexto de adultos en el cual pudieran ser competentes. La familia se convierte en el único campo en el cual el padre expresa poder y competencia, que emergen como agresión. Solamente subsistemas demasiado involucrados tienden a producir padres abusivos.

Algunas veces, la familia donde se abusa de un niño está organizada alrededor de una díada donde existen demasiado involucramiento entre padre-niño: usualmente es la madre-niño, con el padre atacándolos indiscriminadamente como a una alianza enemiga. En estas familias el abuso entre los padres trasciende al niño.

La familia del infante o niño que no progresa, es puesta en la misma categoría que la familia del niño abusado, porque el efecto de ambos casos pone en peligro al niño; sin embargo -- las características de las familias son diferentes. El no -- progresar involucra, no una situación de proximidad sino al -- contrario, una inhabilidad de los padres para responder a las necesidades del niño. En efecto, ésta es una organización de sarticulada ya que la madre no está alimentando al niño como lo necesita. Ella se distrae cuando el niño está con el pe-- cho o con la botella. En estas situaciones, las técnicas tera-- péuticas hacen que los padres se involucren con el niño, en -- vez de la familia en la cual se abusa del niño en donde se -- tienen que establecer fronteras.

Existen dos tipos de familias en las cuales los niños presen-- tan fobias escolares. En una, la fobia escolar es una mani-- festación de una organización de tipo delictivo; en el otro-- grupo, la situación es similar a familias que tienen niños -- que presentan problemas psicossomáticos. Existe un demasiado involucramiento entre el niño y algún miembro familiar que -- engancha al niño para quedarse en casa como un compañero.

FAMILIAS PSICOSOMATICAS (PSYCHOSOMATIC FAMILIES): Cuando la-- queja que se presenta es un problema psicossomático en uno de los miembros de la familia, la estructura familiar es tal -- que incluye un sobreénfasis en los roles de proveer cuidados (naturing) ya que la familia parece que funciona mejor cuando alguno está enfermo. Las características de estas fami-- lias incluyen: sobreprotección, amalgamamiento o demasiado -- involucramiento afectivo de los miembros familiares, una in-- habilidad para resolver conflictos, una tremenda apariencia-- para mantener la paz o para evitar conflictos, una extrema -- rigidez. Pero ésta no es la rigidez del reto, sino más bien la rigidez del agua que permite que se agarre, pero regresa-- a su forma original. Estas familias se ven como las norma--

les o convencionales familias de toda "Familia Americana". - Son buenos vecinos. Ellos no pelean, son leales y muy protectores: la familia ideal.

Uno de los problemas que estas familias presentan a los terapeutas es que son muy agradables. Están dispuestas a responder. El terapeuta siente que están cooperando con él, solamente para sentirse otra vez frustrado una y otra vez por -- los problemas de estas familias y también por su fácil inducción de mantener una actitud de paz a cualquier precio.

Beavers W. R. (1977) lleva a cabo una clasificación familiar correlacionando factores sistémicos familiares con patología individual.

El estudio tiene un eje o continuo para ordenar a la familia con respecto a su efectividad (negantropía-entropía). En un extremo del continuo (negantrópicos) se encuentran las más flexibles, adaptadas, con logros de meta que producen el contexto familiar más viable; en el otro extremo, las menos flexibles, indiferenciadas e inefectivas (las más entrópicas) donde la crianza de los niños adolece de severas fallas.

La presenta en 3 rangos: con severos disturbios, rango medio, saludables y adecuadas, y luego hace sub-divisiones (ver diagrama). Beavers, en su diagrama, presenta la relación entre la competencia familiar y la salud o psicopatología individual.

FAMILIA.-	Disturbios Serveros 10 9	Limítrofes 8 7	Rango medio 6 5 4	Adecuadas 3	Opti mas 3 1
HIJOS.-	Proceso Esquizo Frénico. Desórde nes con Ductua- les seve ros socio páticos.	Pacientes Límitro-- fes "bor- delines"	Neuro sis y desór denes conduc tuales pero - limita dos.	Sin pato- gía obvia.	Una- inu- sual com- peten cia- indi vidual.

Se llevó a cabo el estudio interaccional familiar y adicionalmente evaluaciones tradicionales psicológicas y psiquiátricas. Un equipo calificado midió el grupo de variable después de observar 5', 10' y hasta 50' los videocassettes de familias ejecutando tareas. Las variables se definieron en 13 sub-escalas que incluían 5 áreas de comportamiento familiar.

1. Estructura: Se reflejó en 3 escalas: 1) Poder abierto o en cubierto. 2) Coalición parental (alianza) y 3) Cercanía: claridad de los límites intrasistémicos y evidenciar intimidad en la interacción familiar.

En familias con disturbios severos, entrópicas, la cercanía o fusión con su individualidad era sofocante. En las familias negantrópicas se encontraba preservada la intimidad.

2. Mitología: El mito compartido de cualidades y capacidades de sus miembros variaba la imagen que tenía la familia con la de los observadores, los más entrópicos demostraban mitología más incongruentes.

3. Negociación dirigida al logro de metas: Capacidad de la familia para resolver problemas: 1) tiene que ver con la eficiencia de la familia para llegar a decisiones; 2) la forma -

como la familia encarrilaba las negociaciones entre sus miembros.

Las familias disfuncionales son ineficientes en la resolución de conflictos. La verdadera negociación refleja el trabajo de un miembro de la familia con poder abierto. También tiene que ver con la cualidad de la alianza de la pareja donde el conflicto parental no resuelto produce ataques mutuos y maniobras de incompetencia y distanciamiento. Esto se dio en familias entrópicas.

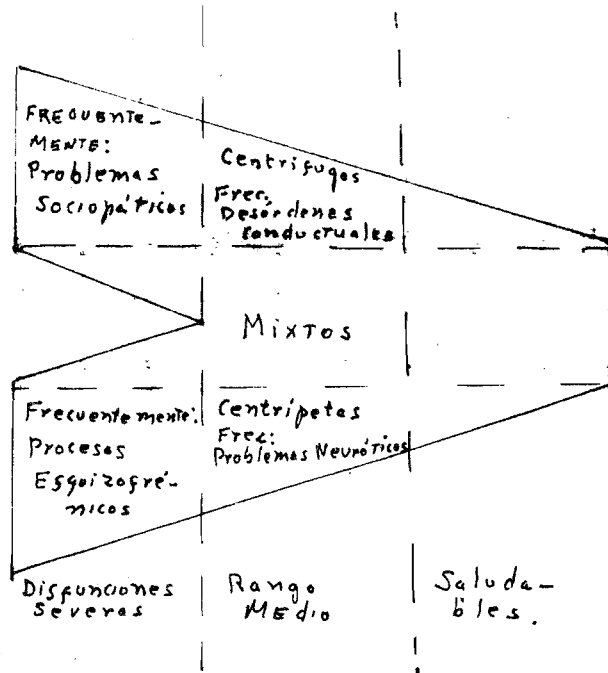
4. Sistema encarrilado a la autonomía: Los entrópicos son, pobremente diferenciados y sus límites personales poco claros.

5. Afecto o sentimiento familiar: Un sistema que funciona -- bien tiene estructura flexible, diferenciación y progresión a la autonomía individual y presenta un tono sentimental gustoso fácilmente detectable y observable. El disfuncional es -- ineficiente en tareas y manejo de conflictos, tiene variedad de sentimientos negativos.

Aparte, Beavers da características de patrones disfuncionales y patrones funcionales tomando en cuenta su eje central de -- negatropía, así como los conceptos de Helm Stierlin de familias centrípetas y centrífugas.

El diagrama siguiente ilustra el funcionamiento familiar y su estilo (tomado de W. R. Beavers - 1977 - pág. 96).

"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU ESTILO"



Familias centrípetas disfuncionales: Las fronteras entre el sistema familiar y el resto del mundo son relativamente impermeables: poca apertura para el mundo externo. La diferenciación de subsistemas es inadecuada; se dan patologías de tipo esquizofrénicos y son entrópicas.

Familias centrífugas disfuncionales: La fuente de gratificación es vista por la familia como existente fuera, no dentro de-

la familia. Los padres e hijos buscan gratificaciones fuera de la órbita familiar cuando están frustrados, sintiendo - - fuerte distanciamiento entre ellos. Cuando el conflicto familiar es grande, expelle al niño de la familia; este es separado prematuramente, infringe reglas y realiza actividades - sexuales tempranas, tiende a conductas sociopáticas.

Estos estilos centrípetos y centrífugos pueden ser vistos en familias menos disfuncionales y en competentes. Cuando las habilidades del funcionamiento familiar aumentan, el estilo es suave y modificable por la variedad de patrones presentes. Es sólo en sistemas entrópicos quietos que los estilos puros son dramáticos y perversos.

El autor concluye que, de todos los estudios con familias y especialmente del estudio con familias óptimas, 8 variables son importantes para el desarrollo de un ser humano competente y que inciden en el tratamiento de enfermedades emocionales:

- 1) Una orientación sistémica.
- 2) Fronteras permeables: para intercambio con el medio ambiente.
- 3) Claridad contextual: A quién se le mandan los mensajes. - Congruencia entre mensajes verbales y no verbales. Definición clara de fronteras generacionales y clarificación de roles. Requiere una fuerte alianza parental.
- 4) Poder. La mayoría de las familias óptimas tienen un igual poder abierto.
- 5) Encarrilar hacia autonomía.- Los sistemas que encarrilan a

la autonomía tienen específicas características: habilidad de los miembros familiares para tomar responsabilidades por sus propios pensamientos, sentimientos y acciones; comunicación abierta, respeto por diferencias subjetivas, expresión clara de sus sentimientos. Se mueven a través de la negatropía, expresión clara, ausencia de culpas o ataques personales, no tienen chivos expiatorios internos, ausencia de --invasividad que les permite seguridad de un espacio vital. -- Al no tener chivos expiatorios internos, los buscan externos comparando su familia favorablemente con otros grupos (somos mejor que ellos). Tienen conciencia que los hijos crecen y se van de la casa.

6) Afectividad. Familias óptimas tienen calidez, sentimientos y una intensidad emocional. Se interesan unos en otros, llevan calor y esperanza y no censuran expresión de coraje o disgusto. Respetan ideas diferentes que son tomadas con --apertura. Actuando con decisión logran negociaciones. Ven al hombre como una imagen benigna.

7) Negociación y ejecución de tareas: En tareas interaccionales las familias óptimas demostraron una gran capacidad para: a) aceptar direcciones; b) organizarse entre ellos para responder a las tareas; c) desarrollar "in put" (permitir --que penetren las ideas de los otros miembros); d) negociar --diferencias y e) proveer de una respuesta efectiva y coherente ante el reto. El funcionamiento de la familia se lleva --con buen humor.

En estos sistemas estudiados, la ejecución, sobre todo en ta

reas específicas de pequeñas escalas, correlacionaban con su competencia para criar hijos. Está claro que, en familias -- con funcionamiento competente, con diferenciación de sus -- miembros individuales, la aceptación promueve al niño a una -- progresión que lo lleva a desarrollar tareas en forma más -- eficaz.

8) Valores transcendentales.-- Las familias óptimas estaban capacitadas para amar, para aceptar cambios y pérdidas.

Los niños no eran vistos como competidores, su desarrollo en sus competencias era visto con orgullo, los cumplidos dados a esos niños eran celebrados. Las creencias son necesarias para una vida optimista y con esperanza. La gente debe vi--sualizar la realidad diaria a la luz de un sistema concep---tual de amplias relaciones, más que entre ellos o sus fami--lias, para dar un sentido a los hechos y aceptar pérdida de amor y vivir con la conciencia de una vida mortal y finita.-- Toda cultura debe de proveer de verdades míticas. Un valor--transcendental significativo óptimo familiar fue la acepta--ción de su inhabilidad para controlar el futuro y de tener -- fe en un universo coherente. Todas las familias óptimas provenían de casas con religión convencional. Un valor trans--cendental significativo sistémico permite a la persona cen--trarse en el universo, definir sus actividades como importan--tes, sin depender de relaciones incambiables. Algunas veces éstas centrificaciones se encuentran en religiones convencio--nales pero más frecuentemente son individuales con metas hu--manísticas incorporadas en su definición del self que inclu--ye valores transcendentales.

2.5 RESUMEN

Resumiendo: El desarrollo del niño depende del sistema social primario: la familia, la cual funciona a través de complejos patrones de interacción. En este sistema de gente interactuando, el niño va adquiriendo un sentido de pertenencia y un sentido de separación o individuación. La identidad se va formando en las múltiples interacciones con la familia que define para el niño quién es y cómo funciona en la estructura familiar. En ésta, se diferencian, aparte del sub sistema individual, 3 subsistemas con funciones específicas:

1) Subsistemas Marital (Pareja).- Tiene su propia frontera y por definición no incluye al niño. Los niños pueden ser víctimas o chivos expiatorios, usados o adoptados en alianzas por uno de los esposos al tratar de sacar su conflicto o su frustración de la relación conyugal.

2) Subsistema Parental (Padres-Hijos).- Es el subsistema del cruce generacional. Transacciones en este contexto involucran la sociabilización del niño o sus funciones de crianza tales como nutrición, guía y control. Su sentido de adecuación en el manejo de la autoridad está delineado en cómo él es escuchado por sus mayores, y por la capacidad del sistema para enseñarle y responderle en términos relevantes y adecuados a su edad.

3) Subsistema de los hijos.- En este contexto se desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia.

El niño traspolo a otros sistemas sociales toda la experiencia adquirida al participar en los diferentes subsistemas dentro de su contexto familiar.

La familia pasa por diferentes etapas de desarrollo que pueden ser exploradas a través de las interacciones de los 3 subsistemas y tomando como eje las dimensiones de Fronteras o límites: ¿Hay interferencia: quién o qué interfiere?; intimidad: ¿Qué tan cerca, qué tan lejos es el involucramiento afectivo?; poder o jerarquía: ¿Quién manda? Se señalan 6 etapas: Etapa I: Selección.- Etapa II: Transición y adaptación Temprana. - Etapa III: Reafirmación como pareja y paternidad.- Etapa IV:- Diferenciación y realización.- Etapa V: Estabilización.- -- Etapa VI: Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte. Para el efectivo funcionamiento de la familia, dos dimensiones de la estructura familiar son cruciales: 1) La naturaleza de las fronteras alrededor de los subsistemas y 2) La flexibilidad de los patrones de interacción, especialmente en respuesta al crecimiento y circunstancias cambiantes.

Se presentan varias clasificaciones o tipologías familiares - dependiendo de sus patrones de interacción, constelación familiar y los problemas emocionales y/o psicopatológicos que se adjudican al paciente identificado.

CAPITULO III
ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

L. Moskowitz (1976) en su artículo: "Tratamiento del niño con problemas relacionados con la escuela"; B. Beck (1971) trabajando con niños que presentaban problemas en la lectura; H. G. Berger (1971) trabajando con niños que presentaban fobias escolares y en otro estudio, H. G. Berger (1976) trabajando con niños con DCM, John B. Rosenberg en su artículo "Familias con stress relacionado con el tener un niño enfermo crónico" - (1976), Ronald Liebman (1975) en su estudio de "Adolescentes con diabetes juvenil", y Minuchin con diferentes colaboradores (1979, 1975, 1967), trabajando con delincuentes, con gente marginada y con familias psicósomáticas, aportan los siguientes puntos:

- 1) Enfocan como unidad de estudio el contexto familiar. El número de sujetos en varias de estas exploraciones son de 4 a 5 familias.
- 2) Organizan tareas intrasesión tales como "Hacer un menú" entre todos.
- 3) Miden pautas de interacción buscando patrones que puedan ser disfuncionales y que estén relacionados con la presentación de la sintomatología del paciente identificado.
- 4) Para su última investigación, S. Minuchin (1979) construyó un modelo clínico en base a sus previos estudios con familias psicósomáticas (diabéticas, asmáticas y posteriormente anoréxicas) al irse dando cuenta de que presentaban patrones de interacción muy similares. Estos cuatro patrones eran: Amalgamamiento: se refiere a una extrema forma de proximidad e inten

sidad en las interacciones familiares en todos sus niveles: - familia, subsistema, e individuo. Sobreprotección, demostrada en el alto grado en que los miembros de la familia se preocupaban por el estado de salud de los otros. Rigidez en donde existe una fuerte tendencia a mantener el "status quo" o -- equilibrio familiar, en períodos en que el cambio y crecimiento son necesarios, experimentan gran dificultad para su manejo. Dificultad para negociar y encontrar soluciones: algunas tienen desacuerdos abiertos, otras los evaden o son difusos pero sobre todo presentan dificultad para confrontar diferencias y negociar soluciones. El punto clave que podría ser una quinta característica es el paciente psicósomático involucrado en el conflicto parental. Estas previas hipótesis se verificaron en un estudio con 45 familias: formaban 3 grupos: Grupo a) Constituido por familias psicósomáticas: 11 con problemas de niños - anoréxicos, 10 con asmáticos y 9 con diabetes psicósomática. - Los dos grupos control: B) 7 familias con niños normales o no psicósomáticos diabéticos, y 8 con diabetes, bajo control médico y referidos por problemas de conducta.

El estudio se elaboró con tareas que habían sido usadas en el Wiltwyck "Family Task", que consistía en una serie de tareas - cuyas instrucciones eran transmitidas por una grabadora para - evitar contaminación del terapeuta produciendo un ambiente seminatural: Tareas tales como hacer un menú juntos, discutir -- argumentos familiares, describir lo que les molestaba o agradaba a cada uno de los miembros, hacer historia sobre fotografías familiares y hacer diseño juntos con formas de colores. - Dos hijos, aparte del paciente identificado participaban en - el experimento además de los padres. Las transacciones fueron video cassetteadas y luego contadas y medidas por medidores independientes. Se presentaron las características disfuncionales que se querían verificar. La implicación de la investigación,

según los autores, fue el enfocar los métodos al contexto familiar de donde nuevos datos emergieron, importantes para la teoría y la práctica terapéutica.

Beavers (1977): hace un sumario (es todo un compendio) de las correlaciones de factores sistémicos familiares con salud y patología individual. Estos datos provienen principalmente de un proyecto de investigación sistémica donde abarcaba familias voluntarias que no presentaban problemas clínicos y hasta aquellas cuyos hijos presentaban severos disturbios.

Los elementos teóricos y las definiciones operacionales dadas a las variables fueron expuestas ampliamente en el apartado de "Clasificación Familiar." Aquí solamente se quiere recalcar que el estudio enfocó la interacción familiar y se hicieron evaluaciones adicionales en forma tradicional para los aspectos psíquicos y psiquiátricos individuales.

Se contó con un equipo calificado para medir el grupo de variables sistémicas después de observar de 5' a 50' los videocassettes de familias realizando tareas.

El autor derivó de esta investigación una tipología familiar que relaciona patrones de interacción con la presentación o ausencia de problemas emocionales y/o psicopatológicos, que como ya se mencionó, forma parte del cuerpo teórico en el apartado de "Clasificación Familiar".

El cuestionario "Faces: Family Adaptability and Cohesion-Evaluation Scales" ("Escalas para evaluar adaptación y cohesión familiar"), desarrollado por Olson H.D., Bell B. y Porther J. (1979) constituye un intento para medir las dimensiones de cohesión y adaptación familiar. Aporta definiciones operacionales sobre estos patrones de interacción y proporciona indicado

res que serán expuestos en el apartado de metodología. La -- prueba consiste en un cuestionario elaborado de la siguiente -- manera:

La dimensión cohesión está formada por los siguientes concep-- tos: Lazos emocionales, independencia, lazos familiares, coaliciones, tiempo, toma de desiciones, intereses, recreación y -- espacio.

