

<p>Revista electrónica de Psicología Iztacala</p> 	<p>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala</p> <p><i>Revista Electrónica de Psicología Iztacala</i> Vol. 8 No. 1 Marzo de 2005</p>
---	---

COMPARACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCIONALIDAD EN LA ESTRUCTURA DE FAMILIAS CON Y SIN PACIENTE IDENTIFICADO

Jaime Montalvo Reyna ¹Eva Sandler Zack, Ma. Del Pilar Amarante Rodríguez, Graciela de Valle Gutiérrez ²

Instituto Milton H. Erickson de Monterrey
Facultad de Estudios Profesionales Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue tratar de encontrar las diferencias entre las familias con paciente identificado (PI), el cual asistía a tratamiento psicológico, y las familias que no lo tenían basándonos en el modelo estructural. Se observó que las familias sin paciente identificado usualmente mantienen una estructura con ciertas características: límites claros, jerarquía compartida por los padres, alianza parental, sin coaliciones, triangulaciones, ni sobreinvolucramiento y su comunicación es adecuada. Se entrevistaron ochenta y ocho familias (44 con P. I. y 44 sin P. I.), que accedieron voluntariamente a colaborar usando como guía la entrevista de Montalvo-Soria. Las familias que identifican a un miembro como problema cuentan con una estructura disfuncional, caracterizada en su mayoría por: límites difusos o rígidos, sin alianza parental, incongruencia jerárquica, coaliciones con los hijos, centralidad negativa, conflictos, sobreinvolucramiento y algún miembro periférico. El grado de disfuncionalidad en las familias con paciente identificado (5.77) fue mayor al encontrado en las familias sin paciente identificado (1.55) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Se concluye señalando que los resultados apoyan el supuesto del modelo estructural con relación a que una familia con estructura disfuncional es más probable que presente a un miembro con problemas psicológicos.

Palabras claves: Modelo Estructural, Disfuncionalidad, Estructura familiar, Límites, Jerarquía, Ciclo Vital.

¹ Profesor Titular "A" en el Área de Psicología Clínica de la FES Iztacala UNAM. mrj@servidor.unam.mx

² Maestras en Terapia Breve Sistémica en el Centro de Crecimiento Personal y Familiar, S. C. del Instituto Milton H. Erickson de Monterrey. evasandler@hotmail.com, pilaramarante@hotmail.com, g_devalle@yahoo.com, Tel. (81)83-48-9163.

Abstract

The purpose of this transversal, descriptive, and non-experimental research was to try to find the differences between families with a member who is identified as a "problem" (PI), and assists to psychological treatment; and families without an identified "problem" member. The structural model was followed. It was found that the families without an identified patient usually maintain specific patterns in their structure: clear boundaries with a parental shared hierarchy; a parental alliance, no coalitions, triangulations, or overinvolvement. 88 voluntary interviews with families (44 with PI, 44 without PI) under the interview framework proposed by Montalvo-Soria. The families that identify a member as a problem generally have dysfunctional structure, where the following features are perceived: Diffuse or rigid boundaries, no parental alliance; incongruent hierarchy; coalitions with the sons; negative centrality; conflicts; overinvolvement; and some peripheral member. The degree of dysfunctionality in families with an identified patient (5.77) was much larger than the one found in families without an identified patient (1.55), with the difference being statistically significant. The study concludes that the results support the hypothesis of the structural model in the sense that a family with a dysfunctional structure yields with a larger probability a member with psychological problems.

Key words: Structural Model, dysfunctionality, family structure, boundaries, hierarchy, life cycle

La ciencia de la psicológica a través del tiempo, siempre ha tratado de mejorar la calidad de vida de las personas. La ciencia es un producto del deseo humano de comprender nuestro mundo y de conseguir una sensación de poder y control de nuestras vidas.

Nacemos en familias, y vivimos relacionados con los demás. Sin una red de apoyo, se presentan dificultades emocionales. Los trastornos emocionales están directamente relacionados con el aislamiento y el distanciamiento. El bienestar exige un restablecimiento de la familia.

A través de la historia se han tratado los problemas humanos centrados en el paciente identificado, como una forma profesional de comunicar la etiología, la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento, sin tomar en cuenta el contexto en el que se desarrolla la persona. El sistema de diagnóstico actual, y más ampliamente utilizado, evalúa y diagnostica solo la patología individual; la situación actual ignora claramente el contexto.

Después de la Segunda Guerra Mundial, nació un nuevo enfoque para tratar de comprender, entender y resolver los problemas humanos, los cuales se empezaron a

estudiar como parte de las interacciones del individuo y los principios de la cibernética se aplicaron al estudio de la psicología.

Aunque aparentemente eficaz, el campo de la terapia basada en los sistemas, aún es bastante nuevo y se está elaborando una metodología de diagnóstico, evaluación y planificación del tratamiento.

Como ha observado Haley (1989), la evaluación del individuo y de la unidad familiar no termina con un diagnóstico sino que se debe alterar y actualizar continuamente según evoluciona la familia.

En la evaluación familiar estamos observando/examinando al paciente identificado y a todos los demás miembros de la familia, cómo se comportan, actúan y reaccionan todos ellos como sistema operativo y en presencia del terapeuta (nivel sistema/terapeuta). La evaluación de la interacción es centrada en el funcionamiento actual, y no histórica y centrada en el problema. Las observaciones y valoraciones de los miembros de la familia se centran en descripciones de la comunicación, la conducta, los roles y los sentimientos, no en detalles relativos a la expresión del problema con que se trabaje en ese momento. La evaluación de las familias debe basarse en un concepto claro de lo que es funcional y de lo que es disfuncional.

El Modelo Estructural de Salvador Minuchin (1998) presupone que todas las familias tienen cierto tipo de estructura, es decir, predominan en ellas cierto tipo de interacciones las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales según observaciones hechas en la práctica clínica. Usualmente una familia es definida como funcional en la medida en que realiza bien sus funciones necesarias, que son, dar apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individuación evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente.

Las áreas de la relación conyugal donde debe haber compatibilidad son:

1. En el sistema de valores, núcleo de creencias y marcos de referencia.
2. Debe existir una comunicación adecuada que permita efectividad en la resolución de problemas y resolución de conflictos: poder discutir asuntos cotidianos; respecto a opiniones, conducción de los hijos, ser capaces de escuchar y agradecer las opiniones diferentes y actuar asertivamente.
3. Que se dé una adecuada intimidad emocional, es decir, capacidad de divertirse juntos y lograr gratificación sexual mutua. (Expresar emociones al cónyuge, compartir humor, relajación y diversión, compartir deseos, esperanzas, sueños y contratiempos, disfrutar momentos de intimidad.)

