



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
MADRES DE FAMILIAS CON Y SIN INTEGRANTE
PSIQUIÁTRICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

AMAYA MORA DAVID

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ ANTONIO TALAYERO URIARTE

REVISORA:

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

CÓMITE DE TESIS:

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA

DRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ

MTRA. MARIA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA



MÉXICO D.F.

SEPTIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Padre del cual me siento orgulloso, te agradezco la atención que me has puesto, tus enseñanzas me han servido para salir adelante.

A mi madre por enseñarme el valor de la libertad y promoverme el interés al estudio, valoro todo lo que me has enseñado.

A mi hermana por su cariño, te quiero, gracias por el cuidado que me has brindado y por lo mucho que de ti he aprendido.

A los tres los quiero y amo mucho, somos el sistema que logró reestructurarse y permitió un mejor camino a todos.

A mi Abuelo por enseñarme a utilizar la fuerza de voluntad y alcanzar mis metas.

A mi Abuela, gracias por estar siempre ahí, por brindarme tu cariño y compañía.

A mis tíos y primos pues aportaron en mi persona momentos importantes de felicidad, alegría, que hicieron posible la realización de esta investigación.

A mis amigos y personas queridas, por acompañarme durante este camino en mi formación profesional y a los cuales les deseo el cumplimiento de todos sus propósitos gracias, recuerdo con agrado y felicidad los momentos que pasamos juntos.

A la Dra. Esmeralda por impulsarme, dedicarme atención, compromiso, e interés en el entendimiento de mi persona.

Agradezco también al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" a todo el equipo de CLIFAM por el buen trato, la experiencia clínica y la oportunidad de realizar mi TESIS.

A mi maestro José Antonio Talayero, Dra. Corina Cuevas, Mtra. Blanca Elena Mancilla, Dra. Luz María Rocha y Mtra. María del Rosario Muñoz por brindarme su apoyo, atención y experiencia para la realización de este trabajo, Gracias, Muchas Gracias.

También a la Universidad Nacional Autónoma de México y a todos los profesores de la Facultad de Psicología a los cuales les estoy infinitamente agradecido, gracias por sus conocimientos me son de gran valor y los utilicé día a día.

Por último y no menos importante a mi equipo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ustedes aportaron el elemento final que me permitió culminar mi TESIS, me llenaron de felicidad y alegría estos últimos meses.

En este trabajo aprendí que no solamente fui yo quien realizó este trabajo, todos ustedes son parte de mi macrosistema y juntos hemos logrado una meta más, me siento orgulloso de todos!!!!!!

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
I Capítulo	
I.1. Teoría General de los Sistemas.....	6
a) Organización.....	9
b) Sistema.....	10
c) Sinergia y recursividad.....	11
d) Sistemas cerrados y abiertos.....	15
e) Equifinalidad y Finalidad.....	16
f) Finalidad.....	17
g) Retroalimentación y entropía.....	18
I.2 La familia como sistema abierto.....	19
II Capítulo	
II.1. Historia de la familia.....	22
II.2. Finalidad de la Familia.....	29
II.3. La familia mexicana y los cambios a través del tiempo.....	31
II.4. Influencia de la familia en la psicopatología de uno de sus miembros.....	34
II.5. Funcionamiento Familiar.....	42
II.6. Clasificación Triaxial.....	53
III Capítulo	
III.1. Método.....	61
a) Preguntas de investigación.....	61
b) Objetivo General.....	61
c) Planteamiento de la hipótesis.....	61
d) Variables sociodemográficas.....	64
e) Variable independiente.....	65
f) Variable dependiente.....	65
g) Tipo de estudio.....	65
h) Tipo de investigación.....	65
i) Población.....	66
j) Tamaño de la muestra.....	66
k) Instrumentos.....	66

l) Procedimiento.....	69
m) Análisis estadístico de los datos.....	69

IV. Capítulo

IV.1 Resultados.....	71
• Gráfica 1. Diagnóstico Psiquiátrico.....	71
• Gráfica 2. Número de integrantes (grupo A).....	72
• Gráfica 3. Número de integrantes (grupo B).....	72
• Gráfica 4. Ingreso económico (grupo A).....	73
• Gráfica 5. Ingreso económico (grupo B).....	73
• Gráfica 6. Escolaridad (grupo A).....	74
• Gráfica 7. Escolaridad (grupo B).....	74
• Gráfica 8. Estado civil al momento de la concepción de sus hijos.....	75
• Gráfica 9. Estado civil actual.....	75
• Gráfica 10. Tomar las decisiones más importantes.....	76
• Gráfica 11. Hacer la comida.....	76
• Gráfica 12. Sostener económicamente a la familia.....	77
• Gráfica 13. Reprender a algún miembro de la familia cuando comete alguna falta.....	77
• Gráfica 14. Revisar la tarea de los hijos.....	78
• Gráfica 15. Hablar con algún miembro de la familia cuando no llega a la hora convenida.....	79
• Gráfica 16. Arreglar los pequeños desperfectos de la casa...79	79
• Gráfica 17. Enseñar hábitos higiénicos.....	80
• Gráfica 18. Cuando alguien sale de casa tiene que avisar a.....	80
• Gráfica 19. ¿Qué miembro de la familia es la más reconocida y tomada en cuenta?.....	81
• Prueba "t" STUDENT.....	81
• Tabla 2. Test de muestras independientes.....	82
• Prueba de Hipótesis.....	83

V Capítulo

V.1. Discusión y Conclusión.....	85
V.2. Sugerencias para mejorar la investigación.....	103
Referencias.....	105
Anexos.....	109

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue 1) Describir el funcionamiento familiar de dos grupos, evaluado con la “Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar” Palomar (1998), Y 2) Realizar una comparación entre los grupos para determinar si existen diferencias significativas en su Funcionamiento Familiar. La población estuvo integrada por el grupo A: 30 madres con un hijo con padecimiento psiquiátrico diagnosticadas en el Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el grupo B integrada por 30 madres de personas estudiantes de la Facultad de Psicología. Además, se aplicó el test MINI (Ferrando et al, 1998) a cada uno de los integrantes de las familias del grupo B con la finalidad, descartar alguna enfermedad psiquiátrica. Se sometieron a contrastación los resultados de los grupos mediante una “t student” , observándose diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) en los factores: *1)Relación de pareja, 2)Comunicación, 3)Cohesión familiar, 4)Aspectos disfuncionales, 5)Tiempo que comparte la familia, 6)Roles familiares y trabajo domestico, 7)Autonomía-independencia, 8)Organización, 9)Autoridad y poder y 10)Violencia física y verbal*. Resultados: existe una actuación mayor de las madres en el grupo A en lo que respecta a los roles y funciones domésticas.

Palabras clave: Teoría general de los sistemas, funcionamiento familiar, paciente psiquiátrico.

INTRODUCCIÓN

La investigación que a continuación se presenta surgió como resultado de mi estancia en la Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM) y de una duda ¿realmente había relación entre el ambiente familiar y la existencia de un trastorno mental de uno de sus integrantes? Hay diferentes opiniones acerca de la disfuncionalidad en familias con integrante psiquiátrico, López (2006) no encuentra asociación entre la disfunción familiar y la psicopatología en el adolescente, por el contrario Legoff (2009) encuentra que una disfunción en el funcionamiento familiar está asociada con abuso en adolescentes, Rocha (2009) en un estudio de pacientes con VIH observa que las relaciones familiares que muestran afecto y cooperación entre sus miembros ayudan a mejorar el estado clínico de dichos pacientes, si bien Rocha no trata con paciente psiquiátricos reconoce cómo el funcionamiento familiar influye en el paciente con VIH.

La Teoría General de los Sistemas es un marco teórico que nos ayuda en la conceptualización de la familia como un sistema, con los mismos componentes de un sistema físico. La familia entonces sigue los postulados que dicha teoría propone; tiene elementos que forman una organización, existe sinergia y recursividad y es un sistema abierto, utilizando la TGS, los trastornos mentales pueden ser explicados cómo un síntoma debido a una disfunción familiar, pero es preciso agregar que el término psicopatología no se utiliza en la Teoría Familiar Sistémica, dicha teoría emplea los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad familiar, esta investigación reconoce el término psicopatología para incorporar los trastornos mentales y conjuntarlos después con la escala de Percepción de Funcionamiento Familiar.

Ackerman (1994) reconoce la importancia de la familia en la integración de la imagen personal, Laing (1986) utiliza el término internalización con el cual expone la integración de relaciones familiares u otras en el “yo” del sujeto, en personas perturbadas se da cuenta cómo dichas relaciones familiares eran claramente disfuncionales.

Durante mi estancia en CLIFAM pude presenciar lo anterior, sesión a sesión las familias me mostraron interacciones, relaciones y patrones disfuncionales que podían asociarse con el origen y mantenimiento del trastorno en un integrante de la familia, desde mi punto de vista la evaluación de dichas relaciones entre la familia podría llevarse a cabo conceptualizándolas bajo el esquema de Funcionamiento Familiar.

El Funcionamiento Familiar es un área de estudio de la psicología social, donde a través de indicadores se pretende establecer si hay una disfunción familiar, algunos indicadores propuestos para evaluar el funcionamiento familiar son:

Acuerdo, cooperación, interés mutuo, afecto, estima, confianza y gusto por relacionarse (Jansen 1952 en Palomar 1998), Herber Otto (1985 en Palomar 1998) propone; sensibilidad a las necesidades de los demás miembros, comunicación clara, soporte emocional y seguridad, promover entre ellos las relaciones dentro y fuera de la familia, en los roles hay flexibilidad y la autonomía de los miembros se respeta, existe un sentido de lealtad, cooperación y unicidad, son capaces de mantener y promover las relaciones con su comunidad y finalmente utilizan las crisis para el crecimiento personal.

En la investigación se utiliza la escala de “Percepción del Funcionamiento Familiar” (Palomar, 1998), dicha escala consta de 10 factores para evaluar el funcionamiento familiar que son; 1) relación de pareja, 2) comunicación, 3) cohesión familiar, 4) aspectos disfuncionales, 5) tiempo que comparte la familia, 6) roles familiares y 7) trabajo doméstico, 8) autonomía-independencia, 9) organización y 10) violencia física y verbal.

Poder entender el funcionamiento familiar que presenta familias con pacientes psiquiátricos identificados, proporcionará herramientas para generar intervenciones en sus dinámicas y así poder hacerlas más funcionales. Las dinámicas corresponden a un sistema “la familia”, intervenir terapéuticamente al nivel de éstas permitirá generar cambios que movilicen el sistema familiar, impactando favorablemente al integrante con un padecimiento psiquiátrico.

El capítulo I del presente estudio hace una revisión de La Teoría General de los Sistemas, en donde se expone de manera breve sus postulados de dónde proviene y las ventajas de optar por una visión de sistema en las ciencias a una visión reduccionista y causal, considero de vital importancia la sinergia aquella propiedad de un sistema que explica como la suma de las partes es diferente al todo.

En el capítulo II se habla acerca de la “familia”, las teorías que explican el inicio de esta institución social, una revisión en diferentes culturas de lo que ha sido la familia con la intención de visualizar su función y organización, se continúa con la opinión de algunos autores acerca de la función actual de la familia. Se describen las primeras observaciones entre la familia y las enfermedades Mentales llevadas a cabo por Bateson y Laing. Por último en el capítulo II se habla acerca del funcionamiento familiar, un área de conocimiento relativamente nueva donde se estudia científicamente a la familia.

En el capítulo III el lector podrá encontrar el método seguido, la presente investigación se formuló a partir de las siguientes preguntas ¿Es diferente el funcionamiento familiar, en familias con un integrante psiquiátrico y familias sin integrante psiquiátrico?, ¿De ser así en qué aspectos se encuentran las diferencias? Y ¿Qué otras variables pueden relacionarse con el funcionamiento familiar de estas familias? Se sometieron a una prueba dichas preguntas, el objetivo general quedo establecido con la siguiente oración:

- Realizar una comparación de los dos grupos para determinar si existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar.

Y los específicos:

- Evaluar el funcionamiento familiar en el grupo de madres con un hijo con padecimiento psiquiátrico y en el grupo de madres con un hijo sin padecimiento psiquiátrico.

- Describir el funcionamiento familiar en el grupo de madres con un hijo con padecimiento psiquiátrico y en el grupo de madres con un hijo sin padecimiento psiquiátrico.

Se enuncian en el capítulo III las hipótesis estadísticas que se sometieron a prueba, el tipo de estudio y de investigación.

El capítulo IV describe los resultados obtenidos, se pueden observar los gráficos, la prueba “t de student” utilizada para la contrastación de los factores de cada grupo y las hipótesis no rechazadas.

Finalmente en el capítulo V se abordan las discusiones y conclusiones del estudio así como interrogantes que surgieron en el desarrollo de investigación y las cuales pudieran generar otras investigaciones. Por último se realizan sugerencias hacia a la misma investigación para mejorarla.

Capítulo I.

I.1. Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue postulada por Ludwin Von Bertalanffy basandose en la concepción teórica de Köheler y Lewin entre otros. Su obra fue impresa en 1968 pero sus ideas fueron postuladas desde 1920, en ellas expone una nueva corriente científica, caracterizada por el estudio de los sistemas.

Köhler (1967) en su libro Psicología de la Configuración, expone ideas que van en contra del pensamiento mecanicista en psicología, particularmente en lo que se refiere al conductismo. Su punto de vista lo fundamenta en el organismo, esté en lugar de reaccionar a estímulos locales mediante acontecimientos locales e independientes entre sí, reacciona al patrón de estímulos al cual está sometido y que tal respuesta constituye un “proceso unitario”, una “totalidad funcional” que da lugar, en la experiencia, a una escena sensorial más bien que al mosaico de sensaciones locales. Sólo desde este punto de vista se puede explicar el hecho de que con un estímulo local constante encontramos que la experiencia local varía cuando se cambia la estimulación procedente del entorno (Köhler, 1967). Lo anterior corresponde a las primeras ideas de lo que es un sistema dejando de lado el proceso unitario y enfocándose en una totalidad funcional.

El caos para Köhler (1967) juega un papel determinante que debe ser ordenado formulando leyes que siguen siempre procesos aislados, no obstante dichas leyes pueden desconocer lo multifactorial con lo cual se afectará nuevamente el orden y se entrará en un estado de caos. No obstante el hombre ha impuesto controles y ha restringido procesos dinámicos mediante condiciones rígidas, así en múltiples ocasiones ha forzado a la naturaleza a realizar un trabajo ordenado.

En 1960 la psicología era una ciencia muy joven, como toda ciencia en surgimiento, se hace necesario presuponer la existencia de dispositivos

especiales restrictivos y así la distribución de procesos de la naturaleza se realizará de una manera ordenada (Köhler, 1967).

Mantener ideas que asimilen la concepción de hechos de una manera ordenada, dota al hombre de cierto descanso y seguridad, pero cuando dicha concepción es cuestionada y hace ver otras explicaciones alternas, pueden ocurrir hechos sociales como el de Galileo al cuestionar una concepción impuesta que imperaba desde la época de Aristóteles. Desde tiempos antiguos ha sido fácil darse cuenta que la concepción del hombre es rígida, cambiarla supone nuevos paradigmas que perturba su tranquilidad.

Con lo que respecta a sistemas físicos, en 1967 Köhler hace una clasificación de los factores que determinan a los sistemas físicos: factores dinámicos que incluyen las fuerzas y otros hechos inherentes a los procesos del sistema y los factores topográficos que son condiciones restrictivas "reglas". Los organismos tienen una reducida acción topográfica y se guían más por factores dinámicos, en contraste, los factores topográficos determinan en su mayoría, el comportamiento de las máquinas.

Kurt Lewin (1988) en su Teoría del Campo, valida a Köhler al subrayar la importancia de que todo acontecimiento es resultante de una multitud de factores.

Ludwin Von Bertalanffy en 1920, formula la Teoría General de los Sistemas tomando como base los supuestos de Köhler y Lewin, considerando que los sistemas constituyen el futuro de la ciencia, hasta ese momento se habían creado muchas áreas de especialización, lo cual derivó en un reduccionismo científico con pseudo-explicaciones, aplicables solamente a un área de la ciencia. Es entonces que la TGS busca crear un puente de enlace entre diversas disciplinas (Bertalanffy, 1968).

Ejemplos de este reduccionismo lo encontramos también en la psicología, por ejemplo cuando la concepción dominante la constituía el condicionamiento, la

concepción mecanicista de estímulo-respuesta (E-R) toda conducta era el resultado de un apareamiento de estímulos. El psicoanálisis y su concepto de “homeostasis” es otro ejemplo de reduccionismo, la homeostasis es la meta última de un individuo así las pulsiones debían ser satisfechas, al hacerlo se alcanzaba un estado de tranquilidad momentáneo, el psicoanálisis termina concibiendo al ser humano como un robot bien aceitado que se mantiene en óptima homeostasis biológica, psicológica y social (Bertalanffy, 1987) Las dos teorías aunque logran explicar ciertos aspectos de la conducta y personalidad humana terminan reduciendo su campo de estudio a conceptos que excluyen al individuo de la interrelación con otras entidades.

Este tipo de estudio reduccionista es heredado de la época de Galileo y Newton. En ese entonces, la ciencia era dominada por la explicación de reducir a la menor parte los componentes de los comportamientos y darles una explicación causal. La ley de causa y efecto emergió como el principal modelo de explicación científica, sin embargo para explicar los fenómenos organizados complejos, el reduccionismo dejó de ser satisfactorio (Laszlo, 1972).

Para innovar tecnológicamente, se necesita de la coordinación e ínter-relación de diferentes ciencias y técnicas, como es el caso en la fabricación de satélites, proyectiles o naves espaciales, por lo que el conocimiento heterogéneo de las ciencias (enfoque de sistemas) se ha hecho indispensable (Bertalanffy, 1968).

El especialista en sistemas, de acuerdo a un objetivo, se encarga, de encontrar caminos o medios que enfocados a soluciones posibles permitan la optimización de recursos con máxima eficacia y mínimo costo en una red de interacciones tremendamente compleja (Bertalanffy, 1968) Así la TGS se opone a postulados epistemológicos de otras teorías menos abarcativas, donde la realidad ha sido dividida y sus partes han sido explicadas por diferentes ciencias.

El concepto organísmico es uno de los pilares esenciales de la TGS, es formulado por el célebre Fisiólogo Claude Bernard (citado en Bertalanffy, 1968) y es retomado por Von Bertalanffy. Claude Bernard a través de sus experimentaciones

histológicas encuentra que el cuerpo humano posee un medio interno, explicándolo como un ambiente líquido en donde viven las células del organismo. Los seres más simples tienen sus células en contacto con el medio exterior o cósmico, pero a medida que se vuelven más complicados, sus células viven en el medio interno, de composición muy constante y que asegura condiciones físicas y químicas estables, permitiendo así la vida libre e independiente. A su vez, todo el organismo contribuye incesantemente a mantener la constancia del medio interno. El concepto “medio interno” es una de las primeras aproximaciones a la descripción de un sistema, o es en sí la primera definición de un sistema. En su obra Ludwig von Bertalanffy emplea el concepto organismo para describirlo como un sistema complejo y abierto, es decir, sistemas que intercambian materias con el medio circundante (Bertalanffy, 1987)

La TGS plantea varios postulados, cuando Von Bertalanffy describe su teoría lo hace a partir de fórmulas y preceptos matemáticos. Para el caso específico de esta investigación, se han tomado en consideración aquellos postulados que son importantes para conceptualizar a la familia como un sistema, tales como:

a) Organización

Dicho concepto no era primordial en las ciencias mecanicistas, actualmente el concepto organización se aplica a unidades como átomos, cristales, moléculas, sociedades y familia. Dentro de una organización podemos encontrar características como: totalidad, crecimiento, diferenciación, orden jerárquico, dominancia, control y competencia entre otras (Bertalanffy, 1968)

Boulding (1953) al respecto de las organizaciones humanas menciona las leyes férreas:

- *Ley Malthusiana*: el incremento de población supera por regla general al de los recursos
- *La ley de las dimensiones óptimas de las organizaciones*: mientras más crece una organización, más se alarga el camino para la comunicación, lo

cual -y según la naturaleza de la organización- actúa como factor limitante y no permite a la organización crecer más allá de ciertas dimensiones críticas.

- *La ley de la inestabilidad:* muchas organizaciones no están en equilibrio estable si no que exhiben fluctuaciones cíclicas resultantes de la interacción entre los subsistemas.
- *Ley del oligopolio:* si hay organizaciones en competencia, la inestabilidad de sus relaciones, y con ello el peligro de fricción y conflictos, aumenta al disminuir el número de dichas organizaciones.

El concepto “organización” es precedente a un sistema, existen organizaciones físicas y biológicas de las cuales se desprenden las sociales, en estas últimas parece haber una serie de leyes que se cumplen. La organización nos provee de un orden, anteriormente no se consideraba que los elementos de algún estudio estuvieran relacionados. Al hablar de organización se pone la primera pieza que da una relación entre los objetos.

b) Sistema

El término sistema ha sido descrito por diferentes autores:

Para Von Bertalanffy (1987) es un complejo de elementos interactuantes. Johansen (1993) lo menciona como un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos, y que forman un todo o que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida. Hall (1964 en Johansen 1993) lo describe como un conjunto de objetos y sus relaciones y las relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos son simplemente las partes o componentes de un sistema y estas partes pueden poseer una variedad limitada. En su mayoría estas partes son físicas. Los atributos son las propiedades de los objetos, por ejemplo:

Objeto = átomo

Atributos = el número de electrones planetarios, la energía atómica, el número de partículas atómicas en el núcleo, el peso atómico.

En las tres definiciones anteriores, encontramos que se habla de un conjunto y de elementos u objetos que interactúan y se relacionan entre sí. Hall (1964 en Johansen 1993) profundiza más en su definición añadiendo atributos a los elementos y Johansen toma en cuenta que el conjunto de elementos está coordinado, y en interacción para alcanzar un objetivo. Tomando en cuenta las tres definiciones una definición propia y que se propone en esta tesis es la siguiente:

“Conjunto de elementos con atributos específicos que interactúan coordinadamente entre sí para alcanzar un objetivo” (no ha sido utilizada en la tesis final).

c) Sinergia y recursividad

La Sinergia y la recursividad son las dos propiedades más importantes de un sistema, estas dos cualidades hacen que la TGS se diferencie totalmente del enfoque reduccionista, y hacen que un individuo u organización sea un sistema.

- **Sinergia:** Johansen (1997) señala que un objeto posee sinergia cuando el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no puede explicar o predecir la conducta del todo. En general, a las totalidades desprovistas de sinergia se les denomina conglomerados, en ellos la suma de sus partes es igual al todo. La diferencia entre un sistema y un conglomerado reside en la existencia o no de relaciones o interacciones entre las sumas de sus partes.

Algunos autores han puesto en entredicho la existencia del conglomerado, un ejemplo: en un vagón del Metro podría decirse que no existe sinergia ya que el conjunto de personas que va en el vagón no se conocen y no interactúan entre sí, por lo cual correspondería a un conglomerado. Sin embargo, a menudo la conducta de una persona puede impactar en otra y así sucesivamente, es por ello que el conglomerado no existe en la realidad, sólo es una construcción teórica (Johansen, 1997) Aún así, el concepto de conglomerado es una herramienta de análisis importante para fines de

investigación y estudio, ya que en éstos el conglomerado actúa como un conjunto de objetos de los cuales abstraemos ciertas características y eliminamos aquellos factores ajenos al estudio para observar solamente el comportamiento de las variables que nos interesan. Será un conglomerado si las posibles relaciones que entre ellos se desarrollan no afectan la conducta de cada una de las partes. Al descartar el estudio de un conglomerado por razón u observación de sinergia debe eliminarse el reduccionismo como método para explicar ese objeto (Johansen, 1997).

Los objetos dentro de un sistema, presentan una característica de sinergia cuando la suma de sus partes es diferente del todo, o bien cuando el examen de algunas de ellas no explica la conducta del todo. Esto lleva a la conclusión que, para explicarnos la conducta global de ese objeto, es necesario analizar y estudiar todas sus partes y si logramos establecer las relaciones existentes entre ellas, podremos predecir la conducta de este objeto cuando le aplicamos la fuerza particular que no será normalmente, la resultante de la suma de efectos de cada una de sus partes (Johansen, 1997).

- **Recursividad:** un sistema, está compuesto de partes con características tales que son a su vez objetos sinérgicos. Hablamos entonces de sistemas y subsistemas, o si queremos ser más extensos, de supersistemas, sistemas y subsistemas. Lo importante del caso, y lo esencial de la recursividad, es que cada uno de estos objetos, no importando su tamaño, tiene propiedades que lo convierten en una totalidad es decir, en elemento independiente. Esto no significa que todos los elementos o partes de una totalidad sean totalidades a su vez (Johansen 1997).

Al crear un supersistema, un sistema o un subsistema no se pretende sumar partes aisladas, si no integrar elementos que en sí son una totalidad dentro de una totalidad mayor, es importante tener claro la relación que existe entre sistemas, supersistemas y subsistemas ya que cada uno de ellos posee los

mismos elementos, sólo que a un nivel inferior. El concepto de recursividad va de “individuo” en “individuo”, destacándose una jerarquía de complejidad, ya sea en forma ascendente como en forma descendente (Johansen, 1997). Los sistemas consisten en individualidades; por lo tanto, son indivisibles como sistemas. Poseen partes y subsistemas, pero éstos son ya otras individualidades. Pueden formar parte del sistema, pero no son del sistema que deseamos o buscamos. Para encontrarlo, debemos reunir aquellas partes y aquellos subsistemas y eliminar las otras partes y subsistemas que están de más, o pertenecen a otro sistema o, por no tener relación directa con nuestro sistema, sus comportamientos no le afectan (Johansen, 1997)

Podemos concluir entonces, que existe recursividad entre objetos aparentemente independientes, pero que esta recursividad no se refiere a la forma, la recursividad se presenta en torno a ciertas características particulares de diferentes elementos o totalidades de diferentes grados de complejidad (Johansen, 1997).