La dimensión de adaptabilidad agrupa los siguientes conceptos: acertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas, -- y sistemas de retroalimentación.

A partir de estos 16 conceptos se desarrollaron reactivos que-- describen para cada dimensión tres niveles: alto, moderado y -- bajo. A través de la elaboración de esta escala quedaron 54 -- reactivos de cohesión y 42 de adaptabilidad o sea 98. Los au-- tores agregaron 15 de la escala de aceptabilidad social de Ed-- mos contando al final con 111 reactivos que responden sobre la base de su aplicabilidad a cada uno de los miembros de la fami-- lia en forma individual y atuoadministrada usando una escala -- de 4 puntos: 1. - Siempre, 2.- Frecuentemente, 3.- Rara vez, -- 4.- Nunca.

R. D. Laing, Phillipson H. y Lee A. R. (1973) eleboran un mé-- todo de Percepción Interpersonal (MPI). Consiste en un cues-- tionario que contiene 60 preguntas. Califica la actitud de -- una parte de la pareja con respecto a su compañero. "Este méto-- do, comenta el autor; al igual que otros que se ocupan del estu-- dio del sistema diádico, desplaza el eje de comprensión de la-- relación transferencial y contratransferencial profesionalmen-- te desarrollada y controlada y lo coloca dentro de la interac-- ción y la experiencia diádicas contidianas, ..." (pág. 48).

Sin embargo, tanto el cuestionario de "FASES" como el "MPI," miden actitudes individuales y no procesos de interacción.

R. E. Cromwell Olson D. y Fournier D. G. (1976), en su artículo sobre las herramientas y técnicas para el diagnóstico y evaluación en Terapia Familiar y Marital, comentan que se han desarrollado técnicas tipo cuestionario o proyectivas que siguen midiendo dinámicas o procesos individuales más que procesos interaccionales. Estos autores proponen como método óptimo para entender la interacción familiar, Tareas Naturales, por ejemplo, el que el observador tome parte en una comida familiar y sean reportadas las interacciones que ocurran, método que tiene sus limitaciones en cuanto a poder ser tomada en videocassetes por problema de horarios, ubicación y tiempo. Para dichos autores, otros tipos de tareas prediseñadas dentro de un método observacional tales como: a) tareas para resolver problemas, - b) Tarea de Toma de decisiones y c) Tareas para resolución de conflictos, son tareas provocadas por un estímulo que puede generar desde datos objetivos hasta datos subjetivos en cuanto a sus patrones de interacción.

Jules Riskin y Faunces S. E. (1972) (así como los autores anteriores) hacen una revisión evaluativa de las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la interacción familiar y concuerdan en la necesidad de generar nuevos métodos para comprobar las hipótesis existentes: "El campo puede no necesitar - nuevas hipótesis como métodos para probarla sobre abundancia de las hipótesis existentes" (pág. 376).

RESUMIENDO:

1.- Se han generado en Estados Unidos suficientes conceptos teóricos en cuanto al funcionamiento familiar, relaciones entre psicopatología individual y patrones de interacción fami--

liar disfuncionales y se han propuesto diferentes tipologías - familiares, que permiten ser verificados en nuestra población mexicana.

2.- La mayoría de las investigaciones en el campo de la interacción familiar se han llevado a cabo contando con la entrevista psicoterapéutica familiar con enfoque sistémico estructural estratégico, tomando en cuenta aspectos comunicacionales.

3.- Se han estudiado con pocos sujetos, a veces 5 ó 3, y solamente en algunos estudios formales se habla de familias con más sujetos. Estos estudios informales (observaciones surgidas del tratamiento familiar) han permitido conceptualizar modelos para investigaciones formales: Minuchin en su estudio -- con familias psicósomáticas.

4.- Los métodos utilizados, como ya se mencionó, fueron del tipo observacional algunos en un medio semi-natural con tareas previamente diseñadas.

5.- Se han desarrollado definiciones operacionales para permitir la observación y medición de determinadas variables que -- permitan construir o evaluar previas hipótesis.

6.- Se ha contado con gente previamente adiestrada en el marco teórico sistémico para evaluar los videocassettes en forma independiente para dar objetividad a la investigación.

7.- La única posibilidad de poder hablar de patrones de interacción es por medio de la observación del contexto familiar -- que permita ver el proceso, pues aún cuando existan cuestionarios y pruebas proyectivas para situaciones familiares, éstas siempre reflejarán procesos intrapsíquicos individuales.

CAPITULO IV:

CONCLUSIONES FINALES DE LA PRIMERA PARTE: REVISION DOCUMENTAL.

En forma introductoria al apartado de conclusiones, se consideró conveniente desarrollar el tema de "Asociación entre un enfoque lineal y un enfoque sistémico: Casuística Documental"; - dado que a través de aplicar los elementos conceptuales, antes expuestos, a una casuística documental y analizarlos dentro - de un contexto psicoterapéutico, se pueden fundamentar, en - - cierta medida, las conclusiones de la primera parte que abarca la revisión bibliográfica.

4.1. "ASOCIACION ENTRE UN ENFOQUE LINEAL Y UN ENFOQUE SISTEMICO: CASUISTICA DOCUMENTAL"

1) Como primer paso se analizará cómo se pueden abordar los desórdenes emocionales y/o psicopatológicos desde dos enfoques: - el lineal psocianalítico y el sistémico estructural estratégico, que en sus modelos teóricos difieren totalmente y que sin embargo, la autora del presente estudio considera que en su manejo terapéutico no están tan lejanos. Aquí cabe citar lo expuesto por C. Sluzki (1973) en su artículo "El enfoque interaccional como nueva perspectiva de la acción psiquiátrica". "Es probable que, a largo plazo, el enfoque interaccional y el intrapersonal puedan lograr un matrimonio exitoso. Pero si se quiere evitar el riesgo de un pegotamiento simbiótico, de una mezcla ecléctica, se debe esperar a que una de las orientaciones desarrolle su propia identidad por separado, detecte -- sus alcances y límites, y pueda recién entonces enriquecerse -- realmente con los aportes de la otra, negociando bienamente -- las mutuas jurisdicciones" (pág. 74).

Considero que actualmente ambas han logrado su propia identidad y más que ser divergentes, convergen en puntos terapéuticos ya manejados por S. Freud, pero sin poner énfasis en ellos al no formar parte de su enfoque teórico.

a) " Análisis de la fobia de un niño de cinco años ".

No me extenderé en tan conocido tema, solamente reproduciré algunos elementos bibliográficos: "...Pero quien llevó adelante el tratamiento fue el padre del enfermo, al -- que debo expresar aquí mi agradecimiento por haber puesto a mi disposición sus anotaciones, autorizándome a publicar las. Y no fue éste su único merecimiento. Ninguna otra -- persona hubiera logrado del pequeño sujeto las confian- -- cias que luego veremos, ni hubiera poseído tampoco el conocimiento de causa que permitió al padre interpretar las manifestaciones de su hijo-niño de cinco años y vencer así -- las dificultades de un psicoanálisis en edad tan tierna. -- Unicamente la unión de la autoridad paterna y la autoridad médica, en una sola persona y la coincidencia del interés familiar con el interés científico, hicieron posible -- dar al médico analítico un empleo para el cual hubiera sido inadecuado en otras condiciones". Freud (obras completas 1968 Pag. 658) (El subrayado es de la autora del estudio).

b) " El moderno Juanito " ("A MODERN LITTLE HANS").- Un caso de terapia familiar tratado por M. Barragán y publicado -- por J. Haley (1977).

Resumen del caso: Se trata de una familia constituida por: padre, madre, paciente identificado de 8 años que presentaba fobia a los perros y una hermana de 6 años. El padre era cartero y la madre dedicada al hogar. La madre se encontraba demasiado

involucrada con el hijo y el padre estaba más periférico dado que contaba con dos trabajos y estaba poco en el hogar. La meta de la terapia podría ponerse en términos simples: Lograr que la pareja se involucrara más intensamente, y permitiera desligarse al paciente para que se involucrara con sus pares. Las tácticas no se pueden enunciar fácilmente pero se pueden mapear los siguientes pasos:

I. Cambiar la relación diádica: madre-hijo.

1.1. Para romper la diada se utilizó al padre que se había -- mantenido periférico, haciéndolo que se involucrara con el niño, presentándolo como un experto conocedor de perros.

1.2. El 2o. paso fue introducir al perro en la casa para continuar y mantener el involucramiento padre-hijo (aparte de -- otras razones técnicas).

1.3. El tercer paso, cuando el niño ya había mejorado, se enfocó en la pareja marital. El haber intervenido antes de que se presentara cambio en la fobia del paciente hubiera sido un error terapéutico, pues el problema del niño era un problema triangular. El terapeuta empezó a dar crédito a los padres por la mejoría del paciente. Esto tenía por objeto: a) Enfocar a la pareja marital; b) prepararlos para independizarse del terapeuta y c) Evitar sentimientos hostiles hacia el terapeuta, a quien se le veía como muy poderoso al lograr cambios que la familia había intentado por largo tiempo, dando como resultado que por estos sentimientos hostiles sabotearan la terapia.

II. La pareja marital.- En términos de estadios de la terapia aquí se encontraba en la fase II donde el tema central -- es la pareja marital. Un movimiento del tercer paso (1.3) -

fue sugerirles como premio a la pareja que se fueran solos - el fin de semana por los logros obtenidos con el paciente. - Esto era para reforzar el foco en la pareja considerando también que si la madre era excluida de la relación con el hijo, y no se le proporcionaba algo en cambio, buscaría regresar a la situación inicial. No habían salido juntos solos y el terapeuta seguía enfocando el tema de la pareja. Durante la -- sexta entrevista el terapeuta enfocaba parte de la terapia en el miedo parcial fóbico del paciente y sobre el tema de la pareja. No se abrió conflicto y por fin el tema del conflicto de la pareja se abrió en la sesión. El contrato terapéutico era trabajar sobre el problema del niño, que en estos momentos ya se había superado y lo cual indicaba, o bien, hacer un nuevo contrato para el manejo de la pareja, o podría trabajar se en forma indirecta con ésta. Se hizo un nuevo contrato. - Uno de los puntos que se vio claramente en su proceso marital es que no estaban capacitados para resolver problemas que - - tenían años sin solucionarse y que habían distanciado a la pareja. Durante la décima entrevista se llevó a cabo el final del tratamiento.

Resumiendo: se empezó con una madre demasiado involucrada con un hijo, un padre periférico, el terapeuta decide separar madre-hijo a través del padre. Se busca aliar al padre y al hijo en algo común, excluyendo a la madre. El siguiente paso - es involucrar al padre y madre para permitir que el hijo se - excluya de la triangulación y conviva con sus padres. Al final de la terapia, se reporta que no parecía haber un cambio - fuerte en la relación matrimonial, excepto que ya el hijo se encontraba fuera de la triangulación. Después de 2 años se - volvió a ver a la pareja por seguimiento y entonces se observó el cambio marital: ambos estaban más involucrados en su -- proceso de pareja y el paciente identificado no había vuelto a presentar sintomatología y sociabilizaba en forma adecuada con sus pares.

Si regresamos al proceso terapéutico llevado a cabo por Freud-- podríamos señalar los pasos antes vistos en el caso tratado -- con enfoque sistémico:

1.- Cambio de la relación diádica: madre - hijo.

1.1. Freud, al pedir que el padre trajera el material para ser analizado, une en una tarea extrasesión al padre con el hijo.

1.2. Continúa y mantiene el involucramiento padre-hijo ante la tarea de continuar por largo tiempo trayendo el material para ser analizado.

II.- La pareja marital: Podríamos pensar en términos de una -- triangulación ante la evidencia de problemas psicológicos de -- la madre referidos por Freud a su etapa adolescente: "Su madre, que enfermó de neurosis a consecuencia de un conflicto psíquico de su adolescencia, había sido tratada por mí en aquella oca-- sión, siendo esta circunstancia la que me puso luego en contac-- to con los padres de Juanito" Freud (Obras Completas 1968-pág. 713). Y ya en el terreno de las suposiciones, podría pensarse que el padre se acercara a la madre para poder dar información a Freud sobre Juanito, ya que el mismo Freud comenta que fue -- posible gracias al interés familiar en lo cual, implícitamen-- te, Freud daba crédito a ambos padres por la mejoría del pa--- ciente.

Dejando a un lado las suposiciones se puede concluir, con las evidencias bibliográficas, el que en ambos casos podríamos ha-- cer interpretación de un manejo estructural-estratégico en -- cuanto a que una de las estrategias utilizadas fue lograr un -- cambio de estructura familiar poniendo límites intergeneracio-- nales y protegiendo los subsistemas, al darse un acercamiento del padre con el hijo que involucró una relación más balancea-- da con respecto a la madre.

2) Como segundo paso se llevará a cabo una descripción sistémica del proceso interaccional que presentaba la familia del "Moderno Juanito", para ejemplificar cómo ciertas características, definidas por varios autores con terminología diferente contempladas en una casuística, parecen similares o bien se involucran unas con otras y se contienen en forma parcial. Así mismo, de dicha descripción sistémica se señalarán las variables que se consideran relevantes para el desarrollo de un perfil familiar.

La forma de exposición tendrá una particularidad: la autora del presente estudio consideró conveniente señalar las páginas correspondientes a esta tesis a continuación del nombre del autor de quien se tomó la referencia, para permitir que el lector tuviera acceso inmediato a los elementos teóricos que sustentan el análisis descriptivo sistémico.

Se trata de una familia que se encuentra en una etapa de desarrollo perteneciente a la Etapa III: "Reafirmación como pareja y paternidad" (M. Barragán-pág. 94), donde el aspecto de poder se resolvió cayendo en una relación de tipo complementario, teniendo como desventaja el enojo y resentimiento de la persona que se sometió, en este caso la madre. El conflicto negado y abierto hasta la sexta sesión mostró que, al no haber sido resuelto, distanció a la pareja impidiendo que tuviera una fuerte cohesión marital necesaria para marcar límites entre subsistemas: límites individuales y generacionales (Minuchin pág. 118) que le permitieran a Juanito relacionarse con sus compañeros y desligarse del "Triángulo perverso" (J. Haley pág. 54). Una triangulación del tipo desviación proyectiva donde el conflicto de la pareja no se toca y se preocupan los padres demasiado de Juanito definiéndolo como inca-

paz de manejar su miedo a los perros, cayendo éste en una familia patológica: "familia centrada en los niños" (M. Barragán pág. 114).

En cuanto a la relación de los padres con los niños, la familia se ubica en la etapa III (M. Barragan pág. 104) que es el período de crianza de los hijos en etapa de lactancia y -- adolescencia, cuando los hijos pueden empezar a desequilibrar el sistema marital en forma directa o indirecta involucrándose con los padres y contribuyendo a relaciones disfuncionales, alianzas que perturban las dimensiones de poder e intimidad.- Aquí, Juanito era factor clave en el distanciamiento de la pareja al no ser tocada su problemática y enfocarse en él para evitar la intimidad.

Se podría describir como una familia con fuerte cohesión sistémica (Olson H., Bell R. y Portner J. pág. 146), familia amalgamada (Minuchin pág: 119), donde los miembros de la familia estaban resonando afectivamente con gran intensidad ante el -- miedo de Juanito a los perros, síntoma necesario para el sistema familiar como portavoz de su disfunción y donde Juanito es definido en términos de Virginia Satir como el paciente identificado.

En términos de R. Beavers (pág. 138-149) se podría identificar como una familia entrópica, con poca autonomía individual para tomar decisiones ante alternativas del mundo externo; familia que más que expulsar a Juanito al exterior lo refugia en su -- sistema familiar centrípeto, con poca cantidad de flexibilidad y diferenciación donde prevalece un tono afectivo de depresión y ansiedad e implícitamente una mitología donde se visualiza a las personas en forma amenazante. Su incapacidad para expresar coraje, característico de las familias entrópicas, --

está aquí presente, de allí la evitación del conflicto, negán - dolo. Conflicto crónico, no resuelto por la pareja que la hace caer en su patrón de sometedor/sometido por su pobre habilidad para negociar y su gran rigidez, donde Juanito es tratado en forma sobreprotectora, limitándolo para desarrollarse de acuerdo a su edad.

J. Haley toma el "triángulo perverso" como prototipo sistémico para explicar el "Complejo de Edipo", punto clave en el caso - Juanito tratado por Freud, y crucial para el entendimiento de las psicopatologías (Ana Freud 1977; 1973; 1971 ; Dolton F. - 1980 ; Cameron N. 1963; Braunstein y Col. 1975; Manoni M. - 1979).

Los factores señalados en la descripción de la familia del - "Moderno Juanito" pueden ser caracterizados como los patrones - disfuncionales conceptualizados por S. Minuchin en las familias psicossomáticas (S. Minuchin pág. 138):

- 1) Amalgamamiento: Una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares, en todos sus niveles: familia, subsistema e individuo.
- 2) Sobreprotección: Demostrada en el alto grado de cómo los miembros de la familia se preocupan por el estado de salud de los otros.
- 3) Rigidez: Donde existe una fuerte tendencia a mantener el equilibrio, experimentando gran dificultad para el cambio que se requiere ante el crecimiento.
- 4) Dificultad para negociar y encontrar soluciones: Algunas tienen desacuerdos abiertos, otras lo evaden o son difusos, pero sobre todo presentan dificultad para confrontar diferencias y negociar soluciones.

Y como punto clave, el que el paciente psicossomático se encontraba involucrado en el conflicto parental.

4.2. CONCLUSIONES:

Por lo antes expuesto cabría preguntarse si sería posible que los patrones disfuncionales detectados por Minuchin, como característicos de familias psicósomáticas, podrían estar presentes en pacientes psiconeuróticos y con otro tipo de desórdenes emocionales y/o psicopatológicos. El poder contestar estas preguntas implicaría analizar asociaciones entre elementos tales como poder, alianzas, límites, negantropía-entropía, lejanía-cercanía, amalgamamiento-desarticulación, que de alguna forma se han conceptualizado en los patrones de cohesión familiar, adaptación familiar, actitud hacia el paciente identificado, actitud ante el conflicto de la pareja, así como la asociación de estas variables con otras, tales como: etapa de desarrollo de la familia, número de pacientes identificados en la familia, diagnóstico psiquiátrico, motivo de consulta, y constelación familiar, que permitieran aportar elementos para el desarrollo de un perfil familiar patológico. El campo para verificar dichas asociaciones se ubicaría en el contexto familiar, dentro de un manejo psicoterapéutico con enfoque sistémico estructural-estratégico.

Para finalizar la parte teórica, sólo cabría añadir que un proceso psicoterapéutico aporta elementos conceptuales que son susceptibles de ser cuantificados y que es posible llevar a cabo una investigación contando, como herramienta, con la entrevista psicoterapéutica donde el terapeuta juega un papel primordial. No es posible hacer investigación pura u objetiva como tampoco es posible hacer un tratamiento terapéutico donde se elimine la subjetividad porque se eliminaría el elemento humano, que es esencial. Podríamos caer en el mito de creer que realmente se puede hacer ciencia puramente objetiva cuando su objetivo de estudio es el ser humano; esto concuerda con lo dicho por R. Beavers (1977):

"Si la ciencia, rígida o blanda, no respeta la importancia de la realidad subjetiva, fuente de la decisión humana, ésta nunca es humanística, sino más bien tiránica. La tiranía puede interpretarse como las vistas en familias con disfunciones severas, sistemas cerrados dogmáticos en grupos religiosos y en regímenes políticos dictatoriales. Esto es importante que sea considerado por todos los clínicos e investigadores". (pág. 40).

