

136  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION EN LA COHESION Y  
ADAPTABILIDAD SEGUN EL FACES II ENTRE  
FAMILIAS CON Y SIN PACIENTE PSIQUIATRICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:  
MARTHA BEATRIZ PADILLA REZA

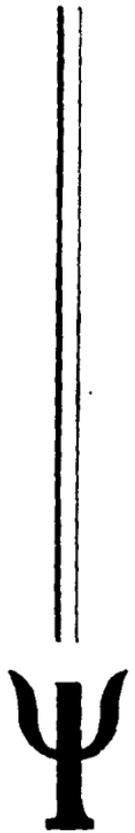
DIRECTOR DE TESIS: LIC. NOEMI DIAZ MARROQUIN

EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA.

MEXICO, D. F.

1984

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





## **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 está 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.

***A Mario***

***Por creer en mi y apoyarme siempre para el logro  
de esta meta.  
Con todo mi amor.***

***Martha.***

*A mis padres, Angel e Isabel*

*Con cariño y gratitud*

**Agradezco profundamente a la licenciada Noemí Díaz Marroquín  
por su atinada y paciente dirección en esta tesis.**

**Agradezco también a los sinodales:**

**Dr. Víctor Uriarte Bonilla  
Lic. Ma. Asunción Valenzuela  
Dr. Gilberto Limón Arce  
Lic. Patricia Moreno Wonchee**

**Por la revisión y sugerencias que enriquecieron el presente trabajo.**

Quisiera reconocer además a aquellas personas que me apoyaron en diferentes momentos de la investigación. Al maestro Omar Torreblanca por sus observaciones y sugerencias en la fase inicial del proyecto. A los licenciados Jorge Villatoro y Alfredo Muñoz por sus comentarios en la parte estadística. A mi compañera Ma. Luisa Betanzos por su ayuda en la impresión de los gráficos.

A los padres de los pacientes del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", y al hospital mismo, así como a los estudiantes de la facultad de Psicología de la UNAM que colaboraron desinteresadamente en el estudio.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por la formación profesional que me ha proporcionado.

Finalmente a cada uno de mis hermanos Arturo, Norma, Isabel y Leticia por sus palabras de aliento.

# INDICE

1.- INTRODUCCION	3
2.- MARCO TEORICO	
2.1. LA FAMILIA	6
2.1.1. LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES	12
2.1.2. LA TRIADA PADRES-HIJOS	14
2.1.3. FUENTES CAUSANTES DE ESTRES EN EL SISTEMA FAMILIAR	20
2.1.4. CONCEPTO DE COHESION Y ADAPTABILIDAD	22
2.2. FAMILIAS CON PACIENTE PSIQUIATRICO	25
2.2.1 FAMILIAS CON DESIGNACION RIGIDA	27
3.- METODOLOGIA.	
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
3.2. DELIMITACION DE VARIABLES	33
3.3. DEFINICION DE VARIABLES	34
3.4. HIPOTESIS	35
3.5. SUJETOS,POBLACION Y MUESTRA	35
3.6. DISEÑO	36
3.7. TIPO DE ESTUDIO	37
3.8. INSTRUMENTOS Y MATERIALES	37
3.9. PROCEDIMIENTO	40
3.10. ANALISIS ESTADISTICO	41
4.- RESULTADOS	
4.1. ANALISIS DE RESULTADOS	42
5.- CONCLUSIONES	47
6.- BIBLIOGRAFIA	51
7.- ANEXOS	54

## 1.-INTRODUCCION

La familia es considerada como un grupo que desempeña un importante papel, ya que de las relaciones entre sus miembros, dependerá en gran medida, el desarrollo de sus integrantes. La familia difiere de otros grupos humanos en muchos aspectos, tales como la duración y la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y la función que estos desempeñan. Las características de la familia, son más que la suma de las personalidades de cada uno de los sujetos que la forman (Freidberg, 1985). Para entender el funcionamiento familiar, es necesario entender las relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de los integrantes, producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en ellos mismos. Las características de funcionamiento de la familia son las propias de un sistema abierto (Andolfi, 1985).

El marco de referencia a través del cual se han tratado de explicar las observaciones hechas en la familia es el derivado de la Teoría General de Sistemas que tiene sus orígenes en los artículos de Von Bertalanffy (1968) quien describe a la familia " como un sistema de tipo abierto el cual se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. La familia como grupo, funciona como un sistema en equilibrio dinámico, estructurado alrededor de las diferencias de sexo, edad y de algunos roles fijos" (Bertalanffy, 1968).

El grupo familiar intenta preservar su estabilidad, familias que no son armónicas ni equilibradas conservan su estabilidad, a la que algunos autores llaman homeostasis (Minuchin, 1988). La familia tiene una doble función aparentemente contradictoria: la tendencia homeostática y por otra parte la capacidad de transformación, que da un equilibrio, garantizando su evolución y creatividad (Palazzoli, c.p. Freidberg, 1985). En los sistemas patológicos aparece la tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis. En familias con paciente psicótico se encuentra una gran rigidez como patrón básico de comportamiento (Palazzoli, 1991).

Minuchin (1988) menciona dos dimensiones de la interacción familiar: la cohesión y la adaptabilidad, como determinantes para el diagnóstico familiar. La cohesión es definida como " las ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros", la definición para la dimensión de adaptabilidad es " la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura". La importancia de estas dos dimensiones en el funcionamiento familiar, ha despertado el interés de autores como Stanton (1988), Protinsky (1990), Cottone (1992), quienes han evaluado especialmente la estructura de pacientes farmacodependientes y alcohólicos encontrando una elevada incidencia en los valores extremos de los sujetos estudiados

El propósito de esta investigación fue el de realizar una comparación del funcionamiento familiar, entre familias que tienen un paciente psiquiátrico con diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a Farmacodependencia y familias que no lo tienen, intentando establecer un diagnóstico familiar que nos ayude a mejorar la comprensión de familias con enfermo mental.

El hospital de mayor importancia en cuanto a la concentración de pacientes mentales, es el "Fray Bernardino Alvarez" dependiente de la Secretaría de Salud, en este, la frecuencia de farmacodependencia y de psicosis orgánicas secundaria a ésta es muy alta, siendo de las principales causas de internamiento.

El presente estudio se llevó a cabo en el 4to piso sección hombres del mencionado hospital. se aplicaron cuestionarios a 20 familiares (padre o madre) del paciente con el diagnóstico de psicosis orgánica secundaria a farmacodependencia; para las familias de estudiantes universitarios se aplicaron cuestionarios a 20 familiares (padre o madre) de 20 estudiantes, de la carrera de la licenciatura de la facultad de Psicología de la UNAM. que cursaban los últimos semestres o que eran pasantes de la carrera. Se eligió también esta última población porque se tiene acceso a ella por cuestiones de trabajo.

El diagnóstico de paciente con psicosis orgánica secundaria a farmacodependencia se realizó de acuerdo al ICD-9 Organización Mundial de la Salud (1978) Trastornos Mentales: Glosario y Guía para su clasificación de acuerdo con la Novena Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Ginebra, OMS 1978. Sección V; Trastornos Mentales en la que se asignan 30 categorías clasificando a los Trastornos Mentales dentro de estas 30 categorías, con su subdivisión de 4to dígito (dígitos asignados a las categorías de Trastornos Mentales del 290 al 319, dígitos asignados a las Psicosis Orgánicas del 290 al 294) (DSM III, 1984, Apéndice D ).

De acuerdo a la mencionada clasificación la psicosis orgánica es definida como un síndrome en el cual se presenta deterioro de la orientación, memoria, comprensión, etc. Así como disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes. En esta misma clasificación la dependencia a las drogas la definen como un estado psíquico y algunas veces también físico como resultado del uso de drogas, una persona puede ser dependiente a más de una droga.

La comparación se realizó, aplicando la escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES II a uno de los padres (padre o madre) de cada grupo (familias con paciente psiquiátrico y familias sin paciente psiquiátrico). Esta escala fue desarrollada por Olson y col (1980) para medir la cohesión y adaptabilidad familiar. La validez de este instrumento para la población mexicana fue realizada por la Doctora Braverman (1986) quien aplicó el FACES II a estudiantes de la ENEP "Acatlán" involucrando también al padre o la madre del estudiante.

El faces se ha utilizado para evaluar ambas dimensiones (cohesión y adaptabilidad) en pacientes farmacodependientes y alcohólicos sobre todo, por la importancia que siempre se ha reconocido a los factores familiares en estos problemas de salud (Stanton, 1988; Protinsky, 1990; Cottone, 1992). En México se utilizó para realizar una comparación en familias de pacientes esquizofrénicos y familias de universitarios (Riestra, 1989).

Consideramos que conociendo la cohesión y adaptabilidad de familias con pacientes con psicosis orgánica secundaria a farmacodependencia, se podrá contar con mas elementos que nos ayuden a comprender mejor la dinámica de estas familias, y así poder implementar mejores estrategias, que posibiliten un trabajo mas completo y eficaz.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. LA FAMILIA

Una de las características fundamentales del ser humano, es el hecho de vivir en sociedad; el individuo para poder satisfacer sus necesidades más importantes, como las biológicas, sociales y psicológicas requiere de participar en diferentes grupos. Siendo a través de esta participación como se logran los satisfactores que nos permitan cubrir las necesidades que tenemos los seres humanos.

La familia como una institución que con sus características especiales y únicas, proporciona el grupo de interacción más importante para sus miembros, en la cual se encontrarán usualmente los afectos positivos o negativos más fuertes, y las fuentes de interacción emocional y desarrollo más importantes. Las características de la familia, como las de cualquier sistema complejo, son distintos a la suma de sus elementos. Identificar las características de los miembros, no es lo mismo que conocer a la familia o a la pareja como entidad. Ya que está tiene una historia y funciones propias que difieren de la de sus miembros (Glick y Kessler, 1980. c.p. Freidberg, 1985).

La familia es un sistema abierto, en el cual hay continua interacción entre sus miembros así como de sus miembros con el exterior. Al ser vista la familia como una institución social y grupo primario, presente en todas la épocas y sociedades, se le atribuyen necesariamente ciertas funciones universales, las cuáles varían en el tiempo y en el espacio .

Freidberg ( 1985 ) menciona, citando a Palazzoli, que cualquier sistema complejo vivo está caracterizado por dos funciones opuestas y en apariencia contradictorias: la tendencia homeostática por una parte y la capacidad de transformación por otra. La interacción de estas funciones mantiene al sistema en un equilibrio provisional, cuya inestabilidad garantiza la evolución y la creatividad.

Como menciona Lauro Estrada ( 1988 ) " no es tarea fácil la función que el sistema familiar debe cumplir, para ser efectivo. Por ejemplo, deberá ser capaz ,de dar cabida a todos los impulsos de sus integrantes y permitir la expresión y satisfacción de todas sus necesidades. Además de la capacidad de una familia para permitir a sus miembros el desarrollo y expresión del amplio espectro de las emociones humanas, es lo que en última instancia podemos utilizar como medida más o menos confiable acerca del éxito o fracaso del sistema. De tal forma que la capacidad de adaptación y flexibilidad es de gran importancia para la funcionalidad y desarrollo de la familia. En este intercambio afectivo se determinará el destino emocional de sus miembros " .

Salvador Minuchin ( 1988 ) parte de la hipótesis de que una familia bien organizada funcionará adecuadamente y sus miembros se encontrarán libres de síntomas. Para que una familia este adecuadamente organizada, deberá tener claramente delimitados los límites; estos límites deben incluir

la totalidad del sistema familiar contra interferencias exteriores incluyendo a miembros de otras generaciones.

La doctora Braverman (1986) menciona que las familias pueden ser concebidas como cayendo en algún lugar entre dos polos que serían dos extremos: de fronteras difusas, amalgamadas, o de fronteras rígidas en extremo o desarticuladas. La familia amalgamada es un sistema que se ha volcado hacia dentro, desarrollando su propio microcosmos. Tiene un alto grado de comunicación y preocupación entre los miembros de la 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 están las familias desunidas o desarticulada o sin compromisos, tienen fronteras demasiado rígidas entre sus miembros. 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. Otra clave para observar en la familia es la manera como ésta responde a los cambios refiriendo: "Una de las tareas más importantes de la familia, es la de mantener la continuidad que proteja el sentido de pertenencia de los miembros. Al mismo tiempo la familia deberá encontrar nuevas alternativas ante las continuas demandas de cambio".

Autores como Andolfi (1985) definen a la familia como un organismo activo en transformación constante; como un organismo complejo que se modifica en el tiempo, a fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle como un "conjunto" y al mismo tiempo asegure la diferenciación de sus miembros.

Al saber el individuo que pertenece a un grupo familiar lo suficientemente cohesionado, le permitirá diferenciarse poco a poco de sí mismo; permitiéndole ser cada vez menos necesario para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, hasta que al fin se pueda separar de este y pueda formar a su vez, un nuevo sistema con diferentes funciones. Este desarrollo está relacionado con el conjunto de los procesos de interacción que tienen por escenario un sistema de referencia significativo más amplio, como es la familia.

Andolfi citando a Bowen menciona que la impronta familiar, es tan determinante que el nivel de autonomía se puede definir precozmente en la infancia, y es previsible su historia futura sobre la base del grado de diferenciación de los progenitores y del clima afectivo dominante en la familia de origen.

La unidad estructural que ayuda a determinar la autonomía individual; es la relación triangular que se da entre los padres y el hijo. Toda familia va creando y deshaciendo sus propios triángulos relacionales y estas maniobras condicionan la evolución de su estructura.

De acuerdo al intercambio que se da en el sistema, va a permitir a los miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no; conformando así una unidad sistémica gobernada por modalidades de relación que son propias del sistema como tal y susceptibles de nuevas formulaciones y adaptaciones con el paso del tiempo, según cambien las necesidades de los miembros en lo individual y del grupo como un todo ( Andolfi, 1985 ).

La posibilidad de variar estas modalidades de relación permite a cada miembro experimentar nuevas partes de sí mismo, pudiendo observar así, el grado de diferenciación adquirido en el interior de la familia. Este desarrollo se verá enriquecido en la medida en que el individuo aprenda a experimentar nuevas modalidades de relación, que le permitan variar las funciones que cumpla dentro de los diferentes sistemas a los que pertenece, en momentos evolutivos diversos y con personas diferentes, sin perder por ello el sentido de su personal continuidad ( Menghi, 1977 c.p. Andolfi, 1985 ).

Esto enfrenta a la familia con fases de desorganización, que son necesarias para modificar el equilibrio de un estadio y alcanzar un equilibrio más adecuado. En este proceso se pasa por períodos de inestabilidad, en el que se reajustan las relaciones de cohesión-diferenciación entre los miembros. Esas fases se caracterizan por la confusión y la incertidumbre, señalando el paso de nuevos equilibrios funcionales que se podrán alcanzar, solo si la familia puede tolerar el acrecentamiento de la diversidad de sus miembros ( Andolfi, 1985 ).

De tal forma que la familia al modificarse, ofrecerá a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas. Pudiendo mencionar que las propiedades del sistema familiar son:

- 1.-Una transformación en su estructura permitirá alguna posibilidad de cambio.
- 2.-El sistema familiar está organizado sobre la base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros
- 3.- El sistema familiar tiene propiedades de autopetruación y autorregulación (Minuchin, 1988)

Esta evolución puede no producirse, debido a que las reglas de asociación que gobiernan al sistema familiar, impiden la individuación y la autonomía de sus miembros. Esta falta de autonomía, observada en la imposibilidad de modificar las funciones con el paso del tiempo, determina que las personas coexistan solo en el nivel de funciones, las limita a vivir solamente en función de los demás (Andolfi, 1985).

La familia debe enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos, y mantener al mismo tiempo su continuidad, debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en constante cambio. La familia, ha sufrido siempre cambios paralelos a los cambios de la sociedad. En este sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos: uno

es interno ( la protección psicosocial de sus miembros ) y el otro externo ( la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma ) ( Minuchin, 1988 ).

La función, representa el conjunto de conductas que dentro de la relación satisfacen las demandas reciprocas, según las familias puede tener una connotación positiva o negativa. En el primer caso cada quien, adquiere poco a poco una imagen diferenciada de si-mismo, de los demás y de sí respecto a los demás, que puede ser " proyectada " en el espacio. Esto supone que cada quien sabe que puede compartir su espacio personal con el de los demás, sin sentirse limitado, a existir en función de los otros. Cobra una connotación negativa, cuando su asignación es rígida e irreversible o cuando entra en contradicción con la función biológica ( Andolfi , 1985 ).

La falta de límites claros, que se deriva de esa modalidad de relación negativa se traduce en la imposibilidad de poder participar libremente en las relaciones de intimidad o de separación .

La actitud protectora, la indiferencia, el rechazo, la victimización, la locura, son primero atributos individuales constantes y se vuelven después roles estereotipados; si ésta modalidad de relación es la principal o la única posible, el sistema se hará rígido en esa misma medida, la necesidad de vivir en función reciproca, hace más estériles las interacciones y menos definidas las fronteras, al tiempo que el espacio personal se reduce, hasta confundirse con el espacio de interacción, el individuo con la función que desempeña, ser por sí mismo y ser en función de los demás ( Op.cit. ).