La familia como sistema humano social tiene las siguientes propiedades:

- ⇒ Estructuras: fronteras.
- ⇒ Procesos: patrones o secuencias de interacción.
- ⇒ Jerarquía de poder: niveles de influencia.
- ⇒ Ciclo vital: estabilidad-cambio.

La familia satisface a cada persona que la integra, las necesidades claves como ser humano: amor, confianza, aceptación, protección, información, tiempo, alegría, caricias, intimidad.

Algunas de las características de las familias funcionales

1. Límites claros al exterior: los padres han logrado una autonomía respecto a su familia de origen manteniendo una relación afectiva con ellos pero preservando la autoridad y jerarquía sobre sus hijos.
2. La jerarquía recae en los padres: los cónyuges satisfacen entre sí sus necesidades afectivas, sin utilizar como sustituto conyugal a uno de sus hijos, u otros.
3. Alianza en el holón parental: cada cónyuge reconoce ante sus hijos el valor y la autoridad del otro.
4. No hay sobreinvolucramiento ni periferia de ninguno de los miembros: las reglas de convivencia son flexibles y se van adaptando a las necesidades de cada uno de los miembros, de la pareja como un todo y a los requerimientos del entorno social.
5. Subsistemas bien diferenciados: los miembros de la familia se van adecuando a los diferentes subsistemas (el de los hermanos, sexo o tarea que desempeñan); los padres crecen junto con sus hijos y se van adaptando a las necesidades que ellos van mostrando de acuerdo a su edad y sexo.
6. Límites claros en el sistema parental: los hijos aceptan y permiten a los padres solidificarse como pareja conyugal.
7. Límites claros en el sistema fraterno: los hijos con el apoyo de los padres, mantienen relaciones de igualdad y colaboración entre ellos.
8. Límites flexibles: los padres aceptan y permiten a sus hijos irse independizando gradualmente manteniendo una relación con su entorno social.

Una familia funcional se da cuando el individuo se siente satisfecho con el rol que juega dentro del sistema, y existe la suficiente permeabilidad y flexibilidad en el mismo.

Algunas de las características de las familias disfuncionales

1. Conflicto y triangulación: la comunicación está cargada de mensajes contradictorios. Paradojas: en donde una parte del lenguaje contradice a la otra, o todo el mensaje es contradictorio por el lenguaje no verbal utilizado.
Doble vínculo: en donde la comunicación se da en una relación complementaria (dispareja) y no hay posibilidad de aclarar las contradicciones del mensaje.
2. Centralidad negativa y/o sobreinvolucramiento: el problema posee una función tanto para el paciente identificado, como para el resto del sistema y hay un desconocimiento de las ventajas del síntoma. En ocasiones se crean mitos para explicar la existencia del síntoma dentro del sistema familiar.
3. El síntoma se estabiliza a través de patrones de interacción recurrentes.
4. Las jerarquías y límites generacionales son difusos: no están bien definidos o están invertidos (una persona de una generación, forma coalición con otra de otra generación en contra de un tercero.)
5. Los intentos de solución del problema lo mantienen y lo estabilizan.

Entonces, como señala Montalvo (2000), una familia tiene una “buena” estructura o es “funcional” cuando se detecta lo siguiente: límites claros y flexibles entre todos sus holones y al exterior, cuando la jerarquía es compartida por los padres o cónyuges, cuando existe una alianza parental, cuando no hay centralidad negativa y la positiva es rotativa dependiendo de quién la merezca, cuando no hay periféricos, ni coaliciones, ni triangulaciones, ni la presencia de hijos parentales.

El concepto de funcionalidad hace referencia, entonces, a cierto tipo de interacciones, es decir, a cierto tipo de comunicación entre los distintos holones o subsistemas que componen la familia así como entre ésta y otros sistemas, cuando esta interacción o tipo de comunicación funcional caracterizada por lo arriba señalado predomina en una familia, es muy probable que ésta no “producirá” miembros problemáticos, sabrá resolver los problemas que su desarrollo (el paso de una etapa a la otra del ciclo vital) puede implicar, o los que otros fenómenos inesperados (muerte, pérdidas de trabajo, cambio de domicilio, etcétera) pueden aparecer en la vida de una familia. Facilitará la independencia de los holones individuales, pero sin descuidar un cierto grado de pertenencia o lealtad al

sistema familiar; los hijos, cuando lleguen a la adultez, podrán independizarse y formar sus propias familias (o irse a vivir solos) sin mayores contratiempos, es decir, muy probablemente estas familias serán capaces de llegar con pocas dificultades a la última etapa del ciclo vital, la del “nido vacío” o “reencuentro de la pareja”.

Por el contrario, las familias disfuncionales supuestamente tendrían muchos problemas para pasar de una etapa a otra en el ciclo vital, si lo que predomina son los límites difusos; los hijos tenderán a ser dependientes emocionalmente o afectivamente de su familia de origen, principalmente de los padres o de alguno de ellos; dicha dependencia se podrá detectar por la incapacidad para tomar decisiones importantes por sí solos, aun formando su propia familia seguirán ligados muy estrechamente con su familia de origen. Tal vez incluso tengan que vivir en la misma casa, departamento o en el mismo terreno que los padres aunque no haya necesidad o razón económica para ello. Cuando, además de límites difusos, encontramos problemas en la jerarquía (que sólo la tenga uno de los padres o que la tengo otra persona), que existan coaliciones y/o triangulaciones, es decir, conflictos, tal vez uno o varios hijos nunca se casen o se vayan de la casa, en el mejor de los casos, y en el peor alguno de ellos puede requerir ayuda psicológica o psiquiátrica. Obviamente este tipo de familias casi nunca podrán llegar a la etapa del “nido vacío”.

El Modelo Estructural ha probado su eficacia en el campo de la terapia familiar, ya que con base en él se han abordado diversos problemas tales como mutismo en niños (Tatem y Del Campo, 1995); anorexia (Raymond, 1993); violencia, intentos de suicidio, problemas de pareja (Fishman, 1990), etcétera. Asimismo, el modelo ha permitido investigaciones sobre el tipo de interacción en familias México-americanas (Soto y Del Campo, 1994) e italo-americanas (Yaccarino, 1993), en familias con niños con problemas de enfermedad crónica (Wood, 1994), en familias y los efectos del divorcio (Abelsohn y Saayman, 1991; Díaz, Soria y Montalvo, 1997). Como se puede observar, además de ser útil para el campo de la Terapia Familiar, este modelo permite hacer investigación a nivel descriptivo, ya que muchas de las categorías arriba señaladas facilitan el intento de identificar patrones de interacción recurrentes en las familias.

