

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**EVALUACION DE LA DINAMICA FAMILIAR DE  
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR.**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN TRABAJO  
SOCIAL PRESENTAN:**

**JUDITH MARTINEZ BLANCAS  
MARTHA ESTELA RAMIREZ CARBAJAL**

**ASESORA: LIC. TS y TSP. MARTHA ELENA SAUCEDO AVILA**

**MEXICO, D.F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**INDICE****PAG.****CAPITULO 1. TRABAJO SOCIAL EN MÉXICO.**

1.1 Trabajo Social Psiquiátrico en México.....	5
1.1.1 Definición de Trabajo Social Psiquiátrico.....	6
1.1.2 Objetivo de Trabajo Social Psiquiátrico.....	7
1.1.3 Curso de Trabajo Social Psiquiátrico.....	7
1.2 Intervención de Trabajo Social con Familias.....	9
1.3 Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” (INP).....	10
1.3.1. Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”.....	11
1.4 Modelos de Intervención.....	14
1.4.1 Modelo Diagnóstico ò Psicosocial.....	14
1.4.2 Modelo Familiar .....	18

**CAPITULO 2. FAMILIA**

2.1 Conceptos y Definiciones.....	22
2.1.1 Funciones de la Familia .....	23
2.2 Dinámica Familiar .....	24
2.3. Familia Funcional y Disfuncional .....	27
2.4 Trastorno Bipolar .....	30
2.5 Familia de Pacientes con Trastorno Bipolar.....	32

**CAPITULO 3. MODELOS DE EVALUACION FAMILIAR**

3.1 Modelo Triaxial .....	34
3.1.1 Eje I .Disfunciones del Desarrollo de la Familia.....	34
3.1.2 Eje II. Disfunciones en los Subsistemas Familiares.....	36
3.1.3 Eje III. Disfunciones en la Familia como Sistema.....	37
3.2 Modelo Mc Master .....	38
3.2.1 Antecedentes del Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master.....	38
3.2.2 Dimensión del Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master.....	39
3.3 Modelo Estratégico Estructural .....	45

**CAPITULO 4. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

4.1 Marco Teórico .....	47
4.2 Justificación .....	49
4.3 Planteamiento del Problema .....	52
4.4 Objetivo General .....	53
4.4.1 Objetivos Específicos.....	53
4.5 Hipótesis.....	53
4.6 Procedimiento.....	53
4.7 Metas.....	54

4.8 Universo de Trabajo.....	54
4.9 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	54
4.10 Tipo de Estudio .....	55
4.11 Instrumentos de Medición.....	55
4.11.1 Escala de Funcionamiento Familiar (EFF).....	55
4.11.2 Estudio de Familia.....	55
 CAPITULO 5. RESULTADOS .....	 58
5.1 Interpretación de los Resultados.....	58
5.2 Análisis de los Resultados.....	59
 CONCLUSIONES.....	 61
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	62
SUGERENCIAS.....	62
LIMITACIONES.....	62
 BIBLIOGRAFÍA.....	 63
 ANEXOS .....	 66
1.EFF.....	67
2. Estudio de Familia.....	71
2.1Guía.....	72
2.2 Presentación de dos casos.....	76
3.Gráficas.....	85

## INTRODUCCION

La presencia de una enfermedad mental, específicamente el Trastorno Bipolar, tiene un impacto sobre el individuo, puesto que afecta su aspecto fisiológico, su autoimagen, emociones y su capacidad. Por otro lado, tanto el diagnóstico de la enfermedad como los cambios sufridos por quien la padece, impactan sobre la familia en aspectos tales como la comunicación, distribución de roles, el involucramiento afectivo, etc. Bajo esta línea y con el conocimiento de que existen escasas investigaciones sobre este trastorno, surge el interés de saber que es lo que pasa con el entorno familiar de estos pacientes.

Se hará una breve reseña del contenido del capitulado:

El primer capítulo tiene como propósito conocer como el Trabajador Social se ha insertado en el área de la Salud Mental, específicamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INP), pues se sabe que con anterioridad la Psiquiatría se había mantenido rezagada de los aspectos prioritarios de la Salud Pública y al comprobarse que las enfermedades mentales tienden a aumentar en proporción de la población, por lo que se ha creado la necesidad de incorporar la Salud Mental articulándola con sectores de la sociedad como la educación, el trabajo y la familia; cobrando así mayor importancia la participación del Trabajador Social.

En el Segundo capítulo se resaltaré el papel que juega la familia como apoyo de los pacientes bipolares al ser considerada el mas importante de todos los grupos sociales; con lo que se conocerán las diversas conceptualizaciones que existen, así como los aspectos que diferencian a una familia funcional de una disfuncional.

El tercer capítulo hará mención de los Modelos de Evaluación utilizados con mayor frecuencia por las Trabajadoras Sociales Psiquiátricas, específicamente el Modelo Mc Master, lo que les permite conocer e intervenir en las problemáticas sociales.

Por último para el abordaje de la presente investigación se basó en la Teoría General de Sistemas, con la que se pretende evaluar la dinámica familiar de pacientes con Trastorno Bipolar atendidos en el INP a través del análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) elaborado por la Psicóloga Raquel Atri y Zetune de la Universidad de las Américas, el cual fue validado en el año de 1987. Este instrumento se generó a partir del Modelo de Funcionamiento Familiar Mc Master (MMFF), es autoaplicable, evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene sobre su funcionamiento familiar y está constituido por seis áreas que miden: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Involucramiento Afectivo, Respuesta Afectiva y Control de Conducta.

Por otro lado, conjuntamente con el EFF, se realizarán estudios de familia para profundizar en la dinámica de los pacientes bipolares para

identificar cuales de estas áreas se ven afectadas por la presencia de una enfermedad mental en algún miembro de la familia.

Cabe mencionar que el Modelo Mc Master es utilizado por las Trabajadoras Sociales del INP solo como una guía, con la finalidad de indagar sobre la dinámica familiar de los pacientes atendidos en el instituto, por lo que surge el interés de que el instrumento EFF sea aplicable en la institución y constituya una base que sustente la intervención de Trabajo Social.

## CAPITULO 1. TRABAJO SOCIAL EN MÉXICO

### 1.1 TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO EN MEXICO

Es importante citar los antecedentes del Trabajo Social, al considerar que como una disciplina de las ciencias sociales se ha venido transformando constantemente, pues si bien surge como respuesta a las necesidades inmediatas como el vestido, la alimentación, salud y vivienda; hoy en día, al conocer las causas de los problemas sociales tales como la pobreza, el desempleo, la drogadicción, etcétera; desarrolla modelos y programas de intervención así brindar atención y solución a nivel individual, grupal y comunitario.

Bajo la perspectiva de Boris Lima, la evolución del Trabajo Social se establece a través de cuatro etapas históricas, en base a la organización y sistematización de su acción y al nivel metodológico y teórico alcanzado:

**Etapas Pre-Técnica:** Marca el origen histórico del Trabajo Social, caracterizada por la caridad, la beneficencia y la filantropía; esta asistencia era ejercida por individuos de buena voluntad que se orientaban a la solución de situaciones o casos particulares de carácter problemático, dichos problemas eran la pobreza, el desempleo y como consecuencia la migración. Debido a esto fueron creados numerosos asilos, orfanatorios, centros de atención para lisiados, para deficientes mentales y para ancianos.

**Etapas Técnica:** Marcada por el avance del capitalismo y la transición de sociedades pre-industriales al capitalismo industrial, por lo que se incrementa el número de mendigos y de población excedente. Surge en Trabajo Social la necesidad de tipificar la problemática social y el trabajador enriquece sus técnicas y su marco teórico al implementar, como instrumentos de trabajo, el método de Trabajo Social de Casos (Mary Richmond 1917) y el de Trabajo Social de Grupos, con el fin de prevenir disfuncionalidades y de ajuste o integración del individuo a su medio. (Siglo XIX). Es decir, se comienza a considerar no solo al hombre –como ser biológico e individual- sino también a su medio entendiéndose por tal el espacio físico y social que lo rodea.

**Etapas Pre-Científica:** El Trabajo Social estaba ajeno de todos los movimientos políticos y solo se preocupaba por el ajuste de sus clientes; la acción profesional se sostiene en una base teórica más sólida, producto del mayor desarrollo de las ciencias del hombre y de la sociedad alcanzando su más alto nivel de tecnificación con la implementación de un tercer método de Organización y Desarrollo de la Comunidad.

**Etapas Científica (época actual):** El Trabajo Social se aboca a la investigación de las relaciones causales de las necesidades que enfrenta. A nivel metodológico el Trabajo Social utiliza tres niveles de intervención, los cuales guían al Trabajo Social Psiquiátrico:

- Casos: Atención de problemáticas individuales y familiares, orientación al crecimiento personal y adaptación a situaciones nuevas del medio ambiente.
- Grupo: Orientación y capacitación de personas con el fin de solucionar problemas grupales.
- Comunidad: Acciones de la capacitación y orientación a grupos humanos que persiguen la resolución de diferentes problemáticas y coordinación de esfuerzos con instituciones proveedoras de recursos. (Valero Aída, "Desarrollo Histórico del Trabajo Social", 1997)

Como bien se sabe, la Psiquiatría se había mantenido rezagada dando prioridad a aspectos de la salud pública, pero, a medida que las enfermedades mentales comienzan a incrementarse surge la necesidad de incorporar la salud mental como un aspecto más a considerar; cobrando mayor importancia la intervención de Trabajo Social al contribuir a una mejor adaptación entre los individuos y su medio social, dando lugar así a la especialización de Trabajo Social Psiquiátrico.

### **1.1.1 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO**

Es una especialización del Trabajo Social que permite identificar y analizar los factores causales de orden familiar y social que propician alteraciones en la salud mental individual, grupal y comunitaria y contribuir a su modificación en colaboración con el equipo interdisciplinario.

El Trabajo Social Psiquiátrico surge a principios del siglo XX en Boston Psychiatry Hospital, del estado de Massachussets (EU), gracias al psiquiatra Elmer Sootherd y la trabajadora social Mary C. Garret, en el año 1913, debido al interés por basar el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales en el estudio de la personalidad del individuo y en la consideración de su medio ambiente. (Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978)

En 1922 publicaron la obra *The Kingdom of Evils*, donde quedaron establecidos los principios y las bases de la nueva especialidad que denominaron Trabajo Social Psiquiátrico; a partir de entonces los trabajadores sociales aportaron datos de gran importancia en la etiología, prevención y tratamiento de determinados trastornos mentales. En esta rama de la profesión, el Trabajador Social requiere manejar con cautela y habilidad las entrevistas personales. Los múltiples problemas colaterales del paciente y su familia. (Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978)

El **Trabajo Social Psiquiátrico**, en nuestro país, comienza a incrementarse a partir de que se concede mayor importancia al ambiente social en que una persona se desenvuelve. Puede participar tanto en la prevención de la enfermedad mental como en la investigación de su gestación; su regresión y su rehabilitación. (Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978)



### 1.1.2 OBJETIVO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

- Participar interdisciplinariamente en la investigación, diagnóstico y tratamiento del paciente psiquiátrico y su familia.

En líneas generales, a nivel institucional desarrolla acciones a tres niveles:

**Asistencial:** Tarea intra y extramural con el paciente y su familia.

**Académica:** Capacitación y aprendizaje que le da al Trabajador Social Psiquiátrico las destrezas necesarias para manejarse a niveles de problemática psicológica.

**De investigación:** Integración en equipos de investigación en el campo psiquiátrico. (Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978)

Debido al constante incremento de las enfermedades mentales en nuestro país y tomando en cuenta el objetivo del Trabajo Social Psiquiátrico, surge el interés de crear un curso que capacite a profesionales en el área psiquiátrica con el fin de que participe tanto en la investigación de la enfermedad como en el tratamiento. (Curso Trabajo Social Psiquiátrico, "Dinámica Familiar", INP, 2004)

### 1.1.3 CURSO TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

Para cubrir la necesidad de que el Trabajador Social adquiriera una preparación especializada se inicia el primer curso de Trabajo Social Psiquiátrico en Junio de 1977, de un año de duración, auspiciado por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental y el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, lo que fortaleció a la metodología de Trabajo Social de Casos. (Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978)

El número de egresados en la actualidad es de 450 lo que estadísticamente representa un déficit si se compara con el crecimiento demográfico del país. (Datos Departamento Salud Mental, 2005)

Ahora bien, el reto que afronta, es el de colocar realmente los recursos de la salud mental al alcance de la población, haciéndolos partícipes tanto en la planeación como en el desarrollo de los programas.

Es aquí y ahora, donde y cuando el Trabajador Social inicia su intervención para que la población aprenda a identificar, desde su inicio, las distintas reacciones patológicas para prevenir problemas más graves y evitar que se perpetúen. (Méndez Concepción, Revista de Trabajo Social, 1987)

Ya que el Trabajador Social Psiquiátrico está, por formación y experiencia, calificado profesionalmente para prestar servicios directos de diagnóstico, prevención, desarrollo, apoyo y rehabilitación; a individuos, familias y/o grupos cuyo funcionamiento se ve amenazado o afectado por el estrés social y psicológico o por una alteración de la salud.

De ahí que Clearamunt haya definido la misión del Trabajador Social Psiquiátrico, como la de aquel profesional que dentro del equipo terapéutico “crea o desarrolla relaciones humanas entre los pacientes, sus familiares, el grupo terapéutico y la sociedad”, es decir, el Trabajador Social Psiquiátrico tiene los siguientes niveles de atención:

- **Prevenir la enfermedad mental** mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el acompañamiento de los pacientes; la implementación de medidas para favorecer los contactos de post-cura, organizar grupos de padres y de autoayuda.
- **Contribuir mediante una información adecuada** a conocer la realidad sociofamiliar y laboral, del enfermo y a lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración del informe social.
- **Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo**, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible. En especial se cuidarán los problemas laborales, familiares y sociales que se puedan plantear en la etapa post-hospitalaria o de post-cura.
- **Finalmente, su actuación será necesaria en todas las áreas del tratamiento** de un enfermo, tales como el trabajo con el paciente, el sistema marital, con otros familiares; todo ello a los diversos niveles institucionales y comunitarios. (Gómez, Levín Carmen, “Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social”, 2000)

Es importante mencionar, que en el Instituto Nacional de Psiquiatría sus acciones están enfocadas en estos tres niveles, pues en el primero su objetivo es el de brindar atención psicosocial a los pacientes y su familia, en el segundo al capacitar a estudiantes y pasantes de Trabajo Social tanto de nivel licenciatura de la Escuela Nacional de Trabajo Social y el Instituto Politécnico Nacional, como a nivel técnico (CETYS), y también al promover y apoyar la participación del personal a su cargo en actividades académicas, y en el tercero al realizar investigaciones en el campo de la salud mental.

## 1.2 INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS

La familia es y ha sido un ámbito de referencia obligada en la intervención en Trabajo Social, cuando se trabaja con individuos no se puede dejar de pensar que tienen o han tenido una familia.

La intervención del trabajador social en el grupo familiar indica como objetivo la mejora de las condiciones de la familia desde el punto de vista psicosocial, con el fin de modificar las dificultades de interacción de todos o algunos de sus miembros, así como los problemas relacionados con la adaptación al medio ambiente.

Es importante considerar que en la intervención de Trabajo Social con la familia no se modifique el presente ni se interprete el pasado, ya que la imagen del pasado se representa en la actualidad y será accesible al cambio a través de intervenciones que modifiquen la realidad. (Tenorio, Herrera Rosalba, Revista de Trabajo Social, 1982)

En nuestra opinión, la intervención con la familia es de relevancia, pues servirá para mejorar las condiciones de vida del paciente así como las de su entorno que pudieran afectar en su tratamiento.

Generalmente el Trabajador Social interviene a un nivel de orientación, esto lleva implícito el encauzar al grupo familiar a la consecución de determinados objetivos que contribuye a la salud mental, los cuales son:

- EDUCACION. Se refiere al proceso de reflexión que el trabajador social realiza con la familia sobre aspectos específicos para, dar a conocer los elementos básicos del problema y los pasos del tratamiento de este.
- ORIENTACIÓN. De acuerdo a Rea Grant, la orientación es un proceso para ayudar a los individuos y sus familias a definir problemas en sus relaciones, reconocer la interacción familiar, encontrar alternativas y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus problemas.

Ante esto, nosotras consideramos que lo más importante es, que tanto el individuo como su familia adquieran la capacidad de solucionar sus problemas. Por lo tanto, el trabajador social actuará conjuntamente con la familia con el fin de obtener alternativas de funcionamiento.

Otra función es la psicoterapia, aunque es importante señalar que esta es implementada por psicólogos y no por el Trabajador Social a menos que este haya realizado una especialización.

- PSICOTERAPIA. Está conceptualizada para aquellas personas con problemas patológicos, para lo que es importante que no se catalogue como lo enfermo o insano. El propósito primario de toda terapia familiar es la modificación de las relaciones interpersonales, es decir, una modificación más o menos permanente de la dinámica familiar o de su estructura. (Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Niveles de Intervención y Tratamiento Familiar, 1992)

Cabe mencionar que la psicoterapia se da un nivel individual, grupal y familiar; los que serán descritos a continuación:

**INDIVIDUAL:** Esta se implementa cuando los conflictos se presentan porque la persona no ha resuelto adecuadamente ciertos problemas de sus experiencias presentes.

**GRUPAL:** Lo que hay que investigar en este caso es sí el origen o ubicación de estos conflictos se deben a interacción con personas significativas a él dentro de su contexto social o familiar, o si por el contrario solo radica en el individuo.

**FAMILIAR:** El objetivo es apoyar y facilitar el proceso adecuado de integración y funcionamiento de los miembros de la familia, en aras del bienestar moral, social, psicológico, del desarrollo armónico de todos y cada uno de ellos, cambiando en la medida de lo posible la estructura familiar que los afecta y así reestructurar la dinámica familiar. (Nieto, Cardoso Ezequiel, "Psicoterapia para la Pareja y la Familia", 1994)

### **1.3 INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA "DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ" (INP)**

El instituto es considerado de 3er. Nivel, el cual brinda atención a personas mayores de 13 años que presenten trastornos psiquiátricos. Dicho instituto se encuentra ubicado en Calzada México-Xochimilco 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Código Postal 14370 en la Delegación Tlalpan.

Tel. 56552811

Fax. 56558570

<http://www.impcdmed.mx>

Sus objetivos son:

- Brindar atención médica, psiquiátrica de calidad a todos los núcleos de la población que lo requieran.
- Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental incluyendo a las adicciones y la violencia.
- Realizar estudios integrales de los enfermos psiquiátricos y funge como asesor de otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia.

**Misión:**

Contribuir en el mejoramiento de la salud mental y calidad de vida de la población, por medio del desarrollo de la investigación biopsicosocial de la atención médica especializada, así como la formación y capacitación de recursos humanos en la materia, con un uso eficiente de los recursos y de acuerdo a las necesidades de salud de nivel nacional. (Folleto Dirección de Servicios Clínicos, “Ética y Valores” INP, 2004)

**Propósito:**

El INP (Instituto Nacional de Psiquiatría) se creó ante la necesidad de contar con un organismo especializado en forma amplia y con mejores recursos al estudio del problema de la salud mental y de los problemas psiquiátricos con la finalidad de darles solución adecuada. (Folleto Dirección de Servicios Clínicos, “Ética y Valores” INP, 2004)

**1.3.1 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ” (INP)****ANTECEDENTES DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INP**

El Departamento de Trabajo Social inicia sus funciones en 1989, bajo la dirección de la Trabajadora Social Psiquiátrica (TSP) Marisa Jiménez Landa, años más tarde inicia su gestión la TSP. Celina Anaya Suárez y desde 1991 el TSP. Fernando Salinas García.

Este Departamento ha pasado por diferentes sucesos:

1. En 1997, se autoriza que el servicio de Trabajo Social “Preconsulta-urgencias-hospital sea dividido.
2. En 1999, la trabajadora social del área de preconsulta-urgencias se integra al área establecida en el Módulo A.
3. En 1999 se integran alumnos de práctica de especialización de la ENTS, con el objetivo general de efectuar un proyecto de investigación (supervisado por una trabajadora social).
4. En el año 2000 el área de Trabajo Social se transforma en Departamento, y se crea la jefatura de Trabajo Social en Área Médica (subjefatura) la cual toma funciones de supervisión, además de elaborar el manual de procedimientos. En ese mismo año la atención de los usuarios se da por clínicas de subespecialidad, por lo que se incorpora una trabajadora social por clínica, aunque por falta de recursos humanos, no se cubren el total de ellas.
5. En el 2002 se integra la primera generación de pasantes de Servicio Social del CICS IPN (primera que es becada por la Secretaría de Salud), cabe señalar que desde su formación el Departamento ha contado con el apoyo de pasantes de servicio social de CETYS, UNAM, y del curso de Trabajo Social Psiquiátrico.
6. En el presente año se delimitan claramente tres servicios en el Departamento de Trabajo Social: Preconsulta-urgencias, hospital y consulta

externa; además de contar con un sistema de control administrativo de las funciones y actividades que desarrolla el personal de Trabajo Social. (Manual de Organización, "Departamento de Trabajo Social", 2004)

## **OBJETIVOS**

- Proporcionar atención psicosocial de calidad a la población usuaria de la Dirección de Servicios Clínicos
- Proporcionar la formación y capacitación de profesionales y técnicos de Trabajo Social Psiquiátrico.
- Participar en la realización de investigaciones en el campo de la psiquiatría y la salud mental, y participar en eventos académicos.

## **FUNCIONES**

- Sistematizar y garantizar el proceso de atención a usuarios.
- Evaluar la problemática psicosocial de los usuarios y proponer las alternativas de acción que mejor procedan.
- Coordinar y participar en programas psicoeducativos en el Instituto.
- Llevar a cabo intervenciones Psicosociales familiares e individuales.
- Realizar estudios socioeconómicos a los usuarios de los diferentes servicios de atención médica, laboratorio e imagenología, internos y externos.
- Garantizar, gestionar y realizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes de otras instituciones.
- Aplicar y mantener actualizada la normatividad establecida para la atención en unidades psiquiátricas.
- Vigilar el cumplimiento de los procedimientos establecidos por las comisiones de investigación y ética para proyectos de investigación que se lleven a cabo en el área.
- Mantener coordinación e intercambio técnico y de formación con las demás unidades de la Institución u otras instituciones.
- Coordinar, implementar y evaluar el programa de rescate y seguimiento de pacientes.
- Evaluar y proponer el mejoramiento de procedimientos y mecanismos de operación del área que conlleve a la optimización de resultados y actualización de manuales inherentes al Departamento.
- Coordinar la realización de capacitación continua del personal a su cargo y mantener actualizado el manual específico de funciones y requisitos del puesto.
- Establecer canales de coordinación e intercambio de información con instituciones externas que desarrollen funciones afines o complementarias.
- Establecer y mantener coordinación con los diferentes servicios de la dirección de servicios clínicos.
- Promover y apoyar la participación del personal a su cargo en actividades académicas, intra y extramuros de la especialidad de su competencia.

- Rendir informes periódicos y especiales de las actividades desarrolladas y del grado de avance de los programas, proyectos que le sean solicitados.
- Coordinar lo pertinente a la recepción y trámite de las quejas, reclamos y sugerencias que formulen los usuarios sobre la prestación del servicio dictando las medidas necesarias para corregir las diferencias observadas y notificar a la autoridad correspondiente.
- Coordinar, supervisar y controlar lo relacionado con el almacenamiento de bienes materiales de archivo documental y demás procesos administrativos del área.
- Controlar los bienes materiales asignados del área y fomentar aprovechamiento de recursos del área.
- Supervisar e integrar al personal a las actividades del área distribuyendo las cargas de trabajo para el logro de la eficiencia del personal bajo sus órdenes.
- Evaluar, solicitar y/o autorizar prórroga para el pago en parcialidades de estudios y/o servicios obtenidos.
- Sistematizar, evaluar, garantizar y corregir el proceso de prórroga de pago de servicios.
- Autorizar mediante firma el trámite de resolución, despacho y asuntos de su competencia. (Manual de Organización, “Departamento de Trabajo Social”)

## **MISION**

Proporcionar atención psicosocial de calidad a la población usuaria de la dirección de servicios clínicos, así como en la formación de profesionales y técnicos de trabajo social psiquiátrico. Participar en eventos académicos y en la realización de investigaciones en el campo de la psiquiatría y la salud mental. (Manual de Organización, “Departamento de Trabajo Social”, 2004)

## **VISION**

Para el año 2006 el Departamento de Trabajo Social de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” se visualiza como un servicio de atención especializada en el campo de su competencia, y en la formación y capacitación de profesionales y técnicos en trabajo social psiquiátrico pionero en investigación asistencial. (Manual de Organización, “Departamento de Trabajo Social”, 2004)

Toda investigación que realiza Trabajo Social como labor propia de su profesión debe estar orientada a la intervención, mediante modelos que ayuden a conocer e interpretar algún sector de la realidad social y a continuación, se describirán algunos de ellos.

## **1.4 MODELOS DE INTERVENCIÓN**

Un modelo es una representación simbólica de un sector de la realidad, corresponde a un conjunto de abstracciones simplificadas y cuyo esquema representa los atributos, elementos o etapas de un objeto o situación que se pretende estudiar.

Dichos modelos tienen como finalidad conocer e intervenir algún sector de la realidad, se constituyen por una estructura teórico-esquemática que surge de la práctica y nos lleva a establecer procedimientos generales para el cambio, modificación o bien la transformación social. (Terán, Trillo Margarita, "Modelos de Intervención en Trabajo Social", 1983)

### **1.4.1 EL MODELO DIAGNÓSTICO O PSICOSOCIAL.**

Este modelo está caracterizado por dos elementos principales:

- Tiene en cuenta el aspecto psicológico y social que comporta cada caso es decir, la persona en su situación.
- Da importancia a un diagnóstico -evaluación que trata al mismo tiempo los problemas y los recursos, los puntos fuertes y débiles de la persona y de la situación.

