



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

87
2ej

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS
CON UN PACIENTE PSIQUIATRICO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CARLA HERNANDEZ AGUILAR

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MEXICO, D. F.

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

273950'



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.

AGRADECIMIENTOS:

A la Mtra. Luz María Rocha:
Por su valioso apoyo y disponibilidad para lograr la culminación de este trabajo y por creer en mi.

A la Mtra. Sofía Rivera:
Por su apoyo en la asesoría y revisión metodológica y estadística de esta tesis.

A la Dra. Emilia Lucio, al Dr. Gilberto Limón y a la Mtra. Patricia Moreno:
Por su atención, correcciones y comentarios.

Al Psic. Jaime Dávila y al Dr. Luis Ramírez:
Por su disponibilidad y apoyo en la revisión de este trabajo, así como, por sus aportaciones al mismo.

A la Facultad de Psicología y al Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA):

Por las oportunidades y por la formación que me brindaron.

Al Programa para Optimizar la enseñanza y profesionalización del Psicólogo Clínico:

Por permitirme iniciarme en la práctica clínica.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”:

Por haberme abierto sus puertas para desempeñar mis prácticas profesionales y mi servicio social; en especial al Programa de Terapia Familiar Breve de la Unidad Adolescentes Mujeres.

A la Fundación UNAM:

Por su apoyo económico para la realización de esta tesis.

Quisiera agradecer también a todas las personas que me prestaron su ayuda para poder alcanzar este logro; especialmente a Tony, la Mtra. Patricia Meráz y al Dr. Raúl Benítez.

DEDICATORIAS:

A mis padres Cristina y Carlos:

Quienes siempre han estado conmigo y me han apoyado. Gracias de todo corazón por haberme formado con amor y haberme ilustrado con su ejemplo.

A mi hermana Moni:

Por su invaluable amistad y por su apoyo incondicional.

A las familias que participaron en esta investigación.

A mi hermano Carlos:

Con admiración y respeto.

A todos mis compañeros y amigos, especialmente a Elga y Ceci:

Por haber compartido tantos momentos, por su asesoría estadística y su apoyo moral.

A mi pareja y a mi mejor amigo Horacio:

Con todo mi amor, por compartir este paso tan importante conmigo, y por la confianza, el amor y el apoyo que siempre he recibido.

INDICE.

Agradecimientos	2.
Dedicatorias	4.
Resumen	7.
Introducción	8.
Capítulo I. Familia y Terapia Familiar.	
1.1 Función de la familia	11.
1.2 Sistema Familiar	14.
1.3 Teoría de la comunicación humana	17.
1.4 La familia como sistema social	23.
1.5 Sistemas familiares rígidos y flexibles.....	24.
1.6 Terapia Familiar	30.
1.7 Psicoterapia Breve	39.
1.8 El paciente psiquiátrico y la familia.....	52.
1.9 Terapia Familiar y el paciente psiquiátrico.....	55.
Capítulo II. Evaluación del sistema familiar	
2.1 Descripción del modelo circunplejo.....	63.
2.2 Fundamentos y descripción del cuestionario FACES II.....	84.
Capítulo III. Metodología.	
3.1 Planteamiento y Justificación del problema.....	92.
3.2 Objetivos.....	93.
3.3 Tipo de estudio.....	93.

3.4 Diseño.....	93.
3.5 Hipótesis.....	94.
3.6 Variables.....	95.
3.7 Selección de sujetos.....	97.
3.8 Muestreo.....	99.
3.9 Instrumento.....	99.
3.10 Escenario.....	101.
3.11 Procedimiento.....	101.
Capítulo IV. Resultados y análisis de resultados.....	104.
Capítulo V. Discusión.....	137.
Conclusiones.....	150.
Limitaciones.....	152.
Sugerencias.....	153.
Referencias Bibliográficas.....	154.
APENDICES.	
APENDICE A.....	163.
APENDICE B.....	176.
APENDICE C.....	179.
APENDICE D.....	180.

RESUMEN.

La presente investigación tuvo como objetivos identificar las diferencias en la percepción que muestran el paciente psiquiátrico y su familia en cuanto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad medidas a través de FACES II, comparando la pre-intervención y la post-intervención de un Programa de Terapia Familiar Breve. Así mismo, identificar si había relación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el número de sesiones de intervención de terapia familiar breve en el paciente psiquiátrico y su familia.

