

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
OAXACA, OAX

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

PSICOPEDAGOGIA FAMILIAR

EFFECTOS DE LA EXPERIENCIA MEDICA SOBRE EL P.I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO REALIZADO POR:

R II MF ORTEGA VALLEADO NAUL

ASESOR:

LIC. JAIME E. VARGAS MENDOZA

FEBRERO 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Capítulo I	1
Marco Teórico	1
Introducción	1
Definición del paciente identificado P.I.	3
Planteamiento Teórico	3
Terapia familiar breve	3
Terapia familiar de apoyo	3
Relaciones patógenas	4
Estrategias de silenciamiento	5
Risa inapropiada	5
Amenazas de violencia física	6
Ritos y ritos inciertos	6
Falta de atención selectiva	6
Retazos injustos	6
Clive emocional	6
Fansia distorsionada y trágica	7
Los niveles del terapeuta	8
Capítulo II	10
Metodología	10
Objetivos	10
Población estuua de	10
Tipo de terapia	11
Procedimiento	11
Hipótesis	11
Alcance experimental	11
Instrumento	11
Ítem	11
Familia I	13
Familia II	14
Familia III	14
Familia IV	15
Familia V	16
Familia VI	17
Familia VII	18
Familia VIII	18
Familia IX	19
Familia X	19
Discusión de resultados	20
Comentario	21
Bibliografía	23
Graficos	24

PSICOLOGIA FAMILIAR

EFECCO DE LA ENTREVISTA MEDICA SOBRE EL P.I.

C A P I T U L O I

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

En las sociedades actuales, la familia sigue siendo un elemento importante de la estructura social (1)

Morgan, citado por Engels describe a la familia como "el elemento activo": nunca permanece estacionada sino que pasa de una forma inferior a una forma superior e medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto.

Los sistemas de parentesco por el contrario, son pasivos; se lo resalta de haber inventado los registros los procesos hechos por la familia y no sufren una modificación radical sino cuando se ha modificado radicalmente la familia (7).

La historia desarrolló la familia desde la forma primitiva - hasta el sistema actual, base de la sociedad considerando como el núcleo de la formación y desarrollo del hombre en lo - histórico, social y psicológico (3), o también en el conjunto de valores derivados, en gran medida de las instituciones a las que pretende pertenecer (16).

Con la II Guerra Mundial, esta evolución sufre un cambio acelerado, encontrándose en la lucha de valores las caracterís-

ticas de la utilización industrial avanzada, una ausencia de libertad, étnica, suave, razonable y democrática (10).

Así pues en el mundo donde la segregación, la enajenación, la detentación nomática, cultural y motivacional, hacen que de un modo u otro todas las tendencias destructivas, alienaciones, afloran y se producen las crisis.

A nivel familiar, esto se produce cuando, por primera vez - se presenta una disfunción en la pareja, por inconformidad en los roles: "papeles que una sociedad enferma determina - para sus miembros (5).

Por esto se hace necesaria una aparición de nuevas estructuras que orienten al individuo para resolver este ancho de valores antagónicos, los más de los veces; y que a nivel familiar se reflejen como relaciones patógenas.

Estas relaciones patógenas son el resultado de conflictos - que pueden ir desde una simple diferencia de opiniones entre dos o más miembros de la familia hasta la presencia de verdaderas desórdenes de conducta en uno o más de ellos y es precisamente el primero tradicionalmente más débil el que va a manifestar clínicamente los alteraciones (16).

Es por esto miembro, por el que se acude la primera vez a - consulta, ya que después de algún tiempo de relaciones patógenas, comienzan a llamar la atención: "las alteraciones del comportamiento" manifestadas, siendo percibidas por la red social que rodea a la familia. (13)

DEFINICION DEL P.I.

A este paciente, es al que llamaremos PACIENTE IDENTIFICADO (PI). No es de ninguna manera el más patológico, ni mucho menos el único enfermo; es en definitiva el que menos armas adaptativas posee y quizá el que expresa en forma más obvia los síntomas conductuales de toda la familia, los cuales son un montaje que revela que el PI está distorcionando su propio crecimiento como resultado de sus intentos por aliviar y resolver el dolor familiar.

Se han descrito muchas formas de realizar la terapia familiar pero la base de todas es que el terapeuta se aleja de la ideología y práctica de la terapia individual y de los principios sobre los que se basa ... para adquirir más práctica y experiencia familiar (12) tratando de mantener el equilibrio (13)

PLANTEAMIENTO TEORICO DE TERAPIA FAMILIAR

Estas formas de terapia son:

I) TERAPIA FAMILIAR BREVE. Pretende la comprensión de las deformaciones de transferencias inconscientes que afectan las relaciones familiares estrechas (4) orientada a la crisis. Se insartan generalmente en 6 sesiones a razón de tres sesiones por semana. Administrada en consultorio.