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

CAPITULO V:

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION: "PATRONES DISFUNCIONALES DE INTERACCION FAMILIAR RELACIONADOS CON PROBLEMAS ESCOLARES".

Experiencia con una Población Mexicana

METODOLOGIA.

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Una vez que se ha concluido, en base a los supuestos teóricos-analizados, que existe una relación significativa entre interacción familiar y los trastornos emocionales y/o psicopatológicos, se procederá a plantear los siguientes objetivos:

OBJETIVO I: Se pretende determinar las características disfuncionales comunes en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas escolares.

Y diferenciar las características disfuncionales de dichos patrones dependiendo de:

OBJETIVO II: El motivo de consulta del paciente identificado.

OBJETIVO III: EL diagnóstico psiquiátrico del paciente identificado.

OBJETIVO IV: Su constelación familiar.

OBJETIVO V: Etapa de desarrollo en que se encuentre la familia

Los objetivos antes señalados nos plantean las siguientes hipótesis:

H₁: En las 41 familias cuyos hijos presentan problemas escolares, se dan características disfuncionales comunes en sus patrones.

H₂: En las 41 familias cuyos hijos presentan problemas escolares se dan características disfuncionales diferentes en sus patrones de interacción, dependiendo del diagnóstico psiquiátrico del paciente identificado, de su constelación familiar, del motivo de consulta y de la etapa de desarrollo en que se encuentra la familia.

Para constestar el problema planteado se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional.

5.2. DEFINICION DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

Las familias que acuden a la Clínica de la Conducta, solicitan el servicio para niños cuyas edades fluctúan entre los 5 y 16 años, quienes son referidos por maestros y padres por presentar problemas escolares. Una vez que son evaluados por los diferentes especialistas (Trabajadores Sociales, Neurólogo Pediatra, Psicóloga y Pedagoga), son enviados al profesionalista que le proporcionará el tratamiento. En los casos en que se detecta que la familia puede estar contribuyendo en la presentación del síntoma, son canalizados al terapeuta familiar.

La población total que solicitó terapia familiar durante el período de enero de 1979 a septiembre de 1981 (o sea desde que se inició el servicio de Terapia familiar) fue de 102 pacientes que se constituyen en un total de 81 familias, dado que en algunas familias se presentaban más de un paciente identificado. De dicha población se tomaron a aquellas que hubieran recibido tratamiento familiar durante 2 años escolares:

Septiembre de 1979 a junio de 1980 y
Septiembre de 1980 a junio de 1981.

Dando un total de 64 familias de las cuales se analizaron 41, dado que no todas cubrieron el criterio de un mínimo de asistencias a 3 sesiones. En estas 41 familias se presentaron 58 pacientes identificados.

Los motivos por los cuales no asistieron a 3 sesiones, en algunos casos fue por deserción, otros porque eran foráneos, otros fueron filtrados a diversas instituciones donde se les proporcionaba el servicio integrado, o bien porque sólo asistía un miembro de la familia por limitaciones de horario ubicación u otros motivos.

Las características de la población individual se describen y analizan en el apartado de conclusiones finales.

5.3. DEFINICION DEL INSTRUMENTO

Se utilizó como instrumento la entrevista familiar, contando con elementos teórico-prácticos de orientación estratégico-estructural sistémica, adquiridos durante la formación como Terapeuta Familiar en el Curso de Especialización en Psicoterapia Familiar impartido por el "Instituto Mexicano de la Familia A.C." y avalado por la Universidad Iberoamericana- enero - 1977- diciembre 1978), contando como maestros con: Mariano Barragán, Luz Teresa Millán y Dolores Villa.

Se observaron los patrones de interacción usando el marco exploratorio interaccional propuesto principalmente por S. Minuchín (1979).

Se consideraron los siguientes parámetros para evaluar los patrones disfuncionales:

1.- COHESION: Son los vínculos emocionales que los miembros sienten unos con otros y la autonomía individual que una persona tiene en su sistema familiar.

Los extremos de la cohesión son amalgamamiento y desarticulación.

AMALGAMAMIENTO: Un sistema o subsistema amalgamado se caracteriza por:

a) Un elevado sentido de proximidad o de pertenencia que puede perjudicar la autonomía e individualización de los miembros de la familia.

miembro.

DESARTICULACIÓN: Un sistema o subsistema desarticulado se caracteriza por:

- 1) Aislamiento emocional de uno o más miembros de la familia.
- 2) Lenta y/o insuficiente respuesta a la tensión individual de algún miembro.

INDICADORES:

Amalgamamiento:

- 1) Cuando el terapeuta hace una pregunta todos hablan al mismo tiempo.
- 2) Todos participan en cualquier evento familiar.
- 3) Hacen comentarios tales como: somos una familia muy unida, nos sentimos mal si salimos solos.

Desarticulación:

- 1) Nadie sabe lo que le pasa a los otros.
- 2) Los miembros de la familia no piden ayuda a los otros.
- 3) No muestran interés en lo que los otros exponen o expresan.

Un sistema saludable o equilibrado muestra: 1) un balance o equilibrio entre separación y aproximidad y 2) una respuesta apropiada al stress individual de algún miembro.

2.- ADAPTACION: Es la habilidad de un sistema marital o familiar de poder cambiar: Su estructura de poder, los roles de las relaciones, y las reglas de las relaciones, en respuesta al desarrollo mismo de los miembros o a circunstancias externas que provocan stress.

Los extremos de la adaptación son rigidez y caos.

RIGIDEZ: Una familia o subsistema rígido está caracterizado por: fronteras y roles relacionales inflexibles, los cuales --obstruyen la comunicación y respuesta al stress interno y externo.

CAOTICA: La familia o subsistema caótico se caracteriza por -fronteras confusas y falta de diferenciación entre subsistemas; caprichosamente imparte sus roles, reglas, y estructuras de poder en respuesta a stress interno y externo.

INDICADORES:

Rigidez:

- 1) Los padres tratan de igual manera a los hijos de diferentes edades.
- 2) Una vez que la familia ha decidido algo, es difícil cambiar la decisión.

Caótica:

- 1) Inconsistencia en el cumplimiento de órdenes.
- 2) Todos los miembros de la familia siempre opinan sobre las reglas que se deben de imponer, tratan de formular las reglas juntos.

Un sistema o subsistema saludable o equilibrado está caracterizado por la claridad de sus fronteras. Tiene una respuesta estable a presiones internas y externas cuando tiene flexibilidad apropiada para el cambio.

3.- ACTITUD HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO: Se refiere al comportamiento que presentan los miembros de la familia hacia el paciente identificado.

Se registran: Sobreprotección y rechazo.

SOBREPROTECCION HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO: Se refiere a un cuidado excesivo de uno o varios miembros de la familia hacia el paciente, que lo limita para interactuar con el mundo exterior.

INDICADORES:

- 1) El paciente no comparte responsabilidades con los otros miembros de la familia y si lo hace es en forma mínima.
- 2) Los otros miembros de la familia le limitan sus actividades por miedo a que se enferme o por considerarlo incapacitado para hacerlo.
- 3) Los otros miembros de la familia actúan y hablan por él.

RECHAZO HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO: Se refiere a que se le toma poco en cuenta o si se le toma en cuenta es para poner en él todo lo malo que sucede en el contexto familiar.

INDICADORES:

- 1) Su apariencia es de descuido y desaliño en comparación a los otros miembros.
- 2) Se le castiga más fuerte que a los otros miembros aún cuando sus faltas sean menores que las de sus hermanos.
- 3) Se le exige más responsabilidades que a los otros.
- 4) La conducta verbal y no verbal de los otros miembros denota enojo, desprecio; no se toman en cuenta sus gustos o deseos

o se le descalifican.

5) Se le culpa de situaciones desagradables o mal funcionamiento familiar.

4.- MECANISMOS DE LA PAREJA PARA LA RESOLUCION DE CONFLICTOS:-

Se refiere a la actitud de la pareja ante el conflicto: Lo - - abordan, lo negocian y lo resuelven, o no lo abordan, no lo negocian y no lo resuelven, o lo abordan pero no lo negocian - ni lo resuelven.

CONFLICTO NEGADO: No lo abordan, no lo negocian y no lo resuelven.

INDICADORES:

- 1) Es característica la negación, no existe conflicto o problema.
- 2) Todo iría perfecto sino fuera por el problema del paciente-identificado, en quien se ubica toda la problemática familiar.

CONFLICTO ABIERTO PERO NO RESUELTO: Lo abordan pero no lo negocian ni lo resuelven.

INDICADORES:

- 1) Aceptación de que tienen problemas como pareja.
- 2) Al tratar de resolver un problema los miembros pasan y brincan de un punto a otro sin dar solución.

Además de los patrones de interacción observados durante las entrevistas, se tomaron en cuenta los siguientes datos:

1.- ETAPA DE DESARROLLO DE LA FAMILIA.- Se apoyó en elementos teóricos aportados por M. Barragán (1976), para ubicar los estadios de la familia (ver conclusiones finales). La clasificación se llevó a cabo dependiendo de la edad de los hijos; se dividió en 3 etapas:

Etapas I: Hijo mayor hasta 10 años

Etapas II: Hijo mayor hasta 15 años

Etapas III: Hijo menor desde 15 años

2.- EDAD DEL PADRE

3.- EDAD DE LA MADRE

4.- CONSTELACION FAMILIAR: El tipo de familia estaba clasificado de acuerdo a quiénes eran los miembros que formaban el núcleo familiar.

a) Familias Completa: Formada por el núcleo primario: Padres e hijos.

b) Familia Incompleta: Ausencia física de algunos de los padres por divorcio, separación, muerte o madre soltera.

c) Familia Extensiva con fam. completa o incompleta primaria: Formada por núcleo primario completo o incompleto, y abuelos, tíos o algún otro miembro adicional.

d) Familia Completa: Formada por padrastro, madrastra o hijos-adoptivos.

5.- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: Este fue determinado por el Psiquiatra basándose en la Clasificación del "G.A.P": "Manual de Clasificación Diagnóstica" (1981).

Se diagnosticaron:

02.- Desórdenes Reactivos

03.- Desviaciones del Desarrollo

04.- Desórdenes Psiconeuróticos

06.- Desórdenes Psicóticos

8.2.- Síndrome Cerebral Crónico

6.- MOTIVO DE CONSULTA: Se refiere al dato que dan los familiares para solicitar el servicio de la Institución. Los principales motivos de consulta fueron: Agresivo, en casa, agresivo-en la escuela, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, timidez, miedo, flojo, reprobado, peleonero, golpeador, distraído, inquieto, introvertido, insolente, rebelde, irritado, atención dispersa, enojón, no quiere asistir a la escuela, expulsado, - dificultad para aprender o para estudiar, no obedece, y enuresis. Se agruparon en:

- a) agresivo casa y/o escuela.
- b) bajo rendimiento escolar
- c) fobia escolar (no asiste a la escuela).
- d) timidez-miedo-eneuresis-introvertido.

7.- FACTORES TENSIONALES: Los principales factores tensionales fueron: Muerte del padre, muerte de la madre, el amante descubierto, cambio de residencia, vive aislado del núcleo primario por determinado período, o desempleo. Se registraron en la codificación como presente o ausente.

8.- NUMERO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA FAMILIA: Se refiere a que ya los padres habían solicitado la apertura de un expediente para la exploración de dicho miembro, por lo tanto podría haber más de un paciente identificado en una misma familia.

9.- NUMERO DE HIJOS: Al número de hijos vivos en la familia -- aún cuando estuvieran casados y viviendo fuera del núcleo familiar.

10.- EDAD DEL PACIENTE IDENTIFICADO

11.- EDAD DEL HIJO MAYOR

12.- EDAD DEL HIJO MENOR: Tanto el dato anterior como éste fueron utilizados para la clasificación de las etapas de desarrollo de la familia.

13.- SEXO DEL PACIENTE IDENTIFICADO

14.- LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE IDENTIFICADO ENTRE LOS HERMANOS: De acuerdo a su edad cronológica: Primero, segundo, empezando de mayor a menor.

15.- NIVEL DE INGRESOS: Este fue determinado por la Trabajadora Social de acuerdo al ingreso mensual: Bajo (ingreso de salario mínimo con un solo aporte), Medio (con ingreso de \$20,000.00) y Alto (ingreso mayor de \$ 20,000.00).

16.- NIVEL CULTURAL: También fue determinado por la Trabajadora Social de acuerdo a la escolaridad de los padres: Bajo - - (cuando no contaban con una primaria terminada), Medio (con -- Sec-Preparatoria o estudios equivalentes como Secretaria o Comercio). Alto: (Profesionista Universitario o Equivalente).

17.- NUMERO DE SESIONES: Se refiere al número de sesiones a las que asistieron los miembros familiares ya fuera la familia completa o subsistema: pareja, hijos, etc, de acuerdo a como fuera requerido por la estrategia terapéutica.

18.- EVALUACION DEL TRATAMIENTO: Se dieron tres categorías:

a) Desertados b) De alta c) Continuaban con el tratamiento

a) Desertados: Los que dejaron de asistir: podría deberse a -- que pensaron que ya habían resuelto la crisis y ya no continuaron, o consideraron que no obtenían ningún provecho, o por problemas circunstanciales como cambio de domicilio, de trabajo, muerte de algún familiar. Tampoco asistieron a los otros departamentos (pedagogía o psiquiatría), y por lo tanto se perdió el seguimiento.

b) De Alta: Aquéllos que después de 6 meses reportaban estar funcionando adecuadamente (mejor rendimiento escolar, regreso a la escuela, dejar de golpear, etc), y asistían a la Clínica o se comunicaban para informar su situación a petición de la terapeuta familiar.

c) Continuaban con el tratamiento: cuando se llevó a cabo el cierre de la investigación para llevar a cabo el análisis de datos.

Tomando en cuenta los cuatro patrones de interacción y los datos registrados se obtuvieron 22 variables:

- 1.- CONSTELACION FAMILIAR
- 2.- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
- 3.- MOTIVO DE CONSULTA
- 4.- PRESENCIA DE FACTORES TENSIONALES
- 5.- NUM. DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA FAMILIA
- 6.- EDAD DEL PACIENTE
- 7.- SEXO DEL PACIENTE
- 8.- NUM. DE HIJOS EN LA FAMILIA
- 9.- EDAD DE LA MADRE
- 10.- EDAD DEL PADRE
- 11.- EDAD DEL HIJO MAYOR
- 12.- EDAD DEL HIJO MENOR
- 13.- NIVEL DE INGRESOS
- 14.- NIVEL SOCIO CULTURAL
- 15.- COHESION FAMILIAR
- 16.- ADAPTACION FAMILIAR
- 17.- ACTITUD HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO
- 18.- ACTITUD DE LA PAREJA HACIA EL CONFLICTO
- 19.- NUMERO DE SESIONES
- 20.- EVOLUCION DEL TRATAMIENTO
- 21.- ETAPA DE DESARROLLO DE LA FAMILIA
- 22.- LUGAR ORDINAL DEL PACIENTE IDENTIFICADO (como hijo).

5.4. ESCENARIO

Las sesiones se llevaron a cabo en la Clínica de la Conducta - Masaryk, en un cubículo apropiado para psicoterapia familiar. - Acudía toda la familia o por sub-sistemas si se consideraba necesario para el manejo terapéutico; su duración era de 60' cada sesión, una vez por semana, en turno matutino: 8 a 2 p.m.

5.5. PROCEDIMIENTO

Las entrevistas familiares se llevaban a cabo bajo un modelo - sistémico interaccional estratégico-estructural. Una vez terminada la sesión se apuntaban los datos observados, guiados por los parámetros e indicadores mencionados. Durante cada sesión se volvían a verificar.

CAPITULO VI
ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS DATOS

6.1. A) Descripción Estadística

El primer paso de la estrategia para manejar los datos, consistió en obtener una descripción estadística de las "poblaciones" que son la base de la investigación. En otras palabras, se obtuvo el comportamiento estadístico de cada una de las 22 variables consideradas en el trabajo, tomando dos alternativas iniciales para la definición de población (en un sentido estadístico):

a) Definiendo la población a partir de las 58 pacientes (a pesar de que algunas variables son más bien de tipo familiar, como la constelación familiar, y los patrones disfuncionales de adaptación, cohesión y actitud de la pareja al conflicto).

b) Definiendo la población a partir de las 41 familias (teniendo que recurrirse a criterios operacionales para el manejo de variables más bien individuales como diagnóstico, actitud hacia el paciente o motivo de consulta; o bien, eliminándose algunas como edad del paciente y lugar ordinal del paciente identificado (como hijo).

Este paso de la estrategia fue necesario en virtud de la naturaleza del campo en que se llevó a cabo la investigación y que requería de otro tipo de herramientas para atacar el problema que se presentaba (que se presenta en general con más frecuencia de lo que se piensa) y que a continuación se plantea:

Los puntos más importantes de la investigación (objetivos e hipótesis) dependen directamente del descubrimiento de claras -- asociaciones entre variables; en este caso, de las características disfuncionales de la población en relación a variables -- específicas como el diagnóstico psiquiátrico, el motivo de consulta, la constelación familiar y la etapa de desarrollo de la familia. Aún más, no sólo se pretende descubrir asociaciones -- claras entre las variables, sino establecer patrones entre -- grupos de ellas, en este caso patrones de interacción estructural familiar, partiendo de las características disfuncionales de cada familia. Esto último lleva implícito el establecimiento de una clasificación de la población, una tipificación de -- las familias y por tanto nuevas alternativas para la definición de "población". El problema consiste en que el descubrimiento estadístico de asociaciones depende de la definición de la población; concretamente, la correlación estadística que se obtiene entre dos variables, es diferente según se considere -- como población los pacientes, las familias, o algún tipo particular de familia, por una parte; pero por la otra, el establecimiento de tipos de familias o de pacientes, depende de las -- asociaciones que se descubran en las variables.

6.2.B) Análisis de Cúmulos (Cluster Analysis)

La siguiente parte de la estrategia intentó romper este círculo vicioso, a partir de una técnica de reciente desarrollo conocida como Análisis de Cúmulos (Espinosa Lopez, 1980). Se -- trata de un conjunto de técnicas que se están desarrollando actualmente, y cuyo soporte teórico esta aún incompleto, pero -- que desde un punto de vista heurístico ha resultado de gran -- utilidad. Por lo tanto, los resultados generados mediante su utilización deben ser tomados como sugerencias de clasificación con mayor o menor insistencia dependiendo de algunas evaluaciones de consistencia de los resultados, a través de dife-

rentes etapas del análisis de cúmulos, y del significado que - ellos adquieran en relación al problema específico que se está analizando.

En este sentido el presente trabajo contribuye a la introducción de nuevas herramientas matemáticas en un campo tan difícil de cuantificar como es la Psicología Clínica.

La idea más simple de clasificación corresponde al concepto matemático de partición:

Una partición de un conjunto dado A (por ejemplo: el conjunto de pacientes) es una colección de subconjuntos de A (por ejemplo las familias) de tal manera que cada individuo está en uno y sólo un subconjunto de la colección.

Los métodos de clasificación que producen una partición como resultado, se llaman métodos jerárquicos de análisis de cúmulos.

Una idea más completa de clasificación, como la implícita en la clasificación biológica de seres vivos y otras taxonomías, - corresponde al concepto matemático de dendrograma (ver apéndice) o árbol de clasificación.