El trabajo que se lleva a cabo en nuestro país bajo la Terapia Familiar Sistémica y en específico del Modelo Estructural, es reciente y predomina en la práctica privada (Terapia Familiar), pero a nivel de investigación sobre la familia mexicana casi no se han realizado estudios. En la UNAM, *Campus Iztacala*, recientemente se han empezado a llevar a cabo dichos trabajos como parte de un proyecto de investigación sobre la

estructura familiar mexicana, en relación con varias características tales como hijos sobredotados (Ortiz y Montalvo, 1995), divorcio (Soria, Montalvo y Díaz, 1997), depresión (Soria y Montalvo, 1995), problemas psicológicos (Montalvo y Soria, 1997), alcoholismo (Cariño, 1997). Sin embargo, ningún trabajo se ha realizado tratando de probar empíricamente el supuesto básico del Modelo Estructural en cuanto a la relación paciente identificado-disfuncionalidad, por lo que parece justificado hacer algo al respecto, de ahí que estos sean nuestros objetivos.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Obtener información suficiente de la estructura familiar, a través de entrevistas, (utilizando la guía de Montalvo y Soria, 2000)
2. Describir y comparar las diferencias o similitudes entre las familias sin paciente identificado y las familias con paciente identificado.
3. Detectar patrones y esquemas de las familias basados en el modelo estructural.
4. Comparar diferencias en disfuncionalidad basadas en el ciclo vital de la familia.

MÉTODO

La muestra está integrada por dos grupos:

- ⇒ Uno de ellos es el de las 44 familias que no tienen ningún miembro en terapia, vive la familia nuclear completa, es decir, el padre la madre y los hijos, no asisten a ningún tipo de terapia, o apoyo escolar, ni cuentan con algún miembro que padezca alguna enfermedad crónica.
- ⇒ El otro grupo está integrado por 44 familias que tienen algún miembro identificado como paciente (refiriéndonos a P.I. como el miembro de la familia del cual se tienen la mayoría de la quejas dentro del sistema y asiste a tratamiento psicológico).

Escenario: entrevista personal en un consultorio.

Materiales e instrumentos: se utilizó como instrumento para encontrar el tipo de estructura familiar, la entrevista semiestructurada basada en la guía de Montalvo y Soria (2000). El cálculo estadístico se obtuvo utilizando el programa SPSS 11 (Statistic Program for Social Science).

Variabes: De acuerdo al Modelo Estructural de Psicoterapia Familiar Sistémica de Salvador Minuchin (1998) se consideraron las siguientes variables de la estructura familiar: límites, jerarquía, centralidad, periferia, sobreinvolucramiento, triangulación, conflictos, alianzas, coaliciones, padres en funciones de hijos, hijo parental, etapa del ciclo vital, si tienen o no paciente identificado, número de integrantes de la familia, nivel socioeconómico (escolaridad, domicilio y tipo de trabajo) e índice de disfuncionalidad.

Diseño

Es una investigación no experimental, transversal descriptiva y correlacional con dos grupos:

1. Grupo de familias con paciente identificado, que asistían a tratamiento psicológico.
2. Grupo de familias sin paciente identificado, que no asistían a tratamiento psicológico

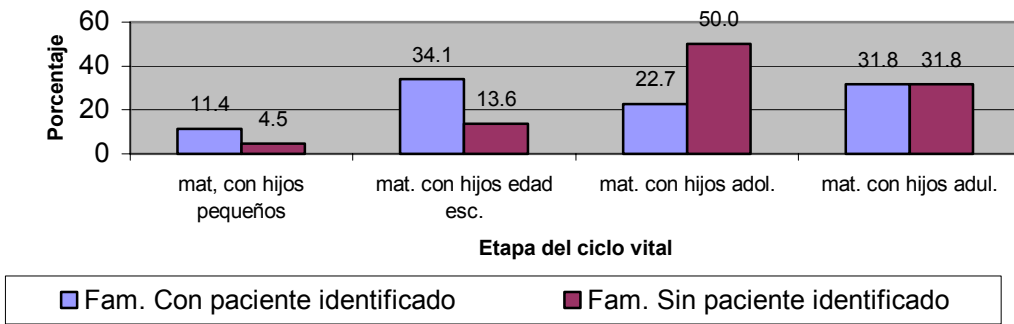
Procedimiento:

Se citó a uno de los padres y/o madres de las familias y fueron entrevistados siguiendo la guía de entrevista de Montalvo y Soria con una duración aproximada de hora y media. Se obtuvo la información necesaria para encontrar la estructura familiar, con todas sus características, incluyendo: límites, jerarquía, centralidad, periferia, alianzas, coaliciones, geografía, triangulaciones, y la presencia o no de hijos parentales, o de padres en funciones de hijo, índice de disfuncionalidad, el cuál se obtuvo sumando los elementos de la estructura en los que se detectaron interacciones problemáticas (disfuncionales) como lo hizo Montalvo (2000) en su investigación. Es decir, si los límites eran difusos o rígidos entre los diversos holones y al exterior, si la jerarquía no era compartida por ambos padres, si había coaliciones, hijos parentales, periféricos, centrales negativos, sobreinvolucramiento, triangulaciones, y si no había alianza parental, ciclo vital.

RESULTADOS

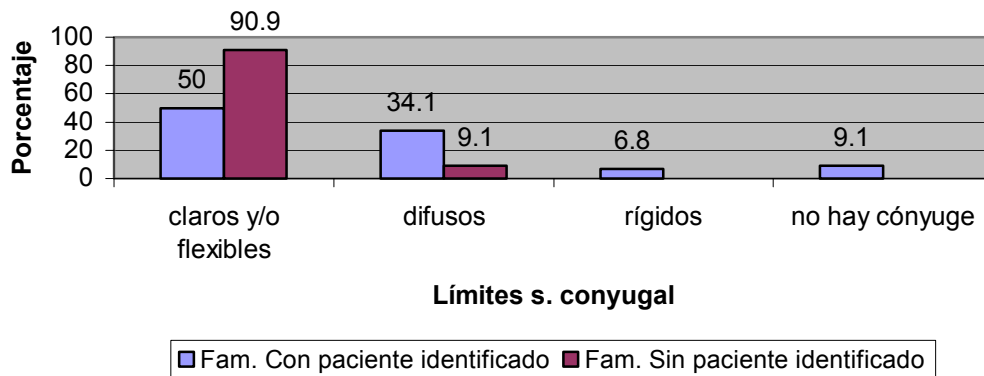
En las siguientes tablas y gráficas se presenta un análisis comparativo de los resultados obtenidos en la investigación de las familias sin y con P. I.