El modelo psicosocial se vale de la teoría de sistemas ya sea para la recolección de datos, la formulación del diagnóstico o elaboración del plan de acción. Se dirige a la persona que pide ayuda en su contexto percibiéndola en relación con las interacciones y transacciones de su entorno. Para el modelo psicosocial, la unidad de atención es un conjunto de fuerzas en interacción, un sistema. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

Este modelo cuenta con:

**FASE INICIAL:** Persigue la formulación de un diagnóstico y establecer una relación de trabajo con el paciente.

La elección de las técnicas de acción va a hacerse en función de los objetivos que fije el Trabajador Social y del plan que elabore para alcanzar estos objetivos.

Se propone reunir los datos que necesita el Trabajador Social para:

#### **➤COMPRENDER EL PROBLEMA**

La experiencia parece probar que lo que crea la dificultad es la actitud interior del Trabajador Social y la – buena conciencia – que le da el ejercicio de su profesión. Es necesario saber que esta actitud se traduce en mensajes no



verbales, transmitiendo al paciente un profundo estado de malestar y de inseguridad. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

#### ➤ ESTABLECER UN PRIMER DIAGNÓSTICO

Es un examen minucioso de un complejo paciente – situación y de la dificultad para la que es solicitada o necesaria una ayuda, con el fin de llegar a comprender cada vez con más detalle y precisión la naturaleza de la dificultad. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

#### ➤ COMPROMETER AL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO

El Trabajador Social va a actuar sobre dos elementos: La motivación del paciente y su resistencia. Así el paciente está demasiado ansioso y desanimado, el Trabajador Social pondrá en acción todos los recursos exteriores accesibles, y también el importante recurso que constituye una relación basada en una comunicación y comprensión reales. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

#### ➤ ESTABLECER UNA RELACIÓN DE TRABAJO

La relación que se establece entre el Trabajador Social y su paciente es una relación controlada.

Pero esta responde mucho más a actitudes personales fundamentales que a técnicas aprendidas. El esfuerzo del Trabajador Social tenderá, a expresar sin deformación, lo que sabe y lo que siente. El paciente extraerá un sentimiento de confianza de la competencia del Trabajador Social y de sus amables disposiciones. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

Por lo tanto, consideramos importante que se establezca una relación de empatía para que el paciente tenga la confianza de expresar sus problemas y así el Trabajador Social aborde objetivamente la situación sin llegar a un involucramiento afectivo.

### ESTUDIO PSICOSOCIAL

En el estudio psicosocial, la unidad de atención es un conjunto de fuerzas en interacción, un sistema. Según la forma en que se presenta el problema, el sistema interesado puede comprender familia o individuo en interacción con elementos tales como la escuela, el trabajo, la vivienda, etc.

Recoger los datos recibe su impulso y su dirección de dos fuentes: el deseo del paciente de hablar de sus dificultades y el deseo del Trabajador Social de comprender como se ha producido y de qué capacidades dispone para hacerles frente. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

El Trabajador Social recibe lo que dice el paciente y toma también una parte activa en la búsqueda de las informaciones que necesita. No sigue un esquema para realizar su entrevista, pero sí para reunir lo que recoge; tiene idea respecto a lo que es necesario conocer sobre el cliente y sobre su situación: el funcionamiento actual, sus reacciones en las primeras entrevistas; debe partir de la percepción que tiene el paciente acerca de su problema y de las causas de éste, de lo que ha tratado de hacer, de la forma en que piensa que podría ser ayudado; después se dedica a analizar los factores presentes y pasados que pueden haber contribuido a la situación actual.

Para recoger esta información se insiste en la importancia de la visita a domicilio que permite percibir mejor la dinámica familiar, las condiciones materiales, etc.

Conviene también entrevistarse a veces – de acuerdo con el paciente – con otras personas que puedan aportar una información complementaria. (Du Ranquet, Matilde, “Intervención con Personas y Familias”, 1996)

Sobre esta línea, los elementos que las Trabajadoras Sociales del INP toman en cuenta para la aplicación de un Estudio Psicosocial son:

1. DATOS GENERALES:
  - a. NOMBRE
  - b. DOMICILIO
  - c. TELEFONO
  - d. SEXO
  - e. EDAD
  - f. ESTADO CIVIL
  - g. OCUPACION
  - h. ESCOLARIDAD
  - i. RELIGION
  - j. DIAGNOSTICO
  - k. MEDICO TRATANTE
2. PERSONAS ENTREVISTADAS
3. ANTECEDENTES MÓRBIDOS (evolución de la sintomatología, actitud del paciente frente a su sintomatología, actitud de la familia frente al paciente y a su sintomatología)
4. ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE (período de desarrollo, antecedentes escolares, antecedentes laborales, vida de relación)
5. ANTECEDENTES FAMILIARES (generalidades del grupo familiar, vivienda, historia familiar, **dinámica familiar**)
6. VISITA DOMICILIARIA
7. DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL
8. PLAN DE ACCION (Manual de Organización, “Departamento de Trabajo Social”, 2004)

## ➤ DIAGNÓSTICO – EVALUACIÓN

El proceso del diagnóstico consiste, en un examen crítico del conjunto paciente – situación y del problema para el que demanda ayuda.

El Trabajador Social se referirá a las normas explícitas de funcionamiento que se refieren al comportamiento del paciente y de su entorno, a los factores físicos, económicos, sociales y culturales de la realidad.

Teóricamente el diagnóstico puede pertenecer a uno de los tres tipos siguientes:

1. Diagnóstico etiológico. Se buscan los factores, actuales o pasados, que inciden en el problema.
2. Diagnóstico dinámico. Busca expresar la interacción de las fuerzas que están presentes aquí y ahora para crear las dificultades o facilitar las soluciones.

Se estudia la interacción entre el paciente y las otras personas o sistemas, para determinar qué cambio, actuando sobre qué elemento, puede afectar a la situación en su conjunto.

Todas las nociones que se refieren al rol y al funcionamiento del yo, permiten comprender mejor la interacción de estas fuerzas. Algunos elementos dependen de la cultura y la clase social del paciente.

3. Diagnóstico de clasificación. Su objetivo no es, como se imagina a menudo poner una etiqueta al paciente, clasificarle en una categoría, sino saber, a partir de la tipología utilizada, que fin se propondrá el tratamiento y con que medios de acción alcanzar este fin. (Du Ranquet, Matilde, “Intervención con Personas y Familias”, 1996)

## ➤ OBJETIVOS Y PLAN DE ACCIÓN

Por objetivos de tratamiento entendemos a la vez el objetivo a largo plazo y los objetivos inmediatos que permitirán alcanzar el resultado deseado.

El objetivo a largo plazo se refiere al problema por el que el paciente ha venido a pedir ayuda, o a otro problema que ha reconocido como tal durante la toma de contacto. A menudo el cliente considera que el problema que sufre es responsabilidad de otra persona.

Los objetivos inmediatos son expresados con claridad y precisión. Se trata de fines circunscritos, a alcanzar en un futuro inmediato, con relación a campos bien determinados. Para ser realistas, se apoyan sobre la motivación del paciente y de su entorno.

Los objetivos combinan lo que el paciente manifiesta y desea con lo que el Trabajador Social juzga posible y beneficioso.

El Trabajador Social elige el plan de acción, alcanzar el objetivo determinado va a depender de la motivación y de las capacidades del paciente, y también de la competencia del Trabajador Social, para elegir los medios que mejor convendrán a la personalidad del paciente y a su situación de conjunto. En la

mayoría de los casos tendrá que utilizar conjuntamente las técnicas del trabajo directo con el paciente y las técnicas de trabajo con el entorno. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

#### ➤ TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

1. Trabajo directo: El Trabajador Social trabaja directamente con el cliente para ayudarle a cambiar ciertos factores de malestar presentes en él o en el entorno.
2. Trabajo indirecto: El Trabajador Social trabaja con el entorno, con el objeto de modificar ciertas cosas a favor de su paciente. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

Cabe mencionar que dicho modelo es aplicado por las trabajadoras sociales del INP, y que junto con la información obtenida por el equipo multidisciplinario, sirve como base para un tratamiento integral.

### **1.4.2 MODELO FAMILIAR**

Supone el uso de la observación y de la entrevista grupal y se centra en los siguientes aspectos: a) recolección de datos (estructura social y cultural, ocupación e ingresos de sus miembros, vivienda, salud física, etcétera); b) la familia como grupo (interacción, roles, clima emocional, estructura grupal, comunicación, etcétera), c) relación con la comunidad (participación, amistades, etcétera).

El modelo familiar se propone modificar el contexto inmediato y actuar sobre las transacciones de forma que transforme la posición de las personas con relación al campo de las interacciones. Su objetivo es modificar el presente y no interpretar el pasado, que ha contribuido al funcionamiento y a la organización actual de la familia, se manifiesta en el presente y será accesible al cambio a través de intervenciones que modifiquen el presente.

El objeto de intervención es la estructura familiar, entendido aquí no en sentido legalista sino en el sentido de una unidad de vida y de comunicación. El Trabajador Social transforma el sistema familiar en un método terapéutico incluyéndose en él para hacerlo cambiar. Se une a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento de forma que pueda desempeñar mejor sus tareas con relación a sus miembros. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

Este modelo cuenta con:

**FASE INICIAL:** La técnica característica del modelo familiar es la entrevista o sesión, que reúne a todos los miembros de una familia que viven bajo el mismo techo, que tienen una relación directa con los problemas presentados por la familia, detectados por la familia o por el Trabajador Social.

Se propone reunir los datos que necesita el Trabajador Social como:

➤ ALIANZA TERAPÉUTICA

Una ayuda en que se facilite la entrevista familiar desde la toma de contacto es que el paciente y su familia adquieran la confianza con el terapeuta.

El contrato es un compromiso, consciente y expresado verbalmente entre la familia y el Trabajador Social, de efectuar ciertas tareas para alcanzar los objetivos determinados en común. Para ser eficaz, el contrato debe estar acompañado, e incluso precedido, de una alianza terapéutica. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

➤ ESQUEMA DE EXPLORACIÓN

Es por tanto interesante determinar si la familia distingue el problema, si pretende resolverlo y como. (se ofrecen diferentes pistas al Trabajador Social) la entrevista familiar sigue estando centrada en el aquí y en el ahora de las interacciones y transacciones a medida que se desarrollan y en particular, en la expresión y la participación afectiva. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

➤ LOS OBJETIVOS DEL PRIMER ENCUENTRO

La preparación de la primera entrevista es muy importante ya sea que tenga lugar en el despacho o en el domicilio, el terapeuta tiene que anotar cuidadosamente el nombre y la edad de cada miembro de la familia, para poder situar rápidamente a cada persona desde este acercamiento. La forma en que cada persona se sentará con relación a los otros puede aportar indicaciones valiosas sobre la dinámica familiar.

Definir y delimitar regla que van a regular la comunicación durante las sesiones familiares.

1. Cada persona tiene derecho de llegar al final de su comunicación sin ser interrumpido.
2. Cada persona asume la expresión de sus propios sentimientos, no tiene por qué delegar en nadie.

El Trabajador Social determina con el paciente que dificultad explorar, pero una vez elegido el problema, no deja que la familia intente evitarlo; sin rigidez asume el control. Se sitúa dentro del grupo familiar sin ser miembro del mismo. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

## ➤ TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento comienza desde la fase inicial que ciertos autores proponen llamar tratamiento exploratorio. Durante este período, son habituales las visitas a domicilio, a fin de permitir una visión de conjunto de la vida material y de ciertas dinámicas que no podrían ser percibidas fuera del hogar familiar. Posteriormente se realizan las entrevistas de tratamiento.

El Trabajador Social utiliza inmediatamente los indicios recogidos para intervenir rápidamente, interesándose por las tareas cotidianas, sin intentar abordar todos los problemas a la vez. En el tratamiento familiar encontramos la mayoría de las técnicas utilizadas en el tratamiento individual, en particular las de corto plazo centrado en la tarea, la modificación de conducta y la intervención en tiempo de crisis. (técnicas verbales y no verbales, dibujo efectuado por la familia, juegos de comunicación, etcétera. (Du Ranquet, Matilde, "Intervención con Personas y Familias", 1996)

## ➤ RELACIÓN

Cada uno de los principales terapeutas familiares pone el acento sobre los matices específicos que caracterizan su modelo.

Para Ackerman, el terapeuta desempeña el rol de un padre o de un abuelo que se interesa por la familia y se implica activamente.

Ayuda a la familia a definir las zonas de conflicto y a enfrentarse a ellas; demuestra los resultados ineficaces y nocivos de la manera habitual de actuar sobre el conflicto; estimula la toma de conciencia sobre la existencia de otros medios de acción y su utilización. Su intervención está orientada por los fines que reconoce a la familia: seguridad, supervivencia, armonía sexual, atención a los niños y a las personas mayores, establecimiento de lazos de afecto y de identidad y entrenamiento en la participación social.

Para Virginia Satir, el malestar de la familia o la patología de uno de sus miembros proviene de métodos de comunicación inadecuados. La terapia procura un lugar en donde la familia puede aprender a corregir las contradicciones de la comunicación. El terapeuta trata de descifrar el modelo de comunicación particular de la familia y de determinar la forma específica de disfuncionalidad.

El modelo familiar puede aplicarse a toda una serie de trastornos de la conducta, pero debe adaptarse de forma flexible a las características únicas de cada caso.

Es más rápido y eficaz tratar a la familia como un todo porque la crisis provoca malestar en todos los miembros de la familia, quienes se encuentran, por tanto, mas motivados para hacer esfuerzos por resolverla. La sesión familiar reproduce lo que espontáneamente ocurre en la familia cuando todos los miembros se agrupan, a causa de una dificultad, para examinar juntos lo que ocurre y poder llegar a solucionarla.

En este sentido los elementos que las Trabajadoras Sociales del INP toman en cuenta para la aplicación de un Estudio de Familia son:

Historia familiar  
**Dinámica familiar**

## CAPITULO 2. FAMILIA

### 2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Para nosotras la familia es considerada el más importante de todos los grupos sociales; sin embargo, al paso del tiempo con la evolución que ha experimentado el grupo familiar han ido surgiendo diferentes definiciones.

A continuación se citarán de acuerdo a diversas disciplinas el concepto de familia:

- Es un grupo social caracterizado por la residencia común, la cooperación económica y la reproducción. (Vidal, Alarcón Lolás, Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría)
- Linton define a la familia como: unidades cooperativas compactas, organizadas internamente, intermediarias entre el individuo y la sociedad total a la que pertenece. (Barrera de LRM, Elementos Básicos para Trabajo Social, 1972)
- Constituye la pauta básica o matriz para el desarrollo de la experiencia de "el estar con otros", de " la capacidad para ser con el otro". (Barrera de LRM, 1972)
- Conjunto de personas que habitan en la misma vivienda, quienes se encuentran unidas afectivamente entre sí, independientemente de lazos consanguíneos existentes. (Tenorio, Herrera Rosalba, Revista de Trabajo Social, 1982)
- Andolfi afirma que la familia es una instancia en constante evolución pues se transforma y se acomoda a las condiciones de vida de un lugar o de un tiempo. (Gómez, Coronel Mireya, Terapia Familiar y Gestalt, 2002)
- Grupo que tiene su fundamento en lazos sanguíneos. Es el resultado de un largo proceso histórico cuya forma actual de carácter monogámica es la pareja conyugal. En su acepción amplia, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines con un tronco genético común. (Ander Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, 1991)
- Es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere. (Diccionario Jurídico Mexicano, 1995)
- Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento en función del medio en que se desenvuelve. (Espejel, Emma, Manual para la Escala De Funcionamiento Familiar, 1997)



- En el censo de 1991 se define a la familia como “grupo de personas (dos o más) que, residiendo en la misma vivienda familiar comparten algunos gastos en común y están unidos por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado”. (Sánchez, Urios Antonia, Intervención Microsocial: Trabajo Social con Individuos y Familias, 2000)
- La ONU en la proclamación del Año Internacional de la Familia, en 1994, define a esta institución como “la unidad básica de la sociedad, marco natural de apoyo emocional, económico y material para el crecimiento y desarrollo de la persona, medio esencial para la conservación y transmisión de valores, y el ámbito privilegiado para educar, formar y motivar a cada uno de sus miembros”. (Sánchez, Urios Antonia, Intervención Microsocial: Trabajo Social con Individuos y Familias, 2000)
- Sistema sociocultural abierto que está sometido a un proceso de transformación constante como consecuencia de las exigencias internas derivadas del progreso y diferenciación, y de externas, que como señala Nathan Ackerman van surgiendo a lo largo de su historia. Ella es a la vez mantenedora de la identidad y la estabilidad pero también del progreso y el cambio, desde un punto genético es la urdimbre del proceso de socialización. (Ortega, Bebia Francisco, Terapia Familiar Sistémica, 2001)

Sin embargo, compartimos la siguiente definición, una familia es aquella que constituye ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas de géneros y generaciones distintas. (Schmukler Beatriz, Familias y relaciones de género en transformación, 1998)

Los siguientes son elementos teóricos que proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio de una familia; éstos son las funciones de la familia, la estructura y dinámica de la familia; entre otros.

### **2.1.1 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

- La familia es, como grupo social primario, de una importancia fundamental en los procesos de cambio o desarrollo de una comunidad. Como tal institución primaria desarrolla unas funciones precisas en la sociedad intra y extrafamiliares, según se relacionen con el crecimiento y maduración de sus miembros o se refieran a la sociedad de la que forman parte. (Sánchez, Urios Antonia, Intervención Microsocial: Trabajo Social con Individuos y Familias, 2000)

1. Funciones intrafamiliares: De cara a los individuos que la componen.
2. Funciones extrafamiliares: Son funciones hacia la sociedad.

Las funciones intrafamiliares son:

- Vinculación íntima y permanente entre los miembros del grupo familiar.
- Crianza y manutención biológica y psicológica de los hijos.
- Socialización según pautas culturales de la familia y de la sociedad.
- Asignación de valores.
- Producción y consumo como mini unidad doméstica.
- Preparación de los hijos para la formación de sus propias unidades familiares.

Las funciones extrafamiliares son:

- Representación de los hijos ante la sociedad.
- Colaboración en el mejoramiento de la calidad de vida propia y ajena.
- Relación y ayuda a otras familias de la comunidad.

Es decir, dichas funciones se sintetizan de la siguiente manera: las funciones internas se refieren a la protección biológica, psicológica y social del individuo; y en cambio las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo, lo que podemos definir como socialización.

Para Sánchez Urios Antonia, es necesario señalar que lo que distingue a la familia de otras instituciones sociales son sus funciones únicas, la lealtad familiar y el clima de sentimientos, que permiten al individuo la estabilidad psíquica, el equilibrio y la maduración personal. Así mismo, aunque las funciones de la familia como institución social han ido cambiando con el tiempo y de una cultura a otra, es claro que algunas funciones como las de socialización son permanentes e inherentes a la familia, siendo características constitutivas de ella. También se destaca que, cuando una familia no cumple adecuadamente sus funciones, se derivan una serie de problemas, tanto de cara al crecimiento y maduración de sus miembros (ausencia de modelos parentales y pautas culturales, hábitos inadecuados, inmadurez emocional y afectiva, etcétera); como con su relación con la comunidad (abandono de los hijos, malos tratos, desarraigo, marginación, etcétera). (Sánchez, Urios Antonia, Intervención Microsocial: Trabajo Social con Individuos y Familias, 2000)

## **2.2 DINAMICA FAMILIAR**

La familia está regida por reglas familiares así al estructurarse, tiende a establecer reglas generales para la organización y el funcionamiento global, formando así una jerarquía con distintos niveles de autoridad. En este orden de ideas, cuando los contextos sufren modificaciones, es decir se amplían o surgen rupturas es factible que se presenten nuevas interacciones. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el estudio de una familia. Según Jackson, "la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad." Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás." (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

Desde el punto de vista de la teoría de los sistemas el estudio de la dinámica familiar nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y desarrollo. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

Cabe hacer mención que el individuo incluye aspectos que no están contenidos en su condición de holón de la familia. Las personas en cada una de sus interacciones, manifiestan parte de sus posibilidades, las que son múltiples, pero algunas traídas a la luz o canalizadas por la estructura del contexto. Las familias son sistemas de unidades más vastas, la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

Así las familias tienen subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como son las díadas, por ejemplo, marido y mujer. Subgrupos más amplios son los formados por los miembros de la misma generación, tal es el caso del subsistema filial, el sexo, asimismo el ser abuelo, padre, hijo varón, o la tarea que desempeña cada individuo (sistema parental). Dentro del holón de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo: los subsistemas conyugal, parental y filial. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

**SISTEMA CONYUGAL:** Es la fijación de los límites que los protejan procurándoles un ámbito para satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. Esta estructura puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera, así mismo es vital para el crecimiento de los hijos, puesto que constituye su modelo de relaciones íntimas como se manifiestan en las interacciones cotidianas, los modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero/a abrumado/a por dificultades y afrontar conflictos entre iguales o diferentes.

Es importante señalar que si existe una disfunción relevante dentro del sistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

**SISTEMA PARENTAL:** Las interacciones dentro del sistema parental incluyen la crianza y las funciones de socialización de los hijo/as.

Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar, en una pareja que apenas experimentará la maternidad y paternidad, el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al sistema conyugal.

Dentro del subsistema parental, se vivencia el estilo con que una familia afronta los conflictos y las negociaciones. Este subsistema tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian.

Las familias con hijos adolescentes han de practicar una modalidad de negociación diferente que las familias con hijos pequeños, ello indica que, los padres con hijos mayores tendrán que concederles más autoridad, al mismo tiempo que exigen más responsabilidad.

Dentro de este subsistema, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos, socializarlos, pero también poseen derechos. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

**SISTEMA FRATERNAL:** Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Dentro de este contexto, los hijos pueden o no apoyarse entre sí, se divierten y elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir.

Las transacciones reiteradas fijan pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse y dichas pautas apuntalan al sistema.

Por lo consiguiente, podemos señalar que la familia no es una entidad estática ya que está en proceso de cambio continuo, lo mismo que su contexto social y además está sometida a las demandas de cambio dentro y fuera.

De hecho el cambio es la norma y una observación prolongada que en cualquier familia revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y muy probablemente más desequilibrio que equilibrio. Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. Además de que la familia como un sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

En base a lo anterior, consideramos que es importante conocer la dinámica familiar de los pacientes con trastorno Bipolar puesto que el ambiente familiar se convierte en un medio que influye sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo el desarrollo de su enfermedad.

## 2.3 FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Las familias sin problemas no existen, por lo que en terapia familiar, se considera “normal” o “funcional” a aquella familia que puede avanzar de crisis en crisis, resolviéndolas de modo que todos los miembros crezcan hacia una mayor madurez y hacia una relación más cálida e independiente.

Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional, sin embargo, no podemos etiquetar a una familia como “funcional” o “disfuncional” pues es algo infinitamente complejo, ya que lo que es normal para una, puede resultar anormal para otra.

De hecho, cada familia es singular en su estructura y composición y no existe hoy un modelo único, representativo y universal en el que las familias puedan enmarcarse.

Chagoya ofrece la siguiente clasificación de los rasgos, sentimientos y relaciones que caracterizan a las familias “funcionales” y “disfuncionales”. (Gómez, Coronel Mireya, Terapia Familiar y Gestalt, 2002)

### ➤ TERNURA.

En la familia funcional los sentimientos positivos se expresan de una manera libre y existe autoestima en cada uno.

En la disfuncional hay una incapacidad de los miembros de dar o pedir afecto y la autoestima es baja.

### ➤ CÓLERA.

En las familias funcionales se permiten los sentimientos de rabia y desacuerdo y no sienten que el afecto esencial será destruido por un episodio temporal.

Las familias disfuncionales ocultan sus sentimientos negativos o los expresan indirectamente, pues temen la destrucción total. Se acumula la tensión y hay explosiones violentas de cólera.

### ➤ DEPRESIÓN.

La familia funcional afronta las crisis depresivas (muertes, separación enfermedad, etc). Lloran juntos y se reconfortan mutuamente. Crecen después de las crisis.

En las familias disfuncionales tratan de protegerse contra el sufrimiento y de no expresar para no hacer sufrir a los otros con su tristeza. La depresión queda oculta y aumenta la tensión.

### ➤ INCERTIDUMBRE.

La familia funcional soporta los errores individuales y la incertidumbre que se presenta en períodos difíciles.

La familia disfuncional evita la angustia y empuja a sus miembros a resolver la incertidumbre.

➤ **INDIVIDUALIDAD Y DEPENDENCIA.**

En las familias funcionales los miembros están comprometidos y aceptan una dependencia parcial y mutua para satisfacer sus necesidades. Se reconoce que cada miembro es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. No se sacrifican los unos por los otros y no hay ni mártires ni dictadores.

En las familias disfuncionales hay mártires y dictadores. La autonomía está mal delimitada y es causa de pleitos, recriminaciones y manipulaciones. Se ve la individualidad como un acto agresivo o como falta de amor. No hay respeto de necesidades, pensamientos y sentimientos individuales.

➤ **LA DISOLUCIÓN COMO META.**

El objetivo de una familia funcional es disolverse y los padres ayudan a sus hijos a independizarse, poco a poco y a sentir que cuentan con su apoyo. Superan bien la partida de los hijos, pues se preparan para ella a medida que crecen. Ante este evento, la pareja se une o se separa.

La familia disfuncional actúa como si la familia fuera a durar eternamente y como si los hijos fueran siempre niños. Mientras más crecen los hijos, se angustian y se deprimen por su partida y hay una lucha de los padres para preservar la dependencia y el apoyo de sus hijos.

➤ **COMUNICACIÓN.**

Si bien en todas las familias hay secretos y dificultades de comunicación la clave para distinguir a las familias funcionales de las que no lo son, es cuando se comunican en las crisis.

La familia funcional usa mensajes claros y directos y no tiene miedo de perder la unidad aunque se intercambien palabras duras o recriminaciones. La familia disfuncional, al sentirse amenazada, usa mensajes disfrazados, indirectos o desplazados por miedo a perder la estimación de los otros.