Un dendrograma se puede pensar como un proceso en el tiempo, - que comienza con todos los individuos separados; es decir que cada individuo constituye una clase. En el transcurso del análisis, empiezan a "pegarse" o juntarse individuos formando pequeños grupos de acuerdo a características comunes. En tiempos posteriores, estos pequeños grupos se funden formando grupos más grandes. Cada nuevo grupo se forma de la fusión de -- grupos ya existentes. Finalmente, todos los individuos forman un solo grupo, el de la población total. En otras palabras, - se tiene una secuencia "anidada" de particiones que comienza -

por la más fina (donde cada individuo forma una clase) a la más gruesa (donde todos los individuos pertenecen a una sola clase: la población).

Los métodos de clasificación que producen dendrogramas como resultado, se llaman métodos jerárquicos de análisis de cúmulos. En el presente trabajo se utilizaron 4 diferentes métodos y se compararon sus resultados.

Dos observaciones son importantes respecto a los métodos de análisis de cúmulos:

a) Son una mezcla de imponer una estructura a los datos (debido al manejo numérico y cuantificación de algunos elementos -- que dependen del juicio del investigador) y descubrir una estructura en los datos (la del problema que los generó). Es necesario evaluar, en los resultados, qué parte de ellos corresponde a cada componente.

b) Existe una enormidad de formas de clasificar la misma población dependiendo de los objetivos que se persigan, por ello, es necesario reflejar los objetivos de la investigación en la selección del coeficiente de didimilarity y del método particular a emplear.

En la presente investigación este último punto tiene una importancia adicional, ya que no se disponía en forma "natural" de una tabla de disimilaridad entre los pacientes, sino que era necesario elaborarla. Esto implicó por una parte el probar -- ponderaciones tentativas de las variables (en virtud de los objetivos era necesario dar más importancia relativa a las características disfuncionales, al diagnóstico psiquiátrico, a la constelación familiar, al motivo de consulta, y otras; adelante se presenta la ponderación que proporcionó resultados más --

significativos). Por otra parte las variables involucradas en la investigación son de diferentes tipos: algunas, como diagnóstico y motivo de consulta son de tipo nominal; otras, como el lugar ordinal que guarda como hijo el paciente identificado o etapa de desarrollo de la familia, son de tipo ordinal; presencia de factores tensionales y sexo son binarias; y las variables que involucran edades están en una escala de razón. En consecuencia fue necesario una homogenización del tipo de escala y una recodificación de las variables y sus valores para la aplicación de la técnica en el procesamiento en la computadora. En esta conversión y codificación deben reflejarse los objetivos de la clasificación. Por ahora basta decir que la técnica elegida proporciona varias alternativas para la definición de población y permite la búsqueda de relaciones entre variables de interés dentro de cada clase, para cada definición alternativa de población.

c.- Ya seleccionadas las alternativas (en la definición de población) que presentan mayor valor (potencial analítico, en cierto sentido una tipología de análisis), se procedió a la tercera parte de la estrategia, consistente en la caracterización estadística, de cada uno de los "tipos" o clases. Toda la estrategia anterior, como ya se dijo, se aplicó para las dos poblaciones básicas: la de pacientes y la de familias, y se compararon los resultados obtenidos.

El primer problema para la elección de un coeficiente de similitud se derivó de la heterogeneidad en los tipos de variables. La mayoría de los coeficientes están propuestos para variables en escala de intervalo o para variables binarias, sólo unos pocos permiten el manejo de variables nominales. En virtud de estos dos elementos se optó por transformar todas las variables que se considerarían en el análisis a uno de estos -

dos tipos. El coeficiente que se requería entonces podría ser alguno basado en las diferencias absolutas de los valores de las variables para cada par de individuos (o familias) a clasificar: Se escogió el coeficiente de Gower. Este coeficiente se calcula, para cada pareja de individuos (o familias) tomando las diferencias en el valor de cada variable, ponderada por el "peso" (importancia relativa) de la variable y dividida entre el rango de la misma (de manera que las variables con mucha varianza no distorcionan la importancia) y se suman estas cantidades.

Para realizar el análisis de cúmulos se utilizó el programa de Clasificación (Guillermo Espinosa, Arturo López, 1980) desarrollado por investigadores del IIMAS (Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas), para la computadora B-6800. Dicho programa permite elegir entre siete diferentes métodos de clasificación.

Dado que tanto la elección de pesos como el método de clasificación son en cierto grado arbitrarios, la técnica fue aplicada partiendo de diferentes juegos de pesos de las variables. Cada juego produjo una tabla de similaridad; y para cada tabla se obtuvieron resultados aplicando cuatro diferentes métodos de clasificación. En vista de que los resultados mostraron consistencia es decir que no variaban mucho, se eligieron para su presentación aquellos cuya interpretación era más clara.

Para la población de pacientes se probaron 5 juegos diferentes de pesos en las variables, el que produjo mejores resultados se muestra en la tabla:

TABLA DE PONDERACIONES:	PACIENTES	FAMILIAS
1.- CONSTELACION FAMILIAR (Tipo de Fam.)	20	20
2.- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	20	20
3.- MOTIVO DE CONSULTA	20	12
4.- PRESENCIA DE FACTORES TENSIONALES	20	20
5.- NUMERO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA FAM.	0	0
6.- EDAD DEL PACIENTE	0	0
7. SEXO DEL PACIENTE	0	0
8.- NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA	0	1
9.- EDAD DE LA MADRE	0	1
10.- EDAD DEL PADRE	0	1
11.- EDAD DEL HIJO MAYOR	0	1
12.- EDAD DEL HIJO MENOR	0	1
13.- NIVEL DE INGRESOS	0	1
14.- NIVEL SOCIO CULTURAL	0	1
15.- COHESION FAMILIAR	100	100
16.- ADAPTACION FAMILIAR	100	100
17.- ACTITUD HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO	100	100
18.- ACTITUD DE LA PAREJA HACIA EL CONFLICTO	100	100
19.- NUMERO DE SESIONES	0	0
20.- EVOLUCION DEL TRATAMIENTO	0	0
21. ETAPA DE DESARROLLO DE LA FAMILIA	20	20
22.- LUGAR ORDINAL DEL PACIENTE IDENTIFICADO (como hijo)	0	0

Es decir que se da peso máximo e igual (100) a las variables - relativas a la interacción familiar, y se hace que las otras - variables (con las que se desea asociar los patrones de inte-- racción) tengan en conjunto el mismo peso (20 por cada una) ha ciéndose notar que en alternativas sin ceros se obtuvieron re-- sultados similares, pero la interpretación de resultados es -- más clara con los valores cero, porque cualquier patrón o aso-- ciación que se descubra en un grupo, en relación a estas varia-- bles, será independiente de la clasificación, lo cual le dará-

valor predictivo a los patrones que se asocien con variables - peso cerc.

Para la población de familias se probaron sólo tres juegos de pesos, dado que al comparar los resultados entre sí no se observaron diferencias importantes.

Respecto a la población de familias, debe aclararse que fue -- necesario redefinir operativamente algunas variables. Ellas -- fueron diagnóstico psiquiátrico, motivo de consulta, y acti-- tud hacia el paciente identificado. Estas variables están de-- finidas para los pacientes pero no para las familias. Sin em-- bargo, el suprimirlas limitaría mucho el análisis, en vista de que se trata de variables de gran relevancia en la investiga-- ción. En lugar de esto, se optó por redefinirlas de la si- - guiente manera:

Diagnóstico psiquiátrico para la familia se consideró por ejem-- plo psiconeurósis cuando al menos un paciente de la familia -- fue diagnosticado así, y no psiconeurosis, cuando ninguno te-- nía ese diagnóstico. Se debe aclarar que en las familias en -- que se presenta psiconeurosis en general no se presenta desór-- denes reactivos, ni síndromes cerebrales crónicos, sino que -- más bien se asociaron con desviaciones del desarrollo.

La familia se consideró rechazante hacia los pacientes cuando -- la mayoría de los pacientes de esa familia eran rechazados; -- la familia se consideró sobreprotectora, si la mayoría era so-- breprotegido, en caso de empate, se elegía cualquiera de las -- dos, procurando respetar las proporciones totales en la pobla-- ción de pacientes.

En cuanto al motivo de consulta, se tomó el de aquel miembro -- de la familia que más correspondiera al diagnóstico de la fami

lia y la actitud, procurando que el sexo respetará la proporción que se dió en la población de paciente.

Esta es parcialmente la razón por la que "el peso" de motivo de consulta, en la clasificación de familias, se bajó con respecto al peso que tuvo en la clasificación de pacientes.

Algunos de los comentarios ya expuestos, apuntan hacia la confiabilidad de los resultados (basados en su consistencia). Sin embargo es posible añadir un poco más.

Cuando se habló de los métodos de clasificación se mencionó -- que son una mezcla de imponer y descubrir estructura, y que -- era necesario evaluar en los resultados la aportación de cada componente. A pesar de que se trata de técnicas matemáticas, -- esta evaluación normalmente incluye gran cantidad de elementos subjetivos, que se operacionalizan en algoritmos heurísticos -- (el programa CLASIFICACION, cuenta con algunos). También -- existen elementos teóricos matemáticos que contribuyen en este sentido; pero que su posibilidad de uso, muy rara vez se presenta. Afortunadamente ésta fue una de esas raras ocasiones.

En primer lugar, es posible asociar a los métodos jerárquicos de análisis de cúmulos una escala ordinal. Más aún, en esa escala hay un primero; el método conocido como unión simple -- (Shortest link o Single link) y un último: el conocido como -- unión completa (Longest link o Complete link). Todos los -- otros métodos son "intermedios". Un teorema matemático plantea que sí el dendrograma producido por el método de unión simple es el mismo que el producido por el de unión completa, a -- partir de una misma tabla de disimilaridad (o similaridad) entonces todos los métodos intermedios producirán el mismo dendrograma, más aún, la tabla de disimilaridad contiene ya ese -- dendrograma.

Es decir, que cuando coinciden los dendrogramas producidos por los métodos "extremos" entonces el componente de descubrir estructura es de 100%.

Más adelante se presentan los dendrogramas para ambas poblaciones (pacientes, familias) producidas por los métodos extremos. Una comparación visual bastará para comprobar que en los resultados obtenidos hay un porcentaje muy alto de descubrir estructura; concretamente los grupos encontrados y todas sus relaciones (subgrupos y grupos más amplios), se encontraban ya, aunque ocultos, muy ocultos, en los datos iniciales.

CAPÍTULO VII:
RESULTADOS:

Correspondiendo a las diferentes etapas de la estrategia se obtuvieron los siguientes resultados (Se anexa Tabla Natural en apéndice):

A: Descripción Estadística.

La caracterización estadística de ambas poblaciones (pacientes o familias) se encuentra en la última columna de la tabla resumen respectiva (pags. 183-192).

En esta etapa, en busca de asociaciones en las variables, se construyeron tablas cruzadas (con dos variables primero y con dos variables por una tercer controladora después, de las variables más relevantes para la investigación). Los resultados no se presentan en virtud de la poca información que aportan (bajas significancias), se extrajeron también en el análisis posterior.

B: Análisis de Cúmulos.

Los resultados del análisis de Cúmulos condujeron al establecimiento de 5 grupos que se presentaron consistentemente para diferentes elecciones en los pesos de las variables, en los diferentes métodos de clasificación y en las dos poblaciones. En el apéndice se incluyen los dendrogramas.

C: Descripción Estadística de los Grupos.

En las tablas resumen se dan las características estadísticas-

de cada grupo y de las poblaciones básicas.

En cada celdilla el primer valor es el número absoluto.

El segundo valor es el valor porcentual del total de hilera.

El tercer valor es el valor porcentual del total columnas.

F = a la población familias.

P = a la población pacientes.

Los 5 grupos formados fueron:

GRUPO I (Letra D del Dendrograma):	DESARTICULADAS-CAOTICAS	--
	RECHAZANTES.	
GRUPO II (Letra E del Dendrograma):	AMALGAMADAS- CAOTICAS	-
	RECHAZANTES.	
GRUPO III (Letra C del Dendrograma):	AMALGAMADAS- CAOTICAS	-
	SOBREPROTECTORAS.	
GRUPO IV (Letra A del Dendrograma):	AMALGAMADAS-RIGIDAS	-
	RECHAZANTES.	
GRUPO V (Letra B del Dendrograma):	AMALGAMADAS- RIGIDAS	-
	SOBREPROTECTORAS.	

SECCION 1
CONSTELACION FAMILIAR

183

GPO. VAR. I	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
FAMILIA COMPLETA 1	4. 16. 66.7	5. 14.7 71.4	3. 12.0 50.0	5. 14.7 50.0	5. 20.0 71.4	6 17.6 54.5	6 24. 60.	9 26.5 60.0	7 28. 58.3	9 26.5 60.0	25 100 61.	34 100 58.6
FAMILIA INCOMPL. 2	1. 16.7 16.7	1. 12.5 14.3	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	1 10. 10.	2 25.0 13.3	4 66.7 33.3	5 62.5 33.3	6 100 14.6	8 100 13.8
FAMILIA COMPUESTA 3	1. 25.0 16.7	1. 14.3 14.3	0 0.0 0.0	1. 14.3 10.0	1. 25. 14.3	3 42.9 27.3	2 50. 20.	2 28.6 13.3	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	4 100 9.8	7 100 12.1
FAMILIA EXTENSIV- VA 4	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	3. 50.0 50.0	4 40.0 40.0	1. 16.7 14.3	2 22.2 18.2	1 16.7 10.	2 22.2 13.3	1. 16.7 8.3	1 11.1 6.7	6 100 14.6	9 100 15.5
TOTAL	6. 14.6 100.	7. 12.1 100.	6. 14.6 100.	10 17.2 100.	7 17.1 100.	11 19.0 100	10 24.4 100	15 25.9 100.	12 29.3 100.	15 25.9 100	41 100 100	58 100 100

SECCION 2
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

GPO. VAR. II	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
DESORDE- NES PSICO- TICOS. 6.3	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	2 66.7 33.3	2 66.7 20.0	1 33.3 14.3	1 33.3 9.1	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	3 100 7.3	3 100 5.2
DESV. DESARRO- LLO 3.2	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	2 25.0 20.0	0 0.0 0.0	1 12.5 9.1	0 0.0 0.0	1 12.5 6.7	2 100 16.7	4 50.0 26.7	2 100 4.9	8 100 13.8
SINDROME CEREBRAL CRONICO 8.2	2 18.2 33.3	2 15.4 28.6	3 27.3 50.0	3 23.1 30.0	1 9.1 14.3	2 15.4 18.2	2 14.2 20.0	3 23.1 20.0	3 27.3 25.0	3 23.1 20.0	11 100 26.8	13 100 22.4
DESORDENES PSICONEUROTI- COS 4.6	3 14.3 50.0	4 13.8 57.1	0 0.0 0.0	1 3.4 10.0	4 19.0 57.1	6 20.7 54.5	8 38.1 80.0	11 37.9 73.3	6 28.6 50.0	7 24.1 46.7	21 100 51.2	29 100 50.0
REACCIONES REACTIVAS 0.2	1. 25.1 16.7	1 20.0 14.3	1 25. 14.7	2 40.0 20.0	1 25 14.3	1 20.0 9.1	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	1 25 8.3	1 20.0 6.7	4 100 9.8	5 100 8.6
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 19.0 100	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 25.9 100	15 25.9 100	41 100 100	58 100 100

MOTIVO DE CONSULTA

GPO. VAR.	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
MOTIVO AGRES. 6	1 7.7 16.7	1 6.7 14.3	1 7.7 16.7	2 13.3 20.0	1 7.7 14.3	1 6.7 9.1	4 30.8 40.0	5 33.3 33.3	6 46.2 50.0	6 40.0 40.0	13 100 31.7	15 100 25.9
MOTIVO BAJO REND. 7	4 22.2 66.7	5 17.9 71.4	4 22.2 66.7	5 17.9 50.0	3 16.7 42.9	5 17.9 45.5	4 22.2 40.0	7 25.0 46.7	3 16.7 25.0	6 21.4 40.0	18 100 43.9	28 100 48.3
MOTIVO FOBIA 8	1 16.7 16.7	1 12.5 14.3	1 16.7 16.7	2 25.0 20.0	1 16.7 14.3	1 12.5 9.1	1 16.7 10.0	2 25.0 13.3	2 33.3 16.7	2 25.0 13.3	6 100 14.6	8 100 13.8
MOTIVO TIMIDEZ 9	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	1 14.3 10.0	2 50.0 28.6	4 57.1 36.4	1 25.0 10.0	1 14.3 6.7	1 25.0 8.3	1 14.3 6.7	4 100 9.8	7 100 12.1
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 19.0 100	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 25.9 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

SECCION 4

PRESENCIA DE FACTORES TENSIONALES.

GPO. VAR.	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
TENSION 10	5 20.8 83.3	6 17.1 85.7	5 20.8 83.3	7 20.0 70.0	3 12.5 42.9	7 20.0 63.6	5 20.8 50.0	8 22.9 53.3	6 25 50.0	7 20.0 46.7	24 100 58.5	35 100 60.3
NO TENSION	1 5.9 16.7	1 4.3 14.3	1 5.9 16.7	3 13.0 30.0	4 23.5 57.1	4 17.4 36.4	5 29.4 50.0	7 30.4 46.7	6 35.3 50.0	8 34.8 53.3	17 100 41.5	23 100 39.7
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 19.0 100	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 25.9 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

SECCION 5

NUMERO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA FAMILIA

	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
UNO	5 17.2 83.3	5 17.2 71.4	6 20.7 100	6 20.7 60.0	3 10.3 42.9	3 10.3 27.3	6 20.7 60.0	6 20.7 40.0	9 31 75.0	9 31.0 60.0	29 100 70.7	29 100 50.0
MAS DE UNO	1 8.3 16.7	2 6.9 20.6	0 0.0	4 13.8 40	4 33.3 57.1	8 27.6 72.7	4 33.3 40.0	9 31.0 60.0	3 25 25.0	6 20.7 40.0	12 29.3	29 100 50.0
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 19.0 100	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 25.9 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

SECCION 6
EDAD DEL PACIENTE

185

GPO. EDAD PAC.	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
6 A 10	4 66.7	4 14.8 57.1	2 33.3	4 14.8 40.0	2 28.6	4 14.8 36.4	4 40.0	5 18.5 33.3	7 58.3	10 37.0 66.7	19 46.3	27 100 46.5
11 A 15	2 33.3	3 10.0 42.9	4 66.7	6 20.0 60.0	4 57.1	6 20.0 54.5	6 60.0	10 33.3 66.7	5 41.7	5 16.7 33.3	21 51.2	30 100 51.7
15 A 20	0 0.0	0 0.0	0	0 0.0	1 14.3	1 100 9.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.5	1 100 1.7
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 100 19.0	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

SECCION 7
SEXO DEL PACIENTE

GPO. SEXO	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
HOMBRE	6 18.3 100	6 14.0 85.7	4 12.5 66.7	8 18.6 80.0	5 15.6 71.4	6 14.0 54.5	8 25 80.0	13 30.2 86.7	9 28.1 75.0	10 23.3 66.7	32 78.0	43 100 74.1
MUJER	0 0.0	1 6.7 14.3	2 22.2 33.3	2 13.3 20.0	2 22.2 28.6	5 33.3 45.5	2 22.2 20.0	2 13.3 13.3	3 33.3 25.0	5 33.3 33.3	9 22.0	15 100 25.9
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 100 19.0	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

SECCION 8
NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA

GPO. Nº HIJOS	1		2		3		4		5		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
UNICO	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 33.3 100	4 100 26.7	4 9.8	4 100 6.9
2,3 ó 4	6 100	7 14.6 100	5 83.3	9 18.8 90.0	7 100	11 22.9 100	8 80.0	12 25.0 80.0	7 58.3	9 18.8 60.0	33 80.4	48 100 82.8
5,6 ó 9	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 10.0	0 0.0	0 0.0	2 20.0	3 50.0 20.0	1 8.3	2 33.3 13.3	4 9.8	6 100 10.3
	6 100	7 12.1 100	6 100	10 17.2 100	7 100 19.0	11 19.0 100	10 100	15 25.9 100	12 100	15 25.9 100	41 100	58 100 100

CAPITULO VIII
DISCUSION

Lo que se pretende en esta sección es establecer de qué manera los resultados obtenidos se vinculan a los objetivos planteados qué resultados aportan o contribuyen al esclarecimiento de cada objetivo.