II) TERAPIA FAMILIAR DE APOYO. Con muchas variantes en tiempo, lugar, número de miembros y grupos interfamiliares. El terapeuta estudia la historia familiar cifrando su atención en las funciones y actividades familiares... y se inte

4/

resa por los conflictos que existen en la familia principalmente:

- 1) Los que se suscitan entre marido y mujer
- 2) Los que se dan entre padres e hijos
- 3) Los que se presentan entre la familia nuclear y otros conjuntos sociales más grandes (16)

Alto importante que señalar es que todas las familias sufren tensiones y presiones de la sociedad moderna, sin embargo no todas desarrollan patología familiar importante.

El papel del PI, no siempre es estacionario y aunque algunos familiares el mismo hijo es el PI, en otros el papel se comparte o se pasa de un hijo al otro.

Habíamos dicho que el PI no es necesariamente el más patológico, al contrario, pensamos que puede ser un individuo perfectamente capaz en la esfera intelectual, pero carece de egmas para adaptarse a las relaciones patológicas familiares.

LAS RELACIONES PATOLÓGICAS

Ante la pregunta: ¿qué provoca una relación patológica?, Zuk señala que en la lucha entre los "valores antagónicos" y advierte que el "conflicto familiar es una expresión de un conflicto de valores". A estos valores los denomina "de continuidad", son expresados por el miembro más débil y hacen énfasis en la bondad, de la expresión emocional, el humanitarismo, el igualitarismo y en la totalidad de la experiencia humana; contra los valores de discontinuidad que hacen énfasis en

la bondad del orden y la racionalidad de la eficiencia y en el análisis de los componentes de la experiencia humana.

Las relaciones patógenas que estudiamos en este trabajo fueron:

I. Estrategias de Silenciamiento

Usadas por el paciente para defenderse de la intrusión del terapeuta, también pueden ser utilizadas por los demás miembros de la familia desde la amenaza de agresión física: "cállate o te golpearé", hasta la sutil mirada indirecta utilizada por los padres contra el niño. Los móviles son varios:

- a) Pueden ser verbales o no verbales
- b) Pueden ser por una persona o por una amenaza de personas
- c) Pueden estar dirigidas a un área de comunicación o a una persona
- d) Están encaminadas a obtener obediencia
- e) Mecanismo de defensa individual o de grupo

II. Risa Inapropiada

Independientemente de su función individual o intrapersonal o comunicativa frecuentemente se emplea consciente o inconscientemente como un importante mensaje no verbal que diluye su significado con el fin de disfrazarlo.

Se ha visto que la risa en los miembros de la familia, es la evidencia de una forma de complementariedad entre ellos; la risa sirve para mantener una línea secreta de comunicación entre los miembros de la familia.

Se ha formulado la hipótesis de que la risa frecuentemente se emplea como un importante mecanismo no verbal para diluir el significado con la finalidad de disfrazarlo.

III. Amenazas de violencia física

Similar a las primeras son un intento por mantener dominado al miembro débil de la familia. Son avisos de una agresión en marcha, acciones que, si continúan con su evolución llegarán al ataque físico.

IV. Retos y Metas Inciertas

Dentro de las familias y como consecuencia del desarrollo cultural de ellas y que bloquean en ocasiones la comunicación familiar y son miras a distraer la atención, existen estos enunciados no causales a una conducta abiertamente supersticiosa.

V. Falta de Atención Selectiva

Se podrá definir como estado de ausencia defensiva, igual que la anterior para distraer la atención.

VI. Rótulos Injertos e Inapropiados

Relación patológica en la cual se califica a algún miembro quien generalmente es el PI, con un nombre relacionado a alguna característica física o conductual con rasgos ofensivos para el paciente.

VII. Chivo Expiatorio

Es quizá la más típica reacción patológica y donde encontramos que en un miembro de la familia, recae todas las "culpas" del proceso morboso familiar. No es necesariamente el PI.

LA TERAPIA DIADICA Y LA TRIADICA

Una vez definido las relaciones patógenas que se dan en el seno de las familias, creemos necesario explicar los diferentes tipos de terapia familiar que se han descrito hasta ahora.

La psicoterapia es una sustancia de control social que modifica o determina la conducta individual mediante sus recursos para la rotulación y manejo del comportamiento anormal. De la multitud de enfoques han derivado recursos terapéuticos que se pueden identificar como: psicoanalíticos, perceptuales, racionales, existenciales y derivados de la teoría del aprendizaje (15). Stuart Kemman (16) afirma que en la terapia familiar se puede operar por lo menos diez formas diferentes legítimas.