➤ **FUNCIONES O ROLES FAMILIARES.**

En una familia funcional cada uno asume el rol que le toca ocupar, sin esperar que otro la supla en sus obligaciones. Sin embargo, hay flexibilidad en las funciones y el poder. La conducta de un miembro es modelada o modificada por otros y hay expectativas positivas y flexibles sobre cada miembro.

En la familia disfuncional los roles son confusos. Los hijos funcionan como padres; hay hijos que funcionan como maridos o hijas que funcionan como esposas. Los hijos reclaman el poder y hay mensajes ambivalentes que los confunden en su papel. En otras familias disfuncionales, puede presentarse rigidez en los roles. Cuando un miembro no cumple las expectativas familiares, hay humillación y desaliento y busca satisfacer las expectativas que se tienen sobre él. Los miembros se acoplan a lo que la familia espera de ellos y por ello hay miembros que cumplen los papeles que les asignan como el de "chivo expiatorio", "débil", "buen hijo", etc.

### ➤ LÍMITES Y REBELIÓN.

En las familias funcionales no se permite a los miembros hacer todo lo que quieran y hay un balance equilibrado entre frustraciones y límites, dentro de una sana flexibilidad. Cada miembro marca sus límites y zonas de libertad. Los miembros son capaces de aceptar los límites o de negociar su modificación.

En las familias disfuncionales los límites son rígidos o los padres no se atreven a ponerles límites a sus hijos. Los límites no son entendidos claramente y nadie los respeta. Hay actos de rebelión, castigos y tentativos subterráneos de dominación mutua.

### ➤ SATISFACCIÓN.

En las familias funcionales los miembros están satisfechos con la relación que hay entre ellos, los límites y los roles de cada uno.

En la familia disfuncional ha y insatisfacción en cada uno de sus miembros por la realidad de su familia.

## LA FAMILIA COMO UNIDAD BÁSICA DE SALUD Y DE ENFERMEDAD

Nathan Ackerman dice que “la familia es la unidad básica de desarrollo y de experiencia, de realización y fracaso, de enfermedad y de salud”, definiéndose salud como el funcionamiento equilibrado y creativo de la familia como un todo, lo que implica madurez, estabilidad, realismo, responsabilidad, integración, cooperación y pertenencia. La capacidad de relacionarse y la falta de angustia básica son los dos mejores indicadores de salud mental y de distancia entre los miembros. (Kisnerman Natalio, Servicio Social de Grupo)

Por el contrario, llamamos familia enferma a la que fracasa en el cumplimiento de sus funciones, siendo los síntomas la incomunicación, la separación en subgrupos y los problemas de comportamiento en los hijos.

Frente a la enfermedad, la familia puede adoptar las siguientes actitudes:

- Enfrentar el problema y lograr una solución realista.
- Reprime el problema y controla sus efectos hasta lograr una aparente solución.
- Se confiesa incapaz pero no busca ayuda, con lo que los fracasos son permanentes y se llega a la desintegración.

## 2.4 TRASTORNO BIPOLAR

Es importante mencionar que para este apartado utilizamos la guía que es otorgada en la Clínica de Trastorno Bipolar a pacientes y sus familiares, con la finalidad de que dicha información sea entendible. (Gutiérrez Mora Doris, Amezcua Carmen, Berlanga Carlos, Trastorno Bipolar, guía de orientación y ayuda para el paciente y su familia)

El trastorno bipolar es una enfermedad del ánimo que comprende fases o episodios generalmente severos, tanto de depresión como de manía.

### TIPOS

#### TRASTORNO BIPOLAR TIPO I.

El paciente presenta episodios completos tanto de depresión como de manía, que se van alternando a lo largo del tiempo y que pueden tener, en forma intercalada, periodos de normalidad o eutimia

#### TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

Presentan además de episodios depresivos, episodios de hipomanía, es decir un grado importante de elevación del estado de ánimo, pero no tan grave como causar deterioro laboral o social importante como en el caso de la manía

#### TRASTORNO BIPOLAR TIPO III

Se refiere a aquellos pacientes que presentaron un episodio de depresión y que después de haber tomado algún antidepresivo presentan un cambio súbito a hipomanía o manía.

La fase depresiva del trastorno bipolar se caracteriza por una disminución notoria e importante del estado de ánimo; la que puede expresarse mediante manifestaciones tales como tristeza, apatía, pesimismo, desgano, o una disminución o pérdida de interés en lo que antes solía ser satisfactorio. Los síntomas que esta fase puede presentar son:

- Tristeza continua y persistente.
- Ansiedad y vacío afectivo.
- Sentimientos de desesperanza exagerados o sin fundamento.
- Pérdida de intereses en las actividades habituales (incluyendo el deseo sexual).
- Disminución de la energía, o sentir que se está lento, cansado o fatigado excesivamente.
- Dificultad para concentrarse, para mantener la atención o faltas en la memoria.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Irritabilidad notoria (se enoja fácilmente o es poco tolerante).
- Alteraciones en el sueño (insomnio o bien exceso de sueño durante el día).



- Pérdida del apetito y baja de peso o aumento del apetito e incremento de peso.
- Dolores o malestares físicos para los que no hay causa aparente.

Y por el contrario, la fase maníaca del trastorno bipolar se caracteriza por una elevación del estado de ánimo que puede expresarse como euforia o irritabilidad; presentando además los siguientes síntomas:

- Incremento de energía y actividad, tolerancia al cansancio.
- Incremento en la velocidad de los pensamientos y del lenguaje
- Sentimientos de euforia y de energía extrema.
- Extrema irritabilidad y fácil distracción.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Creencias irreales sobre las propias habilidades y capacidades.
- Pobre juicio.
- Conducta diferente a la habitual.
- Incremento del deseo sexual.
- Abuso de sustancias como alcohol, estimulantes o medicamentos para dormir.
- Comportamiento provocativo, entrometido o agresivo.
- Negación de que algo anda mal.

Ante estos síntomas, en la actualidad, existen medicamentos que surgen como alternativa para controlar la enfermedad, los cuales se denominan estabilizadores del ánimo para evitar sus cambios y fluctuaciones. Adicionalmente a estos medicamentos se prescriben otros tales como los antidepresivos (para el control de las fases de depresión) y los antipsicóticos para el control de las fases de manía o para las fases de depresión si estas presentan síntomas de tipo psicótico.

Los objetivos del tratamiento son:

- Controlar los síntomas de las fases agudas tanto de depresión como de manía
- Reducir paulatinamente la frecuencia e intensidad de los episodios de manía y de depresión hasta lograr su control total.
- Prevenir de manera permanente la aparición de nuevos episodios.
- Evitar las hospitalizaciones y/o disminuir el tiempo de internamiento.
- Evitar el deterioro del paciente tanto en el aspecto físico como en el psicológico y el social.
- Permitir que el paciente tenga una vida normal y sin limitaciones en todos los aspectos.

(Gutiérrez Mora Doris, Amezcua Carmen, Berlanga Carlos, Trastorno Bipolar, guía de orientación y ayuda para el paciente y su familia)

Ante esto, concluimos que hoy en día existen tratamientos efectivos para este padecimiento los cuales pueden aliviar el sufrimiento y evitar consecuencias devastadoras como ruptura de matrimonios, pérdida de empleo, presiones económicas, abuso de sustancias y el suicidio. Para esto, la intervención y participación de las familias de los pacientes se vuelve indispensable, por lo

que las familias deben ser incluidas en los planes de tratamiento desde el inicio de la enfermedad, brindándoles información, educación, apoyo psicoterapéutico para conseguir nuevas habilidades en el manejo de la enfermedad.

## **2.5 FAMILIA DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR**

Si bien la influencia de los factores biológicos resulta indiscutible en el Trastorno Bipolar, cada vez son más los estudios que apoyan la importancia de los factores ambientales en el curso del trastorno. Entre estos factores la familia juega un papel fundamental como posible protector o desencadenante de las recaídas, pues es evidente que se puede establecer una relación bidireccional en la que ambos se influyen mutuamente, de ahí la importancia de englobarla en el abordaje del trastorno, no sólo por su influencia en el curso de la enfermedad sino también por la carga familiar y la clara demanda llevada a cabo por parte de quienes conviven con el paciente de recibir más apoyo e información sobre la enfermedad y sus estrategias de afrontamiento.

Al igual que con otras enfermedades, el trastorno bipolar resulta difícil para los familiares al tratar de sobrellevar graves problemas de comportamiento del paciente (como gastar dinero en exceso), entre otras consecuencias duraderas de dichas conductas. Así, el trastorno bipolar no sólo afecta al paciente que lo padece sino también a las personas con las que convive.

Los estudios realizados con familias de pacientes bipolares, la mayoría siguiendo el modelo psicoeducativo, apoyan que la intervención familiar acompañada de tratamiento farmacológico permite la reducción del número de recaídas y hospitalizaciones, mejorando el funcionamiento ocupacional y social del paciente. ([www.trastornobipolar/familia](http://www.trastornobipolar/familia) ,2003)

La intervención familiar pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos con el objetivo de mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas que permitan optimizar el afrontamiento del trastorno y sus consecuencias.

La información permite prevenir, en la medida de lo posible, las recurrencias del trastorno mediante la disminución de factores de riesgo (abandono de la medicación, irregularidad de hábitos y estrés) y la identificación y tratamiento de los síntomas, con lo cual se persigue evitar el empeoramiento del episodio y consecuentemente la posible hospitalización. A su vez, la información facilita una óptima contribución por parte de los familiares ante un episodio agudo. ([www.trastornobipolar/familia](http://www.trastornobipolar/familia) ,2003)

A menudo, las personas con trastorno bipolar no reconocen la gravedad de su enfermedad, o culpan de sus problemas a alguna causa distinta a la enfermedad mental. Suelen necesitar que sus familias y amigos les animen a buscar tratamiento. Es importante que el paciente comprenda que el trastorno bipolar no va a desaparecer, y que es necesario un tratamiento continuo para

mantener la enfermedad bajo control. El ánimo y el apoyo son igualmente importantes después de que la persona comience el tratamiento, pues podría tardarse algún tiempo en decidir el tratamiento más adecuado para cada caso en particular.

Por lo que el facilitar conocimientos y recursos a la familia no sólo contribuye a la comprensión, aceptación y afrontamiento de la enfermedad, sino también a la desestigmatización del trastorno y a una mejoría en la calidad de vida de todos sus miembros. Dichos factores pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad disminuyendo el número de recaídas y las consecuencias negativas que de ellas se derivan. ([www.trastornobipolar/familia](http://www.trastornobipolar/familia), 2003)

Así, es evidente que el funcionamiento familiar y el curso del Trastorno Bipolar se influyen mutuamente pues ante la aparición del trastorno se manifiestan una serie de reacciones emocionales en los pacientes y familiares, lo cual forma parte de la aceptación de la enfermedad, viéndose afectado tanto el equilibrio familiar como el desarrollo del padecimiento.

## CAPITULO 3. MODELOS DE EVALUACION FAMILIAR

Para llevar a cabo la evaluación del problema por el que una familia acude a consulta es necesario contar con un modelo teórico para conocer cómo funcionan las familias y de que manera ese funcionamiento se altera.

Ante esto, existen muchos modelos de este tipo, aunque generalmente se utiliza la combinación de varios de ellos.

En este caso se describirán 3 modelos que son los más utilizados en la actualidad por los (as) Trabajadores (as) Sociales Psiquiátricos (as): Modelo Triaxial, Modelo Mc Master y Modelo Estratégico Estructural.

### 3.1 MODELO TRIAXIAL

Este modelo fue desarrollado por Wen-Shing y Jonn P. Mc. Dermott Jr. presupone conocimientos de la psicología infantil, es adecuado para trabajar en instituciones clínicas con población infantil. Toma en cuenta tres ejes, el primero representa los aspectos del desarrollo de la familia y se relaciona con los aspectos históricos y longitudinales. El eje dos enfoca los subsistemas familiares, identifica las localizaciones básicas de los problemas interpersonales dentro de la familia y se relaciona y se basa en un estudio cruzado de las funciones familiares. El tercer eje ve a la familia como un grupo, una matriz o sistema, e intenta categorizar la disfunción familiar a través de esta dimensión visual.

#### 3.1.1 EJE I. DISFUNCIONES DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA.

Las funciones descritas en este eje se centran alrededor de las dimensiones del desarrollo familiar. Distintos tipos de disfunción se pueden observar en las diferentes etapas del desarrollo.

- a) **Disfunción familiar primaria.** Se refiere a la disfunción de la pareja como marido y mujer. Refleja una incapacidad del desarrollo para establecer un compañerismo compatible, el fracaso para establecer el compromiso matrimonial, un matrimonio neuróticamente sintomático debido a las expectativas inconscientes conflictivas, o por la dificultad para desligarse de la familia de origen. Esta disfunción es observada en las etapas tempranas del matrimonio, pero puede permanecer o recurrir en cualquier etapa de la vida familiar.
- b) **Disfunción por el nacimiento del primer hijo.** Ocurre en la llegada del primer hijo a la familia. Problemas ocasionados por la inadecuada preparación de los padres para recibir al niño pueden estar relacionados en la dificultad para cambiar entre los roles maritales y parentales, o con las expectativas neuróticas asociadas con el nuevo niño. También puede observarse con los nacimientos subsecuentes.
- c) **Disfunción relacionada con la educación de los hijos.** Se da con respecto a la dificultad para acomodar y educar a los niños pequeños.

Puede ser un fracaso para proporcionar un ambiente psicológico integral para la familia en expansión o dificultad para organizar a la familia como grupo. También representa un problema en la reorganización de la familia con niños en distintas edades. La incapacidad para lidiar con los aspectos de separación y cercanía o para resolver un conflicto triangular puede ser una forma específica de disfunción.

- d) **Disfunción de la familia madura.** Cuando los hijos llegan a la juventud, los problemas de la familia se enfocan a la diferenciación de los roles y a los aspectos de la separación. Los padres pueden tener dificultades en despegarse de sus hijos así como problemas para restablecer su equilibrio marital. Se ha observado que los adolescentes frecuentemente producen regresiones a estadios de adolescentes en otros miembros de la familia.
- e) **Disfunción de la familia que se contrae.** Las dificultades que encuentra una familia que entra a la vejez son la falta de preparación o la inhabilidad para aceptar la pérdida de algún miembro y el fracaso para reajustar el patrón de la vida familiar y lidiar con la sociedad e inseguridad de esta etapa de la vida.

#### **OTRAS VARIACIONES Y COMPLICACIONES EN EL DESARROLLO.**

Esta categoría incluye cualquier trastorno familiar que pueda conceptualizarse como complicación o variación del desarrollo familiar "usual".

- a) **Familia interrumpida.** Se refiere a una crisis familiar asociada con separación o divorcio de los padres, la dificultad para manejar la separación y la vinculación, los problemas para manejar los sentimientos negativos asociados con el divorcio y el fracaso para negociar la custodia de los niños son los aspectos más importantes en esta disfunción.
- b) **Familia de un solo padre.** Una familia puede manifestar problemas debido a la presencia de un solo padre en la familia después del divorcio. Las dificultades se centran alrededor del cuidado, manutención y disciplina de los niños así como en su identificación sexual.
- c) **Familia reconstruida.** El establecimiento de una nueva división de roles entre padres, padres e hijos y entre hijos e hijos, es el problema principal, los obstáculos pueden reflejar aspectos previos e identificación en la historia bilateral de las familias.
- d) **Familia crónicamente inestable.** Se refiere a la familia que se caracteriza por cambios frecuentes, divorcios o separaciones. Las condiciones prevalentes son la falta de consistencia y estabilidad en la vida familiar individual y colectivamente, la confusión en cuanto a los roles y límites.

### 3.1.2 EJE II. DISFUNCIONES EN LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES.

En este eje la atención se enfoca en los problemas de los subsistemas familiares, a la patología familiar identificando a los principales miembros dentro de la familia en los que se puede rastrear la disfunción.

**A) DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL.** Los adultos pueden funcionar bien como individuos separados, pero sus interacciones como pareja se ven dominadas por necesidades neuróticas inconscientes conflictivas que se pueden extender o involucrar a toda la familia.

**Marital complementaria:** Se caracteriza por la combinación de dos personas con tipos de conducta y carácter patológicamente complementarios. Tal relación es desequilibrada por la disímil de personalidades, pero a pesar de esto es frecuentemente estable puesto que trafica las necesidades. Básicamente es frágil y lábil, fácilmente se desestabiliza y es de naturaleza patológica.

**Marital conflictiva:** Se caracteriza por la combinación de dos personas que tienen la misma tendencia a buscar el control y el poder, los problemas que surgen de tales similitudes resultan en una relación competitiva, conflictiva y llena de rivalidad.

**Marital dependiente:** Este matrimonio está formado por dos personas que son mutuamente dependientes, desvalidas y emocionalmente inmaduras. Tal relación tiende a una vulnerabilidad innata porque cualquier separación de la pareja puede resultar en la incapacidad para funcionar de uno de los dos individuos.

**Por falta de desvinculación:** Se caracteriza por la poca interacción y el poco involucramiento emocional entre la pareja. Pueden continuar una relación apática y anestesiada, que carece de vitalidad debido a sus personalidades extremadamente pasivas que no buscan cambio o alteraciones de la rutina.

**Marital por incompatibilidad:** Se ve marcada por diferencias tajantes en las personalidades, valores, estilos de vida, hay diferencia en cuanto a las edades, educación y ocupación; lo que resulta una incompatibilidad en los roles de marido y mujer así como en un caos continuo acompañados de intentos de reajuste.

**B) DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA PARENTAL (PADRES-HIJOS.** Está dominada por la condición neurótica o caracterológica de uno de los padres que interfiere con la habilidad de paternaje. Las expectativas patológicas de los padres con respecto a los hijos, las identificaciones proyectivas, las reacciones distorsionadas; son algunos de los problemas que aparecen en esta disfunción.

**Reacción ante uno de los hijos.** Ocasionada por la patología de alguno de los hijos. El niño tiene un trastorno orgánico del desarrollo, neurótico o psicótico que entorpece el funcionamiento familiar.

**De la interrelación Padre-Hijo.** Los ejemplos más frecuentes son: un sobreinvolucramiento de un padre en un hijo respaldado por una excesiva vinculación del niño con este padre, por lo que resulta de una relación “simbiótica”; el excesivo control de un padre aparejado con la inhibición exagerada del niño; o una interrelación mutuamente hostil y rechazante entre el padre e hijo.

**Triangulares.** Se centra alrededor de la patología obvia de ambos padres y el intenso involucramiento de un hijo en particular, que da como consecuencia un conflicto triádico.

**C) DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA FRATERNAL.** El trastorno se observa entre los hermanos aunque puede extenderse o involucrar a otros miembros de la familia. La patología interrelacional entre los hermanos se puede manifestar como una rivalidad destructiva exagerada, la sobreidentificación y la falta de diferenciación entre ellos o como coaliciones contra los padres.

### **3.1.3 EJE III. DISFUNCIONES EN LA FAMILIA COMO SISTEMA.**

Aquí se conceptualiza a la familia como un “grupo” que forma un solo “sistema” y las disfunciones de la familia son visualizadas a través de esta orientación sistémica.

**A) DISFUNCIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES.** La familia es examinada desde varios aspectos estructurales y funcionales como la organización, la integración, los límites, la división de roles, comunicación, atmósfera emocional o ejecución de tareas.

**Familia de bajo rendimiento.** Encabezada por padres con una personalidad inmadura, carecen de habilidades para dirigir una familia. La familia como un grupo está pobremente organizada, tiene dificultades para comunicarse bien o para tomar decisiones efectivamente.

**Familia sobreestructurada.** Encabezada por un padre perfeccionista que influencia a toda la familia para que se conviertan en exitosos, está básicamente preocupado con la disciplina y el logro. La familia como grupo tiende a funcionar como estructura y por órdenes, pero frecuentemente carece de interacción y calidez emocional.

**Familia patológicamente integrada.** Se caracteriza por una división de roles inapropiadamente asignados y patológicamente equilibrada entre los miembros de la familia. Como grupo es capaz de funcionar a un nivel superficial con trastornos en el desempeño de sus labores.

**Familia desvinculada.** Los miembros de la familia están insatisfechos entre ellos, puede existir un resentimiento u hostilidad subyacente entre ellos. Todos están emocionalmente desvinculados y tienen dificultades para involucrarse como grupo.

Por razones externas, necesidad económica, expectativas sociales, etc. mantienen una asociación mínima como familia, mientras que cada miembro tiene su existencia individual.

**Familia desorganizada.** Tiene múltiples problemas en cuanto al funcionamiento grupal, que incluye la división de roles, comunicación y organización. La diferenciación de roles es confusa y poco clara, la comunicación es ambigua o inefectiva y la organización es caótica. La familia es como un todo, se caracteriza por su desintegración y desorganización.

**B) DISFUNCIONES SOCIALES.** La disfunción familiar es vista como la manifestación de un estilo de manejo de las relaciones con otras familias. Los estilos de manejo pueden verse como actitudes de vida o como el tema central de preocupación de la familia.

**Familia socialmente aislada.** Se caracteriza por el exagerado aislamiento de la comunicación y con poco o nulo contacto con miembros de la familia extensa. Como familia están superficialmente integrados internamente, pero prefieren el estilo vital y no integrarse con la comunidad como una forma de manejar la inseguridad interna.

**Familia socialmente desviada.** Se caracteriza por una rebelión contra las reglas comunitarias, inconformidad con los estándares y metas desviadas en la vida familiar.

**Familia con tema especial.** La vida familiar está dominada por temas comunes, mitos, secretos, creencias culturales; el tema familiar es usualmente desarrollado por los padres y es compartido con todo el grupo familiar, es único para cada familia y no necesariamente compartido por otros. Un miembro específico, usualmente un niño, puede ser seleccionado para ser el portavoz del tema en la familia. (Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Modelo Triaxial, 1992)

## **3.2 MODELO MC MASTER**

### **3.2.1 ANTECEDENTES DEL MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MCMASTER.**

El Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master (Mc Master Model of Familia Functioning MMFF), se ha desarrollado a lo largo de más de 25 años y surge de tres proyectos de investigación:

La Mayoría Silenciosa (The Silent Majority). El estudio inicial se hizo a finales de 1950, en la Universidad de McGill y fue reportado en el The Silent Majority (Westley & Epstein 1969, según Epstein & Bishop 1981) y apoya la idea de que la manera en que la familia funciona como sistema, es un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos.



En resumen este es un estudio Inter.-disciplinario que combina aspectos psiquiátricos para analizar la organización de familias no clínicas.

El Esquema de Categorías Familiares (The Family Categories Schema) y tuvo lugar a principios de los años 60s, también en McGill. Este proyecto investigaba la relación entre el proceso terapéutico con familias y sus resultados. El proyecto es tratado en una serie de trabajos (Guttman et al., 1972; Guttman et al., 1971; Postner et al., 1971) y Rakoff, et al., (1967); Epstein et al. (1968).

El Modelo de Funcionamiento Familiar del Mc Master (The Mc Master of family Functioning). El tercer proyecto fue un estudio llevado a cabo en la Universidad de Mc Master en Hamilton, Ontario. Este proyecto investigaba la relación entre varios terapeutas; variables de terapia y los resultados de la terapia familiar, vistos en el Centro Infantil y Familiar en Chedoke-Mc Master. Este proyecto se reporta en varios trabajos (Santa Bárbara et al., 1975, 1977; Woodward et al., 1974; Woodward et al., 1975; Woodward et al., 1977). El modelo en su forma actual ha sido descrito y revisado por Epstein, Bishop & Levin, 1978.

Se han tomado ideas útiles de la literatura de terapia familiar, así como de la clínica, la enseñanza y la investigación, todo lo cual ha sido incorporado al modelo, éste se ha refinado y reformulado continuamente.

Los aspectos de funcionamiento familiar, fueron conceptualizados y probados en el trabajo clínico, en investigación y la enseñanza. Los problemas que surgieron en la aplicación del modelo se convirtieron en la base de la reformulación.

El resultado es un modelo pragmático, que contiene ideas puestas en práctica y que han funcionado. Aquellas que no cumplieron los requisitos se descartaron o modificaron.

El marco de referencia también ha sido usado en varios programas de entrenamiento de terapia familiar y se encontró que puede ser fácilmente enseñado y transmitido. (Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Guía Mc Master, 1992)

### **3.2.2 DIMENSION DEL MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MC MASTER.**

El modelo supone, que para la completa evaluación de una familia es necesario identificar seis áreas o dimensiones de funcionamiento:

**1.- Resolución de problemas:** Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Antes de las investigaciones de Westley, & Epstein (1969) se postulaba que las familias ineficientes, tenían mas problemas que las familias que funcionaban eficazmente, sin embargo se encontró que todas las familias se enfrentan más o menos con las mismas dificultades; pero las familias

eficientes solucionan sus problemas, mientras que las familias ineficientes, no son capaces de manejarlos. Conceptualmente los problemas familiares se subdividen en dos tipos: instrumentales y afectivos.

Los problemas “instrumentales”, se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico: alimento, ropa, casa, transportación, etc.).

Los problemas “afectivos”, se relacionan con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etc.).

Para clarificar las etapas durante el proceso de resolución de problemas, el modelo incluye siete pasos definidos operacionalmente:

- Identificación del problema: Que la familia sea capaz de identificar correctamente el problema, ya que frecuentemente desplaza los problemas reales hacia áreas que le representan menos conflicto, identificando estas como el verdadero problema.
- Comunicación del problema a la persona adecuada: Los padres suelen dirigirse al hijo, cuando lo adecuado sería dirigirse a la pareja.
- Implementar alternativas de acción: Los planes pueden variar dependiendo de la naturaleza del caso.
- Elegir una alternativa: ¿Puede llegar la familia a una solución? ¿Se les informa a las personas involucradas de la decisión?
- Llevar a cabo la acción: La familia lleva a cabo lo que decidió hacer, parcialmente, o no hace absolutamente nada.
- Checar que la acción se cumpla: Se refiere al hecho de si la familia revisa si se cumplió la acción.
- Evaluación del éxito: Que la familia evalúe su propio éxito para resolver los problemas, ¿Trata de aprender de la situación? ¿Es capaz de reconocer sus errores?