Para clarificar la manera en que la Clasificación contribuye a lograr los objetivos es necesario puntualizar que, para cada uno de los grupos descubiertos fue posible encontrar una clara interpretación y caracterización en términos de una conceptualización global de la interacción familiar; así tenemos la siguiente caracterización de familias (ver Tabla Resumen Secciones: Cohesión, adaptación y actitud hacia el paciente identificado).

PATRONES DISFUNCIONALES

GRUPO	COHESION	ADAPTACION	ACTITUD HACIA EL PAC. ID.
1	Desarticuladas	Caóticas	Rechazantes
2	Amalgamadas	Caóticas	Rechazantes
3	Amalgamadas	Caóticas	Sobreprotectoras
4	Amalgamadas	Rígidas	Rechazantes
5	Amalgamadas	Rígidas	Sobreprotectoras

Por lo tanto si se añade una nueva variable tanto en los pacientes como en las familias al grupo al que pertenece, el cruzamiento de esta nueva variable con las otras produce la vinculación deseada.

Con Relación al Objetivo I

OBJETIVO I: Se pretenden determinar las características dis-

funcionales comunes en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas escolares.

La caracterización de la población total de las familias se lee en la última columna de la Tabla Resumen. (pag. 183-192) - En particular, la distribución de la población en cuanto a -- los patrones de interacción disfuncional, revela que un 85.4% de las familias estudiadas presentan cohesión amalgamada, lo que a primera vista llama la atención: En otros términos, -- hay una tendencia en las familias atendidas hacia el amalgamamiento. En cuanto a los otros patrones disfuncionales se distribuyeron aproximadamente al 50%, lo que plantea una ausencia de tendencias al respecto.

Cabe afirmar que si se considera una conceptualización global de la interacción familiar que incluya los cuatro patrones -- disfuncionales, la hipótesis primera se considera falsa:

H_1 : En las 41 familias cuyos hijos presentan problemas escolares, se dan características disfuncionales comunes en sus patrones de interacción.

Dado que no se asociaron los cuatro patrones disfuncionales - en todas las familias que presentaban problemas escolares para poder caracterizarlas.

Si se analizan los patrones individuales, la hipótesis no se rechaza en virtud de la tendencia al amalgamamiento (ver conclusiones). O sea que sí se dio un patrón (cohesión amalgamada) en el 85.4% de las familias que presentaban problemas escolares (Tabla Resumen Secc. # 15).

OBJETIVO II: Se pretende diferenciar las características disfuncionales en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas escolares, dependiendo del motivo de consulta.

Lo primero que se debe hacer notar es que en el 48.3% de los pacientes, el motivo de consulta fue bajo rendimiento escolar (Tabla Resumen Secc. # 3).

La pregunta que se desea contestar es si existe una correspondencia (asociación) clara entre un motivo particular de consulta y la pertenencia a un grupo específico (ya que cada grupo está caracterizado por un patrón de interacción familiar - global).

Aunque los resultados no permiten responder afirmativamente, con toda claridad, sí es posible plantear algunas observaciones al respecto (Tabla Resumen Secc. #3):

i) El 40% de los pacientes cuyo motivo de consulta es agresividad, se ubicaron en el grupo #5 (Amalgamadas-rígidas y sobreprotectoras). El porcentaje esperado por azar sería 25.9%.

ii) El 50% de los pacientes cuyo motivo de consulta fue timidez, se ubicaron en el grupo #3 (Amalgamadas-caóticas y sobreprotectoras). El porcentaje esperado por azar sería 19%.

iii) Ninguno de los pacientes cuyo motivo de consulta fue timidez, se ubicó en el grupo # 1 (Desarticuladas, caóticas y rechazantes). El porcentaje esperado por azar sería 12.1%. --

Con Relación al Objetivo III:

OBJETIVO III: Se pretende diferenciar las características -- disfuncionales en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas-escolares, dependiendo del diagnóstico del paciente identificado.

Se debe hacer notar que en el 50% de los pacientes, el diagnóstico psiquiátrico fue de desórdenes psiconeuróticos (Tabla Resumen-Secc. # 2).

La pregunta a responder es si existe una correspondencia (asociación) clara entre un diagnóstico psiquiátrico particular y la pertenencia a un grupo específico caracterizado por un patrón de interacción familiar global.

Del mismo modo que antes podemos observar que (Tabla-Resumen-Secc. # 2):

i) Los pacientes con diagnóstico de desórdenes psicóticos se ubican en el grupo # 2 (amalgamadas-caóticas-rechazantes) en un 66.6% y en el grupo # 3 (amalgamadas-caóticas y sobreprotectoras) en un 33.3%. El porcentaje esperado por azar sería 17.2% en el segundo grupo y 19% en el tercero.

ii) Ningún paciente con Desviaciones del Desarrollo se ubica en el grupo # 1 (Desarticuladas-caóticas y rechazantes). El porcentaje esperado al azar sería de 12.1%.

iii) En cuanto a los pacientes diagnosticados como desórdenes psiconeuróticos no se aprecia un patrón claro que asociar. -- Quizá lo más significativo es que el 37.9% de ellos se ubican en el grupo # 4 (amalgamadas-rígidas y rechazantes). El porcentaje esperado al azar sería de 25.9% y que solo el 3.4% de ellos se ubica en el segundo grupo (amalgamadas-caóticos y re

chazantes). El porcentaje esperado al azar sería de 17.2%. - Es decir que parece ser que los pacientes con este diagnóstico no provienen de familias pertenecientes al grupo # 2.

iv) Los pacientes diagnosticados de desórdenes reactivos, también mostraron algunas tendencias: ninguno provenía de familias del grupo # 4 (amalgamadas-rígidas y rechazantes). El porcentaje esperado al azar sería del 25.9% en cambio, el 40% se ubica en familias del grupo # 2 (amalgamadas, caóticas y rechazantes). El porcentaje esperado al azar sería del 17.2%.

Con Relación al Objetivo IV:

OBJETIVO IV: Se pretende diferenciar las características disfuncionales en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas escolares, dependiendo de su constelación familiar.

Para comenzar señalaremos que el 61% de las familias presentan una constelación familiar del tipo completa (Tabla Resumen Secc. # 1)

De manera similar la pregunta a contestar es: ¿Cuál es la vinculación entre constelación e interacción familiar?

Las observaciones más relevantes son: (Tabla Resumen Secc. -- # 1);

i) En las familias cuya constelación familiar es del tipo incompletas, se observa cierta tendencia hacia la interacción que caracteriza el grupo # 5 (amalgamadas-rígidas y sobreprotectores), el 66.7% de ellas se ubican allí (contra el 29.3% que sería lo esperado por el azar). Además ninguna de ellas se agrupó en los grupos # 2 (amalgamadas caóticas y rechazantes) y # 3 (amalgamadas caóticas y sobreprotectoras).

Los porcentajes respectivos esperados serían de 14.6 y 17.1%.

ii) De las familias cuya constelación familiar es del tipo -- compuesto, ninguna se ubica en el grupo # 2 (amalgamadas caóticas y rechazantes), ni en el grupo # 5 (amalgamadas rígidas y sobreprotectoras). El porcentaje esperado por azar sería el 29.3% y el 14.6% respectivamente.

iii) Las familias cuya constelación familiar es del tipo extensivo tienden a ubicarse en el grupo # 2 (amalgamadas-caóticas y rechazantes). Se localizó un 50% contra el 14.6% esperado por el azar.

Con Relación al Objetivo V:

OBJETIVO V: Se pretende diferenciar las características disfuncionales en sus patrones de interacción en las estructuras de 41 familias mexicanas cuyos hijos presentan problemas escolares, dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentre la familia.

A reserva de consultar datos del reciente censo demográfico, parecería que la cifra de 22% de familias localizadas en la primera etapa de desarrollo es baja.

En este caso, la pregunta implícita en el objetivo es si la variación de los patrones de interacción familiar presenta -- una dinámica de evolución en el tiempo, que pudiera plantearse con cierta claridad.

En ese sentido no fue posible detectar ninguna tendencia.

La segunda hipótesis de trabajo:

H₂: En las 41 familias cuyos hijos presentan problemas escolares, se dan características disfuncionales diferentes en sus patrones de interacción, dependiendo del motivo de consulta, del diagnóstico psiquiátrico del paciente identificado, de su constelación familiar, y de la etapa de desarrollo en que se encuentra la familia.

Tiene una gran amplitud a la luz de lo que se acaba de exponer. Por lo tanto, no es posible aceptarla o rechazarla globalmente. Consideramos que los puntos ya señalados y otros -- que se concluyen de la discusión, responden parcialmente a -- subhipótesis (más específicas) y sugieren nuevas alternativas.

Es decir, que como resultado de este trabajo se podrá reestructurar un marco hipotético más completo y preciso para continuar la investigación, pero ello rebasa los propósitos de este trabajo.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES FINALES

El método de análisis de cúmulos proporcionó datos adicionales a los expuestos para contestar las hipótesis. Estos datos se irán analizando respetando el orden que guardan las variables en la Tabla Resumen (ver resultados); en el apéndice se anexa un cuadro de la formación de los grupos con las variables adicionales que puede aplicar la exposición. El manejo bibliográfico se llevará a cabo en igual forma que en las conclusiones teóricas (ver pág. 150). Para referirse a la tipología de los grupos se utilizarán las siguientes abreviaturas:

- GRUPO I: Des-cao-rech. (Desarticulada-caótica-rechazante).
- GRUPO II: Ama-cao-rech. (Amalgamada-caótica-rechazante).
- GRUPO III: Ama--cao-sobre. (Amalgamada-caótica-sobreprotectora)
- GRUPO IV: Ama-rig-rech. (Amalgamada-rígidas-rechazantes).
- GRUPO V: Ama-rig-sobre. (Amalgamada -rígidas-sobreprotectoras).

1. CONSTELACIÓN FAMILIAR

Es importante señalar que la proporción de pacientes que proviene de las diferentes constelaciones familiares sea igual a la proporción de familias de ese mismo tipo. Por ejemplo: -- existe un 61% de familias completas y un 58.6% de los pacientes que pertenecen a familias completas, lo que no necesariamente debería darse por que podría haberse distribuido el 60% de los pacientes en 30% proviniendo de familias completas y 30% de familias incompletas o distribuido entre las otras categorías de la variable constelación familiar. Lo cual nos habla de que los pacientes se distribuyen en forma semejante - -

en cada uno de los tipos de familia, sin embargo vale la pena hacer notar que no podríamos concluir que la mayoría de los pacientes provienen de familias completas, por ser de éstos de donde proviene el 60% de los pacientes identificados, dado que para ello deberíamos tener un censo nacional y comparar poblaciones de constelaciones familiares contra nuestra población estudiada.

1.1. FAMILIAS COMPLETAS.- Podemos señalar que en nuestra población el 60% de los pacientes identificados provienen de familias completas. Si vemos la distribución de la familia completa en los cinco grupos ésta no difiere de lo obtenido al azar, sin embargo, por las exclusiones que implican los otros tipos de familia en cuanto a constelación familiar parecería que las completas se localizan en los grupos 4 y 5 (ama-rig-rech y ama-rig-sobre) ninguno con conflicto abierto. Aquí no está presente el elemento caótico que comparten las otras familias completas distribuidas en los 3 grupos restantes.

1.2. FAMILIAS INCOMPLETAS.- Tienen una tendencia a agruparse con la tipología de ama-rig-sobre y ninguna se agrupa en amacao-rech ni en amacao-sobre; el elemento sobresaliente es -- que sí es consistente su RIGIDEZ, lo cual nos haría pensar en que en estas familias, al faltar un miembro parental, no pudieron adaptarse al cambio y podría suceder lo que Minuchin señala con respecto a la Familia Fantasma, donde la familia presenta problemas para reasignar tareas del miembro faltante por muerte o deserción (Minuchin, pág. 130).

1.3. FAMILIAS COMPUESTAS.- Se localizan en tipología des-caorech, amacao-sobre y ama-rig-rech; pero ninguna se ubica en las dos restantes: amacao-rech; ni en ama-rig-sobre.

1.4. FAMILIAS EXTENSIVAS.- Las familias extensivas tienden a ubicarse en el grupo de ama-no-rech, lo cual concuerda con -- elementos teóricos de que una familia con falta de límites in-tergeneracionales puede presentar situación caótica y lo pato-lógica en su disfunción de amalgamada podría estar dado, como decía Minuchin, (pág. 124) no por el hecho de que el subsiste-ma parental pudiera ser ejercido por figuras de autoridad como tías o abuelos, sino en que no se diera una definición cla-ra de quién era la autoridad, lo cual se manifestaba en inte-racción caótica con formación de alianzas y coaliciones inter-generacionales disfuncionales provocando rechazo hacia el - - miembro más vulnerable de la familia por una lucha de poder - (Haley, pág. 69).

2. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO:

En este apartado cabría hacer notar que probablemente un factor que podría ser significativo para que alrededor de este - eje no se agruparan en forma clara los patrones disfunciona-les sería el hecho de que los psiquiatras, al dar su diagnós-tico con respecto a la terminología del " GAP " ("Manual de - Clasificación Diagnóstica" 1981), señalaban varias clasifica-ciones para un mismo paciente, por Ejem: 8.2 (Síndrome Cere--bral) y en forma secundaria 4.6 (desórdenes psiconeuróticos)-ó 02 (desviaciones del desarrollo) dado que entre las tres pa-tologías existen algunos elementos similares como se puede -- apreciar en la descripción del " GAP " sobre Síndrome Cere--bral Crónico: "Contrariamente a las primeras impresiones, no parece haber un tipo específico de desórdenes de la personali-dad asociado en niños con síndromes cerebrales crónicos. En-vez de esta creencia, parece haber diferentes tendencias de - personalidad, que verían de muy ansiosas, obsesiva-compulsiva o sobre independiente, con frecuentes fallas en la organiza--

ción de la personalidad y otras desviaciones del desarrollo" (pág. 12). Para el manejo de los datos solamente se tomó la considerada por los especialistas como la más significativa.

2.2. DESORDENES PSICOTICOS.- Existe una tendencia a ubicarse en el grupo de ama-caos-rech, lo que concuerda con datos de -- Beavers y Sterlin (pág. 138) en que patrones de interacción familiar que incluyen poca diferenciación de sus miembros, -- falta de límites intergeneracionales, y que tienden a mantener a los miembros alimentados por el sistema familiar y depender poco de nutrientes extrafamiliares, se asocian con patologías de tipo psicótico (esquizofrénicas). Se hace notar que en valores absolutos sólo se identificaron 3 sujetos con este diagnóstico (2 localizados en el grupo antes mencionado y 1 en -- el grupo ama-caos-sobre). El elemento común en ambas tipologías es lo amalgamado y caótico. La sobreprotección podría -- estar involucrando elementos de rechazo, donde se verifican -- rían elementos señalados por Jackson (pág. 44) en su teoría -- del doble vínculo: una madre intensamente involucrada con su hijo (amalgamada) donde la madre experimenta ansiedad si el -- niño le responde de acuerdo a una madre amorosa, y ante sentimientos de ansiedad y hostilidad para el niño, su manera de -- negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta, -- unido a una ausencia de un padre fuerte capaz de intervenir -- en la relación entre madre y niño y apoyarlo ante estas contradicciones. Se da una interacción familiar productora de -- patología esquizofrénica.

2.3. DESVIACIONES DEL DESARROLLO.- Ningún paciente con este diagnóstico se ubica en el grupo des-caos-rech. Desviaciones del desarrollo implican elementos de pobre individualización; el único elemento que contrasta entre este grupo y los cuatro restantes sería lo AMALGAMADO, que involucra elementos --

centrípetos-entrópicos (R. Beavers pág. 138) donde el núcleo familiar vincula con fuerte intensidad a sus miembros y existe poca participación externa al núcleo primario, poca diferenciación entre subsistemas y la imposibilidad de sociabilizar en forma adecuada con sus pares (Minuchin pág. 87). El diagnóstico de desviación del desarrollo se agrupa con los diagnosticados como psiconeuróticos localizados en la tipología # 5 ama-rig-sobre y serán analizados en este apartado.

2.4. DESORDENES PSICONEUROTICOS.- La autora, apoyada en las conclusiones de la casuística documental (ver conclusiones teóricas) buscaba la verificación de que se presentaran los patrones disfuncionales de la familia psicósomática propuestos por S. Minuchin (pág.134): Amalgamada, sobreprotectora, rígida y negadora de conflictos, en las familias de los pacientes psiconeuróticos. Sin embargo no se confirma dicha hipótesis, al no asociarse en un patrón claramente definido.- En el grupo 4 que presenta una tipología ama-rig-rech se ubica el 80% de los psiconeuróticos de dicho grupo junto con el 20% de síndrome cerebral. En este grupo se da una franca tendencia a familias negadoras de conflicto (se da un 80% negadora de conflicto y un 20% falta de pareja). En el grupo 5 cuya tipología es ama-rig-sobre se ubica el 50% de psiconeuróticos de dicho grupo con un 16.7% de pacientes diagnosticados como desviación de desarrollo y que es en el único grupo donde están presentes (ver apartado anterior) lo cual da el 66.7% de la población de dicha columna, también aquí se da una tendencia a la negación de conflicto (41.7% negadores y un 33.3% falta de pareja).

Partiendo de que pudieran estar compartiendo ciertos elementos, los pacientes psiconeuróticos, los de desviación de desa

rrollo y los de síndrome cerebral, con la justificación dada en la introducción de diagnóstico psiquiátrico, podríamos entender su agrupación en las 2 tipologías antes mencionadas.- El elemento contrastante entre ambos grupos es el rechazo y la sobreprotección, elemento que no nos permite apoyar la hipótesis de los patrones disfuncionales de las familias psicósomáticas. Si nos permitiéramos entrar en el terreno de la especulación podríamos que el elemento discrepante del rechazo no está tan desligado de la sobreprotección para poder -- ser tajantes. Así podríamos situarnos en las conceptualizaciones sobre los mecanismos de defensa (Freud A. 1978) y sobre los elementos teóricos del doble vínculo antes mencionados. Ana Freud al referirse a procesos intrapsíquicos, señala con respecto a las formaciones reactivas "...atraen la -- atención del observador a la contraparte reprimida de aquello que se exhibe de manera manifiesta. La excesiva preocupación indicaciones de la existencia de reprimidos deseos de muerte..." (pág. 20). Aquí nos habla de los deseos del niño hacia sus padres; podríamos pensar que es intrapsíquico y no interaccional, sin embargo una vez que involucra la conducta manifiesta como estar checando con el papá o con la mamá si están bien involucra ya un aspecto interaccional al recibir respuesta de éstos por la preocupación -- del hijo, esto podríamos conectarlo con los elementos -- del doble vínculo donde se da la sobreprotección de la madre ante sus sentimientos hostiles hacia el niño; lo que subyace es un elemento ambivalente que puede manifestarse en forma -- de sobreprotección o en forma inversa o sea de rechazo. Generalmente los autores han hablado de la sobreprotección que encubre un rechazo y no se ha explorado el que se dé el rechazo estando el elemento de la contraparte reprimido, o sea la sobreprotección, porque pudiera haber elementos culturales míticos en el contexto familiar para manejar la parte agresiva por temor a demostrar su parte amorosa, que concuerda --

con comentarios de los padres durante el proceso psicoterapéutico de que "sé que lo quiero pero no sé por qué se lo demuestro siempre agrediéndolo como si fuera signo de debilidad ser cariñoso y los hombres debén ser fuertes". Esto cae en un terreno no explorado pero se consideró conveniente dejarlo señalado.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

El hecho de que no se agruparan alrededor del eje "motivo de consulta" los patrones disfuncionales en forma clara, podría deberse a que éste es dado por padres o maestros y anotado por las trabajadoras sociales y podría no reflejar lo que el niño realmente tiene o el que al dar varios motivos se tomara solamente uno a criterio del especialista y unas descripciones podrían involucrar a las otras.