Empleando las pruebas estadísticas pertinentes, se pudo apreciar una tendencia al cambio en la percepción en el grupo de pacientes, padres y madres en ambas dimensiones; sin embargo, sólo en la dimensión de adaptabilidad en el grupo de madres las diferencias son estadísticamente significativas ($p .05$); por otro lado, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en los tres grupos con respecto al número de sesiones de intervención de terapia familiar breve. Como aportación al presente trabajo se realizaron entrevistas con los terapeutas familiares; y es así, que a través de los resultados encontrados se puede sugerir a la terapia familiar breve como una alternativa a nivel institucional, pudiendo ser parte del tratamiento integral del paciente psiquiátrico y su familia.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de este trabajo de investigación, es identificar las diferencias que muestran el paciente psiquiátrico y su familia en cuanto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, medidas a través del FACES II, antes y después de la intervención, con un programa de Terapia Familiar Breve.

Es de fundamental relevancia la participación de la familia en el tratamiento integral de cualquier paciente, pero sobre todo del psiquiátrico en contraste con la concepción pasada de marginar o minimizar la influencia familiar. Esta importancia se debe precisamente a que la familia está considerada como la célula básica de la sociedad, en la que se producen y transmiten pautas de conducta, normas de sociabilidad, así como prácticas culturales. La familia es concebida como un sistema dinámico, donde todas las partes interaccionan unas con otras y no hay efectos aislados, es decir la conducta de cada miembro tiene un efecto sobre la conducta de los demás. Por consiguiente, el llamado "comportamiento normal" no es un hecho independiente sino consecuencias de un conjunto de conductas, prácticas, y creencias familiares, las cuales son atribuidas al llamado paciente identificado quien es el portavoz del síntoma familiar (Griffin. A. 1993).

Todo sistema se caracteriza por dos funciones: la tendencia Homeostática y la capacidad de transformación, cuyo interjuego mantiene al sistema en equilibrio y garantiza su evolución y creatividad. Ante una situación de cambio y/o de crisis, el sistema familiar sufre un desequilibrio; existen sistemas en los cuales las capacidades de cambio y estabilización se

alternan con facilidad y otros en los que esa alternancia es particularmente difícil. Un sistema familiar es rígido cuando es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante las variaciones de su ciclo vital, se instaura en el interior de la familia una red complicada de funciones que cristalizan las relaciones en roles estereotipados, se crea confusión entre el espacio personal de cada miembro y el espacio interactivo. Por lo general, esta confusión es atribuida exclusivamente al portador del trastorno mental (Ackermans A. y Andolfi M, 1990). Se debe tener en cuenta, que una familia con un paciente psiquiátrico tiene patrones de rigidez muy arraigados por lo que es difícil el cambio de tales patrones a un nivel de funcionalidad familiar adecuado, puesto que en los sistemas patológicos aparece la tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis (Selvini M, Boscolo G, Cecchin G y Prata, 1986). Por lo que este estudio intentará investigar si el programa de Terapia Familiar Breve de 10 a 15 sesiones y que para una institución es adecuado por la viabilidad de atender a un mayor grupo de familias (Hermosillo y Ruanova, 1994) puede ser eficiente para el tratamiento de este tipo de familias comparando los aspectos de cohesión y adaptabilidad medidas antes y después de la intervención, a fin de identificar si las familias realizaron modificaciones en su funcionamiento y en su estructura lo cual se evidenciará al evaluar y comparar las dimensiones ya mencionadas, lo cual les permitirá en la medida de lo posible mejorar la calidad de la dinámica familiar para afrontar la situación de cambio. Así como el poder contar con un amplio repertorio para tener la capacidad de lograr el cambio (Olson D., McCubbin H, Barnes H, Larsen A., Muxen M, Wilson M 1983), en comparación con aquellas familias que no realizaron modificaciones significativas.

Las familias aparentemente bien ajustadas y que permiten el crecimiento tiene las siguientes características:

- a) Hay una clara separación entre las generaciones de padres e hijos,
- b) Hay flexibilidad en el intercambio de roles,
- c) Se fomenta la individuación,
- d) Hay aceptación y tolerancia hacia la ansiedad que provoca el desequilibrio en el sistema,
- e) La comunicación entre la familia es directa y tiende a confirmar la autoestima de los miembros. (Olsen H. E., 1970), lo cual podría decir, que la familia tiene una dinámica funcional.

CAPITULO I.

FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR.