Kenneth Boulding (1956) economista propone nueve niveles de organización (Cuadro 1) en donde se pasa de un subsistema a un sistema y a un suprasistema, que van de una organización relativamente simple a un estado donde la organización resulta más compleja y avanzada, se puede ver de forma contraria: también se pasa de una mayor organización a un menor organización, sin embargo, al desintegrar cada vez más a un sistema perdemos información respecto del todo, aproximándose cada vez más a un método reduccionista (Kenneth Boulding 1956 citado Eguiluz 2007)

Cuadro 1
Niveles de Organización

1° Nivel	Estructura semiestáticas: moléculas átomos etc.	Las teorías que avalan son las de la química.
2° Nivel	Formado por sistemas dinámicos: relojes, máquinas, sistema solar, etc.	Las teorías que avalan son las de la mecánica, que explica movimientos regulares.
3° Nivel	De los mecanismos de control: la cibernética, la teoría de la información, servomecanismos retroinformación.	Las teorías que avalan son las de la mecánica, que explica movimientos regulares
4° Nivel	Sistemas abiertos: organismos vivos, células	Teorías que avalan son las de la mecanismos homeostáticos, termostatos
5° Nivel	Sistemas genéticos, organismos inferiores, división del trabajo, diferenciación creciente de los sistemas.	Casi no existen teorías físicas metabolismos
6° Nivel	Organismos, animales inferiores, incremento en la movilidad, transmisión de información. Evolución de receptores, desarrollo del sistema nervioso.	Teorías conductuales (S-R)
7° Nivel	Sistemas humanos, simbolización conciencia de sí, comunicación por lenguaje, elaboración de imágenes de tiempo y relación.	Incipiente teoría del simbolismo, teoría constructivista.

Fuente: Kenneth Boulding, 1956

d) Sistemas cerrados y abiertos

Son dos descripciones de cómo un sistema puede desenvolverse frente a un suprasistema y un subsistema. Bertalanffy (en Johansen, 1997) describe a un sistema cerrado como aquel que no intercambia energía con su medio. Forrester, define como sistema cerrado aquel cuyo producto no modifica su corriente de entrada, es decir, sus insumos mientras que un sistema abierto es aquél cuya corriente de salida modifica a la corriente de entrada (Forrester, citado en Johansen, 1997).

M. K. Starr (en Johansen, 1997) menciona a un sistema cerrado como aquél cuya corriente de salida no modifica a la corriente de entrada y posee las siguientes características: 1) las variaciones del medio que afectan al sistema son conocidas. 2) su ocurrencia no puede ser predecida (el modelo de comportamiento de la variación es desconocida). 3) la naturaleza de las variaciones es conocida.

Bertalanffy (1968) define al sistema abierto como aquel que intercambia materia con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales.

V.L. Parsegian (1973 en Johansen, 1997) los define con las siguientes características 1) existe un intercambio de energía y de información entre el subsistema y su medio o entorno 2) el intercambio es de tal naturaleza que logra mantener alguna forma de equilibrio continuo 3) las relaciones con el entorno son tales como el crecimiento en el caso de los organismos biológicos.

Johansen (1997) expone su propia definición sistema que interactúa con su medio, importando energía, transformando de alguna forma esa energía y finalmente exportando la energía convertida.

Vargas (2005) distingue en los sistemas abiertos las siguientes propiedades:

Totalidad: se define como la relación que tienen cada una de las partes de tal modo que un cambio en ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total, un sistema se comporta como un todo inseparable y coherente.

Retroalimentación: dentro de esta se incluyen dos la morfostasis significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales. Y la morfogénesis, según la cual un sistema debe modificar su estructura básica para adaptarse al ambiente (Hoffman 1994 en Vargas 1997).

Autorregulación: es la regulación que se da entre la morfogénesis y la morfostasis es necesario un equilibrio funcional entre estas dos tendencias para evitar que el sistema entre en crisis (Vargas, 2005).

e) Equifinalidad y Finalidad

Al hablar de sistema es necesario mencionar que éste busca alcanzar un objetivo, el término “equifinalidad” se refiere precisamente a dicha característica de los sistemas “la persecución de metas”, un sistema abierto como en el caso de los individuos, sociedades o familia no guardan un perfecto equilibrio si no un estado uniforme la cual es vista como el objetivo alcanzar (Bertalanffy, 1968).

El estado uniforme es aquello que se aproxima a un estado independiente al tiempo, es mantenido separado del equilibrio verdadero y así está en condiciones de realizar un trabajo (Bertalanffy, 1968).

Ahora bien para alcanzar dicho estado uniforme el sistema no lo hace de manera mecánica como en el caso de las máquinas por el contrario puede llegar partiendo de diferentes condiciones y siguiendo distintos itinerarios. La equifinalidad se refiere a que resultados idénticos pueden tener distinto origen y lo decisivo ante esto vendría a darse por la organización del sistema, por lo tanto las modificaciones que se producen dentro de un sistema son totalmente independientes de las causas iniciales (Vargas, 2005).

f) Finalidad

Un sistema físico u orgánico cumple un objetivo o una finalidad, puede hablarse de la finalidad en el sentido de dependencia con respecto al futuro: los acontecimientos pueden de hecho ser considerados y descritos como determinados no por las condiciones del momento si no también por el estado final que ha de alcanzarse.

El sistema en cuestión puede alcanzar asintóticamente un estado estacionario con el correr del tiempo; puede no alcanzar jamás tal estado, o puede haber oscilaciones periódicas (Bertalanffy, 1968)

Tipos de finalidad

1.-*Teleológica o adecuación*: significando que una disposición parece útil para determinado "propósito".

2.-*Teleología dinámica*: significando una directividad de procesos incluye las siguientes;

a)*Dirección de acontecimientos* hacia un estado final que puede ser expresado como si el presente comportamiento dependiera del estado final.

b)*Directividad* basada en estructura, significando que una disposición estructural conduce el proceso de tal suerte que es logrando determinado resultado

c)*Equifinalidad* el hecho de que puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y partiendo.

d)*Genuina finalidad* significando que el comportamiento actual por previsión de una meta.

g) Retroalimentación y entropía

Retroalimentación es la información que indica cómo le está haciendo el sistema en la búsqueda de su objetivo, y que es introducido nuevamente al sistema con el fin de que se lleven a cabo las correcciones necesarias para lograr su objetivo. Desde este punto de vista, es un mecanismo de control que posee el sistema para asegurar el logro de su meta (Johansen, 1997).

Para lograrlo necesita de una corriente de entrada y una de salida, se ilustrará mejor con el siguiente ejemplo: al realizar un dibujo ya sea por medio de copiado o de imaginación se necesita alcanzar el objetivo de igualarlo, por tanto la corriente de entrada estaría dada por la observación del dibujo mientras que la corriente de salida sería el mismo dibujo que estamos realizando, la retroalimentación es el mecanismo que evalúa si el dibujo que imaginamos o copiamos se parece al que estamos realizando, dicho de otra forma, si se logra el objetivo que tenemos al realizarlo.

La entropía se refiere a la tendencia que tienen las cosas u objetos a regresar a su estado inicial, a través del tiempo estos elementos tienden a cambiar su distribución hacia aquel estado más probable, y este estado es la desorganización (Johnsen, 1997). Los sistemas pasan por diferentes estados cada vez más caóticos. Sin embargo los sistemas abiertos son excepción ante las leyes de la entropía pues a lo largo de la historia podemos constatar que los organismos y sociedades se reorganizan cada vez con mayor precisión (Johansen 1997).

I.2 La familia como sistema abierto

A raíz de lo explicado anteriormente y siendo lo mayor analítico posible podemos darnos cuenta que la familia posee características propias de un sistema.

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

Los sistemas abiertos como en el caso de los organismos, se mantienen en una constante incorporación y eliminación de materia sin alcanzar nunca, mientras dure su vida, un estado de equilibrio, si no manteniéndose en un estado uniforme en la familia ocurre algo similar, un ciclo del desarrollo, logrando niveles de complejidad creciente llega a mantener un estado uniforme, para posteriormente alcanzar la diferenciación a través de generar nuevos sistemas (Eguiluz, 2007).

Minuchin (1986) da cuenta de las relaciones que existen en la familia y el individuo, como influyen sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción, considera al individuo como subsistema o parte del sistema, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones.

Ritvo y Glick (2003) señala la existencia de sinergia, en la familia sus características como unidad son diferentes de la simple suma de sus

componentes, a su vez menciona la homeostasis familiar refiriéndose a que la familia como “sistema” mantiene un estado de relativo equilibrio, cuando existen fuerzas que desestabilizan al sistema familiar la retroalimentación restablecerá el equilibrio existente.

Sánchez (2000) propone 5 principios básicos de la TGS aplicados en la familia:

1.- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de “n” elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

2.- La estructura familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

3.- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D Y además para determinar el patrón contextual no sólo de A sino de todo el sistema familiar.

4.- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis. Por lo tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados. La homeostasis en el sistema

familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación, entendiéndose como el regreso a su estado inicial después de que un evento significativo haya ocurrido.

5.- La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. La familia del año 2000 y años subsecuentes se diferencia mucho de la familia de principios de siglo, así como sus miembros; algunos podrán permanecer inmutables a los cambios, pero finalmente éstos ejercerán una fuerza para modificarlos o destruirlos. Todos estos cambios realizan una fuerza de inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar; así, la estructura del mundo es cambiante como debería serlo la estructura familiar.

Capítulo II

II.1. Historia de la familia

A lo largo de la historia de la humanidad e incluso en otras especies se hace evidente la agrupación de miembros. Filogenéticamente existe una tendencia animal a la agrupación o al menos es visto en los mamíferos. No se sabe con certeza cuándo se constituyó la primera familia humana, pero algunos autores infieren que es una de las instituciones más antiguas.

Existen teorías que tratan de describir cómo pudieron haber sido las primeras familias. Según La teoría psicoanalista la primera familia humana era completamente patriarcal, estaba compuesta por un grupo de mujeres y de jóvenes dominados por un varón viejo, irascible y altamente celoso quien tenía prioridad sobre todas las mujeres incluso sus propias hijas; en cuanto a los hijos, éstos eran expulsados de dicha agrupación, y creaban tensiones relacionadas al hambre y sexuales que se liberaban asesinando al padre y comiéndoselo (Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986).

Morgan (en Caparros, 1981) estudia a la familia de un modo materialista, no parte del concepto de familia como institución natural e inmutable, si no que la estudia como producto de determinadas relaciones sociales en constante cambio. Propone cuatro grupos familiares antes del actual:

Familia consanguínea: prohibía la unión sexual entre progenitores y prole, el tabú del incesto no alcanzaba a los hermanos.

Familia punalúa: la prohibición del incesto se extiende hasta los hermanos en una primera fase y luego abarca a los parientes lejanos (primos y primas) y aparecen los matrimonios por grupo como un conjunto de hombres y mujeres que podían unirse indistintamente entre sí sin tener que hacer vínculos de pareja.

Familia sindiásmica: el hombre vive con una mujer, pero mantiene el derecho a serle infiel, la mujer es por su parte fiel en tanto dure la unión, la pareja rompía sus vínculos con facilidad y en este caso los hijos quedaban siendo propiedad de la madre.

Familia monógamica: procede de la sindiásmica, tiene por objeto procrear hijos de una paternidad cierta. Aparece en el momento en el que el hombre ve aumentar su poder social.

Bachofen (en Caparros 1981) piensa que las relaciones sexuales eran al principio promiscuas, el único vínculo cierto era el de la maternidad. A la sociedad matriarcal le precede la patriarcal, en la que el hombre quiere asegurar la certeza de su paternidad. Con todo ello la mujer ve recortadas sus prerrogativas anteriores. Ha de mantenerse monógama mientras que el varón no está sujeto a tales reglas de la fidelidad. En la cultura matriarcal la madre ama por igual a sus hijos, ya que todos proceden de ella, la unión se basa en este principio de igualdad. En la cultura patriarcal la igualdad cede su lugar al principio de autoridad, a la actividad social y al intento de dominio de la naturaleza. Sobreviene un mayor aislamiento y un incremento de la competitividad.

Ralph Linton (1986 en Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986) expone que seguramente desde el inicio, las relaciones entre nuestros antepasados fueron monógamas y las relaciones sexuales eran bastante permanentes, pudo haber existido un elemento de causalidad en las relaciones sexuales mitigado por un profundo sentimiento de celos en ambos sexos; no estaba seguramente regulado el número de esposas, ninguna mujer permanecía durante mucho tiempo sin relaciones sexuales una vez alcanzada la edad reproductiva y si había más mujeres que hombres en el grupo, los mejores cazadores absorbían el excedente en sus grupos familiares, en caso contrario y mucho menos común de un exceso de hombres, los sobrantes se ligaban a un grupo y podían compartir los favores de la mujer si ésta mostraba sumisión y la gratitud correspondiente al verdadero marido (Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986)

Siguiendo con su idea acerca de la monogamia reconoce que aunque el hombre es uno de los primates que más fácilmente puede condicionarse, éste siente una gran necesidad de seguridad en sus relaciones personales y un deseo de compañía congenial. Las relaciones que satisfacen dichas necesidades no pueden establecerse entre no importa qué individuos, al contrario, requieren asociaciones largas y continuas, al encontrar al compañero que las cumple se le valora y se le retiene aunque la curiosidad sexual pueda conducir a infidelidades ocasionales. La constancia de asociación y las necesidades satisfechas han dado seguramente, una gran permanencia a las relaciones sexuales humanas dejando a posteriori y encausando a los factores culturales, puede verse que dichos factores culturales no se hubieran producido de no haber sido por la existencia de las relaciones sexuales continuas (Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986)

Las Grandes civilizaciones desarrollaron un subsistema familiar que les permitió perpetuar las normas sociales, el sostenimiento de los hijos y la incorporación de costumbres propias de cada cultura.

En China la vida familiar era sumamente rígida, el estado imperial chino utilizaba a la familia para apuntalar su jerarquía y lograr la obediencia ciega a sus dictados. La independencia sólo se lograba hasta la muerte del padre y el suegro, la mujer se debía a su marido y no podía volver a casarse incluso si quedaba viuda. La autoridad de un padre o de una viuda era tal que podían solicitar al estado la ejecución de su propio hijo, en donde el juez debía cumplir esa petición sin posibilidad de apelación. Una más de sus características consistía en la convivencia extensa de la familia por varias generaciones y el mantenimiento de un patrimonio común. La mujer era discriminada y no tenía una participación social, las mujeres que no se escolarizaban eran casadas a los 17 años con un marido que no conocían y que convenía a los intereses de los padres (Arranz, 2004).

La familia en Egipto era notablemente diferente, los niños disponían de un espacio propio y eran respetados en sus actividades de juego, se han encontrado

tumbas en donde es frecuente hallar escenas de familias completas. La crianza familiar se centraba en la preparación del primogénito varón para la sucesión, la importancia de la mujer se incrementó a lo largo de la historia egipcia, permitían el divorcio y la mujer podía disponer de sus bienes, ya que al formar el matrimonio era ella quien los aportaba. El amor filial figuró en esta imponente cultura derivado del monoteísmo que fue implantado por el rey Akenatón, la tesis dicta el amor universal y mutuo entre el dios sol y sus hijos e hijas, misma que fue expandida para los padres y sus hijos (Arranz, 2004).

En Mesopotamia artísticamente no se observan escenas familiares, los niños están ausentes en el arte y en los funerarios. Sin embargo en el código babilonio de Hammurabi se encuentran referencias a la obligatoriedad por parte de los padres de atender a sus hijos, resaltado en el punto económico, el divorcio existía y hay indicios de ciertas manifestaciones de afecto como el saludo matinal hacia los padres con un beso. A su vez se han encontrado descripciones desastrosas derivadas de la separación de los padres (Arranz, 2004).

Grecia es otra de las civilizaciones que desarrolló una base familiar muy sólida, la familia se encargaba de educar al niño hasta la edad de 7 años, dicha educación consistía en transmitir costumbres, moral y virtudes, la responsable fundamental de la educación familiar era la madre que al tener más hijos obtenía mayor prestigio social y éstos de mayores aportaban más sustento para la familia. Existía una cabeza de familia que se encargaba de tomar las decisiones de la familia consanguínea y de los esclavos, dicha cabeza de familia podía ejercer un poder absoluto sobre ésta pero era recomendable que consultara al consejo para tomar cualquier decisión. La sociedad Griega tenía muchos intereses políticos familiares debido a que sus *polis* eran gobernadas por grupos de familias aristocráticas. Los griegos eran conscientes de la importancia de crianza familiar misma que era ejecutada por los padres pero concebida como una tarea comunitaria de familia y sociedad (Arranz, 2004).

La familia Hebrea tiene como dogma la relación de Dios con su pueblo como una relación paterno-filial derivada de una jerarquización de obediencia y sumisión de los hijos al padre. En la familia judía pueden convivir varias generaciones, el padre ejerce una autoridad absoluta sobre la familia, es responsable de la educación de los hijos y de la administración de la hacienda, la madre también se encarga de la educación de los hijos hasta la adolescencia y juventud, ambos velan por la honradez de sus hijas cuyo fin es el matrimonio, son educadas en el pudor, la fidelidad y el heroísmo. Los mandamientos contienen alusiones explícitas a temas familiares; se honrará al padre y a la madre, prohibición del adulterio y del deseo de otra mujer (Arranz, 2004).

Con los romanos aparece más nítidamente la importancia de la familia como institución fundamental encargada del proceso educativo. La estructura familiar se organiza en torno al *pater familias* que ejercía la *patria potestas* (protección y poder) sobre el núcleo familiar de la esposa, los hijos, esclavos y las tierras, la *patria potestas* exigía un sometimiento jurídico a los hijos naturales como a los adoptados, el vínculo era extremadamente riguroso. Con la *patria potestas* el padre dispone de la vida de sus hijos, puede emanciparlo, abandonarlo o casarlo sin su consentimiento. La madre era la encargada casi exclusiva de la educación integral del niño hasta los 7 años, a partir de esa edad el padre se dedicaba con intensidad a la educación de sus hijos enseñándoles a leer, escribir y contar, les instruía en las virtudes morales y cívicas -introduciéndolos en las cuestiones de la república, dicha educación se le impartía hasta la edad de diecisiete años. Los cónyuges que vivían en un suburbio romano dependían del uno con el otro para su existencia individual, como los conyuges que vivían en una granja apartada. Los sustitutivos extrafamiliares de los servicios domésticos sólo estaban al alcance de los ricos, y las posibilidades de que una mujer sola pudiera mantenerse con su propio trabajo eran limitadas y tan poco remuneradas que sólo se podía recurrir a ellas como recurso extremo (Arranz, 2005).

La sociedad Mexica en teoría era completamente democrática, existían familias, clanes, y tribus dirigidas por un consejo en donde formaban parte todos los

caciques de las tribus, el consejo buscaba el bienestar de su pueblo, la conservación de la moral y las costumbres. Prevalecía la poligamia para remplazar a los hombres perdidos en la guerra, aun así la primera mujer tenía prioridad sobre las otras y sólo sus hijos tenían derecho a heredar; tanto las segundas mujeres como sus hijos eran reconocidos como componentes de la familia y tenían derecho a la protección, sustento y educación. La mujer tenía derecho a librarse del marido cuando éste no pudiera sostenerla a ella y a sus hijos; cuando se negara a educar a estos o cuando la maltratara físicamente. Las doncellas tenían que ser castas, y las casadas fieles a su marido. En caso de separación, los hijos podían escoger al progenitor con quien querían irse (Sandoval, 1984)

Más adelante en la historia de la humanidad occidental, específicamente en la Edad Media, se observa que la infancia no posee el valor que en las culturas antes mencionadas, era frecuente la práctica del infanticidio y el aborto por el beneficio-costo recompensa con la producción agrícola, de esto último dependía la crianza adecuada de un niño, de si iba a convertirse en una fuerza productiva para la familia extensa en la que nacía. La única protección infantil consiste en los consejos que calificaban como pecados graves la negligencia en la atención a los niños o la muerte deliberada de los mismos. El niño permanecía dentro del cuidado de su familia hasta la edad de 7 años, se le otorgaba la responsabilidad de cuidar a otros y de trabajar desde que era capaz de ello. Posteriormente cuando adquirían uso de razón, se incorporaban al mundo adulto en forma de la adopción de algún oficio o su asistencia a las universidades medievales (Arranz, 2004).

La época Renacentista se ocupa de nuevo de la crianza infantil y en particular del periodo de lactancia, llevado a cabo durante dos años por una nodriza que no vive en la residencia familiar. Al regresar a la casa el niño peleaba por el cariño de su madre frente a sus otros hermanos. En los tratados del renacimiento se recomienda para la crianza del niño cierta austeridad, que el niño duerma vestido y no duerma junto a sus hermanos así como no ser tocado por el padre o la

madre. Por último se recomienda la no prohibición de juegos necesarios para el desarrollo y ser habituados por sus madres a afrontar diversas adversidades como dormir con las ventanas abiertas y comer cosas desagradables (Arranz, 2004).

Pasando a la Ilustración podemos encontrar en la enciclopedia una descripción hecha por Jancourt (en Gilberti 2005 págs. 28-29)

“la familia es una sociedad domestica que constituye el primero de los estados accesorios y naturales del hombre”. En efecto, una familia “es una sociedad civil establecida por una naturaleza: esta sociedad es la más natural y la más antigua de todas, sirve de fundamento a la sociedad nacional; pues un pueblo o una nación sólo es un compuesto de varias familias. Las familias comienzan por el matrimonio, unión a la que la propia naturaleza invita a los hombres, y de la cual nacen los hijos que, al perpetuar las familias mantienen la sociedad humana y reparan las pérdidas que la muerte le produce todos los días...” y continua “...en sentido estricto está compuesta únicamente: 1) por el padre de familia, 2) por la madre de familia, quien según la idea recibida casi en todas partes, pasa a la familia del marido, 3) los hijos que si se puede hablar así, al estar formados de la sustancia del padre y de la madre, pertenecen necesariamente a la familia. Pero cuando se toma a la familia en sentido más amplio, se incluyen en ella todos los parientes; pues aun cuando, después de la muerte del padre de familia, cada hijo establezca una familia particular, a todos los que descienden de un mismo tronco y que derivan por tanto de una misma sangre, se los considera como miembros de una misma familia”.

En la actualidad y en comparación con las culturas antiguas, la concepción de la familia es diferente aunque prevalecen algunas de las funciones que desde la antigüedad se le encomiendan, a continuación se presenta lo que algunos autores consideran qué es una familia en la actualidad.

II.2. Finalidad de la Familia

Pichon Riviére (en Soifer 1979) la define como una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciado, el cual constituye el modelo natural de interacción grupal.

Soifer (1979) la menciona como un grupo de personas que conviven en una casa habitación, durante un lapso prolongado, que están unidos (o no) por lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el cuidado de sus vidas. Este grupo a su vez, se halla relacionado con la sociedad, la que le suministra una cultura ideología particular, al tiempo que recibe de él su influencia peculiar.

Vicente García (1994) la define como una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea y social.

Dentro de sus funciones u objetivos destaca los siguientes:

Las funciones básicas son salud, educación, bienestar, desarrollo y afecto. Funciones sociales cuidado y preservación de la especie humana, la sociedad, el medio ambiente.

El objetivo primordial de la familia es la defensa de la vida, defiende la vida humana, asegurando su continuidad, mediante la procreación; velando por la salud física y mental de sus integrantes; desarrollando sus valores éticos y morales; prescindiendo su inserción social; dando solidez a los bienes sociales y favoreciendo la producción, en todas sus manifestaciones materiales, éticas, intelectuales y artísticas; promoviendo el desarrollo y educación de sus hijos; contribuyendo al progreso de la ciencia, la que en definitiva está al servicio de la preservación de la vida, tanto humana como animal y vegetal (Soifer, 1979).

Para Ralph Linton (en Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986) la familia tiene la función de la supervivencia para la especie, siguiendo su pensamiento; la hembra de nuestra especie tiene hijos en intervalos de dieciocho meses

aproximadamente, por término medio; en cambio, el período de la dependencia de los hijos respecto a los adultos para simple supervivencia física se puede fijar en unos diez años. .Es difícil ver cómo podría haber sobrevivido una especie expuesta a tamaños desproporcionados de no haber existido relaciones permanentes que asegurasen a la hembra el auxilio del varón en el cuidado de los hijos, también reconoce la importancia de la familia conyugal para el óptimo desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes, ya que el niño requiere mucho afecto y una correspondencia por parte de adultos por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. Los cónyuges obtienen de la familia la satisfacción de las necesidades psicológicas que son: afecto, seguridad y adecuada correspondencia emocional en cuanto a la satisfacción sexual, pese a su carácter fundamental, es menos importante en las condiciones modernas.

Caparros (1981) reconoce tres vertientes de las funciones familiares;

Para con el individuo: histórica y culturalmente variables, la familia decide el nacimiento del individuo, dependencia biológica, culturización, introyección de normas formando una consciencia moral.

Para consigo misma: mantenerse como tal en el espacio, promover las condiciones ambientales idóneas para el surgimiento de otras familias semejantes o su perpetuación en el tiempo.

Para con la sociedad: perpetuación de las normas sociales, sostenimiento económico de los hijos en fases no productivas de la vida, el cuidado de los menos dotados, la formación cultural y técnica.

II.3. La familia mexicana y los cambios a través del tiempo

Sandoval (1984) pone énfasis en lo que significó la Conquista en la familia Mexicana, ésta determinó un nuevo modelo de familia al destruir, necesariamente, el ya existente. No existió una incorporación mutua porque el español no consideraba de su estirpe a la mujer azteca, a veces ni siquiera le daba calidad humana. En cambio lo que existió fue la imposibilidad de una comunicación íntima de la mujer con un objeto que para ella era un sometedor, verdugo perseguidor y violador, otras de las cosas que se desarrollaron fue la imposibilidad de compartir un goce sexual con el compañero ocasional por la violencia ejercida sobre ella, así como tampoco compartió la habitación, los hijos, comida, bienes materiales y estatus.