3.1. Agresividad.- Pacientes, cuyo motivo de consulta eran -- ser agresivos en casa y/o escuela, se ubican en el grupo de -- ama-rig-sobre; esto no concuerda con supuestos teóricos puesto que sería el patrón de los psicósomáticos (Minuchin pág. 134)- que tienden más a reprimir la agresión y somatizarla que expresarla en el exterior y por ende ser catalogados de agresivos.- Sin embargo este resultado es poco confiable por lo expuesto en la introducción de motivos de consulta.

3.2. Bajo rendimiento escolar.- Un 48.3% de la población estudiada presentó como motivo de consulta bajo rendimiento escolar, ubicándose en las tipologías 1 y 2 el mayor número: (des-ca-o-rech y ama-ca-o-rech), que contrasta en que no fue significativa su distribución en los grupos 4 y 5 (ama-rig-rech y ama-rig- sobre) donde se ubicaron los psiconeuróticos.

3.3. Fobias Escolares.- Los pacientes cuyo motivo de consulta era fobia escolar, no se agruparon en una determinada tipología.

3.4. Timidez.- El 57.1% con relación a la población total, se ubicó en el grupo ama-caosobre; podría pensarse que lo -- amalgamado, que impide actuar con el afuera y que tiende más hacia el seno familiar (entropía-centrípeta), junto con sobreprotección, que no les permite actuar y desarrollar sus capacidades de acuerdo a su edad, y lo caótico, que no les ofrece un ambiente estructurado que les permita saber que se espera de ellos y que esperan ellos de los adultos (S. Minuchin pag. 142), los lleva a buscar un retraimiento al sentir el mundo externo amenazante, donde la gente se percibe como nociva (Beavers pág. 139).

Ninguno de los pacientes clasificados con timidez se ubicó en el tipo de des-caosrech; dos elementos contrastan aquí con la tipología donde si se ubicó un número significativo: amalgamado vs. desarticulado y sobreprotección vs. rechazante, lo cual confirma lo antes expuesto en cuanto a que la timidez presente se relaciona con el elemento de demasiadas nutrientes del seno familiar que se relacionaría con lo centrípeta, donde el elemento sobre protección lo envuelve con la familia en contraste de los que se ubican en la desarticulación con conceptos de -- centrífugas que impelen al exterior, unido a su rechazo familiar y al pobre involucramiento afectivo para ser retenido -- (Beavers pág. 139).

4. FACTORES TENSIONALES:

En el 60% de los pacientes se encontró un factor tensional, - dicho 60% se mantiene en la población familiar.

5. NUMERO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA FAMILIA

El 70% de la población familiar identificó solamente a un paciente, sin embargo el 30% restante de la población familiar ubica a un 50% de los pacientes identificados; esto podría -- indicarnos que en nuestra población predomina el tomar a un solo miembro como portavoz o emergente de la conflictiva familiar. Esto no concuerda con lo esperado teóricamente pensando que siendo una población predominantemente amalgamada (83%) y con demasiada cercanía y preocupación de los miembros unos por otros, se identificarían más pacientes por familia.

En familias con tipología des-caos-rech todas identifican solamente a un paciente. Esto concuerda con los esquemas teóricos de que siendo desarticuladas existe poco involucramiento, son familias tan desunidas que no pueden establecer normas de conducta, de donde se podría derivar que son caóticas como podría suceder con las demasiado unidas, que por ser tan democráticas nunca pueden establecer reglas, aquí en las desarticuladas sucede lo contrario, no se interesan por los otros, de -- allí su rechazo y podrían ser definidas como centrifugas que expelen a los hijos fuera del núcleo. Su poca preocupación las hace no señalar más pacientes, sólo probablemente -- aquel detectado o referido por la escuela en grados extremos por presentar conductas de tipo sociopático.

En el grupo ama-caos-sobre existe cierta tendencia a que el paciente identificado sea más de uno; lo que confirmaría en cierta medida lo anterior; o sea que aquí la demasiada cercanía, y la sobreprotección hacen identificar mas pacientes.

6. EDAD DEL PACIENTE IDENTIFICADO

El 30% de los pacientes identificados tienen de 12 a 13 años.

El 15% tiene 8 años. Si bien es cierto que la población estudiada recibe pacientes de 6 a 16 años, hay que hacer notar que los dos agrupamientos se dieron en las edades antes mencionadas.

En los pacientes que tenían de 12 a 13 años podríamos pensar que está presente el elemento de adolescencia que es cuando los hijos empiezan a cuestionar los valores de los padres y se dan también disfunciones de alianzas y coaliciones que desequilibran el sistema familiar (Barragan pag.110).

En los pacientes que tenían 8 años, se podría explicar porque es la etapa donde inician sus cursos primarios y se pueden --enfrentar a problemas específicos de aprendizaje que los limitan en su aprovechamiento académico sobre todo en la lecto-escritura que los hace vulnerables para ser depositarios de la problemática familiar.

7. SEXO DEL PACIENTE IDENTIFICADO.

El 74% de los pacientes identificados fueron del sexo masculino y el 26% del sexo femenino.

Esto es significativo ya que contrariamente a lo que se ha --supuesto la población está distribuida al 50% según el censo-reciente*, lo cual nos indicaría que se identifican más varones en nuestra población estudiada y podría pensarse en que --dado el papel de sumisión asignado culturalmente a la mujer --(Simone Dw Bouvaire lo menciona en su libro "El Segundo Sexo") se podría pensar que una forma socialmente aceptada sería descargar la hostilidad que la mujer siente ante su patrón de dominación-sumisión (Beavers pág.) preocupándose por la educación escolar del niño más que de la niña, ya que el varón debe estar preparado para

* Cifras preliminares del censo de población y vivienda, --
1980, Secretaría de Programación y Presupuesto:
Pobl. Total: 67 382 581; Hombres 33 295 260; Mujeres --
34 087 321.

mantener a la familia, este involucramiento de la madre con el hijo, con padres periféricos, puede hacer que se presenten patrones disfuncionales tipo díada madre-hijo donde, o bien se le puede sobreproteger y tenerlo como aliado, o bien se descarga toda la hostilidad desviada, cuando por ejemplo son familias negadoras de conflicto o con conflictos no resueltos.

Se notaron tres modalidades de rechazo al hijo varón durante el proceso psicoterapéutico: 1) desviación de conflicto tipo-ataque (Minuchin, pag. 114) en que ambos padres se unían contra el hijo para desviar el conflicto de la pareja, señalándolo como el problemático de la familia. 2) agresión abierta al hijo de parte de la madre, en situaciones en que el padre era periférico, y existía un patrón de dominación-sumisión con pareja negadora de conflicto y la madre desviaba la hostilidad dirigida al padre hacia el hijo (hacía comentarios de que el padre era igualito al hijo o el hijo igualito al padre en tal o cual cosa con conotación negativa) en forma socialmente aceptada: tenía que estar castigando a su hijo por su bien dado que era muy importante que tuviera buenas calificaciones sino ¿qué iba a pasar con él de grande? ya que siendo hombre tendría que mantener a su familia, y debía estar preparado para asumir tal responsabilidad. 3) Cuando era sobreprotegido por la madre como forma de aliarse y lograr una coalición contra el padre, tipo triángulo perverso (Haley pag. 54) y que consecuentemente era agredido por el padre.

8. NUMERO DE HIJOS.

El 30% de las familias tiene 4 hijos, el 25% tiene 2 hijos y el 25% tiene 3 hijos. El 20% se reparte entre 5-6-7 hijos.

Barragán (116) menciona que el tamaño de la familia puede dar datos relevantes en la interacción familiar, sin embargo en -

el presente estudio solamente se puede señalar que se trabajó con familias pequeñas dado que sólo el 20% podría caer en familia grande.

9. EDAD DE LA MADRE.

Las edades de la madre, padre e hijos, en cierta medida, fueron registradas para poder cuantificar las etapas de desarrollo de la familia; esto se verá en su apartado.

El 30% de los pacientes proviene de madres que tienen entre 37 y 38 años cuando solamente el 23% de las madres tienen esta edad. Lo que significa en nuestra población que las madres cuya edad que fluctúa entre 37 y 38 años identifican más de un paciente en su familia.

Este 23% que identifica a más de un paciente podría pensarse que se centra demasiado en sus hijos al no haber logrado consolidar la pareja. La pareja se encuentra en la etapa de diferenciación y realización donde puede haber una violación de límites ya sea porque se llevó a cabo un desarrollo disparado y el marido tuvo éxito y la esposa no participó de él y se siente resentida al haberse dedicado sólo a los hijos, manejando este resentimiento formando coalición contra el padre, aliándose con sus hijos, o bien porque se violaron límites con relaciones extramaritales pudiendo producir semejante interacción: alianza de la madre con los hijos y actitud hostil al padre. En el aspecto de intimidad es en esta época donde se profundiza en los "buenos matrimonios, mientras que en los "malos" se va consolidando un alejamiento gradual y progresivo (Barragán pag. 94)

La edad promedio de la madre fue de 36.9 años, quedando agrupada en el rango de 27-50 años.

10. EDAD DEL PADRE.

El rango de la edad del padre fue entre 27-69 años o sea que no se agruparon.

En el 10% de las familias se reportó padre muerto. En cambio no se reporta madre muerta. Podría pensarse que acude más - la madre ante la pérdida de su pareja que el padre por su dificultad ante el cambio o sea a lograr una nueva distribución de roles, y también que ante la pérdida se centren más en sus hijos.

11. EDAD DEL HIJO MAYOR.

En el 34% de la población familias, el hijo mayor tiene entre 11 y 13 años y el 15% tiene 16 años.

El 22% de los pacientes identificados provienen de familias - cuyo hijo mayor tiene 13 años, sin embargo sólo el 12% de las familias tienen hijos mayores de 13 años lo que indica que en estas familias se ha identificado a más de un paciente. Esto se conecta con lo explicado en el apartado de la edad de la - madre.

12. EDAD DEL HIJO MENOR.

En el 30% de la población familias, el hijo menor tiene entre 5 y 6 años, y el 53% entre 5 y 8 años.

13. NIVEL DE INGRESOS

Nivel de ingresos y nivel socio-cultural no se agruparon con las tipologías. Estas variables no se considera que reflejan la situación que prevalece actualmente en nuestro me--

dio (ver criterios para su cuantificación de parte de las trabajadoras sociales en el apartado de metodología pag.168). -- Sin embargo cabe señalar que en nuestro estudio el 42% de la población familias se ubica en un nivel de ingresos bajo.- El 46% se ubica en un nivel de ingresos medio y solamente el 12% se ubica en un nivel de ingresos alto, a pesar de encontrarse localizada la Clínica en una zona de altos recursos (Polanco) lo cual podría implicar que asisten por ser referidos generalmente por escuelas de tipo oficial y no por motivación de la familia. Dato que se confirma dado que en la entrevista de trabajo social decía "referido por..." y no se codificó, se notó que la mayoría eran referidos por sus centros de enseñanza.

En el nivel de ingresos bajo se identifica por lo general a un paciente y en las otras se aumenta especialmente en la media.

14. NIVEL SOCIO-CULTURAL.

Si bien se conserva el mismo porcentaje del nivel de ingresos cultural en la clase baja, no sucede esto en la clase media y alta. Se movieron 5 que pertenecían al nivel de ingresos medio a 9 de nivel socio cultural alto, casi se duplicó. - Lo que indica es que el profesionista tiende a ubicarse en clase media en cuanto a su situación económica, en el presente estudio.

15. COHESION.

En todas las familias desarticuladas solamente se identificó a un paciente. Esto podría explicarse pensando en que existía poca resonancia afectiva y poco involucramiento.

El 17% de las familias que dejaron de asistir al tratamiento eran desarticuladas. Esto confirma lo anterior, o sea familias con poca intensidad afectiva, donde a nadie le preocupa el otro y no existe elemento de interés familiar; podría pensarse en sujetos de mal pronóstico para terapia familiar.

El 85.4% de las familias presentaron cohesión amalgamada. Las amalgamadas en cambio presentan un buen pronóstico para tratamiento familiar ya que fue solamente en el grupo de desarticuladas donde todas desertaron. Esto podría explicarse en que el concepto de familia unida y su alta responsabilidad que sienten cada uno de los miembros hacia los otros -- hace presión social.

Como se señaló existe una tendencia al amalgamamiento (85.4%) en nuestra población estudiada, pero para pensar en términos de patrón disfuncional deben darse otros elementos para definirlo como tal y no el ser amalgamada "per se", dado que podríamos pensar que es idiosincrático del mexicano ser clánico, a reserva de hacer una investigación a nivel nacional para ver si se confirma la tendencia a una alta cohesión. Los elementos que le dan el carácter de patrón disfuncional podrían estar contenidos en lo que señala Minuchin (pag. 118) en cuanto a definición de roles, definir claramente quién es la autoridad en un momento dado y definir qué esperan los -- unos de los otros en forma abierta y no pensar en términos -- de que el amalgamamiento por sí mismo pudiese ser disfuncional.

16. ADAPTACIÓN FAMILIAR.

El 49% presentó una adaptación caótica. El 51% presentó una adaptación rígida. En ambas se identificaron igual número -- de pacientes. La distribución a un 50% en cada patrón dis--

funcional (rígido-caótico) nos permite señalar que ambos polos pueden perjudicar en forma similar en cuanto a la producción de sintomatología al no cargarse hacia un polo.

17. ACTITUD HACIA EL PACIENTE IDENTIFICADO.

El 45% fueron sujetos sobreprotegidos. El 55% fueron sujetos rechazados. Podríamos señalar, como en el apartado anterior, - que ambas actitudes pueden perjudicar en forma similar en la producción de sintomatología.

18. ACTITUD DE LA PAREJA ANTE EL CONFLICTO.

Se observó un 17% de falta de pareja, el 46% con conflicto - negado y un 37% con conflicto abierto no resuelto.

Podría pensarse que en las familias negadoras de conflicto se señalarían más pacientes identificados como respuesta a la - desviación de conflicto; sin embargo parece ser que no influye la actitud de la pareja ante el conflicto en el número de pacientes identificados ya que se distribuyeron conforme a la norma.

Este patrón se distribuyó en forma clara solamente en dos grupos:

Se dio el patrón de conflicto abierto no resuelto en la tipología ama-rig-rech y se dio el patrón de ninguno con conflicto-abierto en la tipología de ama-rig-rech (se presentó el 80% -- con conflicto negado y el 20% falta de pareja).

19. NUMERO DE SESIONES.

El promedio fue de 9 sesiones con una desviación standard de-

5.4, lo que indica una gran dispersión.

La moda fué de 5 sesiones. La apreciación durante el proceso psicoterapéutico fue de que durante las primeras 3 a 5 sesiones se lograban los cambios y después era más bien un tipo de mantenimiento y seguimiento, inclusive esto podría, en cierta medida, determinar o pensar que algunas familias que se consideraron con el criterio de desertadas (ver metodología pag. 169). en realidad pudieron sentir mejoría y decidieron no regresar, dado que tampoco asistieron a los otros servicios de la institución. El pensar en terapias breves de 5 a 10 sesiones concuerda con investigaciones recientes llevadas a cabo por -- Weakland J., Fisch R., Watzlawick P., y Bodin A. (1974), quienes describen procedimientos específicos y efectivos que provienen de su trabajo previo en terapia familiar y desarrollan una investigación en el MRI (Mental Research Institute) dedicada a la solución rápida de problemas con un tratamiento limitado a un máximo de 10 sesiones logrando un éxito en aproximadamente 3/4 de su muestra de 97 casos. Bellak L. en su artículo sobre "Terapia Breve y de Emergencia" basado en sus -- publicaciones (1977 y 1980) propone un método de intervención breve de 5 sesiones logrando cambios psicoterapéuticos.

20. EVOLUCION DEL TRATAMIENTO.

El 42% de la población fué dada de alta. El 56% desertaron -- como ya se mencionó; el que se defina como desertados no involucra un fracaso terapéutico dado que no se pudo llevar a cabo un seguimiento de estas familias. El 2% continúa (ya fue dado de alta en octubre de 1981 y lleva 4 meses de seguimiento).

En cuanto a la tipología se hace notar que en el Grupo I: desca-rech, todos desertaron, en el Grupo II: Ama-ca-rech, to-

tos desertaron y en el Grupo V: ama-rig-sobre, el 83% fue da do de alta. El que no se tomara en cuenta en la ponderación esta variable permite mayor grado de predicibilidad y afir mar que si un paciente proviene de las familias tipo I y II- existe alta probabilidad de que deserten, lo cual las coloca- como familias con mal pronóstico para tratamiento familiar;- en cambio familias del tipo V son buenos sujetos para este - tipo de tratamiento (Ver apartado estrategias para el mane- jo de datos pag. 178).

Se consideró que esta variable era significativa para la ela boración de un perfil familiar apoyado en los elementos teó- ricos expuestos por Barragán en cuanto al desarrollo indivi- dual y familiar (pag. 90). Las etapas clasificadas por la- autora del presente estudio (ver metodología pag. 171), con- relación a las etapas expuestas por Barragán (pag. 91-125) se- ubicaron de la siguiente forma:

Presente Estudio

Barragán

RELACION DE LOS ESPOSOS (PADRES) ENTRE SI

Etapa I	Hijo mayor hasta 10 años	Etapa IV: Diferenciación-
Etapa II	" " " 15 años	realización (8 a 15 años-
Etapa III	menor hasta 15 años	de casados)

RELACION DE LOS PADRES CON LOS HIJOS

Etapa I.	Hijo mayor hasta 10 años	Etapa III. Período de --
Etapa II.	" " " 15 años	crianza de los hijos en-
Etapa III.	menores hasta 15 años	etapa de latencia y ado- lescencia.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, se trató de hacer una división colocando en la clasificación "Relación de los padres entre sí" 3 rangos en lugar de 2 ; y en la clasificación "Relación de los padres con los hijos" mantener los 3 rangos en lugar de 1. Se manejó así tomando en cuenta que la influencia de los adolescentes en la interacción familiar es diferente a la de los niños (Minuchin pag. 121, Barragán-pag. 108-110).

En cuanto a las tipologías no se dio un patrón claro de agrupamiento.

Lo que valdría la pena señalar es la posibilidad de investigar en estudios longitudinales familiares si existen cambios en cuanto a sus patrones de interacción dependiendo de su etapa de desarrollo.