El tratamiento analítico fue uno de los primeros intentos por acceder los procesos intrapsíquicos (16) que se daban como resultado de las relaciones familiares pero era un modelo eminentemente diádico, es decir donde solo tomaban parte 2 actores: el terapeuta y un paciente y donde se lleva a cabo la transferencia/contratransferencia como en cualquier entrevista. Tenía el inconveniente de ver a la familia pasada por el campo del propio paciente y su utilidad se reducía a disminuir la ansiedad de éste sin afectar al resto de la familia.

Cuando se hizo este invento se enfrentó al terapeuta más miembros de la familia, pero continuaba siendo un proceso diádico dado que en esencia se conservaban las dos partes: el terapeuta y la familia.

Se empezó a notar entonces lo que Wackland en 1960 describe como el "doble vínculo" (4), donde se encuentra la interacción de 2 personas principalmente el binomio madre-hijo aunque se encuentran: esposo-esposa, padre-hijo. Zuk denomina a esta relación como alianzas o camarillas que luchan por el poder.

Más adelante se vió que un tercero en discordia ayudaba a esclarecer más fácilmente los problemas y fortalecía al terapeuta para mantener el control en la entrevista; a éste se le denominó co-terapeuta, el cual desempeña varias funciones: participa activamente en el proceso terapéutico; puede ser observador "mudo" en algunas ocasiones con el fin de cuantificar las relaciones autógenas; ayuda en forma directa al terapeuta cuando se trata de romper alguna situación viciada en la entrevista.

Con la aparición del co-terapeuta se puede hablar ya de una ternera familiar triádica, y ya es factible enfrentarse más controladamente a los procesos triádicos como las coaliciones familiares, las coaliciones en las que participan por lo menos 3 miembros de la familia (45) y el terapeuta puede unirse a esta coalición familiar y tratar de romperla, o unirse a la familia en una coalición contra una agencia y ejercer presión para que ésta cambie o disminuya el problema.

LOS PAPELES DEL TERAPEUTA

Vemos ahora a analizar someramente cuáles son los papeles o funciones del terapeuta y del co-terapeuta durante el proceso terapéutico.

A. EL MEDIADOR.- Aquí ejerce presión como mediador para facilitar la comunicación entre los miembros de la familia, resolver los conflictos y fijar los límites.

B. PARTIDARIO (o el que toma partido). El terapeuta ejerce presión como alguien que toma partido a favor de algún miembro y se opone a los otros en una disputa.

C. CELEBRANTE. El terapeuta ejerce presión como celebrante al ofrecerse (o cuando se lo piden), a officiar un suceso - que la familia considera importante como una huída, un divorcio o la pérdida de un empleo.

El terapeuta familiar actúa como mediador, partidario y celebrante en las circunstancias, y ejerce un grado de énfasis u otros valores a favor o en contra de los miembros de la familia y no siempre una sucesión de éstos sucesos sino que atendiendo del momento de la sesión y a cada una de las circunstancias de ésta.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

1.- OBJETIVOS

A. Sugerir alternativas terapéuticas para los diversos desórdenes o rasgos psicopatológicos que afectan la dinámica familiar, originados por factores físicos (biológicos) y/o sociales que se dan en el seno de la familia o fuera de ella a los Médicos Familiares que trabajan diariamente con estos tipos de trastornos y que constituyen un alto porcentaje en la consulta externa.

B. Orientar no solamente para un diagnóstico acertado, sino para que sean considerados en forma correcta el II nivel de atención, donde se integrará la impresión diagnóstica y se iniciará el tratamiento básico que será controlado finalmente por el médico familiar.

2.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Se estudiaron 10 familias tomadas al azar de la consulta externa, provenientes de la clase media baja con las siguientes características:

- Familia nuclear 5.
- Familia nuclear troncada 2.
- Familia nuclear extensa con ausencia de uno de los padres: 1.

- Familia nuclear con ausencia de uno de los miembros
2.

3.- TIPO DE TERAPIA

Se utilizó preferentemente la del tipo trídico, con dos terapeutas, en sesiones de 2 horas a la semana con controles repetitivos de acuerdo a las necesidades familiares llegando inclusive a ser necesario más de 6 entrevistas.

4.- ESCENARIO

Consultorio de psicología de aproximadamente 4 x 4 con buena ventilación e iluminación, donde había un escritorio, sillón y un archivero.

Las familias se sentaban libremente separadas de los terapeutas por el escritorio. No había factores distractores importantes.

5.- HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

- 1) En una situación experimental de red humana en comunicación, el manejo contingente de incentivos condicionados, modifica la conducta verbal del participante y facilita el logro de metas interpersonales.
- 2) Las familias disfuncionales tratadas tridicamente al canja más rápidamente su homeostasis.

6.- DISEÑO EXPERIMENTAL

Se buscaron principalmente las relaciones patógenas abajó mencionadas.