1.1 FUNCION DE LA FAMILIA.

La familia constituye una realidad compleja y multidimensional; esto representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y generación. La familia enlaza pasado, presente y futuro. En su conformación, eslabona generaciones sucesivas, transmite las señas de identidad de los miembros del grupo y articula las líneas de parentesco por medio de un complejo tejido de fusiones sociales. Por ésta y muchas otras razones se suele afirmar que la familia es la célula básica de la sociedad. En su seno ocurre la reproducción biológica, pero es igualmente el ámbito en el que los bienes y el patrimonio se transmiten a las generaciones siguientes, como lo hacen también las pautas de conducta y las normas de sociabilidad. Se reconoce que la familia como ámbito privilegiado de socialización, moldea profundamente el carácter de los individuos, inculca modos de actuar y de pensar que se convierten en hábitos y opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales. (Tuirán R., 1991).

Hurlock, 1980 citado por Bermúdez (1994), corrobora la función psicológica de la familia sobre el individuo, ya que el clima hogareño permite la interacción de sus miembros y

propicia lazos de amistad , además del parentesco. Así, también es el principal órgano de socialización dentro de nuestra cultura.(De la Riva,1997)

La familia es el grupo social primario por naturaleza donde el individuo toma lo esencial para su realización como persona. Sin embargo, la influencia de la familia en el desarrollo no debe ser entendida en términos de individuos aislados, sino de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, es decir, que las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo (Barragán,1976 citado por Infanzón,1993).

La familia, con sus características especiales y únicas representa el grupo de interacción más importante para sus miembros. En ella se encontrarán los afectos positivos o negativos más fuertes, así como las fuentes de interacción emocional y desarrollo más importantes. Las características de la familia, como las de cualquier sistema complejo, son distintos a la suma de sus elementos. Identificar las características de los miembros, no es lo mismo que conocer a la familia o a la pareja como entidad. Ya que esta tiene una historia y funciones propias que difieren de la de sus miembros (Glick y Kessler, 1980 Friedberg 1985 citado por Padilla,(1994).

Desde el punto de vista estructural Minuchin (1994) basa su concepción de la familia como sistema social en 3 componentes:

- 1) La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.

2) La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.

3) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La familia debe responder a cambios internos y externos y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Andolfi, 1977 considera a la familia como un sistema dinámico que se transforma y adapta a los diversos estadios del desarrollo por los que atraviesa , con el fin de asegurar el crecimiento y la seguridad psicosocial a los miembros que la componen.(De la Riva,1997).

El grupo familiar es un sistema interaccional abierto, que interactúa con otros sistemas . La capacidad de cambio inherente a la familia, le permite lograr la autorregulación por medio de reglas que ella misma desarrolla y modifica a lo largo de un periodo de tiempo , así como el adaptarse a las variadas exigencias que se le plantean en diferentes fases de su ciclo vital. El sistema familiar asegura tanto la continuidad como el desarrollo, mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones comunes a todos los sistemas: la tendencia a la homeostásis y la capacidad de transformación. La capacidad de modificar un equilibrio existente entre homeostásis y transformación difiere de un sistema familiar a otro; algunos pueden alternar con facilidad entre su capacidad de cambio y su aptitud para mantener el status quo,

mientras que a otros les resulta particularmente difícil. De esta manera, los sistemas familiares pueden describirse como flexibles o rígidos. (Andolfi,1995).

1.2 SISTEMA FAMILIAR.

De acuerdo con Von Bertalanffy (1984), un sistema es un conjunto de objetos y de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, en el que los objetos son componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema. En relación a los sistemas humanos, un sistema es un grupo con características propias no reducibles a las de los miembros considerados aisladamente, que tiene reglas especiales válidas sólo en su seno.(Bautista,1994).

Para Hall y Fagen, un sistema es “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y sus atributos”; en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones “mantienen unido al sistema”. (Watzlawick,1985).

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados; los primeros se mantienen en relación continua con otros sistemas, a través de un intercambio constante de informaciones y retroalimentaciones con el medio; en los segundos, tal intercambio no existe. Con el modelo conceptual del sistema abierto, resulta fácil ubicar el sistema interaccional de dos personas

dentro de una familia más grande, a ésta dentro de una comunidad, y la comunidad dentro de una provincia, región o estado, y éstas dentro de una nación. Los sistemas abiertos son grupos que se constituyen como comunidades funcionales regidas por normas propias. El grupo vive de las interacciones entre los miembros, consideradas como circulares. (Selvini, 1988 citado por Bautista, 1994).