* P.I. = Paciente identificado



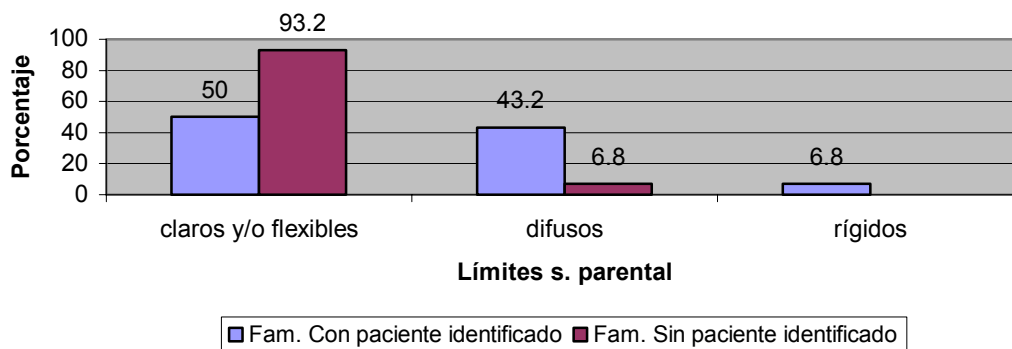
Gráfica No. 1

La mayor frecuencia de las familias entrevistadas en la muestra fue de matrimonios con hijos adolescentes.



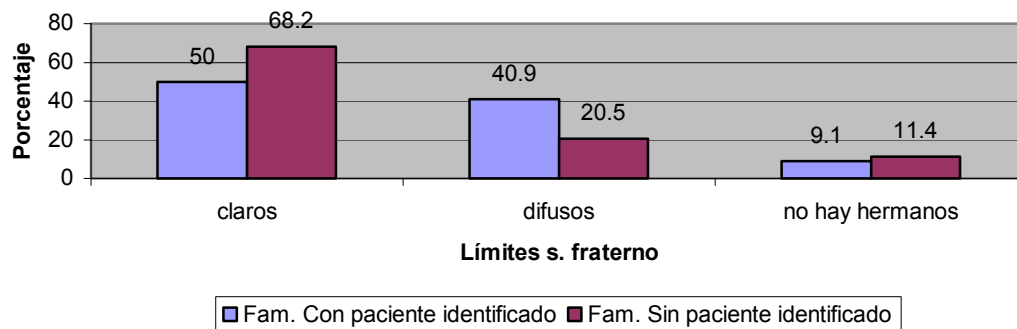
Gráfica No. 2

En las familias sin paciente identificado el 90.9% presenta límites conyugales claros y flexibles. Las familias con paciente identificado el 50% tiene límites claros y flexibles y el 34.1% presenta límites difusos, y el 6.8% son límites rígidos.



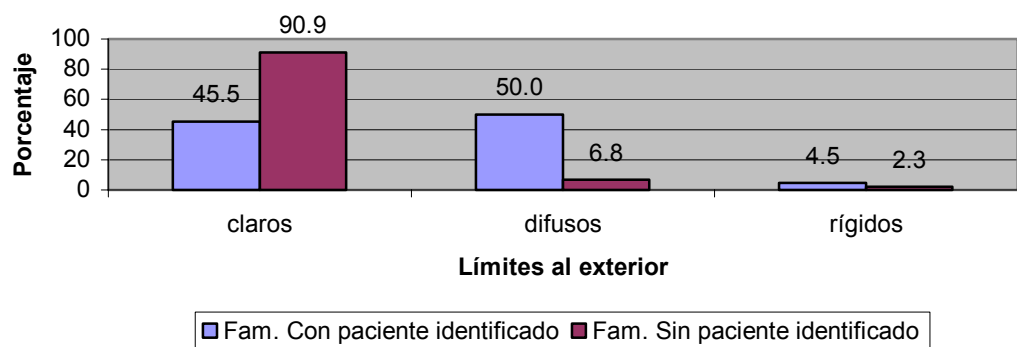
Gráfica No. 3

Los límites en el sistema parental en las familias sin P. I. son claros y flexibles en el 93.2% de los casos. En las familias con P.I. solo el 50% presenta límites claros y flexibles, el 43.2% son difusos y rígidos el 6.8% de los casos.



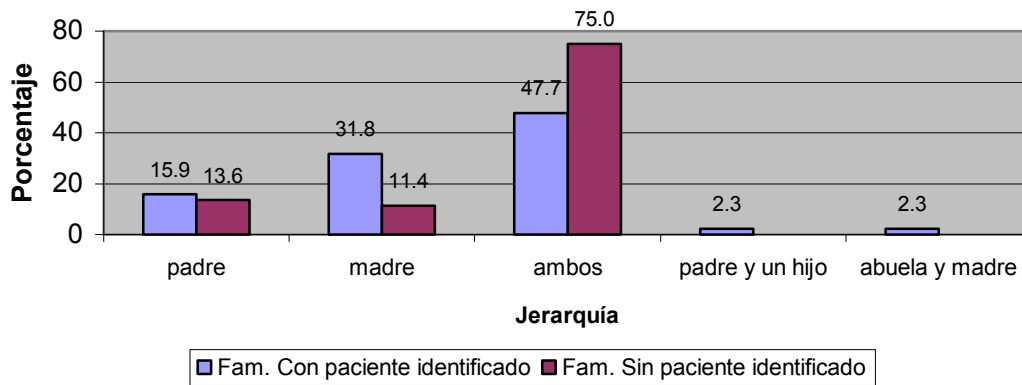
Gráfica No. 4

Los límites en el sistema fraterno de las familias sin paciente identificado el 68.2% mantiene límites claros, el 20.5% muestra límites difusos y el 11.4% no tenían hermanos. En las familias con paciente identificado los límites en el holón fraterno fueron del 50% claros, el 40.9% difusos y el 9.1% no tenía hermanos.