- 1) Risa inapropiada. (Ri)

- 2) Elmar Dividido (31)
- 3) Oveja Expiatoria (34)
- 4) Amalga (4)
- 5) Valt de atención selectiva (Pos)
- 6) Múltiples Impulsos e Inhibiciones (76)
- 7) Ritos y Mitos inciertos (4/8)

Posteriormente se plantearon a todos y cada uno de los miembros el siguiente interrogatorio directo:

- ¿Cuál es su opinión acerca de los demás?
- ¿Cuál es el principal problema de la familia?
- ¿Cómo se lleva con el resto de la familia?

Durante esta etapa, no se permitía que se saliera de la objetividad de las preguntas, ya que más adelante se atribuirá libre a los miembros de la familia y se fueron reconstruyendo las respuestas y comentarios en formular las preguntas y respuestas, se debían alternar con los problemas y se citan posteriormente con una breve entrevista de análisis de resultados.

7.- PROCESO

Observar la ocurrencia de patrones conductuales identificables como relaciones patógenas en la generación dirigida; obtener el registro confiable de la distribución temporal de éstos en los miembros de una familia nuclear.

8.- METODO

Se entrevistó a las familias en el consultorio donde uno de los terapeutas dirigía la entrevista y los 2 registraban las relaciones patógenas. Posteriormente en la tri-

buna libre a los participaban como celebrantes, mediadores o partidarios. La duración de las entrevistas fue de 60 minutos repitiendo ésta a la semana para revisar los avances. Las familias estaban enteradas del propósito de éstas entrevistas.

Las familias las denominaremos con números romanos, y a los miembros de ésta con letras: P (padre), M (madre) y las iniciales de los hijos: el PI los señalaremos con un asterisco (*)

FAMILIA I.- Familia Nuclear. M de 35 años ama de casa.

P. de 37 años empleado

A. de 11 años estudiante

H' de 9 años estudiante

L. de 5 años

H. presentaba desfunción de conducta de tipo agresión - principalmente con el hermano mayor, rebeldía hacia los padres; indiferencia hacia la escuela; parecía haber -- competencia contra el hermano y cierto favoritismo de -- los padres al primero, aunque éstos decían que esto era en función del comportamiento de H. sin embargo durante entrevista, A. se mostró más callado, en actitud dependiente y sumisa a los padres.

H. prometió cambiar su comportamiento y se orientó a los padres a que se intentara analizar la energía y agresividad de H. hacia ejercicios y deportes dirigidos y que de preferencia A. participara de esto también.

Una semana después, los padres reportaron mejoría de un

25% y cuando 3 meses más tarde se entrevistaron, el comportamiento de A. se había modificado más del 50%, no así A. quien seguiría presentando los mismos patrones de conducta.

FAMILIA II.- Familia Nuclear truncada por muerte del padre.

M. de 52 años

A. de 21 años mecánico

PE de 20 años empleado

Er de 19 años ama de casa y esposa de P.

MA' 13 años estudiante

R de 19 años secretaria

MA. femenina presenta la presencia convulsiones tónico clónicas de varios años de evolución. Hay el antecedente familiar de una abuela quien padecía esto también. Ella es buena estudiante aunque mantuvo al resto de la familia con su padecimiento. Está siendo tratado por el servicio de Neurología. Base de difilhidantoinato aunque el resultado del EEG no muestra un patrón típico de epilepsia. Se vieron orientaciones por el trato de nuestra PI y se citó una más a ella. A los 2 meses que se citó se reportó mejoría del 50% aunque continúa tomando DHS.

FAMILIA III.- Un caso similar al primero:

P. 40 años empleado

M. 37 años ama de casa

Ma' 11 años masculino estudiante

Mm 13 años masculino estudiante

K hermana menor de 9 años

Ma. mal estudiante, desobediente, busca pleitos, muy agresivo con el hermano y con los padres. Hay conflicto de valores entre la madre quien representa los valores de continuidad y el líder que es el padre que representa los valores de discontinuidad.

Mm. permanece muy pegada al padre y a K. se le sobreprotege por "ser mujer y la más chica". El PI demuestra conducta autodestructiva por no ser como el padre. El padre racionaliza haber tenido miedo a la escuela por los maestros agresivos.

FAMILIA IV.-Familia Nuclear con ausencia del Padre.

- M. de 52 años ama de casa
- Ep' femenina de 15 años estudiante
- Pa de 31 años empleado hermano
- Me femenina de 13 años hermana

El padre vive en México, D.F. "por causas de trabajo" - pero ayuda económica a la familia. Ep. fue una niña aparentemente sana hasta 9 años atrás cuando al parecer, posterior a experimentar un accidente de sus hermanos sufrió decoloraciones de la piel por placas al inicio en palmas de las manos, extremidades y posteriormente en cara.