De la concepción de dos culturas diferentes nacen los mestizos, los cuales llegan a un mundo hostil, rechazante y desconocedor de sus derechos. Seguramente el nacimiento de la cultura mestiza México-hispana fue un drama por las características de menosprecio, maltrato, rechazo y devaluación que lo acompañaron y que más tarde derivarían en la imposibilidad de convivencia íntima y armónica en la vida adulta con su pareja aunque con ella se intente reparar el abandono, menosprecio y soledad.

Así se desprenden para el hombre y la mujer dos tipos de aprendizaje: la mujer se caracteriza por una percepción de una figura masculina desgarradora aquella que viola y mata, rechazando desde un principio al hijo que no tiene padre, por su parte el hombre al no tener un buen proveedor materno, le impide ser un buen proveedor sexual. Reclama de la compañera los cuidados y la cercanía que nunca tuvo en su temprana infancia.

Como padres la madre mexicana se convierte en aquella mujer buena que ella hubiera querido tener, el padre al no tener un buen modelo -ya que el conquistador fue un padre abandonador- el cual no enseñó ternura, afecto y respeto por la compañera. Tanto hombres como mujeres no tuvieron el ejemplo de un padre que protege, que reconoce y que da identidad.

En los dos casos nos encontramos con el hecho de que ni la mujer ni el hombre han sido capaces de superar la simbiosis original y repite una y otra vez la relación primaria. En el caso de nuestro país, nos encontramos con que a partir de la Conquista ha sido muy evidente, muy consistente y muy constante la falta de padre en la familia.

Díaz Guerrero (1967) habla acerca de una familia dominante en México compuesta por la supremacía del padre y el necesario y absoluto autosacrificio de la madre, utiliza el término abnegación para definirse a la madre descrita como la negación absoluta de toda satisfacción egoísta. La familia espera como un primer hijo a un niño, en caso contrario según lo expresa Díaz Guerrero sobreviene una tragedia emotiva, si se desea tener una niña después de nacimientos de varones es para que pueda ayudar en las labores del hogar. Los niños deben ser educados con un papel de varón, nada de muñecas, deberá jugar con soldados, pistolas, caballitos y deberá provocar pánico a grupos de niñas, se desaprobará toda demostración de intereses femeninos. La niña al crecer lo hará bajo el supuesto de la feminidad, aunada a ésta estará el hogar y la maternidad, jugará con muñecas alejándose de los juegos bruscos de los niños, desde pequeña empieza a ayudar a la madre en las tareas domésticas. Sólo en algo se parecen los papeles de niños y niñas mexicanos y es la obediencia con respecto a la familia.

Al formar una familia la mujer, esposa y madre mexicana deja de ser objeto sexual y es idealizada por el varón, el esposo debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que suceda en su casa, frecuenta a sus amigos después del trabajo y lleva una vida similar a la que tenía antes de casarse. En lo que respecta a sus hijos muestra afecto pero antes de eso autoridad, les demanda adherencia a los preceptos religiosos “maternales”, la esposa se somete y deberá servirle a su entera satisfacción, muchas veces esto no es posible ya que el esposo a menudo es cruel y brutal con ella.

La madre mexicana es profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora del infante, nada se niega y todo se da a los bebés. El infante es hondamente amado y admirado durante los dos primeros años de vida, para después con presión y el paso del tiempo llegar a ser un niño bien educado, un niño modelo que tendrá que encajar forzosamente en el sistema de obediencia absoluta de los padres. Obediencia, humildad, sumisión y respeto son necesarios ante los mayores, el niño deberá ser bien educado, y si para conseguirlo no bastan las palabras se utilizará el castigo físico.

II.4. Influencia de la familia en la psicopatología de uno de sus miembros

El siglo diecinueve fue testigo de la respuesta adaptativa de la familia a los efectos económicos de la revolución industrial, pero no es hasta el final del siglo pasado y principio del XXI que los efectos sociales y psicológicos se han hecho presentes. El cambio en la familia dice Burgess (1957) ha sido una degradación de la autoridad de los padres, incertidumbre paterna, declinación de la importancia de los abuelos, una tendencia hacia la igualdad en las relaciones hombre mujer con una disminución relativa de la autoridad del padre e irresponsabilidad de los niños. En la misma línea Burgess dice que los cambios han traído una formación de los matrimonios a más temprana edad y el aumento del índice de natalidad (Burgess 1957, en Ackerman 1994)

La familia contemporánea está más segura económicamente; disfruta más de las cosas materiales de la vida, pero no está más feliz por ello. Está respondiendo a los efectos inexorables de la industrialización, urbanización, adelantos tecnológicos, y al antagonismo correspondiente de valores vitales (Ackerman, 1994).

Es familiar a todos nosotros la tendencia hacia el alejamiento de la familia de las funciones tradicionales de trabajo, culto religioso, cuidado de los enfermos, y educación. También advertimos mayor movilidad de la familia, la tendencia al derrumbe familiar, el incremento del divorcio, el cambio en la moral sexual, y el resurgimiento periódico de la delincuencia (Ackerman, 1994).

La característica en los años 60's es la total desarmonía de las relaciones del individuo con la sociedad, autores como Fromm y Riesman (en Ackerman, 1994) ponen relevancia de la tendencia hacia la sensación de estar perdido, solo y confuso acerca de la identidad personal. Una consecuencia de esta tendencia hacia la desorientación, es que cada persona se vuelve hacia su grupo familiar para restablecer la sensación de seguridad, pertenencia y valor. Se recurre a la familia para dar una compensación en afecto y dignidad por la ansiedad y aflicción que resultan del fracaso por encontrar un lugar seguro dentro del mundo;

los individuos se vuelven hacia sus familias para que ellas los reaseguren de que son queridos y valiosos; esta presión para compensar a los miembros individuales con seguridad y afecto particular impone una carga psíquica extra sobre la familia.

Hay una marcada discontinuidad entre las relaciones del individuo, la familia y la sociedad; una incongruencia, una falta de adaptación (Ackerman, 1994)

Algunas familias buscan la estabilidad en una pauta estática del conformismo y se encuentran pronto fuera de la marcha, otras hacen elecciones impulsivas, rápidas y se encuentran en situaciones equivocadas, hay algunas que optan por moverse de forma ondulatoria entre períodos de intentos de adaptación estática y cambios súbitos, pero se encuentran frustradas y desorientadas en ambas fases, hay familias que se consuelan con sueños de grandeza mientras que otras se hunden agitadamente en una rueda incesante de actividad social, diversiones y juegos, no faltan aquellas que se confortan con las drogas o las que se resignan a una condición pasiva como respuesta a sentimientos compartidos de inferioridad y falta de poder, los miembros del grupo familiar se vuelcan a la rutina (Ackerman, 1994).

Ackerman N. (1994) visualiza en la familia dos componentes importantes “la identidad” y “la estabilidad”. Describe que ciertos adultos inmaduros y emocionalmente perturbados, tienen un concepto precario de su identidad y tienden a ser conflictivos, fragmentarios y confusos. El individuo se vive a sí mismo como teniendo partes no integradas y es incapaz de unir sus partes para constituir una persona entera. Explica que dicha fragmentación es correspondiente a su imagen de identidad familiar. Cuanto más perturbada está la personalidad parecen ser menos sanos los fundamentos básicos de la identidad unida a la de la familia y es más profundo el fracaso para diferenciar un yo separado e íntegro.

Se puede tratar de conceptualizar la identidad psicológica de una pareja familiar como; la madre e hijo, o marido y mujer, pero también la identidad psicológica del grupo familiar como una unidad integrada. Si es visto de esta manera la identidad

psíquica del grupo o relación familiar estaría dado por los impulsos, valores, expectativas, acciones, temores y problemas de adaptación mutuamente compartidos en, y complementados por las conductas que cada miembro de la familia efectúa en sus roles. Lo anterior está hablando de una “identidad compartida” reflejando en fundamentos de experiencia unida, y actuando en las conductas de rol familiar recíprocas o complementarias de estas personas unidas (Ackerman, 1994).

En algunas familias, el inter-juego de los miembros en sus roles familiares variados enfatiza las tendencias hacia la igualdad por encima de las tendencias hacia la diferenciación, en otras puede prevalecer la pauta opuesta. En grupos familiares perturbados, las diferencias pueden estar tan intensificadas como para crear una barrera formidable que perjudica gravemente la matriz para la identidad unida y llevar al fracaso de la diferenciación de sus miembros.

La estabilidad de la conducta es el producto final de complejos procesos interdependientes. Entre éstos los más importantes son: la continuidad de la identidad a través del tiempo; el control del conflicto; la capacidad de cambiar, aprender nuevos roles en la vida y lograr un desarrollo progresivo y; la complementación de relaciones entre los roles familiares. También es una función del inter-juego de la orientación hacia sí mismo y hacia el grupo. La interacción de los miembros en sus roles familiares respectivos determina el tipo de estabilidad de las relaciones familiares y afecta a la capacidad de manejar el conflicto familiar y de restablecer el equilibrio después de una crisis emocional.

Una de las funciones de la estabilidad es responder a las exigencias conservadoras de proteger la uniformidad y la continuidad; otra de las funciones debe dar lugar a la experiencia nueva, al aprendizaje y al progreso, lo cual implica un riesgo, pero de no correrlo se pierde el poder de adaptarse al cambio y de crecer, una adaptación eficaz requiere un equilibrio propicio entre la necesidad de acomodarse al cambio y la uniformidad y continuidad.

El logro de la estabilidad de dichas funciones está influido por la capacidad para manejar el conflicto. Una familia que no encuentra una solución eficaz a un conflicto, lleva a la inadaptación y a la enfermedad emocional a sus miembros. Reconstruyendo el curso de los conflictos nucleares dentro del individuo con una enfermedad psiquiátrica y entre los miembros de la familia, uno puede seguir la pista de las relaciones entre la inadaptación y enfermedad en un individuo y la perturbación patógena en las relaciones familiares.

Ackerman N. menciona el término “complementariedad” el cual se refiere a:

“pautas específicas de relaciones entre roles familiares que proporcionan satisfacciones, vías de solución para el conflicto, apoyo a una imagen necesaria de sí mismo, y afianzamiento de formas decisivas de defensa contra la ansiedad” (Ackerman, 1994 pag).

Puede haber complementariedad positiva o negativa. La primera se da cuando los miembros de la familia experimentan una realización mutua de las necesidades, en ella se origina un crecimiento emocional positivo de las relaciones y de los individuos que lo promueven. La complementariedad negativa en las relaciones familiares se da por el afianzamiento de las defensas contra la ansiedad patógena, sin embargo no promueve significativamente el desarrollo emocional positivo, neutraliza principalmente los efectos destructivos del conflicto y la ansiedad, y defiende las relaciones familiares y a los miembros familiares vulnerables de las tendencias hacia la desorganización. Las áreas patógenas de conflicto familiar son aquellas que empujan a las funciones estabilizadoras u homeostáticas hacia un estado de descompensación, intensificando así las tendencias hacia la desintegración, regresión, ruptura de la comunicación, y alienación emocional.

La configuración del conflicto que prevalece en una pareja, familia o grupo, influye en las pautas internalizadas de conflicto de los miembros individuales de la familia. Es probable que el conflicto familiar provea una vía para la solución del conflicto individual, o visto de otra forma, el conflicto familiar puede empujar al

individuo conflictivo a un estado de compensación emocional. Pero el individuo también influye en el conflicto familiar proyectando elementos de su vida emocional interna en los procesos de interacción. De cualquier forma, las pautas actuales de conflicto familiar pueden afectar poderosamente el resultado final de los conflictos individuales que han sido internalizados en periodos más tempranos del desarrollo.

Una investigación realizada por Lidz, Cornelison, Carlson y Fleck (1957 en Bateson, Ferreira, Jackson, 1980) tuvo como propósito la exploración de familias con esquizofrénicos. Los autores partieron del hecho que el medio en donde crecen las personas influye sobre su manera de percibir el mundo y relacionarse, así la familia es el primer maestro de la interacción social y la reactividad emocional. Los autores hablan de tres conceptos fundamentales: **la racionalidad, el pensamiento reflexivo y la comunicación** que al parecer están encadenados.

La racionalidad dicen puede medirse en términos del modo en que nuestras percepciones llevan a una acción eficaz, si lo que creemos sobre los hechos del mundo circundante nos conduce a un grado de dominio sobre nuestro medio y a una interacción practicable con las personas con las que vivimos, podemos decir que tenemos una acción eficaz de la racionalidad (Bateson et al 1980).

El pensamiento reflexivo se mide por la forma en que ayuda al individuo a dominar su medio y a alcanzar consenso suficiente con otras personas como para permitir una interacción colaborativa (Bateson et al 1980).

La comunicación, es la manifestación exterior de la actividad simbólica mide la eficacia del pensamiento según el grado de consenso alcanzado con otros sobre lo que percibimos y los hechos que significan (Bateson et al 1980).

Sin embargo, el grado de consenso alcanzado por las personas puede llevar a sistematizar ideas que en realidad pueden contradecir la experiencia, pueden gobernar nuestras percepciones y nuestra comprensión. Muchas veces esos

axiomas son aceptados culturalmente dejando de ser “delirios” para transformarse en “creencias” el resultado: una departamentalización de la experiencia en sectores que no llegan a entrar en conflicto recíproco (Bateson et al 1980).

Pero si un progenitor debe proteger su tenue equilibrio psíquico aferrándose a una necesidad o a un concepto suyo rígidamente mantenido, y todo lo demás debe servir a esta defensa, se producen distorsiones que afectan a toda la familia. Esa necesidad de seguridad emocional puede llevar a sistematizar ideas que pueden contradecir la experiencia y gobernar nuestras percepciones y nuestra comprensión (Bateson et al 1980).

Su estudio examina dos aspectos 1) la racionalidad de los padres y 2) la naturaleza de comunicación dentro de la familia. Fue realizado con 15 familias y muestra resultados interesantes. Los autores describen que los padres poseen características: paranoides en su mayoría padres, y en las madres ansiedad que llega a dispersarlas y mostrarlas confusas, la comunicación de los padres se muestra; confusa en el discurso, sin continuidad en la plática que establecen con los investigadores y “folie á la famille”. Describen la “impermeabilidad” y el “enmascaramiento” muy comunes en estas familias. El primero se define como la incapacidad de un progenitor para percibir u oír las necesidades emocionales del niño; el segundo se refiere a una capacidad de uno o ambos progenitores para ocultar alguna situación muy perturbadora dentro de la familia y actuar como si no existiera (Bateson et al, 1980).

Laing (1986) en su libro el cuestionamiento de la familia, expone algo similar, describe la internalización de la familia, constituida por las relaciones y operaciones que se dan entre los miembros. Internalizar para el autor significa trasponer lo externo a lo interno, implica la transferencia de cierto número de relaciones que constituyen un conjunto de una modalidad de la experiencia a otras (de la experiencia a los sueños o en la memoria). No se internaliza a los objetos como tales, sino pautas de relación por medio de operaciones internas, a partir de las cuales una persona desarrolla una persona grupal personificada, un

conjunto de elementos con subdivisiones dentro de las cuales se encuentra el yo, junto con otras personas que lo contienen, la familia por ende no es un objeto introyectado sino un conjunto de relaciones introyectado. Desde este punto de vista los padres pueden internalizarse como unidos o distanciados, juntos o separados, próximos o alejados o personas que se aman o se pelean y también una familia.

Laing (1986) propone el termino de co-inherencia que es un sentimiento de unidad compartido en la medida en que se reconoce en nuestro interior la presencia de todos los integrantes de la familia, aun así los miembros de la familia pueden experimentar su inclusión en menor o mayor grado, según sientan o no que llevan a la familia dentro de ellos y que están dentro del conjunto de relaciones que caracterizan la familia interna de los otros miembros.

Algunas personas parecen necesitar hasta tal punto esas operaciones grupales para estructurar su espacio y su tiempo que, sin ellas, se sienten incapaces de mantener su equilibrio, puede verse que la preservación de la familia es equiparada a la preservación del yo y del mundo en ellos. Cada miembro de la familia puede exigir que los otros mantengan dentro de sí la misma imagen de la familia, así la identidad de cada individuo se apoya entonces en la presencia de una familia compartida dentro de los demás.

La exigencia de los demás miembros para la preservación de la misma imagen de la familia, puede hacer que se utilicen defensas por medio de las cuales el “yo” procura controlar la vida interior del prójimo con el fin de preservar su propia vida interior. Es un hecho que las personas tratan de actuar sobre los mundos “interiores” de los demás con el fin de preservar sus propios mundos interiores. Si el yo depende de la integridad de la “familia” dependerá entonces -dado que la “familia” es una estructura compartida de que conciba a ésta como una estructura compartida por otros.

Laing reconoce en qué personas gravemente perturbadas hay algo que puede considerarse como estructuras delirantes pero que, sin embargo, están visiblemente relacionadas con situaciones familiares.

II.5. Funcionamiento Familiar.

Los científicos sociales que estudian el funcionamiento familiar han señalado algunos indicadores de funcionalidad familiar basados principalmente criterios de salud marital, otros han creado instrumentos de medición que permiten evaluar las dimensiones teóricas que comprenden este fenómeno (Palomar 1998)

Beavers, Hampson, y Hulgus (1985 en Palomar 1998) afirman que familias con niveles de competencia similares pueden mostrar diferentes estilos funcionales de relación o interacción, además las familias más competentes tienen la capacidad de equilibrar y cambiar sus estilos de funcionamiento según se producen cambios evolutivos.

Jansen (1952 en Palomar 1998) fue un pionero en la investigación del buen funcionamiento de la familia, señala los siguientes indicadores: acuerdo, cooperación, interés mutuo, afecto, estima, confianza y gusto por relacionarse. Pollack (1957 en Palomares 1998) ubica las características de interdependencia entre los cónyuges y disposición para olvidarse de las necesidades personales para promover la satisfacción de la pareja, la primacía de sentimientos positivos entre la pareja, relaciones sanas entre hermanos, relaciones padres hijos caracterizadas por el intercambio mutuo y la habilidad para desarrollarse personalmente.

Conforme las investigaciones avanzan se van creando nuevas características para la exploración del funcionamiento familiar Herber Otto (1985 en Palomar 1998) delinea las siguientes para las familias “fuertes”; 1) los miembros de la familia son sensibles a las necesidades de los demás miembros, 2) se comunican claramente, 3) se dan soporte emocional y seguridad, 4) promueven entre ellos las relaciones dentro y fuera de la familia, 5) los roles se ejercen con flexibilidad y la autonomía de los miembros se respeta, 6) los miembros tienen un sentido de lealtad y unicidad y se alienta un ambiente de cooperación entre ellos, 7) son capaces de mantener y promover la relaciones con su comunidad, 8) utilizan la

crisis con un sentido de crecimiento personal, buscan y aceptan ayuda cuando es apropiada.

Kaslow (1982 en Palomar 1998) ubica como factor más importante en el desarrollo de las familias sanas a las parejas sanas, los matrimonios positivos están formados por dos personas que respetan la unicidad de su pareja; se aprecian por lo que son, disfrutan el tiempo que comparten y muestran interés en lo que el otro hace, mantienen un balance entre el tiempo que pasan solos y el de su pareja, las responsabilidades están divididas equitativamente. Sus patrones de comunicación son claros y abiertos, son evidentes, los acuerdos, la cooperación y la habilidad para resolver problemas. Las parejas sanas sostienen una visión optimista del mundo, conocimiento y adaptación al cambio.

Lewis, Beavers, Gossett y Phillips (1976 en Palomares 1998) proponen ocho características de las familias sanas; 1) los miembros de la familia se dan cuenta de que las necesidades individuales satisfacen dentro del contexto de las relaciones interdependientes 2) los límites son lo suficientemente permeables para permitir involucrarse e interactuar fuera del sistema familiar 3) la comunicación es directa y existe poca confusión entre el que emite el mensaje y su destinatario 4) existe una diada parental equitativa que complementa los roles de mando en la familia 5) son frecuentes las expresiones de calidez y empatía 6) las familias se organizan eficazmente las diferencias entre los miembros 7) el cambio se acepta como un proceso normal 8) los miembros de la familia comparten un sistema de valores.

Hansen (1981 en Palomares 1998) identifica a las familias funcionales con un estilo de vida tranquilo y relajado, tienden a comunicarse clara y directamente, no tiene estilos de poder autoritarios y represivos, tienden a resolver lo antes posible sus problemas, los apoyos y recursos del medio son utilizados cuando es necesario. Sus relaciones familiares se caracterizan por el acuerdo, las expectativas realistas y un genuino interés. Usan parte de su tiempo del día para relajarse y compartir intereses.

Fisher (1978 en Palomar 1998) observa que las familias sanas tienen actitud de camaradería, sus miembros se aceptan entre sí, se dan apoyo y se cuidan unos a los otros, las diferencias en actitudes y conducta se respetan lo anterior se logra gracias a una comunicación abierta y directa.

El fomento de la individuación de los miembros es uno de los elementos que Manosur y Soni (1986 en Palomares) se observa en familias sanas, lo cual implica un buen desarrollo de la autopercepción, una adecuada percepción y aceptación de las necesidades y diferencias de los demás y por último la capacidad de reciprocidad y apoyar al otro. La existencia de intereses compartidos y la apertura de la familia al ámbito extrafamiliar y la posibilidad que los miembros de la familia tienen de participar en la elección y número de alternativas de recreación que se les ofrece puede afectar en gran parte la integración y el estilo de una familia (Mansour y Soni 1986 en Palomar 1998)

Satir (1980 en Bautista, 1995) equipara a las familias funcionales con sistemas abiertos, organizados para entrar en transacciones con el ambiente, con capacidad para organizar la información y manejar un grado de información ambiental responder a estímulos imprescindibles modificando y elaborando elementos estructurales, regresar a estados anteriores o evolucionar a nuevos estados.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud, o en la aparición de las enfermedades entre sus miembros. Con base en que ésta cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de una familia funcional o disfuncional (Herrera, 1995).

Winnicott (1984) propone como familia sana aquella que hace posible las integraciones más amplias, los agrupamientos más amplios de todo tipo, que se superponen y a veces son mutuamente antagónicos, y que sin embargo, pueden encerrar el germen de un círculo social que se amplía innecesariamente.

La fortaleza de la familia radica en el hecho de ser un punto de reunión entre algo que es fruto de la relación del padre y de la madre y algo que deriva de los factores innatos inherentes del crecimiento emocional de cada hijo, factores que he refundido bajo el encabezamiento de tendencias a la integración (Winnicott, 1984).

La familia contribuye a la madurez emocional del individuo: la existencia sostenida de oportunidad para un alto grado de dependencia; el otro es el hecho de ofrecer la oportunidad para que el individuo se separe violentamente de los padres e ingrese a la familia, que pase de ésta a la unidad social que está inmediatamente fuera de ella, y de esa unidad social pase a otra y luego a otra y otra. (Winnicott, 1984)

Una definición propuesta por Offer y Sashbin (1976 en Palomar 1998) acerca de lo que se considera un buen funcionamiento familiar toma en cuenta el crecimiento, la adaptación y el cambio como partes integrales de la salud y la estabilidad se enfatiza el hecho de que la salud de la familia es un proceso y puede cambiar con el tiempo.

Minuchin (1998) observa como las familias a través del tiempo elaboran pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación, al mismo tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Para este Autor uno de los aspectos más importantes de la estructura familiar es la fijación de límites en la pareja, los cuales les procuran un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otros.

El subsistema parental está encargado de la supervivencia del sistema total, fija reglas para lo cual es conveniente la negociación, la exigencia de responsabilidad y el otorgamiento de una mayor autoridad a los hijos.

El modelo estructural propuesto por Minuchin explora los siguientes aspectos:

Jerarquía: es el nivel de autoridad que define quienes poseen el derecho de tener el mando, establecer las pautas de conducta y tomar las decisiones finales para toda la familia. Es importante que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar.

Límites: definen como participan y de qué manera lo hacen. La función de los límites reside en proteger la diferenciación de un sistema.

Alianzas: se dan a través de la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Son funcionales cuando son temporales e incluyen a miembros de la misma generación. Cuando son rígidamente persistentes o de vinculación entre miembros de otras generaciones y se establecen para hacer daño a otros se denominan coaliciones.

Territorio: el espacio emocional que cada miembro ocupa dentro de la familia. Se identifica a través del grado de importancia y participación que cada miembro tiene en los acontecimientos significativos de la vida familiar.

Geografía: consiste en la distribución física que ocupan los integrantes de la familia para dormir, viajar, comer etc.

Un modelo psicodinámico propuesto por Epstein (1982 en Bautista 1995) expone las siguientes dimensiones para examinar el funcionamiento familiar:

Patrones de identificación y de solución de problemas: se refiere a la capacidad que tiene la familia para identificar y resolver problemas y mantener su equilibrio.

Expresión de afectos: se valora la capacidad que tienen los distintos miembros para expresar verbal y no verbalmente la gama de afectos humanos de bienestar, alegría, ternura, amor y de malestar, cólera, miedo, depresión y angustia.

Involucramiento afectivo: también llamada cohesividad de la familia en general y de cada uno de sus miembros en relación con el resto de la familia, puede ir desde un involucramiento excesivo entre todos sus miembros hasta la ausencia del mismo, en un extremo el amalgamiento y en el otro la desintegración emocional, el punto medio es un involucramiento empático en donde no se pierde la individualidad.

Comunicación: es el intercambio de información dentro de una familia, ya sea a través de mensajes verbales o no verbales. Cuanto más perturbada la familia, más alterado estará el proceso de comunicación. De acuerdo con la calidad de los mensajes se distinguirá entre una comunicación clara; cuando las precisiones son mínimas e inmediatas y oscuras; cuando las dudas son prevalentes. Será una comunicación directa si se dirige a la persona para la que se generó, en caso contrario, se hablaría de una comunicación indirecta.

Roles: son las expectativas conscientes e inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá en una situación o contexto social dado. Puede ser roles tradicionales; son definidos y aceptados como tales en nuestra cultura o idiosincráticos aquellos fuera de las formulas tradicionales; su función es específica y se revelan mediante patrones de transacción que sirven para unir a la familia.