Se postula que una familia “normal” puede tener algunos problemas no resueltos, sin embargo no presentan la intensidad y la duración suficiente para crear mayores dificultades.

**2.- Comunicación:** Se refiere al intercambio de información dentro de la familia. La comunicación se subdivide para fines de estudio, en áreas instrumentales y afectivas, al igual que en la solución de problemas, la facilidad de comunicarse en un área, supone la facilidad de comunicación en la otra, sin embargo, algunas familias exhiben marcada dificultad en la comunicación afectiva, mientras funcionan muy bien en la comunicación instrumental, lo contrario rara vez se presenta.

Además, el Modelo evalúa dos aspectos de la comunicación: Comunicación clara vs. confusa y comunicación directa vs. indirecta.

La claridad vs. confusión se refiere a la precisión con la que el contenido de la información se intercambia, (el contenido puede ser claro o confuso).

Directo vs. indirecto se refiere a si el mensaje se dirige a la (s) persona (s) adecuada (s), o si se desvía hacia otra gente.

Estos aspectos son independientes y por lo tanto, podemos identificar cuatro estilos de comunicación:

- Clara y directa: Ejemplo “estoy enojada contigo porque no me haces caso”.
- Clara e indirecta: “los hombres que no me hacen caso me sacan de quicio”.
- Confusa y directa: “hoy te ves fatal”.
- Confusa e indirecta: “fíjate que ciertos hombres me provocan dolor de cabeza”.

El modelo focaliza la comunicación “verbal”, sin embargo, recomienda estar alerta a la comunicación “no verbal”, principalmente cuando está en contradicción con la información verbal.

La comunicación no verbal contribuye a enmascarar la información y puede a su vez, proporcionar una comunicación indirecta.

La definición que se maneja aquí de comunicación, no excluye aspectos tales como, el contenido, mensajes múltiples y la manera como es recibida e interpretada la comunicación por el receptor, ya que a veces la situación clínica requiere que se investiguen estos aspectos.

Se postula que mientras más enmascarados sean los patrones de comunicación familiar, mas ineficiente es el funcionamiento familiar. Mientras mas clara y directa sea la comunicación, será más eficiente, se ha encontrado que la comunicación confusa e indirecta provoca respuestas confusas.

**3.- Roles:** Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares. Las funciones familiares se dividen en dos áreas: instrumentales y afectivas, que a su vez se subdividen en funciones familiares necesarias y no necesarias.

Se identifican cinco funciones familiares necesarias:

- **Manutención económica:** incluye tareas y funciones relacionadas con el suministro económico, (alimento, ropa, etc.).
- **Afectividad y apoyo:** Es principalmente un rol afectivo. Consiste en proporcionar a la familia cuidados, afecto, confianza, confort.
- **Gratificación sexual adulta:** ambos esposos deben encontrar satisfacción personal dentro de la relación sexual y sentir que pueden satisfacer a su pareja sexualmente.
- **Desarrollo personal:** Implica apoyar a los miembros de la familia, para que desarrollen habilidades para su logro personal. Se incluyen tareas relacionadas con el desarrollo físico, emocional, educativo y social de los niños, así como con los intereses y desarrollo social y profesional de los adultos.
- **Sistema de manutención y administración incluye varias funciones:**
  - a) **Toma de decisiones:** que implica liderazgo, debe ser manejado a nivel parental dentro del núcleo familiar.
  - b) **Límites:** incluyen funciones y tareas concernientes a la familia extensa, amigos, vecinos, instituciones, escuelas, etc.
  - c) **Control de conducta:** incluye la disciplina de los niños y el dictar reglas, incluso para los adultos de la familia.
  - d) **Economía doméstica:** manejo de cuentas, asuntos bancarios, financieros, impuestos, etc.
  - e) **Funciones relacionadas con la salud física y mental.**

Se tomarán en cuenta otros dos aspectos del funcionamiento familiar: A quién se le asignan estas tareas o funciones; y si se revisa que se cumplan o no.

La “asignación de roles”: La asignación ¿es clara y explícita?; si se le asigna un rol a alguien ¿tiene la habilidad de cumplirlo?; ¿se dan fácilmente las reasignaciones?

La “revisión de roles”: ¿Se cumplen las funciones?; ¿la familia es capaz de llegar a mecanismos correctivos y de reajuste?

Se postula que: en el extremo más saludable de la dimensión de roles se deben cumplir todas las funciones necesarias para la familia, la asignación de los roles debe ser razonable y no sobrecargar a ningún miembro; y la evaluación o revisión de funciones debe hacerse de manera clara.

Otras funciones familiares no necesarias: Las familias pueden desarrollar sus propias funciones, tales como:

- Funciones adaptativas instrumentales, se refieren las contribuciones al gasto familiar, para pagar estudios, ahorro familiar, vacaciones, etc. Que hacen los hijos u otros miembros de la familia.
- Funciones adaptativas emocionales disfuncionales: Son aquellas funciones que requieren, que un miembro se convierta en un receptor activo de aspectos o atributos negativos de la familia. El “chivo expiatorio”, es un ejemplo de este tipo de función, ya que atrae la atención hacia sí mismo de las tensiones familiares, a través de conductas inadecuadas. Por ejemplo, cuando ocurre un conflicto entre los padres, el hijo responde a este conflicto provocando un pleito con su hermano, lo cual tiene el efecto de desviar la atención parental hacia este hijo, que evita con su conducta una situación de peligro para el sistema familiar.

**4.- Involucramiento afectivo:** Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia.

El foco está en la cantidad y calidad del interés que los miembros de la familia muestran uno hacia el otro. Se identifican seis tipos de Involucramiento:

- Ausencia de involucramiento: Existe total desinterés en el modo de pensar, actuar o sentir de otro miembro.
- Involucramiento desprovisto de afectos: El interés es básicamente de naturaleza intelectual, escaso interés en los sentimientos que sólo se manifiestan cuando hay demandas.
- Involucramiento narcisista: Interés en el otro sólo si se beneficia a sí mismo, es básicamente egocéntrico.
- Empatía: Existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aun cuando esto sea periférico al propio interés.
- Sobreinvolucramiento: Excesivo interés de uno hacia el otro, implica sobreprotección, intrusión.
- Simbiosis: Interés patológico en el otro, la relación es tan intensa que es difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra. Se ve sólo en relaciones seriamente perturbadas.

De estos seis grados, la empatía es lo óptimo, a medida que la familia se mueve hacia los extremos, el funcionamiento familiar se vuelve menos afectivo.

**5.- Respuestas afectivas:** Se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad.

La calidad de respuesta afectiva. Se refiere a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones, dependiendo del tipo de estímulo.

La cantidad de respuesta afectiva. Se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuum, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada.

A pesar de que esta dimensión considera un patrón general de respuestas, hace énfasis, en las características individuales. Se distinguen dos categorías de afecto:

sentimientos de bienestar (afecto, ternura, amor, consuelo, felicidad, etc.) y sentimientos de crisis (coraje, miedo, depresión, tristeza, etc.).

En el extremo saludable de esta dimensión se ubican las familias que poseen la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo.

Desde luego, hay que tomar en cuenta las variables culturales para evaluar las respuestas afectivas de la familia.

**6.- Control de conducta:** Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones:

- 1.- Situaciones que implican peligro físico.
- 2.- Situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.
- 3.- Situaciones que implican socialización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar.

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta:

- Control de conducta rígido: Los patrones o normas son estrechos y específicos para esa cultura, existe poca negociación o variación de las situaciones.
- Control de conducta flexible: Los patrones de control son razonables, existe la negociación y el cambio, dependiendo del contexto.
- Control de conducta laissez-faire (dejar hacer): No ha y patrones afectivos de control conductual.
- Control de conducta caótico: Es un funcionamiento impredecible, los miembros de la familia no saben que normas aplicar en ningún momento, ni consideran la negociación ni hasta donde llegar.

El control de conducta flexible, es el estilo más efectivo y el control de conducta caótico es el menos efectivo. (Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Guía Mc Master, 1992)

### 3.3 MODELO ESTRATEGICO ESTRUCTURAL

Se trata en realidad de dos enfoques distintos, pero ambos tienen más factores comunes que diferencias y es por eso que se consideran juntos. Los principales representantes del enfoque estratégico estructural Jay-Haley y Salvador Minuchin, siguen una orientación derivada de la Teoría General de los Sistemas.

Es importante mencionar que el término estratégico se refiere a la psicoterapia en la que el terapeuta diseña activamente las intervenciones que cada caso amerita.

Existen cinco parámetros de la estructura que nos permiten percatarnos de lo funcional o disfuncional del grupo familiar y tales parámetros son los siguientes: jerarquía o autoridad, límites, alianzas, centralidad o territorio y geografía.

- **Jerarquía.** El sistema está jerarquizado y en familia la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto. Cada individuo pertenece a distintos subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad, lo cual es importante que esté bien definido en cada contexto de la vida familiar. Lo más normal o funcional consiste en que la autoridad sea compartida en forma flexible entre los padres, pues cuando alguno de ellos monopoliza la autoridad en forma rígida es posible que el otro miembro de la pareja se sienta subyugado, proteste, guarde cierto resentimiento o quizá desarrolle síntomas.
- **Límites.** De acuerdo con Minuchin, una familia adecuadamente organizada tiene sus límites claramente definidos. Estos son las reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales. Los límites generacionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen los roles particulares de padres e hijos; son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones de padres e hijos.

La función de anteponer estas reglas es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia, para esto, un subsistema conyugal requiere límites para proteger la privacidad de los esposos, el parental deberá tener ciertos límites pero no tan impenetrables para que hagan difícil las funciones de padre y madre, y por último, el fraternal tiene sus propios límites y también está organizado jerárquicamente, de manera que las tareas y privilegios entre ellos estén de acuerdo con su sexo y edad.

Por lo que, la claridad de los límites es un parámetro muy útil en la valoración del funcionamiento familiar, pues en algunas familias los límites son difusos, la distancia entre sus miembros es escasa desde el punto de vista psicológico y frecuentemente unos responden por otros, por lo que se diría que la familia es

una masa amorfa, lo que puede ser fuente de problemas, ya que siempre conviene mantener una cierta distancia emocional, aún con las personas amadas.

Hay límites difusos o amalgamados donde el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia a la familia, lo cual implica una gran cesión de la autonomía personal, bajo esta línea las reglas son indefinidas y la diferenciación individual es escasa. Por otro lado, existen límites demasiados marcados y rígidos llamados desvinculados en donde se permiten un amplio margen de variación individual entre sus miembros pues la autonomía personal es respetada aunque se pierda el sentido de solidaridad y pertenencia al grupo familiar.

Las familias funcionales o normales han encontrado un punto medio entre el extremo amalgamado y el desvinculado, pues tienen la suficiente lealtad y estabilidad que les permite mantenerse unidos y son lo suficientemente flexibles como para estimular el crecimiento emocional individual de sus miembros.

- **Alianza.** Se llama así a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las alianzas mas funcionales son las que incluyen a personas de la misma generación, sexo, etcétera, y cuando esta asociación se da entre diferentes miembros generacionales con el objetivo de perjudicar a un tercero se dice que se trata de una asociación patológica llamada coalición.
- **Territorio o centralidad.** Se refiere al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.
- **Geografía.** Se refiere al esquema que representa en forma gráfica y sencilla la organización de una familia, lo que proporciona datos para entender la dinámica familiar y las posibilidades de intervención terapéutica. Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia al dormir, comer, viajar, etcétera. (Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, El Enfoque Estratégico Estructural, 1992)



## CAPITULO 4. PROYECTO DE INVESTIGACION

### 4.1 MARCO TEORICO

Para el abordaje teórico de nuestra investigación se optó por la Teoría General de Sistemas, ya que; “La teoría de sistemas y sus formulaciones contribuyen a una mayor estructuración de la idea de sistemas; su principal ventaja radica en la facilitación del estudio de los sistemas reales”. (Galeana Silvia, Promoción Social, 1999)

Este modelo surgió como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar y se guía en principios básicos como:

- 1) La familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros.
- 2) Como sistema, la familia se autorregula.
- 3) Como sistema, la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte (familia extensa, comunidad, etc).
- 4) La familia es un sistema conformado por subsistemas: individual, conyugal, parental y fraterno.
- 5) Existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros.
- 6) El conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema familiar es solo la manifestación de un conflicto familiar.
- 7) La unidad de intervención terapéutica es la familia.
- 8) La orientación familiar se dirige a establecer o reestablecer la funcionalidad de la familia mediante cambios en la interacción familiar. Se enfoca en el aquí y ahora. (Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social, 1998)

Al decir la palabra sistema se enuncia interiormente el concepto de entorno definido como espacio de desequilibrio o perturbaciones, o por el contrario, como fuente que brinda distintos recursos que le permite su sobrevivencia. Cualquiera de las dos posiciones indica la dependencia del sistema respecto del entorno, sin perder de vista que los sistemas generan mecanismos que le permiten autonomía y capacidad de autoorganización.

La predisposición a estudiar los sistemas como un ente-totalidad, más que como un conjunto de partes, concuerda con la tendencia de la ciencia contemporánea de indagar las interacciones en oposición a la idea de aislar los fenómenos unos de otros.

Así pues, un sistema social “es un modelo de organización social que posee una unidad total distintiva más allá de las partes que lo componen, que se distingue de su medio por límites claramente definidos y cuyas subunidades están al menos parcialmente interrelacionados dentro de pautas de orden social relativamente estables. Dicho aún más simplemente, un sistema social es un conjunto limitado de

actividades interrelacionadas que reunidas constituyen una entidad singular". (Anderson, R-Carter, La Conducta Humana en el Medio Social,1994)

Nuestra investigación se llevará a cabo a través del enfoque sistémico, ya que "esta metodología tiene como ventaja la proximidad con el objeto real, la facilidad de su representación y verificación por medio de procesos tomados de los diferentes campos de ciencia", puesto que nuestro enfoque es, en realidad un mosaico de teorías, axiomas e hipótesis que surgen de diversas disciplinas". (Galeana Silvia, Promoción Social,1999)

Hoy en día "la perspectiva sistémica se distingue por abarcar los diversos elementos que se conjugan en la realidad, entendida ésta como totalidad, planteando su análisis desde diversas dimensiones (social, política, técnica, práctica), que permite el diseño de estrategia de cambios y de transformación que muestran su capacidad y potencialidad para incidir en la realidad social". (Galeana Silvia, Promoción Social,1999)

"El abordaje de esta realidad que plantea el enfoque sistémico reside en la descripción e interpretación de la organización y compleja interrelación de los diversos sistemas y componentes de "lo social", así como las características y niveles de realimentación de los mismos, que implican complejos procesos comunicativos de intercambio de información de las condiciones internas y externas; dando como resultado un determinado estado, comportamiento y dinámica" (Galeana Silvia, Promoción Social,1999)

La familia vista desde el enfoque sistémico, es un sistema abierto, entidad dinámica que está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales es decir, recibe y envía descargas desde el medio extrafamiliar o, si se quiere recibe presión del exterior originada en los naturales requerimientos que le demanda el contexto socio-histórico para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. (Vázquez, García Arely, ENTS, 2001)

La familia en el proceso salud-enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje y es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de la salud.

Por ello, la importancia de estudiar el funcionamiento familiar apreciándose que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad de los miembros y de sus relaciones interpersonales y por lo tanto en el sistema como un todo.

Según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los fines de cada país es incrementar el nivel de salud de la población haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud (Pérez Rojo N., Carmona Gutiérrez A., La familia y el Nivel de Salud de la Comunidad,1982)

Es por esto que Gordon Hearn estableció que un enfoque sistémico resulta particularmente adecuado para la profesión del Trabajo Social: “El enfoque sistémico general... se basa en el supuesto de que la materia, en todas sus formas, viviente y no viviente, puede ser considerada como un sistema. Los individuos, los pequeños grupos y otras organizaciones humanas complejas tales como los barrios y las comunidades –en resumen, las entidades con las cuales se relaciona por lo general el Trabajo Social son considerados sistemas. Pero más allá de esto, si el enfoque sistémico general pudiera ser usado para ordenar el conocimiento de las entidades con las cuales trabajamos, quizá también serviría como medio para desarrollar una concepción fundamental del proceso mismo del Trabajo Social”. (Anderson, R-Carter, La Conducta Humana en el Medio Social,1994)

La propuesta de este enfoque radica en el reemplazo de modos de pensamiento analítico fragmentados por otros de naturaleza holística, es decir, se debe poner atención al todo como a la parte. “Cualquier sistema es, por definición, tanto parte como todo”. (Galeana Silvia, Promoción Social,1999)

“De este postulado se integra la idea de conocer cualquier entidad o fenómeno de la realidad social, puede centrarse no sólo en sus interacciones internas, sino que tendrá que contemplar el medio significativo del cual recibe una influencia determinante, esto genera una red causal que no implica unidireccionalidad, sino más bien un carácter múltiple, recíproco y multidireccional”. (Galeana Silvia, Promoción Social,1999)

Por lo que, en este sentido, debe ser explicado desde un punto de vista multidisciplinario, en donde Trabajo Social establece un contacto directo y estrecho con la realidad, que le permite intervenir y dar alternativas de solución viables para su transformación.

## **4.2 JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo “la salud está ligada al destino de la nación y a medida que el país se transforme su sistema de salud también debe hacerlo, pues la salud es un componente central del capital humano que fortalece la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

Por lo anterior, el Gobierno de la República se ha planteado cuatro objetivos principales:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.” (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006)

De acuerdo a esto el Programa Nacional de Salud plantea que el futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la contribución de reglas, vehículos y espacios que proporcionan la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. De hecho, el mensaje central del programa es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia. (Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de Salud)

La visión del Programa Nacional de Salud es anticipar la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

Su misión es la de contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o de afección” (Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, 1994)

En base a esto, cuando el problema de salud es físico es fácilmente detectable y se puede dar un tratamiento para su curación y/o control; lo cual no sucede con las enfermedades mentales ya que muchas de estas son asintomáticas, por lo que no son atendidas con oportunidad. Cabildo define a la Salud Mental como “el estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo o su realidad interna y externa, y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social una satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo contrario” (Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, 1994)

Así, la salud mental, en consecuencia, está ligada a las condiciones del individuo y a las de su ambiente. Por lo que, los efectos que un enfermo mental produce en su familia son muy variados, aunque en general suelen ir desde problemas como el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica o el deterioro de la economía; hasta la expresión de la carga afectiva que es provocada por la enfermedad: tristeza, sentimientos de culpa, miedo, agotamiento, comunicación confusa y directa, cambio de roles, etc; lo que va alterando la dinámica familiar del paciente.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) aplicada durante el periodo 2001-2002, uno de cada 5 individuos presenta al menos un tipo de trastorno mental en un momento de su vida; con respecto al diagnóstico de Trastorno Bipolar el índice de prevalencia es del 2%.

Por eso, la presencia de un padecimiento mental, en este caso el Trastorno Bipolar, que es habitualmente debilitante y aislante, impacta en las interacciones del individuo con su familia y la red social. Hoy en día se considera un reto la atención de los enfermos mentales, pues se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, aumento en el consumo de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

Bajo esta línea surge el interés de realizar una investigación sobre este trastorno debido a los escasos trabajos que existe de este tema y aún menos sobre las interacciones del paciente con su entorno familiar y social. En este contexto en el INP existe solo un estudio "Ambiente familiar y psicoeducación en el Trastorno Bipolar" por la Dra. Carmen Amezcua, el cual está enfocado a conocer la problemática familiar de estos pacientes con la finalidad de realizar para ellos un programa psicoeducativo como alternativa de solución.

Así, es de nuestro interés el conocer la dinámica familiar de los pacientes que han sido diagnosticados con Trastorno Bipolar en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y que acuden por primera vez al curso psicoeducativo que se imparte en dicha institución del mes de Junio a Julio del 2005; por lo que se decide aplicar un instrumento generado a partir del Modelo Mc Master para identificar las áreas de funcionamiento familiar de los pacientes. Investigando sobre los antecedentes de este Modelo, se encuentra un instrumento "Evaluación del Funcionamiento Familiar" (EFF), elaborado por la Psicóloga Raquel Atri y Zetune de la Universidad de las Américas, el cual fue validado en el año de 1987, y aplicado a padres de familia de escuelas particulares; proponiendo finalmente sea aplicado a pacientes con algún trastorno mental.

El EFF, es un instrumento autoaplicable que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene sobre su funcionamiento familiar; es un cuestionario tipo likert que utiliza cinco alternativas: totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), ni acuerdo ni desacuerdo (NA/ND), desacuerdo (D) y totalmente desacuerdo (TD); y consta de 60 reactivos. Identifica seis áreas del funcionamiento familiar que miden: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuesta afectiva y control de conducta.

Es importante señalar que el objetivo que el INP persigue en esta investigación, Trabajo Social específicamente, es el que este instrumento sea aplicable en la institución para conocer la dinámica familiar de los pacientes que atienden, sin importar el tipo de trastorno que padezcan; ya que solo utilizan el Modelo Mc Master como una guía, sin tener una base teórica que fundamente su intervención, lo que sería en este caso un instrumento que ya ha sido validado.

En este sentido el Trabajo Social, como una disciplina que históricamente se ha destacado por realizar su práctica profesional en el nivel de intervención en los procesos sociales y la búsqueda de incidencia en los mismos, no puede definir su proceso sólo en el conocimiento y análisis de la realidad, sino que este debe, necesariamente, contener las perspectivas de su desarrollo.

La atención del trabajo debe llevar a término el proceso de intervención para poder cumplir con los objetivos que profesionalmente se han planteado, asumiendo, además, la posibilidad que la práctica le otorga de poder contribuir en la elaboración conceptual de la especificidad profesional. Ello requiere acompañar el proceso de herramientas, técnicas e instrumentos que le permitan la recuperación, el ordenamiento y la sistematización de la experiencia desarrollada.

Cabe mencionar que el objetivo principal de realizar nuestra tesis en esta institución es el interés por el área de Salud Mental, teniendo como antecedente que en dicho Instituto se efectuó la Práctica de Especialización (9° semestre) así como la prestación del Servicio Social en las áreas de Subjefatura y Hospital, respectivamente.

### **4.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludables en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá, en el curso de su vida, algún trastorno mental; 4 millones de adultos presentarán depresión, medio millón sufrirá esquizofrenia, medio millón padecerá epilepsia y la demencia la padecerán 10% de los adultos mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Por lo anterior, la salud es un aspecto primordial para el ser humano, ya que de esta depende el poder realizar las actividades de la vida cotidiana, y si esta falta, se ve afectado el equilibrio de su vida personal, familiar y social.

Por ello, la presencia de un padecimiento mental que es habitualmente debilitante y aislante, como puede ser el Trastorno Bipolar, afecta la dinámica familiar del paciente, ya que generalmente cuando un miembro de ésta enferma, la vida familiar se ve afectada apareciendo sentimientos de culpa, dificultades para relacionarse con el paciente, angustia, frustración (fracaso de expectativas), desamparo ante la falta de información y una enfermedad que les desborda y que en ocasiones conduce al aislamiento familiar, lo que repercute en su calidad de vida.

Ante esto, consideramos importante realizar una evaluación de las familias de los pacientes bipolares pues así como la familia asume un papel relevante en el control de la enfermedad al ser el principal soporte del paciente, también, sucede que la interacción familiar afecta la evolución positiva del padecimiento, de tal manera que la enfermedad es solo un síntoma que refleja lo que está ocurriendo en el entorno familiar de estos pacientes.

#### 4.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar las áreas de disfuncionalidad familiar.

##### 4.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar Mc Master a familiares de pacientes con Trastorno Bipolar.
- Aplicación de Estudios de Familia a familiares de pacientes con Trastorno Bipolar.
- Analizar la dinámica familiar del paciente con Trastorno Bipolar.
- Proponer estrategias de intervención por Trabajo social.

#### 4.5 HIPOTESIS

- Hi: El área de comunicación es la que se encuentra mas afectada en la dinámica familiar.

X Comunicación  → Y Dinámica Familiar

#### 4.6 PROCEDIMIENTO

Durante el periodo comprendido entre Junio y Julio del 2005, se llevó a cabo un curso psicoeducativo para pacientes con diagnostico de Trastorno Bipolar y sus familiares, el cual fue impartido por Psiquiatras de esta Clínica.

De un total de 26 familiares que acudieron a este curso solo se tomaron en cuenta a 10 familiares responsables como resultado de los criterios de inclusión y exclusión (punto 4.9), con quienes se realizaron entrevistas de 4 sesiones en las que se evaluó la dinámica familiar en base a la escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar y a los Estudios de Familia.

Estas entrevistas fueron realizadas en 4 sesiones, una por semana y con una duración de 45 minutos aproximadamente cada una; a ellas acudieron el paciente y su familiar responsable. A continuación se describirá lo que se abordó en cada entrevista:

##### PRIMERA ENTREVISTA:

- Antecedentes Familiares
- Vida Laboral
- Vida Emocional
- Vida Social
- Situación Económica

-Aplicación del Instrumento EFF

#### SEGUNDA ENTREVISTA

- Resolución de Problemas
- Comunicación

#### TERCERA ENTREVISTA

- Roles
- Involucramiento Afectivo

#### CUARTA ENTREVISTA

- Respuesta Afectiva
- Control de Conducta

### 4.7 METAS

- Aplicar 10 instrumentos de Evaluación del Funcionamiento Familiar.
- Realizar 10 Estudios de Familia.

### 4.8 UNIVERSO DE TRABAJO

- **POBLACION:** 10 familiares responsables de los pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar
- **TIEMPO:** del mes de Agosto del 2005 a Enero del 2006
- **ESPACIO:** Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

### 4.9 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

#### CRITERIOS DE INCLUSION

- Se aplicará al familiar responsable que cohabite con el paciente diagnosticado con Trastorno Bipolar, que asista al INP.
- A los familiares que no hayan participado en otro grupo psicoeducativo.
- A los familiares de los pacientes que acudan a sus consultas de manera regular.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que el familiar no padezca algún trastorno mental.
- Que el paciente tenga otro trastorno mental



#### **4.10 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio será descriptivo ya que busca identificar los elementos de la dinámica familiar que se ven alterados por la presencia de un integrante diagnosticado con Trastorno Bipolar.