Poco a poco supera esta crisis y recupera el color la piel en algunas partes, conservando manchas leucocrónicas en un 30% de su cuerpo incluyendo la cara.

La reportan como excelente estudiante. A esta familia se le perdió la cita.

FAMILIA V.- P. de 62 años, no acusó a ninguna entrec-
vista. Pensionado. Trabaja ocasionalmen-
te. Alcohólico.

M. de 59 años ama de casa.

I. 21 años femenina, casada en 2 ocasiones,
la primera se divorció y la segunda en-
viudó; somatiza crisis de histeria, por
lo que ha sido internada en urgencias en
varias ocasiones.

Im' 13 años hermana. Soltera. Padece malfor-
mación congénita de pabellón auricular y
conducto auditivo externo. No visible --
por cubrirlo el cabello, es tímida, con
tendencia a la depresión y con ansiedad
de evolución.

A. 16 años. Soltera quien tiene un novio --
con quien la madre le cuesta mucho salir,
reunidos por el padre. Tiene vida se-
xual activa y está embarazada actualmen-
te sin que el padre se opona, con conoci-
miento y protección de la madre.

II. 3 años, estudiante. Sin patología conduc-
tural aparente.

Definitivamente el chivo exiatorio es el padre quien -
se deprime con facilidad intentando en 2 ocasiones sui-
cidarse dejando pruebas antes. Durante las primeras en-
trevistas se notaba agresión por parte de madre e hijos
contra el padre y proponían como única solución la segr

reación de los padres, atribuyéndoseles la primera causa el factor económico, y en segunda la sospecha de probable intento de suicidio del padre.

Se dieron recomendaciones a la familia y se citó en varias ocasiones. A la cuarta entrevista hubo un cambio del 80% refiriendo que el padre había cambiado su conducta, aunque aún no sabía del embarazo de A, y al parecer todos ponían de su parte para mejorar su situación.

FAMILIA VI.- Familia Nuclear.

P. 34 años, mecánico
M. 29 años ama de casa
MA' 11 años, femenina estudiante
RA 9 años femenina estudiante
GP 6 años femenina estudiante
JM 6 años masculino estudiante

El padre al parecer sin vicios, siempre ha preferido y dado especial trato a JM, quien a los 3 años de edad y coincidiendo con el nacimiento de A, presentó enuresis, hasta la fecha en forma ocasional. En su relación hacia sus hermanos, rebeldía, conducta autodestructiva cuando se le maneja a su criterio, de preferencia a las manos.

Se da orientación a la familia, pero no se nota mucha participación por parte de MA. Se cita posteriormente a la familia y no acude.

FAMILIA VII.- Familia Nuclear

P. 29 años obrero, alcoholico

M. 27 años ama de casa

HO Hija 2 años

C Hijo 6 meses

El padre alcoholico con sentimiento de culpa por dos dias decaídos, si ha habido agresión física. Al parecer comunicación abierta con la esposa. La madre al parecer independencia de acción, con crisis epileptiformes sin pérdida de conciencia y sin estudio especializado que pudiera traer como crisis convulsivas. Se orienta en el tiempo y en el espacio, reportan mejoría del DSM.

FAMILIA VIII.-B. A. Noe nuclear

P. 46 años obrero de casa

M. Hija estudiante

HO Hijo estudiante

H. Hijo estudiante

HO Hijo estudiante

H. Hijo estudiante

C. estudiante

El paciente central de la enfermedad del padre y sus conductas agresivas con el resto de la familia. Al parecer con buena comunicación con el resto de la familia.

FAMILIA IX.- (Entrevista dirigida). Estudio Piloto.

P. 39 años profesor de Educación Media.

M. 42 años profesora Educación Primaria

MA 12 años estudiante hija

PE 11 años estudiante hijo

M' 9 años estudiante hijo

P 5 años hijo

Se explicó a la familia los propósitos de investigación, de la entrevista y se comenzó ésta en presencia de todos sus elementos. En un momento se sentaron P y M con MA, en medio y detrás de ellos los hijos restantes que no quisieron intervenir.

FAMILIA X.- (Entrevista individual) Estudio Piloto. Familia Nuclear simple.

P. Interventor 28 años.

M. 35 años no da nombre.

MA. Hijo menor 13 años.

Ju. Hijo 10 años

Je. Hijo 12 años

Ja. Hijo 10 años

P mostró estar bien de atención, sin embargo sus hijos mostraron la forma de atención. M también mostró esto, primero en forma pasiva con el estímulo y luego mostrando un cambio de atención selectiva.

MA, al inicio rió incesantemente y al final mostró un cambio de atención. Ju. también mostró este cambio. Ma la hija mostró falta de atención selectiva.