22. EL LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE IDENTIFICADO ENTRE LOS HERMANOS.

Adler opinaba que los hijos iban conformando sus rasgos de personalidad dependiendo del lugar que ocupaban en la familia en secuencias de 3; o sea el primero, segundo y tercer hijo tendrían rasgos de personalidad diferentes y el cuarto volvía a iniciar la cadena. Se codificó en esta forma dado que sino, daría tal amplitud de datos, que se dispersarían.

Con esta clasificación se dio un 56.9 de población primogénita. Un 22.4% eran hijos segundos y un 20.7% hijos terceros.

Considerando que el factor decisivo en la relación de los hijos entre sí estaba dado por el lugar que ocupan unos con los otros y el sexo de cada uno (Barragán pág. 114-117), en nuestro estudio no se puede aportar algo en este renglón.

Podríamos finalizar concluyendo que si bien es cierto que no se puede comprobar ninguna de las hipótesis planteadas, dado que no se presentaron patrones comunes en todos los pacientes que presentaban problemas escolares y tampoco podemos ver variables firmes como ejes para que se distribuyan los patrones de interacción, sí se dan agrupaciones bastantes definidas para lograr una clasificación tipológica que permite desarrollar hipótesis para futuras investigaciones.

Cada punto señalado en la discusión y en conclusiones son un resultado estadístico limitado por el tipo de población que solicita servicios en la clínica, por lo que estas observaciones no son definitivas sino que son hipótesis de partida para otros estudios más específicos: Por ejemplo, alguien puede investigar el que ningún paciente con diagnóstico de desviaciones de desarrollo se ubica en la tipología del grupo I, de aquí se deriva que la presente investigación aporta bastantes elementos teóricos susceptibles de ser verificados.

El elemento subjetivo, que en cierta medida fue controlado por R. Beavers y S. Minuchin en sus investigaciones contando con videocassettes y equipo de gente entrenada para dar valoración a las interacciones, no fue posible hacerlo en el presente estudio, dado que se llevó a cabo en forma prospectiva observacional durante dos años escolares y dentro de un proceso psicoterapéutico familiar, que por cuestiones de recursos técnicos y humanos no lo permitieron. Sin embargo tomando en cuenta el factor subjetividad, se trató de tener indicadores objetivos y confrontar después de cada sesión lo previamente calificado.

El número de familias estudiadas no se considera una limitación dado que el aumento de éstas no garantizaba el aumento en cada una de las celdillas a computarizar.

La aportación del presente trabajo consistió en:

1. Una revisión bibliográfica que permitió sistematizar elementos teóricos para el entendimiento de los desórdenes emocionales y/o psicopatológicos, desde un enfoque psicoterapéutico.
2. Una metodología matemática aplicada a los problemas de -- psicología clínica.
3. Supuestos teóricos emergidos de un contexto psicoterapéutico sistémico susceptibles de ser verificados.
4. Una investigación pionera en nuestra población mexicana - en el terreno de la psicoterapia familiar con enfoque sistémico-estructura-estratégico.

RESUMEN

RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica de la psicoterapia que sistematiza elementos teóricos necesarios para el entendimiento de los desórdenes emocionales y/o psicopatológicos. Se describe también una investigación dentro del terreno de la psicoterapia familiar con un enfoque sistémico-estructural-estratégico, en una población mexicana: Se realizó un estudio prospectivo observacional orientado a proporcionar elementos para el desarrollo de un perfil sistémico de familias cuyos hijos presentaban problemas escolares (41 familias; 58 pacientes), explorando las asociaciones de variables significativas: patrones disfuncionales de interacción, diagnóstico psiquiátrico, motivo de consulta, etapa de desarrollo de la familia, constelación familiar, núm. de hijos, edades de cada miembro familiar, nivel de ingresos y nivel socio-cultural, núm. de sesiones y evaluación del tratamiento.

Se encontró una tipología familiar de 5 grupos claramente definidos:

- GPO. I: Familias Desarticuladas-Caóticas-Rechazantes.
- GPO. II: Familias Amalgamadas-Caóticas-Rechazantes.
- GPO. III: Familias Amalgamadas-Caóticas-Sobreprotectoras.
- GPO. IV: Familias Amalgamadas-Rígidas-Rechazantes.
- GPO. V: Familias Amalgamadas-Rígidas-Sobreprotectoras.

A los cuales se agruparon algunas de las variables previamente mencionadas.

APENDICE

T A B L A N A T U R A L

CODIFICACIONES:

Listado:

Para el listado de pacientes se utilizaron las iniciales de sus nombres (por ejemplo: Juan Sanchez López-JSL- y ocupa la primera columna).

Variable 1:

Constelación Familiar:

Completa-----	1
Incompleta-----	2
Compuesta-----	4
Incompleta o completa y extensiva--	6

Variable 2:

Diagnóstico Psiquiátrico:

Se respetó la codificación de la clasificación del "G.A.P".

Desórdenes Reactivos-----	2
Desviaciones del Desarrollo-----	3
Desórdenes Psiconeuróticos-----	4
Desórdenes Psicóticos-----	6
Síndrome Cerebral Crónico-----	8.2

Variable 3:

Motivo de Consulta:

Agresivo casa y/o escuela-----	2
Bajo rendimiento escolar-----	3
Fobia Escolar-----	4
Timidez o miedo-----	5

Variable 4:

Factores Tensionales:

Presentes-----	1
Ausentes-----	2

Variable 5: Núm. de Pacientes Identificados en la Familia:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 6:

Edad del Paciente Identificado:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 7:

Sexo del Paciente Indentificado:

Hombre-----	1
Mujer-----	2

Variable 8:

Núm. de Hijos:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 9:

Edad de la Madre.

Se conservó su codificación numérica.

Variable 10:

Edad del Padre:

Se conservó su codificación numérica. (99 significa padre muerto)

Variable 11:

Edad del Hijo Mayor:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 12:

Edad del Hijo Menor:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 13:

Nivel de Ingreso y Variable 14: Nivel Cultural:

Bajo-----	1
Medio-----	2
Alto-----	3

Variable 15:

Cohesión Familiar:

Amalgamada-----	1
Desarticulada-----	2

Variable 16:

Adaptación Familiar:

Rígida-----	1
Caótica-----	2

Variable 17:

Actitud Hacia el Paciente: Identificado:

Rechazo Familiar-----	1
Sobreprotección-----	2

Variable 18:

Actitud de la Pareja ante el Conflicto:

Abierto no resuelto-----	1
Negado-----	2
Falta de Pareja-----	4

Variable 19:

Núm. de Sesiones:

Se conservó su codificación numérica.

Variable 20:

Evolución del Tratamiento:

De alta-----	1
Dejaron de Asistir-----	2
Continúa-----	3

Variable 21:

Etapas de desarrollo de la Familia:

Etapas I: Hasta 10 años el hijo mayor
 Etapas II: Hasta 15 años el hijo mayor
 Etapas III: Hasta 16 años el hijo menor

Variable 22:

Lugar ordinal que ocupa el paciente entre los hermanos:

Se conservó su codificación numérica.

TABLA NATURAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ERL	6	4	2	1	1	8	1	2	27	99	8	6	1	2	1	1	1	4	12	1	1	1
ICH	6	2	2	1	1	14	1	3	37	37	14	5	2	2	1	2	1	1	3	2	2	1
AB	6	8.2	3	1	1	8	2	3	27	27	8	3	1	1	1	2	1	1	8	2	1	1
MRA	2	2	3	1	1	9	1	4	49	99	27	9	1	2	8	2	1	4	3	2	3	4
LEM	2	8.2	3	1	1	12	1	1	47	50	12	12	1	1	1	1	8	4	8	1	2	1
MM	6	2	2	1	3	12	1	4	37	41	12	6	1	2	1	2	1	2	14	2	2	1
FM		8.2	3			9	1										8					2
MMO		2	2			7	1										8					3
AGV	6	3	4	1	2	12	1	4	40	38	17	6	2	3	1	1	1	2	18	1	3	3
OGV		8.2	2			6	1										8					4
DV	6	8.2	4	1	1	12	1	2	42	43	14	12	2	1	1	2	1	2	4	2	2	2
JM	2	4	4	1	1	14	1	1	40	45	14	14	1	2	1	1	8	4	17	1	2	1
PB	2	4	2	1	1	13	1	1	33	99	13	13	2	2	1	1	8	4	8	2	2	1
VC	1	3	2	2	1	6	1	2	33	33	6	5	1	1	1	1	8	1	12	1	1	1
AV	1	8.2	3	2	1	12	1	2	32	48	12	9	1	1	1	2	1	2	8	3	2	1
MR	2	4	2	1	3	13	1	3	38	69	13	8	1	1	1	1	1	4	19	1	2	1
GR		4	5			12	2										1					2
NR		4	3			8	2										8					3
JG	2	2	2	1	1	7	1	1	41	99	7	7	2	3	1	1	8	4	13	1	1	1
IG	1	3	5	1	2	14	2	4	42	48	16	11	2	2	1	2	8	1	5	2	3	3
AG		4	3			15	1										8					2
JB	1	3	4	2	3	15	1	4	38	48	22	10	2	1	1	2	1	1	10	1	3	3
LB		4	5			20	2										1					2
JBO		3	3			10	1										1					4
CP	1	4	2	2	1	8	1	2	37	46	16	8	3	3	1	1	8	2	11	1	3	2
RM	1	4	2	1	2	8	1	4	34	37	11	5	3	3	8	2	1	1	5	2	2	3
NM		4	3			11	2															1
AC	1	4	4	2	1	15	1	3	36	46	15	5	1	1	1	1	1	2	19	1	2	1
ACO	1	4	3	2	2	12	1	5	37	41	16	7	2	2	1	1	1	2	6	2	3	3
HC		4	3			15	1										1					4
IT	1	8.2	3	1	1	11	1	4	29	31	11	6	1	1	8	2	1	1	5	2	2	1
LC	4	4	3	1	4	8	2	4	39	39	13	8	3	3	1	2	8	2	25	1	2	4
RC		4	5			10	1										1					3
RCO		4	5			12	2										8					2
BC		4	5			13	2										8					1
JR	1	4	2	1	1	7	1	2	28	32	7	4	2	3	1	1	1	2	5	2	1	1
ER	1	4	4	1	1	6	1	2	34	36	9	6	2	2	8	2	1	2	9	2	1	2
AAN	1	3	3	2	2	8	2	5	38	45	17	7	2	2	1	1	8	2	17	1	3	4
EN		4	2			7	1										1					5
MAL	1	4	3	1	2	9	1	2	45	33	13	9	2	1	1	1	1	1	15	1	2	2
EC		4	2			13	2										8					1
JFM	1	4	3	2	1	12	1	2	35	36	12	9	2	2	1	1	1	2	14	1	2	1
PB	1	4	4	2	1	11	2	9	50	57	30	11	2	2	1	1	8	2	9	1	3	9
JRO	1	6	4	2	1	14	1	3	44	46	16	13	2	2	1	2	8	1	7	2	3	2
VS	1	8.2	3	1	1	10	2	3	31	49	11	1	1	1	1	2	1	1	6	2	2	2
AV	1	3	3	2	1	7	1	2	32	37	7	5	3	3	1	1	1	2	6	2	1	1
RT	1	8.2	3	2	1	9	1	3	30	32	9	5	1	1	8	2	1	1	3	2	1	1
EA	1	4	3	2	1	6	1	3	33	30	6	2	1	1	1	2	8	1	16	1	1	1
MA	1	6	3	2	1	15	1	6	42	47	21	10	2	2	1	2	1	1	4	2	3	5
VP	4	4	3	1	1	12	2	3	46	45	16	3	1	1	1	1	1	2	5	2	3	3
JO	4	8.2	3	2	2	13	1	4	37	39	13	7	1	1	1	1	1	1	12	1	2	1
RO		4	5			10	2										8					3
LAI	4	4	3	1	1	13	1	3	39	33	13	2	2	1	2	1	2	4	2	2	2	1
AA	1	8	2	2	2	13	1	4	36	34	12	6	2	1	1	1	1	2	6	2	2	1
EAO		3	3			6	1										8					4
UR	4	8	3	1	1	8	1	4	37	36	16	8	2	2	1	1	1	2	3	2	3	4
ROO	1	6	3	1	1	15	1	2	36	40	15	12	1	1	1	2	1	1	5	2	2	1
RS	1	8	3	2	1	8	1	3	38	40	11	8	2	3	1	1	8	2	12	1	2	3

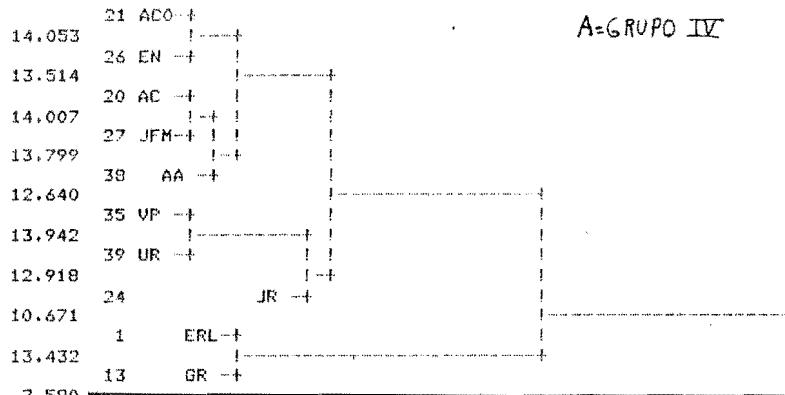
DENDROGRAMA - PACIENTES

Value	Code	Label	Group	
14.257	30	ACD	A = GRUPO IV	
13.971	39	HC		
13.457	28	EN		
13.971	42	AC		
13.743	54	JFH		
12.600	50	AA		
14.029	56	VF		
13.457	9	UR		
12.886	36	AGV		
10.657	16	JR		
13.971	17	MR		
13.400	1	GR		
10.714	40	ERL		
13.457	51	MAL		
7.571	5	JO	B = GRUPO V	
14.029	18	LEM		
13.743	12	NR		
13.971	13	JM		
13.457	19	FB		
10.714	14	JG		
13.457	52	VC		
13.171	41	RO		
10.429	55	EC		
14.029	58	EAO		
13.743	46	RS		
13.171	25	AQ		
13.971	43	CP		
13.743	38	PBO		
12.314	10	AAN		
1.857	34	OCV	C = GRUPO III	
14.257	35	RCO		
13.971	32	BC		
13.457	7	LC		
13.743	8	FM		
12.886	15	MMO		
10.714	20	AV		
13.743	21	LG		
13.171	23	AG		
13.743	44	LB		
12.600	48	JRO		
5.000	27	EA		
14.029	31	NM		D = GRUPO I
13.743	26	IT		
12.886	47	RM		
10.714	37	RT		
13.400	53	ER		
11.000	4	LAI		
7.857	24	MRA	E = GRUPO II	
14.029	49	JBO		
13.743	22	MA		
12.314	45	JB		
14.029	57	VS		
13.457	2	RDO		
13.457	3	ICH		
10.714	6	AB		
13.743	11	MM		
13.457	33	DV		
		RC		

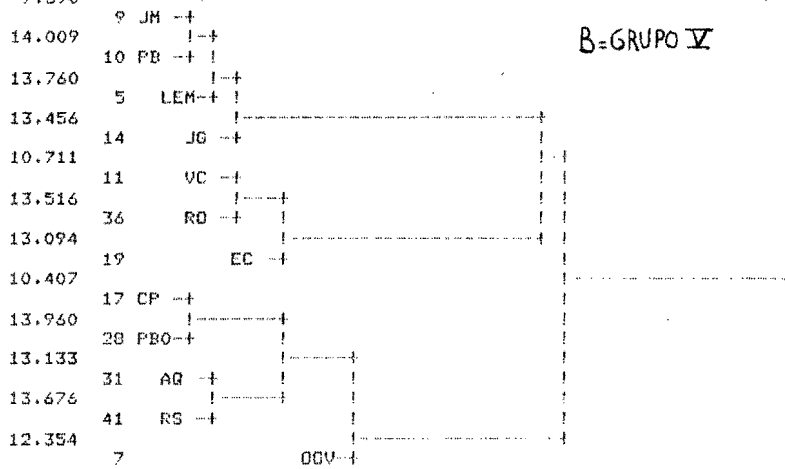
*** CODIGO

DENDROGRAMA-FAMILIAS

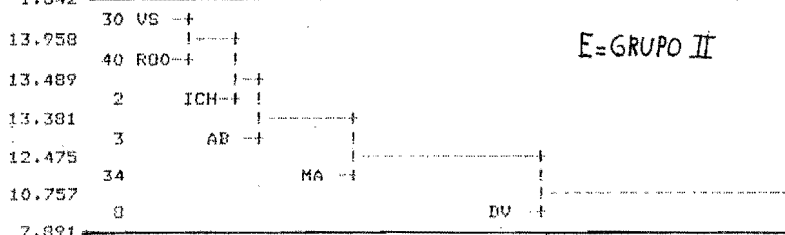
A=GRUPO IV



B=GRUPO V



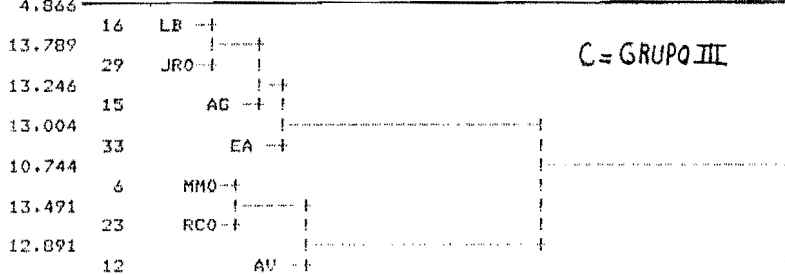
E=GRUPO II



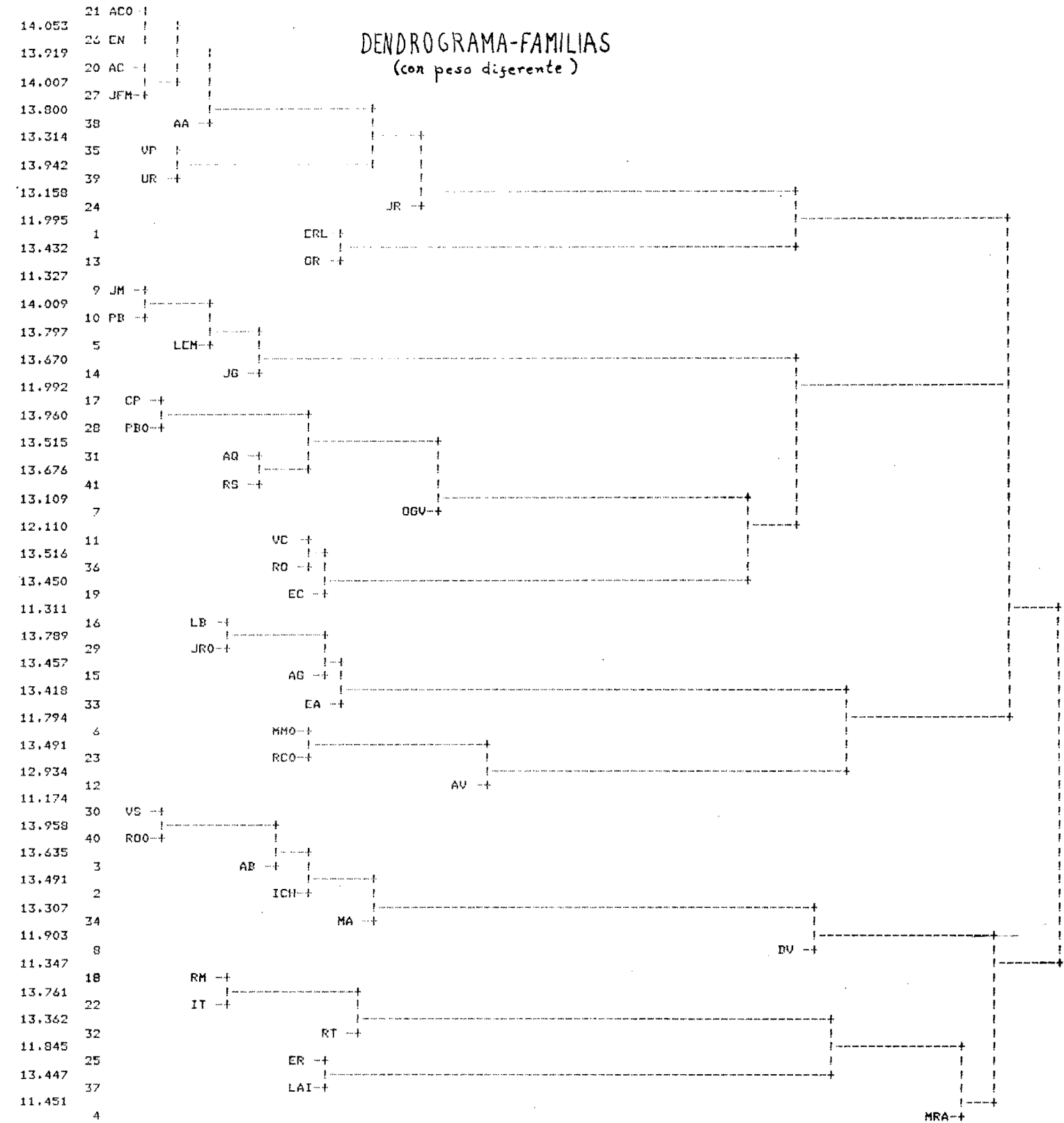
D=GRUPO I



C=GRUPO III



DENDROGRAMA-FAMILIAS
(con peso diferente)



*** CODIGO

PRESENTACION DE LA TIPOLOGIA CON DATOS ADICIONALES

GRUPO I: (6 FAMILIAS) DESARTICULADAS-CAOTICAS-RECHAZANTES
(D)

Todas desertaron.