Control de conducta: son los patrones habituales que la familia adopta para manejar sus impulsos, para mantener sus conductas, normas educativas, sociales y de dirección de situaciones físicamente peligrosas dentro o fuera del hogar. Distingue 4 modelos de control de conducta:

Rígidos: Son fijos, no hay flexibilidad ni tolerancia a la variación individual.

Flexible: hay oportunidad de negociar, permitiendo variaciones conforme distintas circunstancias e individuos.

Permisivo: no hay patrones de control de conducta efectivos ni normas establecidas “se permite todo”.

Caótico: hay una total inconsistencia en los procedimientos de control de conducta en la familia.

Autonomía: es la capacidad de cada uno para independizarse y ejecutar acciones personales responsabilizándose de sus propias decisiones, se demuestra por la capacidad de ser una persona separada, se percata de su libertad escoge o rechaza influencias internas y externas.

Área psicopatológica familiar: se puede considerar como tales los extremos fuera de lo aceptable, dentro de un comportamiento, actitud o estado continuo. Generalmente cuando el mismo tipo de conductas o actitud conflictiva psicodinámica o dificultad de relación, se encuentra presente en dos o más miembros de la familia, siendo uno de ellos los progenitores.

Shek (1997 en Lopez, 2006) en un estudio con adolescentes, ubicó con menos problemas de tipo conductuales y con una buena adaptación psicosocial a aquellos que experimentan un buen funcionamiento familiar.

Pinto y cols. (2004 en Lopez 2006) explican los desórdenes mentales de la salud en niños y adolescentes como el resultado de factores biológicos, del ambiente o de ambos. Los biológicos son; las causas genéticas, desequilibrios químicos en el cuerpo o en SNC. Los ambientales puede ser; exposición a la violencia, tensión extrema, pérdida de una persona importante o desajustes en el ambiente familiar. Cevallos (en Lopez, 2006) a ese respecto adjudica a la crisis familiar como el principal motivo de trastorno de conducta del adolescente.

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante

de la familia; e incluso afirman que la mayoría de los enfermos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente que de cualquier otra (Mendoza-Solís et al 2006).

El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor en las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él (Arellano, Atri, Brizuela, 2006)

Un estudio realizado por Valenzuela A. (2008) evaluó el funcionamiento familiar de familias con pacientes adictos a sustancias psicotrópicas los resultados arrojaron que estas familias son disfuncionales y entre las funciones familiares más importantemente alteradas se encuentran:

La conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente, el consumo de drogas por un miembro familiar, y sobre todo cuando este consumo es conocido por sus componentes es un factor de estrés, para la familia de alto grado.

La comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia

Afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia

Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar

Las familias disfuncionales, expone Avilés (2002), son equiparables con sistemas cerrados que desarrollan límites rígidos hacia el exterior.

Legoff (2009) en un estudio da cuenta de un alto nivel de abuso en la historia de adolescentes, lo cual sugiere por sí solo la presencia de un bajo nivel de funcionamiento familiar. La pobre comunicación, la censura de temas prohibidos, el uso de una crianza punitiva/autoritaria, las relaciones desvinculadas e independientes, y la falta de calidez/afectividad entre los miembros de la familia representan aspectos relacionados con la presencia del trastorno disocial en adolescentes.

En la desvinculación de la familia es observable un deterioro en la comunicación como un defecto entre los miembros el cual está asociado a sujetos con trastornos de conducta (Legoff, 2009).

En familias donde el subsistema de los hijos no participa del todo en la toma de decisiones las cuales tiene repercusión en el devenir de los miembros de la familia, es más frecuente el consumo o abuso de sustancias, familias con miembros desvinculados entre sí, y en donde el tiempo de convivencia y las demostraciones afectivas entre los mismos pueden ser considerados insuficientes, existe una desorganización, en donde efectivamente no existen tradiciones familiares o valores de manera constante. Las familias que no conviven lo suficiente, tienen más frecuentemente miembros adolescentes que amenazan, pelean y roban con más frecuencia si no existen suficientes demostraciones de cariño entre sus miembros. Adolescentes con conductas negativistas desafiantes perciben a sus padres como poco afectivos, las familias suelen ser irresponsables y esto provoca rencores y venganzas de los miembros adolescentes (Legoff, 2009)

Chulines (2008) observa cómo influye el apoyo social positivamente en la vida de pacientes geriátricos, en su investigación, las familias extensas cuidan en mayor medida a los adultos mayores, la atención que se les brinda mejora la calidad de vida de dichos pacientes.

Morales (2000) estudia la relación entre el desarrollo cognoscitivo el clima familiar y el estrés de la crianza, para ella todos los padres enfrentan situaciones

estresantes y sus efectos pueden acumularse y afectar la calidad del maternaje y la interacción madre e hijo dentro de la familia que pertenecen. En comunidades rurales marginadas el desarrollo cognitivo es más sensible al tiempo de convivencia y estimulación de los padres que a variables económicas.

Rocha (2009) estudia a pacientes portadores de VIH en donde el apoyo familiar es un mecanismo base para el afrontamiento, se ha demostrado que la percepción del apoyo recibido de la pareja y de la familia influye de manera proporcional al avance y gravedad de la enfermedad. Factores como la comunicación, las muestras de afecto, y la ayuda de las redes de apoyo muestran un efecto favorable sobre la prevención de depresión en pacientes portadores de VIH e incluso dichos elementos son clave para el mejoramiento del estado clínico en el que se encuentran estos enfermos.

Rocha registra que las familias con integrante portador de VIH presentan elementos de comunicación, afecto, conducta disruptiva y supervisión alterada con tendencia a la disfuncionalidad en contra parte el apoyo lo encontró favorable tendiendo hacia la funcionalidad.

En dichas familias el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica, en el reforzamiento del sistema inmunológico y por lo tanto en una menor incidencia de recaídas y hospitalizaciones.

Concluye que una familia disfuncional puede ser causa de diferentes patologías, más no, una patología puede hacer disfuncional a una familia, las familias con un enfermo de VIH son disfuncionales pero rescatan el apoyo como elemento funcional.

López (2006) en un estudio realizado con adolescentes encontró una relación entre la disfunción familiar y la adaptación psicosocial, una relación entre la disfunción familiar y el bajo rendimiento escolar que tiende a incrementarse cuando el adolescente presenta más de una materia reprobada, no encontró asociación entre la disfunción familiar y psicopatología en el adolescente.

Sánchez (2000) hace un estudio del Funcionamiento Familiar con niño víctimas de abuso sexual encontrando características importantes en dichas familias; los conyugues no presentan una identidad personal buscan una fusión con su pareja, la identidad de la madre se da a partir del marido. Las familias de integrantes víctimas de abuso sexual funcionan en forma autónoma poseen un desproporcionado sentido de independencia, carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia y de las capacidades de requerir ayuda cuando la necesitan.

Estas familias permanecen inmutables ante los problemas de los hijos, la figura paterna generalmente está ausente o es periférica siendo la madre la responsable de los hijos y brindando una supervisión deficiente. Existe confusión en los roles y hay inversión en las jerarquías existiendo ausencia de límites, las reglas son caóticas poco claras e impredecibles.

Los mensajes que se comunican son enmascarados o indirectos siendo difíciles de entender por ende el área más disfuncional es la comunicación también el afecto se encuentra alterada existe una incapacidad para mostrar afectos abiertamente y congruentes al estímulo verbal y no verbal, generalmente es el padre el que es menos afectuoso, aunado a que presenta conductas disruptivas como el alcoholismo, drogadicción o tabaquismo.

II.6. Clasificación Triaxial de la Familia

Existe una clasificación triaxial de la familia propuesta para el funcionamiento o disfunción de la familia (Wen-Shing et al., 1979) la cual consta de tres ejes, el primero representa los aspectos de desarrollo de la familia y tiene que ver con la dimensión histórica o longitudinal. El segundo eje se enfoca a los subsistemas de la familia; identifica la localización principal de los problemas interpersonales dentro de la familia y se basa en un corte transversal de las funciones familiares. El tercer eje se enfoca a la familia como un grupo, matriz o sistema, e intenta categorizar a la disfunción familiar a través de tal dimensión.

Eje I Disfunciones en el desarrollo de la familia.

a) Disfunciones del desarrollo.

Las disfunciones descritas en este eje se centran alrededor de la dimensión de desarrollo familiar. Hay diferentes clases de disfunción o crisis que pueden ser observadas en diferentes etapas del desarrollo.

1.-Disfunción familiar primaria: se refiere a la disfunción de la pareja como esposa y esposo. Refleja una incapacidad para establecer una relación de pareja compatible, el fracaso para tomar las responsabilidades maritales, un matrimonio neurótico sintomático debido a expectativa inconscientes conflictivas, o la dificultad para separarse de la propia familia de origen. Esta disfunción, se observa usualmente en las etapas tempranas del matrimonio pero puede perdurar o recurrir cualquier etapa de la vida familiar

2.-Disfunción familiar relacionada con la crianza de los infantes: esta disfunción se presenta con la llegada de los niños a la familia. Los problemas causados por la inadecuada preparación de los padres para relacionarse con su hijo pueden originarse en su dificultad para cambiar de los roles conyugales a los roles de los padres o también puede deberse a las expectativas neuróticas asociadas con el hijo, puede presentarse al nacimiento del primer hijo, o puede ocurrir en cualquier época, al nacimiento de otro hijo.

3.-Disfunción relacionada con la educación de los niños: dicho desorden se centra alrededor de la dificultad para educar a los niños pequeños. Puede haber una incapacidad para proporcionar un ambiente psicológico adecuado para la familia en expansión ó una dificultad para organizar a la familia como grupo. También representa un problema la reorganización de la familia con niños de diversas edades. La incapacidad para manejar asuntos de separación y cercanía o para solucionar un conflicto triangular puede también representar una forma específica de disfunción.

4.-Disfunción familiar madura: cuando los hijos llegan a la juventud, los problemas familiares se enfocan en la diferenciación de roles y en las situaciones de separación. Los padres pueden tener dificultad para separarse de sus hijos adultos así también como problemas para restablecer su equilibrio conyugal. Se ha observado que los adolescentes frecuentemente provocan una regresión e la etapa de la adolescencia en otros miembros de la familia.

5.-Disfunción de familia en contracción: las dificultades de preparación o la incapacidad para aceptar la pérdida de un miembro, y la falla para adaptarse a un nuevo patrón de vida familiar y manejar la soledad e inseguridad en esta etapa.

b) Complicaciones del desarrollo y variaciones.

Esta categoría incluye cualquier alteración familiar que pueda ser conceptualizada como complicación o variación del desarrollo familiar “usual”.

6.-Familia interrumpida: se refiere a la crisis familiar asociada con la separación o divorcio de los padres. Las características principales en esta disfunción familiar son: dificultad para manejar asuntos relacionados con la separación y la vinculación, los problemas para manejar los sentimientos no resueltos relacionados con el divorcio y la falla para negociar la custodia de los niños.

7.-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

usualmente se centran alrededor del mantenimiento, cuidado y disciplina de los niños así como la identificación psicosexual.

8.-Disfunción de la familia reconstruida: para la familia reconstruida, el establecimiento de una nueva división de roles entre los padres, entre hijos, y entre niño-niñas, es el principal problema que debe ser enfrentado y los obstáculos pueden reflejar situaciones e identidades previas propias de las historias de cada una de las familias de origen.

9.-Familia crónicamente inestable: Esta categoría se refiere a la familia caracterizada por frecuentes cambios, separaciones o divorcios. Las condiciones prevalentes son falta de consistencia y estabilidad en vida de miembros de la familia individual y conjuntamente. Pueden presentarse confusiones en la división de roles y en los límites familiares.

Eje II Disfunciones en los subsistemas conyugales.

Este eje, la atención centra en los problemas localizados en los subsistemas de la familia. al enfocar más concentrada la patología familiar se identifica a los miembros principales dentro de la familia a quienes se puede imputar la disfunción.

a) Disfunción en el sistema conyugal.

El sitio de mayor disfunción se origina en el matrimonio. Los adultos pueden funcionar bastante bien como individuos separados pero sus interacciones como pareja están dominadas por necesidades neuróticas inconscientes conflictivas que se pueden desplazar e involucrar a toda la familia. Debido a la naturaleza de la relación entre los esposos, sus problemas maritales se sub clasifican en los siguientes grupos

1.-Disfunción marital complementaria: la relación conyugal se caracteriza por la combinación de dos personas patológicas complementarias o con problemas de carácter también complementarios. Este tipo de relación está desequilibrada

debido a las personalidades tan opuestas sin embargo frecuentemente se mantiene estable porque satisface ciertas necesidades. Básicamente la relación es frágil y lábil, fácilmente desequilibrada y patológica por naturaleza. Estas combinaciones complementarias se pueden subdividir aún más a) dominante vs. Sumisa; b) lejana y fría afectivamente vs. Necesidad de afecto y emocional; c) obsesiva-compulsiva e inútil; e) sádica vs. Masoquista.

2.-Disfunción marital conflictiva: La relación conyugal se caracteriza por la combinación de dos personas que tienen la misma tendencial a buscar el control y el poder. Los problemas que surgen de tales similitudes resultan en relaciones constantemente competitivas rivales y conflictivas. A pesar de una situación continuada de tensión y confrontación; la relación entre la pareja continua marchando.

3.-Disfunción marital dependiente: este matrimonio está compuesto por dos personas que son mutuamente dependientes, inseguras o emocionalmente inmaduras. Tal relación tiene una vulnerabilidad inherente porque cualquier separación puede dar por resultados la incapacidad de uno o ambos para funcionar como individuos.

4.-Disfunción desvinculada: el matrimonio se caracteriza por una interacción escasa y por una disminución en el involucramiento emocional en la pareja. Sin embargo por razones culturales, sociales o religiosas, mantienen el matrimonio. O bien continuar en una relación apática, indiferente, falta total de cualquier vitalidad, debido a sus personalidades extremadamente pasivas que buscan no tener cambios ni alterar la rutina acostumbrada.

5.-Disfunción marital por incompatibilidad: la relación se caracteriza por la existencia de importantes diferencias en personalidades, sistemas, valores y estilos de vida; frecuentemente, las diferencias en edad, en educación y en ocupaciones son demasiado grandes, de los que resulta una importante incompatibilidad en los roles de esposo y esposa, en continuo caos y en frecuentes intentos de readaptación.

b) disfunciones en el subsistema padre-hijo.

Los problemas se centran en el subsistema formado por los progenitores y el hijo. Con base en el foco enfatizado, ya sea el padre, el niño o la relación padre/hijo, la disfunción se subdivide en las siguientes categorías:

6.-Disfunción centrada en el progenitor: este tipo de patología está dominado por las condiciones neuróticas o caracterológicas de un padre que interfiere con su habilidad para criar al hijo. Las expectativas patológicas de padre respecto a su hijo, las identificaciones proyectivas y las reacciones distorsionadas hacia el hijo como si presentara a alguien diferente; las técnicas inapropiadas de educación para la edad del niño; la conducta inadecuada del progenitor; el favoritismo extremo del padre o su tendencia al rechazo, son ejemplos de tales problemas reactivos a la actitud inadecuada del progenitor.

7.-Disfunción ante uno de los hijos: Aquí la disfunción familiar primariamente provocada por la patología de un niño. El niño tiene una alteración bien definida de tipo orgánico, del desarrollo, neurótica o psicótica que altera el funcionamiento de la familia. La disfunción familiar puede interpretarse como una directa relación con el problema del niño

8.-Disfunción en la interrelación padre-hijo: el punto clave de esta disfunción familiar es un trastorno en la interacción padre-hijo. Hay ejemplos claramente recordables: la sobreprotección de un padre hacia su hijo acompañada de una liga excesiva del hijo hacia su progenitor, lo que da por resultado la llamada "relación simbiótica"; el padre excesivamente controlador con un niño sumamente inhibido; o las interrelaciones entre padre e hijo mutuamente hostiles y rechazantes.

9.-Disfunción triangular padre-hijo: esta alteración familiar se centra alrededor de la patología de dos padres y del intenso involucramiento de unos de sus hijos, lo cual produce un conflicto triádico. Generalmente ambos padres tienen conflictos no resueltos relacionados con su propio desarrollo; éstos permanecen

latentes hasta que uno de los niños llega a una etapa particular del desarrollo donde los puntos conflictivos se presentan abiertamente.

c) Disfunciones en el subsistema de los hermanos.

La perturbación excesiva primariamente entre los hermanos, aunque tales problemas pueden extenderse e involucrar a otros miembros de la familia. La patología interaccional de los hermanos puede manifestarse como una rivalidad muy destructiva; una identificación excesiva o a la diferenciación entre hermanos o como coaliciones en contra de uno o ambos padres.

Eje III Disfunción en el grupo familiar.

En este eje de clasificación, la familia es conceptualizada como un grupo que forma un solo sistema y sus disfunciones se enfocan con esa visión de sistema de grupo.

a) Disfunciones estructurales funcionales.

Los grupos familiares se examinan desde varios aspectos del funcionamiento estructural tales como organización, integración, límites del grupo, división de roles, comunicación, atmosfera emocional o ejecución de las tareas. Con base en estos aspectos, las disfunciones familiares se clasifican como sigue:

1.-Familia de bajo rendimiento: esta familia está encabezada por padres con personalidades inmaduras. Les falta habilidad para guiar a la familia. Consecuentemente, la familia como un grupo está pobremente organizada, tiene dificultades para comunicarse adecuadamente o para hacer decisiones efectivas; como grupo familiar tiende a actuar inadecuadamente.

2.-Familia excesivamente estructurada: la familia está dirigida por un padre perfeccionista que influye en toda la familia y que hace que esta se oriente básicamente hacia las tareas y se preocupe principalmente de la disciplina y el rendimiento. La familia como grupo tiende a funcionar primariamente con la

estructura y a través de órdenes, pero frecuentemente carece de interacción emocional y calidez.

3.-Familia patológicamente integrada: se caracterizan por una división de roles inapropiadamente asignados pero patológicamente balanceados entre los miembros de la familia. Aunque el panorama general de la relación intrafamiliar aparece como extremadamente desbalanceado o confuso, la familia como grupo puede funcionar a nivel superficial sin interferencias en la realización de tareas.

4.-Familia emocionalmente desvinculada: básicamente los miembros de la familia están insatisfechos uno con el otro y puede existir enojo y hostilidad subyacente entre ellos. Todos los miembros están desvinculados emocionalmente y tienen dificultades para experimentar como grupo. Sin embargo, por razones externas necesidades financieras, expectativas religiosas o sociales ellos mantienen como familia, pero cada individuo tiene su existencia privada o separada.

5.-Familia desorganizada: la familia tiene múltiples problemas en las funciones de grupo que influyen división de roles, comunicación y organización. La diferenciación de roles es indefinida y confusa; la comunicación es ambigua e inefectiva y la organización es caótica. La familia como grupo se caracteriza por su desintegración y desorganización.

b) Disfunciones sociales.

En esta categoría, la disfunción familiar es entendida como la manifestación del estilo de la familia en sus relaciones con otras familias. Los patrones o estilos variados pueden ser considerados como actitudes de vida o como el tema central de toda preocupación para la familia en total. Así, la disfunción familiar está relacionada con la cultura predominantemente más que con la estructura familiar.

6.-Familia socialmente aislada: se caracteriza por un excesivo aislamiento de la comunidad con poco o ningún contacto con miembros de la familia extensa. Como familia, están superficialmente integrados en su interior pero prefieren el

estilo de vida de no integración con la comunidad como forma de manejar su inseguridad interna.

7.-Familia socialmente desviada: esta unidad se caracteriza por una actitud en contra de las normas comunitarias, sin acelerar los estándares sociales y con metas desviadas en su vida familiar.

8.-Familia con un tema especial: la familia está dominada por temas, mitos, secretos o creencias culturales comúnmente compartidas. El tema familiar generalmente es desarrollado por ambos padres y lo comparte toda la familia; es único para una familia individual y no necesariamente importante para otra familia. Un miembro de la familia, frecuentemente un niño, puede ser elegido, tanto por el mismo como por otros miembros de la familia, para ser “el depositario” del tema familiar.

III Método

a) Preguntas de investigación

- 1.- ¿Es diferente el funcionamiento familiar, en familias con un integrante psiquiátrico y familias sin integrante psiquiátrico?
- 2.- ¿En qué dimensiones se encuentran es probable encontrar diferencias?
- 3.- ¿Qué otras variables pueden relacionarse con el funcionamiento familiar?

b) Objetivo General

- Realizar una comparación de los dos grupos para determinar si existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar.

Objetivo Específico

- Evaluar el funcionamiento familiar en el grupo de madres con un hijo con padecimiento psiquiátrico y en el grupo de madres con un hijo sin padecimiento psiquiátrico.
- Describir el funcionamiento familiar en el grupo de madres con un hijo con padecimiento psiquiátrico y en el grupo de madres con un hijo sin padecimiento psiquiátrico.

c) Planteamiento de la hipótesis

Hipótesis estadística principal:

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi: Sí existen diferencias estadísticas significativas en el funcionamiento familiar entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hipótesis estadísticas secundarias:

Ho2: No existen diferencias estadísticamente significativas en la relación de pareja entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi2: Sí existen diferencias estadísticas en la relación de pareja entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho3: No existen diferencias estadísticamente significativas en la comunicación entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi3: Sí existen diferencias estadísticas en la comunicación entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho4: No existen diferencias estadísticamente significativas en la cohesión entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi4: Sí existen diferencias estadísticas en la cohesión entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho5: No existen diferencias estadísticamente significativas en la falta de reglas de apoyo entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi5: Sí existen diferencias estadísticas en la falta de reglas de apoyo entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho6: No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo compartido entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi6: Sí existen diferencias estadísticas en el tiempo compartido entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho7: No existen diferencias estadísticamente significativas en los roles de trabajo doméstico entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi7: Sí existen diferencias estadísticas en los roles de trabajo doméstico entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho8: No existen diferencias estadísticamente significativas en la autonomía entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi8: Sí existen diferencias estadísticas en la autonomía entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho9: No existen diferencias estadísticamente significativas en la organización entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi9: Sí existen diferencias estadísticas en la organización entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho10: No existen diferencias estadísticamente significativas en la autoridad entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi10: Sí existen diferencias estadísticas en la autoridad entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Ho11: No existen diferencias estadísticamente significativas en la violencia física y verbal entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi11: Sí existen diferencias estadísticas en la violencia física y verbal entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

*Se consideran resultados significativos valores con $p \leq 0.05$

d) Variables sociodemográficas:

Edad de la participante al procrear a su primer hijo

Ingreso económico al mes

Número de integrantes viviendo en la familia.

Edades de los integrantes.

Escolaridad de la madre.

Religión.

Estado civil al momento de la concepción de sus hijos.

Estado civil actual.

e) Variable independiente

Integrante familiar con padecimiento psiquiátrico: hijos que han sido diagnosticado por médicos psiquiatras con alguna enfermedad psiquiátrica en este caso por médicos psiquiatras del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" apegados a los criterios de evaluación del CIE 10.

f) Variable dependiente

Funcionamiento Familiar: se define "*conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rigen el estilo de vida familiar y promueven su funcionalidad*" (Palomar, 1998)

g) Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo expos-facto (Mendez, 2003) ya que se pretende establecer las características demográficas de cada grupo, identificar formas de conducta y actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación, establecer comportamientos concretos, descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación (paciente psiquiátrico y funcionamiento familiar). Es expos-facto porque el fenómeno a estudiar (interacción entre el funcionamiento familiar y paciente psiquiátrico) es algo ya existente, presente en un grupo y sobre la cual el investigador no ejerce control alguno.

h) Tipo de investigación

El diseño de investigación que se siguió fue de "comparación con un grupo estático" siendo un diseño preexperimental. El grupo A (01) será comparado con el grupo B (02) con la finalidad de establecer el efecto que tiene sobre de este la variable integrante psiquiátrico (X) en el funcionamiento familiar (Campbell, Stanley, 1973).

X 01

02

Cada grupo se homogeneizó en las siguientes variables; rango de edad, ingreso económico y aplicación de la escala de percepción del funcionamiento familiar solamente madres familia.

i) Población

La muestra para la conformación del grupo de madres con un paciente psiquiátrico se conformó por usuarios del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

La muestra para la conformación del grupo de familias sin un paciente psiquiátrico se conformó con madres voluntarias de hijos estudiantes de la Facultad de Psicología campus Ciudad Universitaria.

j) Tamaño de la muestra

Cada grupo quedó integrado por 30 personas, el método de muestreo fue no probabilístico e intencional para ambos grupos. En cada grupo se pidió la autorización para utilizar los resultados y se consintió al firmar el consentimiento informado.

k) Instrumentos

Escala de funcionamiento familiar construida por Joaquina Palomar Lever en 1998, en la facultad de psicología de la UNAM. Validada y construida con población Mexicana.

La escala está constituida por 10 factores:

1. Relación de pareja
2. Comunicación
3. Cohesión familiar
4. Aspectos disfuncionales (falta de reglas de apoyo)
5. Tiempo que comparte la familia
6. Roles familiares y trabajo doméstico
7. Autonomía-independencia
8. Organización
9. Autoridad y poder
10. Violencia física y verbal

En total, los factores suman un 54.6% de varianza explicada. La consistencia interna de los factores a través del Alfa de Cronbach van de .52 a .94.

Los factores constituyen 7 dimensiones a continuación explicadas.

Cohesión: se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este grado de unión familiar se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como, con el hecho de que los miembros de la familia realicen actividades juntos, compartan intereses y tiempo libre (Palomar, 1998)

Relación de pareja: se refiere a la fuerza y calidad de la diada paterna.