Salvador Minuchin (1988) refiere que de acuerdo a la claridad o no de los límites, las familias se clasifican en desorganizadas, amalgamadas o con límites claros .

**Familias desorganizadas:** en estas familias el contacto y transacciones entre los miembros es mínimo, sus miembros se sienten aislados y se ven obligados a encontrar sus satisfacciones y apoyo fuera de ella.

**Familias amalgamadas:** existe interferencia en todos los subsistemas, haciéndolos disfuncionales, impidiendo el desarrollo y autonomía de sus miembros.

El mismo autor menciona, que la funcionalidad de un sistema familiar, dependerá de la claridad de los límites. Esto hace pensar entonces, que un síntoma puede ser producto de una familia disfuncional, y que si la organización se convierte a una más adecuada, este desaparecerá automáticamente . Minuchin (1988) define a la estructura familiar, como una serie de demandas invisibles que organiza la manera de interactuar de sus miembros; siendo la familia un sistema que opera a través de patrones transaccionales, la repetición de estos patrones, establece cómo, cuándo y con quién se pueden relacionar sus miembros.

Estos patrones de interacción están mantenidos por dos limitantes: siendo la primera genérica que contiene las reglas universales que gobiernan a la organización familiar; por ejemplo debe haber una jerarquía de poder en la cual los padres y los hijos tienen distinto nivel de autoridad. También deberá existir una complementariedad de funciones entre marido y mujer aceptando su interdependencia como equipo ( Op.cit. ).

Cuando se presentan situaciones de desequilibrio, los miembros de la familia sienten que los demás no están cumpliendo sus expectativas, y empiezan a aparecer maniobras para lograr afiliaciones de poder o de inducción de culpa. La funcionalidad o disfuncionalidad de estas maniobras, depende de la flexibilidad o disponibilidad de suficientes rangos de patrones transaccionales alternativos .

El proceso de individuación o separación de la familia de origen, tiene por resultado una sensación coherente del "self", que proporciona un sentido de congruencia y continuidad a través de las experiencias del proceso psíquico, esto le permite al sujeto mantener una sensación de autonomía, así como de una involucración emocional con el otro. Cuando esto no se logra, los individuos permanecen intensamente involucrados con sus familias de origen y su energía está ligada a ellos más que a su propio bienestar. Con esta dependencia, el individuo, no tiene una sensación de un yo autónomo al de su familia. Estos individuos, no toleran las diferencias, aunque pueden reaccionar por compensación con una exagerada rebeldía y pseudo independencia, pero llevando consigo su conflictiva, impidiéndoles formar relaciones satisfactorias y estables ( Freidberg , 1985 ).

En las familias en las que no se da la madurez e identidad satisfactoria, cualquier desequilibrio emocional en uno de sus miembros, tiende a influir intensamente en los demás, desestabilizándolos por completo .

La matriz emocional conjunta establecida por la pareja, se convierte en la base de una más compleja forma de interacción, al irse agregando a ella nuevos miembros que surgen de esta relación (los hijos), que tienen características propias derivadas no solo de las características de sus miembros, sino de las interrelaciones entre ellos ( Op.cit. ).

En consecuencia, no es posible estudiar la sintomatología de uno de los miembros en forma aislada , ya que ésta refleja el funcionamiento emocional de la unidad familiar. El miembro que presenta la sintomatología puede ser el chivo expiatorio o portador de las perturbaciones de otros miembros. Cada sistema familiar manifiesta sus propios patrones de vulnerabilidad cuando éste es sometido a tensiones que rebasan sus límites de estabilidad. Algunos reaccionan con diversa sintomatología, incluyendo problemas psicósomáticos o incluso conductas destructivas ( Op.cit. ).

Freidberg ( 1985 ) cita a Meissner quien realizó estudios en los que incluye los conceptos de los roles de padre, madre y la triada padre-madre-hijo destacando los siguientes aspectos:

Los padres de niños con perturbaciones emocionales, frecuentemente son dominantes, autoritarios e hipercríticos o por el contrario, pasivos, inefectivos e incapaces de asumir la responsabilidad familiar y frecuentemente miran a la autoridad materna en una forma pasivo-agresiva. En familias con niños fóbicos a la escuela, así como en problemas con drogadicción se ha observado este último patrón de padre pasivo e inefectivo o casi ausente de la vida familiar. Este patrón casi siempre, está ligado a una intensa interacción madre-hijo que de alguna forma, completa la interacción de ausencia/desplazamiento de la figura paterna .

El niño necesita desarrollar un sentido de mutualidad con ambos padres como unidad, la estimación y valoración hacia la madre por el niño depende en parte de la estimación o antagonismo del padre hacia ella. Es importante la relación entre los padres ya que ésta juega un papel crítico en las identificaciones tanto masculinas como femeninas de los niños en desarrollo. Lidz y Fleck (1959) (c.p. Freidberg, 1985) mencionan " el desarrollo será difícil si el padre desprecia a la madre o es tan inconsciente que ningún patrón de conductas parece satisfacerlo" .

La relación emocional entre el padre e hijo, deriva de la propia identificación con su propio padre, la cual, le sirve como base de empatía paterna y de transmisión de normas culturales y personales de la paternidad. Esto puede evitar o favorecer la competitividad entre ambos, dependiendo en gran parte de la rapidez de los cambios entre las dos generaciones .

Freidberg cita una investigación realizada por Meissner, en la cual describe a las madres de niños fóbicos a la escuela, quiénes son descritas como ansiosas, ambivalentes, hostiles, inmaduras, demandantes e inseguras en su función materna, mientras que niños con problemas de ajuste en la escuela corresponden a madres irresponsables, débiles, competitivas por la autoridad paterna, rechazantes y hostiles. Niños con colitis ulcerativa tienen madres con inseguridad en su rol materno, ambivalencia hacia sus hijos; mientras que las madres con hijos esquizofrénicos son descritas como dominantes, perfeccionistas, desconfiadas, frías, masoquistas con baja autoestima, inconsistentes y rechazantes.

La sobreprotección materna es típica en los niños con fobias a la escuela. En niños con problemas de delincuencia en los que es imposible para la madre establecer un término medio para el manejo de sus hijos y de sus actitudes, varían desde la sobreprotección hasta el autoritarismo ineficaz. Las madres de jóvenes con problemas de adicciones se caracterizan por su sobreprotección y su incapacidad para permitirles la independencia adecuada para su edad .

Cuando marido y mujer, no han desarrollado sus roles mutuamente colaborativos y reforzadores, privan al hijo de los modelos de funcionamiento adulto maduro, y especialmente en lo que toca a las relaciones de pareja, que son esenciales para el desarrollo.

Está interrelación es crítica en el desarrollo de la vida familiar, la pareja debe estar en condiciones de aceptar la modificación del equilibrio existente, estos cambios presentan invariabilmente una cierta tensión psicológica que tiene que ser manejada satisfactoriamente, para que se pueda pasar a una nueva etapa. Como refiere Meissner " con el nacimiento de cada hijo ambos padres reviven inconscientemente parte de sus propias etapas de desarrollo y conflictos derivados de ellas. Cuando el hijo no remueve conflictos importantes, este puede ser fuente de gratificación, incrementando la profundidad del significado de su relación matrimonial y contribuyendo a la consolidación de sus identidades" ( c.p. Freidberg ; 1985 ).

Salvador Minuchín ( 1988 ) propone un modelo que contiene, los conceptos claros de las funciones de los diversos subsistemas u holones del sistema para una familia funcional:

## 2.1.1. LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES

### SUBSISTEMA MARITAL

Formado por dos adultos, que se unen con el propósito de formar una familia. Las principales habilidades requeridas para las tareas de este subsistema son: las de complementariedad y adaptabilidad mutua. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunala la acción del otro, en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permita a cada esposo ceder, sin sentir que se ha dado por vencido. El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante las presiones externas y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento, pero en las parejas también pueden estimularse mutuamente los rasgos negativos. Estas pautas negativas pueden existir en las parejas corrientes sin que ello implique una patología grave o motivaciones negativas en ninguno de sus miembros.

El subsistema marital debe llegar a un limite, que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio ( un refugio ) en el que puedan proporcionarse mutuamente un sosten emocional. Si el limite alrededor de los esposos es excesivamente rigido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Si los esposos mantienen los límites muy abiertos a otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes politicos estos pueden interferir en el funcionamiento del sistema.

## SUBSISTEMA PARENTAL

Quando nace el primer hijo, se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. la llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional; planteando la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta entonces han venido rigiendo a este matrimonio. En ocasiones tener un niño favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diferentes facetas de personalidad de cada uno ( Estrada, 1988 ). En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse, para desempeñar las tareas de crianza y socialización de los hijos sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres y , al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.

A medida que el niño crece, sus requerimientos para desarrollarse, como para la autonomía y orientación. imponen demandas nuevas al subsistema parental que debe modificarse para poder satisfacerlas. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización; a medida que los niños crecen, es posible que no acepten las reglas, el control y la orientación asumen una mayor importancia, a medida que el niño madura, especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad ( Minuchin ; 1988 ).

El funcionamiento eficaz, requiere que padres e hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. El apoyo a la responsabilidad y a la obligación de los padres para determinar las reglas de la familia, estimula el derecho y la obligación del niño de crecer y desarrollarse en forma autónoma ( Op.cit. ).

## SUBSISTEMA FILIAL

Es el primer experimento social de los hijos con miembros semejantes. En este subsistema los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo de los hermanos, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir, aprenden a lograr amigos y aliados, salvar la apariencia cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades.

En las familias amplias, el subsistema fraterno posee otras divisiones, ya que los hijos más pequeños que requieren de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, se diferencian de los niños mayores que realizan ya contactos y contratos con el mundo extrafamiliar; cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de sus iguales extrafamiliares, lo hacen de acuerdo con las pautas que adquirieron dentro del mundo fraterno, cuando aprenden formas alternas de relación, incorporan estas nuevas experiencias al mundo fraterno. Si la familia del niño posee modalidades muy particulares. los límites entre la familia y el mundo extrafamiliar pueden convertirse en excesivamente rígidos. Siendo

posible que el niño enfrente dificultades para poder incorporarse a otros sistemas sociales (Minuchin, 1988).

Por otro lado, en relación a las tensiones que se pueden presentar en el sistema familiar, estas pueden provenir de él mismo o del exterior, cuando este es el caso, su resolución puede afectar a un solo subsistema o a toda la familia. Cuando la estructura familiar es funcional, las tensiones en un subsistema son posibles de resolverse dentro del mismo, en la medida en que invaden a los demás, la familia tiene que hacer arreglos que puedan o no llevar a una disfuncionalidad ( Op.cit. ).

Cuando existen amenazas sobre la estabilidad de la familia, deben encontrarse respuestas contraatacantes que restablezcan los rangos de conducta hasta que se presente el nuevo cambio. Si la familia no cambia, es un signo de rigidez poco saludable, ya que siendo sus patrones preferidos poco saludables son mantenidos de manera obstinada tornándose este sistema patógeno ( Braverman ; 1986 ). La familia debe adaptarse a las circunstancias cambiantes, de tal forma que mantenga cierta cohesión fomentando el desarrollo psicosocial de sus miembros .

De tal manera, una familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros de la familia. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una constante transformación de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras que el sistema familiar conserva su continuidad. En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables ( Minuchin, 1988 ).

Al irse agregando en la familia nuevos miembros ( los hijos ) el sistema alcanza un nuevo nivel de formación familiar, las ligas emocionales fundamentales en los hijos, provienen de esta triada primaria en la cual la formación del yo, tiene sus bases con todas sus ventajas y problemática de la que sean portadores los padres y del efecto de la interacción entre ambos.

### 2.1.2. LA TRIADA PADRES-HIJOS

Estudios realizados por Haley ( c.p. Hoffman, 1987 ) observó que en las familias con un miembro sintomático, la triada que más a menudo salía a la superficie, era la coalición entre dos personas, habitualmente de generaciones distintas, a expensas de una tercera, es decir, se podía encontrar a una madre que hablara por un niño en tal forma que *desacreditará* al padre, o que los padres

podían luchar entre sí y luego volverse hacia el niño y acusarlo de causar dificultades. O peor aún, si se catalogaba o hacia abierta semejante coalición, sería negada o descalificada. Hoffman citando a Haley comenta que una estructura triádica causará tensiones en un sistema social, llamando a esto "El triángulo perverso" o la "Coalición intergeneracional" y observa que parece coincidir con manifestaciones indeseables como violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema (Hoffman, 1985).

Haley menciona que las características de este triángulo son.

1.- Debe contener a dos personas del mismo nivel de jerarquía o status, y una persona de un nivel distinto. En la familia significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.

2.- Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante. Debe establecerse una distinción entre una alianza, que puede basarse en intereses comunes y no abarcar un tercer partido, y una coalición, en que dos personas se unen contra o con exclusión de una tercera persona.

3.- La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado a nivel metacomunicativo. En suma Haley dice que el triángulo perverso es aquel en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta.

Hoffman sugiere que de acuerdo a las aportaciones hechas por Haley, una situación conflictiva que surge dentro de diferentes órdenes de coaliciones afectará el funcionamiento apropiado de un sistema social y de las personas que hay en él. Observa que las coaliciones nunca ocurren solas, sino siempre por parejas. En familias perturbadas, una coalición de un padre con un hijo a menudo se enfrentará a una coalición del otro padre con un abuelo, esto podría llamarse "coalición contrarrestante".

Algunas de las reglas que gobiernan las coaliciones en las familias o grupos de parentesco, y es aplicable a las pautas de comportamiento triádico en las familias con miembros psicóticos es la Teoría del Equilibrio, las pautas de esta teoría permiten las posibilidades de intervención clínica, la teoría del Equilibrio se relaciona con las secuencias de interacción de familias en que hay un miembro sintomático.

## LA TEORIA DEL EQUILIBRIO

Caplow y Haley ( c.p. Hoffman, 1987 ) convienen en que hay una tendencia a que las relaciones sean compatibles a través de cualquier red familiar. ¿Cuál es la diferencia entre una estructura de relaciones que produce depresión y otra que no la produce ? esto se puede explicar como lo hace Haley; en una familia deprimida todas las relaciones, o casi todas, parecen convertirse en relaciones de coalición. Madre e hijo están cerca uno del otro, a expensas del padre. Los padres solo pueden unirse en oposición a un hijo. A la inversa, un conflicto entre dos partes se interrumpirá, cuando una tercera se ponga del lado de uno u otro de los combatientes, o que distraiga la atención hacia sí mismo. Cercanía y lejanía son aspectos importantes de las relaciones familiares. Pero al parecer en una familia deprimida estos procesos siempre son triádicos porque ningún acercamiento y ningún apartamiento son confortables entre dos personas.

Otro factor importante es la Intensidad. En las familias que producen miembros sintomáticos, habrá algunas triadas en que las relaciones se experimenten como si la familia fuese un campo electromagnético sumamente cargado; en esta relación es conveniente utilizar los términos "positivo" y "negativo" , los valores de relación pueden cambiar súbitamente, pero sea cual sea, el valor que aparezca, tendrá el carácter de una fuerza invisible. En contraste, en una familia que funciona normalmente, las alineaciones son mucho más benévolas y menos obligadas. Como consecuencia, las personas parecen libres de establecer alianzas apropiadas a las operaciones necesarias del momento o a etapas en el tiempo. Tal vez por ello los clínicos emplean el término "flexible" para identificar a una familia que funciona bien y el término "rígido" para identificar una familia disfuncional. Una familia que exhiba una patología extrema puede parecer caótica y confusa, y la rigidez solo sería perceptible en la redundancia de las secuencias a lo largo del tiempo ya que siendo sus patrones preferidos poco saludables son mantenidos de manera obstinada ( Hoffman ; 1987 ).

Un cuarto factor es el grado de Conexión del campo de las relaciones de la familia , Bowen ( c.p. Hoffman, 1987 ) notó que este fenómeno ocurría las más de las veces en tiempo de crisis, en que cada vez más personas entraban en el proceso de triangulación por una especie de contagio. La presión hacia la compatibilidad no puede comprenderse sin hacer referencia a la importancia de la jerarquía o los niveles de la estructura familiar, esto creará un conflicto entre los subsistemas familiares, por ejemplo la madre al ser rechazada por el padre se vuelve hacia los hijos en demanda de intimidad, pudiendo ser esto útil para ella, pero creando una coalición inapropiada, debilitando así la diada ejecutiva. Sin embargo, unas intensas alineaciones intergeneracionales no son la única causa de dificultades, algunas causas de perturbación familiar, surgen de situaciones inversas, cuando existe una extrema intimidad entre iguales y una enorme brecha entre generaciones, casi diríamos una laguna. Esto puede ocurrir en las estructuras familiares en las que los padres están extremadamente desconectados de sus hijos , y los hermanos forman un subgrupo o pandilla excesivamente unido.

Ningún tipo de estructura es buena o mala por sí misma, lo que se requiere es que exista un grado razonable de independencia entre las partes. Una familia que funciona bien, parece contener recursos separadores que limitan una tendencia a que las relaciones sigan reglas de coalición rígidas.