Las propiedades principales de un sistema abierto son:

- A. **Totalidad:** Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. Esto es, un sistema se comporta no sólo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente. El sistema no se entiende como la mera suma de sus partes, sino como una Gestalt que trasciende con amplitud las características individuales de los miembros que la integran. De tal manera, que todo cambio de una de las partes afecta a las demás, influye sobre ellas y hace que todo sistema sea diferente.
- B. **Autorregulación:** Todo sistema vivo tiende a la autorregulación entre homeostásis (capacidad morfostática) y transformación (capacidad morfogenética), a través de la retroalimentación entre los componentes del sistema. Es necesario que exista un equilibrio funcional entre estas dos tendencias.
- C. **Equifinalidad:** las modificaciones que se producen dentro de un sistema, son totalmente independientes de las condiciones iniciales por eso, de condiciones iniciales semejantes pueden surgir resultados diferentes. Una de las características más significativas de los

sistemas abiertos es la conducta equifinal, sobre todo en contraste con el modelo de los sistemas cerrados. El estado final del sistema cerrado está completamente determinado por las circunstancias iniciales que, por lo tanto, pueden considerarse como “la mejor explicación” de ese sistema; en el caso de un sistema abierto, las características organizativas del sistema pueden incluso hacer que se llegue al caso extremo de independencia total con respecto a las condiciones iniciales.

D. **Retroalimentación:** Las partes de un sistema no están relacionadas en forma sumatoria o unilateral, sino que siguen un mecanismo de retroalimentación. Una cadena en la cual el hecho A afecta a B, B a C, y C a D tendría propiedades de un sistema lineal, pero si A se ve afectada a su vez por D, el sistema es recursivo o circular y funciona de modo diferente al primero; aquí no tiene principio ni fin definido.

Un sistema no es estático, se mantiene con fluctuaciones que se dan a través de la retroalimentación, estas pueden ser positivas o negativas, las negativas atenúan o anulan el impulso al cambio, favoreciendo así la morfostásis o equilibrio; las positivas amplían o refuerzan los estímulos para el cambio, favoreciendo la morfogénesis o transformación. (Watzlawick, 1985)

Estos elementos dieron pie a la metáfora de la familia como un sistema. Así pues, la totalidad en el sistema familiar se hace presente en la medida en que la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros. Esto implica que la totalidad familiar no sea la suma de las conductas de cada uno de sus miembros, sino que trascienda hacia las relaciones que se establecen entre ellos. La retroalimentación permea la entrada de información que

equilibra al sistema de tal manera que el proceso de acomodación de dicha información posibilita estados de estancamiento o cambio en el crecimiento de la familia, estados homeostáticos al fin y al cabo. No importa en que momento del proceso de la dinámica familiar entre la información, el sistema siempre apuntará al equilibrio a partir del cambio.

1.3 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.

La teoría de la comunicación humana fue desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1983) quienes señalan que la comunicación es una condición propia de la vida humana y el orden social, ya que el ser humano desde el inicio de su existencia participa en el complejo proceso de comunicarse y de adquirir las reglas de la comunicación.

La comunicación es el proceso por medio del cual las personas intercambian mensajes en diferentes niveles, con diversos contenidos que definen a la vez el tipo de relación complementaria o simétrica que se establecerá entre ellas, y con esto, la gama de conductas permitidas o prohibidas. Así pues, la comunicación implica un compromiso y por lo mismo define la relación. (Watzlawick, 1985 citado por Bautista 1995).

A continuación se describirán los postulados básicos de esta teoría.

- **La imposibilidad de no comunicar:** Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar, actividad o inactividad, palabra o silencio, tienen siempre valor de mensaje. Es un hecho entonces, que cualquiera que sea la conducta de dos o más personas que se encuentren en interacción, no podrán evitar la comunicación hagan o no algo por evitarlo. La comunicación, al ser intentada por un miembro de una interrelación dada; puede provocar las siguientes respuestas:

1. **Rechazo de la comunicación:** Es una negación clara definida y rotunda del acto de comunicarse.
2. **Aceptación de la comunicación:** Representa el ceder absolutamente a la comunicación con su interlocutor.
3. **Descalificación de la comunicación:** Puede comunicarse de tal modo que su comunicación o la del otro queden totalmente invalidadas (autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencialidades, oraciones incompletas, malentendidos, etc.).
4. **El síntoma como comunicación:** Consiste en la técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá del propio control consciente de los propios impulsos, comunicando mediante los síntomas aquellos conflictos subyacentes a la enfermedad, (Watzlawick, 1985).