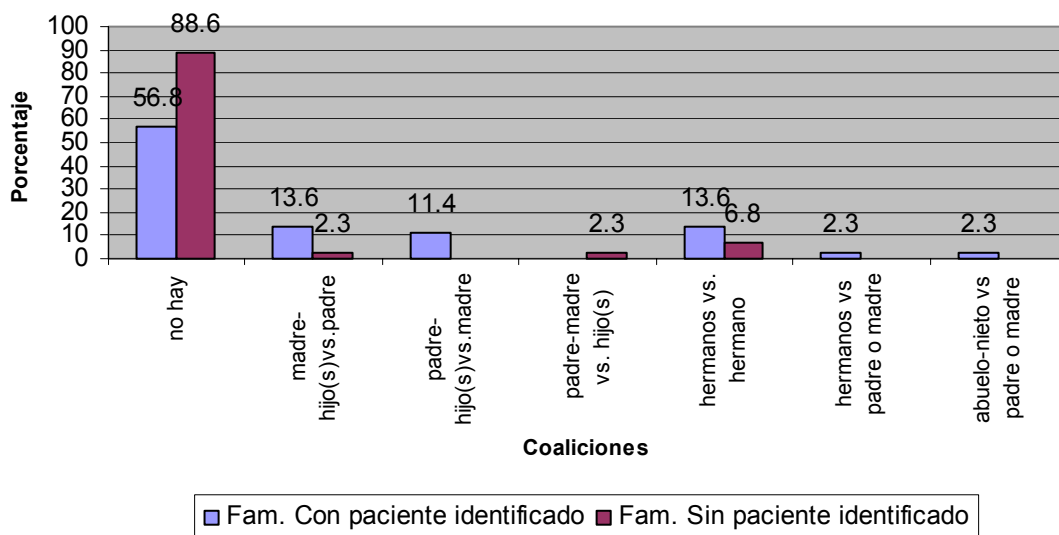
Gráfica No. 5

Las familias sin P.I. el 90.9% mantienen límites claros al exterior. Las familias con P.I. el 45.5% observan límites claros al exterior, mientras que el 50% sostiene unos límites difusos.



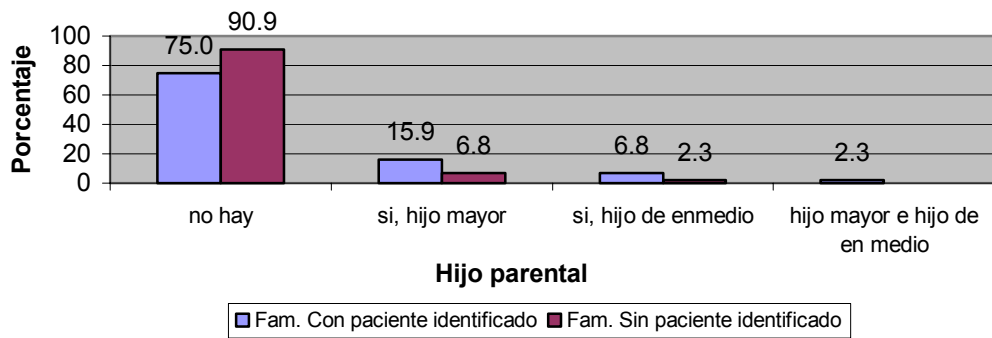
Gráfica No. 6

En la mayoría de las familias sin P.I. el 75% la jerarquía recae en ambos padres o en alguno de ellos. En las familias con P.I. el 47.7% la jerarquía recae también en ambos padres, mientras que en el 15.9% recae en el padre y el 31.8% recae en la madre.



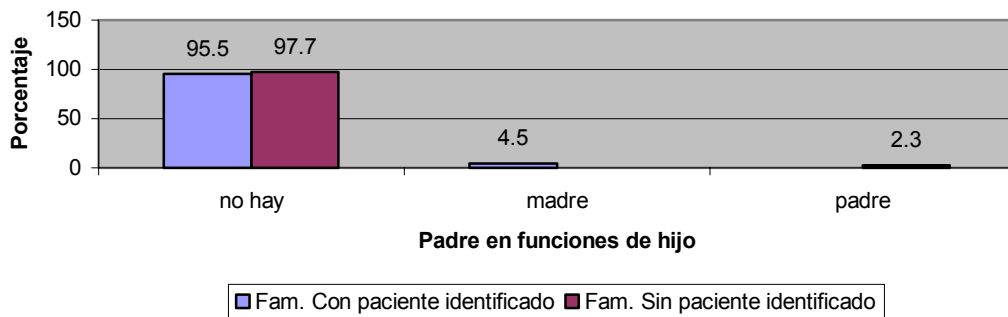
Gráfica No. 7

En la mayoría de las familias sin P.I. no se encontraron coaliciones (88.6%) y en las familias con P.I. el 56.8% no presenta coaliciones, mientras que el 43.2% presenta algún tipo de coalición en alguno de los subsistemas.



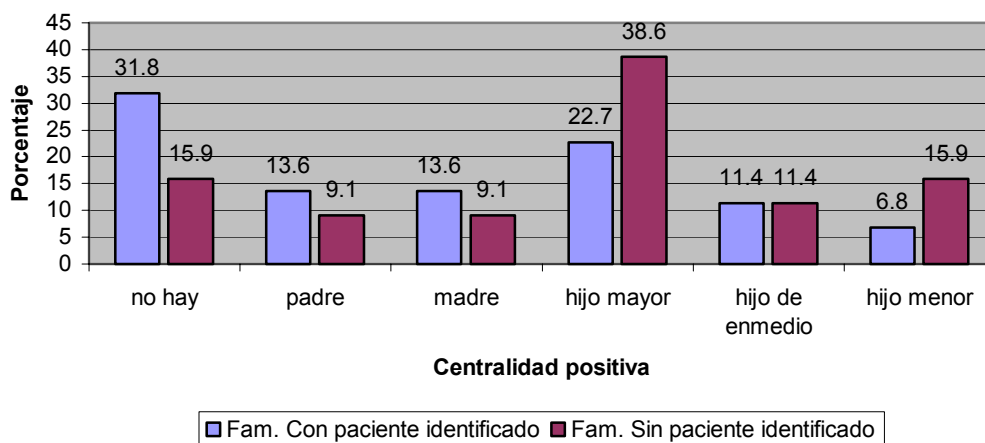
Gráfica No. 8

En las familias con paciente identificado el hijo mayor hacía funciones de hijo parental en el 15.9%, mientras que el hijo de en medio era del 6.8%.



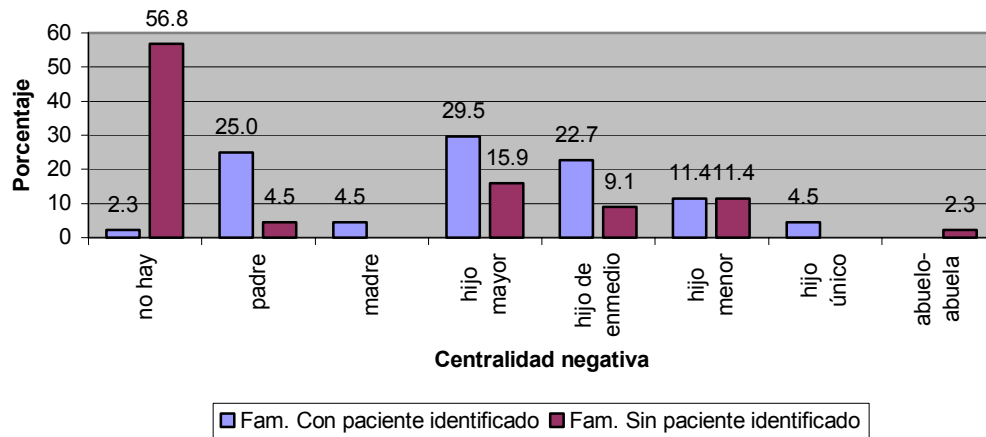
Gráfica No. 9

Solamente en 2 casos se observó a la madre en funciones de hijo y en un caso al padre en funciones de hijo.