9.- DISCUSION DE RESULTADOS

Después de analizar éstos reportes, los registros de las relaciones patógenas y las gráficas (ver capítulo siguiente), podemos concluir lo siguiente:

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Podemos considerar que contamos con un instrumento metodológico de observación, registro y análisis que permite la investigación experimental que haga uso de discos de líneas base.
- En base a la mejoría descrita por los pacientes y las familias, consideramos la terapia triádica como un instrumento terapéutico eficaz, ya que del estudio el 50% (cinco familias) reportaron mejoría en algunas como la familia V. Mejoría dramática al grado de que las posibles soluciones de reacomodamiento desaparecen y surgen otras alternativas mejores.
- El 20% (2 familias), se paralizaron y no acudieron a citas posteriormente.
- El 30% (3 familias), fueron estudios piloto y no se citaron posteriormente.
- Y el 1% (1 familia), no reportó mejoría, aunque dudamos que si hubiera las instrucciones de los terapeutas.
- Una relación patológica con estructuras defensivas de la familia contra procesos verbales externos e internos que preservan la homeostasis familiar.
- Son más confiables los registros cuando son obtenidos de 2 fuentes (el verbaux y el co-terapeuta) y nos dan una visión más amplia del estado de salud de la familia
- Es posible conducir una entrevista triádica dirigida con familias extensas, obteniendo información cuantitativa, distribución temporal y confiabilidad en el registro.

COMENTARIO FINAL

Durante 30 años se viene aplicando la psicoterapia familiar en E.U. En México se cuenta ya con experiencia de 10 años.

Este estudio es un muestreo de un tipo de psicoterapia que disminuye el margen de error, ya que son 2 los terapeutas - quienes efectúan el registro, lo que le da alta confiabilidad.

La mejoría reportada por las familias, nos dan la pauta para considerar que la psicoterapia familiar triádica es una buena alternativa para solucionar disfunciones familiares - que van a afectar a la homeostasis.

Esto abre la puerta a estudios posteriores, donde investigaremos otros tipos de relaciones más íntimas e intentaremos mejorar tanto el interrogatorio, como las posibilidades terapéuticas a nivel familiar, ya que como decíamos al principio la unidad familiar burguesa... se ha convertido en este siglo, en la más perfecta imagen del no encuentro, como espejo de otras asociaciones como las estructuras sociales de la fábrica, el sindicato, la escuela, la universidad, las grandes empresas, los aparatos burocráticos, el estado, hospitales generales, etc.

Hay siempre "madres" y "padres" buenos o malos, amados u -- odiados, "hermanos" y "hermanas" mayores, "abuelos" fallecidos que dominan en la sombra y según dijese Freud, cada uno de nosotros transfiere fragmentos de la experiencia vivida

en su familia originaria a cada uno de los miembros de su familia de procreación" (es decir, "nuestra" mujer y "nuestros hijos") y a los demás (6).

Para terminar, creemos necesario considerar que la génesis de las relaciones patógenas, de las situaciones morbosas de cada uno se encuentran en el seno de la familia.

"Antes de que comencemos a hacernos preguntas cósmicas sobre la naturaleza de Dios o del Hombre, surgen ante nosotros históricamente otras cuestiones más concretas y personales: "¿De dónde he venido?", "¿De dónde me he traído?", "¿De quién soy?"; como estas antes se preguntaron "¿quién soy?". Vienen luego otras preguntas, que raramente son equívocas, pero que persisten, como: "¿qué tiempo viví antes y durante mi alumbramiento?", (por ejemplo, "¿He nacido en un período de guerra o de paz? ¿Estaban los aliados?"); "¿Qué día de la semana de tus días de la semana te hiciste?"; "¿Dónde estás, ¿de quién he sido yo?", "¿Dónde estás, ¿de quién he sido yo?", "¿Dónde estás, ¿de quién he sido yo?" (7)

PSICOTERAPIA FAMILIAR

10
5
0
-5
-10
-15
-20
-25
-30
-35
-40
-45
-50
-55
-60
-65
-70
-75
-80
-85
-90
-95
-100

RI SI CH A PAS RO M/R Fam. w I

RELACIONES PATOGENAS

10
5
0
-5
-10
-15
-20
-25
-30
-35
-40
-45
-50
-55
-60
-65
-70
-75
-80
-85
-90
-95
-100

RI S SI A PAS RO M/R Fam. w I

RELACIONES PATOGENAS

10
5
0
-5
-10
-15
-20
-25
-30
-35
-40
-45
-50
-55
-60
-65
-70
-75
-80
-85
-90
-95
-100