- **Los niveles de comunicación digital y analógico se manejan en una relación;** el primero se refiere al contenido del mensaje transmitido verbalmente, y el segundo al aspecto relacional que le da significado a nivel no verbal e implica modulación de la voz,

actitudes, movimientos, etc. En otras palabras estos dos niveles nos indican lo que se dice y como se dice. La comunicación paradójica puede surgir cuando se expresa un mensaje a un nivel (por ejemplo digital) y su opuesto en el otro nivel (analógico), y esta sólo puede ser resuelta mediante la metacomunicación, o sea, hablando sobre la comunicación misma; lo cual permite responder el dilema. Sin embargo es una habilidad que no todos poseen y que en ciertos tipos de familias y parejas provoca síntomas que pueden llevar a la aparición de un miembro sintomático en el sistema.

- **En todo proceso comunicacional se observan dos aspectos:** uno referencial sinónimo de contenido del mensaje, y otro conativo que se refiere a la relación entre los comunicantes. En una relación sana tendrá mayor importancia el aspecto de contenido: en cambio en una relación enferma, existirá una lucha constante por definir el tipo de relación. Estos dos aspectos inherentes a toda comunicación significan una de las áreas de mayor conflicto y distorsión en la comunicación humana debido a la confusión y mezcla entre ambas sin una discriminación sana y realmente comunicativa. Las posibilidades de comunicación entre ambas son:

1. *Los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido pero ello no perturba su relación.* Tal vez esta sea la forma más madura de manejar el desacuerdo; los participantes acuerdan en estar en desacuerdo.
2. *Los participantes están de acuerdo en el nivel de contenido, pero no en el relacional.* Ello significa que la estabilidad de su relación se verá seriamente amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel del contenido. Este mecanismo es de gran importancia en el campo de la dinámica

familiar; la función del paciente identificado (bajo rendimiento escolar, enfermedad física o mental, etc.) cuyo problema impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones en crisis, cosa que confiere su relación una pseudoestabilidad que en realidad no existe.

3. *Confusiones entre los dos aspectos de confusión y relación*: Pueden consistir en un intento por resolver un problema relacional en el nivel de contenido o al contrario. Esto crea una confusión conflicto general en la relación misma, sin posibilidad de solución mientras no se analice dicho punto.

4. Finalmente, están aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo o de otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

- **Relaciones simétricas o complementarias**, todos los intercambios comunicacionales plantean dos tipos de relaciones simétricas o complementarias según estén basadas en la igualdad o en la diferencia. En una relación sana se dan ambos tipos de relaciones alternadamente, mientras que la patología se manifiesta por escaladas en la simetría y rigidez en la complementariedad. La complementariedad puede ser flexible o rígida; es flexible cuando la definición de la relación la realizan indistintamente uno u otro de los integrantes. Es rígida cuando es siempre el mismo sujeto quien impone la definición creando el riesgo de una relación insostenible, de tal manera que la supereficiencia de uno acarrea la ineficiencia progresiva del otro; de manera crónica.

Se da la simetría en una relación, cuando en la definición de la misma surge una escalada competitiva simétrica, los sujetos interactuantes reafirman siempre la misma definición de la relación y rechazan la de los demás; el riesgo es la ruptura de la relación. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos realizada por los comunicantes.

Macías (1995) agrega que las relaciones simétricas también pueden ser complementarias y por lo tanto funcionales dado en que aún cuando estén basadas en la igualdad, no existen escaladas llevándose a la práctica con mutuo acuerdo y flexibilidad sin provocar tensión en sus miembros. En cambio, las relaciones simétricas no complementarias que son rígidas , provocarán tensión entre los participantes de la relación, al entrar en la escalada simétrica, con su respectiva funcionalidad.(Bautista, 1994).

Belloch (1985) nos indica que “ las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas” en donde un miembro hace una definición de si mismo y el otro puede optar por confirmarla, rechazarla o descalificarla, constituyendo la definición de dicha relación. Propone también que para que la relación sea funcional, se debe coincidir tanto en el nivel de contenido (mensaje) como en el relacional (forma de expresarlo y significación del mismo) y que además pudieran metacomunicarse (hablar sobre su relación, de la percepción de cada uno hacia esta, etc.) , ya que la metacomunicación, aparte de ser la base de una comunicación eficaz y clara, también conlleva implícita la percepción del ser propio y del “otro” (Guitart, 1991).