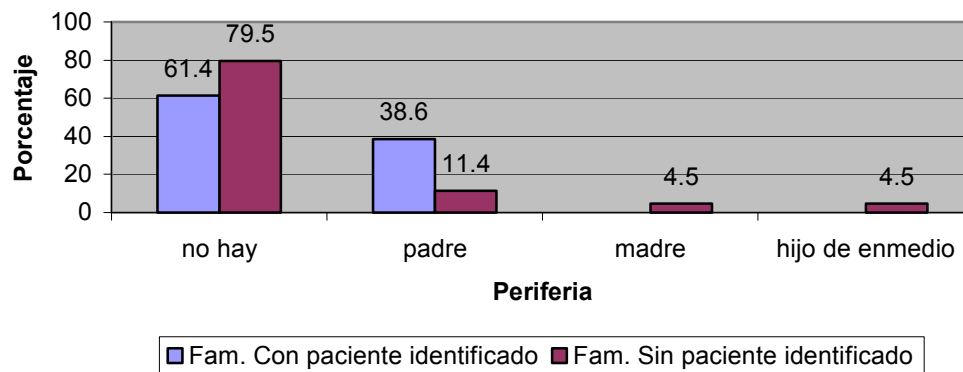
Gráfica No. 10

La centralidad positiva recae en el hijo mayor en el 38.6% en las familias sin P.I. En el 31.8% de las familias con P.I. no encontramos centralidad positiva.



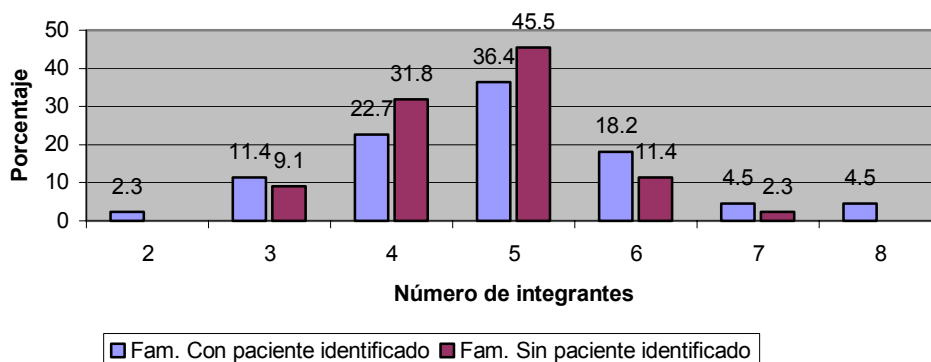
Gráfica No. 11

En las familias sin P.I. el 56.8% no tienen centralidad negativa y en las familias con P.I. en la mayoría de los casos se encuentra distribuida entre el hijo mayor hijo de enmedio y el padre.



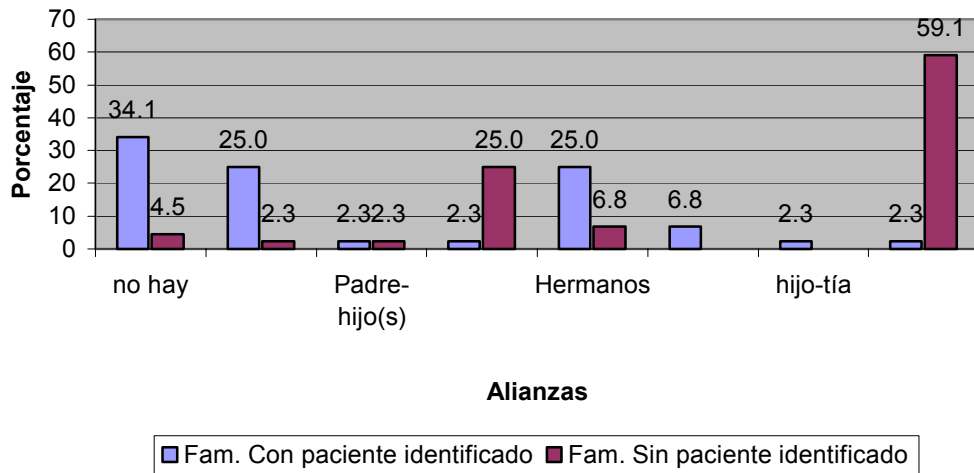
Gráfica No. 12

En la mayoría de las familias sin P.I. (79.5%) no encontramos miembros periféricos y en las familias con P.I. en el 61.4% no se observó miembro periférico, mientras que en el 38.6% el miembro periférico es el padre.



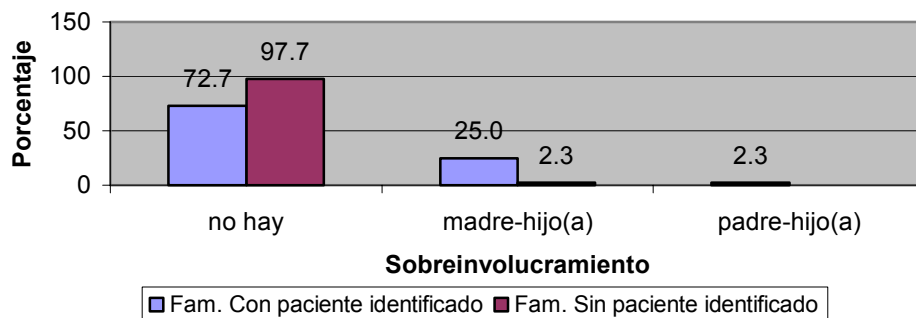
Gráfica No. 13

En los dos tipos de familias la mayoría cuenta con 4 o 5 miembros.



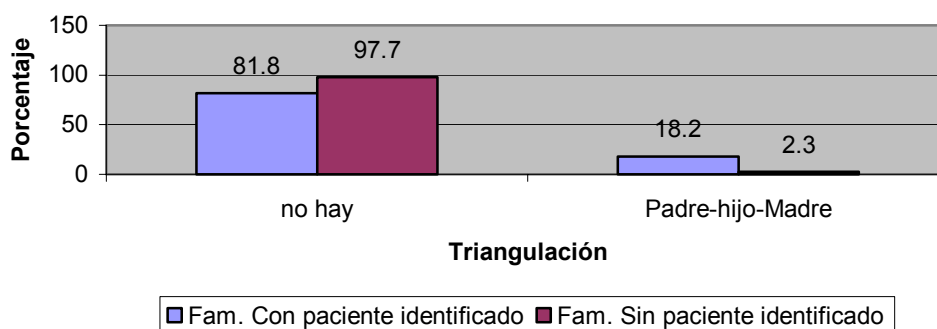
Gráfica No. 14

En las familias sin P.I. las alianzas se encuentran en su mayoría en padre-madre-hermanos o padre-madre. En las familias con P.I. el 34.1% no mostró alianza entre los integrantes y cuando se presenta está entre la madre con un hijo o entre hermanos.