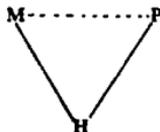
Resumiendo, una familia que produce miembros con síntomas psicóticos, dará las siguientes claves: 1) alto grado de conexión familiar; 2) coaliciones encubiertas con líneas cruzadas entre generaciones; 3) intimidad y distancia entre los miembros de la familia quedan determinadas por reglas, para que la coaliciones tengan congruencia; 4) terceras partes que intervengan o desvíen el conflicto o la intimidad entre la pareja y 5) relaciones con un alto factor de intensidad ( Hoffman, 1987 ).

La investigación clínica indica que cuando un estado de cosas se lleva a un extremo, de manera que ningún miembro del grupo social pueda cambiar sus lealtades sin afectar a todos los demás, el grupo se encuentra en dificultades; presentándose un proceso de polarización en que un grupo tiende al cambio, a un proceso de busca de un chivo expiatorio. Si el síntoma lleva consigo un membrete benévolo de "enfermo" creará un grupo preocupado y unido, en lugar de un grupo en conflicto. Si lleva el membrete de "malo", esto también unirá a la familia, pero en oposición al miembro problemático (Op.cit. ).

Una aportación a la bibliografía que conecta las triadas con la administración de un conflicto es Familias Psicossomáticas de S. Minuchin ( c.p. Hoffman, 1987 ) quién realizó un estudio de niños con desórdenes psicossomáticos: asma, diabetes y anorexia nerviosa. Minuchin y sus colaboradores partieron de la hipótesis que era posible aprovecharse de los niños para oscurecer o desviar el conflicto parental. Al analizar las configuraciones de relación que coincidían con los síntomas de un niño Minuchin formuló una tipología de las que llamo " Triadas Rígidas " .

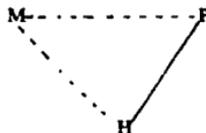
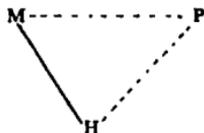
Estas Triadas Rígidas son: "triangulación", "coalición padre-hijo", "ataque a la desviación" y "apoyo a la desviación".

### TRIANGULACION



Describe una situación en que dos padres, en conflicto abierto u oculto, están intentando cada uno ganarse el cariño y apoyo del niño en contra del otro.

### COALICION PADRE-HUJO



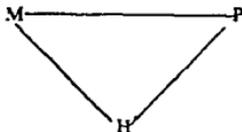
Está es una expresión más abierta del conflicto parental, aunque la familia puede acudir en busca de tratamiento con un niño problema. Uno de los padres se pondrá del lado del niño contra el otro, y a veces es difícil determinar si el niño o el cónyuge que queda fuera se encuentra en dificultades mayores. La intensa intimidad del niño con el padre preferido puede resultar, sin embargo en una sintomatología especialmente cuando el proceso natural de crecer empieza a crear una tensión sobre la "estasis" padre-hijo.

### ATAQUE A LA DESVIACION



En este tipo de triada la mayoría de las veces el clínico considera que los padres están haciendo del niño un chivo expiatorio. El comportamiento del niño es perturbador o "malo" y los padres se unen para contenerlo, aunque uno de ellos a menudo, está en desacuerdo con el otro sobre cómo tratarlo, y ambos lo tratan de manera contradictoria.

### APOYO A LA DESVIACION



En esta triada, los padres suelen ocultar sus diferencias enfocándose al niño, que es definido como "enfermo" y por el que los padres muestran una preocupación enorme, sobreprotectora. Esto les une mucho y es un rasgo frecuente de las familias en que la tensión se expresa mediante desórdenes psicósomáticos ( Hoffman, 1987 ).

### 2.1.3. FUENTES CAUSANTES DE ESTRESS EN EL SISTEMA FAMILIAR

El stress sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes ( Minuchin, 1988 ).

- a) El contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares
- b) El contacto de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares
- c) Momentos transicionales en la evolución de la familia
- d) Problemas de idiosincracia

a) Contacto de un miembro con fuerzas extrafamiliares.

Una de las principales funciones de la familia es la de brindar apoyo a sus miembros cuando uno de ellos se encuentra afectado por stress, los demás miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Esta acomodación puede verse limitada a un subsistema o, por el contrario, difundirse en el seno toda de la familia.

b) Contacto de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.

Puede verse influida la familia por problemas económicos o por el stress que puede ocasionar un cambio de domicilio motivado por la mudanza o traslado a otra ciudad. Los recursos de la familia para hacer frente a esas situaciones se pueden ver amenazados.

c) Momentos transicionales en la evolución de la familia.

Existen fases en la evolución natural de una familia que requieren la negociación de nuevas reglas familiares. En este proceso, se plantean inevitablemente conflictos. Idealmente, los conflictos son

resueltos por negociaciones de transición y la familia se adapta con éxito. Estos conflictos ofrecen una oportunidad de crecimiento a todos los miembros de la familia. Si no son resueltos, los problemas transicionales pueden plantear dificultades aún mayores. Los problemas de transición se plantean en varias situaciones, pueden producirse por cambios originados en la evolución de los miembros de la familia y por cambios de la composición familiar. Uno de los desencadenantes más habituales es la entrada de la adolescencia de los hijos. La relación entre los hijos y los padres se ve perturbada, se debe apartar ligeramente al hijo del subsistema fraterno debiendo otorgar mayor autonomía y una mayor responsabilidad, adecuada a su edad.

Las transacciones del subsistema parental con el hijo deben modificarse y dejar de ser relaciones de tipo padre-hijo niño para convertirse en relaciones padre-joven adulto, de esa manera se logrará una adaptación exitosa. Es posible que la madre se resista a todo tipo de cambio en su relación con el adolescente debido a que ello requerirá un cambio en la relación con su marido. Puede atacar al adolescente y socavar su autonomía, en lugar de cambiar su propia actitud. Si el padre se incorpora al conflicto apoyando al hijo, se constituye una coalición transgeneracional inadecuada. Está situación puede generalizarse hasta que toda la familia se vea implicada en ese conflicto. Si no se realiza ningún cambio familiar, aparecerán elementos disfuncionales, que se repetirán en todas las circunstancias en las que se manifiesten conflictos.

Cuando una familia incorpora a un nuevo miembro, ese nuevo miembro debe adaptarse a las reglas, el antiguo sistema debe modificarse para incluir al nuevo miembro. Las formas de incorporación de nuevos miembros que pueden producir estrés en el transcurso del período de adaptación son: el nacimiento de un hijo, el matrimonio de un miembro de la familia extensa, la unión de dos familias a través del matrimonio de padres separados o viudos, la inclusión de un pariente, amigo o hijo adoptivo. El estrés es producido también por la adaptación a una disminución del número de miembros de la familia, por separación o divorcio, encarcelamiento, internación en una institución, etc.

#### d) Problemas de idiosincracia.

Se deben de tomar en cuenta todas las circunstancias y tener presente la posibilidad de que áreas determinadas de la familia den lugar a pautas transaccionales disfuncionales. Es posible que problemas de idiosincracia transitorios superen los mecanismos que permiten hacerles frente, por ejemplo: si un miembro de la familia enferma.

Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o que sea mantenido

por el sistema. El síntoma puede constituir una expresión de una disfunción familiar. Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente requerimientos de cambio. Estos requerimientos son inducidos por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y por diversos estímulos provenientes del sistema social en que la familia está influida. Una familia disfuncional es una familia que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento (Minuchin, 1988).

Minuchin menciona en su teoría sobre el funcionamiento familiar, dos dimensiones de la interacción familiar: la cohesión y la adaptabilidad, como determinantes para el diagnóstico del sistema familiar.

### 2.1.5. CONCEPTOS DE COHESION Y ADAPTABILIDAD

Dos características son señaladas como significativas para el adecuado manejo familiar: la cohesión y adaptación, señalándose ejes que van de lo desarticulado a lo amalgamado y de lo caótico a lo rígido (Braverman, 1986).

Entendiendo por Cohesión Familiar el grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente a la familia. La cohesión familiar es definida como las ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros y el grado de autonomía individual que experimentan sus miembros dentro del sistema familiar; tomando en cuenta los siguientes factores: ligas afectivas, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones (Braverman; 1986).

La Adaptación Familiar es definida como la flexibilidad del sistema familiar ante el cambio, la adaptación familiar es entendida como la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés que producen fuerzas circunstanciales o el propio desarrollo de los miembros. Involucra poder familiar, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, roles de las relaciones y reglas de las relaciones (Op.cit.).

Las características de los valores para la dimensión de cohesión según Olson y cols (1979) son:

**Disgregada ( baja ):** Esto se refiere a que existe una elevada independencia de los miembros de la familia, los límites se encuentran abiertos al exterior del sistema y cerrados al interior del mismo; los límites generacionales son rígidos, las coaliciones en la familia son débiles apartándose la mayor parte del tiempo de la familia en lo emocional y en lo físico, en consecuencia los amigos de los miembros de la familia son limitados, siendo estos vistos fuera del núcleo familiar, las decisiones son tomadas en forma individual. La familia no se involucra en actividades recreativas.

**Separada ( baja o moderada ):** Existe cierta independencia de los miembros de la familia. Los límites se encuentran semi-abiertos al interior y exterior del sistema; los límites entre las generaciones son claros, la coalición dentro del matrimonio es clara. Los miembros de la familia pueden estar solos o unidos, manteniéndose el espacio privado y el familiar; comparten amigos pero también los miembros de la familia mantienen amigos individuales. La mayoría de las decisiones son tomadas de manera individual, pero son capaces de tomar decisiones en grupo sobre asuntos familiares; algunas actividades son espontáneas y son apoyadas las actividades recreativas individuales.

**Conectada ( moderada-alta ):** Moderada dependencia de los miembros de la familia. Los límites al exterior están semi-abiertos y abiertos al interior del sistema; son claros los límites generacionales, la coalición marital es fuerte. Es importante el tiempo que pueden estar juntos, así también el tiempo de estar solos es permitido y aprobado; se minimiza el espacio privado y es más importante el espacio familiar. Se tienen amigos individuales y hay actividades establecidas que pueden realizarse con parejas y amigos de la familia. Las decisiones individuales son compartidas y la mayoría de éstas se realizan tomando en cuenta a toda la familia, se tienen establecidas actividades recreativas familiares pero también son permitidas las que se realizan de manera individual.

**Amalgamada ( elevada ):** La dependencia entre los miembros de la familia es elevada. No hay claridad en los límites al interior del sistema y éstos se encuentran cerrados al exterior; los límites generacionales son poco claros, presentándose coaliciones entre padres e hijos. Es muy importante el tiempo de estar juntos y es mínimo el tiempo que se permite para estar solos, los amigos individuales son limitados; las decisiones tanto personales y de relación deben ser tomadas por toda la familia, la mayoría de las actividades recreativas deben ser compartidas por la familia.

Las características de los valores para la dimensión de adaptabilidad son:

**Caótica:** Se refiere a las familias con líder autoritario que ejercen el poder con estilo pasivo-agresivo, con una rigidez extrema en los roles, los cuales están estereotipados, con demasiadas reglas explícitas y rígidas que dificultan la posibilidad de negociación dejando pocas opciones para la solución de los problemas.

**Flexible:** Generalmente el líder es asertivo, existiendo equilibrio, lo que facilita el cambio; la disciplina es democrática y es buena la negociación que se da para la solución de problemas. Cada miembro ejecuta su rol y éstos pueden ser compartidos también, existiendo un cambio fluido en los roles, algunas de sus reglas cambian; la mayoría de ellas son explícitas poniéndose en vigor.

**Estructurada:** El líder es democrático y generalmente es asertivo, las negociaciones son estructuradas y es excelente la solución de los problemas, por lo que las consecuencias de estas soluciones son predecibles; algunos roles son compartidos. Pocas de sus reglas cambian siendo la mayoría de ellas explícitas más que implícitas y son puestas en vigor.

**Rígida:** Son familias con líder autoritario de tipo pasivo-agresivo, es crítico y estricto en extremo. No existen las negociaciones para la solución de los problemas; el rol es rigidizado siendo éste estereotipado, las reglas en la familia son impuestas, siendo muchas de ellas implícitas y muy pocas explícitas.

Basados en la designación del modelo, y las dimensiones se tienen cuatro tipos de familias o parejas en el círculo central: Flexiblemente-Separada; Flexiblemente-Conectada; Estructuralmente-Separada; Estructuralmente-Conectada. Estos cuatro tipos representan un mejor funcionamiento de parejas o de sistemas familiares; estos sistemas abiertos se distinguen por la capacidad de permitir a los miembros del sistema, la libertad de estar solos o acompañados unos con otros según como lo deseen. Así, los miembros algunas veces se pueden ir a cualquiera de los extremos por largos períodos de tiempo. Este modelo es dinámico en el que asume que los cambios pueden ocurrir en la familia a través del tiempo, en estas familias hay libertad para el cambio en diferentes direcciones de acuerdo a la situación o el tiempo que se da en el ciclo vital de la familia, y que sus miembros requieren para su socialización.

Por otra parte, basado en las dimensiones mencionadas, se tienen también cuatro tipos de familias o parejas en los extremos: Caóticamente-Desvinculada; Caóticamente-Amalgamada; Rigidamente-Desvinculada; Rigidamente-Amalgamada. Estos cuatro tipos de parejas o sistemas familiares son vistos como menos funcionales para el desarrollo individual y familiar; familias en estas categorías pueden ser descritas por los extremos de cohesión y adaptabilidad. Estos tipos extremos son conductas continuas a los extremos, con la conducta funcional pero representan una versión exagerada de ellas. En estas dimensiones se engloban familias con una rigidez extrema de roles, los cuales están estereotipados, con reglas implícitas y rígidas que dificultan la posibilidad de negociación dejando pocas opciones para la solución de problemas, mismos que se resuelven generalmente de forma individual. En estas familias se encuentran líderes autoritarios que ejercen su poder con estilo agresivo, facilitando la formación de una autocrítica estricta. Aumenta la desvinculación de los miembros pasando la mayor parte del tiempo posible separados emocional y físicamente; no involucrándose como familia en actividades y recreaciones. Es posible encontrar en estas familias lazos abiertos al exterior del sistema pero cerrados al interior del mismo.

## 2.2. FAMILIAS CON PACIENTE PSIQUIATRICO

El estudio de las familias con paciente psiquiátrico, tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar, y que los trastornos mentales guardan una relación estrecha con la existencia de enfermedad mental o de psicopatología en alguno de los padres. Se considera que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar, exponente y consecuencia de las tensiones que se dan dentro de la familia; este planteamiento es de gran importancia ya que amplían el concepto del enfermo como un problema individual, y de la enfermedad como algo más que el resultado de procesos fisiopatológicos ( Jackson, 1980 ).

La estabilidad dentro del grupo familiar pierde su grado de sustentación ante diversos eventos; si la familia no está cambiando, este es un signo de rigidez, poco saludable. Aunque sus patrones preferidos ya sean inadecuados, éstos son mantenidos obstinadamente. Este sistema se vuelve patógeno, los miembros de la familia ya no encuentran al sistema como sostenedor de un proceso de crecimiento; este se convierte en una prisión. Las respuestas que son inadecuadas continúan siendo reforzadas por un sistema con mecanismos caducos. La exploración de alternativas no se da; y los miembros de la familia se sienten atrapados apareciendo síntomas de desajuste dentro del grupo ( Braverman, 1986 ). Las familias disfuncionales, son ineficientes en la resolución de conflictos; siendo en este sentido importante señalar que esto tiene que ver con la cualidad de la alianza en la pareja donde el conflicto parental no resuelto produce ataques mutuos y maniobras de incompetencia y distanciamiento. La fuente de gratificación es vista por la familia como existente fuera, no dentro de la familia; padres e hijos buscan gratificación fuera del núcleo familiar cuando se sienten frustrados, existiendo distanciamiento entre ellos.

Dentro de una misma familia pueden variar los límites de tolerancia establecidos para sus diferentes miembros. Gurin, Veroff y Feld ( c.p. Ackerman, 1976 ) mencionan que si el sistema se ve afectado en las relaciones intrafamiliares e implica a uno de los cónyuges ( y no a otro miembro de la familia ), es menos probable que el individuo desviado llegue a recibir asistencia profesional. Según los autores esto sucede por que los problemas que afectan al cónyuge son más difíciles de identificar. Las familias difieren en su capacidad para tolerar o superar la tensión, algunas familias están tan poco integradas que la menor desviación por parte de un miembro amenaza a la familia con la disolución, trastorna a tal punto la relación que son imposibles las relaciones familiares armoniosas. En otras familias, en cambio, el desviado cumple una función integradora. Ackerman cita a Vogel y Bell quienes mencionan que el hijo esquizofrénico le permite a la familia mantener su unidad ofreciendo un desahogo conveniente para las dificultades de personalidad de los padres . Bursten y D' Esopo ( c.p. Ackerman, 1976 ) mencionan que en ocasiones las familias necesitan de un individuo que asuma el rol de enfermo en beneficio de la familia más que del paciente, de modo tal que cuando la familia depende del desviado y este ayuda a mantener la estabilidad asumiendo ese rol, la familia puede tolerar la tensión antes de intentar planes de intervención .