Las tres posibilidades de respuesta relacional universales en toda relación interpersonal son:

1. **Confirmación:** consiste en que: la relación a - b , b acepta la definición que a da de sí mismo. Watzlawick observa que gran parte de la comunicación humana tiende básicamente a ese propósito; el de la confirmación, parecería que completamente aparte del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con nosotros a los fines de su autopercepción y percatación.
2. **Rechazo:** consiste en el rechazo abierto de b hacia la definición misma de a. El rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y por lo tanto no niega necesariamente la realidad de la imagen que a tiene de sí mismo.
3. **Desconfirmación:** no se refiere a la verdad o falsedad, sino más bien se niega a la realidad de toda fuente de información ("tú no existes"). (Flores, 1993).

1.4 LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL

Dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación y en consecuencia, influye sobre los demás y sufre la influencia de estos. Específicamente, los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente, ejercen por lo común algún efecto sobre los demás, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social, o incluso física. Muchas de las cualidades individuales de los miembros, en particular la conducta sintomática, son de hecho inherentes al sistema, por lo mismo, es indispensable examinar la naturaleza del sistema familiar y sus mecanismos de retroalimentación. Algunas familias pueden soportar grandes reveses e incluso convertirlos en motivos de unión, otras parecen incapaces de manejar las crisis más insignificantes (Watzlawick, 1983). Dentro de la vida familiar existe así, una calibración de las reglas de la familia que regulan la conducta habitual o aceptable de sus miembros. Para que todas las familias permanezcan unidas, deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa que propicie la estabilidad familiar. Sin embargo, no es posible que exista un modelo homeostático puro, si se consideran que existen importantes factores simultáneos de cambio, originados por el aprendizaje y crecimiento de la familia, debidos a los cambios virtualmente inevitables como la edad, la maduración de padres e hijos, que pueden modificar la regulación del sistema, sean gradualmente desde adentro o en forma drástica desde afuera, según la forma en que el medio social incida sobre esos cambios.

Es necesario que el modelo de la interacción familiar, incorpore estos factores de cambio por medio de la retroalimentación positiva que promueva el aprendizaje, el crecimiento y una conducta adaptativa al cambio de cada uno de sus miembros y en el sistema familiar como un todo. De manera, que la estabilidad y cambios del sistema, se produzcan a lo largo del tiempo en forma adaptativa y gradual, y no a través de la estabilidad rígida o de cambios caóticos. (Macías, 1995 citado por Bautista 1995).

1.5 SISTEMAS FAMILIARES RÍGIDOS Y FLEXIBLES.

Se describe un sistema familiar como más o menos rígido según el grado de dificultad que tiene en alcanzar nuevos equilibrios en respuesta a desarrollos ocurridos durante su ciclo vital. La flexibilidad o rigidez no son características intrínsecas de la estructura de un determinado sistema, sino que dependen de las variaciones que se producen en el estado y la dinámica del sistema en un momento y lugar particulares. Un sistema familiar se vuelve rígido cuando una acumulación de funciones o la incapacidad de modificar estas funciones en el curso del tiempo interfiere con las necesidades de diferenciación de sus miembros. Cuando se reducen las oportunidades de autoexpresión debido al aumento de las exigencias, las estructuras grupales endurecen las relaciones que van comprimiendo las energías existentes dentro del sistema y se empobrecen las comunicaciones con el mundo extrafamiliar.

El grupo familiar crea una complicada red de funciones que se refuerzan mutuamente y cristalizan las relaciones en roles estereotipados, los miembros pierden oportunidades de realizar nuevas y diferenciadas experiencias así como de enriquecer su información, porque esto se percibe como una amenaza contra el equilibrio de la familia. Hay una creciente confusión en cada miembro entre el espacio personal y el espacio interaccional; este tipo de confusión sólo se atribuye habitualmente a un individuo mentalmente perturbado, pero en realidad es el sistema mismo el que presenta una seria sintomatología psiquiátrica que permite que cada miembro incursione en el espacio personal de otros miembros. Tal conducta lleva a un empobrecimiento del espacio personal (aunque esto invariablemente se niega) y a una reducción masiva de la interacción libre (interacción no motivada por la "enfermedad mental" de uno de los miembros). A medida que esto sucede, las cuestiones y necesidades interpersonales van reemplazando gradualmente a las personales, la vaciedad individual se llena entonces con un rol determinado por la imagen preconcebida que la familia tiene de la función de cada miembro. (Andolfi y Zwerling, 1985). Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros se rigen por normas peculiares que permiten mantener las reglas o normas y por lo tanto las relaciones patológicas. (Selvini, Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1986).