El instrumento EFF se aplicará a 10 familiares responsables de pacientes con Trastorno Bipolar, los cuales fueron elegidos en base a los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el punto 4.9, que asistieron al grupo psicoeducativo para pacientes con Trastorno Bipolar del mes de Junio – Julio del 2005.

#### **4.11 INSTRUMENTOS DE MEDICION**

##### **4.11.1 “EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR” EFF**

El EFF, fue elaborado por la Psicóloga Raquel Atri y Zetune de la Universidad de las Américas y validado en el año de 1987, es un cuestionario autoaplicable tipo likert que utiliza cinco alternativas: totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), ni acuerdo ni desacuerdo (NA/ND), desacuerdo (D) y totalmente desacuerdo (TD); y consta de 60 reactivos.

Este instrumento, evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene sobre su funcionamiento familiar; contiene como principio las seis dimensiones del Modelo Mc Master de Funcionamiento Familiar que miden: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuesta afectiva y control de conducta. Para su validación, fue aplicado a 300 padres de familia de escuelas particulares ubicadas en la Delegación Cuajimalpa y proponiendo que sea aplicado a pacientes con alguna enfermedad mental. (ANEXO 1)

##### **4.11.2 ESTUDIO DE FAMILIA**

Cabe destacar, que esta es una guía realizada por nosotras para las entrevistas a los familiares responsables de los pacientes bipolares, este estudio se realizó en base a las 6 áreas que el Modelo Mc Master evalúa: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Involucramiento Afectivo, Respuesta Afectiva y Control de Conducta; cada área contiene de 8 a 16 preguntas abiertas.

Además de esto, se elaboraron preguntas en cada rubro, las cuales tienen relación con el padecimiento desde su inicio hasta la actualidad y con la finalidad de saber si como ha repercutido en la interacción con su familia. (ANEXO 2).

## PLAN DE ACCION

FUNCIÓN	FASE	ACTIVIDADES	TÉCNICA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
INVESTIGACIÓN	Delimitar el área de trabajo.  <b>Elección del tema de trabajo.</b>  <b>Delimitación del tema.</b>	Recopilar información documental.  <b>Información documental.</b>	Mesa Redonda	Libreta de apuntes  <b>Textos</b>	Elección del Trastorno Bipolar
	Diagnóstico/Justificación.	Concentrado de información.	Taller (revisión documental)	Textos y archivos	Tener un panorama de la realidad y basarnos en esto para nuestro trabajo, tomando como aspecto primordial la salud.
	Elaboración del marco teórico conceptual.	Recopilación de información	Mesa Redonda	Textos Bibliográficos y Hemerográficos	
	Planteamiento de objetivos.	Información documental	Mesa Redonda	Textos estadísticas y	Definir qué es lo que se quiere lograr
	Determinación de	Diseño y	Mesa Redonda	Textos	

	categorias, variables e indicadores.	elección de instrumento validado.			
	Elección de instrumento	Revisión de instrumento		Tesis de la Universidad de las Américas	Elección de instrumento "Escala de Funcionamiento Familiar" y Elección de "Estudio de Familia"
	Revisión de Proyecto	Contacto con médicos Clínica de Trastorno Bipolar	Entrevista y Observación	Acetatos Y Proyector	Aceptación del Proyecto de Tesis
	Selección de la muestra.	Aplicación de instrumentos.	Entrevista.	Escala de Funcionamiento Familiar	Identificar las áreas de disfunción familiar
	Resultados.	Codificación	Vaciado de datos.	Lápiz, hojas.	
	Análisis de resultados	Interpretación de los resultados	Elaboración de gráficas y correlación de variables.	Computadoras.	
	Conclusiones.	Propuestas y alternativas.	Mesa redonda	Hojas y lápiz.	Elaboración de sugerencias a los familiares.

## **CAPITULO 5. RESULTADOS**

### **5.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.**

El instrumento se aplicó a 10 familiares de pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, de los cuales el 10% son del sexo masculino y el 90% del sexo femenino, con relación a la edad de los mismos el 30% se encuentra en el rubro de los 18 a 28 años, el 10% de los 29 a 38 años, el 10% de los 39 a 48 años, el 10% de los 49 a 58 años y el 40% de los 59 a 68 años de edad.

En relación a la ocupación el 10% son profesionistas, el 10% se dedica al comercio, 10% son maestros, el 20% son estudiantes, el 40% son amas de casa y el 10% son chóferes. En cuanto a su estado civil el 30% son solteros, el 50% son casados y el 20% divorciados.

Por otro lado en el área de resolución de problemas el 40% de los familiares no evitan discutir sus problemas, el 70% logran resolver sus problemas cotidianos, el 40% esperan se resuelvan con el tiempo, el 50% tratan de resolverlos entre todos, y el 80% intentan otra alternativa aunque hay problemas que no sean resuelto.

En el área de comunicación el 50% acostumbra discutir sus problemas, el 60% habla con franqueza y dice las cosas abiertamente, y el 70% expresan sus ideas.

Respecto al área de roles el 80% de los familiares tiene claro quien manda, en un 70% son los adultos los que toman las decisiones, el 90% tiene claro quien se ocupa de la manutención y el 60% refirió no desquitarse con la misma persona.

Pasando al área de involucramiento afectivo el 80% se siente apoyado por su familia, el 60% tiende a ser sobre protector y el 80% no le molesta que sus familiares le cuenten sus problemas.

Se observa que en el área de respuesta afectiva el 50% expresan su cariño, al 80% le duele ver sufrir a otro miembro y el 60% no le avergüenza mostrar sus emociones.

Por último referente al área de control de conducta el 60% respeta las reglas, el 70% conoce las consecuencias cuando estas no se cumplen y el 70% refiere que la familia es flexible en cuanto a las normas y procuran que estas se cumplan.

## 5.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los datos se incluyeron un total de 10 familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, es decir familiares que no habían asistido a un grupo psicoeducativo y que no hayan sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.

Los datos obtenidos por medio del instrumento EFF mostraron que:

En el área de resolución de problemas el 10% de las familias no perciben tener algún problema lo que de acuerdo a dicho instrumento se categorizan como familias funcionales; sin embargo al realizar el estudio de familia se observa que aunque si detectan problemas en su dinámica familiar y esperan su solución con el paso del tiempo, la enfermedad no representa problema alguno para las familias lo que resulta contradictorio al profundizar en esta área debido a que el alto costo del tratamiento genera deterioro en su economía (problemas instrumentales) percibiendo que la presencia de este padecimiento altera la dinámica, y aunque buscan un abordaje para su solución (tratamiento psiquiátrico) delegan la atención del paciente en el familiar responsable involucrándose así de manera parcial.

El nivel de comunicación que se da dentro del núcleo familiar en base al instrumento es funcional ya que el 80% de las familias no registran conflicto en esta área, resultando contradictorio al profundizar en la dinámica familiar al mantener una comunicación confusa e indirecta con los miembros de la familia, al percibir entre ellos expresiones de malestar con una comunicación de tipo instrumental. La comunicación que se tiene con el familiar responsable es clara y directa ya que es este quien conoce la enfermedad existiendo mayor comprensión hacia las actitudes del paciente, además de brindar apoyo emocional.

Por lo que en base a la guía Mc Master se percibe que existe disfunción en esta área.

Por otro lado, en el área de roles, de acuerdo al EFF es funcional con el 90%, distinto a lo observado en el estudio de familia pues aunque la presencia de una enfermedad mental en algún miembro altera las funciones que realiza cada uno, ninguno de los miembros de la familia deja de desempeñar sus actividades para apoyar en el cuidado del paciente siendo justificados por el familiar responsable.

Considerando así, que la asignación de roles no es equilibrada para toda la familia existiendo una sobrecarga de funciones en el familiar responsable y dificultad de la familia para distribuir responsabilidades.

En cuanto al involucramiento afectivo el 80% de las familias no perciben dificultad en esta área, contradictoriamente al estudio de familia donde se observó que esta área es disfuncional ya que el involucramiento afectivo que existe entre el paciente y su familia es de tipo desprovisto de afecto al solo

mantener interés hacia el paciente en momentos de crisis, percibiendo lo contrario en la interacción del paciente con el familiar responsable al haber un sobreinvolucramiento.

En relación a las respuestas afectivas el instrumento arrojó que el 70% de las familias considera que esta área es funcional, siendo adverso en el abordaje del estudio de familia ya que se observa dificultad para la expresión de afectos y la estimulación de las habilidades de todos los integrantes, y si alguien comete un error o falta esto se hace mas evidente.

Por último en el control de conducta el 90% de las familias percibe que es funcional, resultando contradictorio en el estudio de familia puesto que las reglas que rigen a las familias son rígidas al no adaptarse a los cambios que se generan en el núcleo familiar.

En base al Estudio de Familia el funcionamiento del sistema familiar se considera disfuncional en un 80% al observarse dificultades familiares de tipo emocional e instrumental, lo que ha generado escasa contención hacia el padecimiento; resultando afectadas las seis áreas que miden: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Involucramiento Afectivo, Respuesta Afectiva y Control de Conducta.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos han puesto claramente de manifiesto que la dinámica familiar de los pacientes con Trastorno Bipolar se encuentra afectada en las 6 áreas que evalúan el funcionamiento familiar en base al Modelo Mc Master, resultando positiva la hipótesis planteada en la que consideramos que la comunicación es la más afectada, por lo que el curso crónico y no siempre favorable de las enfermedades mentales, en este caso el Trastorno Bipolar, conlleva a un deterioro de funciones y a una pérdida de habilidades lo que genera estrés emocional, problemas cotidianos, problemas financieros y un deterioro de las relaciones interpersonales.

En algunos estudios relacionados con este trastorno, como el de “Ambiente Familiar y Psicoeducación en el Trastorno Bipolar” de la Dra. Carmen Amezcua (2004), señala una alteración en el funcionamiento familiar de estos pacientes por el deterioro de habilidades de afrontamiento y adaptación, así como un incremento en los gastos económicos, disolución de relaciones de pareja y una disfunción familiar, resultados que muestran similitud con los obtenidos en nuestra investigación.

Así, la familia se convierte en un colaborador necesario e imprescindible que animará al paciente a la toma de medicación, que modificará las expectativas sobre lo que puede y no puede hacer el paciente, que buscará información sobre la enfermedad y sobre cómo hacerle frente.

Por lo que el elevado porcentaje de la problemática familiar corrobora la necesidad de trabajar con la familia y el paciente bipolar, como parte importante del abordaje terapéutico siendo un proceso continuo al evaluar las alteraciones que existen en la dinámica familiar para la resolución de las mismas.

Para esto es necesario que se brinde a las familias apoyo, educación y asistencia para poder resolver las crisis de la manera más adecuada. El trabajo con estas tiene que ser flexible y adaptable a las circunstancias de cada una y las dudas que se tienen sobre la enfermedad mental deben de ser escuchadas y atendidas ya que cada familia tiene un rango de diferentes sentimientos, preguntas y preocupaciones en relación al comportamiento de su familiar.

El objetivo fundamental de la rehabilitación se centra en el fomento de la adquisición y utilización de aquellas destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento familiar (vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en el medio social particular), permitiendo lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de cada caso concreto.

Por último, aunque el instrumento EFF midió el funcionamiento familiar de estos pacientes se sugiere que no sea utilizada como única herramienta por los (as) Trabajadores (as) Sociales del INP, debido a que por la estigmatización social que existe hacia los trastornos mentales las respuestas no tienen veracidad con lo que se evitara percibir que su funcionamiento familiar se encuentra afectado, optando por que el Modelo Mc Master siga siendo utilizado

como una guía con lo que se podrá percibir la situación familiar real del paciente.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCION**

- Como complemento al tratamiento que se brindará a los pacientes se sugiere que exista una intervención psicológica de manera individual y familiar para ayudar al paciente a entender mejor su problema de salud, aceptarlo y apegarse al tratamiento.
- Que el Trabajador(a) Social se mantenga en contacto con las instituciones en las que se brindan psicoterapias a las que hayan sido referidos los pacientes o familiares para dar seguimiento.
- Que el Trabajador(a) Social del INP adscrito a esta Clínica, promueva la formación de grupos de autoayuda con la finalidad de brindar estrategias para que la familia adquiera habilidades para enfrentar y controlar las circunstancias adversas originadas por la enfermedad.

## **SUGERENCIAS**

- Que se integre al trabajo multidisciplinario al Trabajador Social en la Clínica de Trastorno Bipolar la cual realizará Estudios de Familia para conocer la dinámica familiar de los pacientes y que esto contribuya al tratamiento integral y evitar recaídas subsecuentes.
- Que en el grupo psicoeducativo se cuente con la colaboración de Trabajo Social para hacer hincapié de la importancia que tiene la familia durante el proceso de la enfermedad,
- Que en el INP existan más espacios físicos para que los estudiantes y pasantes de la licenciatura en Trabajo Social realicen sus prácticas y servicio social respectivamente, y brinden su intervención a los pacientes y familiares.

## **LIMITACIONES**

- La muestra no es representativa de los pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar que son atendidos en el INP.
- La muestra no es representativa de todos los sectores de la población mexicana:
  - 1.- No es representativa de los diferentes niveles socioeconómicos ni culturales.



## BIBLIOGRAFIA

- Amezcua Guerrero, Carmen, Ambiente Familiar y Psicoeducación en el Trastorno Bipolar, México, TESIS UNAM, 2004.
- Anderson, R-Carter, La Conducta Humana en el Medio Social, "Enfoque sistémico de la sociedad", Edit. Gedisa, Barcelona, 1994, Pág.20-22
- Ander Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Edit. Ateneo, 1991, p.350
- Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, "Niveles de intervención y Tratamiento Familiar", 1992
- Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Modelo Estratégico Estructural, 1992
- Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Modelo Mc Master, 1992
- Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, Modelo Triaxial, 1992
- Barrera de LRM, Elementos Básicos para Trabajo Social, Edit. ECRO, Buenos Aires, 1972, Capitulo 2
- Departamento de Salud Mental, UNAM, Datos Estadísticos de Número de Egresados, 2005
- Diccionario Jurídico Mexicano, Ed. Porrúa, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1995, Pág. 1428
- Du Ranquet, Matilde, Los Modelos en Trabajo Social, "Intervención con personas y familias", Edit. Siglo XXI, México, 1996, p.405
- Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, Edit. Espacio, Buenos Aires, 1998, p.288
- Espejel, Emma, Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar, Edit. IFAC, Tlaxcala, 1997, pág. 51
- Folleto Dirección de Servicios Clínicos, Ética y Valores INP
- Galeana de la O, Silvia, Promoción Social: Una opción metodológica, Edit. Plaza y Valdéz, 1999, Pág.17-28
- Gómez, Coronel Mireya, Terapia Familiar y Gestalt, Instituto Humanista de Psicoterapia y Gestalt, 2002, p. 143
- Gómez, Levín Carmen, Zapata García, Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social, Ediciones Eunete, España, 2000, p.358

- Gutiérrez Mora Doris, Amezcua Carmen, Berlanga Carlos, Trastorno Bipolar, Guía de orientación y ayuda para el paciente y su familia, INP, 2004, p. 37
- Kisnerman Natalio, Servicio Social de Grupo, “La familia como unidad básica de salud y enfermedad”, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1975, pág. 283
- Manual de Organización, “Departamento de Trabajo social”, INP, Enero, 2004
- Méndez Concepción, Trabajo Social en México, Revista de Trabajo Social, 1987, p.131
- Nieto, Cardoso Ezequiel, Psicoterapia, principios y técnicas, “Psicoterapia para la pareja y la familia”, Ed. Pax, México, 1994, Pág.95-110
- Ortega, Bebia Francisco, Terapia Familiar Sistémica, Ed. Sevilla, 2001, p.231
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
- Pérez Claudia, Curso de Trabajo Social Psiquiátrico, “Dinámica Familiar”, INP, 2004.
- Pérez Rojo N., Carmona Gutiérrez A., La familia y el Nivel de Salud de la Comunidad: Aspectos Conceptuales y Metodológicos, 1982, p.224
- Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaria de Salud
- Sánchez M, Apuntes Curso Trabajo Social Psiquiátrico, “Niveles de Intervención y Tratamiento Familiar”, 1992
- Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, “ Salud individual” y “Salud Mental”, Editores Méndez, México, 1994, p. 308
- Sánchez, Urios Antonia, Intervención Microsocial: Trabajo Social con individuos y familias, Ed. Murcio, México, 2000, p.495
- Schumkler Beatriz, Familias y relaciones de género en transformación, Ed. EDAMEX, 1998, p.231
- Tenorio, Herrera Rosalba, Revista de Trabajo Social, Intervención del Trabajador Social Psiquiátrico con la familia, 1982, p. 136
- Terán, Trillo Margarita, Aportaciones Teóricas al Trabajo Social, “Modelos de Intervención en Trabajo Social”, ENTS, 1983, p. 590
- Trabajo Social Psiquiátrico, Una Nueva Perspectiva, Revista Salud Mental, 1978, Volumen 1, p. 102
- Valero Aída, Desarrollo Histórico del Trabajo Social, “Análisis Histórico del Trabajo Social”, ENTS, 1997, p. 127

- Vázquez, García Arely, Dinámica familiar a partir del miembro afectado por la enfermedad de Huntington: repercusiones en el cuidador primario, Tesis ENTS, 2001, Pág.3-12
- Vidal, Alarcón Lolas, Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Ed. Médica Panamericana, Tomo 3, p. 365
- [www.trastornobipolar/familia](http://www.trastornobipolar/familia) ,2003

# **ANEXO 1**

# **EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

## EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

**OBJETIVO: EVALUAR LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR**

Instrucciones; Lea cuidadosamente cada pregunta y elija la opción que se adecue a su respuesta.

### DATOS GENERALES:

1.- SEXO:  
..... ( )  
Masculino.....01  
Femenino.....02

2.- ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_

3.-  
OCUPACION:.....  
( )

Ejecutivo	01
Profesionista	02
Comerciante	03
Técnico	04
Industrial	05
Empresario	06
Maestro	07
Estudiante	08
Ama de casa	09
Otro	10
Especificar _____	

4.- ESTADO  
CIVIL:..... ( )

Soltero (a)	01
Casado (a)	02
Divorciado (a)	03
Unión Libre	04
Viudo (a)	05

## EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	ACUERDO	TOTAL ACUERDO
1.- En mi familia evitamos discutir nuestros Problemas.....	1	2	3	4	5
2.- En mi familia ocultamos lo que nos pasa.....	1	2	3	4	5
3.- En mi familia está claro quién manda.....	1	2	3	4	5
4.- Mi familia me escucha.....	1	2	3	4	5
5.- Somos una familia muy empalagosa.....	1	2	3	4	5
6.- En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.....	1	2	3	4	5
7.- En mi casa, logramos resolver los problemas cotidianos.....	1	2	3	4	5
8.- En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.....	1	2	3	4	5
9.- Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.....	1	2	3	4	5
10.- Mi familia me ayuda desinteresadamente.....	1	2	3	4	5
11.- En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.....	1	2	3	4	5
12.- Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.....	1	2	3	4	5
13.- Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.....	1	2	3	4	5
14.- En mi familia hablamos con franqueza.....	1	2	3	4	5
15.- Los que toman las decisiones familiares son los adultos.....	1	2	3	4	5
16.- Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayudarme.....	1	2	3	4	5
17.- En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.....	1	2	3	4	5
18.- Esperamos que los problemas se resuelvan con el tiempo.....	1	2	3	4	5
19.- Evitamos hablar de nuestros sentimientos.....	1	2	3	4	5
20.- En mi casa cada quien hace lo que quiere.....	1	2	3	4	5
21.- Me siento apoyado (a) por mi familia.....	1	2	3	4	5
22.- En mi familia no expresamos abiertamente nuestro coraje.....	1	2	3	4	5

	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	ACUERDO	TOTAL ACUERDO
	1	2	3	4	5
23.- Las normas familiares están bien definidas.....	1	2	3	4	5
24.- En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.....	1	2	3	4	5
25.- Cuando me enojo con algún miembro de mi familia se lo digo.....	1	2	3	4	5
26.- En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.....	1	2	3	4	5
27.-Tiendo hacer sobre protector (a) con mi familia.....	1	2	3	4	5
28.- Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.....	1	2	3	4	5
29.- En la casa no tenemos un horario para comer.....	1	2	3	4	5
30.- Si falla una decisión intentamos otra alternativa.....	1	2	3	4	5
31.- En mi familia nos decimos las cosas abiertamente...	1	2	3	4	5
32.- Si estoy enfermo mi familia me atiende.....	1	2	3	4	5
33.- Mi familia no respeta mi vida privada.....	1	2	3	4	5
34.- En mi familia manifestamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
35.- En mi casa las normas familiares son inquebrantables.....	1	2	3	4	5
36.- En mi familia existen algunos problemas que no hemos resuelto.....	1	2	3	4	5
37.- Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.....	1	2	3	4	5
38.- Tenemos claro quién se ocupa de la manutención de mi familia.....	1	2	3	4	5
39.- Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.....	1	2	3	4	5
40.- No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia.....	1	2	3	4	5
41.- Las reglas familiares no se discuten; se cumplen.....	1	2	3	4	5
42.- En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas.....	1	2	3	4	5
43.- En casa acostumbramos expresar nuestras ideas....	1	2	3	4	5
44.- Algunos parientes ( padres, suegros, cuñados, hermanos, tíos, etc.) intervienen en las decisiones de mi casa.....	1	2	3	4	5

	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	NI ACUERDO NI DESACUERDO	ACUERDO	TOTAL ACUERDO
45.- Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
46.- Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.....	1	2	3	4	5
47.- En mi familia si una regla no se puede cumplir, la modificamos.....	1	2	3	4	5
48.- En mi casa cada quien se guarda sus problemas....	1	2	3	4	5
49.- Raras veces platico con mi familia sobre lo que pasa.....	1	2	3	4	5
50.- Las tareas que me corresponden, sobre pasan mi capacidad para cumplirlas.....	1	2	3	4	5
51.- Me siento parte de mi familia.....	1	2	3	4	5
52.- Somos una familia cariñosa.....	1	2	3	4	5
53.- Mi familia es flexible en cuanto a normas.....	1	2	3	4	5
54.- Cuando se me presenta algún problema me paralizo.....	1	2	3	4	5
55.- En mi casa no decimos lo que sentimos.....	1	2	3	4	5
56.- Estoy satisfecho (a) con mi vida sexual.....	1	2	3	4	5
57.- En mi casa mis opiniones no son tomadas en en cuenta.....	1	2	3	4	5
58.- La gente que nos conoce, dice que nuestras respuestas emocionales son exageradas.....	1	2	3	4	5
59.- Generalmente nos desquitamos con la misma persona.....	1	2	3	4	5
60.- Procuramos que las normas familiares se cumplan	1	2	3	4	5



**ANEXO 2**  
**ESTUDIO DE FAMILIA**

## **2.1 GUIA**

- a) Situación Económica**
- b) Antecedentes familiares**
- c) Vida Social**
- d) Vida Laboral**
- e) Vida Emocional**
- f) Actitud hacia el padecimiento**
- g) Dinámica familiar: Resolución de problemas, Comunicación, Roles, Involucramiento Afectivo, Respuesta Afectiva y Control de Conducta**
- h) Diagnóstico Psicosocial**

### **RESOLUCION DE PROBLEMAS**

- 1.- ¿Qué problemas identifica?
- 2.- ¿Cómo son resueltos?
- 3.- ¿Quiénes participan en la resolución?
- 4.- ¿Es difícil llegar a un acuerdo con la familia?
- 5.- ¿Por qué?
- 6.- ¿En su familia evitan discutir sus problemas?
- 7.- ¿Por qué?
- 8.- ¿Cómo es que lo evitan?
- 9.- ¿En su casa logran resolver los problemas cotidianos?
- 10.- ¿Esperan que los problemas se resuelvan con el tiempo?
- 11.- ¿Si falla una decisión intentan otra alternativa?
- 12.- ¿En su familia existen problemas que no han resuelto?
- 13.- ¿Cuál es el problema?
- 14.- ¿Qué impide su solución?
- 15.- ¿En su casa cada quien se guarda sus problemas?
- 16.- ¿Por qué?

### **COMUNICACIÓN**

- 1.- ¿En su familia dicen las cosas abiertamente?
- 2.- ¿En su familia acostumbran dialogar sus problemas?
- 3.- ¿Qué temas o aspectos tratan?
- 4.- ¿Con qué finalidad?
- 5.- ¿Cuándo tiene algún problema lo platica a su familia?
- 6.- ¿A quién se lo platica?
- 7.- ¿Por qué a esa persona?
- 8.- ¿Cuándo se enoja con algún miembro de su familia se lo dice?
- 9.- ¿Expresan su punto de vista?

### **ROLES**

- 1.- ¿Cada quien tiene actividades establecidas?
- 2.- ¿Estas fueron impuestas o la familia se puso de acuerdo para designarlas?
- 3.- ¿Sí alguien no puede cumplir con sus obligaciones, quien lo sustituye?

- 4.- ¿En su familia está claro quien manda?
- 5.- ¿Quién es?
- 6.- ¿Quién es el proveedor económico?
- 7.- ¿Quién transmite los valores?
- 8.- ¿Los que toman las decisiones familiares son los adultos?
- 9.- ¿Quiénes?
- 10.- ¿Sí esta enferma, su familia lo (a) apoya?
- 11.- ¿De que manera?

### **INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO**

- 1.- ¿Cómo es la relación con su familia?
- 2.- ¿Sí tiene problemas, su familia lo (a) apoya desinteresadamente?
- 3.- ¿De qué manera?
- 4.- ¿Respetan su propio espacio?
- 5.- ¿Le molesta que su familia le cuente sus problemas?
- 6.- ¿En su casa, sus opiniones son tomadas en cuenta?
- 7.- ¿Su familia es indiferente a sus necesidades afectivas?
- 8.- ¿En que situación?