Como en la mayoría de los casos esta disfunción es depositada en un miembro de la familia, provocando gran variedad de síntomas. Algunos terapeutas han encontrado útil nombrar al miembro de la familia que tiene el síntoma como paciente identificado, en lugar de ser llamado como lo hace la familia, el enfermo, el raro o el culpable ( Satir, 1983 ). Las observaciones clínicas han llegado a la conclusión de que el tratamiento de los pacientes tiene que incluir a la familia. Esta sugerencia está apoyada en observaciones que mostraban, como los miembros de la familia responden al tratamiento individual de uno de los miembros diagnosticado como esquizofrénico. Observándose, que otros miembros interferían en el tratamiento, como si la familia tuviera interés en que se mantenga la enfermedad del paciente, ya que otros miembros enfermaban conforme el paciente mejoraba, como si la enfermedad en alguno de los miembros, fuera necesaria para mantener el funcionamiento familiar (Jackson, 1980).

Otro de los hallazgos que se han encontrado, es que cuando los padres se encuentran cercanos emocionalmente, atentos el uno al otro de lo que cualquiera de los dos estaba con el paciente, este mejoraba. Cuando los padres estaban cercanos emocionalmente no se equivocaban en el manejo del enfermo; ya que el paciente responde bien a la firmeza, al consentimiento, al castigo y hablar las cosas o a cualquier otra forma de manejo. Cuando los padres estaban "emocionalmente divorciados" cualquier forma de manejo que se intentara con él era igualmente ineficaz ( Op.cit. ).

Otro concepto para entender los fenómenos de la familia con paciente psicótico, es el de la comunicación, teniendo como punto principal la teoría del doble vínculo (de comunicación paradójica observado con mayor frecuencia en familias con pacientes esquizofrénicos ). El juego paradójico se puede resumir de la siguiente manera: En el nivel verbal se da una indicación que a continuación en el segundo nivel, casi siempre no verbal, es descalificada.

Estas reglas se refieren a los intercambios que se dan en el grupo familiar, y tienen carácter de comunicación tanto a nivel verbal como no verbal. El primer axioma de la pragmática de la comunicación humana afirma que no es posible no comunicarse, ya que toda conducta es comunicación, que a su vez está provoca una respuesta, respuesta que consiste en otra conducta, el intento de no comunicarse puede existir en cualquier contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación lo que en consecuencia define las relaciones; en un intercambio que se da entre dos personas, una de ellas puede defenderse de no involucrarse mediante la descalificación, en donde su propia comunicación o la del otro quedan invalidadas; la descalificación en la comunicación abarca una amplia gama de fenómenos comunicacionales: la autocontradicción, incongruencias, cambios de tema, oraciones incompletas, malentendidos, etc. (Watzlawick, 1986). Siguiendo este punto se llega a la hipótesis de que las familias que presentan conductas diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros, se rigen por un tipo de relaciones, en consecuencia de normas peculiares de este tipo de patología, tanto las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permitan mantener las reglas (o normas) y por lo tanto las relaciones patológicas (Palazzoli,1991).

## 2.2.1. FAMILIAS CON DESIGNACION RIGIDA

Un sistema familiar no constituye una realidad bidimensional simple, sino una realidad tridimensional más compleja, en que la historia de las relaciones del pasado se encarna en el presente para poder desarrollarse en el futuro. En las familias en las que los cambios en la relación se perciben amenazadores, se introduce una rigidez en los esquemas de interacción presentes y en las funciones que desempeña cada miembro, que cristalizan en relaciones estereotipadas. Frente a una posibilidad de cambio que el sistema en su conjunto percibe traumática, una reacción es actuar de modo que uno de sus miembros asegure la mitigación del estrés que aquello produce y lo asegure por la expresión de una sintomatología ( Andolfi , 1985 ).

Entre las familias que utilizan la designación como respuesta a una demanda de cambio, podemos mencionar a las familias que eligen la designación de uno de sus miembros como una respuesta provisional a un evento nuevo dentro de la familia.

En este tipo de familias la designación es una respuesta provisional a un suceso nuevo, una tentativa de solución que no se ha vuelto definitiva. El comportamiento sintomático del miembro escogido contribuye a catalizar sobre él la tensión, en un momento particularmente difícil para la estabilidad del grupo familiar en su conjunto. Mediante este recurso de atribuir al paciente designado una función temporaria que mantiene estable y cohesionado al sistema, las funciones de los demás se moldean y se integran con la suya. Se puede ilustrar tal situación de esta manera: La muerte del abuelo materno y por consiguiente la llegada de la abuela al núcleo familiar de la hija, pueden producir una tensión que amenace en diferentes niveles a tres generaciones ( La abuela, la hija, y/o el esposo y los hijos ) y que requieran de un proceso de adaptación para que no se vea reducido el espacio de autonomía de cada miembro. Si el desequilibrio que viene por la inclusión de un nuevo miembro, es percibido como una amenaza para la estabilidad de la familia, es posible que un hijo, que acaso sea un pequeño portador de una perturbación orgánica y en consecuencia más apto para reactivar un circuito de protección, manifieste un comportamiento regresivo. Tal vez se niegue a ir a la escuela y muestre actitudes tiránicas e infantiles en la casa. Si la tensión se traslada de la trama relacional de la familia a una sola malla de la red ( el comportamiento sintomático del niño ), la abuela podrá encontrar un espacio dentro de la familia "en bien del nieto"; éste, puede abandonar por ejemplo el cuarto que comparte con el hermano mayor para ir a dormir al cuarto de la abuela, quien de esta forma podrá velar su sueño y cuidarlo mejor; los padres en un inicio preocupados por la conducta del hijo, podrán dejar para después el resolver su disyuntiva entre dos lealtades: De la pareja que excluye a la abuela, y de madre e hija que excluye al marido. Los síntomas del niño representarán una válvula de seguridad para la pareja, que de este modo podrá mantener a salvo la "armonía conyugal". Por otra parte, el paciente estará dispuesto a sacrificar parte de su propia autonomía para llevar adelante, su función de miembro designado, la tarea de atraer sobre sí las dificultades de la interacción de la familia. éste tipo de designación permanece fluctuante, hasta el momento en que la trayectoria vital de la familia pueda pasar de una persona a otra o de una expresión sintomatológica a otra. Esto permite a los miembros del sistema experimentar una alternancia de funciones en virtud de la reversibilidad de la relación normalidad-patología. No obstante, si este mecanismo de designación reversible y temporario, no consigue asegurar a la familia la formación

de ordenamientos estructurales satisfactorios, amenazará con transformarse en un mecanismo rígido en que la identidad del paciente designado y de los demás miembros de la familia será remplazada poco a poco por funciones repetitivas ( Op.cit.).

En este otro tipo de familias, puede suceder que se perciba como catastrófico el paso de un estadio evolutivo al siguiente. En ese caso, la necesidad del cambio se traduce en la adopción de una solución consabida, que es aplicada en el presente y es "programada" para el futuro. Con el bloqueo de toda tentativa de experimentación y aprendizaje . Una solución adecuada para determinada fase se repetirá de manera rígida en otras.

En las familias en la que los cambios impuestos por el proceso de desarrollo, se perciben como una amenaza, se genera una rigidez cada vez mayor en los esquemas de interacción y de las funciones que cada miembro desempeña, hasta llegar a la expresión de una patología individual, más fuerte e irreversible cuanto más indispensable se experimente para la estabilidad del sistema en su conjunto, este se transforma para no cambiar. Los roles, las funciones, las relaciones, los espacios de interacción se vuelven rígidos. El sistema reemplaza el estrés propio de todo cambio evolutivo por una tensión de otro tipo, la que gira en torno del comportamiento sintomático de uno de sus miembros, el paciente designado, en quien se canalizan las preocupaciones y las angustias de todos ( Nicolo Saccu, 1979, c.p. Andolfi , 1985 ).

En las familias con designación rígida, el temor de que un miembro pueda poner en peligro los esquemas de interacción habituales de las reglas del juego, hace que cada uno ejerza un control más y más estricto sobre el otro, generándose así una fuerte tensión emotiva en todo los miembros del sistema.

Andolfi cita a Ferreira quien menciona que en la vida cotidiana, los miembros de éstas familias eligen no elegir, sobre la base de una tensión y una angustia que los limita a actuar según las modalidades impuestas por un cristalizado mito de unidad .

El comportamiento sintomático, que por lo común es considerado expresión de sufrimiento del individuo, y de los demás miembros del sistema familiar, ofrece ganancias a unos y a otros. Entonces la función del paciente identificado y el gran poder que se le asocia, el carácter involuntario del síntoma, permite al que lo presenta definir y controlar sus relaciones con los demás y regular las relaciones de los demás entre ellos. El acuerdo que por lo común borra toda diferencia dentro de estas familias consiste en que el enfermo, la persona que se debe curar es solo el paciente identificado. Su presencia se hace necesaria porque hace las veces de regulador homeostático de la interacción familiar ( Andolfi, 1985 ).

La gran importancia de la función del paciente identificado, explica que los intentos de cuestionar su centralidad y de extender de manera explícita la problemática a todas las relaciones del grupo familiar resulten difíciles, pues el aceptar para la familia la redefinición de ese problema significaría para el grupo

familiar, perder el instrumento más eficaz que le permite mantener su circuito habitual. Significaría aceptar la pobreza de sus intercambios de interacción, la permeabilidad de las fronteras recíprocas y la estrechez del espacio personal concedido a cada miembro. En el modelo sistémico connotado positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos observables de los otros miembros, aparecen inspirados por el deseo común de mantener la cohesión y unión del grupo familiar.

Tanto el síntoma del paciente designado, como los comportamientos familiares son comportamientos "erróneos" en cuanto que tienden a mantener por todos los medios la estaticidad de un sistema "generador de sufrimiento". El síntoma o sea el comportamiento psicótico que aparece en un momento dado en el paciente designado, es un intento de no definir la relación, por su misma incomprendibilidad y su carácter atípico ( Palazzoli, 1991 ).

Autores como Stanton y Todd (1988) mencionan investigaciones sobre familias de adictos refiriendo que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia, el cual se le vincula con el proceso normal, aunque problemático del crecimiento, experimentar nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas ( habitualmente heterosexuales ) con gente ajena a la familia y el abandono del hogar. Kendell y cols ( c.p. Stanton y Todd, 1988 ) sugieren que hay tres etapas en el uso adolescente de drogas. La primera es el uso de drogas legales, como el alcohol, siendo este principalmente un fenómeno social, la segunda etapa implica el uso de marihuana y es influido también por los pares, la tercera etapa, uso frecuente de otras drogas ilegales, parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Los autores concluyen que el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno familiar; la influencia del grupo de los pares en nula o escasa mientras que la familia permanezca fuerte.

Si un adolescente empieza a conducirse de manera extraña y a tener un tropiezo tras otro, cabe pensar que algo funciona mal en esa etapa de emancipación y la organización familiar tiene dificultades, adoptando diversas formas según sea su estructura. Si la separación del hijo crea trastornos en la familia habría una manera de resolverlos y de estabilizar a la familia: que el hijo no se vaya; pero si está en edad no solo la maduración fisiológica sino además las fuerzas sociales presionan a la familia para que lo dejen ir, para que desarrolle una vida social fuera de la familia. Uno de los recursos con los que cuenta el "joven" para poder estabilizar a la familia es desarrollar algún problema que lo inhabilite y lo convierta en un fracaso, de tal forma que continuará necesitando a sus padres. La función del fracaso es que los padres se sigan comunicando a través de él y por referencia a él de tal forma que la organización familiar se mantiene ( Haley, 1985 ).

Son de gran importancia los factores familiares en la drogadicción, estudios citados por Stanton y Todd ( 1988 ) describen un patrón prototípico para familias de adictos masculinos, donde la madre se encuentra involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora, permisiva con el adicto, el padre de los adictos varones es distante, desapegado, débil o ausente.

Schwartzman ( c.p. Stanton y Todd, 1988 ) describe dos tipos de padres de adictos: " un hombre paja " autoritario y violento pero controlado facilmente por la madre, y un tipo distante que está claramente en segundo lugar después de la madre en relación al poder dentro de la familia. Existe una elevada incidencia de privación parental, muchos de los cuales han experimentado la separación o muerte de un progenitor ( más comúnmente el padre ) antes de los 16 años.

Stanton, Todd y cols ( 1988 ) formularon la construcción de un modelo en relación a las características de las familias de adictos.

#### Miedo a la separación:

Los drogadictos suelen presentarse como individuos dependientes e inadaptados. Al parecer no funcionan porque son demasiado dependientes y no se encuentran preparados para asumir responsabilidades ( como si necesitaran de protección ) temen estar aislados y separados, mencionan estos autores que en los estudios que realizaron, encontraron que cuando el adicto empezaba a triunfar (por ejemplo en su trabajo o en su tratamiento) se presentaba el abandono de la familia, desencadenándose de manera inevitable una crisis familiar, los padres peleaban o se separaban, uno de los padres desarrollaba algún sintoma o un hermano se convertía en un problema, ante esta situación el adicto retornaba a su conducta de fracaso y los problemas familiares se resolvían, este patrón se presentaba con frecuencia, lo que llevó a concluir a los autores que "no solo el adicto teme separarse de la familia, sino que la familia se siente igual con respecto a él " ( Op.cit. ). Esta conducta les indicó que se trata de un " proceso interdependiente " donde el fracaso del adicto servía como una función protectora para mantener la cercanía familiar.

#### Elección de síntomas.

En cierto sentido, las familias de adictos parecen ser similares a otras familias con disfunciones severas; muchos tipos de familias problemáticas se concentran en los problemas de los hijos para evitar: 1) conflictos entre los padres o 2) otros problemas familiares.

En síntesis, la drogadicción sirve de varios modos para resolver el dilema del adicto en cuanto a ser o no ser un adulto independiente. Es una solución paradójica que permite una forma de pseudoindividuaación. Al usar drogas el adicto no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia, se le protege cuando está dentro y se le culpa a la droga cuándo está fuera. Es competente dentro de un marco de incompetencia .

#### La estabilización de la familia puede darse de dos maneras:

Uno es que los padres asistan a alguna institución que limite la libertad del paciente (hospitalización) que le impide alcanzar la independencia y valerse por sí mismo.

El otro es que mediante el fracaso del hijo, la familia acepta y empuja a que el hijo abandone la casa, malogrando su vida, vagabundeando, teniendo conocimiento los padres de que no ha tenido éxito, le atribuyen a él los problemas que tienen, pues se encuentran "preocupados" ya que él se ha convertido en una carga ( Haley, 1985 ).

Para llevar a cabo la clasificación de las familias con pacientes psiquiátricos se realizó de acuerdo al ICD-9 Organización Mundial de la Salud (1978) Trastornos Mentales. Glosario y Guía para su clasificación de acuerdo con la Novena Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Ginebra, OMS 1978. Sección V; Trastornos Mentales en la que se asignan 30 categorías clasificando a los Trastornos Mentales dentro de estas 30 categorías, con su subdivisión de 4to dígito (dígitos asignados a las categorías de trastornos mentales del 290 al 319, dígitos asignados a la Psicosis Orgánicas del 290 al 294) (DSM III, 1984, Apéndice D).

Psicosis Orgánicas (290-294) Síndrome en los cuáles se presenta un deterioro de la orientación, de la memoria, de la comprensión, de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio. Estas son las características esenciales, pero también pueden encontrarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua las normas éticas, aparición de rasgos nuevos en la personalidad o exageración de los preexistentes, así como disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes (DSM III Apéndice D pag 426).

Dentro de esta clasificación la Dependencia a las Drogas (Código 304) es definida como: Un estado psíquico y algunas veces también físico, resultante del uso de drogas, caracterizado por una respuesta del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos o algunas veces para evitar el malestar producido por la abstinencia. Puede o no haber tolerancia. Una persona puede ser dependiente de más de una droga (DSM III, 1984 Apéndice D pag 447).

En el año de 1989 se realizó una investigación en el Hospital Fray Bernardino Alvarez (Riestra; Padilla. Evaluación Comparativa de Cohesión y Adaptabilidad entre familias de pacientes psiquiátricos y familias de estudiantes universitarios). En esta investigación se trabajó con familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, familias de pacientes con diagnóstico de psicosis diferente a la esquizofrenia y familias de estudiantes que vivieran con sus padres, los resultados de la investigación indicaron que la tendencia de las familias con paciente esquizofrénico se ubicaron en los cuadros de Desvinculada-Rígida; para las familias con paciente psiquiátrico con diagnóstico diferente a la esquizofrenia se observó la tendencia a ubicarse en el cuadro de Desvinculada-Rígida seguido del cuadro de Separada-Rígida, para la muestra de familias con estudiantes sin perturbaciones psiquiátricas la tendencia del funcionamiento de estas familias se carga hacia los cuadros centrales Flexiblemente-Separada; Flexiblemente-Conectada; Estructuralmente-Separada y Estructuralmente-Conectada.