Frente a una posibilidad de cambio, la cual es percibida como traumática, por el sistema, se tendrá por reacción actuar de modo que uno de sus miembros asegure la mitigación del estrés que aquello produce asegurándolo por la expresión de una sintomatología. (Andolfi, 1985). Por otra parte, el paciente estará dispuesto a sacrificar parte de su propia autonomía para llevar adelante su función de miembro designado, atrayendo sobre sí las

dificultades de la interacción de la familia. Este tipo de designación permanece fluctuante hasta el momento en que la trayectoria vital de la familia pueda pasar de una persona a otra o de una expresión sintomatológica a otra. Esto permite a los miembros del sistema, experimentar una alternancia de funciones en virtud de la reversibilidad de la relación normalidad-patológica. No obstante si este mecanismo de designación reversible y temporario, no consigue asegurar a la familia la formación de ordenamientos estructurales satisfactorios, amenazará con transformarse en un mecanismo rígido en que la identidad del paciente designado y de los demás miembros de la familia será reemplazada poco a poco por funciones repetitivas. (Padilla,1994).

En las familias con designación rígida, el temor de que un miembro pueda poner en peligro los esquemas de interacción habituales de las reglas del juego, hace que cada uno ejerza un control más y más estricto sobre el otro generándose así una fuerte tensión emotiva en todos los miembros del sistema. Andolfi cita a Ferreira quien menciona que en la vida cotidiana, los miembros de estas familias eligen, no elegir, sobre la base de una tensión y una angustia que los limita a actuar según las modalidades impuestas por un cristalizado mito de unidad. (Padilla,1994).

Una de las tareas más importantes de la familia es la de mantener la continuidad que protege el sentido de pertenencia de sus miembros. Al mismo tiempo, la familia debe encontrar nuevas alternativas entre las continuas demandas de cambios. La más obvia e inevitable fuente de desequilibrio viene del crecimiento de los miembros familiares (de niños a adolescentes, de adolescentes a adultos, etc.), la presión del cambio también proviene de fuentes extrafamiliares (cambio de trabajo, residencia, enfermedad, etc.). Tanto presiones

internas como externas continuamente desequilibran el sistema familiar, pero el desequilibrio es un factor esencial en el crecimiento y desarrollo de una familia, tanto como lo es para un individuo. Si la familia no está cambiando, ese es un signo de rigidez poco saludable. Aunque los patrones preferidos sean ya inadecuados, son mantenidos obstinadamente. Tal sistema se vuelve patógeno. Los miembros de la familia ya no encuentran tal sistema como sostenedor de un proceso de crecimiento; se convierte en una prisión. Las respuestas que ya no son viables siguen siendo reforzadas por un sistema cerrado con mecanismos caducos. La exploración de alternativas está cerrada; las respuestas se vuelven estereotipadas y encerradas. Los miembros de la familia están atrapados. (Braverman, 1982).

La familia es un sistema funcional, es por si misma una entidad que es más que la suma de sus partes y provee de la estructura contextual para entender el funcionamiento individual. (Goldenberg I. y Goldenberg H, 1991). Varios autores han propuesto el modelo de familia funcional; entre ellos puede nombrarse a: Jansen (1952) fue uno de los primeros científicos sociales en investigar el buen funcionamiento familiar. Basándose en investigaciones previas, reporta 8 indicadores de funcionalidad familiar: concordancia, cooperación, preocupación mutua, afecto, estima, intereses mutuos, confianza y disfrute de la asociación.

Para Díaz y Thomee (1992) idealmente una familia funcional es aquella en que ambos cónyuges están adecuadamente separados de sus familias de origen, en que los roles están bien determinados, que la lealtad a la familia de procreación es mayor que a la de origen, el de dar mayor importancia a la pareja. Aquella en que los hijos pueden acercarse a ambos padres por igual. En la que se favorece el crecimiento, desarrollo y autonomía personal,

existiendo canales claros y directos de comunicación al igual que apertura necesaria para permitir la relación de sus miembros con el exterior. (Venegas, 1996).