5 familias presentaron factores tensionales. Ninguna familia era incompleta o compuesta (se repartió en completa y extensiva). Todas identifican solamente a un paciente. Ninguna fue dada de alta.

GRUPO II: (6 FAMILIAS) AMALGAMADAS-CAOTICAS-RECHAZANTES
(E)

Conflicto abierto.

Se reparte en completa y extensiva. 5 familias presentaron -- factores tensionales. Todas identifican solamente a un paciente. Ninguna dada de alta.

GRUPO III: (7 FAMILIAS) AMALGAMADAS-CAOTICAS-SOBREPROTECTORAS
(C)

Ninguna familia es incompleta.
Ninguna tiene "falta de pareja".

GRUPO IV: (10 FAMILIAS) AMALGAMADAS-RIGIDAS-RECHAZANTES
(A)

Ninguna presenta conflicto abierto: se da falta de pareja o negado. Existen 6 familias completas. Se ubica el 80% de población psiconeurótica. 5 fueron dados de alta de los 17 totales. 6 presentan un solo paciente identificado.

GRUPO V: (12 FAMILIAS) AMALGAMADAS-RIGIDAS-SOBREPROTECTORAS.
(B)

Ninguna compuesta cargadas hacia familias completas. 9 de las 11 familias fueron dadas de alta. Se agrupan también psiconeuróticos no en forma significativa. Hijo menor cargado a rango de 6 a 14 años. Se encuentra en etapa III.

Si el conte fuera más inmediato quedarían formadas a un nivel de parecido ligeramente más alto 3 grandes grupos:

Grupo I: a y b=4 y 5 Grupo II: c=3 Grupo III: d y e=4 y 2

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN N., BEATMAN F, JACKSON D., SHERMAN N. Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar-Desarrollos- Ed. Proteo - Buenos Aires - 1970.
2. ACKERMAN, N.W.; BEATMAN, E.L. Y SHERMAN, S. (Eds.) A dynamic frame for the clinical approach to family conflict. En: Exploring the base for family therapy. New York. Family-Service Association of America, - 1961. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México - 1976 - Pags. 174-206.
3. ACKERMAN N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares-Ed. Hormé--Buenos Aires 1971.
4. ARGYLE M. Bodily Communication - International University Press Inc. New-York 1977.
5. BAKKER, C.B. Y BAKKER, R. No trespassing: Explorations in human territoriality. San Francisco. Chandler and Sharp, 1973. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags. 174-206.
6. BARRAGAN, M. The child centered family. En: Family therapy: Theory and practice. Edited by Philip Guerin. New - - York. Gardner Press, 1976. En: -- Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags. 174-206.

7. BATESON G., FERREI
RA A., JACKSON D.,
LIDZ T., WEAKLAND J.,
WYNNE L., ZUK G. Interacción Familiar-Editorial ---
Tiempo Contemporáneo S. A.- Bue---
nos Aires 1971.
8. BEAVERS R. Pschotherapy and Growth-A family--
Systems Perspective - Ed. Brunner-
Mazel Publ. New York 1977.
9. BEIER ERNST G. The Silent Language of Psychothe--
rapy-Social Reinforcement of -- -
Unconscious Process - Aldime 1966.
10. BELL, N.W. Y The emotionally disturbed child --
VOGUEL, E.F. as the family scapegoat. En: A ---
modern introduction to the family-
Glencoe, Free Press. 1961. En: --
Barragán M.: "Interacción entre --
Desarrollo Individual y Desarro- -
llo Familiar". Monografía No. 1 --
Asociación Mexicana de Psiquia- -
tría Infantil. México 1976 - Pags-
174-206.
11. BELLAK L., Y Psicoterapia Breve y de Emergen- -
SMALL L. cia-Ed. Pax México - 1970.
12. BERTALANFFY V. Teoría General de Sistemas - Edi--
torial Siglo XXI - 1981.
13. BLOS P. Los Comienzos de la Adolescencia -
Ed. Amorrortu - Buenos Aires.
14. BRAUNSTEIN N., Psicología, Ideología y Ciencias -
PASTERMAC M, Siglo XXI - Mex. 1975.
BENEDITO G.,
SAAL F.
15. CAMERON N. Personality Development and Psycho
pathology - A Dinamic Approach -
Houghton Mifflin Company - Boston -
1963.

16. CUBER, J. F. Y
HARRROF, P.B. Sex and the significant americans. Baltimore. Penguin Books, 1966. - En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 -- Pags. 174-206.
17. CHESS, S.,
THOMAS, A. Y
BIRCH, H.G. Temperament and behavior disorders in children. New York, New York University Press, 1969. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags 174-206.
18. DOLTO F. Psicoanálisis y Pediatría - Ed. - Siglo XXI- México 1980.
19. EHRENWALD J. Neurosis en la Familia - Ed. Siglo XXI México 1967.
20. FREUD A. Normalidad y Patología en la Niñez. Ed. Paidós-B. Aires 1971.
21. FREUD A. El Yo y los Mecanismos de Defensa Ed. Paidos - Buenos Aires - 1973.
22. FREUD A. Psicoanálisis del Niño - Ed. Paidós - B. A. 1977
23. FEUD S. Obras Completas - Biblioteca Nueva Madrid -1968.
24. GARNER H. Psychoterapy - Warren Green 1970.
25. GUERIN P. Family Therapy - Theory and Practice - Gardner Press - New York,- 1976.
26. HALEY J. Leaving Home - The Thearpy of - - Disturbed Young People - Mc. Grew Hill Book -N. Y. 1980.
27. HALEY J. Problem Solving Therapy - Jossey-Boss - San Fransisco 1977.
28. HALEY J. Uncommon Therapy-Norton and Company Inc - New York 1973.

29. HALEY J. Estrategias en Psicoterapia-Ed. - Toray - Barcelona 1971.
30. HALEY J. Techniques of Family Therapy - -- Basic Books Inc.- New York 1967.
31. JACKSON D.D. Comunicacion Familia y Matrimonio EDITOR Nueva Visión - Buenos Aires 1976.
32. JACKSON D.D., The Mirages of Marriage - Norton- LEDERER J.W. and Company Inc. New York - 1968.
33. KOVEL J. A Complete Guide to Therapy - Ed. Pantheon - U.S.A. 1976.
34. R.D. LAING, H. Percepción Interpersonal - Amo- PHILLIPSON LEE rrortu Ed- Buenos Aires 1973. A.R.
35. LIDZ, T. The person. New York, Basic Books 1968. En: Barragán M.: "Interac-- ción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monogra-- ffa No. 1 - Asociación Mexicana - de Psiquiatría Infantil. México - 1976 - Pags 174-206.
36. MANONI M. La Primera Entrevista con el Psi- coanalista-Ed. Gedisa - Barcelo-- na 1979.
37. MELTZOFF J., Research in Psychotherapy - Aldi- KORNREICH M. ne Publ - 1970.
38. MILLER S.R., Between People - A New Analysis - STEINBERG M. of Interpersonal Communication - - Science Research Associates Inc.- Indiana - 1975.
39. MINUCHIN S, Psychosomatic Families: Anorexia - ROSMAN B., BAKER D. Nervosa in Context, Harvard Uni-- versity Press - 1979.
40. MINUCHIN S, The Child in Context: A Systems - MINUCHIN P Approach to Growth and Treatment, Raising Children in Modern Ameri- ca: Problems and Prospective So-- lutions: N. Talbot - Ed. Boston - Little Brown 1975.

41. MINUCHIN, S. The use of an ecological framework in the treatment of a child. The child and his family. Edited by J. A. Anthony. New York. John-Wiley and Sons; 1970. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags. 174-206.
42. MINUCHIN S. Families and Family Therapy - Ed. Harvard University Press - 1974.
43. MINUCHIN S, MON TALVO S, GUERNÉY, ROSMAN L., SCHUMER F. Families of the Slums: An exploration of their structure and treatment - Basic Books New York 1967.
44. MINUCHIN S., FISHMAN CH. Family Therapy. Techniques - Harvard University Press 1981.
45. MCARTHUR, C. Personalities of first and second children. Psychiatry, 19:47-54 mayo, 1956. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags 174-206.
46. PALAZZOLI S.M. Paradox y Counterparadox - Jason, Aransas - New York, 1978.
47. POLLACK, O. Sociological and psychoanalytical concepts in family diagnosis. En: The psychotherapies of marital disharmony. New York, Free Press, 1965. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México - 1976 - Pags 174-206.
48. PROCHASKA J.O. Systems of Psychotherapy - Dorsey Press - 1979.

49. RANK, O. The trauma of birth. New York - Basic Books, 1952. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. - México 1976 - Pags 174-206.
50. SAGER C.J.
KAPLAN S.H.
EDITORES PROGRESS IN GROUP AND FAMILY THERAPY. Brunner/Mazel Publishers/ - New York 1972.
51. SATIR V. Conjoint Family Therapy-Science - Behavior Books Inc. New York 1967.
52. SATIR V. People Making-Science and Behavior Books Inc. New York - 1969.
53. SLUZKI/EDITOR Interacción Familiar - Ed. Tiempo Contemporáneo - Buenos Aires, - - 1974.
54. TOMAN, W. Family constellation, New York. - Springer Publishing Co., 1969. - En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 -- Pags 174-206.
55. WATZLAWICK P. The Language of Change-Elements - of Therapeutic Communication - Basic Books - Inc. Publishers New - York 1978.
56. WATZLAWICK P. How Real is Real - Vintage Books - N.Y. 1977.
57. WATZLAWICK P.
WEAKLAND H.J. The Interactional View-Norton and Co. Inc. New York 1977.
58. WATZLAWICK P.
WEAKLAND H.J.
FISCH Cambio - Editorial. Herder-Barcelona - 1976.
59. WATZLAWICK P.
BEAVIN J.H.
JACKSON D.D. Teoría de la Comunicación Humana - Ed. Tiempo Contemporáneo Mex. - - 1976.

60. WOLBERG L.F. The Technique of Psychotherapy-Gru_ne and Stratton 1967.
61. WOLMAN B. The Therapist Handbook - Van Nos-
trand Reinhold Co. 1976.
62. WYNNE LYMAN C. Interacción Familiar. E. Tiempo -
contemporáneo - Buenos Aires - -
1971.

PUBLICACIONES

63. APONTE J.H. "Underorganization in the Poor -
Family" Philadelphia Child Guidan-
ce Clinic Digest - 1976-3.
64. BARRAGAN M. "Interacción Entre Desarrollo In-
dividual y Desarrollo Familiar" -
Desarrollo Infantil normal - Mono-
grafia I - Asociación Mexicana de
Psiquiatría Infantil - Mex - 1976.
Pags. 174-206.
65. BECK B.B. "Reading Disorders: Have we over-
looked something". Journal of - -
School Psychology - 1971 - Pags.-
182-190.
66. BELLAK L. Once over: What is psychotherapy,-
Journal of nervous and Mental Di-
sease, 1977, 165-295-299.
67. BERGER H.G. "Minimal Cerebral disfunction: --
How Families Affect Children - -
with MCD" Philadelphia Child Gui-
dance Clinic Digest - 1976-1.
68. BERGER H.G. "Somatic Pain and School Avoidan-
ce" - Clinical Pediatrics, vol 13
No. 10-1971- Pags. 819-825.
69. BERMAN, E.M. Y
LIEF, H.I. Marital therapy from a psychia- -
tric perspective: an everview. --
Amer. J. Psychiatry, 132:2: 583 -
92, Junio, 1975. En: Barragán M.:
"Interacción entre Desarrollo In-
dividual y Desarrollo Familiar".-
Monografía No. 1 - Asociación Me-
xicana de Psiquiatría Infantil. -
México 1976 - Pags 174-206.
70. COHEN S.J. "Use of Comunity net works in Fa-
mily Therapy" - Philadelphia - -
Child Guidance Clinic Digest-1976-7.

71. CORFMAN E.
EDITOR "Families Today: A research Sam-
pler on Families and Children. --
Science Monography I-National - -
Inst. Of Mental Health-1979.
72. CROMWELL R.E.
OLSON D. FOUR- "Toals and Techniques for Diag- -
NIER D.G. nosis and Evaluation in Mental --
and Family Therapy" Family Pro- -
cess - Vol. 15:1 - Marzo 1976. --
Pags. 1-49.
73. ELDER, G.H. Y Family structure and child rea- -
BOWERMAN, C. ring practices. Amer. Sociol. Re-
view, 28: 891-9050, agosto, 1963.
En: Barragán M.: "Interacción en-
tre Desarrollo Individual y Desa-
rrollo Familiar". Monografía No.-
1 - Asociación Mexicana de Psi- -
quiatria Infantil. México 1976 --
Pags. 174-206.
74. ESPINOSA G.
LOPEZ A. "Introducción a los Métodos Jerar-
quicos de Análisis de Cúmulos. --
Inst. de Investig. en Matemáticas
Aplicadas y Sistemas (IIMAS) - -
U.N.A.M. 1980.
75. "G.A.P" GRUPO PARA Manual de Clasificación Diagnós-
EL AVANCE DE LA tica" DIF.- Instituto Nacional de
PSIQUIATRIA Pediatría Servicio de Salud Men-
tal-1981.
76. JEAMILI J.A. "A Therapeutic Preschool as an --
adjunct to family therapy"- Phi--
ladelphia Child Guidance Clinic -
Digest - 1977-8.
77. LEVISON, D.J.; The psychosocial development of -
DARROW, C.M. Y men in early adulthood. Life his-
KLEIN, E.B. tory research in psychopathology.
Vol. 3 Minneapolis. University --
of Minnesota Press, 1974. En: Ba-
rragán M.: "Interacción entre De-
sarrollo Individual y Desarrollo-
Familiar". Monografía No. 1 - Aso-
ciación Mexicana de Psiquiatría -
Infantil. México 1976 - Pags 174-
206.

78. LIEBMAN R. The Adolescent Juvenile Diabetic -Philadelphia Child Guidance Clinic Digest - Oct-1975.
79. MACIAS R. Hacia la psicoterapia Familiar - En "Psiquiatría". Vol. II. No 1.- 1969.
80. MILLAR T.P. Limit Setting And Psychological-Maturation Are. Gen. Psychist, - Vol. 18: 1968. Pags. 214-221.
81. MINUCHIN S. Psychosomatic Illness in Children Philadelphia Child Guidance Clinic Digesti. 1975-3.
82. MOSKOWITZ L. Treatment of the Child With - - School Related problems Phila-- delphia Child Guidance Clinic Digest - 1976-5.
83. OLSON H. D. Faces - Family Adaptability and-
BELL R. Cohesion Evaluation Scales - Fa-
POITNER S. mily Social Science University of Minnesota, Min. 1979.
84. OLSON S. DOUGLAS R. Circumplex Model of Family Sys--
tems I. Cohesión and Adaptabili--
ty. Dimensiones Family tips and-
Clinical Applications Family Por
cess: Vol. 18 N:19, 1978.
85. PARDO MARTHA Desarrollo Histórico de la Tera -
pia Familiar. Artículo inédito -
presentado en el Curso de Maes- -
tria de la Universidad de la Ame-
ricas 1981.
86. PRATO DE ARENAS Adaptación del Faces en una pobla
LILITA ción Mexicana - Tesis de Maestría
inédita" 1981. U.N.A.M.
87. PARRA GONZALEZ Valoración de la Rehabilitación-
M.L. Psicológica y Social en el niño -
con insuficiencia renal.
88. RODRIGUEZ J. Problemas del Aprendizaje. Mono-
graffas de la Asociación Mexicana
de Psiquiatría Infantil III-2o. -
Congreso Nacional, Puebla, Pue. -
1978.

89. RISKIN J.
FAUNCES E.E. An evaluative Review of Family - Interaction Research Family Process - Vol 2:4 Dic. 72 - Pags. - 365-455.
90. ROSEN, B. Family structure and achievement - motivation. Amer. Sociol. Revie.- 26: 574-585, enero, 1961. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 - Pags 174-206.
91. ROSENBERG B.J. Family Stresses related to having a Chronically III child. Philadelphia Child Guidance Clinic Digest 1976-4.
92. ROSMAN L.B. Outcome Results - Intramural - - Program-apreliminary Report. Philadelphia Child Guidance Clinic - Digest - 1976-2.
93. ROSSI, A.S. Transition to parenthood. Artículo presentado en el Congreso - - Anual de la American Orthopsychiatric Association. Marzo. 1967. - En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar". Monografía No. - 1 - Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México 1976 -- Pags. 174-206.
94. SCHACTER, S. Birth order and sociometric choice. Journal of abnormal and social psychology, 68: 453-56, 1964. En: Barragán M.: "Interacción entre Desarrollo Familiar". Monografía No. 1 - Asociación Mexicana de -- Psiquiatría Infantil. México 1976 Pags. 174-206.
95. SLUZKI C. El enfoque Interaccional como -- nueva perspectiva de la Acción -- Psiquiatrica, En: WR. Grismon Comp. Nuevas Perspectivas en Salud Mental - Buenos Aires. Nueva Visión- 1973. (Pag. 74).
96. WEAKLAND J. FISCH R. WATZLAWICK P. Y BODIN A. "Terapia Breve focalizada en la - resolución de un problema" Family Process, Vol. 13 no. del 2 de Junio de 1974.