De acuerdo a un modelo planteado por Stanton y Todd (1988), en relación a las características de las familias de adictos, quienes refieren que este tipo de familias, es similar a otras familias con disfunciones severas, ya que muchos tipos de familias problemáticas se concentran en los problemas de los hijos, para evitar conflictos entre los padres u otros problemas familiares, refiriendo estos autores que las familias de adictos difieren de otras familias en relación a: en comparación con familias de esquizofrénico, como en familias donde existe un hijo con un serio trastorno psicósomático, los adictos tienden más a la creación de fuertes relaciones externas y a refugiarse más en ellas aun cuando sea por un breve período después de un conflicto familiar. Las alianzas entre los miembros de la familia y dentro de los subsistemas familiares (por ejemplo entre un adicto y su madre) son a menudo explícitas en las

familias de adictos y pueden ser confirmadas verbalmente por los miembros. Las familias de adictos se caracterizan a menudo como muy "unidas" y revelan un alto grado de conducta nutricia.

Goffman ( c.p. Ackerman, 1976 ) pone especial atención a ser considerado "psiquiátricamente anormal" en cuanto que son influidos y determinados tal vez por las reacciones de la familia. Menciona este autor que en diversos estudios se ha observado el importante papel que tiene la familia en el desarrollo de la patología del comportamiento. Actuando la familia de manera principal en la identificación de la desviación psiquiátrica, determinando así mismo el curso de acción, que se llevará a cabo cuando se ha percibido la desviación e influye en lo relacionado a las recaídas como en la adaptación interpersonal. Refiere este autor que la familia proporciona también la socialización para el rol del enfermo, contribuye también a la sensación de alienación y estigma, e interviene para alterar el curso de la hospitalización, pudiendo también influir en la eficacia de los procesos psicoterapéuticos que se planean. Debido a su posición de control e influencia, la familia nuclear es el más importante de los grupos que ejercen una actitud mediadora en el curso de la enfermedad; manteniendo una estrecha relación con la estructura y las actitudes dominantes en la familia del paciente ( Ackerman, 1976 ).

La dinámica familiar de la drogadicción puede entenderse partiendo de la premisa de que el adicto busca un retorno a la condición de adolescente, con la combinación de dependencia, eximición de las responsabilidades, tolerancia de la mala conducta y protección parental contra sus consecuencias. A los miembros de la familia no siempre les agrada lo que sale a relucir cuando consiguen poner fin a los hábitos del adicto, en tales casos la familia puede fomentar la reanudación del hábito de manera indirecta (Pittman III, 1990).

De acuerdo a lo citado anteriormente, la importancia de esta investigación fue la de observar cuales son las diferencias en la dinámica de dos grupos de familias, contando un grupo con un paciente psiquiátrico y otro grupo que no lo tiene, e intentar establecer un diagnóstico familiar que nos ayude a mejorar la comprensión de las familias con enfermo mental.

### **3.- METODOLOGIA**

#### **3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿ Qué diferencias existen en la cohesión y adaptabilidad entre familias con paciente psiquiátrico con diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a farmacodependencia y familias sin paciente psiquiátrico ?**

#### **3.2. DELIMITACION DE VARIABLES**

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**Familias con paciente psiquiátrico ( que el paciente tenga el diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a Farmacodependencia ),**

**Familias sin paciente psiquiátrico ( familias de estudiantes de la carrera de Psicología ).**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE**

**Cohesión y Adaptabilidad Familiar ( FACES II ).**

### 3.3. DEFINICION DE VARIABLES

**Familias con paciente psiquiátrico:** aquellas familias que cuenten entre alguno de sus miembros con paciente que tenga el diagnóstico de acuerdo al ICD-9 de Psicosis orgánica secundaria a Farmacodependencia y que el paciente haya requerido de hospitalización para su manejo.

**Familias sin paciente psiquiátrico:** aquellas familias que cuenten entre alguno de sus miembros con un estudiante de la Carrera de Psicología de los últimos semestres, que no han requerido de atención en alguna institución psiquiátrica considerándolos como "clínicamente sanos".

**Cohesión Familiar:** " las ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros " ( Braverman; 1986 ).

**Adaptabilidad Familiar:** " la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura, poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés que producen fuerzas circunstanciales o el propio desarrollo de los miembros " ( Braverman; 1986 ).

Para medir la cohesión y adaptabilidad familiar se realizó la aplicación de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II, creada por Olson, Spentle y cols ( 1979 ); validado en México por la Doctora Braverman ( 1986 ).

Las variables específicas que se utilizan para medir el grado de Cohesión Familiar son: ligas afectivas ( reactivos 1 y 17 ); fronteras ( reactivos 3 y 9 ); coaliciones ( reactivos 19 y 29 ); tiempo ( reactivos 7 y 23 ); espacio ( reactivos 5 y 25 ); amigos ( reactivos 11 y 27 ); toma de decisiones ( reactivos 13 y 21 ) e intereses y diversiones ( reactivos 15 y 30 ). Los cuatro niveles para ésta variable como se mencionó anteriormente son: desvinculada, separada, conectada y amalgamada.

Las variables específicas que se utilizan para medir la Adaptabilidad Familiar son asertividad ( reactivos 2,14 y 28 ); control ( reactivos 4 y 16 ); disciplina ( reactivos 6 y 18 ); negociación ( reactivos 8,20 y 26 ); roles de las relaciones ( reactivos 10 y 22 ) y reglas de las relaciones ( reactivos 12 y 24 ). Los cuatro niveles para está variable son: caótica, flexible, estructurada y rígida.

Dentro de este modelo se plantean cuatro niveles de cada dimensión ( cohesión y adaptabilidad ) los niveles balanceados ( moderados ) son hipotéticamente los que indicarían un mejor funcionamiento familiar, así como el que caiga en las áreas extremas son observados en familias y parejas con más problemática familiar. Se identifican 16 tipos de sistema familiar y marital a través de la combinación de estos niveles.

Las combinaciones de estas 2 dimensiones ( cohesión y adaptabilidad ) y sus cuatro valores para cada una de estas dimensiones nos dan los siguientes valores: caóticamente-desvinculada (extremo negativo)caóticamente-separada, caóticamente-conectada,caóticamente-amalgamada(extremo negativo) flexiblemente-desvinculada,flexiblemente-amalgamada, estructuralmente-desvinculada,estructuralmente-amalgamada, rigidamente-desvinculada(extremo negativo), rigidamente-separada,rigidamente-conectada, rigidamente-amalgamada (extremo negativo); los niveles balanceados ( moderados) son flexiblemente-separada, flexiblemente-conectada, estructuralmente-separada y estructuralmente-conectada. (Anexo 1).

### 3.4. HIPOTESIS.

La presente investigación plantea que pueden existir diferencias en la Cohesión y Adaptabilidad entre dos grupos de familias: Familias con paciente psiquiátrico y Familias sin paciente psiquiátrico. Esta diferencia puede ser ocasionada por la falta de una de las figuras parentales o aún cuando ambos padres se encuentran presentes la función de alguno de ellos es la de un elemento periférico, que no muestra interés en la familia.

Hi. existen diferencias en la Cohesión y Adaptabilidad entre dos grupos de familias: Familias con paciente psiquiátrico y Familias sin paciente psiquiátrico.

Ho. no existen diferencias en la Cohesión y Adaptabilidad entre dos grupos de familias: Familias con paciente psiquiátrico y Familias sin paciente psiquiátrico

### 3 5 SUJETOS,POBLACION Y MUESTRA

Para la selección de las familias con paciente Farmacodependiente se llevó a cabo la revisión de expedientes, siendo incluidos en la investigación aquellos pacientes que tenían el Diagnóstico de Síndrome Orgánico Cerebral Secundario a Farmacodependencia que de acuerdo a la clasificación que marca el ICD-9 correspondiente a la Psicosis Orgánica cuyo Código es el 294.8 . Así mismo el paciente vive con su familia de origen; se le solicitó a uno de los padres que asistían al hospital respondiera el FACES II

Para las familias de estudiantes universitarios se llevó a cabo la selección de 20 estudiantes de Psicología . se les solicitó su participación en la investigación. los alumnos debían vivir con su familia y uno de sus padres (padre o madre) debía responder el cuestionario.

Esta investigación se realizó con una población compuesta por 40 familiares; en el primer grupo (familias con paciente psiquiátrico) fueron 20 familiares padre o madre del paciente que se encontraba hospitalizado con el Diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a Farmacodependencia, el paciente debía vivir con la familia de origen; el segundo grupo (familia sin paciente psiquiátrico) estuvo compuesto por 20 familias padre o madre del estudiante de la Carrera de Psicología de la UNAM que vivía con sus padres, en ambos grupos a uno de los padres se les solicitó que respondiera el cuestionario FACES II de manera voluntaria. Como se mencionó en la introducción se eligió a la muestra de estudiantes de la Carrera de Psicología por el acceso que se tiene a esta población.

La investigación se realizó con un muestreo no probabilístico intencional, en donde se especificaron las características de los sujetos que participaron en la investigación, ya que como se mencionó, se eligió esta población ya que la frecuencia de farmacodependencia es elevada, siendo de interés realizar la evaluación de las familias de estos pacientes para conocer las tendencias en el funcionamiento familiar.

### 3.6. DISEÑO

Se refiere a un esquema de investigación el cual es un estudio comparativo ex post-facto pre-experimental denominado DISEÑO DE COMPARACION DE UN GRUPO ESTÁTICO (Campbell, 1982) donde un grupo ha experimentado X (familias con paciente psiquiátrico) se comparó con otro grupo que no lo ha hecho (familias sin paciente psiquiátrico), llevándose a cabo una observación posterior a dicha situación.

Estos diseños se utilizan para comparar dos grupos naturales, es decir, los sujetos no son asignados al azar a cada uno de los grupos. Se da por hecho que los dos grupos son equivalentes si no fuera por la presencia de X.

X (familias con paciente psiquiátrico) 01 Cohesión y  
02 Adaptabilidad

### 3.7. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fué de tipo evaluativo, en el cual se hizo un análisis del fenómeno pero sin influir en él, solo se realizó la descripción del problema. Ya que por sus características es una investigación *ex post-facto*; que es una búsqueda sistemática empírica en la cual no se tiene control sobre la variable independiente (familia con paciente psiquiátrico y familias sin paciente psiquiátrico) porque sus manifestaciones ya han ocurrido o por ser intrínsecamente no manipulables. A partir de ésta situación se harán inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa.

### 3.8. INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Para la muestra del grupo de familias con paciente psiquiátrico, se realizó la revisión de la Historia Clínica contenida en el expediente y cuyo diagnóstico fué el de Psicosis Orgánica secundaria a Farmacodependencia de acuerdo a la clasificación de los Trastornos Mentales que hace el ICD-9.

En ambos grupos se aplicó un cuestionario de datos demográficos registrando en el grupo de familias con paciente psiquiátrico: nombre del paciente, edad, sexo, estado civil, año de inicio (evolución del padecimiento) y número de ingreso.

Los datos del familiar que fueron registrados: nombre del familiar, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y parentesco. (Anexo 2)

Para el grupo de familias sin paciente psiquiátrico se registraron: nombre del alumno, edad, sexo, estado civil y semestre.

Los datos del familiar sin paciente psiquiátrico que fueron registrados: nombre del familiar, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y parentesco. (Anexo 3).

En ambos grupos se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II el cual consta de 30 reactivos de los cuales 16 corresponden a la dimensión de Cohesión y 14 a la de Adaptabilidad. (Anexo 4).

Olson D, Bell Richard y Portner J (1980) desarrollaron el FACES II para medir la cohesión y adaptabilidad familiar. Este instrumento es una modificación del FACES II original (el cual contaba con

50 reactivos), posteriormente se simplificó quedando con 30 reactivos. Estos autores definen dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad familiar que al ser combinados permiten observar el tipo de familia (Olson, 1980).

#### Desarrollo inicial del FACES II (escala de 50 reactivos).

El FACES II, fue desarrollado para poder contar con un instrumento corto, con oraciones sencillas, que pudiera ser contestado por niños aunque tuvieran limitada su habilidad para la lectura, reduciendo el número de negativos dobles, proveer de una escala de respuestas de 5 puntos y así poder llevar a cabo una validación empírica que pudiera ser utilizada con fines de investigación y diagnóstico clínico. Durante la fase de desarrollo del FACES II, 464 adultos respondieron a 90 reactivos. El promedio de edad de los sujetos fue de 30.5 años; al ser sometidos los reactivos a análisis factorial y alpha de Cronbach la escala inicial fué reducida a 50 reactivos. La escala de 50 reactivos fue administrada a 2412 sujetos del registro nacional, los datos de esta aplicación fueron sometidos a análisis factorial y a alpha de Cronbach reduciéndose a 30 reactivos, los que conformaron la escala final. La escala final de 30 reactivos contiene 16 reactivos que corresponden a la cohesión y 14 a la adaptabilidad. Análisis factorial: Validez.

El análisis factorial lo obtuvieron los autores a través de forzar a dos factores los 30 reactivos. Los reactivos de cohesión pesaron básicamente en el factor I y los de adaptabilidad en el factor II. Consistencia Interna-Alpha de Cronbach

El total de la muestra de 2412 sujetos fue dividida en 2 subgrupos iguales. El alpha de Cronbach figura para cada subgrupo y la escala total.

	Muestra Total	Subgrupo I	Subgrupo II
Cohesión	.87	.88	.86
Adaptabilidad	.78	.78	.79
Escala Total	.90	.90	.90

#### Normas para adultos y adolescentes:

Las normas que obtuvieron los autores estuvieron basadas en los padres y adolescentes que participaron en el muestreo y que respondieron los 30 reactivos. Debido a que las medias, desviaciones standard y rangos en los adultos tanto femeninos como masculinos eran semejantes fueron combinados para obtener una norma conjunta, sucedió algo similar en ambos sexos de los adolescentes y se obtuvo también una norma conjunta. Los autores observaron que había bastante diferencia en las medias para los padres y los adolescentes, por ello los autores consideraron conveniente conservarlos en grupos separados.

La doctora Braverman en 1986 realiza la validación del instrumento para la población mexicana refiriendo la autora "el poder contribuir a proporcionar herramientas adecuadas para apoyar la investigación en el aspecto social, así como al proceso de psicodiagnóstico y tratamiento familiar, motivó a que se pensara en validar y normalizar el cuestionario FACES II" (Braverman, 1986). La muestra estudiada abarcó solamente una parte de la población mexicana (alumnos universitarios y sus padres); la muestra que eligió la doctora Braverman para la realización de la investigación fue la de los estudiantes de la "Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán", refiere la doctora Braverman que eligió ésta población por varias razones: por la posibilidad de generalizar los datos a planteles

universitarios, heterogeneidad en edad, escolaridad, nivel de ingreso familiar, estado civil, carreras y sexo. El estudio se hizo extensivo a los padres (padre-madre) de los alumnos. La autora conservó la presentación que fue utilizada en Estados Unidos, la que consistió en una escala de medición de actitudes tipo Lickert en el cual se presentó un continuo de 5 categorías:

1.- Casi nunca    2.- De vez en cuando    3.- Algunas veces    4.- Frecuentemente    5.- Casi siempre

#### Piloteo del instrumento:

La fase exploratoria contó con varias etapas previas a la aplicación formal:

a) traducción: el cuestionario FACES II fue traducido por profesores del Centro de Idiomas Extranjeras de la ENEP Acatlán:

1er. Profesionista: tradujo del inglés al español

2do. Profesionista: la versión traducida al español la tradujo nuevamente al inglés.

3er. Profesionista: cotejó ambas traducciones (la original y la de México) para conservar la semántica.

b) Piloteo de la traducción: se realizaron varias aplicaciones para limar la traducción y el entendimiento de las instrucciones. Se aplicó a 50 alumnos al azar localizados en la explanada del plantel.

c) Corrección: después del piloteo fue corregido y aplicado nuevamente a 50 alumnos escogidos al azar.

d) Piloteo del cuestionario completo: datos personales, FACES II y 11 adicionales, éste fue aplicado a 50 alumnos elegidos al azar

e) Corrección del cuestionario completo: una vez limado, se procedió a su aplicación formal durante horas de clase directo a los alumnos, por personas previamente capacitadas.

La aplicación formal se realizó en forma auto-administrada con instrucciones precisas y objetivas. La aplicación a los alumnos se llevó a cabo en un solo día (martes 16 agosto 1983). Se dieron dos semanas para recuperar los cuestionarios de los padres.

La población a la que fue aplicado el cuestionario fue dividida en 3 tipos de población:

- población alumnos: conformada por 1087 sujetos de las 13 carreras que se imparten en la ENEP Acatlán.

- población madres: conformada por 162 madres que contestaron los cuestionarios que les fueron aplicados a través de los alumnos.

- población padres: conformada por 175 padres que contestaron los cuestionarios que les fueron aplicados a través de los alumnos

#### Análisis factorial: Validez de Constructo

La validez empírica de constructo consistió en que la autora sometió los 30 reactivos de la Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar II (FACES II) a un análisis factorial con rotación varimax  $\Delta=0$ . Eligió esta rotación para que fuera congruente con el modelo de Estado Unidos.

Obtuvo los factores con autovalores mayores o iguales a 1, posteriormente fueron seleccionados los reactivos para ser sometidos a Alpha de Cronbach.

La autora sugiere que antes de que sea utilizado en diagnóstico clínico el instrumento que validó en México, se aplique a poblaciones con patología para detectar la sensibilidad del cuestionario en este renglón; aplicarlo a otras poblaciones mexicanas para ampliar la posibilidad de su utilización, y al mismo tiempo ello permita seguirlo refinando.