RI S SI A PAS RO M/R Fam. w I

RELACIONES PATOGENAS

PSICOTERAPIA FAMILIAR

10
5
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100

RI

SI

OH

A

PAS

RO

I/R

K

LN

LA+

LI

LO

Rm. 3

RELACIONES PATOGENAS

10
5
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100

RI

2

OH

A

PAS

RO

I/R

LI

LO

LA+

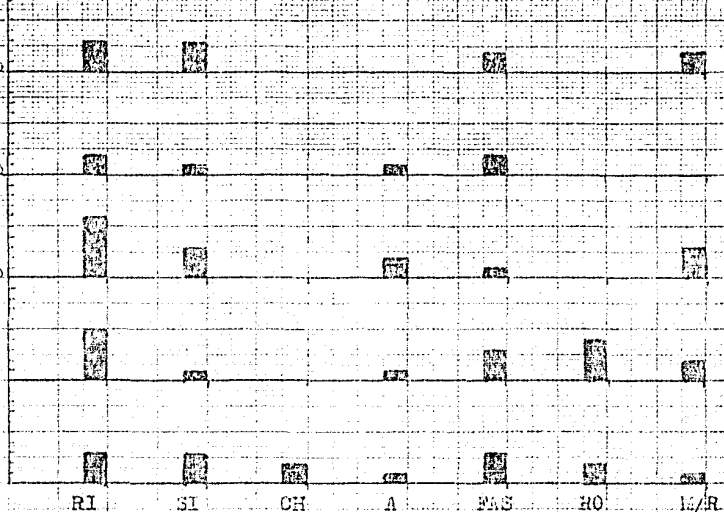
LI

Rm. 4

RELACIONES PATOGENAS

PSICOTERAPIA FAMILIAR

F
r
e
c
u
e
n
c
i
a

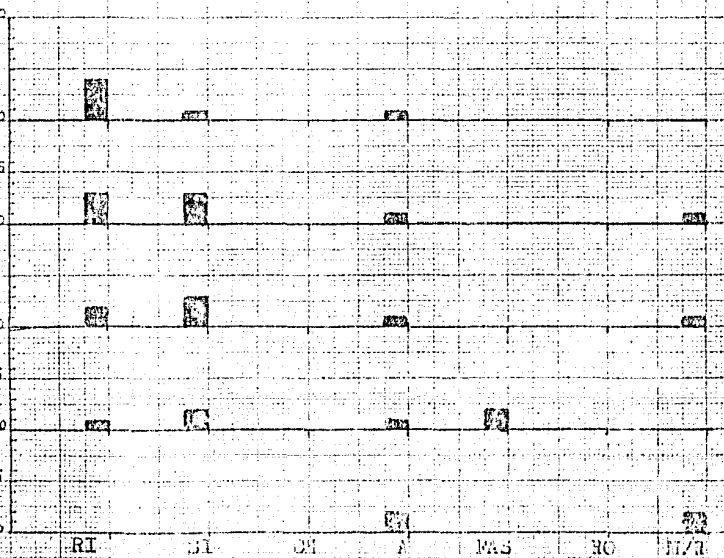


MA
A
L
I
M

Fig. 5

RELACIONES PATOGENAS

F
r
e
c
u
e
n
c
i
a



J
G
M
M
M

Fig. 6

PSICOTERAPIA FAMILIAR

Fr
e
c
u
e
n
c
i
a

10
5
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100

RI

SI

CI

RA

PAS

RO

E/R

Exp. 7

RELACIONES PATOLOGICAS

Fr
e
c
u
e
n
c
i
a

10
5
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100

RI

SI

CI

RA

PAS

RO

E/R

Exp. 7

RELACIONES PATOLOGICAS

Fr
e
c
u
e
n
c
i
a

10
5
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100

RI

SI

CI

RA

PAS

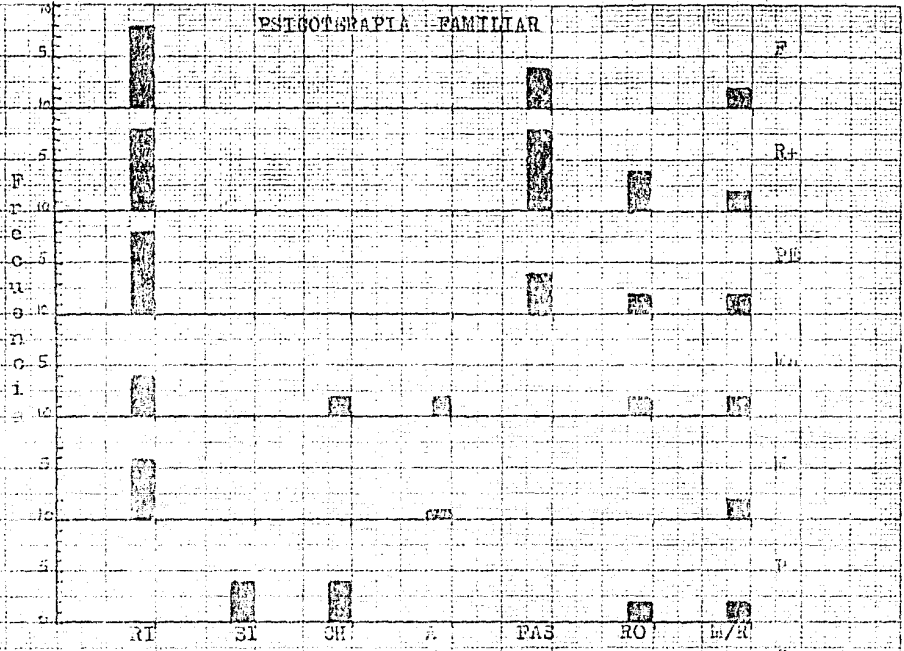
RO

E/R

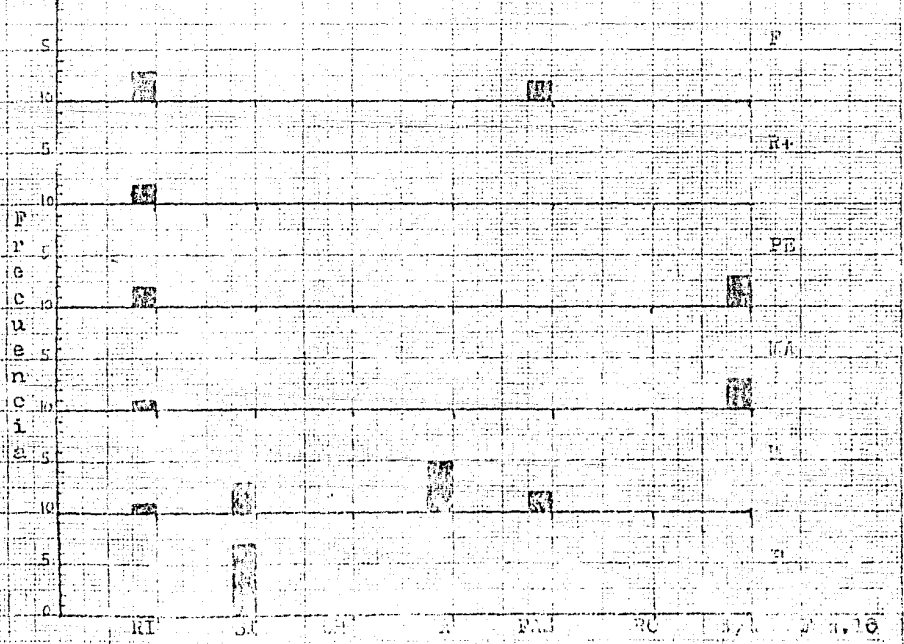
Exp. 7

RELACIONES PATOLOGICAS

PSICOTERAPIA FAMILIAR



RELACIONES PATOCENAS



RELACIONES PATOCENAS



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson- Michael Sociología de la familia
Boletín de Cultura Económica I -