### **RESPUESTA AFECTIVA**

- 1.- ¿En su familia expresan abiertamente su cariño?
- 2.- ¿Cómo?
- 3.- ¿En su familia expresan abiertamente sus emociones?
- 4.- ¿Cómo?
- 5.- ¿A quién de su familia no le gusta demostrar sus sentimientos hacia los demás miembros de la familia?
- 6.- ¿En su familia expresan su coraje?
- 7.- ¿Cómo?
- 8.- ¿Lloran frente a los demás miembros de su familia?
- 9.- ¿Le avergüenza mostrar sus emociones a su familia?
- 10.- ¿Por qué?

### **CONTROL DE CONDUCTA**

- 1.- ¿Se establecieron horarios (comer, llegar, etcétera)?
- 2.- ¿Quién manda o tiene la autoridad?
- 3.- ¿Se establecieron reglas de conducta?
- 4.- ¿Cuáles son?
- 5.- ¿Estas son respetadas?
- 6.- ¿Por qué?
- 7.- ¿Considera que las reglas en su casa son flexibles o irrevocables?
- 8.- ¿Por qué?

## **ENFERMEDAD**

### **RESOLUCION DE PROBLEMAS**

- 1.- ¿La enfermedad del paciente represento un problema para la familia?
- 2.- ¿Actualmente esto representa un problema para la familia?
- 3.- ¿Cuándo se presenta la primera crisis?
- 4.- ¿Qué reacción tuvo la familia?
- 5.- ¿Cómo resolvieron esta situación?
- 6.- ¿A que solución llegaron?

### **COMUNICACIÓN**

- 1.- ¿Antes de ser diagnosticado, el paciente mantenía comunicación con usted?
- 2.- ¿Y con su familia?
- 3.- ¿A raíz de la enfermedad a existido algún cambio?
- 4.- ¿De que manera?
- 5.- ¿Con quién tiene mejor comunicación el paciente?
- 6.- ¿Se toma en cuenta el punto de vista del paciente?

### **ROLES**

- 1.- ¿Quién se encarga del cuidado del paciente?
- 2.- ¿Quién está pendiente de que el paciente ingiera su medicamento?
- 3.- ¿Qué actividades desempeñaba el paciente antes de la enfermedad?
- 4.- ¿Actualmente la sigue desempeñando?
- 5.- ¿Realiza otra actividad?

### **INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO**

- 1.- ¿Cómo era la relación del paciente con usted, antes de la enfermedad?
- 2.- ¿Cómo era la relación con la familia?
- 3.- ¿Actualmente se ha visto afectada?
- 4.- ¿La familia expresa sus sentimientos al paciente?
- 5.- ¿Quién estimula las habilidades y aptitudes del paciente?
- 6.- ¿Existe enteres de la familia por las actividades del paciente?

### **RESPUESTA AFECTIVA**

- 1.- ¿La familia toma en cuenta las necesidades afectivas del paciente?
- 2.- ¿El paciente expresa sus sentimientos tanto de malestar como de bienestar a la familia?

## **CONTROL DE CONDUCTA**

1.- ¿Se le establecieron reglas de conducta al paciente?

En caso de que la respuesta sea negativa preguntar:

2.- ¿Por qué no?

En caso de que la respuesta sea positiva preguntar:

3.- ¿Cuáles son?

4.- ¿Qué sucede si estas no se cumplen?

## **2.2 PRESENTACION DE DOS CASOS**

### **DATOS GENERALES**

EDAD: 29 años  
SEXO: FEMENINO  
ESTADO CIVIL: SOLTERA  
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
OCUPACIÓN: DESEMPLEADA  
LUGAR NACIMIENTO: DISTRITO FEDERAL  
FECHA NACIMIENTO: 08/04/1975  
LUGAR DE RESIDENCIA: DISTRITO FEDERAL  
DIAGNOSTICO: TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

### **SITUACION ECONÒMICA**

La situación económica de esta familia se torna en base al empleo del padre de la paciente quien es administrador en un restaurante, percibiendo mensualmente \$7000, cantidad que distribuye para solventar los gastos del hogar como son el pago de servicios públicos, alimentación, manutención de 2 vehículos y gastos de atención médica de l paciente.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

PADRE: de 67 años, su último grado de estudios fue la secundaria, actualmente se emplea en un restaurante como administrador. Es descrito por la paciente “como una persona tranquila, consentidora, quien vive su vida y deja vivir a los demás” sic. pac.

MADRE: de 60 años de edad, estudió hasta la secundaria y actualmente comparte las labores del hogar con las de ser empleada en una empresa de bienes y raíces. Es descrita por la paciente “como un a persona de carácter fuerte, manipuladora y agresiva al no tener tacto para decir las cosas” sic. pac.

HERMANA (PATRICIA): de 36 años, casada y con un hijo de 8 años, dedicada al hogar.

HERMANA (KARLA): de 34 años, casada con 2 hijos, actualmente se dedica al hogar y vive en Tijuana.

Se sabe que los padres de la paciente se conocen en una fiesta, presentados por amigos en común, cuando su madre contaba con la edad de 17 años y su papá 24, manteniendo una relación de 5 años de noviazgo.

A la par de esta relación acontece el fallecimiento de la abuela materna de la paciente lo que a decir de esta “amargó a su madre al quedarse al cuidado de 7 hermanos” sic. pac.

Sus padres deciden casarse en el mes de enero de 1968 y tener su primera hija Patricia al siguiente año (Marzo de 1969), Karla (1971) y a la paciente en el año de 1975. Siendo las 3 hijas deseadas por el matrimonio.

## **VIDA SOCIAL**

La paciente refiere tener una amiga, Dora, con quien tiene la libre confianza de comentar todo lo que le acontece y quien le recomienda acudir a este Instituto para atender el diagnóstico dado por un psiquiatra particular. Actualmente refiere estar distanciada de ella pues “le conflictúa de su amiga (anorexia) por el hecho de no hacer nada para curarse” sic. pac., siendo atendida también en este Instituto.

La paciente ha mantenido 5 relaciones de noviazgo, la última de estas tuvo una duración de 1 año y medio con quien decidió vivir en Cancún durante 4 meses, hecho que molesto a su madre; y la cual quedó inconclusa debido a su regreso al Distrito Federal, al presentar los primeros síntomas de su padecimiento siendo diagnosticada en Mayo del 2004.

Es importante señalar que a decir por la paciente le “es muy difícil mantener cualquier relación amistosa, laboral y sentimental sin conocer el motivo” sic. pac.

## **VIDA LABORAL**

En el mes de febrero del 2004 trabajaba en la empresa AFORE situada en Cancún, empleo que dejó ante los síntomas de su diagnóstico. Actualmente se encuentra desempleada, refiriendo que tuvo una oferta de empleo, la cual rechazó al tener como único objetivo el regresar a estudiar en la UNAM la carrera de Ingeniera Mecánica, quedándose con en el empleo su madre quien comenta que “no le ve ningún interés para hacer nada” sic. madre., lo que atribuye a su padecimiento.

## **DINÁMICA FAMILIAR**

Para evaluar la dinámica familiar se realizaron 4 entrevistas, teniendo como objetivo las áreas de funcionamiento de la Guía Mc Master. Cabe señalar que la información fue proporcionada por la paciente y por su madre.

La paciente vive con sus padres con quienes refiere “mantener una relación buena” sic. pac, aunque en ocasiones mantiene discusiones con su madre al considerarla “como una persona de carácter fuerte, manipuladora y agresiva al no tener tacto para decir la s cosas, y atribuye el origen de estas discusiones al hecho de tener el mismo carácter y comportamiento que el de su madre” sic. pac

Los principales problemas que identifican en la familia son, en el caso de su mamá es la falta de respeto que su marido tiene hacia ella debido a “diversos comentarios que hace de otras mujeres” y a la falta de economía pues “aunque me da mi gasto no me da para que yo me compre mis cosas” sic. madre., agregando que cree que con esto su esposo la mantiene bajo su poder; punto que es debatido por la paciente al decir que “si ella se lo pidiera su padre le daría el dinero” sic. pac

Por otro lado, la paciente observa que la relación de sus padres , años atrás, eran de constantes discusiones hecho que ha cambiado al volverse una relación mantenida por la indiferencia, además de expresar la “preocupación del alcoholismo de su familia” sic. pac., tema que no representa problema

alguno para su madre. La paciente ante esto comenta “ellos sienten que los demás tiene problemas y ellos no” sic. pac.

Con respecto a la comunicación, refieren que no tienen la oportunidad de platicar lo que a cada quien le acontece a menos “que sea un problema que se salga de su control como una enfermedad, muerte, asalto” sic. pac., que le suceda ya sea a su familia nuclear como a la extensa con quienes mantienen contacto constante, debido “a que solo los lunes comen juntos” sic. madre.

La paciente agrega que aunque se lleva bien con su padre “él es una persona reservada, y con su madre “solo habla cuando las dos están de buen humor” sic. pac

Otra área que se evaluó son los roles, donde la paciente refiere que su madre se encarga de las labores del hogar además de que en ella recae la mayor parte de las desiciones importantes, “en casa es un total matriarcado” sic. pac., comentario que la madre debate y asegura que también su esposo tiene injerencia sobre las desiciones y además como único varón le corresponde el mantenimiento de la casa.

Así, la paciente desde el inicio de su padecimiento no tiene ni actividad laboral ni escolar siendo la encargada de ir a realizar los pagos del hogar así como de vigilar el mantenimiento de los autos (como la verificación), rolando las actividades si alguien no puede realizarlas.

Expresan que las demostraciones de afecto “son difíciles para la familia pues generalmente solo expresan sus enojos pero nunca se abrazan” sic. pac., lo que su madre confirma diciendo que “no se demuestran lo que sienten” sic. madre. Sin embargo quienes platican mas de aspectos relacionados con aspectos personales y/o afectivos son la paciente, su prima Wendy y su hermana Patricia.

Por último, refieren que debido a la edad de los integrantes de la familia ya “no mantienen reglas de conducta a seguir, pero si un comportamiento que no le falte al respeto a los demás miembros de la familia” sic. madre.

## **ACTITUD HACIA EL PADECIMIENTO**

A decir de la paciente cada miembro de su familia ha tenido una reacción distinta:

PACIENTE: “mi amiga Dora me comentó que el ser bipolar es lo peor que le puede pasar a alguien, lo que creó en mi miedo y confusión al no tener información, pero cuando me diagnosticaron investigue sobre el tema y se que es una enfermedad que se puede sobrellevar y ahora estoy tranquila” sic. pac

MADRE: trato de sobrellevar su cambio de humor, cuando la diagnosticaron pensé “con razón era así” sic. madre.

Cabe mencionar que la Sra. Blanca no ha buscado información sobre el diagnóstico ni ha tenido contacto alguno con la Dra. Sánchez



PADRE: a decir por la paciente “él le comentó que por lo menos ya la habían diagnosticado” sic. pac., siendo él quien se trata de acercarse a ella y le pregunta como se siente.

PATRICIA: por referencia de la paciente su hermana “es quien mas la apoya” sic. pac

KARLA: “con ella tengo problemas, desde que se fue a vivir a Tijuana nos distanciamos e incluso me reprocha todo lo que hago” sic. pac.

Es importante señalar que la paciente siente apoyo de su hermana Patricia y su padre “me preguntan como estoy, algo que mi madre no hace pues ni siquiera sabe sí me tomo el medicamento” sic. pac. Ante esto agrega “yo me tomo el medicamento porque se que es por mi bien y ya no hago caso de lo que mi familia haga o diga, teniendo como lema: yo no puedo vivir por los demás” sic. pac

## **DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL**

Paciente que proviene de una familia de origen nuclear completa la cual de acuerdo al ciclo vital se encuentra en etapa de desprendimiento con dificultad para que esta concluya debido a su padecimiento, su instrucción escolar es de nivel licenciatura, la cual no ha concluido debido a su padecimiento.

De acuerdo a la evaluación en cuanto a la Guía Mc Master se observo lo siguiente:

1.- En cuanto a la resolución de problemas existe dificultad de los padres de la paciente de aceptar su alcoholismo lo que ha generado que la paciente se distancie de sus familiares siendo esta la única solución que ella interpone, así mismo existen constantes problemas en el sistema conyugal de la madre al sentirse receptora de violencia económica por parte de su esposo.

2.- Aunque al parecer existe una comunicación clara y directa en la familia, se observa que se les facilita la expresión de sentimientos de malestar y enojo; situación que prevalece tanto en el subsistema conyugal como en el parental, dado que en el primero la comunicación se ha visto afectada por los problemas de tipo emocional e instrumental tornándose una relación de indiferencia y dejando la solución al paso del tiempo, y en el segundo la comunicación se torna en base al estado de ánimo de la madre y de la paciente siendo diferente la comunicación que emplea con su padre y hermana.

3.- El desempeño de roles es en forma tradicional: el padre funge como proveedor económico, la madre se dedica a las labores del hogar y la paciente se encuentra sin actividad laboral y escolar, los roles son claros, flexibles e intercambiables en época de crisis.

4.-Las demostraciones de afecto son limitadas en los tres subsistemas (madre y padre, madre y paciente, paciente con hermana – Karla-) siendo diferentes las demostraciones de afecto de la paciente con su padre y hermana Patricia ya que esta es de empatía.

5.- En la familia difícilmente se estimulan las habilidades de todos los integrantes, pero si alguien comete un error o falta esto se hace más evidente. Por lo que prevalece una incapacidad de dar y pedir el afecto que necesitan, la

familia como grupo tiende a funcionar a través de órdenes pero frecuentemente carecen de interacción y calidez emocional.

6.-El control de conducta empleado en esta familia es de tipo flexible al dejar actuar a sus miembros y existir negociaciones siempre y cuando no se afecte a los demás integrantes.

En general, el funcionamiento del sistema familiar se puede considerar disfuncional al observar dificultades familiares de tipo emocional y no poder solucionarlos lo que ha generado escasa contención hacia el padecimiento de la paciente; pues llama la atención que su familia no tiene conocimiento del tratamiento que se esta llevando en este instituto, así como la falta de información que se tiene sobre el diagnóstico.

El apoyo institucional será de gran ayuda con el desarrollo de medidas terapéuticas para la familia en cuestión; además se considera necesario que la TS adscrita de acuerdo al médico que la atiende (Dra. Frida Sánchez) lleve seguimiento del caso y valore el nivel de intervención.

## **DATOS GENERALES**

EDAD: 46 AÑOS

SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: SEPARADA

OCUPACIÓN: COMERCIANTE

LUGAR DE NACIMIENTO: MEXICO, D.F.

FECHA DE NACIMIENTO: 12/03/59

LUGAR DE RESIDENCIA: DISTRITO FEDERAL

DIAGNOSTICO: TRASTORNO BIPOLAR TIPO I.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES.**

PADRE 70 años de edad, originario de Tejupilco estado de México, escolaridad primaria, estado civil divorciado. Durante años trabajó como mesero fuera del D.F. por lo que la convivencia con su familia fue limitada. Actualmente esta jubilado.

MADRE 65 años de edad, originaria de Zacatecas, escolaridad primaria, ocupación actual hogar, estado civil divorciada, padece hipertensión arterial. Para apoyar a sus hijos trabajo en comedores industriales, por lo que su suegra y cuñadas la ayudaran con el cuidado de los niños.

EX CONYUGE 46 años de edad, originario de Yucatán, escolaridad secundaria, ocupación empleado de Telmex.

PACIENTE 46 años de edad, originaria del D.F., escolaridad 2º sec, ocupación ayudante en puesto de comida, padece Diabetes.

HIJOS: Alejandro 24 años, originario del D.F. escolaridad Bachillerato trunco, ocupación empleado (comida rápida), estado civil soltero.

Daniel 23 años, originario del D.F. escolaridad Bachillerato trunco, ocupación empleado, estado civil soltero.

La paciente al mes de conocer a Armando decide ser su novia, esta relación la describe como buena “era cariñoso, detallista y tierno” sic. Pac. después de tres años de noviazgo deciden vivir en unión libre, a los dos años nace su primer hijo (Alejandro) quien fue planeado y deseado al igual que su segundo hijo ( Daniel ), cabe señalar que él la apoyaba en todo “Era una buena persona, responsable, se esmeraba por ser buen padre ” sic. La relación con la paciente y los hijos es descrita como buena, cordial amable y sin mayores conflictos, su situación económica les permitía vivir bien “mis hijos asistían a escuela particular” sic. Pero la situación familiar cambio cuando su pareja le pide se vayan a vivir a Cancún “Tenia problemas judiciales y por no cumplir condena de un año” sic. Cambian su lugar de residencia vendiendo sus pertenencias lo cual les permitió adquirir una casa y poner una tienda de la cual obtenían los ingresos para cubrir sus necesidades básicas satisfactoriamente, volviéndose las relaciones de pareja conflictivas por el abuso en el consumo de alcohol de parte de su pareja, quien la agredió física y verbalmente en tres ocasiones, por lo que decide separarse de su cónyuge y regresar a la Ciudad México a casa de su mamá en donde recibe el apoyo de su familia. En el año de 1998 se presentan cambios en la conducta de la paciente refiere la madre “Ya no era sociable, dormía mucho y por las noches hacia los quehaceres” sic. Sus actividades extrafamiliares se vieron afectadas, refiriendo la paciente que no le llamaba la atención estar con otras personas, así como el descuidar su aspecto personal. Estos cambios se pudieron percibir “Gracias a que su papá y dos de mis hijos viven enfrente de la casa de Isabel” sic. Madre. Un vecino cercano a la familia informa del instituto y desde entonces la paciente es atendida.

**SITUACIÓN ECONOMICA.** La paciente depende económicamente del ingreso de sus dos hijos y el de ella, teniendo un total de \$ 2,100.00 mensuales, ( salario mínimo y medio) los cuales no les permiten cubrir satisfactoriamente sus necesidades básicas, por lo que reciben el apoyo de su familia de origen ( principalmente para la compra de medicamentos).

### **DINAMICA FAMILIAR**

La paciente vive con sus dos hijos y su madre ( vive con ellos mientras su estado de salud se estabiliza). La relación con su hijo mayor (Alejandro) la describe como buena “Me respeta y se que me quiere aunque no me lo dice pero con sus actitudes lo demuestra” sic. pac Es necesario señalar que él recibió tratamiento terapéutico en el centro de integración juvenil (CIJ) por el consumo de sustancias en dos ocasiones cuando cursaba el Bachillerato, dejo de asistir desde hace cinco años aproximadamente. Su relación con Daniel su hijo menor la refiere como buena es “amable, sociable y al igual que Alejandro sabe que hacer si se presenta una crisis” sic. pac La relación entre los hermanos refiere la madre de la paciente es estrecha y cordial “De repente tienen sus diferencias pero nada serio” sic. pac Los hijos de la paciente no mantienen ningún tipo de relación con su padre ya que hace un año

aproximadamente fueron a visitarlo y él no los recibió bien no los llevo a su casa, expresando “Dejándolos en casa de uno de sus hermanos y eso les dejo una mala impresión” sic. Pac.

Desde hace 11 meses la paciente se encarga de los quehaceres domésticos y contribuye en el ingreso de la casa, ella es la autoridad sin embargo le gusta tomar en cuenta la opinión de sus hijos, cuando se presenta alguna crisis, su madre tiene injerencia sobre la toma de decisiones, principalmente en lo referente a la enfermedad y atención médica, admiro a mi madre “por su espíritu de lucha, su apoyo moral y económico” sic. pac Mantiene una relación muy cercana con su padre, ya que vive en la misma privada, se ven diariamente refiere “ Quiero mucho a mi padre y agradezco su apoyo e interés por mi salud ”sic. pac

Alejandro trabaja y el día que descansa ayuda con los quehaceres del hogar y cubre algunos gastos de la casa, Daniel trabaja, quiere concluir su bachillerato, ayuda en las tareas domésticas y apoya al ingreso familiar.

El problema que la familia identifica es la falta de dinero ya que los tres trabajan y sin embargo no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. La comunicación que existe entre ellos se basa en el respeto mutuo, si alguno de sus miembros hace algo que incomode o moleste a los demás se lo dicen, la expresión de afectos es limitada de parte de Alejandro hacia la paciente y de Alejandro hacia Daniel refiere la madre de la paciente, a él le cuesta trabajo expresar su cariño y mas si se trata de dar un abrazo “Pero es buen hijo es prudente, inteligente y noble” sic. pac Daniel es muy efusivo, trabajador y detallista, acostumbramos a platicar sobre aspectos personales “Si se siente triste o le preocupa algo del trabajo” sic. Pac, Considera que la autoridad que ejerce es flexible y se considera buena madre “ los he educado bien distinguen lo bueno de lo malo” sic. pac

**VIDA SOCIAL:** La paciente refiere ser sociable y cuenta incondicionalmente con el apoyo de su amiga Jovita y el del sacerdote de la parroquia, le gusta participar en las actividades de la iglesia, asistiendo al grupo de evangelización (jueves) enseñar a los niños el catecismo (sábado) y organizar las fiestas (kermés, noche colonial, posadas, etc.)

**VIDA LABORAL:** Trabajo como secretaria un año, dejo de laborar cuando se une con su pareja, más tarde surge el interés de trabajar pero sin desatender a sus hijos por lo que pone un negocio de dulces en su casa, a raíz de a su separación, trabaja en la tienda de su padre, a los seis meses decide rentar un departamento para vivir con sus hijos, actualmente ayuda a la señora Jovita en su puesto de comida, el dinero lo destina para cubrir algunos gastos de la casa

#### **ACTITUD DE LA PACIENTE Y FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD:**

A decir de la paciente hace un año acepto la enfermedad y sabe que se puede controlar refiriendo “ Siempre y cuando tome los medicamentos aunque me hagan subir de peso” sic. Pac.

MADRE: La apoya moral y económicamente “Me cuida cuando estoy hospitalizada, se preocupa mucho por mi salud” sic. Pac.

PADRE: Refiere la paciente “Mi papá me ha apoyado, esta al pendiente de mis medicamentos y puedo hablar con él de cualquier problema que tenga” sic. Pac.

ALEJANDRO: “Él conoce sobre la enfermedad, sabe que es serio por lo que esta al pendiente de su mamá” sic. Madre de la Pac.

Daniel: “Me levanta el animo se preocupa por mi enfermedad y al igual que Alejandro ya identifica mis síntomas y se comunica con mi mamá para que me lleven al doctor” sic. Pac.

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

Paciente femenina de 45 años de edad que forma parte de una familia nuclear incompleta por separación, la cual cursa la etapa de desprendimiento de acuerdo al ciclo de vida familiar, con un ingreso mensual de \$2,100.00 proporcionados por el sueldo de la paciente y de sus dos hijos, ingreso que es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, según Luis Leñero la coloca como una familia de nivel socioeconómico con pobreza en subsistencia. Habitan un departamento el cual cuenta con todos los servicios pagando una renta mensual de \$1,200.00.

De acuerdo a la Guía de Mc Master que abarca seis áreas del funcionamiento familiar se encontró:

1. Resolución de problemas. Observándose dificultad para cubrir los problemas instrumentales, sobre todo en el costo de los medicamentos resultando contrario en la solución de los problemas afectivos, por que la familia puede expresar sus emociones de bienestar o malestar sin faltarle al respeto a los demás integrantes.
2. Comunicación. Es clara y directa entre sus miembros al expresar sus sentimientos tanto de bienestar como de malestar a la persona indicada, aunque se dificulte la expresión de sentimientos en alguno de sus miembros.
3. Roles . Son claros y flexibles en momentos de crisis, tratan de cumplir con sus actividades sin sobrecargar a la paciente.
4. Involucramiento afectivo. Es de tipo empático al existir interés en las actividades y problemas del otro.
5. Respuesta afectiva. En la familia se estimulan las habilidades de sus integrantes para expresar sus sentimientos de acuerdo a la situación que se este dando en ese momento. Aunque se dificulta en alguno de sus miembros el pedir y dar afecto.

6. Control de conducta. Es flexible al adaptarse a los cambios que se den en la familia, a pesar de la edad de sus integrantes la paciente es identificada como la autoridad.

En general el funcionamiento del sistema familiar se puede considerar como funcional por la forma que tiene la familia de contender y manejar los problemas, cabe señalar que esta cuenta con redes de apoyo adecuadas tanto instrumentales como emocionales (Padres y hermanos de la paciente), ya que la familia por iniciativa a investigado sobre este padecimiento. La paciente asiste de manera frecuente a sus consultas, siguiendo al pie de la letra las indicaciones de su médico. Cabe señalar que el último internamiento fue en el 2004 pero por un ajuste en los medicamentos.

#### **DE ACUERDO AL INSTRUMENTO CUAL FUE EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN.**

Fue funcional al no percibir el familiar responsable problemas en su funcionamiento.