Esta dimensión está relacionada con el grado en el que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se siente querido y valorado por el otro, puede hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico. También está relacionado con el grado en el que la pareja comparte tiempo sin los hijos y puede resolver sus problemas sin que sea necesaria la intervención de alguno de los ellos (Palomar, 1998)

Autonomía: esta dimensión está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar (Palomar, 1998)

Estructura de poder: se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quienes ejercen dicho rol. Detener el poder implica el hecho de tomar decisiones, imponer las reglas familiares, aplicar sanciones para mantener el control sobre la conducta de los demás y sostener económicamente a la familia (Palomar, 1998)

Comunicación: Esta dimensión mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbal y no verbalmente el afecto (Palomar, 1998)

Reglas: Esta dimensión se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad, y la aplicación de sanciones (Palomar, 1998)

Roles: Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, a la claridad respecto a las tareas que deben cumplir los miembros de la familia, al grado de cumplimiento de las funciones y a la distribución de dichos roles (es decir si es equitativa o está sobrecargada en algún miembro) (Palomar, 1998)

En esta dimensión también se investiga qué miembros de la familia realizan algunas actividades dentro de la familia, tales como sostener a la familia, enseñar hábitos higiénicos a los hijos, otorgar permisos, etcétera (Palomar, 1998)

MINI (ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL 2000) DSM-IV versión en Español 5.0.0. por L. Ferrando, J. Bobes, J.Gibert del DSM-IV

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y la CIE10. Se utilizó para tamizar a cada uno de los integrantes de familia descartar cualquier posible enfermedad psiquiátrica.

l) Procedimiento

Para el grupo de familias con un integrante psiquiátrico se aplicaron 30 escalas de percepción del funcionamiento familiar de acuerdo a los criterios de Inclusión en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el área de CLIFAM y Consulta Externa, explicando a cada participante el motivo de dicha investigación, la forma en que realizarían su participación los riesgos y los beneficios. Al terminar de explicar lo anterior y una vez aceptando su participación se firmó el consentimiento informado.

El grupo de familias participante sin integrante psiquiátrico se conformó de acuerdo con los criterios de inclusión en una población participante no adscrita a ningún servicio de salud. Las aplicaciones de la escala de percepción del funcionamiento familiar se realizaron a domicilio, antes de efectuarlas, se explicó el motivo de la investigación y de su participación, los riesgos y beneficios después se realizó un tamizaje con el MINI (versión en español 5.0.0) a cada miembro de la familia con el objetivo de descartar cualquier probable padecimiento psiquiátrico. Una vez concluido el tamizaje se aplicó a la madre la escala de percepción del funcionamiento familiar.

m) Análisis estadístico de los datos

Descriptivo: se utilizaron medidas de resumen media y desviación estándar en una tabla de frecuencia para reportar el comportamiento de las variables y los factores.

Inferencial: para someter a contrastación las hipótesis se utilizó la prueba “t student” en los 10 factores.

IV Resultados

A continuación se muestran las gráficas de las variables sociodemográficas de los dos grupos.

COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

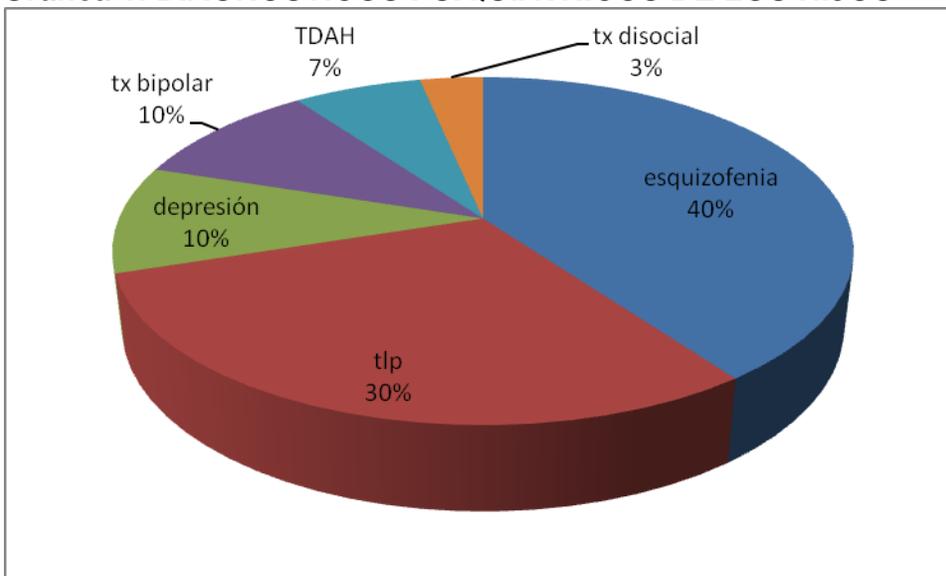
GRUPO A (CON INTEGRANTE PSIQUIÁTRICO)

Edad de las madres al concebir a su primer hijo de 14 a 39 años.

Media de edad de las madres al concebir a su primer hijo: 23.3años.

A continuación se muestra la gráfica 1 en donde puede observarse los diagnósticos psiquiátricos de los hijos que conforman este grupo.

Gráfica 1. DIAGNOSTICOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS HIJOS

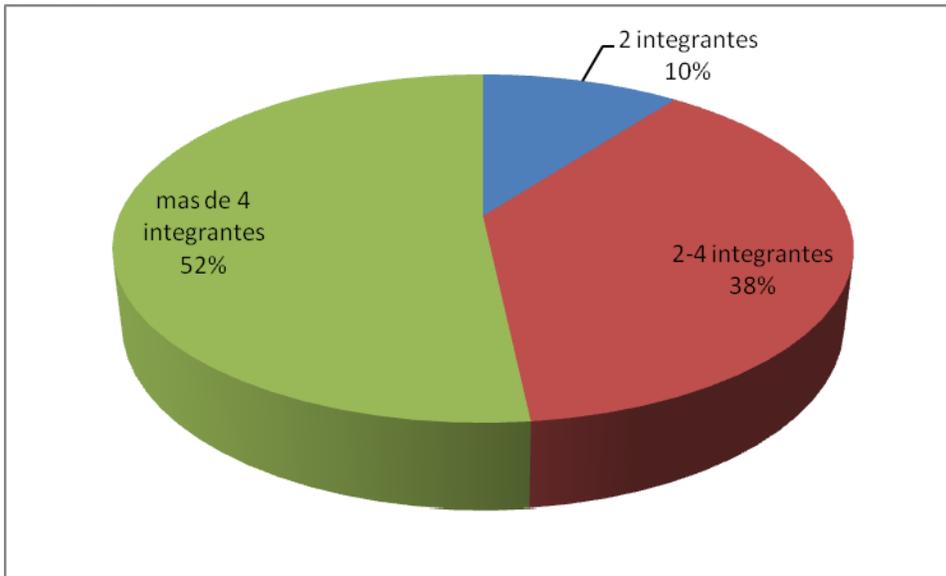


GRUPO B (SIN INTEGRANTE PSIQUIÁTRICO)

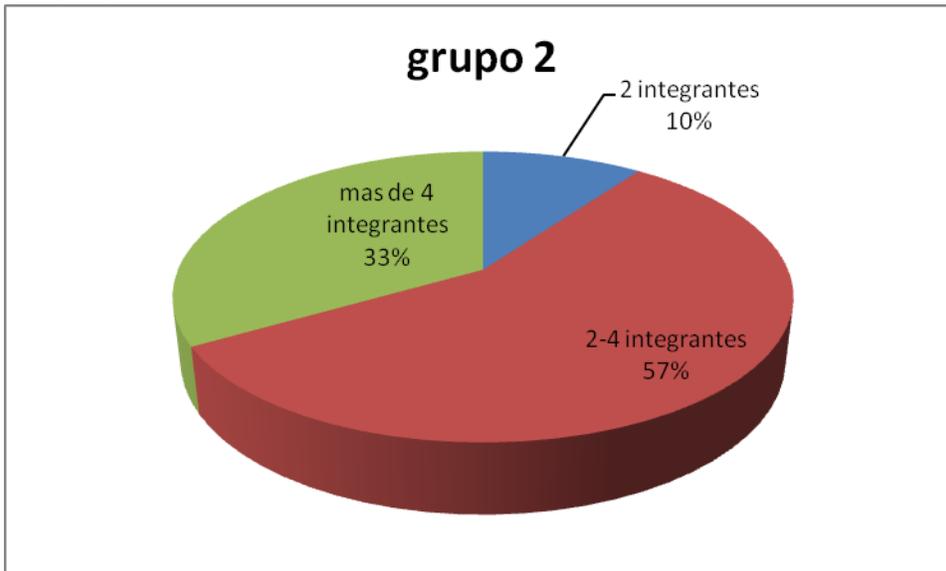
Edad de las madres al concebir a su primer hijo de 17 a 34 años

Media de edad de las madres al concebir a su primer hijo: 25.3 años

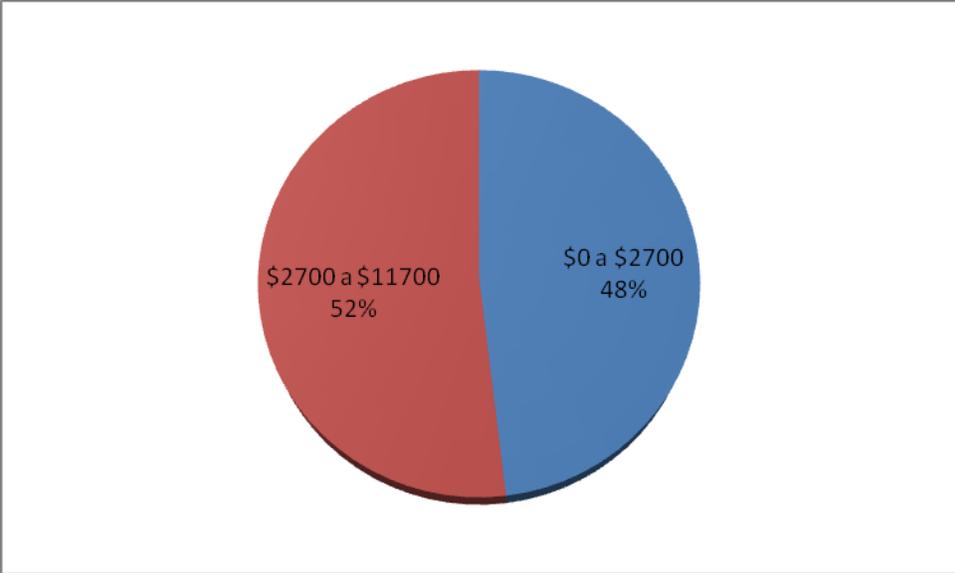
**Gráfica 2. NÚMERO DE INTEGRANTES
GRUPO A**



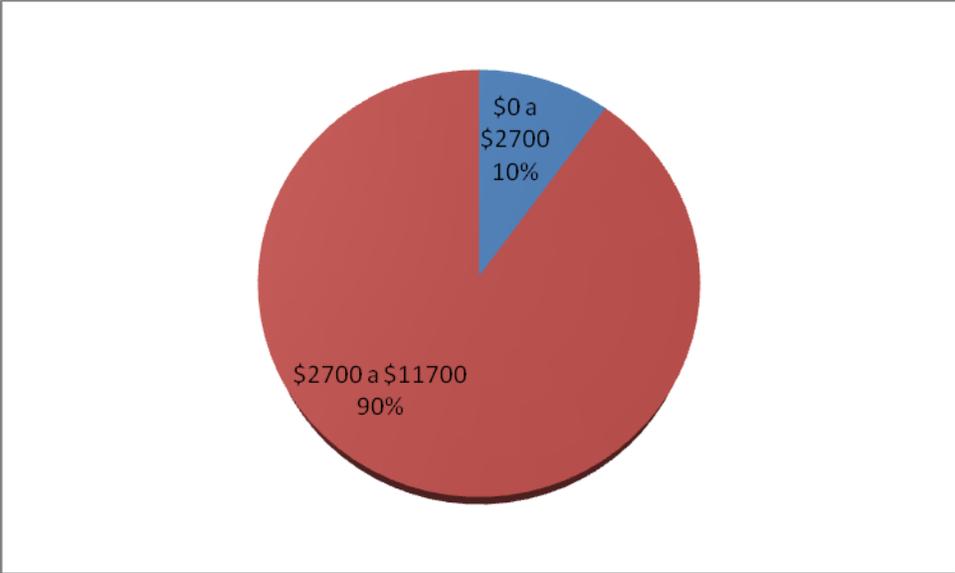
**Gráfica 3. NÚMERO DE INTEGRANTES
GRUPO B**



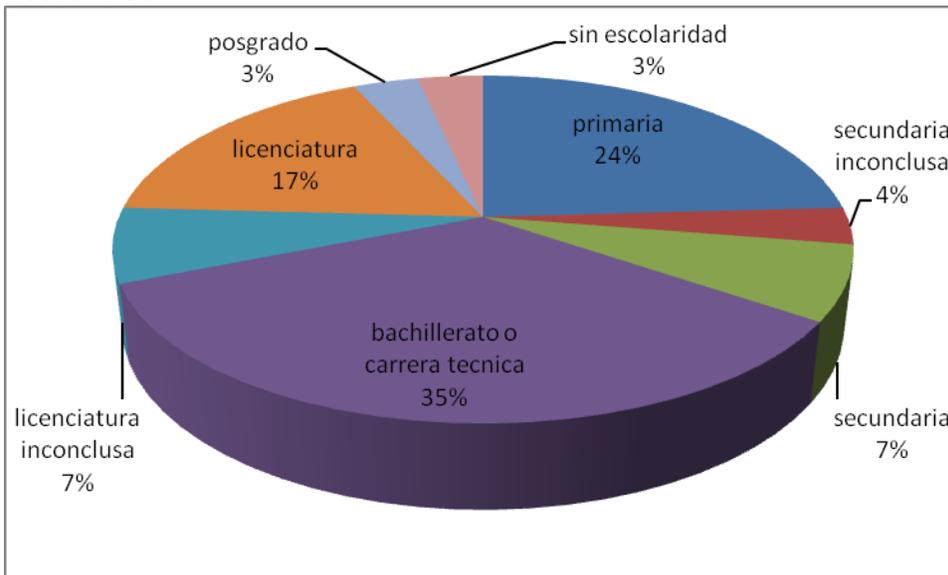
**Gráfica 4. INGRESO ECONÓMICO
GRUPO A**



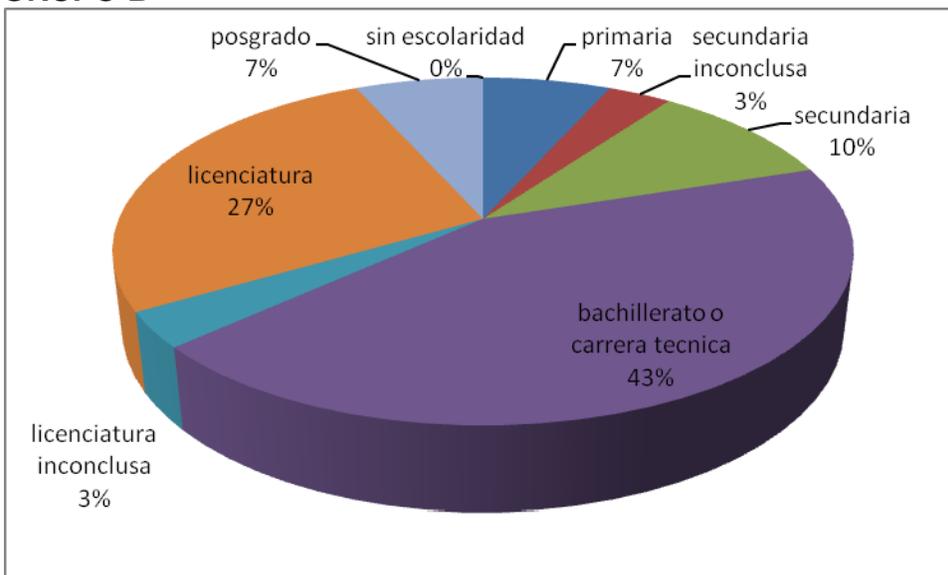
**Gráfica 5. INGRESO ECONÓMICO
GRUPO B**



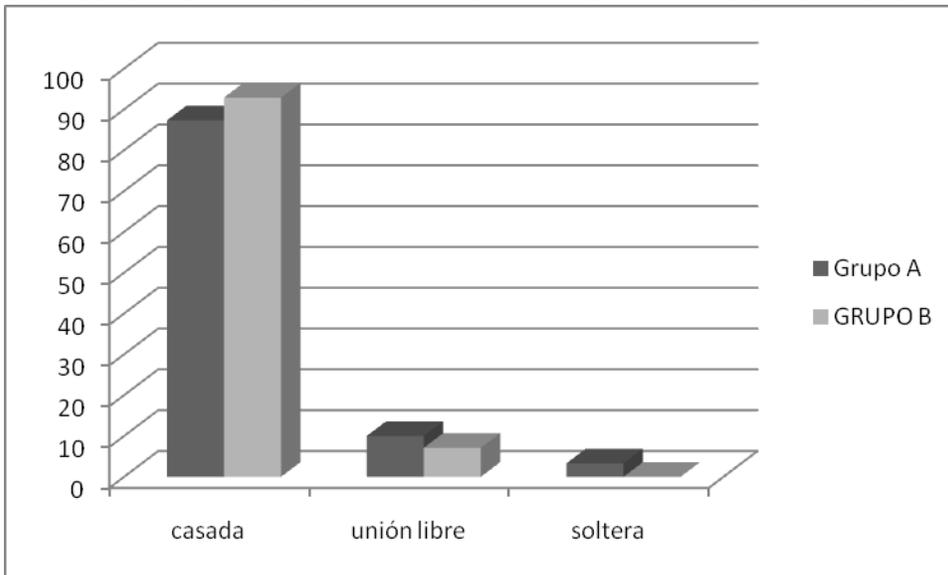
**Gráfica 6.ESCOLARIDAD
GRUPO A**



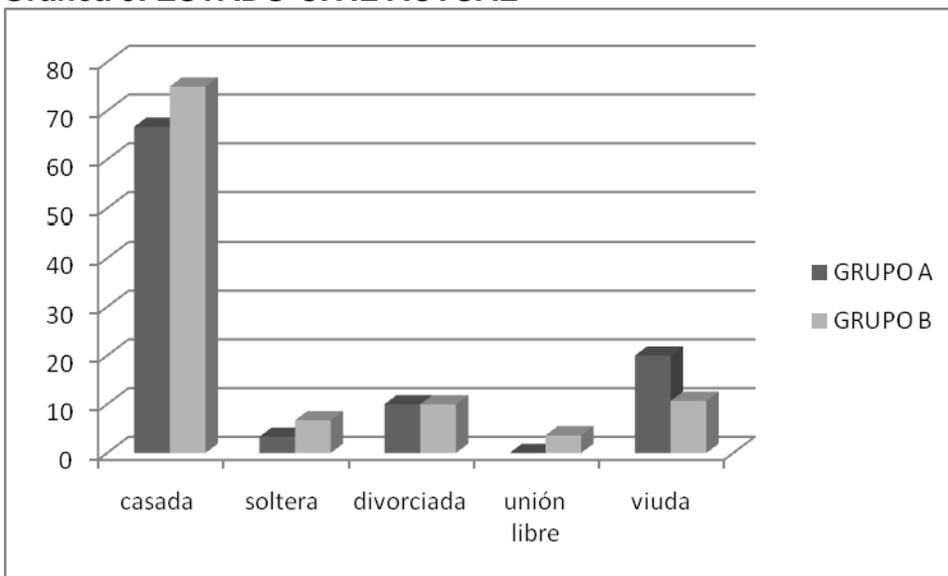
**Gráfica 7. ESCOLARIDAD
GRUPO B**



Gráfica 8. ESTADO CIVIL AL MOMENTO DE LA CONCEPCION DE LOS HIJOS



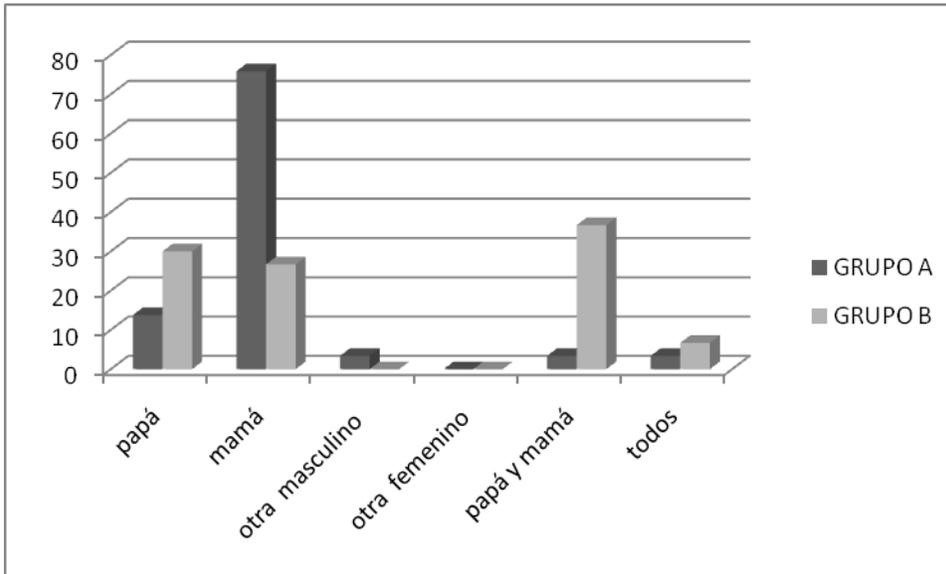
Gráfica 9. ESTADO CIVIL ACTUAL



ROLES Y TAREAS DOMÉSTICAS

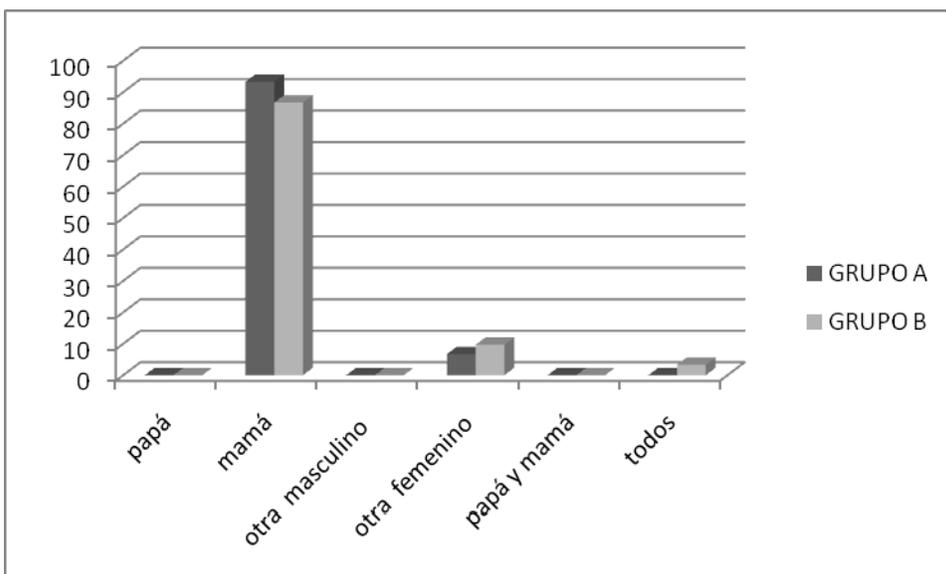
Se muestra a continuación la comparación de los roles y tareas domésticas entre los grupos.

Grafica 10. Tomar las decisiones más importantes



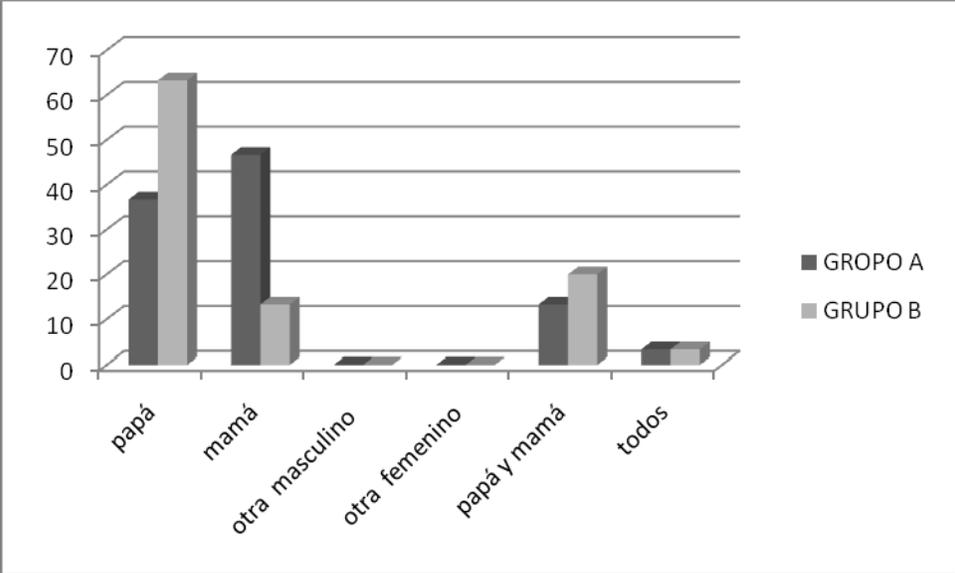
En el grupo A la madre es quien toma las decisiones más importantes en un 75% de las veces, en comparación con el grupo B en donde un 36% la toman en conjunto el padre y la madre y un 26% la madre solamente.