ed. 1980
- 2.- Ackerman H.A. Family Psychiatry Today, some
areas of controversy
Comprehensive Psychiatry 1967 7,-
375-388 .
- 3.- Alami J. - Irigoyen Fundamentos de Medicina Familiar
I.M.S.S. 1974
- 4.- Bosnermenyi-Nagi Terapia Familiar Intensiva.
Los Trilobes 1983.
- 5.- Cohen de Govia Psicología de la Salud Pú-
blica. Estudios Avanzados 1963
- 6.- Cooper David La Puerta de la Familia
S.A. Ariel 1981 .
- 7.- Caprio F. El Origen de la Familia, la pro-
creación Privada y el Estado.
El Progreso Común 1978.
Cuestiones de Verdad .
S.A. Ariel 1981.
- 8.- Davis, Flora Psicología y técnica de psicoterapia
familiar. La Nueva Visión Buenos
aires 1981.
- 9.- Piccini H. J. El Centro Psicológico
en un grupo de psicología de la
familia. Asociación de Psiquiatras -
Argentina
- 10.- Marcus H. El Común de la Psicología 1976.
Terapia Familiar en el Trabajo
Social. La Nueva Visión 1981
- 11.- Moran J.H. El Honor al Domingo
Circular de Lectores 1957
- 12.- Silver Virginia Psicoterapia Familiar Conjunta
Buenos Aires Médica Mexicana 1982
- 13.- Vargas J.H. Psicoterapia Familiar . Algunos
Estudios de Casos
I.M.S.S. Oaxaca 1984.
- 14.- Zuk Gerald H. Psicoterapia Familiar Entoque
Triádico.
El Fondo de Cultura Económica
1982
- 15.- Asociación Psiquiátrica Mexicana 1982
Anual de Diagnóstico y Estadística. (DSM-III)