Como antecedentes de la aplicación de la escala tenemos que en el año de 1989 se realizó una investigación en el Hospital "Fray Bernardino Alvarez" ( Riestra, Padilla: Evaluación comparativa de Cohesión y Adaptabilidad entre familias de paciente psiquiátrico y familias de estudiantes universitarios), en dicho estudio se observó que la tendencia de las familias con paciente psiquiátrico ( con diagnóstico de esquizofrenia y diagnóstico diferente a esquizofrenia) fue la de ubicarse en ambos grupos en los cuadros de desvinculada-rígida mientras que para las muestra de familias con estudiantes sin perturbaciones psiquiátricas la tendencia en el funcionamiento de estas familias se carga hacia los cuadros centrales. En 1990 Protinsky y Shilts utilizando el FACES realizaron una investigación para observar la percepción temprana en relación a la estructura familiar, específicamente en la cohesión que tienen los adolescentes con uso de drogas. Otra investigación realizada por Preli, Protinsky y Cross en 1990 quienes estudiaron la estructura familiar de pacientes alcohólicos en cuanto a las variables de cohesión y adaptabilidad, este estudio comparó dichas variables y sus manifestaciones en alcohólicos, alcohólicos en recuperación y familias sin miembro alcohólico

### 3.9. PROCEDIMIENTO

Para las familias con paciente psiquiátrico se realizó la revisión de expedientes y se obtenían los datos: nombre del paciente, edad, número de internamiento, diagnóstico, estado civil y evolución del padecimiento, estos datos se anotaban en una libreta y posteriormente cuando acudían los familiares a la visita se localizaba al padre o la madre del paciente y se le solicitó su participación explicándoles que el estudio se refería a conocer como se relacionaba la familia en casa, si accedían a colaborar se les aplicaba en el pasillo del piso el cuestionario de datos demográficos y el FACES II, una vez que respondían ambos instrumentos se le agradecía su participación, este procedimiento se llevo a cabo hasta que se logró reunir las 20 familias para el estudio. Para las familias sin paciente psiquiátrico (familias de estudiantes universitarios) se les solicitó a los alumnos que acudían al departamento de Servicio Social que si podían participar en una investigación en la que se quería conocer como se relacionaba la familia en la casa y que era necesario que fuera alguno de sus padres que respondiera el cuestionario, a quienes aceptaron participar se les entregó el cuestionario de datos demográficos y el FACES II para que se lo entregaran a uno de sus padres y que en cuanto lo tuvieran contestado me hicieran favor de entregármelo, este procedimiento se llevó a cabo hasta que se logró reunir a las 20 familias de este grupo.

### **3.10. ANALISIS ESTADISTICO**

**Para el análisis de datos obtenidos en ambos grupos a través de la aplicación del FACES II fué mediante estadística inferencial utilizando la prueba estadística T de Student.**

**Para el análisis de los datos obtenidos en el cuestionario de datos demográficos se utilizó un análisis de frecuencia, además de que se tomo en cuenta la información que comprende los llamados datos sociológicos como son: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y parentesco, para comparar ambos grupos y ver si alguna de estas variables puedan influir en la cohesión y adaptabilidad.**

#### 4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los 40 sujetos se dividieron en dos grupos:

- 1) 20 sujetos pertenecieron al grupo de pacientes con diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a Farmacodependencia.
- 2) 20 sujetos pertenecieron al grupo de estudiantes universitarios de la Carrera de Psicología.

Se aplicó a uno de los padres ( padre o madre ) de los sujetos que formaron la muestra el FACES II y el cuestionario de datos demográficos.

La muestra de pacientes incluyó a 20 sujetos del sexo masculino (100%) (Anexo 5) , la edad promedio de este grupo fué de 26.6 años (Anexo 6). Para la muestra de familias sin paciente psiquiátrico se incluyeron 20 sujetos de los cuáles 18 eran del sexo femenino (90%) y 2 del sexo masculino (10%) (Anexo 5). La edad promedio de este grupo fué de 23.8 años (Anexo 6). El estado civil de la muestra estuvo conformada por 19 sujetos solteros (95%) y 1 era casado (5%); para el grupo de familias sin paciente psiquiátrico los 20 sujetos eran solteros lo que representa el 100% de la muestra (Anexo 7).

Para los sujetos del grupo uno ( pacientes ) la media para el año de inicio fué de 1980 distribuyéndose de la siguiente manera ver Anexo 8. Para este mismo grupo la media del número de ingresos fué de 2.8 ver Anexo 9. Con respecto al tiempo de evolución del padecimiento la media fué de 11.05 años.

Para la muestra de familias sin paciente psiquiátrico (estudiantes) la distribución en cuanto al semestre que cursan fué de 9 sujetos de octavo semestre (45%), 5 sujetos de noveno semestre (25%) y 6 son pasantes de la carrera (30%) ver Anexo 10.

Los familiares a quienes se les aplicó el cuestionario de datos sociodemográficos y el FACES II los resultados fueron los siguientes:

Para la muestra de las familias con paciente psiquiátrico 5 fueron los padres del paciente los que respondieron el cuestionario lo que representa el (25%) y 15 fueron madres del paciente (75%) (Anexo 11), el promedio de edad de este grupo fué de 53.4 años (Anexo 12). Para la muestra de familias sin paciente psiquiátrico la distribución en cuanto al parentesco fué 3 padres respondieron el cuestionario lo que representa el (15%) y 17 fueron madres (85%) (Anexo 11), con un promedio de edad de 50.2 años (Anexo 12)

En cuanto al estado civil de quienes respondieron el cuestionario: para la muestra de familias con paciente psiquiátrico la distribución fué de 10 casados (50%), 5 viven en unión libre (25%), 3 son viudos (15%), 1 está separada (5%) y 1 es madre soltera (5%). Para el grupo de familias sin paciente psiquiátrico, la distribución de los sujetos fué de 14 casados (70%), 3 son divorciados (15%), 2 son viudos (10%) y 1 está separada (5%) (Anexo 13).

Respecto a la escolaridad de los sujetos que respondieron, la distribución fué: para la muestra de pacientes: sin educación escolar 3 (15%), con primaria incompleta 8 (40%), primaria completa 8 (40%) 1 familiar tiene secundaria (5%). Para la muestra de familias sin paciente son: 2 con primaria incompleta (10%), con primaria completa 7 (35%), con secundaria 2 (10%), 6 con preparatoria o equivalente (30%) y 3 con estudios profesionales (15%) (Anexo 14).

Con respecto a la ocupación de los familiares que respondieron el cuestionario, para el grupo de familias con paciente la distribución fué: 6 son empleados (30%), 4 comerciantes (20%), 1 es jubilado (5%) y 9 se dedican al hogar (45%). Para el grupo de familias sin paciente son: 7 son empleados (35%), 1 es técnico (5%), 1 es profesionista (5%), 2 son comerciantes (10%) y 9 se dedican al hogar (45%) (Anexo 15).

En cuanto al análisis de las variables del FACES II, en relación a la variable de cohesión se observa la tendencia en 13 familias con paciente psiquiátrico (que representa el 65%) a ubicarse dentro del cuadro desvinculada (valor extremo) esto se refiere a que existe elevada independencia de los miembros de la familia, encontrándose los límites abiertos al exterior y cerrados al interior de la familia, las coaliciones de la familia son débiles apartándose la mayor parte del tiempo de la familia en lo emocional y en lo físico; seguidas de 4 familias (20%) en el cuadro conectada presentando moderada dependencia de los miembros de la familia, los límites se encuentran semi-abiertos al exterior y abiertos al interior del sistema, por último tenemos a 3 familias (15%) dentro del cuadro separada existiendo cierta independencia de los miembros de la familia, los límites se encuentran semi-abiertos al interior y exterior, los límites generacionales son claros (Anexo 16).

Para las familias sin paciente psiquiátrico, la tendencia en la variable de cohesión fué de 11 familias (55%) en el cuadro separada (valor central) existiendo cierta independencia de los miembros de la familia, los límites se encuentran semi-abiertos al interior y exterior, son claros los límites generacionales, la coalición dentro del matrimonio es clara; comparten amigos pero también los miembros de la familia mantienen amigos individuales; seguida de 5 familias (25%) en el cuadro desvinculada (valor extremo), la característica de estas familias es que existe elevada independencia de los miembros de la familia, encontrándose los límites abiertos al exterior y cerrados al interior; 3 familias (15%) conectada en donde se presenta moderada dependencia de los miembros de la familia, los límites están semi-abiertos al exterior y abiertos al interior del sistema, por último 1 familia (5%) en el cuadro amalgamada siendo elevada la dependencia entre los miembros, no hay claridad en los límites al interior del sistema y cerrados al exterior, los límites generacionales son poco claros (Anexo 17).

Para la variable de adaptabilidad en el grupo de pacientes psiquiátricos la tendencia de estas familias fué en el cuadro rígida (valor extremo) ubicándose aquí 9 familias (45%) siendo familias con un líder autoritario, crítico y estricto en extremo, no se da la negociación para la solución de los problemas,

las reglas de la familia son impuestas; seguida de 5 familias (25%) en el cuadro flexible (valor central) existiendo equilibrio en el sistema familiar lo que facilita los cambios, la disciplina es democrática; 4 familias (20%) en el cuadro de estructurada (valor central) las negociaciones para la solución de problemas se realizan de manera estructurada, el líder es democrático y generalmente asertivo, algunos roles son compartidos; finalmente tenemos a 2 familias (10%) en el cuadro caótica refiriéndose a un estilo pasivo-agresivo para ejercer la autoridad, no existe un líder en la familia no se da la negociación y son pobres en la solución de problemas.

Para las familias sin paciente psiquiátrico la tendencia en está variable fué de: 7 familias (35%) en el cuadro caótica como se mencionó anteriormente existe un estilo pasivo-agresivo para ejercer la autoridad, no existe un líder en la familia y la negociación no se da, son pobres en la solución de problemas; 7 familias (35%) en el cuadro flexible existiendo equilibrio en la familia lo que facilita los cambios, la disciplina es democrática dándose la negociación en la solución de problemas; 4 familias (20%) en el cuadro rígida siendo familias con un líder autoritario y estricto en extremo, no se da la negociación para la solución de problemas, las reglas son impuestas en la familia, 2 familias (10%) en el cuadro estructurada el líder es democrático y generalmente asertivo, algunos de los roles son compartidos.

En el anexo 16 se puede observar la distribución de las familias con paciente psiquiátrico predominando las que se ubican en el cuadro rigidamente-desvinculada (9 familias lo que representa el 45%) seguida del cuadro estructuralmente-desvinculada (3 familias lo que representa el 15%) la distribución para el resto de este grupo fué 1 familia se ubicó en el cuadro flexiblemente-desvinculada (5%), 1 familia en el cuadro caóticamente-separada (5%); 1 familia en el cuadro caóticamente-conectada (5%); dentro de los valores centrales se ubicaron 2 familias en el cuadro de flexiblemente-separada (10%); 2 familias en el cuadro flexiblemente-conectada (10%) y 1 familia en el cuadro estructuralmente-conectada (5%).

En el anexo 17 tenemos la distribución de las familias sin paciente psiquiátrico (estudiantes de psicología) predominando las ubicadas en el cuadro caóticamente-separada (6 familias que representa el 30%) seguida del cuadro flexiblemente-separada (3 familias que representa el 15%), flexiblemente-conectada (2 familias que representa el 10%); la distribución para el resto de estas familias fué 2 familias ubicadas en el cuadro rigidamente-desvinculada (10%); 2 familias dentro del cuadro estructuralmente-desvinculada (10%); 2 familias dentro del cuadro rigidamente-separada (10%); 1 familia se ubica en flexiblemente-desvinculada (5%); 1 familia en el cuadro flexiblemente-amalgamada (5%) y 1 familia en el cuadro caóticamente-conectada (5%).

Para el grupo de pacientes psiquiátricos ( 20 sujetos) las características que se observan en cuanto a las variables de Cohesión y Adaptabilidad son: Para los paciente que cuentan con un ingreso 7 pacientes (35%) la distribución en cuanto a la variable de cohesión se observó que 3 familias se ubican en el cuadro desvinculada, seguidas de 2 familias en el cuadro separada y 2 familias en el cuadro conectada; en cuanto a la variable de adaptabilidad dentro de este mismo grupo 2 familias se ubican en el cuadro rígida, 2 familias en el cuadro estructurada, seguidas de 2 familias en el cuadro flexible y 1 familia en el cuadro separada, para observar la distribución de estas familias ver anexo 18.

Para las familias de paciente con dos o más ingresos ( 13 familias 65%), la distribución para la variable de cohesión la tendencia fué : 10 familias en el cuadro desvinculada; seguidas de 2 familias en el cuadro conectada y 1 familia en el cuadro separada; para la variable de adaptabilidad la distribución fué: 7 familias en el cuadro rígida, seguida de 3 en el cuadro flexible; 2 familias en el cuadro estructurada y 1 familia en el cuadro caótica, se puede observar la distribución de esta familias en el anexo 19.

El análisis estadístico que se aplicó a la variable de Cohesión y Adaptabilidad fué la prueba T obteniendo los siguientes resultados Cohesión:

	Num. casos	Media	Desviación Estandar	Error Estandar
Grupo 1 fam. con paciente	20	50.75	14.689	3.285
Grupo 2 fam. sin paciente	20	50.60	10.630	2.377

#### Nivel de Significancia Probabilística

Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-1.69	38	.099

#### Varianza Estimada

Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-1.69	34.62	.100

Los resultados de la prueba T indican que existen diferencias significativas en los grupos a niveles de significancia de 0.01 en relación a la variable de cohesión, en el grupo de pacientes psiquiátricos las familias presentan niveles de cohesión mas bajo que en las familias sin paciente .

#### Adaptabilidad:

	Número de casos	Media	Desviación Estandar	Error Estandar
Grupo 1	20	43.50	10.329	2.310
Grupo 2	20	54.35	7.815	1.748

Nivel de Significancia Probabilística

Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-3.75	38	.001
Varianza Estimada		
Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-3.75	35.39	.001

La prueba T indica que a niveles de significancia del 0.01 no se encontro diferencias significativas entre los grupos comparados para la variable de adaptabilidad.

Estadísticamente no se obtuvieron diferencias significativas para la variable de adaptabilidad, pero si observamos la distribución de los dos grupos de familias estudiados, tenemos que en el grupo de familias con paciente psiquiátrico la tendencia en esta variable fué en el cuadro rígida (valor extremo), mientras que para las familias sin paciente psiquiátrico la tendencia fué en los cuadros caótica y flexible (valor central); de acuerdo al análisis que se realizó se observan diferencias en la dinámica de estos grupos, ya que las familias con paciente psiquiátrico tienden a ubicarse en el cuadro rigidamente-desvinculada (9 familias) valor extremo; mientras que las familias sin paciente psiquiátrico tienden a ubicarse en los cuadros caóticamente-separada (6 familias), caóticamente-conectada (1 familia), flexiblemente-separada (3 familias) y flexiblemente-conectada (2 familias) valores centrales.

Así mismo dentro del grupo de familias con paciente psiquiátrico podemos encontrar 2 grupos con tendencias diferentes; los pacientes de primer ingreso (7 familias) la tendencia en este grupo fué de unicamente dos familias en los valores extremos (rigidamente-desvinculada) mientras que para los pacientes con dos o más ingresos la tendencia en estas familias (13) fué de 7 familias de este grupo en el cuadro rigidamente-desvinculada (valor extremo).

Nivel de Significancia Probabilística

Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-3.75	38	.001
Varianza Estimada		
Valor T	Grados de Libertad	Probabilidad
-3.75	35.39	.001

La prueba T indica que a niveles de significancia del 0.01 no se encontro diferencias significativas entre los grupos comparados para la variable de adaptabilidad.

Estadísticamente no se obtuvieron diferencias significativas para la variable de adaptabilidad, pero si observamos la distribución de los dos grupos de familias estudiados, tenemos que en el grupo de familias con paciente psiquiátrico la tendencia en esta variable fué en el cuadro rígida (valor extremo), mientras que para las familias sin paciente psiquiátrico la tendencia fué en los cuadros caótica y flexible (valor central); de acuerdo al análisis que se realizó se observan diferencias en la dinámica de estos grupos, ya que las familias con paciente psiquiátrico tienden a ubicarse en el cuadro rigidamente-desvinculada (9 familias) valor extremo; mientras que las familias sin paciente psiquiátrico tienden a ubicarse en los cuadros caóticamente-separada (6 familias), caóticamente-conectada (1 familia), flexiblemente-separada (3 familias) y flexiblemente-conectada (2 familias) valores centrales.

Así mismo dentro del grupo de familias con paciente psiquiátrico podemos encontrar 2 grupos con tendencias diferentes; los pacientes de primer ingreso (7familias) la tendencia en este grupo fué de unicamente dos familias en los valores extremos (rigidamente-desvinculada) mientras que para los pacientes con dos o más ingresos la tendencia en estas familias (13) fué de 7 familias de este grupo en el cuadro rigidamente-desvinculada (valor extremo).