Grafica 11. Hacer la comida



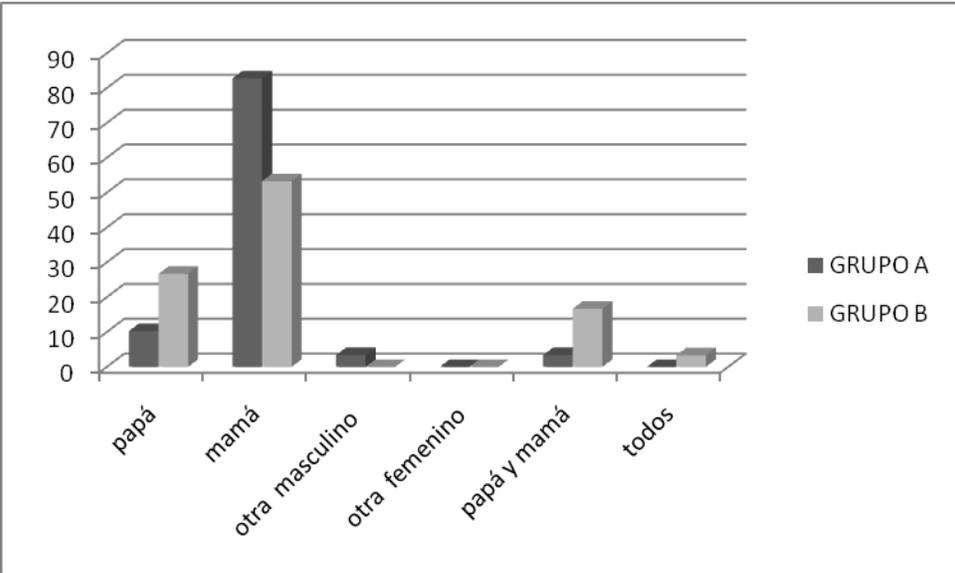
La realización de la comida en el grupo A la lleva a cabo un 93% de las veces la madre, en el grupo B se reduce a un 86%

Grafica 12. Sostener económicamente a la familia



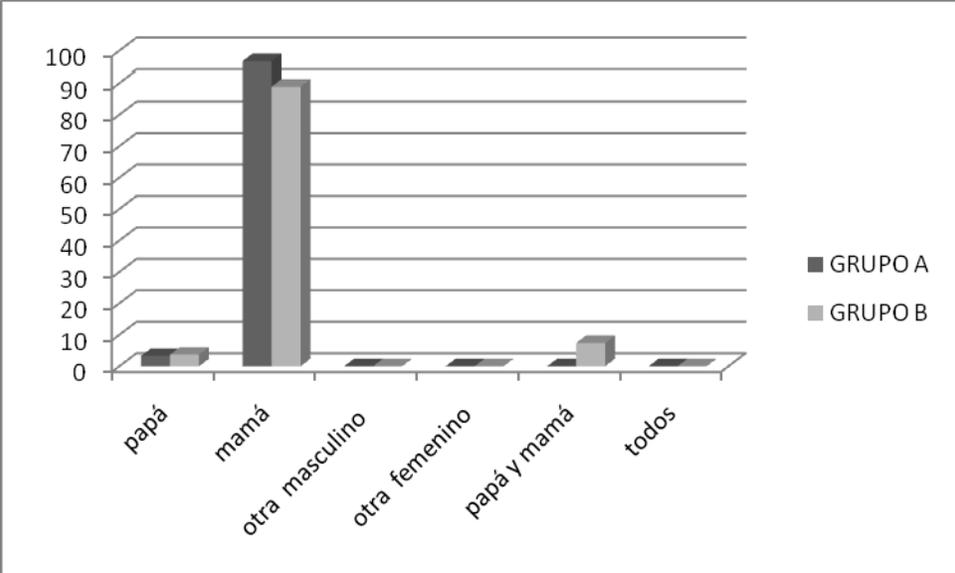
El sostenimiento económico de la familia en el grupo A se lleva a cabo en un 46% de las veces por la madre y en un 36% por el padre, en el grupo B lo realiza en un 63% el padre y un 13.3% la madre.

Grafica 13. Reprender a algún miembro de la familia cuando comete alguna falta



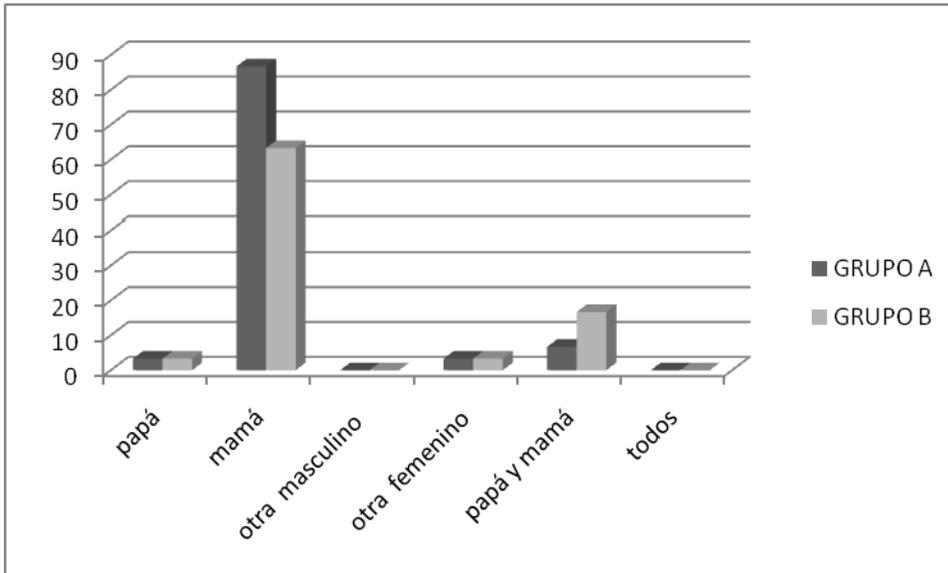
El reprender algún miembro de la familia cuando comete alguna falta en el grupo A se lleva a cabo un 82% de las veces por la madre de familia y solo un 10% lo hace el padre, en el grupo B el padre incrementa su actuación a un 26% y la madre lo reduce a un 53%

Grafica 14. Revisar la tarea de los hijos



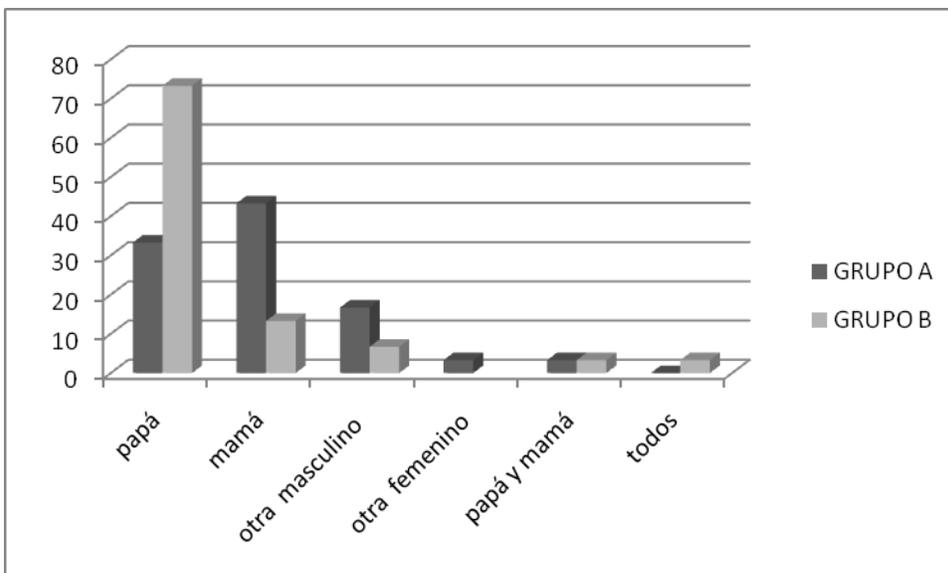
Revisar la tarea de los hijos en los dos grupos lo realiza un mayor número de veces la madre 88% en el grupo A contra un 7% de casos que se lleva a cabo en conjunto (padre y madre), mientras que el grupo B lo hace la madre 96% y en ningún caso con ayuda del padre.

Grafica 15. Hablar con algún miembro de la familia cuando no llega a la hora convenida



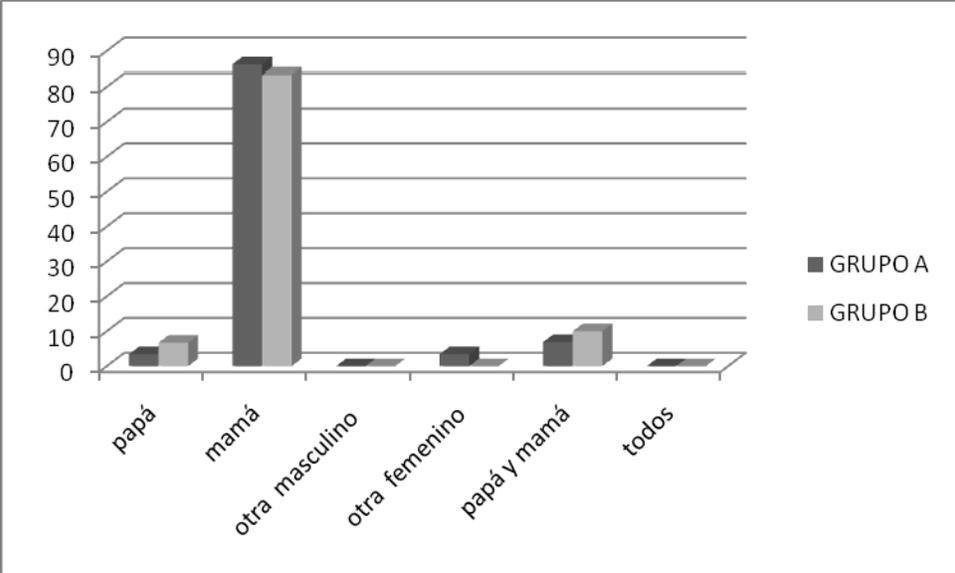
Hablar con algún miembro de la familia cuando comete alguna falta es notoriamente diferente en el grupo A se realiza en un 86% por medio de la madre y solo un 6% entre ambos. Mientras que el grupo B se observa que un 20% de los casos lo lleva acabo el padre un 63.3% por medio de la madre y un 16% padre y madre.

Grafica 16. Arreglar los pequeños desperfectos de la casa



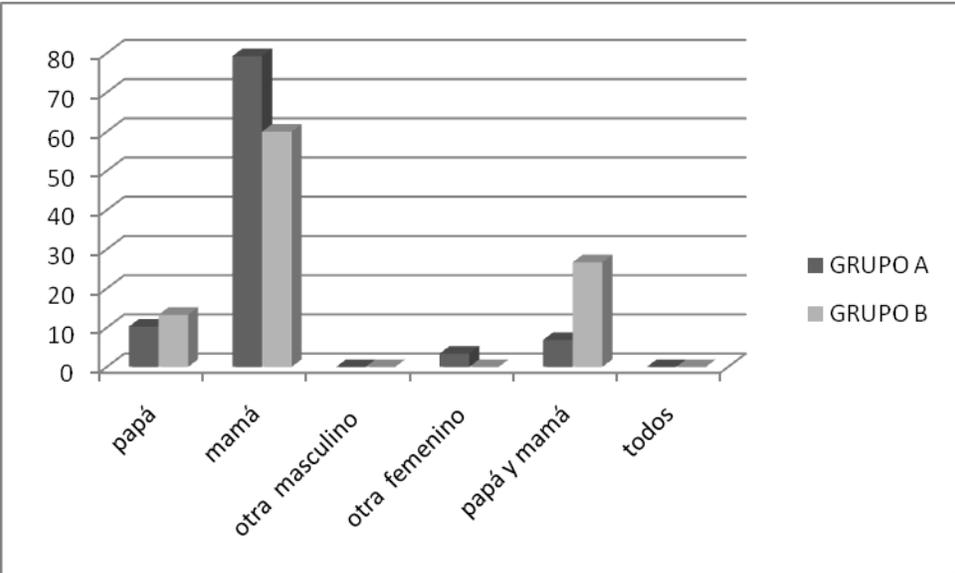
El arreglar los pequeños desperfectos de la casa en el grupo A lo lleva a cabo un 43% la madre un 33% el padre y un 16% otra persona del sexo masculino. El grupo B muestra en cambio que el padre lo hace en un 73% de los casos, un 6% otra persona del sexo masculino y solo un 13% la madre.

Grafica 17. Enseñar hábitos higiénicos



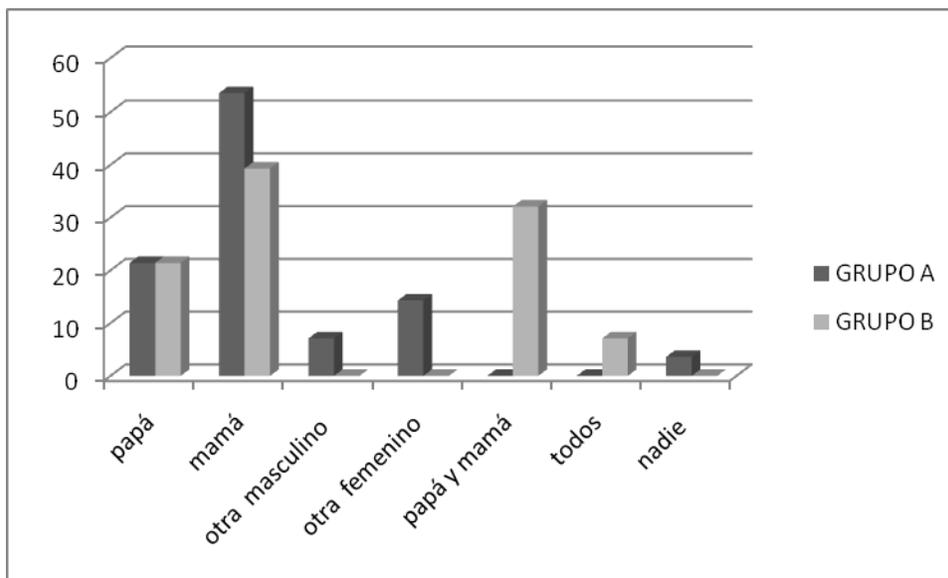
Enseñar hábitos higiénicos en los dos grupos lo lleva acabo la madre en un 80% de los casos.

Grafica 18. Cuando alguien sale de casa tiene que avisar a:



Cuando alguien sale de casa en el grupo A un 79% avisa a la madre un 10% al padre y solo 6% a ambos. El grupo B avisa un 60% a la madre un 13% al padre y un 20% a ambos.

Grafica 19. ¿Qué miembro de la familia es la más reconocida y tomada en cuenta?



La persona más reconocida y tomada en cuenta en el grupo A es con un 53% la madre, un 21% el padre, un 7% otra persona del sexo masculino y un 14.3% otra persona del sexo femenino. Mientras que en el grupo B un 32% lo es la madre un 21% lo es el padre un 32% los son ambos y un 7% lo son todos los miembros de la familia.

Prueba “t” STUDENT

Se utilizó la prueba “t” student para la contrastación de las dimensiones; relación de pareja, comunicación, cohesión, falta de reglas de apoyo, tiempo compartido, roles y trabajo doméstico, autonomía, organización, autoridad, y violencia física y verbal entre el grupo de madres de familias con un integrante psiquiátrico y el grupo de madres de familias participantes sin integrante psiquiátrico.

TABLA 2. TEST DE MUESTRAS INDEPENDIENTES

Test de muestras independientes			
Dimensiones	"t"	Grados de Libertad	Sig. (2 colas)
Relación de pareja	-5.646	54	.000
Comunicación	-2.266	57	.027
Cohesión	-3.404	58	.001
Falta de reglas de apoyo	-3.939	58	.000
Tiempo compartido	-3.284	56	.002
Roles	-3.996	56	.000
Autonomía	-4.849	56	.000
Organización	-4.613	56	.000
Autoridad	-2.634	54	.011
Violencia física y verbal	-3.571	54	.001
Total	-4.850	43	.000

Prueba de Hipótesis

Con base en Tabla 1. Y tomando en cuenta la hilera de significancias de cada uno de los factores no existe la evidencia estadística necesaria para rechazar la hipótesis estadística de trabajo primaria:

H1 Si existen diferencias estadísticas en el funcionamiento familiar entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Descartándose la hipótesis nula:

H0 No existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Con las hipótesis estadísticas secundarias ocurrió lo mismo no existe evidencia estadística suficiente para rechazar las hipótesis estadísticas de trabajo secundarias:

Hi2 Sí existen diferencias estadísticas en la relación de pareja entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi3 Sí existen diferencias estadísticas en la comunicación entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi4 Sí existen diferencias estadísticas en la cohesión entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi5 Sí existen diferencias estadísticas en la falta de reglas de apoyo entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi6 Sí existen diferencias estadísticas en el tiempo compartido entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi7 Sí existen diferencias estadísticas en los roles de trabajo doméstico entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi8 Sí existen diferencias estadísticas en la autonomía entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi9 Sí existen diferencias estadísticas en la organización entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi10 Sí existen diferencias estadísticas en la autoridad entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Hi11 Sí existen diferencias estadísticas en la violencia física y verbal entre el grupo de madres con un hijo psiquiátrico identificado y en el grupo de madres sin hijos con padecimiento psiquiátrico.

Se consideran estadísticamente significativos todos los valores $P \leq 0.05$

V DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El funcionamiento familiar entre el grupo A y el grupo B difieren en los 10 factores que maneja la escala “Percepción del Funcionamiento Familiar” Palomar (1998) con lo cual pude concluirse que el funcionamiento familiar es diferente cuando hay un hijo con padecimiento psiquiátrico en la familia que en ausencia de patología, este hallazgo es contrario al encontrado por López (2006) en donde el autor no encuentra asociación entre la disfunción familiar y la psicopatología en el adolescente.

Cómo en el marco teórico se hace mención, cada uno de los científicos sociales que ha estudiado el funcionamiento familiar propone indicadores propios no obstante hay varios aspectos en los que coinciden unos con otros como lo son: una buena relación marital, una comunicación clara entre los miembros de la familia, la capacidad de poder permitir integrarse a la sociedad, el establecimiento de normas, el respeto a la jerarquía, la demostración de afecto e interés de sus miembros entre otros.

A continuación se hace una descripción de lo registrado en cada uno de los factores y se discuten los hallazgos con lo citado en el marco teórico.

La relación de pareja en el grupo A existe una clara disfunción en este rubro observándose lo siguiente; *no se comparten actividades, intereses, no se sienten valorados por su pareja, las relaciones sexuales no son buenas, no existe cariño y los problemas no se resuelven de manera rápida entre los cónyuges.* El grupo B por su parte se muestra con una relación de pareja más funcional lo cual concuerda con Kaslow (1982 en Palomar 1998) al describir a los matrimonios funcionales formados por dos personas que; *respetan la unicidad de su pareja; se aprecian por lo que son, disfrutan el tiempo que comparten y muestran interés en lo que el otro hace, mantienen un balance entre el tiempo que pasan solos y con su pareja y las responsabilidades están divididas equitativamente* aunque este

último punto puede ser puesto en duda, pues Rocha (2011) señala que las relaciones matrimoniales actualmente solo han cambiado en su configuración no en su estructura. La falta de equidad es observable en el grupo A y se describirá cuando se hable de los roles y trabajos domésticos, donde adelantando, se observó que la madre efectúa muchas de las actividades domésticas y cumple ambos roles el femenino y el masculino.

Los resultados de esta investigación concuerdan con mi experiencia clínica adquirida en la observación de terapias de familia, la relación de pareja es un factor muy importante, en las sesiones de terapia familiar que pude presenciar existía una clara disfunción en ésta ya sea por ausencia de un cónyuge que generalmente era la figura masculina, por el poco involucramiento de una nueva pareja a una familia o por una comunicación disfuncional entre los padres.

En el primer caso observé una familia que acudía porque su hija había intentado suicidarse. Como es común la familia llega con una focalización en el problema de su hija, pero al paso de las sesiones se observó que la relación de pareja era un factor clave en la génesis de la depresión de su hija. La relación de los padres se caracterizaba por generar muchos problemas y no saber cómo solucionarlos, no podían poner límites con su hija, las decisiones de la familia no se tomaban en conjunto, a lo largo de su matrimonio en dos ocasiones existieron separaciones a causa de la violencia física, el padre no se interesaba por la convivencia familiar por lo cual no existían momentos de satisfacción con su esposa.

Otra familia, tenía a un integrante con esquizofrenia y se mostraba también disfuncional en la relación de pareja. Un aspecto importante comentado en una sesión versó en torno a las relaciones sexuales. Además, la madre se quejaba mucho de la actuación de su esposo insultándolo y denigrándolo en este rubro, para ella su esposo no sabía cómo tratarla. Al padre le resultaba difícil comunicarse y ponerse de acuerdo con su esposa, pues por un lado, ella decía

tener siempre la razón y por el otro, él divagaba mucho al querer comunicarle algo.

Existen familias que no mantenían una relación de pareja ya sea por la defunción de uno de los cónyuges, por divorcio o separación. En el primer caso observé que la familia se mostraba desorganizada cuando falleció un integrante, existían dificultades para reacomodar la convivencia más cuando el padre fallecido era quien convivía más con los hijos. En las otras dos posibilidades generalmente era la madre quien quedaba al cuidado de los hijos o al menos son los hijos y sus madres los que solicitaron más la atención.

Una paciente diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad acudió a CLIFAM en compañía de su madre para recibir terapia familiar, en las primeras sesiones la madre relató acerca de su relación conyugal, sobre la existencia de violencia física y verbal, razón por la cual se separaron los padres meses después de haber nacido su hija. Lo interesante es que el recuerdo de un padre violento y desinteresado continúa existiendo en los recuerdos de la hija, lo que le provoca no relacionarse con una pareja.

La comunicación se evaluó con los siguientes ítems; *cuando uno de los miembros de la familia se enoja puede decirlo, se puede hablar abiertamente de las preocupaciones de cada uno, se habla de las cosas personales y se pueden expresar la opiniones que cada quien tiene libremente en casa*, estadísticamente se registro una menor comunicación en el grupos A.

Epstein (1982) (en Bautista 1995) plantea la comunicación como una manera vital, observó que cuanto más perturbada esté una familia, más alterado estará el proceso de comunicación. Legoff (2009) plantea la desvinculación de la familia como consecuente del deterioro de la comunicación en la familia y lo asocia a sujetos con trastornos de conducta. La investigación realizada por Valenzuela

(2008) encontró una comunicación disfuncional en familias con un integrante adicto a sustancias psicotrópicas.

En el caso de esta investigación lo observado en mi estancia en la CLIFAM corrobora los resultados obtenidos. La comunicación es una cuestión central en todos los problemas familiares, no es que no exista la comunicación o las verbalizaciones, más bien los conflictos de comunicación no permitían solucionar sus conflictos.

Un ejemplo muy claro de lo anterior lo presencié en una familia con un hijo diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad, la familia era muy numerosa, por lo que durante las sesiones no se podía escuchar el discurso de todos debido a que interrumpirse, ignoraban lo que hablaba cada integrante y no conocían los sentimientos del otro. Mi sensación era que se descalificaban entre ellos.

En otra familia, con una hija diagnosticada con trastorno límite de la personalidad esta tenía una comunicación limitada en sesión. En diferentes ocasiones a los miembros de la familia se les dificultaba expresar verbalmente lo que pensaban del otro, no tenían una opinión de lo que los demás hacían, según relataban, en casa no solían comunicarse. La hija llegaba muy noche de la escuela y encontraba a sus padres dormidos, pocas ocasiones pasaban el tiempo como familia, y cuando lo hacían no se comunicaban verbalmente, sólo veían programas en la T.V. Congruente con la escala se observa que cada uno de ellos desconocía las preocupaciones del otro, sus intereses, gustos y al momento de querer llegar a un acuerdo no sabían cómo hacerlo por la falta de práctica en sus conversaciones.

La cohesión medida con los ítems; *“disfrutar las actividades que hacen en su familia, al tener un problema los demás miembros de la familia son capaces de entender cómo se sienten, demuestran con facilidad el cariño por los demás, cuando uno de los miembros tiene éxito los demás se sienten contentos, y cuando*

tienen un problema los demás miembros de la familia son los primeros en enterarse”.

Los aspectos anteriores se da en menor medida en el grupo A además el ítem *cuando uno de los miembros tiene éxito los demás se sienten contentos* tiene una alta tendencia negativa, entendiéndose, que no se experimenta felicidad cuando alguno de los miembros tiene éxito.

La expresión de afecto, es otro de los aspectos claves en la Teoría de Epstein (opcit) lleva a la familia a la coercitividad. Con el estudio podemos decir que el grupo A tiene una desintegración emocional con respecto al grupo B. Similar a lo anterior, es el estudio de Valenzuela (2008) en donde encontró que existe un afecto y apoyo negativo en familias de pacientes adictos. Sprey (1991) asume que los sentimientos personales individuales como el afecto, atracción y calurosidad sirven para mantener la cohesión en el sistema familiar.

Lo anterior también lo observé en las sesiones de terapias del grupo A, dicho factor desde mi punto de vista se asocia con la expresión afectiva que se tienen entre los miembros de la familia el cual me parece que existe, pero no les es fácil expresarlo. En una ocasión se hizo un ejercicio de lenguaje no verbal con una familia, se les pidió que juntaran las palmas de las manos y describieran sus sensaciones, desde el principio los integrantes se mostraron renuentes pero aceptaron realizar el ejercicio, se les pidió la descripción de sus sensaciones. Desde el principio los integrantes se mostraron renuentes pero aceptaron realizar el ejercicio. Cuando se les pidió la descripción de sus sensaciones, siendo de extrañeza y novedad, mencionaron que pocas ocasiones establecían contacto físico y también en raras ocasiones comunicaban el aprecio que se tenían unos a otros. Para ellos, era algo que estaba dado por hecho “quiero a mis hijos aunque no se los demuestre” fue una frase que en una ocasión dijo el padre, aceptaba que no sabía expresar su cariño, lo cual no significaba que no los quisiera.

Es frecuente en las familias que tuve la oportunidad de observar, que el afecto entre ellos no es algo importante a comunicar, ocupa menos del 10% del tiempo en la sesión, pero quiero recalcar que no es por la ausencia de éste, si no por la incapacidad de comunicarlo. En una ocasión la hija con depresión manifestó una reacción altamente emocional de preocupación al enterarse que su madre pudiera estar en peligro, fue una de las primeras veces que le expresó afecto a su madre.

Otro indicador que hacía evidente la poca cohesión familiar era la ausencia de algunos miembros en las sesiones, en pocas ocasiones acudía toda la familia. Así la observación de la terapia familiar, apoya los resultados obtenidos en esta investigación

Las reglas de apoyo como en los factores anteriores difiere en los grupos, el factor fue evaluado por los siguientes ítems; *“Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia; existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia; en mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste; en mi familia es difícil solucionar nuestros problema; algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia”*.