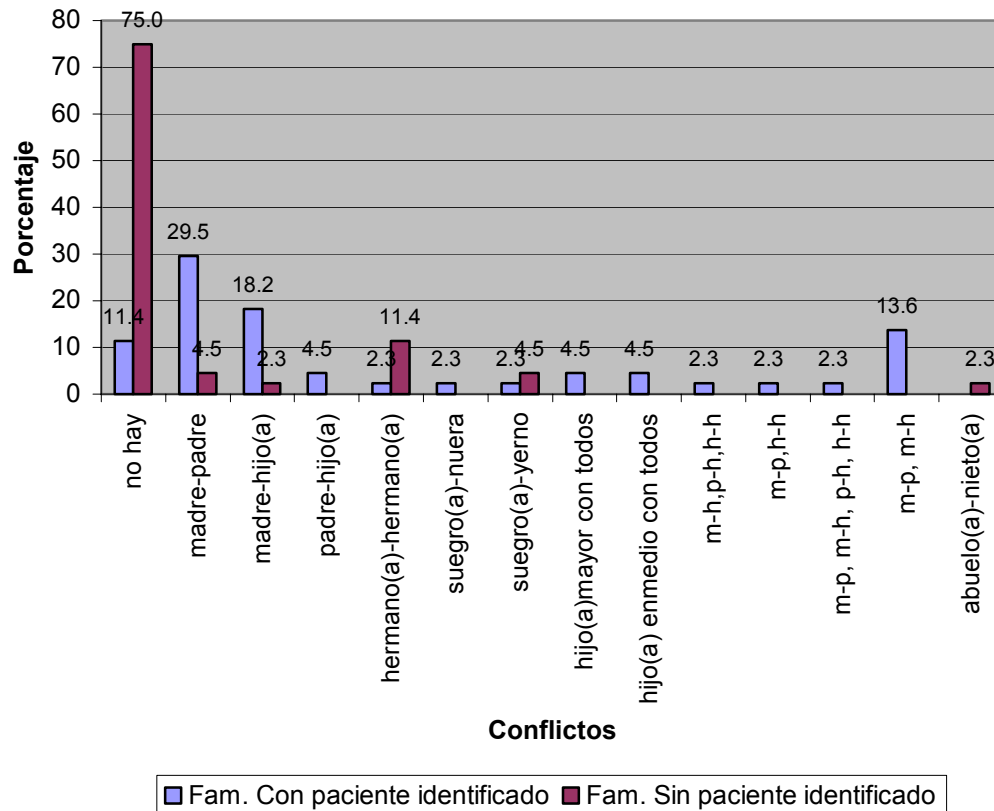
Gráfica No. 15

En ambos tipos de familia no se encontró en su mayoría sobreinvolucramiento y en caso de existir era entre la madre y un hijo(a).



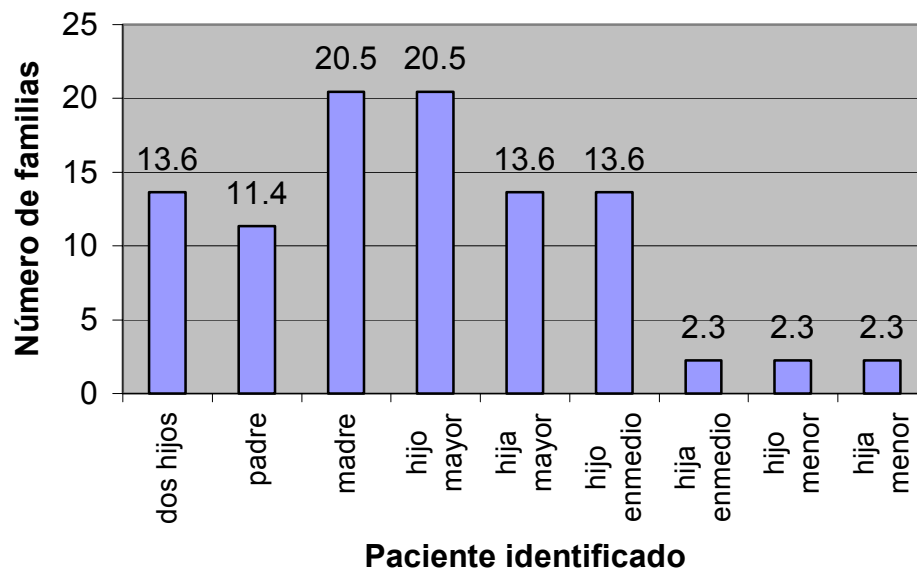
Gráfica No. 16

En las familias sin P.I. no se encontró triangulaciones, mientras que solo el 18.2% de las familias con P.I. la triangulación se presentó en padre-hijo-madre.



Gráfica No. 17

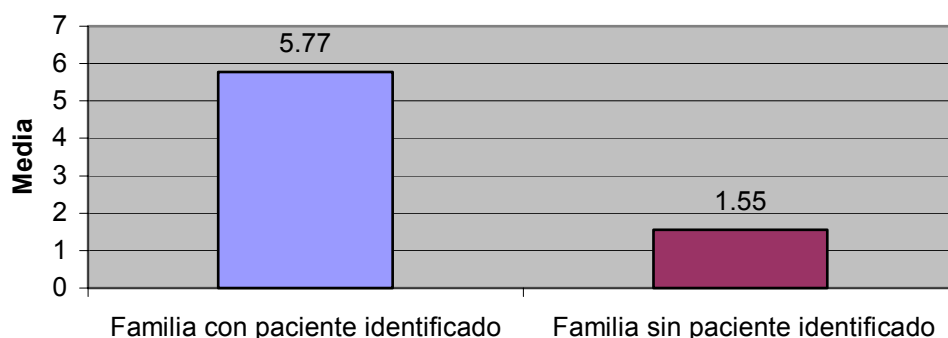
En la mayoría de las familias sin P.I. no existen conflictos y si llega a existir se presenta entre los hermanos. En las familias con P.I. el 29.5% el conflicto es entre los padres, el 18.2% es entre la madre y alguno de los hijos y el 13.6% el conflicto es entre los padres y algún hijo.