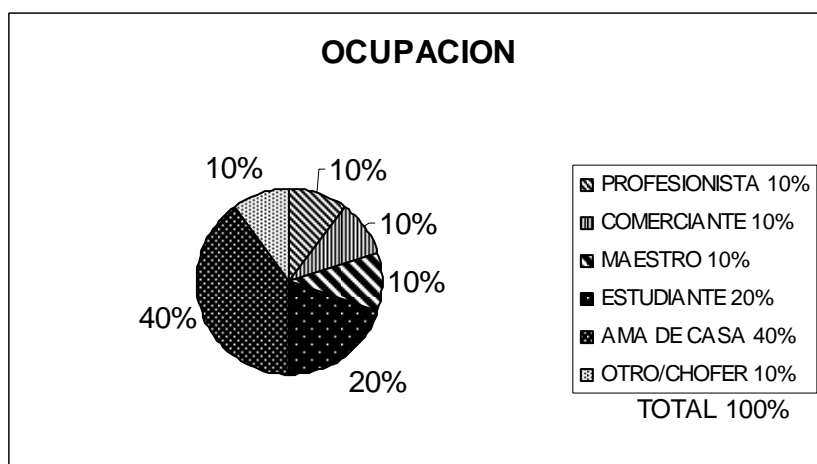
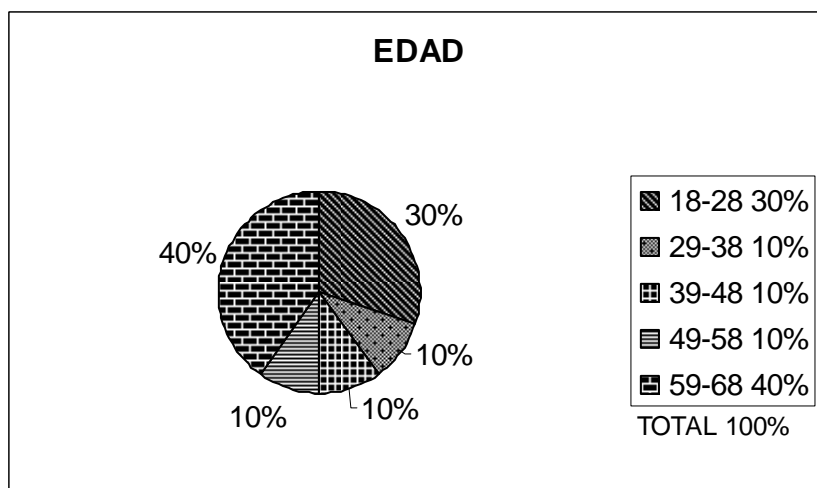
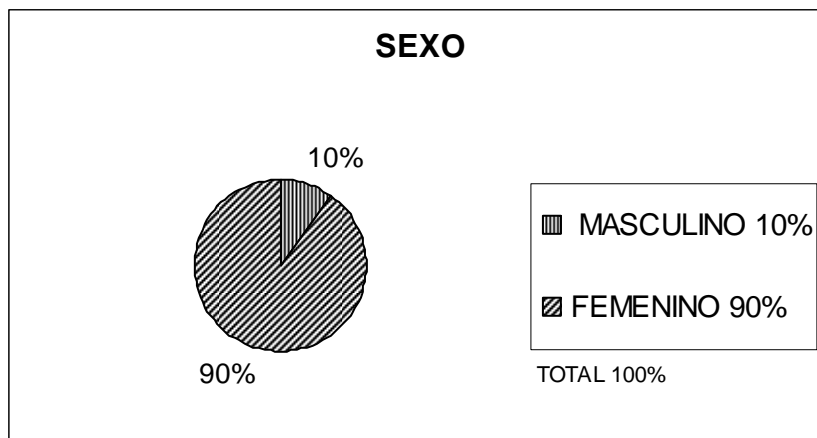
**PLAN DE ACCION:** Seguimiento del caso por parte de la Trabajadora social adscrita al médico que la atiende para fortalecer apego al tratamiento.

**NOTA:** Por cuestión de confidencialidad, es importante mencionar que los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados.

# **ANEXO 3**

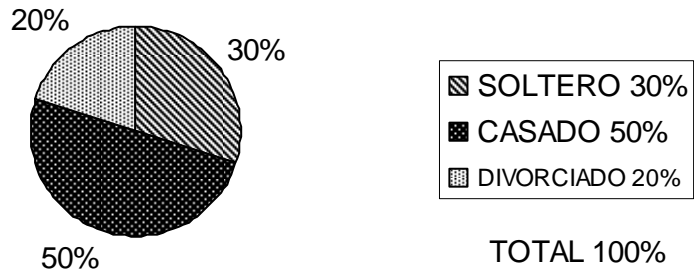
# **GRAFICAS**

## GRAFICAS



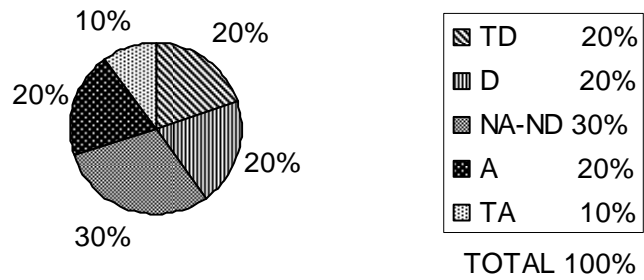


### ESTADO CIVIL

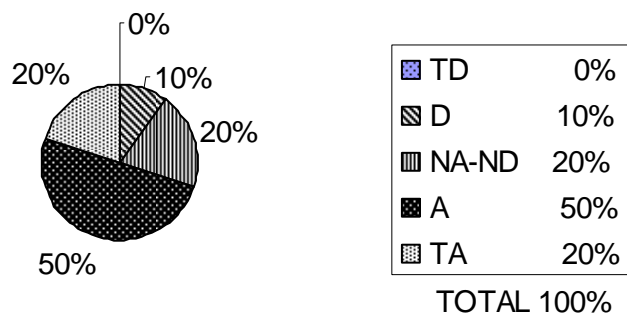


### AREA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

#### EVITAN DISCUTIR SUS PROBLEMAS



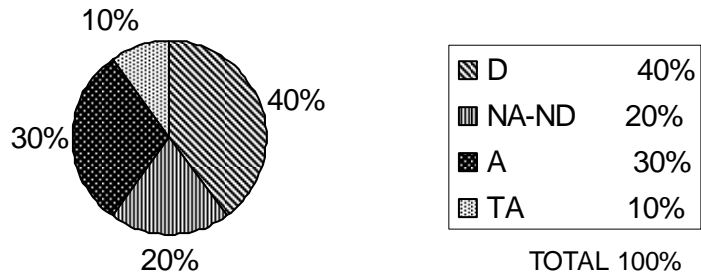
#### LOGRAN RESOLVER SUS PROBLEMAS COTIDIANOS



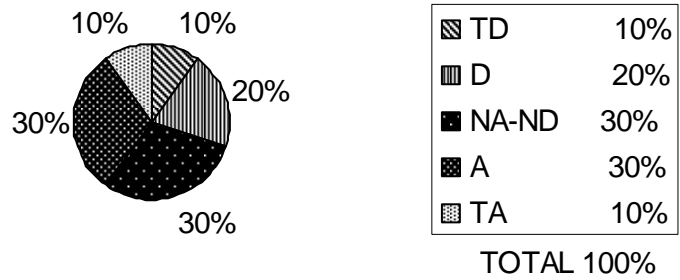
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

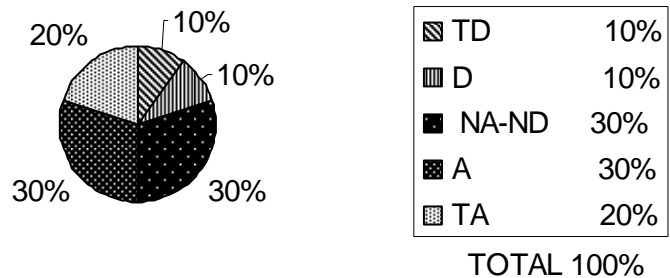
### ES DIFICIL LLEGAR A ACUERDOS



### LOS PROBLEMAS SE RESUELVEN CON EL TIEMPO



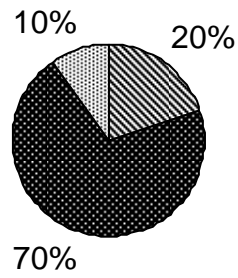
### TRATAN DE RESOLVER LOS PROBLEMAS ENTRE TODOS



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

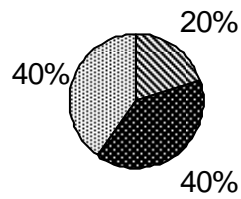
### INTENTAN OTRA ALTERNATIVA



NA-ND	20%
A	70%
TA	10%

TOTAL 100%

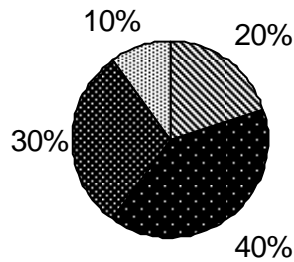
### HAY PROBLEMAS QUE NO HAN RESUELTO



NA-ND	20%
A	40%
TA	40%

TOTAL 100%

### NO EXPRESAN SUS PROBLEMAS

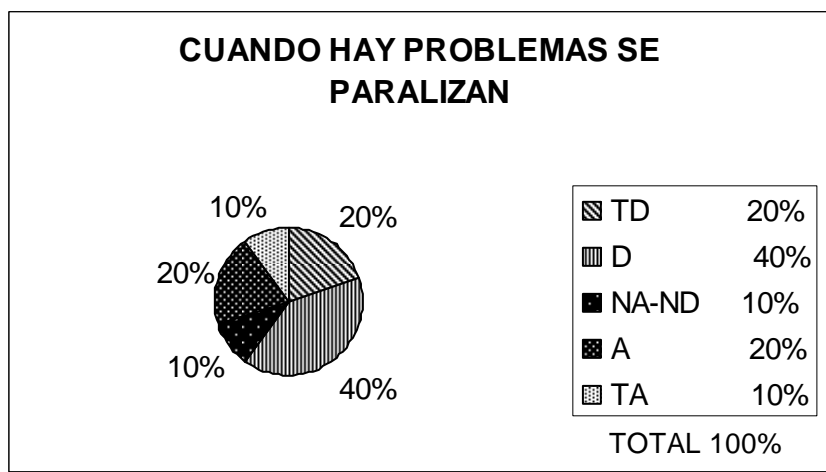
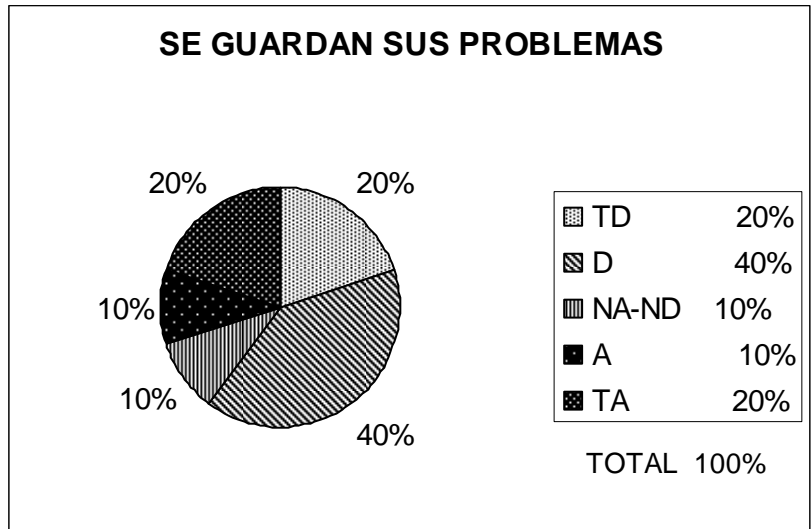


TD	20%
D	40%
NA-ND	30%
A	10%

TOTAL 100%

TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

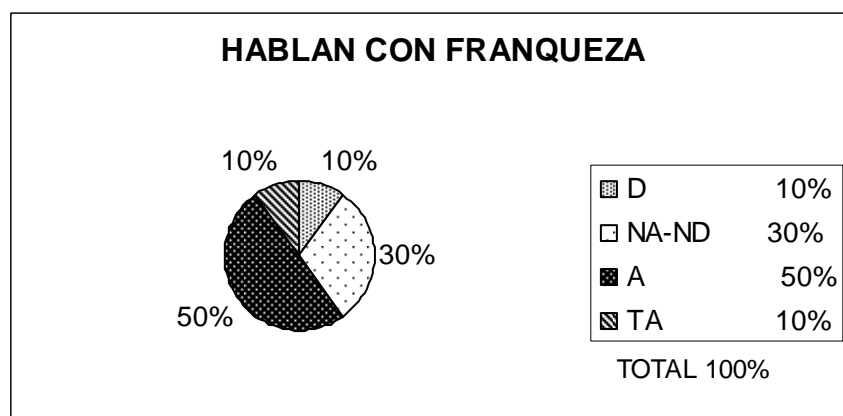
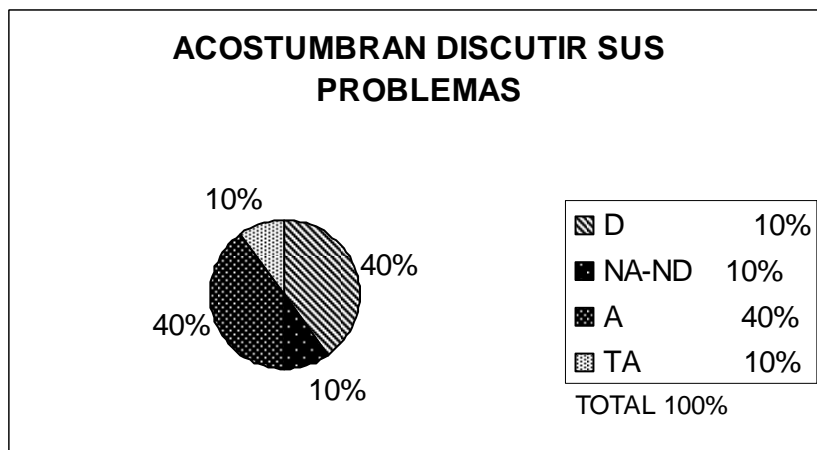
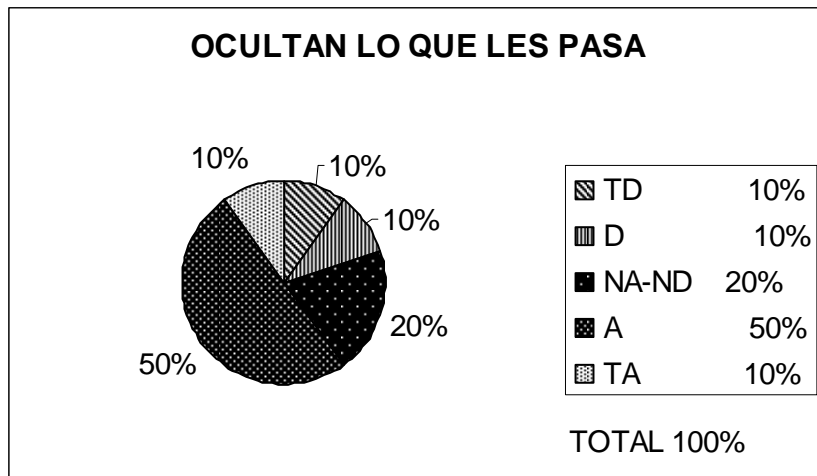
A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

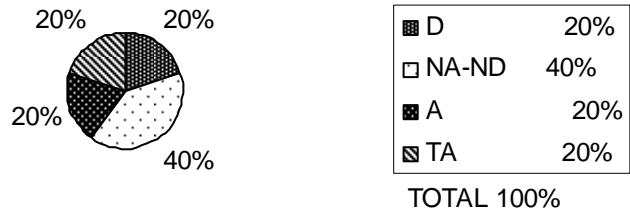
## AREA DE COMUNICACIÓN



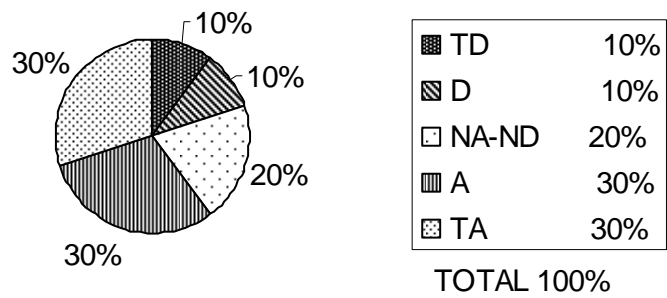
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

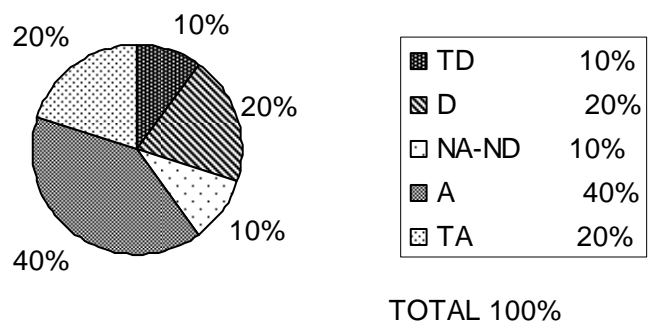
### EVITAN HABLAR DE SUS SENTIMIENTOS



### CUANDO HAY ENOJO LO DICEN



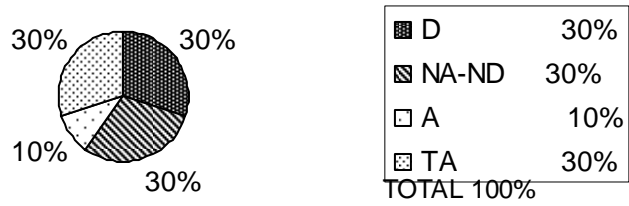
### DECIMOS LAS COSAS ABIERTAMENTE



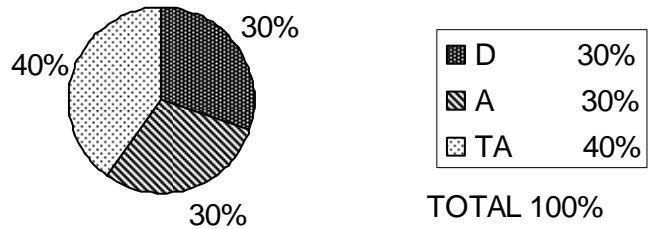
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

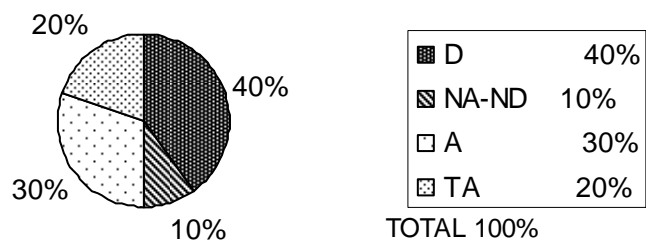
### CUANDO TENGO UN PROBLEMA NO LO PLATICO



### EXPRESAN SUS IDEAS

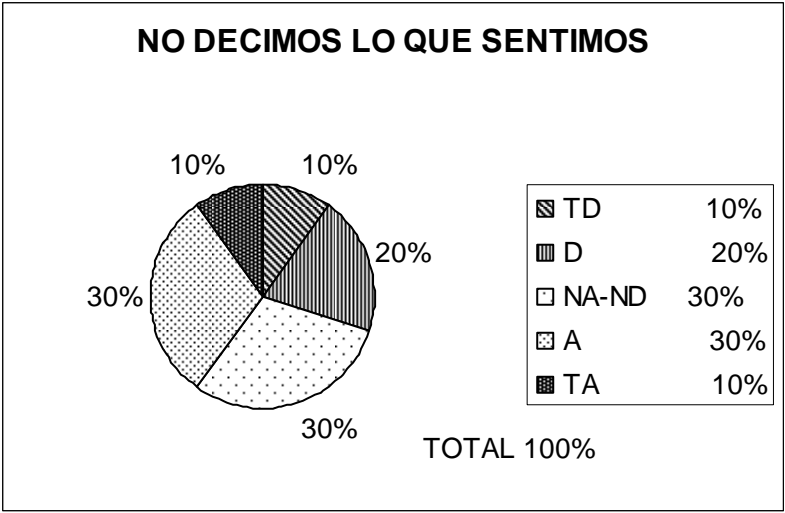


### RARAS VECES PLATICO



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

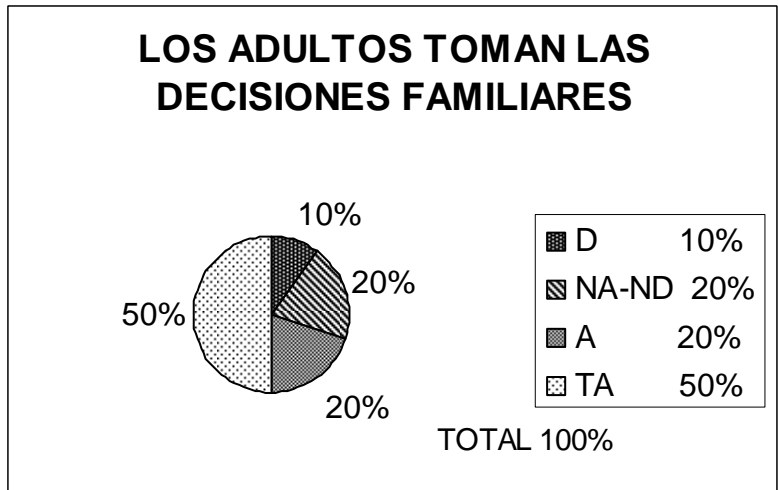
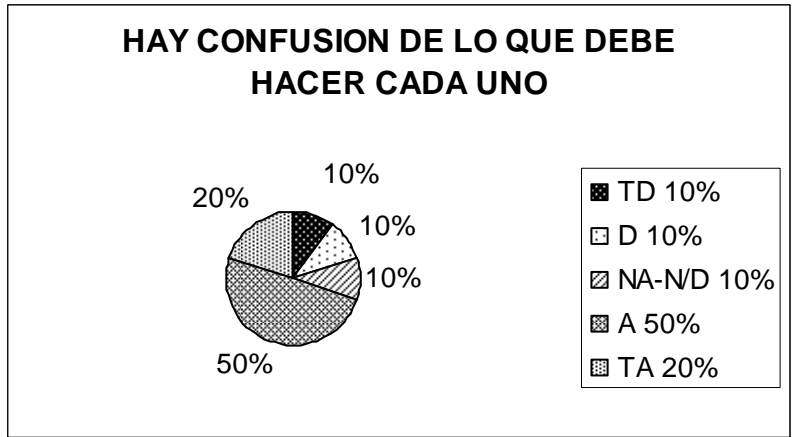
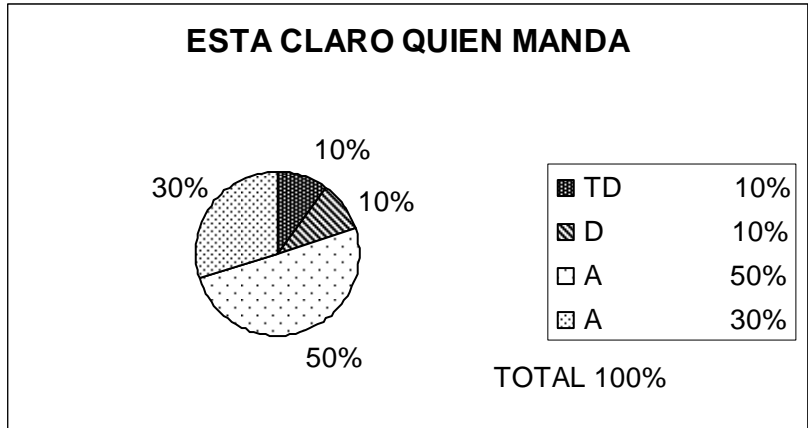


TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO



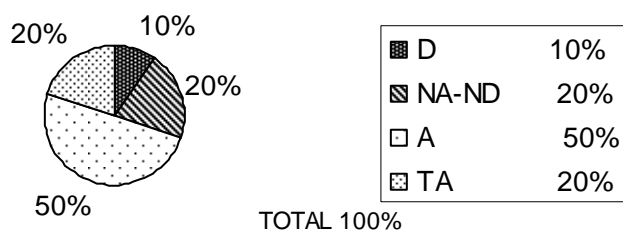
## AREA DE ROLES



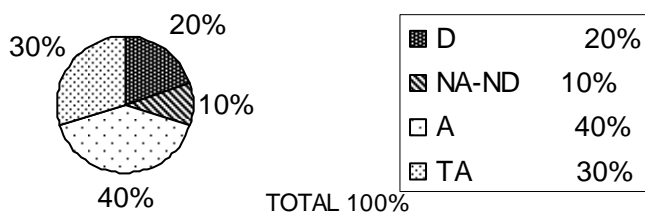
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

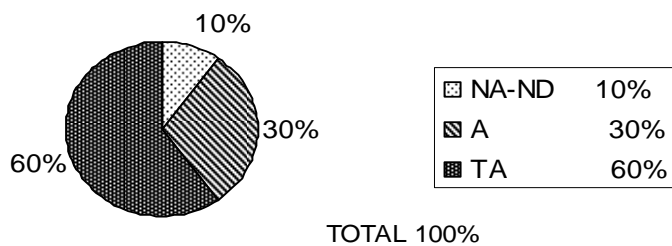
**SE PONEN DE ACUERDO PARA  
REPARTIR LOS QUEHACERES**



**SI ESTOY ENFERMO MI FAMILIA ME  
ATIENDE**



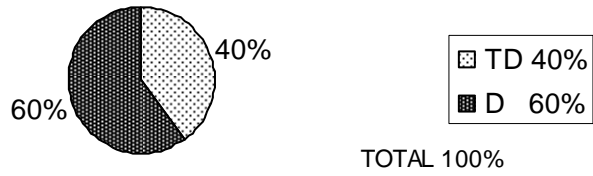
**ESTA CLARO QUIEN SE OCUPA DE LA  
MANUTENCION**



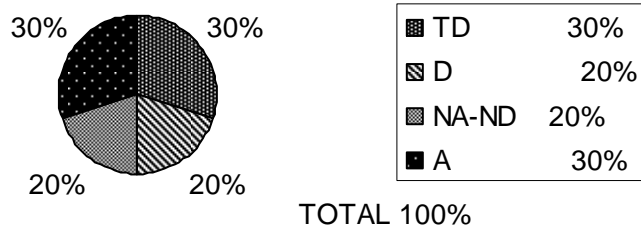
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
D= DESACUERDO  
NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

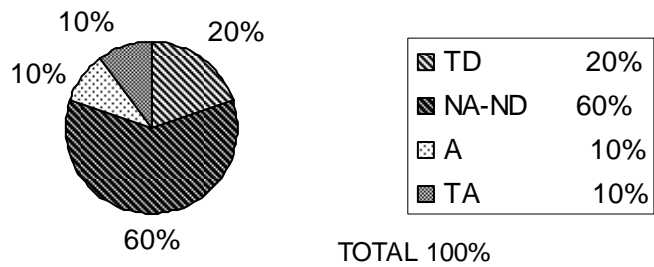
### LOS PARIENTES INTERVIENEN EN LAS DECISIONES