Al observar y comparar los grupos, el grupo B se muestra con una tendencia favorable, lo que quiere decir que; *pueden llegar a un acuerdo con su familia, no existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de ellos dentro de la familia, no es difícil solucionar sus problemas y los parientes nunca intervienen en la toma de decisiones de la familia;* mientras que en el grupo A no es así.

Los límites o reglas de apoyo para Epstein (op.cit) son útiles para la diferenciación de un sistema, al registrar en el grupo A un comportamiento menor en la falta de reglas de apoyo se puede decir que no existe una diferenciación como sistema, el grupo A realiza el control de conducta, de manera caótica pues hay una total inconsistencia en los procedimientos de control de conducta en la familia con un

integrante psiquiátrico. En la misma dirección puede afirmarse lo que Shek (1997 en Lopez, 2006) propone; la existencia de menos problemas de tipo conductuales y con una buena adaptación psicosocial a adolescentes que experimentan un buen funcionamiento familiar.

Al observarse una comunicación disfuncional en las familias, las reglas de apoyo también se muestran disfuncionales, son dos factores que se relacionan estrechamente, si los miembros de la familia no logran transmitir a otros lo que sienten, piensan, sus disgustos u agrados difícilmente podrán establecer reglas de apoyo.

Lo observado en las sesiones apoya y corrobora lo antes discutido, en familias con integrantes adolescentes o con adultos jóvenes podía observarse la disfunción en este factor; rara vez la familia llegaba a un acuerdo, existían muchas opiniones y al no saberse escuchar la decisión final la tomaba la figura de autoridad sin considerar lo que los miembros opinaran. Como ejemplo de lo anterior puedo referir la ocasión en que una madre tomó la decisión de expulsar a su hijo del hogar familiar, algunos de sus otros hijos estaban de acuerdo con su decisión, sin embargo otros no lo aceptaban entre ellos el padre, la decisión final fue tomada por la madre sin consensar con los demás miembros.

La misma familia tenía dificultades para escoger y realizar actividades domésticas, las actividades no se escogían por medio de la negociación, por lo cual había algunas que eran impuestas y causaba el descontento de un miembro, lo anterior ocasionaban riñas y se optaba por repartir de nuevo las actividades del hogar, al final se habían repartido tantas veces, que ninguno de los miembros sabía lo que en realidad tenía que hacer y terminaban escogiendo lo que cada uno quería, como había otras actividades que no se realizaban, la madre escogía quienes debían realizarlas.

La solución de problemas a veces parece imposible de llevarse a cabo, en una terapia de familia más de 4 sesiones se habló del mismo problema, el paciente identificado no quería tomar sus pastillas, sus familiares habían hablado con él para solucionar dicho problema siempre de la misma forma y siempre en vano, nunca pudieron solucionar ese conflicto en el tiempo que yo tuve la oportunidad de observarlos.

Hablar de los sentimientos propios resulta una tarea muy difícil de llevar a cabo, muchos familiares se quejaban de no poder expresar sus sentimientos por miedo a repercusiones fuera de la terapia, otros por inferir que se molestarían, por pena de que se enteraran los otros de sus pensamientos y emociones.

El tiempo compartido se refiere a; *actividades que se realizan juntos en la familia, compartición de intereses, actividades que se realizan juntos como familia, y la convivencia que se da en la familia cuando tienen tiempo libre.*

Al igual que en los factores anteriores es estadísticamente diferente el tiempo compartido realizando menos actividades de este tipo el grupo A. Legoff (2009) hace una observación que podría ajustarse a esta investigación, para él las familias que no conviven lo suficiente, tienen más frecuentemente miembros adolescentes que amenazan, pelean y roban, que en aquellas donde existen suficientes demostraciones de cariño entre sus integrantes.

Las familias con un integrante psiquiátrico suelen compartir tiempo juntos, pero el tiempo que comparten no se caracteriza por tener intereses en común, la convivencia suele estar cargado de gritos, amenazas y discusiones.

Mi experiencia en la CLIFAM con familias corrobora los resultados obtenidos en la investigación; La familia que tenía dificultades con el integrante que no tomaba sus pastillas a tiempo es un ejemplo; pasaban tiempo juntos todas las noches, llegaban los integrantes del trabajo y convivían un par de horas, la convivencia que relataban era de un ambiente muy hostil, el integrante psiquiátrico llegaba y se

acostaba en un sillón, al ser observada por su familia comenzaba a ser cuestionada y le decían de manera enérgica “ya te vas a acostar y no te has tomado las pastillas” , después venían señalamientos “ ya vas a volver a hacer lo mismo de siempre te vas a quedar dormida y sin tomarte las pastillas”, la paciente no se inmutaba al escucharlo. En las sesiones los familiares se mostraban muy enojados y no sabían cómo frenar éste tipo de convivencia.

En otras familias la convivencia es prácticamente nula, los familiares no se muestran interesados en lo más mínimo en las actividades de los otros, la familia con el integrante antisocial era una de ellas, al ser numerosa, la madre no sabía de las actividades de sus hijos, los hermanos tampoco sabían los unos de los otros, no conocían sus intereses ni sus gustos. Era interesante escucharlos en las sesiones cuando se les preguntaba ¿qué estaba haciendo tu hermano, padre o madre en ese momento? Ellos volteaban a verse para ver si alguien tenía la respuesta.

La paciente con personalidad límite dejaba ver un nulo interés con sus padres y hermana, dijo abiertamente que no le interesaba lo que hacían sus padres, llegaba tarde y no convivía con ellos, a su hermana con síndrome de Down no le mostraba atención ni interés, cuando llegaban a la sala de espera lo hacían de manera separada, primero la hermana y los padres, después llegaba ella, continuamente faltaba a las sesiones y argumentaba que ella no necesitaba de más psicoterapias.

Los roles y trabajos domésticos evaluados con los ítems; *los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente, en mi familia todos tenemos responsabilidades, en mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa, cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa, en mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa.* De nueva cuenta en el grupo A lo anterior se lleva a cabo en

menor medida que en el grupo B, y es visible de nueva cuenta una desorganización dentro del hogar.

Relacionado un poco con los roles, Cooper (1985) describe rasgos predominantes de la familia con un paciente psiquiátrico, habla principalmente de los padres; la madre del paciente es descrita como una mujer manipuladora afectivamente, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras que el padre es visto como débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún caso ausente como miembro afectivo de la familia, lo cual es concordante con los resultados encontrados en la investigación los cuales pueden verse en el capítulo anterior.

Se observó que en el grupo A existe una participación mayor de la madre en todas las actividades incluso en aquellas donde podría pensarse que corresponderían al padre, preciso es hablar aquí de lo que Sandoval (1984) expone, ella toma la conquista como el inicio de una nueva relación entre las figuras masculinas y femeninas en nuestro país, el conquistador no reconoce a la mujer nativa, no tuvo una comunicación íntima con ella, existió una violencia ejercida sobre ella y no compartió los bienes estatus y los hijos. Menciona que a partir de la conquista ha sido muy evidente, muy consistente y muy constante la falta de padre en la familia.

Al obtener los resultados del grupo A, observar los roles y trabajos domésticos y la relación de pareja, puede afirmarse lo que describe Sandoval, es clara la falta de padre en éstas familias, pero no puede afirmarse que este hecho histórico cause por si sólo una enfermedad psiquiátrica, podría ser que dicho patrón de relación entre mujer y hombre, y como familia haya sido aprendido y reproducido por generaciones.

Al igual que Cortez (2002) se observa una participación mayor de las mujeres en el cuidado del enfermo, ella menciona que la madre del paciente es quien preferentemente lo visita, se hace cargo de su cuidado y que ésta cuenta con muy

pocas posibilidades de tener otras opciones de actividades que le permitan salir de la dinámica que establece al estar de forma continúa con su hijo enfermo, ya que además de permanecer mayor tiempo en la casa cuenta con pocos estudios, lo cual hace prever que sus condiciones para contender con el padecimiento de su hijo enfermo son muy pobres.

La autonomía es un factor que merece una profunda atención, la escala la evalúa de la siguiente manera; *en mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quién piensa sea lo que sea, en casa se respetan las decisiones que cada quien toma, en mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor, en mi familia se anima a que seamos independientes, cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes, en mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo.*

Para Winnicot (1984) la familia debe ofrecer la oportunidad al individuo de ser al principio muy dependiente, pero a medida de los años poder irse diferenciando a fin de pasar a la unidad social, si tomamos en cuenta éste postulado y vemos que el grupo A no tiene estos aspectos de manera favorable, podemos afirmar que la autonomía es disfuncional en comparación con la del grupo B.

Las teorías psicodinámicas marcan a la autonomía de manera importante e incluso llegan a proponer a la psicosis como el resultado de la falta de autonomía. Esta investigación no puede afirmar tal postulado solo puede contribuir afirmando que existe una diferencia en la autonomía entre los grupos.

En mi observación, algunas familias parecían existir mucha autonomía en sus miembros a primera vista, pero cuando avanzaban las sesiones esta percepción cambió a un desinterés por parte de los padres a sus hijos. El paciente antisocial hacía lo que él deseaba, no trabajaba porque así lo quería, salía de su casa por la

tarde, ningún otro miembro de su familia se enteraba de lo que hacía en el día, a primera instancia parecía que tenía mucha autonomía, examinando más a fondo lo que hay es ausencia de límites.

Las pacientes con trastorno límite de la personalidad realizan actividades que pudieran asociarse con autonomía, pero existe al igual que en el caso anterior falta de límites, era común escuchar en las sesiones como iban a fiestas, salían a donde ellas querían, con quien querían y no acostumbraban pedir permiso eso les hacía creer que gozaban de autonomía, sin embargo no podían valerse por ellas mismas dependían mucho del ingreso económico sus padres. Las pacientes confundían hacer lo que deseaban con la autonomía. Lo anterior es congruente con los resultados obtenidos en la investigación.

La organización fue uno de los factores en donde el grupo B registra un comportamiento interesante, el factor es evaluado con los siguientes ítems; *los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos, en mi familia somos ordenados, en nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado, ser puntual es importante para nosotros, en nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.* Como se decía al principio en lo que se refiere a los ítems; *los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos y en nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.*

En el grupo B no son tan estrictas las normas y es entendible, ya que como se mencionó en el marco teórico un sistema tiene que tener la capacidad de ser flexible, de lo contrario, llegaría a tener problemas de adaptación. Pero en general las familias del grupo B desarrollan mejor todos los aspectos anteriores.

En la observación de familias, la organización dejaba ver aspectos de orden; en una familia con un hijo con esquizofrenia la madre nos hizo una descripción de lo

que era su hogar; el cuarto del padre y la azotea estaba llena de libros, los cuales no estaba organizados y no tenían un lugar propio, tenían 4 perros y sus desechos estaban por toda la casa, además tenían la costumbre de acumular una gran cantidad de cosas, la ropa a veces la encontraban en los sillones y sillas.

Una descripción fue similar en el caso de una familia con trastorno límite de la personalidad, en general la casa era desordenada, hacia poco que la madre había fallecido y sus cosas permanecían en el mismo sitio ya que el esposo no quería moverlas, su patio albergaba gran cantidad de cascajo y estaba muy sucio a causa de las hojas de los árboles.

De esta manera se corroboran los resultados de la investigación con las observaciones clínicas de CLIFAM.

La autoridad medida con los ítems; *cuando no se cumple una regla sabemos cuáles son las consecuencias, en mi familia está claro quién manda, las normas familiares están bien claras y las reglas de mi familia no se discuten se cumplen.*

Minuchin (1998) describe a la autoridad como aquellos quienes poseen el derecho de tener el mando, establecer las pautas de conducta y tomar las decisiones finales para toda la familia. Para él es importante que la jerarquía o autoridad quede bien definida en la vida familiar, la incluye dentro de su teoría estructural. Sánchez (2009) al examinar el funcionamiento familiar en víctimas de abuso sexual encontró inversión de jerarquías que trae como consecuencia ausencia de límites, reglas caóticas poco claras e impredecibles, mismas que podemos observar en el factor reglas de apoyo de esta investigación.

Observamos que el grupo A tiene una menor inclinación a desarrollar dentro del funcionamiento familiar la autoridad y podemos inferir que al igual que la investigación de Sánchez este factor puede provocar problemas por motivo de no crear reglas adecuadas y claras.

Al igual que los otros factores, los resultados son congruentes con lo percibido en las terapias de familia. la autoridad en las familias con un integrante psiquiátrico no parece ser algo relevante, incluso parece algo inexistente, en particular en casos con un hijo con trastorno límite de la personalidad, con frecuencia se escucha de parte de los padres el no sancionar conductas no permitidas en casa, tienen dudas en saber que permitir y que no, pueden mostrarse muy permisivos en algunas ocasiones o muy estrictos en otras, puede decirse que los padres no tienen una idea clara de las reglas que deben seguirse.

En el caso de la familia con un integrante antisocial, la autoridad se mostraba muy rígida en algunas ocasiones se le sancionaba al hijo por muchas conductas, llegar tarde, robar, no hacer lo labores del hogar, mentir, esconder cosas pero pasado el tiempo la familia optaba por retirar la sanción expresando que era un integrante más y que no eran necesarios tantas sanciones, así el paciente identificado podía manipular a la familia mostrándose como una víctima de las sanciones.

La autoridad en otras familias solía ser una competición entre los padres, se contradecían, lo que para uno resultaba inocuo para el otro era de vital importancia aunado a eso desconocían la postura del cónyuge lo cual derivaba en un total inconsistencia de normas.

La violencia física y verbal, medidos con los ítems; *Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros, las peleas con mi pareja llegan a la violencia física y si algo sale mal en casa, nos desquitamos con las mismas personas.*

El último de los factores y como los anteriores es estadísticamente diferente entre los grupos, en este caso el grupo A se inclina a desarrollar en mayor medida este tipo de conductas que el grupo B. La violencia es un elemento que debe revisarse a detalle Epstein (1982 en Bautista 1995) la incluiría dentro del área psicopatológica familiar ya que es un extremo fuera de lo aceptable.

La violencia física y verbal fue una constante al estar en terapia con las familias, es común observar violencia verbal incluso en familias funcionales, pero está e es poco frecuente, todas las familias con las que presencie mostraron violencia verbal en las sesiones, frecuentemente llegaban a insultarse sus integrantes. La violencia física no la presentaban todas las familias, las que sí la presentaban, era entre los cónyuges y entre padres e hijos. Una sesión que me impacto mucho fue; cuando una paciente diagnosticada con trastorno bipolar en un arranque de ira se levantó y se dirigió a su a golpear su madre, lo anterior se repitió en diferentes ocasiones.

La violencia entre cónyuges llega a convertirse en algo común, escuche las discusiones de pleitos en donde la escalda de emociones se incrementaba a tal grado que desembocaba en golpes en algunas ocasiones las descripciones eran muy intensas y con un alto grado de violencia. Con los resultados obtenidos en la investigación y mi observación coincido y afirmo la postura de Epstein la violencia es un extremo fuera de lo aceptable.

Al registrar y analizar las diferencias en el funcionamiento familiar entre los dos grupos y observar claramente cómo es que existe un decremento de éste en el grupo de madres con un paciente psiquiátrico apoyo la idea de Ackerman (1994) él veía a los adultos emocionalmente perturbados con un concepto precario de su identidad, conflictivos, fragmentarios y confusos su explicación era que esas características son correspondientes a su imagen de identidad familiar, mismas que al evaluar en esta investigación resultan precarias. Muy similar es la idea de Laing (1986) reconociendo qué en personas gravemente perturbadas hay algo que puede considerarse como estructuras delirantes pero que, sin embargo, están visiblemente relacionadas con situaciones familiares.

Cortez (2002) en su investigación refiere que en las llamadas familias disfuncionales, puede apreciarse pautas de conducta que llevan a algunos de los miembros a comportarse de manera desadaptada, dentro de las formas más severas estarían las denominadas esquizofrenias. Para ella aquello en lo que nos

transformamos es una función de nuestra relación con los demás, por lo tanto el papel de la familia parece ser un determinante poderoso en la conducta humana.

Sue y cols. (1995) ponen de relevancia el papel de los padres, explican que la mayor parte de la responsabilidad en la socialización del niño la tienen ellos; si los padres se comportan hacia el niño exaltando su valía, es probable que el niño desarrolle una autoimagen positiva y un sentido de autoestima, se robustece el yo y éste sustenta la fuerza emocional necesaria para perseverar a través de derrotas, conflictos y otros muchos eventos estresantes de la vida cotidiana. Aquellos padres que no ven a su hijo como una persona de valía y que le menosprecian o antagonizan con él, pueden orillarle a desarrollar, una autoimagen negativa, percibiendo entonces de sí mismo que no vale nada, que cualquier cosa que intente fallará

El estudio de Bateson et al. (1980) Muestra al igual que esta investigación una comunicación caótica si bien ya se había hablado de esto anteriormente me parece importante mencionar el estudio de Bateson pues lo realiza con una enfermedad mental “esquizofrenia”, él encontró en las familias de estos pacientes un discurso confuso y sin continuidad en la plática que establecían con los investigadores además del enmascaramiento y la impermeabilidad.

Conclusiones

Frecuentemente identifiqué en las instituciones hospitalarias, actitudes de rechazo hacia el paciente identificado de parte de los familiares, dejando de lado la importancia que las relaciones familiares pueden tener en el mantenimiento de la patología o mejoramiento en la calidad de vida del paciente. De esta manera quiero recalcar la importancia de considerar a los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico en su contexto familiar y no reducirlos a la exploración de un cuadro y síntomas que muestra un paciente, cómo se hace frecuentemente en el ámbito institucional. Así podría concebirse a los trastornos mentales como un conjunto de factores en donde las dificultades para establecer relaciones interpersonales con las figuras importantes del individuo formarían un aspecto importante a resolver.

El funcionamiento familiar entre el grupo A y B presenta diferencias estadísticas significativas, los factores; *relación de pareja, comunicación, cohesión familiar, falta de reglas de apoyo, tiempo que comparte la familia, roles familiares y trabajo doméstico, autonomía-independencia organización, autoridad y poder, violencia física y verbal* se observa disfuncional en el grupo A.

La madre en el grupo A lleva a cabo un mayor número de funciones en los roles y tareas domésticas que en el grupo B, aunado a esto se en el grupo A se encuentra una menor cooperación entre los padres, ya que no en todas las familias evaluadas del grupo A contaban con un padre.

Es importante aclarar que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a una población mayor debido a que el tamaño de la muestra no es representativo de la población, sin embargo puede inferirse que las familias psiquiátricas podrían presentar estos factores de disfuncionalidad.

Como lo hemos visto hasta ahora, la familia se interinfluye entre sus miembros, el trastorno de uno de sus integrantes repercute en todo el núcleo familiar Satir (1978) corrobora esta afirmación:

“ la familia es un sistema dinámico, en donde el bienestar de uno de sus miembros repercute en el bienestar del otro y se comporta a su vez como si fuera una unidad “Satir (1978)

El estado final que ha de alcanzarse o finalidad puede adecuarse al funcionamiento familiar, en donde hay una clara disfuncionalidad del grupo A en comparación con el grupo B.

Se observó que las familias en el grupo A son más numerosas, al respecto la ley de las dimensiones óptimas refiere: mientras más crece una organización, más se alarga el camino para la comunicación, lo cual -y según la naturaleza de la organización- actúa como factor limitante y no permite a la organización crecer más allá de ciertas dimensiones críticas. Lo anterior coincide con lo reportado por Ruiz (2004) encontrando que las familias con hijos infractores son más numerosas, al ser así la madre no puede brindar gran atención ni tiempo a cada miembro, suelen ausentarse para trabajar, siendo un factor de riesgo para generar la conducta infractora de menores.

Finalmente con los datos obtenidos y expuestos a través de la TGS observamos que hay una retroalimentación entre un trastorno psiquiátrico y el funcionamiento familiar, contextualizar la enfermedad mental junto con la familia nos permite entender cómo se mantienen y se retroalimentan, sin embargo queda la interrogante ¿qué se presenta primero? Una disfunción familiar o un padecimiento psiquiátrico, y que tantos factores influyen en el tratamiento o mejoramiento de la salud mental de sus miembros.

V.1. Sugerencias para mejorar la investigación

El desarrollo de la investigación hizo surgir interrogantes y modificaciones, mismas que son importantes mencionar para mejorar la investigación y para generar nuevas.

- Dentro las interrogantes está el saber qué resultados arrojarían grupos con diferentes características como lo sería un grupo de madres con hijos adictos o grupo de madres con hijos víctimas de abuso sexual etc. Si bien la literatura explica un poco lo que sucede en estas familias, aplicar la escala de percepción del funcionamiento familiar y contrastar los resultados con los grupos ya evaluados de la investigación nos daría una comprensión más detallada o surgirían nuevas aspectos relevantes con respecto al funcionamiento familiar de cada grupo.
- Otra interrogante es saber qué pasa con los hijos en cada uno de los grupos, como perciben el funcionamiento familiar saber si hay diferencia o se compagina con el de la madre así como también aplicar el test a los hermanos, para identificar la diferencia en su percepción.
- Otro posible tema de investigación que surgió fue saber qué tipo de funcionamiento familiar posibilita el desarrollo educativo de los hijos y cual lo obstaculiza.
- Incluir la percepción del padre y contrastarla con la de la madre podría encontrar diferencias importantes lo cual generaría una evaluación más completa de los resultados aquí presentados. En este caso como fue difícil contactar al padre debido a su ausencia, indiferencia negación particular.
- La reducción en el rango de edades de las madres en cada uno de los grupos daría una mayor confiabilidad. Al reducir el rango de edad se

lograría disminuir la inserción de variables extrañas que pudieran generarse a diferentes edades de las madres.

- Ampliar el tamaño de las muestras podría hacer posible la generalización a una población mayor misma que en esta investigación no puede llevarse a cabo.
- Se puede hacer más específica la investigación si se selecciona solo un tipo de patología o bien hacer varios subgrupos e identificar qué tipo de funcionamiento familiar se presenta en cada uno.
- Separar a las madres por nivel escolar y contrastarlas en el grupo A puede mostrarnos el factor de la educación en la percepción del funcionamiento familiar.

Referencias

- .-Ackerman N. (1994) Diagnostico y Tratamiento de la Relaciones Familiares, Buenos Aires, argentina: Hormé S. A. E.
- .-Alva O.J.S. (1998) Percepción del Funcionamiento y Estructura Familiar. México D.F. Tesis Facultad de Psicología UNAM.
- .-Avilés F. (2002) El proceso de evaluación familiar dinámico-sistémico-integrativo, en sus escenarios clínicos afiliados al Instituto de la Familia Tesis Maestría IFAC
- .- Arellano L.J., Artri Z.R., Brizuela D.V. (2006) Instrumento de Evaluación en Terapia familiar y de pareja, México D.F., México: Pax (págs. 1-25)
- .-Arranz E. (2004) Familia y Desarrollo Psicológico, Madrid, España: Pearson (págs. 12-19)
- .-Bateson G. Ferreira A, Jackson D. (1980) Interacción Familiar aportes fundamentales sobre teoría y técnica, Montevideo, Uruguay: ediciones de la Bahía (Págs. 81- 108)
- .-Bautista Y. (1995) El bajo aprovechamiento escolar y su relación con la dinámica familiar disfuncional Tesis Maestría UNAM México D.F.
- .-Bertalanffy (1976) La Teoría General de los Sistemas, México D.F. México: Fondo de cultura económica
- .-Caparros N. (1981) Crisis de la Familia: revolución del vivir, Madrid, España: Fundamentos
- .-Chulines V. T. (2008) Funcionamiento Familiar y Redes de Apoyo en Pacientes Geriátricos del Consultorio N° 4 de la Unidad de Medicina Familiar, N° 12 de Ciudad del Carmen, Campeche Durante el año 2007 Tesis de Especialidad México, Campeche.
- .- Cortez V. A. (2002) Evaluación de las Actitudes de Familiares de Pacientes con Esquizofrenia crónica. México. D.F. : Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.
- .-Cooper D. (1985) Psiquiatría y Antipsiquiatría, España paidós
- .-Díaz R. (1967) Psicología del Mexicano, México D.F., México: Trillas,
- .-Eguiluz L. (2007) La Teoría Sistémica alternativa para investigar, México D.F., México: UNAM

- .- Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. Instituto IAP. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Adaptada de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida). Madrid 1998.
- .- Fromm E., Horkheimer M., Parsons T. (1986) La Familia, Barcelona, España: ediciones Península págs. (6-8)
- .- García H. V. (1994) "Platiquemos en Familia" Consejo Nacional de Población, editorial FOC S.A. de C.V. México D.F., México.
- .- Gilberti E. (2005) La familia a pesar de todo, Buenos Aires, Argentina: Noveduc (pág. 28-29)
- .- Herrera A.J. Salud Familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia médica 1995; 26: 51-54
- .- Johansen O. (1997) Introducción a la Teoría General de los Sistemas, México D.F., México: Limusa
- .- Köhler W. (1967) Psicología de la Configuración, Madrid, España: Ediciones Morata
- .- Laing R. D. (1986) El Cuestionamiento de la Familia, Barcelona, España: Paidós
- .- Laszlo E. (1972) The Relevance of General Systems Theory, New York, USA: The International Library of Systems Theory and Philosophy (pág. 5)
- .- Legoff G. C. (2009) Funcionamiento Familiar en Población Clínica de Adolescentes con Trastornos Externalizados, TESIS Doctorado UNAM, México D.F.
- .- Lewin K. (1988) La Teoría del Campo en la Ciencia Social, Barcelona España: Paidós.
- .- López P. (2006) Funcionamiento Familiar y su Relación con Rendimiento Escolar, Adaptación Psicosocial, y Psicopatología en Adolescentes Mayores TESIS, ESPECIALIDAD UNAM, México D.F.
- .- Mendez C. E. (2003) Metodología Diseño y desarrollo del proceso de investigación, Bogota, Colombia: McGraw Hill.
- .- Mendoza-Solís LA, Soler Huerta E., Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF., Perez Hernandez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch. Med. Fam. 2006; 8 (1): 28:31

- .-Minuchin S. (1997) Familia y Terapia de Familia, Buenos Aires, Argentina: Gedisa
- .- Morales K. D. (2000) Relación del Desarrollo Cognoscitivo con el Clima Familiar y Estrés de la Crianza, TESIS Licenciatura Universidad de Sonora, México Hermosillo.
- .-Palomar L. P. (1998) Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida. Tesis de Doctorado en Psicología, UNAM, D.F.
- .-Ritvo C. Glick I. (2003) Terapia de Familia y de Pareja, México D.F., México: Manual Moderno
- .-Rocha I.L . (2009) Funcionamiento Familiar en Pacientes con VIH de la UMF 28 "Gabriel Mancera" Mediante la Aplicación de la Escala de Emma Espejel, TESIS, Especialidad en Medicina UNAM, México D.F.
- .-Rocha, J.Luz Ma. (2011) "El proceso de empoderamiento de mujeres divorciadas". Tesis de Doctorado Sevilla, España: Universidad Pablo de Olavide.
- .- Ruiz A. M G. (2004) Funcionamiento Familiar en Tres Grupos de Menores Infractores: Un enfoque Sistémico Estructural. México D.F. Tesis Facultad de Psicología UNAM
- .-Sánchez D. (2000) Terapia Familiar: Modelos y Técnicas, México D.F., México: Manual Moderno (pág. 41-42).
- .-Sandoval D. (1984) El Mexicano psicodinámica de sus relaciones familiares, México, D.F., México: Villacañas S.A.
- .- Sánchez L. D. (2000) Funcionamiento Familiar con Menores Víctimas de Abuso Sexual TESIS Licenciatura, UNAM, México D.F.
- .-Satir V. (1978) Relaciones Humanas en el núcleo familiar, México D.F. México: PAX-MÉXICO (págs. 4-20)
- .-Soifer R. (1979) ¿Para qué la Familia?, editorial Kapelusz, Argentina, Buenos Aires. (pág. 21)
- .-Valenzuela A. (2008) Funcionamiento Familiar del Paciente Adicto, que Acude a la Consulta Externa del Centro de Higiene Mental "Dr. Carlos Nava Muñoz " de la SSA, En Hermosillo, Sonora, UNAM, TESIS, Hermosillo, México.
- .-Vargas M. (2005) Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en estudiantes de bachillerato, UNAM, TESIS, D.F., México.