## 5.- CONCLUSIONES

Como se observó en los resultados obtenidos la tendencia de las familias con paciente psiquiátrico en cuanto a la variable de cohesión ( grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente a la familia, las ligas emocionales que los miembros sienten unos con otros; Braverman,1986) fué la que se ubica en el cuadro desvinculada ( esto se refiere a que existe elevada independencia de los miembros de la familia, los límites se encuentran abiertos al exterior y cerrados al interior del mismo, las coaliciones en la familia son débiles apartándose la mayor parte del tiempo de la familia en lo físico y emocional; Olson,1980) en una investigación realizada por Protinsky y Shilts (1990), los autores mencionan la percepción temprana que tienen los adolescentes con uso de drogas en cuanto a la estructura familiar específicamente en la cohesión, los autores utilizaron el FACES observando que el grupo de abusadores perciben a sus familias y a su ambiente como cerrado y disgregadas y desprovistas de unión, mencionan que estos resultados son consistentes con la literatura la que sugiere que el abuso de sustancias en algún miembro indica que la familia carece de cohesión y amistades ( Vaillant y Milofsky,1982 c.p. Protinsky).

El hecho de que se presente el abuso de drogas en adolescentes identifica disturbios en la cohesión lo cual concuerda con la teoría de los Sistemas Familiares que propone que en familias en las que se presenta abuso de drogas, existe también dificultad para establecer lazos emocionales entre sus miembros así como para favorecer la autonomía y desarrollo personal (Minuchin;1974;Stanton;1980 c.p.Protinsky;1990), este valor extremo afecta a la familia en la habilidad para funcionar efectivamente, ya que es necesario proveer adecuadamente las necesidades emocionales de los miembros para su adecuado desarrollo. En un estudio realizado por Preli,Protinsky y Cross (1990) quienes estudiaron la estructura familiar de pacientes alcohólicos en cuanto a las variables de cohesión y adaptabilidad; refieren los autores que las familias con miembro alcohólico se caracterizan por una variedad de disfunciones estructurales, incluyendo los valores de caótico y rígido en los patrones de adaptabilidad (Steinglass 1975;Anderson y Henderson 1983; Lawson,Peterson y Lawoon 1983;c.p. Preli,1990),este estudio compara las variables estructurales de cohesión y adaptabilidad y sus manifestaciones en alcohólicos, alcohólicos en recuperación y familias sin miembros alcohólico, estos autores reportan en sus resultados que se muestra elevada incidencia en los puntajes extremos en las familias con miembro alcohólico; la proporción de amalgamada y disgregada en el grupo de alcohólicos fué elevada, los resultados obtenidos por los autores coinciden con la literatura la que sugiere que las familias de alcohólicos se caracterizan por dificultad en los límites (Anderson y Henderson;1983 c.p.Preli 1990).Otras investigaciones hablan acerca de la estructura familiar en especial a los límites relacionales y dependencia química, Cottone (1992) cita a Preli quien realizó una investigación encontrando que las familias alcohólicas mostraron patrones de adaptabilidad rígidos o difusos; autores como Coleman y Colgan (c.p.Cotton, 1992) definen los límites inadecuados en familias con dependencia a las drogas como un "patrón ambiguo de límites rígidos o invasivos que se relacionan con el espacio físico o psicológico", en sus estudios encontraron la evidencia de límites inadecuados dentro y fuera de la familia, Preli y cols (1990) observaron la cohesión familiar como un problema en los límites, estos autores mencionan que un alto nivel de cohesión (amalgamada) impide la autonomía individual, mientras que un bajo nivel de cohesión (desvinculada) prohibía la interdependencia de los miembros de la familia, está información coincide con los resultados obtenidos ya que como se mencionó una

característica importante del grupo de familias con paciente psiquiátrico fué la de ubicarse en el cuadro desvinculada (13 familias del grupo), esta información es relevante ya que al observar si existen diferencias en este grupo en cuanto al número de ingresos, se corrobora la tendencia de estas familias a ubicarse en el cuadro desvinculada, esto es un dato importante ya que retomando lo dicho por Preli en relación al bajo nivel de cohesión (desvinculada) la cual impide que exista interdependencia de los miembros en la familia, trae como consecuencia que sean empujados hacia el exterior de la misma en busca de apoyo y encuentren en la subcultura de la droga, un pseudoapoyo, presentándose constantes recaídas y hospitalizaciones. El hecho de que algún miembro asuma el rol de enfermo, puede "beneficiar" a la familia pues la estabiliza y hace tolerable la tensión antes que intentar planes de intervención que los lleve a buscar verdaderos cambios. Mackensen y Cottone (1992) citan un estudio de adaptabilidad y cohesión familiar en familias con dependencia química realizado por Friedman y cols (1987) quienes reportan que este tipo de familias tiene las mismas posibilidades de ser amalgamadas que desvinculadas; Bennet y cols. refieren que en las familias con dependencia química se caracterizan por la ausencia de rituales organizados de predicción, tales como las cenas familiares lo que causa ruptura en la comunicación; Colgan describe un patrón ambiguo en el cual la comunicación se caracteriza por racionalizaciones, dobles mensajes e incapacidad para resolver problemas, el ambiente interaccional en las familias con dependencia química se lleva a cabo a través de mensajes de doble vínculo (c.p. Mackensen y Cottone, 1992).

Las familias con dependencia química tienen menos expresividad entre sus miembros y menos relaciones de apoyo en el hogar y en el mundo exterior. Las interacciones pueden estar basadas en reglas que inhiben la expresión de sentimientos y desarrollo de confianza (op.cit). Erekson y Perkins (c.p. Mackensen, 1992) notaron que la rigidez o disfunción de los límites familiares frecuentemente llevan a apoyar el alcoholismo e incrementar la disfunción familiar.

Menicucci y Mermuth (1989) mencionan que las variaciones culturales, la diferencia de clase social, ciclos de desarrollo individual y familiar e influencia del género sobre el origen y continuidad del abuso de drogas; la influencia en el abuso de drogas incluyen factores biológicos, culturales, de género, educación, oportunidades de empleo y la relativa disponibilidad a las drogas. El hábito a las drogas durante algunos años puede inhibir el desarrollo de la vida de un adulto y el adicto en consecuencia puede permanecer unido a su familia, esto se puede observar en el estado civil que predomina en el grupo de pacientes 19 son solteros y 1 casado; la edad promedio de este grupo fué de 26.6 años. el tiempo de evolución en cuanto a su padecimiento fué de 11.05 años (año de inicio); en relación al grupo de familias sin paciente psiquiátrico (estudiantes) el estado civil que predominó en este grupo fue solteros (18 mujeres y 2 hombres) la edad promedio de este grupo fué de 23.8 años; es importante destacar que una variable relevante en el grupo de pacientes es el número de ingresos ya que como se mencionó anteriormente a mayor número de ingresos se observa como característica de estas familias una tendencia a ubicarse en los cuadros desvinculada-rígida; como la mayoría de los pacientes vuelven con su familia después del alta, puede presentarse una de dos situaciones: que la familia se reorganice sin el paciente quedando este excluido del núcleo familiar, o que la familia repita las mismas interacciones disfuncionales que se presentaban antes de la hospitalización y regrese el paciente a las mismas condiciones y tensiones familiares que pudieran haber producido o intensificado la enfermedad mental; y que como se sabe la dinámica familiar influye en la proporción de recaídas, es necesario crear un lazo entre las instituciones y la familia involucrando a ésta en un proceso de terapia familiar, por lo que se

hace necesario involucrar al paciente y a su familia en la terapia, pues como lo reportan Ben-Yehuda y Schensell (1981) quiénes sugieren que la terapia con la familia de origen puede mejorar las oportunidades para la recuperación de los adictos (c.p. Menicucci y Mermuth, 1989)

Minuchin (1991) menciona que la primera hospitalización trae como consecuencia que se le etiquete como paciente introduciéndolo así en un nuevo rol; en el cual hay una mayor aceptación social de bajos niveles de funcionamiento, y los pacientes pueden verse atraídos por los beneficios de la invalidez, esta actitud produce sus propios problemas en los pacientes y sus familias, ya que la hospitalización brinda "alivio" para los miembros de la familia, desafortunadamente, las tensiones vuelven a reaparecer cuando se da de alta al paciente ya que él y su familia deben enfrentar los problemas en su medio natural; mientras más se prolongue la hospitalización y más frecuentes sean los internamientos mayor es la distancia que se crea entre la familia y el paciente, la familia se reorganiza y cierra sus fronteras, porque su vida debe continuar, aún al precio de dejar a un miembro fuera de ella. Esto es importante tomarlo en cuenta ya que como observamos en los resultados obtenidos en 7 familias de este grupo el paciente cuenta con un ingreso, y es importante intervenir con estas familias ya que como refiere Minuchin (1991) " los efectos sociales de llevar el estigma de una enfermedad mental se ven reforzados por una disminución de los derechos civiles de los pacientes, lo cual afecta su adaptación a la sociedad mucho después que se les ha dado de alta" siendo este el momento oportuno para involucrar a la familia y al adicto en un proceso de terapia familiar; ya que cualquiera que sea el motivo que indujo originalmente al individuo a exponerse a la acción de una droga o a continuar consumiéndola ( lo primero podría deberse al espíritu curioso del adolescente y lo segundo a alguna dinámica familiar presente o pasada), esta condición puede perjudicar de manera importante su funcionamiento pudiendo hacerse crónica; es necesario tomar en cuenta los factores que puedan influir en esta situación como sería una baja autoestima, la incapacidad de controlar el medio, la incompetencia social y escolar, la calidez materna y una dinámica familiar desequilibrada; como lo refiere Maija-Liisa Koski (1969,1976) en un estudio realizado con niño diabéticos observó que quiénes mejor manejaban su problema eran los pacientes que provenían de familias con fronteras claras y nitidas entre sus miembros, con actitudes realistas y cooperativas hacia el tratamiento, con escasos conflictos conyugales y con una composición estable dada por la presencia de dos progenitores o de un único progenitor competente (c.p. Fishman, 1990).

Algunas de las limitaciones de la presente investigación que pueden haber tenido alguna influencia en los resultados son las siguientes: los grupos estudiados no eran homogéneos en todas las variables, había diferencias importantes en cuanto a sexo del paciente ( para el grupo de pacientes todos fueron hombres, mientras que para el grupo de familias sin paciente 18 fueron mujeres y 2 hombres ), también había diferencias en cuanto a la escolaridad y ocupación de quiénes respondieron el cuestionario. Un dato importante que no se pudo incluir fué el nivel socioeconómico de las muestras, ya que en el grupo de pacientes los familiares que respondían el cuestionario se mostraban desconfiados de responder este punto, aunque se le decía que su respuesta no influiría en la cuota que pagaban, sino que era para uso exclusivo de la investigación, se negaban a responder o daban cualquier respuesta, por lo que este no fué posible obtenerlo. Una última diferencia fué que las familias sin paciente contestaron el cuestionario sin la presencia del entrevistador y en el grupo de pacientes el entrevistador estaba presente. Es necesario tomar en cuenta que puede darse el caso que los sujetos que respondieron el cuestionario.

en algunas circunstancias intenten dar una imagen que no corresponda con la percepción que tienen de su dinámica familiar.

Dado que este es uno de los primeros intentos por evaluar la dinámica familiar con este instrumento, se sugiere para investigaciones futuras, que se realicen estudios con otras poblaciones, y que se profundice en la dinámica y estructura de familias con paciente farmacodependiente para poder intervenir con más eficacia y prevenir el deterioro que las hospitalizaciones frecuentes producen en el paciente. Y así poder romper a tiempo el ciclo crisis \_\_ hospitalización \_\_ estabilidad \_\_ alta \_\_ crisis \_\_ internamiento. Sería también muy útil comparar grupos de pacientes psiquiátricos con diferentes diagnósticos para observar las tendencias en la dinámica familiar en diferentes grupos, contando con muestras representativas.

Para concluir, se hace necesario enfatizar la importancia de crear un lazo entre los terapeutas, el personal médico y paramédico, el paciente psiquiátrico y su familia, en el que se tome en cuenta el comportamiento, educación, entrenamiento para pacientes y familias en las técnicas para resolver problemas, medicación, asesoramiento para la rehabilitación, intervención durante las crisis y otras formas de ayuda que puedan integrarse dentro de un enfoque multidisciplinario en el que se tome en cuenta al paciente, a la familia y al contexto en el que estos se desenvuelven.

## 6 - BIBLIOGRAFIA

- 1 - Ackerman,W,N (1964) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. Buenos Aires: Horme.
- 2.-Ackerman,W,N y otros (1976). FAMILIA Y CONFLICTO MENTAL. Buenos Aires: Horme
- 3 -Andolfi,M; Angelo,C y cols (1985). DETRAS DE LA MASCARA FAMILIAR. LA FAMILIA RIGIDA. UN MODELO DE PSICOTERAPIA RACIONAL. Buenos Aires: Amorrortu.
- 4.-Bertalanffy,L (1968) GENERAL SYSTEMS THEORY. Nueva York:Braziller.
- 5.-Braverman,R. (1986). TIPOLOGIA FAMILIAR RELACIONADA CON ASPECTOS PSICO-SOCIALES-PEDAGOGICOS. Tesis de Doctorado. UNAM.
- 6 -Campbell,D y Stanley,J. (1982) DISEÑOS EXPERIMENTALES Y CUASI EXPERIMENTALES EN LA INVESTIGACION SOCIAL. Buenos Aires: Amorrortu.
- 7 -Coordinacion de Laboratorios (1982). CURSO DE PRACTICAS DEL TERCER NIVEL. SOCIAL UNIDIMENSIONAL. Facultad de Psicología UNAM.
- 8 -DSM-III MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Mexico: Masson, 1984.
- 9 - Espejel,E (1987) EL CUESTIONARIO DE EVALUACION FAMILIAR. UN INSTRUMENTO DE DETECCION COMUNITARIA. Tesis de Maestría UNAM.
- 10 - Estrada,L (1982) EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. México:Posada.
- 11 - Fishman,Ch. (1990). TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON PROBLEMAS. UN ENFOQUE DE TERAPIA FAMILIAR. Barcelona: Paidós
- 12 - Freidberg,A. (1985) UN ENFOQUE HUMANISTA A LA TERAPIA DE PAREJA. México,D:F
- 13 - Haley,J. (1980). TRASTORNOS DE LA EMANCIPACION JUVENIL Y TERAPIA FAMILIAR. Buenos Aires: Amorrortu
- 14 - Hoffman,L (1987). FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR. México: Fondo de Cultura Económica.
- 15 -Jackson,D compilador (1980) ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA. Buenos Aires. Amorrortu.

- 16 - Kerlinger, N.F (1979) INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO México: Nueva Editorial Interamericana
- 17 - Laing, R. y Esterson, A. (1967). CORDURA, LOCURA Y FAMILIA. México: Fondo de Cultura Económica.
- 18 - Mackensen, G and Cottone, R. (1992). FAMILY STRUCTURAL ISSUES AND CHEMICAL DEPENDENCY: A REVIEW OF THE LITERATURE FROM 1985 TO 1991. The American Journal of Family Therapy, Vol 20, No 3, 227-241.
- 19 - Menicucci, L and Wermuth, L. (1989). EXPANDING THE FAMILY SYSTEMS APPROACH: CULTURAL, CLASS, DEVELOPMENTAL AND GENDER INFLUENCIAS IN DRUG ABUSE The American Journal of Family Therapy, Vol.17, No.2, 129-142.
- 20 - Minuchin, S. (1976). FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR. Barcelona: Gedisa.
- 21 - Minuchin, S. (1991). LA LOCURA Y LAS INSTITUCIONES FAMILIAS, TERAPIA Y SOCIEDAD. Buenos Aires: Gedisa.
- 22 - Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1992). TECNICAS DE TERAPIA FAMILIAR. México: Paidós.
- 23 - Olson, H.D. (1979). CIRCUMPLEX MODEL OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS: I COHESION AND ADAPTABILITY, DIMENSIONS. FAMILY TYPES AND CLINICAL APPLICATIONS. Family Process, 18: 3-28.
- 24 - Olson, D. Rusell, G and Spenkle, D (1980). CIRCUMPLEX MODEL OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS II. REVIEW OR EMPIRICAL STUDIES, HYPOTHESIS, VALIDATION OF MODEL. Family Process, 22: 128-145.
- 25 - Palazzoli, S y Boscolo, L. (1991). PARADOJA Y CONTRAPARADOJA UN NUEVO MODELO EN LA TERAPIA DE LA FAMILIA DE TRANSACCION ESQUIZOFRENICA México Paidós.
- 26 - Pittman III, S. (1990). MOMENTOS DECISIVOS. TRATAMIENTO DE FAMILIAS EN SITUACIONES DE CRISIS. Argentina: Paidós.
- 27 - Preli, R, Protinsky, H and Cross, L (1990). ALCOHOLISM AND FAMILY STRUCTURE. Family Therapy, Vol. XVII, No.1: 1-8.
- 28 - Protinsky, H and Shilts, L. (1990). ADOLESCENT SUBSTANCE USE AND FAMILY COHESION. Family Therapy, Vol XVII, No.2: 173-175.
- 29 - Satir, V. (1983). PSICOTERAPIA FAMILIAR CONJUNTA. México: La Prensa Médica Mexicana
- 30 - Siegel, S (1982). ESTADISTICA NO PARAMETRICA. México: Trillas.