### LAS TAREAS SOBREPASAN MI CAPACIDAD

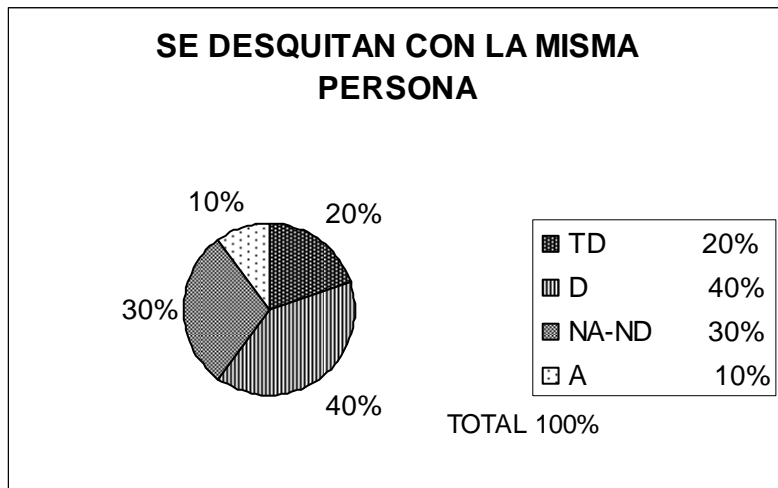


### ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA SEXUAL



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

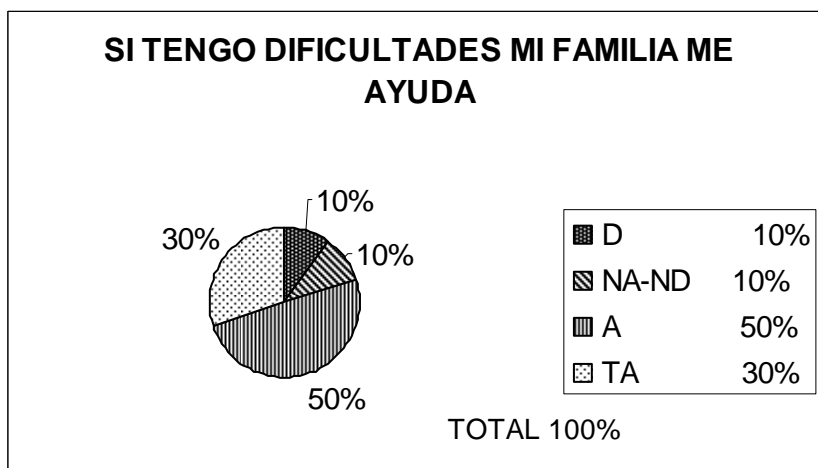
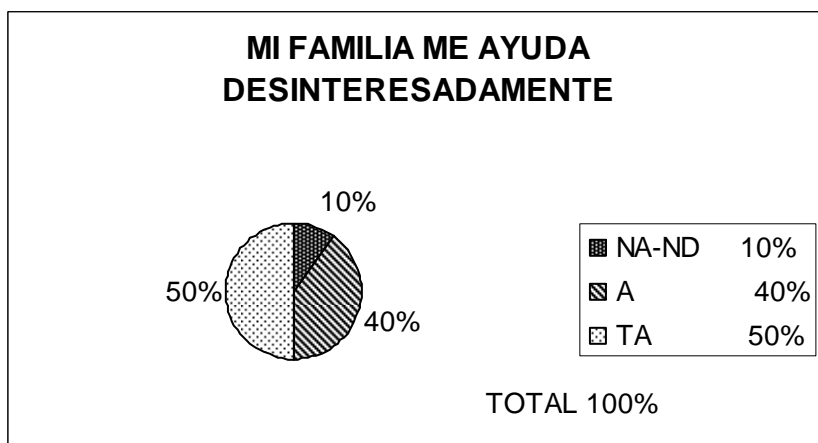
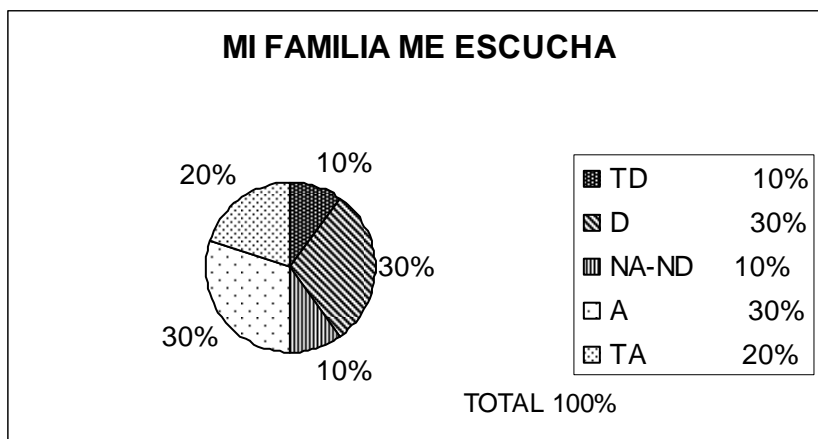
A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

## AREA DE INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO

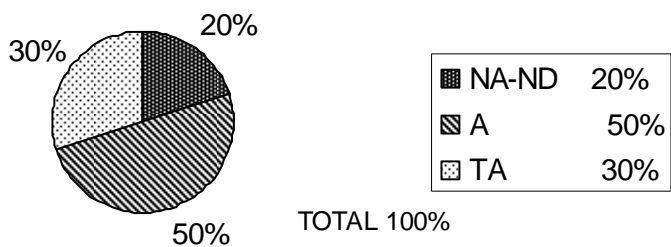


+

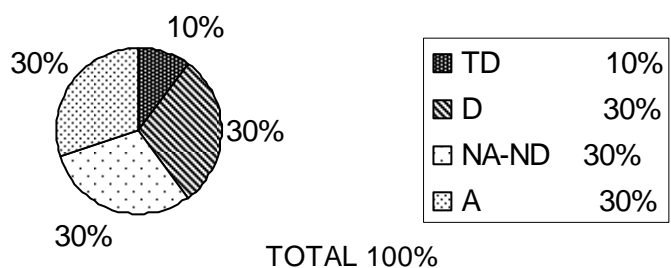
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

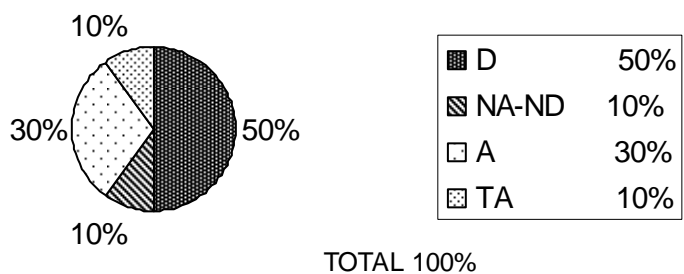
### ME SIENTO APOYADO POR MI FAMILIA



### TIENDO A SER SOBREPOTECTOR CON MI FAMILIA



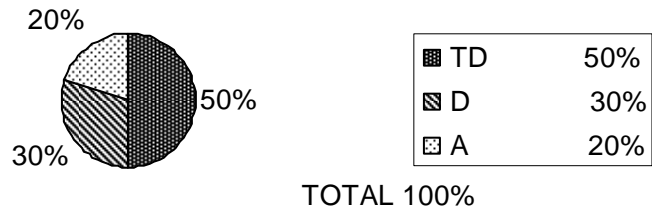
### MI FAMILIA NO RESPETA MI VIDA PRIVADA



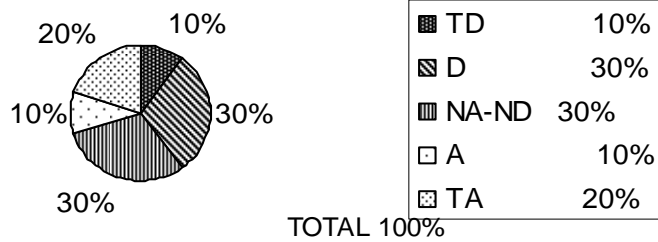
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

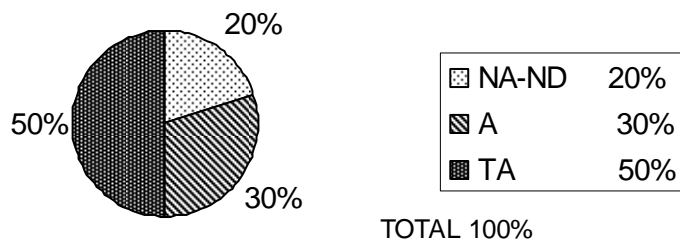
**ME MOLESTA QUE ME CUENTEN SUS PROBLEMAS**



**SON INDIFERENTES A MIS NECESIDADES**



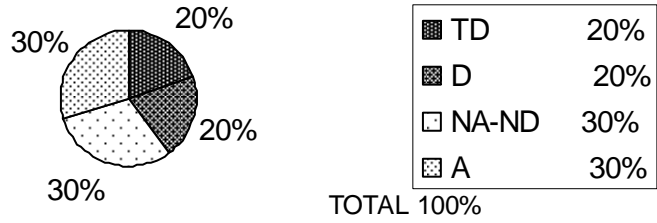
**ME SIENTO PARTE DE MI FAMILIA**



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

### MIS OPINIONES NO SON TOMADAS EN CUENTA

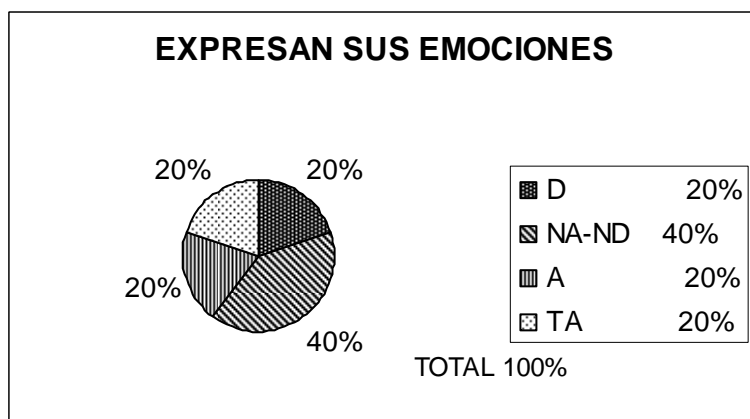
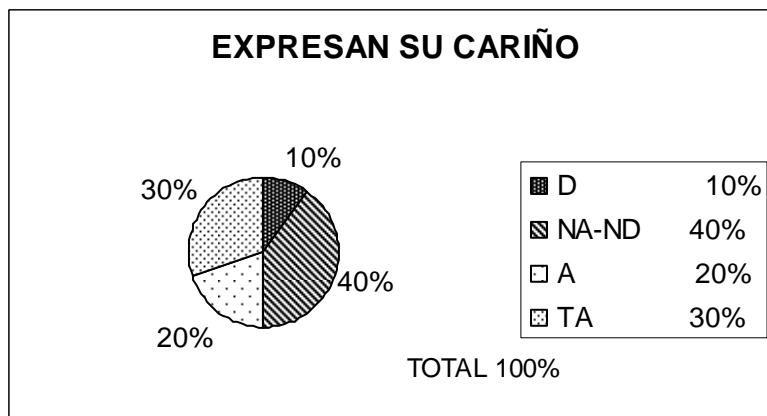
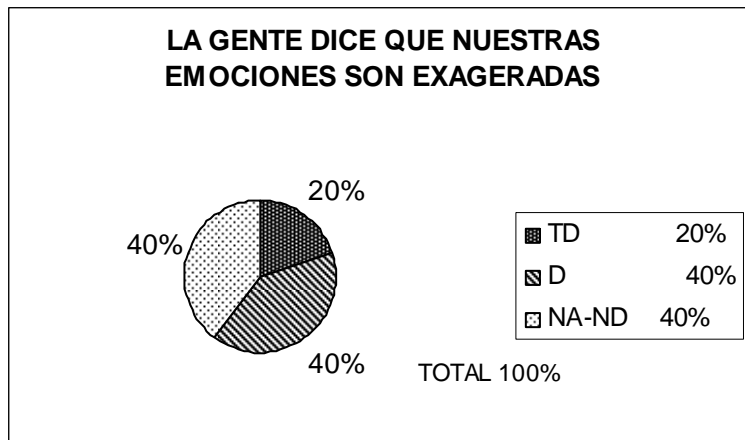


TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
D= DESACUERDO  
NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO



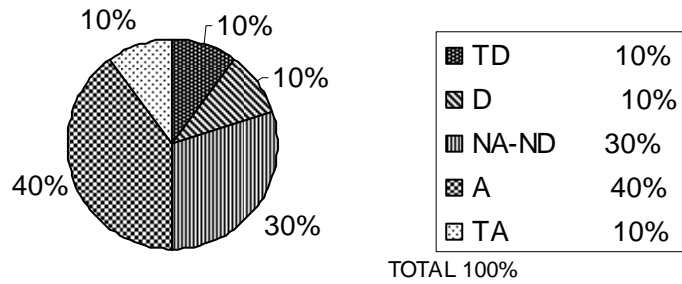
## AREA DE RESPUESTA AFECTIVA



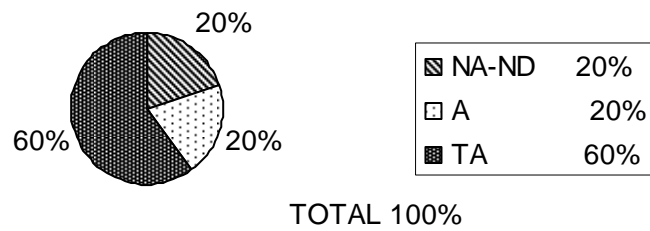
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

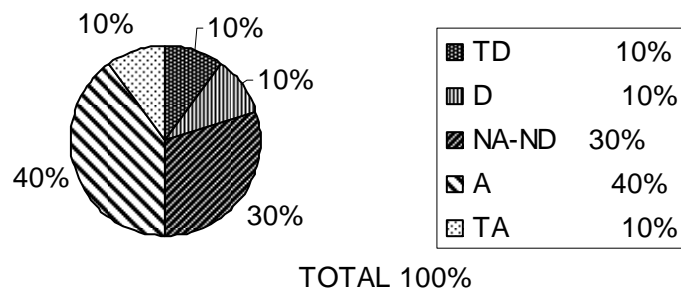
### NO EXPRESAN SU CORAJE



### ME DUELE VER SUFRIR A OTRO MIEMBRO



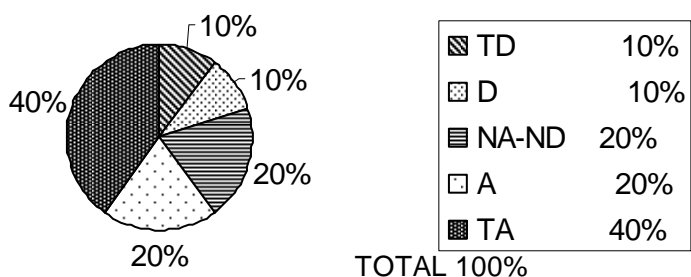
### MANIFIESTAN SU TERNURA



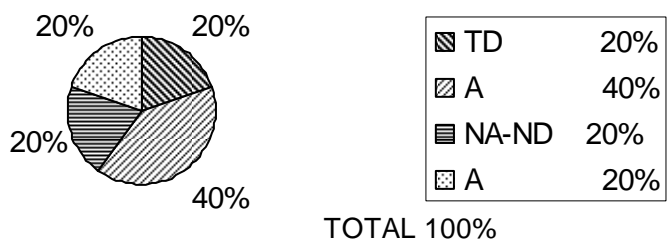
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

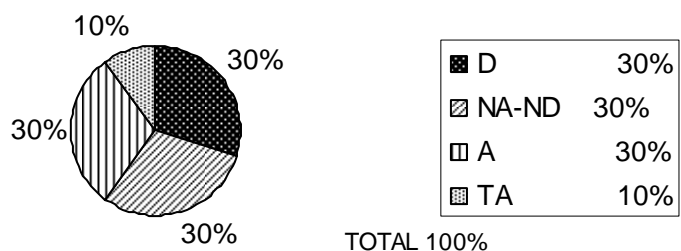
### NO LLORAN FRENTE A LOS DEMAS



### ME AVERGÜENZA MOSTRAR MIS EMOCIONES



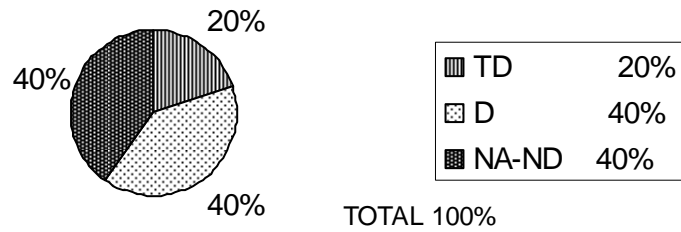
### SOMOS UNA FAMILIA CARIÑOSA



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

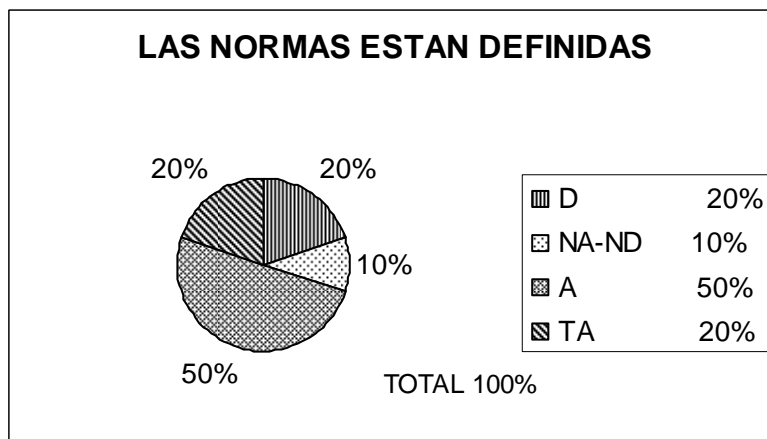
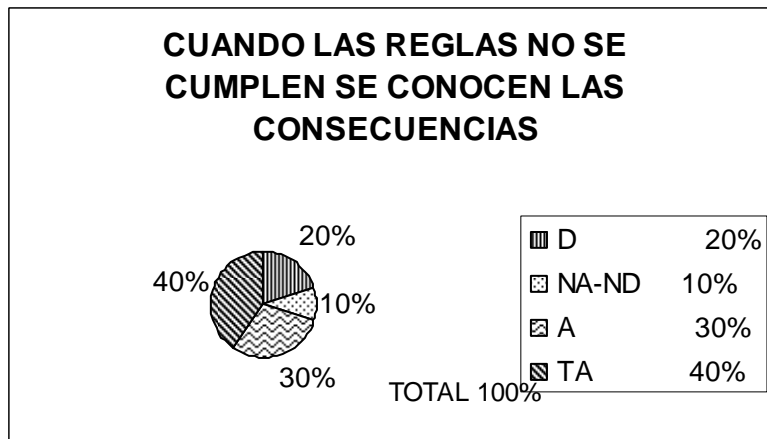
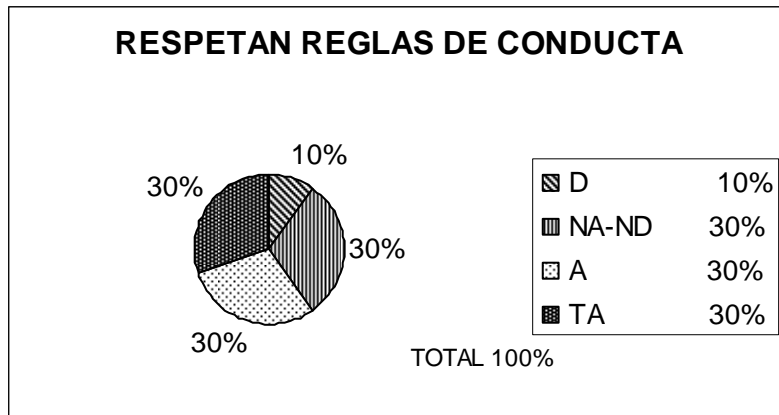
**LA GETE DICE QUE NUESTRAS  
EMOCIONES SON EXAGERADAS**



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
D= DESACUERDO  
NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

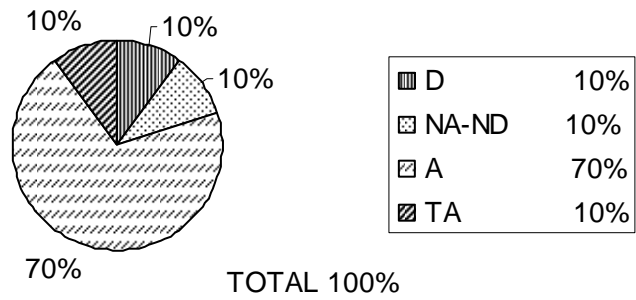
## AREA DE CONTROL DE CONDUCTA



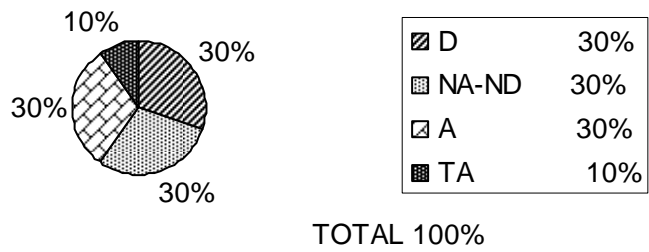
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

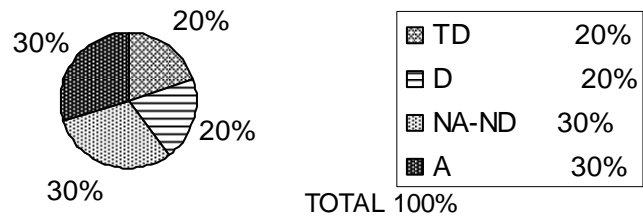
### NO TIENEN HORARIO PARA COMER



### LAS NORMAS SON INQUEBRANTABLES



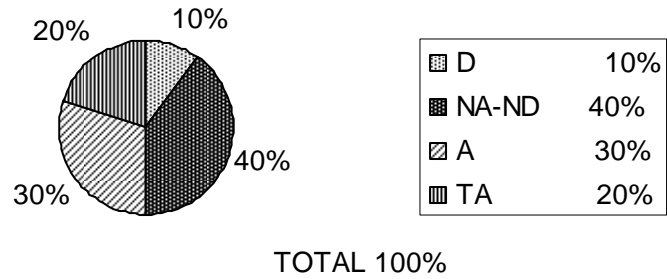
### LAS REGLAS NO SE DISCUTEN, SE CUMPLEN



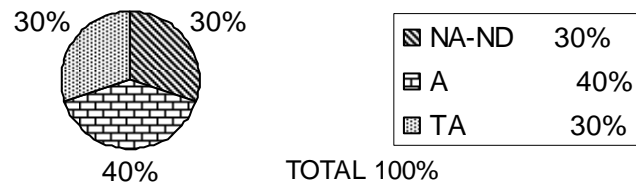
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

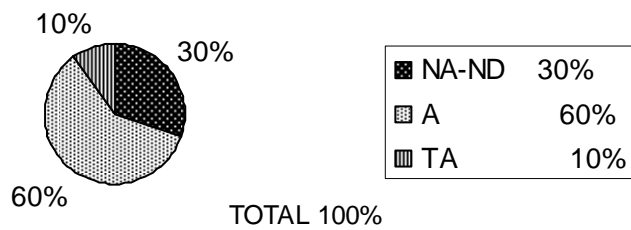
**SI NO SE PUEDE CUMPLIR UNA REGLA,  
SE MODIFICA**



**MI FAMILIA ES FLEXIBLE EN CUANTO  
A LAS NORMAS**



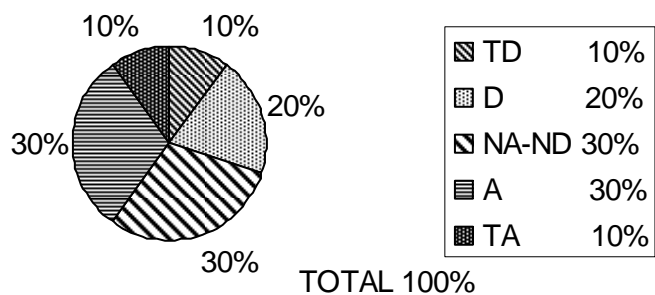
**PROCURAN QUE LAS NORMAS SE  
CUMPLAN**



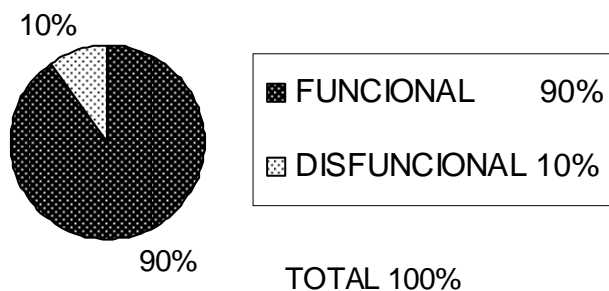
TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
D= DESACUERDO  
NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

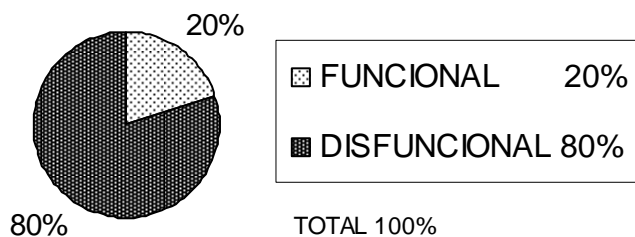
### CADA QUIEN HACE LO QUE QUIERE



### RESULTADOS DEL INSTRUMENTO



### RESULTADOS ESTUDIOS DE FAMILIA



TD=TOTALMENTE DESACUERDO  
 D= DESACUERDO  
 NA-ND=NI DE ACUERDO NI DESACUERDO

A= ACUERDO  
 TA=TOTALMENTE DE ACUERDO