.- Wen Shing Tseng, M.D. and John F.,(1979) Mc Dermott.Triaxial Family Classification. Journal of Child Psychiatry, Vol. 18 No. 1 Master 1979: 22-43.

.-Winnicott D. (1984) La Familia y el Desarrollo del Individuo, Buenos Aires, Argentina: Paidos

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación Clínica titulado "" que se realizará en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Registrado y aceptado por el Comité Local de Investigación en salud de esta unidad. Cuyo objetivo: determinar si existen diferencias en el funcionamiento familiar de estos, evaluando a madres de familia con un hijo que tenga un padecimiento psiquiátrico así como a madres con hijos sin enfermedad psiquiátrica.

Mi participación se realizará contestando la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar, la cual consta de 56 preguntas relacionadas con la dinámica que se observa en su familia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo:

RIESGOS: ninguno a consideración del investigador principal.

BENEFICIOS: conocer una vez terminada la investigación los resultados que se obtengan.

Con fecha _____, habiendo comprometido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

Folio: _____

Nombre del participante: _____

Edad: _____

Edad que tenía al procrear a su primer hijo: _____

Número de integrantes viviendo en la familia: _____

Edades de los integrantes: _____

Señale en que rango de ingreso socioeconómico al mes se encuentra (de \$0 a \$ 2,700) o (de \$ 2,700 a \$ 11,700)

Escolaridad: _____

Religión: _____

Familia con ___ paciente psiquiátrico identificado ___ sin paciente psiquiátrico

Padecimiento psiquiátrico de su hijo: _____

Estado civil en el momento de la concepción de sus hijos: _____

Estado civil actual: _____

Nombre y firma de conformidad
del encuestado

Pas. Psic. David Amaya Mora
Nombre y Firma del Investigador responsable

Instrucciones:

Por favor, marque con una cruz (x) en el recuadro de la derecha la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Gracias por su colaboración.

Nunca=(0% del tiempo)

Casi nunca=(menos del 25% del tiempo)

A veces=(alrededor del 50% del tiempo)

Casi siempre=(más del 75% del tiempo)

	Funcionamiento Familiar	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Comparto actividades e intereses con mi pareja					
2	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia					
3	Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo					
4	Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia					
5	Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente					
6	Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento					
7	Me siento valorado por mi pareja					
8	En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quién piensa, sea lo que sea					
9	En casa se respetan las decisiones que cada quien toma					
10	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
11	Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas					
12	Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos					
13	Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros					
14	En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor					
15	Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuáles son las consecuencias					
16	En mi familia está claro quién manda					
17	Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás					

18	Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente los resolvemos de manera rápida					
19	En mi familia hacemos actividades juntos					
20	En mi familia se anima a que seamos independientes					
21	Como parejas somos cariñosos					
22	En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que nadie se moleste					
23	En mi familia compartimos muchos intereses					
24	En mi familia todos tenemos responsabilidades					
25	Las normas familiares están bien claras					
26	Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.)					
27	Si algo sale mal en casa, nos desquitamos con las mismas personas					
28	Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes					
29	En mi familia somos ordenados					
30	Los miembros de mi familia acostumbrados hacer actividades juntos					
31	En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno					
32	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa					
33	Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos					
34	En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo					
35	Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa					
36	En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas					
37	Las reglas de mi familia no se discuten se cumplen					
38	En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado					
39	En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales					
40	En mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa					
41	Ser puntual es importante para nosotros					
42	En casa podemos decir nuestras opiniones libremente					
43	En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita					
44	Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre					

45	Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia					
46	Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman					

	Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realizar las siguientes actividades:	Papá	mamá	Otra persona de sexo masculina	Otra persona de sexo femenino
47	Tomar las decisiones más importantes				
48	La comida				
49	Sostener económicamente a la familia				
50	Reprender a algún miembro de la familia cuando comete una falta				
51	Revisar las tareas de los hijos				
52	Hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida				
53	Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (ej. Un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.)				
54	Enseñar hábitos higiénicos como lavarse los dientes, las manos, bañarse, enseñar a los niños pequeños a ir al baño, etc.				
55	Cuando alguien sale de la casa tiene que avisar a:				
56	¿Qué miembros de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta?				

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Versión en español 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

Spanish version translated by :
L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP – Madrid - SPAIN

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE : _____	PROTOCOLO NÚMERO : _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Hora de comienzo: _____
ENTREVISTA REALIZADA POR : _____	Hora final: _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____	DURACION TOTAL: _____

M.I.N.I. 5.0.0 /versión en español / DSM-IV / actual

MODULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
A'. EDM con rasgos melancólicos	Actual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
D. EPISODIO (HIPO-)MANIACO	Actual + vida entera	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	
I. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<u>Opcional</u>
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	Actual + vida entera	
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (3 últimos meses)	
N. BULIMIA	Actual (3 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	Vida entera	<u>Opcional</u>

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• Entrevista :

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

• Presentación :

La M.I.N.I. esta dividida en **módulos** identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias **pregunta(s) / filtro(s)** correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada modulo, una o varias casillas **diagnósticas**, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

• Acuerdos :

Las frases escritas en «letras minúsculas» deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en «MAYUSCULAS» no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los terminos estan separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha (→) encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnostico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar «NO» en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

• Instrucciones para la anotación :

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los terminos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular: los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las actualizaciones, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, Boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
USA

phone: +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación y
Asistencia Psiquiátrica –IAP
Velázquez 156,
28.002 MADRID
ESPAÑA

Tel: + 91 5644718
Fax: + 91 4115432
e-mail: iap@teleline.es

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto , casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 <u>Q</u> A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	➔ NO	SI	

A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:			
a	¿Se ha modificado su apetito notablemente, <u>o</u> ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI , SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	3
b	¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9

A4 ¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **A3** ?
(o **4** si **A1** Q **A2** SE HAN CODIFICADO **NO**)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

A5a	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	➔ NO	SI	10
b	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	NO	SI	11

¿ **A5b** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO	

A'. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON RASGOS MELANCÓLICOS (opcional)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A4 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A6 a	¿A2 SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	12
b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, ha perdido la capacidad de respuesta ante las cosas que previamente le agradaban o le animaban?	NO	SI	13
	SI NO : ¿Cuando ha sucedido algo agradable, le ha hecho sentirse mejor aunque solo fuera temporalmente?			
	¿A6a <u>o</u> A6b SE HAN CODIFICADO SI?	➔ NO	SI	

En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:

A7 a	¿Se ha sentido deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted ha fallecido?	NO	SI	14
b	¿Generalmente y casi todos los días, se ha sentido peor por la mañana?	NO	SI	15
c	¿Casi todos los días, se ha despertado, al menos 2 horas antes de su hora habitual, y ha tenido dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	16
d	¿A3c SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	17
e	¿A3a SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	18
f	¿Se ha sentido culpable en exceso o de forma desproporcionada con la situación real?	NO	SI	19

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A7 ?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR con Rasgos Melancólicos ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	→ NO	SI	20
B2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	NO	→ SI	21
B3	Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22
b	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	NO	SI	23
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	26
f	¿Se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3 ?	→ NO	SI	
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o en alguna otra área importante?	→ NO	SI	28
	¿B4 SE HA CODIFICADO SI ?			

NO SI

***DISTIMIA
ACTUAL***

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1	¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C4	¿Ha planeado suicidarse?	NO	SI	4
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
----	--------------------------------------	----	----	---

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

SI **SI**, ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO**
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO**
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO**

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
LIGERO	
MODERADO	
ALTO	

D. EPISODIO (HIPO-) MANIACO

D1 a	¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	1
	SI EL PACIENTE NO ENTIENDE BIEN LA PREGUNTA ACLARARLA: "Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumentó su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo"			
	SI SI			
b	¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía	NO	SI	2
D2 a	¿Ha tenido alguna vez, irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o discutía con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	3
	SI SI			
b	¿Actualmente, se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
	¿D1a <u>Q</u> D2a SE HAN CODIFICADO SI?	→ NO	SI	
D3	SI D1B O D2B = SI : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1B Y D2B = NO: EXPLORAR EL EPISODIO MÁS GRAVE			
	Cuando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable :			
a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer?	NO	SI	5
b	¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
c	¿Hablaba demasiado, sin parar o tan rápido que los demás tenían dificultades para comprenderle?	NO	SI	7
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?	NO	SI	8
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía?	NO	SI	9
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás estaban preocupados por usted?	NO	SI	10

g ¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?)

NO SI 11

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN D3
O 4 SI D1a = NO (ÉPISODIO PASADO) O D1b = NO (EPISODIO ACTUAL) ?

→
NO SI

D4 ¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas?

NO SI 12

CODIFICAR SI, SI LA RESPUESTA ES SI EN UNA U OTRA

¿D4 HA CODIFICADO NO?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO SI

*EPISODIO
HIPOMANIACO*

ACTUAL —

PASADO —

¿D4 HA CODIFICADO SI ?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO SI

EPISODIO MANIACO

ACTUAL —

PASADO —

E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1	¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que súbitamente , se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incómodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Estas crisis alcanzaron su máximo nivel dentro de los primeros 10 minutos?	→ NO	SI	1
CODIFICAR SI, SÓLO SI SE ALCANZÓ EL PAROXISMO ANTES DE 10 MINUTOS				
Si E1 = NO , ENMARCAR NO EN E5 , Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E2	¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocadas?	NO	SI	2
Si E2 = NO , ENMARCAR NO EN E5 , Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E3	¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguidas de un mes o más tiempo en que sentía miedo persistente a tener otra crisis, o estaba preocupado(a) por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	3
Si E3 = NO , ENMARCAR NO EN E5 , Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E4	Durante la peor crisis que puede recordar:			
a	¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido?	NO	SI	4
b	¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas?	NO	SI	5
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	6
d	¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse?	NO	SI	7
e	¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta?	NO	SI	8
f	¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho?	NO	SI	9
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?	NO	SI	10
h	¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse?	NO	SI	11
i	¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	13
k	¿Tenía miedo de morir?	NO	SI	14
l	¿Tenía estremecimientos o entumecimientos?	NO	SI	15
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	16
E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	
Si E5 = NO , PASAR A E7				
<i>Trastorno por Angustia Vida entera</i>				
E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	17
Si E6 = SI , PASAR A F1				
<i>Trastorno por Angustia Actual</i>				
E7	¿HAY 1, 2 O 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	18
<i>Ataques Paucisintomáticos Vida ent</i>				

→: **IR DIRECTAMENTE** A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), **ENMARCAR NO** EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

F. AGORAFOBIA

F1	¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no es posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo y lejos de casa o solo en casa, o cruzando un puente, o viajando en autobús, tren, coche, etc.?	NO	SI	19
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

SI F1 = NO, ENMARCAR NO EN F2

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?	NO	SI	20
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

Agorafobia Actual

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO?

NO	SI
AGORAFOBIA sin antecedentes de Trastorno por Angustia ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	¿Durante el último mes, ha estado temeroso o incómodo por ser el foco de atención o ha temido ser humillado? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer con otros o en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	→ NO	SI	1
G2	¿Es este miedo excesivo o irrazonable?	→ NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	→ NO	SI	3
G4	¿Este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o le produce un malestar significativo?	NO	SI	4

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO SI

**FOBIA SOCIAL
ACTUAL**

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1 ¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej: la idea de que estaba sucio, contaminado **o** tenía gérmenes, **o** el temor de contaminar a otros, **o** el miedo de hacer daño a alguien sin querer, **o** el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, **u** obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, **u** obsesiones de atesorar, coleccionar **o** religiosas)

NO SI 1

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLOGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SÓLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

Si **H1 = NO**, PASAR **H4**

H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos?

NO SI 2

Si **H2 = NO**, PASAR **H4**

H3 ¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior?

NO SI 3

H4 ¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos

NO SI 4

¿**H3** o **H4** HAN CODIFICADO **SI** ?

→
NO SI

H5 ¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas?

→
NO SI 5

H6 ¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria?

NO SI 6

¿**H6** HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL	

I. TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	¿En alguna ocasión se ha enfrentado o ha experimentado un acontecimiento extremadamente traumático, en el curso del cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física EJ. DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE GRAVE, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	→ NO	SI	1
I2	¿Durante el último mes, ha revivido de manera penosa este acontecimiento (ej: sueños, recuerdos intensos, visiones o reacciones físicas)?	→ NO	SI	2

I3 Durante el último mes:

a	¿Ha evitado pensar en este acontecimiento o en las cosas que se lo pudiesen recordar?	NO	SI	3
b	¿Se siente mal al recordar alguna parte importante de lo que sucedió?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en cosas que le agradaban o en actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se siente alejado o extraño con respecto a los demás?	NO	SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos se han bloqueado?	NO	SI	7
f	¿Ha sentido como si su vida se hubiese empobrecido, debido a este trauma?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I3 ?	→ NO	SI	

I4 Durante el último mes:

a	¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado especialmente irritable o ha tenido crisis de enfado?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o en alerta constante?	NO	SI	12
e	¿Se sobresaltaba por cualquier cosa?	NO	SI	13
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I4 ?	→ NO	SI	

I5	¿Durante el último mes, estos problemas han interferido en su trabajo o sus actividades sociales o le han causado un profundo malestar?	NO	SI	14
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

¿I5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL	

→: **IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE**

- | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.? | NO | SI | 10 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido? (ej. arrestos o conductas delictivas) | NO | SI | 11 |
| d | ¿Ha seguido bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno? | NO | SI | 12 |

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3 ?

NO	SI
<i>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</i>	

LISTA DE SUSTANCIAS

ANFETAMINA

CANNABIS

CAPTAGON

CATOVIT

COCAINA

CODEINA

PEGAMENTO

CRACK

EXTASIS

GASOLINA

ETHER

HOJA DE COCA

HACHIS

HEROÍNA

L.S.D.

MARIHUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

NIEVE

OPIO

PALFIUM

RITALINA

SHIT

TEMGESIC

TOLUENO

TRICLOROTILENO

M.I.N.I.

K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHOLICAS)

K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER LA SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.

→
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalín, píldoras adelgazantes.

Cocaína : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanil.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de ángel», «hongos», éxtasis.

Inhalantes : «cemento», pegamento, éther.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit», mota, grifa, pasto, etc.

Tranquilizantes : Valium, Trankimazín, Halción, Lexatín, Orfidal, barbitúricos, Rohypnol (“reina”).

Varios: Anabolizantes, Esteroides. ¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUBSTANCIA(S) MÁS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUBSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE): CADA SUBSTANCIA O CLASE DE SUBSTANCIAS POR SEPARADO, ÚNICAMENTE LA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS) _____ MÁS CONSUMIDA.
- SI SOLO CONSUME UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS), _____ ÚNICAMENTE UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS)

K2 **Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 12 últimos meses:**

- | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| a | ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla? | NO | SI | 1 |
| b | ¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 2 |
| c | ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más cantidad de lo que era su intención? | NO | SI | 3 |

- | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Los días que ha consumido (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) ha empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Ha tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de sus distracciones, o estar con su familia o amigos por consumir droga? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? | NO | SI | 7 |

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2 ?

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>DEPENDENCIA de SUBSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUBSTANCIA(S) ?

NO	→ SI
----	---------

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- | | | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado, embriagado, con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades académicas, laborales o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? | NO | SI | 11 |

¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>ABUSO DE SUBSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS

PEDIR UN EJEMPLO EN CADA PREGUNTA RESPONDIDA AFIRMATIVAMENTE SÓLO ANOTAR **SI**, SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGAR SI LOS DELIRIOS SE CALIFICAN COMO “EXTRAÑOS”

LOS DELIRIOS SON “EXTRAÑOS” SI SON: CLARAMENTE IMPOSIBLES, ABSURDOS, INVEROSÍMILES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA HABITUAL.

LAS ALUCINACIONES SE ANOTAN COMO “EXTRAÑAS” SI: UNA VOZ COMENTA SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE ELLAS

Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:

				EXTRAÑA	
L1 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI → L6a	2
L2 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o de que usted podía leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO		SI	3
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO		SI → L6a	4
L3 a	¿Alguna vez, ha creído que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacían actuar de una manera que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO		SI	5
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO		SI → L6a	6
L4 a	¿Alguna vez, ha creído que le enviaban mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO	SI	SI	7
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI → L6a	8
L5 a	¿Alguna vez, allegados o amigos suyos, han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales? IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, EJ: GRANDIOSIDAD, RUINA, CULPA,	NO	SI	SI	9
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus ideas?	NO	SI	SI	10
L6 a	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como por ejemplo, voces? LAS ALUCINACIONES SE CODIFICAN COMO EXTRAÑAS SÓLO SI EL PACIENTE RESPONDE SI A LO SIGUIENTE: ¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?	NO	SI	SI	11
b	SI SI : ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?	NO	SI	SI → L8b	12

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?
 CODIFICAR **SI** ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

NO SI 13

b **SI SI** : ¿Ha visto estas cosas durante el último mes?

NO SI 14

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR :

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD INCOHERENCIAS, DISCURSO DESORGANIZADO O UNA MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?

NO SI 15

L9 b PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD CONDUCTA DESORGANIZADA O CATATÓNICA?

NO SI 16

L10b ¿ HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA: POBREZA DE LENGUAJE (ALOGIA), APLANAMIENTO AFECTIVO O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN UNA ACTIVIDAD CON UNA FINALIDAD DETERMINADA, EVIDENTES DURANTE LA ENTREVISTA?

NO SI 17

L11 ¿DE L1 A L10, HAY AL MENOS

- O UNA PREGUNTA «b» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
- O DOS PREGUNTAS «b» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO ACTUAL	

L12 DE L1 A L7, HAY AL MENOS

- O UNA PREGUNTA «a» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
- O DOS PREGUNTAS «a» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ? (VERIFICAR QUE LOS 2 SINTOMAS HAN APARECIDO AL MISMO TIEMPO)
- O L11 SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA	

L13a SI L11 SE HA CODIFICADO **SI** O SI HAY AL MENOS UN **SI** DE L1 A L7:

- EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL O PASADO)
- O UN EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO) ?

→
NO SI

b SI L13a CODIFICA **SI** :

Anteriormente, me ha dicho que había tenido un periodo(s) en que se había sentido deprimido(a) / exaltado(a) / particularmente irritable. Las ideas o impresiones de las que estamos hablando (CITAR LOS SINTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 A L7) han aparecido únicamente durante estos periodos en los que estaba deprimido(a)/ exaltado(a)/ irritable?

NO SI 18

¿L13b HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
TRASTORNO DEL HUMOR CON RASGOS PSICÓTICOS ACTUAL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIA NERVIOSA

M1 a	¿Cuanto mide usted?	_ _ _ cm		
b	¿Durante los 3 últimos meses, cuál ha sido su peso mínimo? /_/_/_/	_ _ _ kg		
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MINIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA? VER TABLA DE CORRESPONDENCIAS AL FINAL DE LA PÁGINA	→ NO SI		1

Durante los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, ha evitado engordar?	→ NO SI		2
M3	¿Ha tenido miedo de ganar peso o de llegar a estar más gordo(a)?	→ NO SI		3
M4 a	¿Se ha considerado gordo o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO SI		4
b	¿Influye mucho su peso o su figura en la opinión o la estima que usted tiene de si mismo?	NO SI		5
c	¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?	NO SI		6
M5	¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN M4 ?	→ NO SI		
M6	SÓLO PARA LAS MUJERES: ¿Durante los últimos tres meses, ha perdido todos sus periodos menstruales, aunque debiera de haberlos tenido (no estaba embarazada)?	→ NO SI		7

**PARA LAS MUJERES : M5 Y M6 HAN CODIFICADO SI ?
PARA LOS HOMBRES : M5 HA CODIFICADO SI ?**

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA DE CORRESPONDENCIAS TALLA – UMBRAL DE PESO MINIMO (SIN CALZADO , SIN ROPA)

TALLA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mujeres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hombres	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(REDUCCION DE UN 15% EN RELACIÓN CON EL PESO NORMAL)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BULIMIA

N1	¿Durante los 3 últimos meses, ha tenido crisis durante las que ha comido grandes cantidades de alimentos, en menos de 2 horas?	→ NO	SI	
N2	¿Durante los 3 últimos meses, se ha dado al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SI	9
N3	¿Durante estas crisis ha sentido que su apetito estaba fuera de control?	→ NO	SI	10
N4	¿Ha hecho cualquier cosa para compensar o evitar ganar peso por estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos, píldoras adelgazantes u otras medicaciones?	→ NO	SI	11
N5	¿La opinión que tiene de sí mismo, está muy influida por su peso o sus formas corporales?	→ NO	SI	12
N6	¿PRESENTA EL PACIENTE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI	13
	SI N6 = NO, PASAR A N8			
N7	¿Estos atracones aparecen siempre que está por debajo de ____ kg* ? * CONSIDERAR EL UMBRAL DE PESO MÍNIMO DEL PACIENTE EN LA TABLA DEL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA EN FUNCION DE SU TALLA	NO	SI	14
N8	N5 HA CODIFICADO SI Y N7 HA CODIFICADO NO (O NO CODIFICADA)?	NO SI BULIMIA ACTUAL		
	N7 HA CODIFICADO SI ?	NO SI ANOREXIA MENTAL Compulsiva / Purgativa ACTUAL		

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

O1 a	¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas de la vida cotidiana, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	➔ NO	SI	1
	NO CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.	➔ NO	SI	2
b	¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?			
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	➔ NO	SI	3
	DE O3a A O3f, CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SÓLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE			
O3	Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día:			
a	¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI	4
b	¿Se ha sentido tenso?	NO	SI	5
c	¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI	6
d	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI	7
e	¿Se ha sentido irritable?	NO	SI	8
f	¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se ha despertado a media noche o demasiado temprano, ha dormido en exceso)?	NO	SI	9

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?

NO SI

**ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

P. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL (OPCIONAL)

P1 ¿Antes de los 15 años:

a	¿Con frecuencia faltaba al colegio o se escapaba de casa por las noches?	NO	SI	1
b	¿Con frecuencia mentía, engañaba a otros o robaba	NO	SI	2
c	¿Provocaba peleas o riñas, amenazando o intimidando a otros?	NO	SI	3
d	¿Destruía deliberadamente cosas o provocaba incendios?	NO	SI	4
e	¿Hería deliberadamente a animales o a personas?	NO	SI	5
f	¿Forzó sexualmente a alguien?	NO	SI	6
		➔		
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P1?	NO	SI	

P2 NO CODIFICAR SI LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, SI LOS COMPORTAMIENTOS ESTAN SOLO PRESENTES EN CONTEXTOS POLITICOS O RELIGIOSOS

Después de los 15 años:

a	¿Se ha conducido repetidamente y de forma deliberada de una manera que otros consideraban irresponsable, como dejar de pagar sus deudas, ser impulsivo o no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que eran ilegales aunque no fuese descubierto (ej: destruir propiedades, hurtar, robar, vender droga o cometer delitos)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo peleas físicas con su pareja o hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o engañado a otras personas para obtener dinero o placer o simplemente para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a un peligro sin importarle las consecuencias?	NO	SI	11
f	¿ Se ha sentido sin culpa por hurtar, maltratar, mentir o robar a otros, o después de dañar propiedades?	NO	SI	12

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P2?

NO SI

**TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD
ANTISOCIAL
VIDA ENTERA**

REFERENCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

Las versiones originales francesas e inglesas del M.I.N.I. / DSM-IV se han traducido y pueden ser solicitadas a los autores (ver página 3). Una version CIE-10 del M.I.N.I. esta tambien disponible en francés, inglés, danés y español.

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 y versiones anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Carroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Español	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Lituanien	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolksy	P. Zvolksy
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. 6 DE abril DE 2009