Gráfica No. 18

La madre y el hijo mayor con un porcentaje de 20.5% respectivamente, en su mayoría son los que acuden a terapia.

Como se puede observar en la Gráfica No. 19, la media de disfuncionalidad para el grupo con paciente identificado fue de 5.77 mientras que el grupo sin paciente identificado mostró una media de 1.55. Para evaluar si las diferencias eran estadísticamente significativas se aplicó la prueba *t* de Student encontrándose que efectivamente existen tales diferencias entre ambas mediciones ya que la probabilidad asociada para *t* en un contraste bilateral es 0.000, la cual es menor que el nivel de significancia de .05



Gráfica No. 19

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de haber analizado los resultados de las diferencias entre las familias con P.I y las familias sin P.I. encontramos diferencias significativas entre las dos muestras, siendo las siguientes las que llamaron nuestra atención principalmente:

En las familias sin P.I. la alianza se encuentra con mayor frecuencia entre el padre y la madre y entre los hermanos.

En la muestra investigada de las 44 familias sin P.I. los límites encontrados son claros y flexibles en todos los subsistemas. Esto coincide claramente con las aportaciones de Minuchin (1998), en su libro "Técnicas de Terapia Familiar", el cual propone que para que los miembros de la familia puedan satisfacer sus necesidades psicológicas, necesita haber límites claros y flexibles, en los subsistemas conyugal, parental y fraterno, y límites al exterior, para que no se inmiscuya la familia extensa, u otras personas. El tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importante que determina la viabilidad de la estructura familiar.

Encontramos que la jerarquía recae en ambos padres, lo que nos indica, que hay un acuerdo, alianza y comunicación adecuada entre ellos. Como nos dice este mismo autor: si existe una disfunción importante dentro del sistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia.

En las familias sin P.I. raramente se encuentra la centralidad negativa, encontrándose más frecuentemente la centralidad positiva, recayendo en ambos casos en el hijo mayor. En las familias con P.I. encontramos que la centralidad negativa es mayor que la positiva y también recae en el hijo mayor, por estar la atención centrada en el problema.

En esta clase de familias existe el padre periférico. Coincidiendo estos resultados con los obtenidos en la investigación de la técnica de REF de Montalvo (2000).

En las familias sin P.I. es poco frecuente el conflicto entre la pareja, así como tampoco triangulaciones y sobreinvolucramiento. Minuchin (1998) nos dice, que la elaboración de pautas viables para expresar y resolver los conflictos a través de la comunicación e interrelación es esencial en la relación de pareja y repercute en el funcionamiento adecuado de la familia.

En la mayoría de las 44 familias con P.I. de la muestra investigada, el conflicto es encontrado entre la pareja, o en la madre con cualquiera de los hijos.

En esta muestra el sobreinvolucramiento se presenta en pocos de los casos y se da entre la madre e hijo(a), sobre todo, cuando hay padre periférico, coincidiendo

nuevamente con los resultados de la investigación de la técnica REF de Montalvo (2000), el cual encontró: “que debido a la periferia del padre, la madre suele buscar cierto tipo de apoyo en el hijo(a) mayor, adjudicándole la jerarquía, por lo que él o ella asumían la función de hijo(a) parental”.

El paciente identificado en la mayoría de las familias con P.I. es el hijo mayor o la madre: refiriéndonos a paciente identificado como problema a aquel miembro del sistema del cual se tienen la mayoría de las quejas de la familia. De acuerdo a nuestras observaciones, la madre es la que acude a terapia en busca de solución o ayuda al problema de todo el sistema familiar (cliente). Esto coincide con lo que también encontró Montalvo (2000) en su investigación sobre REF, es decir, que la madre es la que más frecuentemente pide la ayuda, y es la más interesada en que mejore el sistema familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelsohn, D.; Saayman, G. S. (1991) Adolescent adjustment to parental divorce: An investigation from the perspective of basic dimensions of structural family therapy theory. **Family Process**. Jun. Vol. 30 (2) 177-191.
- Cariño, C. (1997) **Padre alcohólico: ¿cómo es la estructura de su familia? Etapa de niños en edad escolar**. Tesis licenciatura, FES Iztacala UNAM.
- Díaz, L. E., Soria, T. R. y Montalvo, R. J. (1997) Divorcio y Estructura familiar. En R. Jiménez G. (Comp.) **Familia ¿Célula social?** Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala. (Pag. 69-78).
- Fishman, H. Ch. (1990) **Tratamiento de Adolescentes con Problemas: Un enfoque de Terapia Familiar**. Barcelona: Paidós.
- Haley Jay (1989) **“Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar”** Buenos Aires. Ed. Amorroutu.
- Minuchin S, Fishman H. Ch. (1998) **“Técnicas de Terapia Familiar”**. México. Ed. Paidós.
- Montalvo R. J. (2000). **“Los Efectos del uso de la Retroalimentación Estructural Familiar en varias Etapas del Ciclo Vital”**. Tesis de Doctorado en Investigación Psicológica. Universidad Iberoamericana.
- Montalvo, R. J.; Soria T. M. R. (1997) Estructura familiar y problemas psicológicos. **Psicología y Ciencia Social**, 1 (2), 32-37.
- Ortiz, E.; Montalvo R. J. (1995) Estructura Familiar con un hijo sobredotado. **Psicología Iberoamericana**. 3, 1 Marzo, Pág. 9-17.
- Cyrulnik Boris (2001). **“Los patitos feos”**. Barcelona. Ed. Gedisa

-
- Raymond, L. (1993) Communication processes in structural family therapy: Case Study of an anorexic family. **Journal of Family Psychology**. Mar. Vol. 6(3) 308-326.
- Soria, T. M.R.; Montalvo R. J. (1995) Terapia familiar sistémica. Estudio de un caso de depresión desde la perspectiva del modelo estructural. **Psicología Iberoamericana**. 3, 1, 28-33.
- Soto, F. S.; Del Campo, R. L. (1994) Structural Family Therapy with Mexican-American Family Systems. **Contemporary Family Therapy An International Journal**. Vol. 16(5) 349-362.
- Tatem, D. W.; Del Campo, R. L. (1995) Selective Mutism in Children: A Structural Family Therapy Approach to Treatment. **Contemporary Family Therapy An International Journal**. Vol. 17 (2) 177-194.
- Wood, B. L. (1994) One Articulation of the structural family therapy model: A biobehavioral family model of chronic illness in children. **Journal of Family Therapy**. Feb. Vol. 16(1) 53-72.
- Yaccarino, M. E. (1993) Using Minuchin's structural family therapy techniques with Italian-American families. **Contemporary family Therapy An International Journal**. Vol. 15(6) 459-466.