31.- Stanton,D y Todd, T y cols. (1988). TERAPIA FAMILIAR DEL ABUSO Y ADICCIÓN A LAS DROGAS. Buenos Aires: Gedisa.

32.- Watzlawick,P y cols. (1986). TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA. Barcelona: Herder.

FACES II  
C O H E S I O N

ANEXO I

		DESVINCLADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
A D A P T A B I L I D A D	COESIVIDADE	Caoticamente Desvinclada	Caoticamente Separada	Caoticamente Conectada	Caoticamente Amalgamada
	LARGUEZA	Flexivelmente Desvinclada	Flexivelmente Separada	Flexivelmente Conectada	Flexivelmente Amalgamada
	LARGUEZA-CRESCIDA	Estruturalmente Desvinclada	Estruturalmente Separada	Estruturalmente Conectada	Estruturalmente Amalgamada
	RIGIDEZ	Rigidamente Desvinclada	Rigidamente Separada	Rigidamente Conectada	Rigidamente Amalgamada

## REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

1.- Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

2.- Edad \_\_\_\_\_ 3.- Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

4.- Estado Civil:

1.- Soltero \_\_\_\_\_ 2.- Casado \_\_\_\_\_ 3.- Divorciado \_\_\_\_\_ 4.- Union Libre \_\_\_\_\_

5.- Viudo \_\_\_\_\_

5.- Evolución del Padecimiento (año de inicio) \_\_\_\_\_

6.- Numero de Ingreso \_\_\_\_\_

7.- Nombre del Familiar \_\_\_\_\_

8.- Edad \_\_\_\_\_ 9.- Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

10.- Estado Civil:

1.- Soltero \_\_\_\_\_ 2.- Casado \_\_\_\_\_ 3.- Divorciado \_\_\_\_\_ 4.- Union Libre \_\_\_\_\_

5.- Viudo \_\_\_\_\_

11.- Escolaridad:

1.- Sin Educación Escolar \_\_\_\_\_ 2.- Primaria Incompleta \_\_\_\_\_ 3.- Primaria Completa \_\_\_\_\_

4.- Secundaria \_\_\_\_\_ 5.- Preparatoria o Equivalente \_\_\_\_\_ 6.- Profesional \_\_\_\_\_

12.- Ocupación:

1.- Empleado \_\_\_\_\_ 2.- Obrero \_\_\_\_\_ 3.- Técnico \_\_\_\_\_ 4.- Profesionista \_\_\_\_\_

5.- Campesino \_\_\_\_\_ 6.- Hogar \_\_\_\_\_ 7.- Estudiante \_\_\_\_\_ 8.- Comerciante \_\_\_\_\_

9.- Jubilado \_\_\_\_\_ 10.- Ninguna \_\_\_\_\_

13.- Parentesco:

**REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS**

Anexo 3

1.- Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

2.- Edad \_\_\_\_\_

3.-Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

4.- Estado Civil:

1.- Soltero \_\_\_\_\_ 2.- Casado \_\_\_\_\_ 3.- Divorciado \_\_\_\_\_ 4.- Unión Libre \_\_\_\_\_

5.- Viudo \_\_\_\_\_

5.- Semestre que cursa \_\_\_\_\_

6.- Area \_\_\_\_\_

7.- Nombre del Familiar \_\_\_\_\_

8.- Edad \_\_\_\_\_

9.- Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

10.- Estado Civil:

1.- Soltero \_\_\_\_\_ 2.- Casado \_\_\_\_\_ 3.- Divorciado \_\_\_\_\_ 4.- Unión Libre \_\_\_\_\_

5.- Viudo \_\_\_\_\_

11.- Escolaridad:

1.- Sin Educación Escolar \_\_\_\_\_ 2.- Primaria Incompleta \_\_\_\_\_ 3.- Primaria Completa \_\_\_\_\_

4.- Secundaria \_\_\_\_\_ 5.- Preparatoria o Equivalente \_\_\_\_\_ 6.- Profesional \_\_\_\_\_

12.- Ocupación:

1.- Empleado \_\_\_\_\_ 2.- Obrero \_\_\_\_\_ 3.- Técnico \_\_\_\_\_ 4.- Profesionista \_\_\_\_\_

5.- Campesino \_\_\_\_\_ 6.- Hogar \_\_\_\_\_ 7.- Estudiante \_\_\_\_\_ 8.- Comerciante \_\_\_\_\_

9.- Jubilado \_\_\_\_\_ 10.- Ninguna \_\_\_\_\_

13.- Parentesco:

## INSTRUCCIONES

Anexo 4

De antemano se agradece su valiosa participación. Para ello le solicitamos que proporcione algunos datos, respondiendo a las preguntas del cuestionario que se presenta más adelante.

Para responder el cuestionario, le pido ponga dentro del paréntesis el número que corresponda a su respuesta.

Las opciones son las siguientes:

- (1) Casi Nunca
- (2) De Vez en Cuando
- (3) Algunas Veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi Siempre

Por ejemplo, supongamos que una pregunta del cuestionario dice "ME GUSTA EL COLOR AZUL."  
( ).

Usted pondrá dentro del paréntesis el número de opción que corresponde a su respuesta.

Si usted escoge la opción (3), entonces quiere decir que ALGUNAS VECES le gusta el color azul.

No existen respuestas correctas o incorrectas, cada persona lo resuelve según su caso.

MUCHAS GRACIAS.

## CUESTIONARIO FACES II

- 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles
- 2.- En nuestra familia a cada quién le es fácil expresar su opinión
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente fuera de la familia que con los miembros de la misma familia
- 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importante
- 5.- Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto
- 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina
- 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto
- 8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones
- 9.- En nuestra familia cada quién escoge su propio camino
- 11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia
- 12.- Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia
- 13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar
- 14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren
- 15.- Cuando pensamos hacer actividades como familia tenemos dificultades
- 16.- Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños
- 17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros
- 18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia
- 19.- Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia
- 20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas
- 21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer
- 22.- En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades
- 23.- Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma
- 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia
- 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa
- 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos
- 27.- Aprobamos a los amigos de cada quién
- 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos
- 29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total
- 30.- Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros

## SEXO

ANEXO 5

PACIENTES		NO PACIENTES	
MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
20	-	2	18

# EDAD

ANEXO 6

	PACIENTES	%		NO PACIENTES	%
21	-	-		2	10
22	2	10		6	30
23	1	5		3	15
24	2	10		3	15
25	3	15		1	5
26	1	5		-	-
27	3	15		3	15
28	2	10		2	10
29	3	15		-	-
30	1	5		-	-
31	2	10		-	-

## ESTADO CIVIL

ANEXO 7

PACIENTES		NO PACIENTES	
SOLTEROS	CASADOS	SOLTEROS	CASADOS
19	1	20	-

**ANO DE INICIO  
PACIENTES**

**ANEXO 8**

1976 - 1978	7	35 %
1979 - 1980	3	15 %
1981 - 1982	4	20 %
1984 - 1986	3	15 %
1987 - 1989	3	15 %

**NUMERO DE HOSPITALIZACIONES**

**ANEXO 9**

1er INGRESO	7	35 %
2do INGRESO	6	30 %
3er INGRESO	1	5 %
4to INGRESO	1	5 %
5to INGRESO	2	10 %
6to INGRESO	1	5 %
7mo INGRESO	2	10 %

## ESTUDIANTES ( SEMESTRE )

ANEXO 10

OCTAVO	NOVENO	PASANTES
9	5	6

# PARENTESCO ( C )

ANEJO 11

PACIENTES		NO PACIENTES	
PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
5	15	3	17

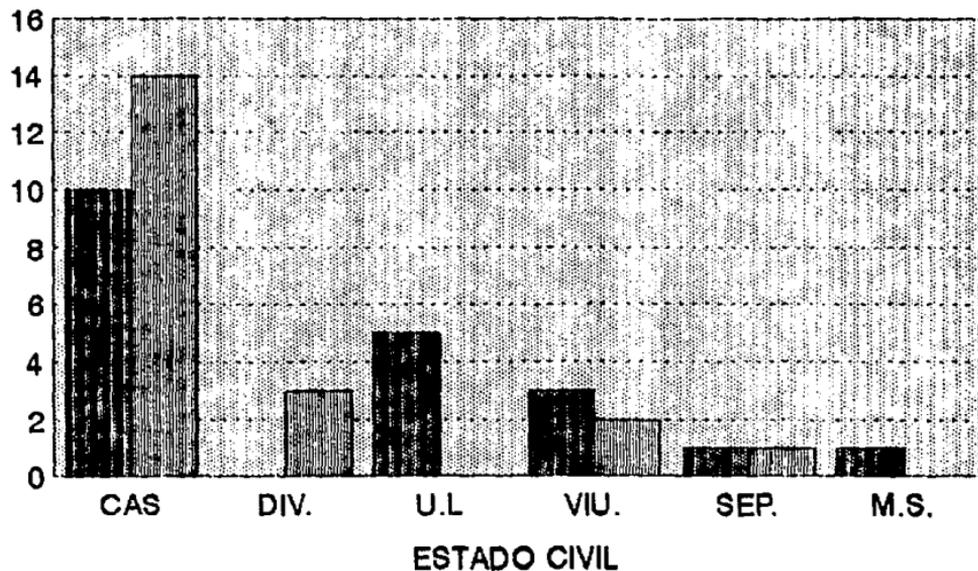
# EDAD ( C )

ANEXO 12

	PACIENTES	%	NO PACIENTES	%
39	0	-	1	5
41	1	5	0	-
44	1	5	3	15
45	1	5	2	10
46	1	5	1	5
47	1	5	1	5
48	1	5	1	5
49	1	5	0	-
50	1	5	2	10
51	1	5	0	-
52	0	-	4	20
53	2	10	0	-
54	1	5	0	-
55	2	10	0	-
56	1	5	1	5
57	0	-	2	10
60	2	10	1	5
62	1	5	0	-
64	0	-	1	5
67	1	5	0	-
72	1	5	0	-

# ESTADO CIVIL (C)

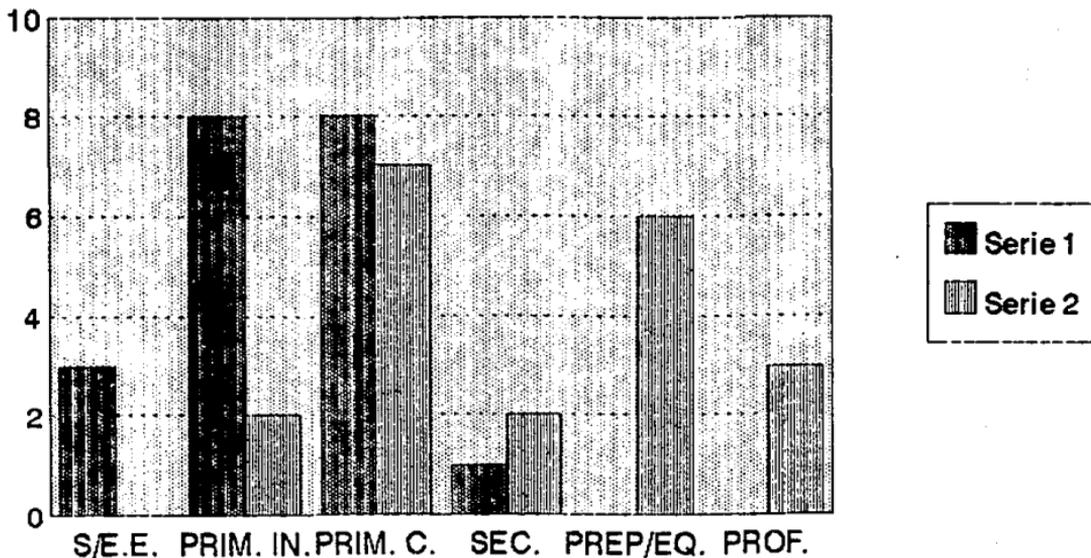
ANEXO 13



PACIENTES Y NO PACIENTES

# ESCOLARIDAD (C)

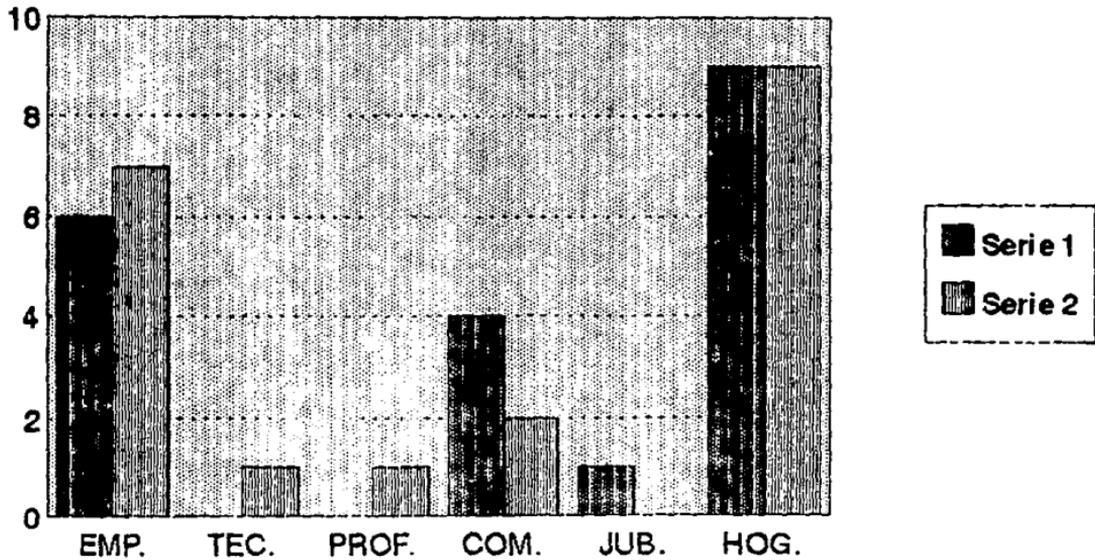
## ANEXO 14



PACIENTES Y NO PACIENTES

# OCUPACION (C)

## ANEXO 15



PACIENTES Y NO PACIENTES

FACES II

C O H E S I O N

FAMILIA CON PACIENTE PSIQUIATRICO

ANEXO 16

DESVINCLADA

SEPARADA

CONECTADA

AMALGAMADA

A  
D  
A  
P  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D

COHESION

ADAPTACION

INTENSIFICACION

REDUCCION

	1	1	
Caoticamente Desvinculada	Caoticamente Separada	Caoticamente Conectada	Caoticamente Amalgamada
1	2	2	
Flexiblemente Desvinculada	Flexiblemente Separada	Flexiblemente Conectada	Flexiblemente Amalgamada
3		1	
Estructuralmente Desvinculada	Estructuralmente Separada	Estructuralmente Conectada	Estructuralmente Amalgamada
9			
Rigidamente Desvinculada	Rigidamente Separada	Rigidamente Conectada	Rigidamente Amalgamada

FACES II

C O H E S I O N

FAMILIA SIN PACIENTE PSIQUIATRICO

ANEXO 17

A  
D  
A  
P  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D

2000-0000

1000-0000

2000-0000

2000-0000

	DESVINCLADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
	Caoticamente Desvinculada	6 Caoticamente Separada	1 Caoticamente Conectada	Caoticamente Amalgamada
	1 Flexiblemente Desvinculada	3 Flexiblemente Separada	2 Flexiblemente Conectada	1 Flexiblemente Amalgamada
	2 Estructuralmente Desvinculada	Estructuralmente Separada	Estructuralmente Conectada	Estructuralmente Amalgamada
	2 Rigidamente Desvinculada	2 Rigidamente Separada	Rigidamente Conectada	Rigidamente Amalgamada

PAGES 11

C O M P E S I T I O N

TABLE 14. COMPARISON OF THE PRINCIPAL PRICES INDEXES

ANEXO 16

A  
D  
A  
P  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D

	DESVINCLADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
ESTRUCTURAL	1 Estructuralmente Desvinculada	1 Estructuralmente Separada	1 Estructuralmente Conectada	1 Estructuralmente Amalgamada
ELASTICA	1 Flexiblemente Desvinculada	1 Flexiblemente Separada	1 Flexiblemente Conectada	1 Flexiblemente Amalgamada
RIGIDA	2 Rigidamente Desvinculada	2 Rigidamente Separada	2 Rigidamente Conectada	2 Rigidamente Amalgamada

FACES II

C O H E S I O N

ANEJO 19

FAMILIA CON PACIENTE PSIQUIATRICO  
 DOS O MAS HOSPITALIZACIONES  
 SEPARADA CONECTADA

DESVINCULADA

AMALGAMADA

A  
D  
A  
P  
T  
A  
B  
I  
L  
I  
D  
A  
D

COHESION

ADAPTABILIDAD

ESTRUCTURALIDAD

COHESION

1	Caoticamente Desvinculada	Caoticamente Separada	1 Caoticamente Conectada	Caoticamente Amalgamada
1	Flexiblemente Desvinculada	1 Flexiblemente Separada	1 Flexiblemente Conectada	Flexiblemente Amalgamada
2	Estructuralmente Desvinculada	Estructuralmente Separada	Estructuralmente Conectada	Estructuralmente Amalgamada
7	Rigidamente Desvinculada	Rigidamente Separada	Rigidamente Conectada	Rigidamente Amalgamada