Herbert Otto (1962, 1963) delineó 12 características diferentes en familias funcionales: los miembros son sensibles a las necesidades de los otros miembros, la comunicación es clara, provee soporte, seguridad, incentivos, ejerce su crecimiento en relaciones dentro y fuera de la familia. Los roles son desempeñados con flexibilidad, y la autonomía de los miembros es respetada. Los miembros tienen sentido de lealtad, unidad y cooperación entre ellos; pueden utilizar las crisis como un significado de crecimiento y buscan y aceptan ayuda cuando es apropiado. (Ponzetti, J. Jr y Long E, 1989).

Barnhill (1979) revisó reportes clínicos y encontró 8 dimensiones sobre el efectivo funcionamiento familiar. Barnhill agrupó las dimensiones en cuatro temas: procesos de identidad (individuación vs amalgamamiento, reciprocidad vs aislamiento), cambio (flexibilidad vs rigidez, estabilidad vs desorganización), procesamiento de la información (clara vs distorsionada) y el rol estructurador (roles claros vs roles difusos). (Ponzetti, J. y Long E, 1989).

Olson (1989) describe cuatro niveles de cohesión familiar: desvinculada, separada, conectada, amalgamada. Así mismo también describe cuatro niveles de adaptabilidad familiar: rígida, estructurada, flexible caótica. Dichos niveles forman una matriz que proporciona 16 tipologías diferentes en cuanto a la percepción familiar. Siendo las familias saludables las que caen en las dos celdas centrales tanto de la dimensión de cohesión y de adaptabilidad.

Las familias disfuncionales o patológicas son aquellas que frente a tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten nuevas formas de acción.(Sánchez,1989).

Las familias disfuncionales son ineficientes en la resolución de conflictos siendo en este sentido importante señalar que esto tiene que ver con la cualidad de la alianza en la pareja donde el conflicto parental no resuelto produce ataques mutuos y maniobras de incompetencia y distanciamiento. La fuente de gratificación es vista por la familia como existente fuera no dentro de la familia, padres e hijos buscan gratificación fuera del núcleo familiar cuando se sienten frustrados existiendo distanciamiento entre ellos. (Padilla,1994).

Desde el marco de la Teoría General de los Sistemas, la familia disfuncional, la familia rígida tiene por características: le es imprescindible mantener el juego en el que está inmersa, no hay posibilidad alguna de lograr la metacomunicación, las relaciones no están definidas, hay inversiones en las funciones parentales, presencia de mitos y secretos familiares “secretos a voces” de los que no está permitido hablar, desconfirmación, así como desviación de la comunicación y emociones expresadas.(Maldonado,1994).

1.6 TERAPIA FAMILIAR.

Más que un simple método de tratamiento, la terapia familiar representa “una forma total de conceptualizar los problemas humanos, de entender la conducta, el desarrollo de los síntomas y de su resolución” (Sluzki,1978).

Kobak y Waters (1984) han presentado la útil analogía de la terapia familiar como un rito “a través del cual el sistema familiar pasa y emerge en un nuevo estado”. La terapia familiar provee una vasta variedad de posibilidades de crear un contexto eficiente y efectivo para el cambio en sistemas disfuncionales. (Friedman S y Pettus S, 1985).

La Terapia Familiar no es en sí una escuela de terapia, sino más bien una redefinición de la tarea psicoterapéutica. Aunque participan diversas aproximaciones, valores y técnicas, en un aspecto convergen: el haber redefinido el objeto de la terapia del individuo a la familia. N.Ackerman (1970) define la psicoterapia familiar: “La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, un grupo primario. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico... Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien crear una nueva manera de vivir”. (Braverman,1982).

La terapia familiar propone una epistemología cibernética como una alternativa para nuestras formas habituales de conocimiento y pensamiento (Kecney, 1983). Históricamente, la ciencia

de la cibernética nació en la década de los 40's durante una serie de conferencias en Nueva York las cuales trataban el estudio de la comunicación en referencia a la regulación y control; mecanismos de retroalimentación en máquinas así como en humanos. Fue Gregory Bateson, un antropólogo y etnólogo quien tomó de esas conferencias algunos de esos conceptos matemáticos y relativos a la ingeniería y reconoce su aplicación en las Ciencias Sociales y conductuales. Bateson (1972) merece el mayor crédito por la visión de como los principios cibernéticos podían ser aplicados a los procesos de comunicación humana, incluyendo los asociados con patología (Hoffman, 1981 citado por Goldenberg I. y Goldenberg H., 1991).

La terapia familiar realizada correctamente demanda considerar a la familia como un sistema dinámico. En la década de los años treinta Ludwig Von Bertalanffy (citado por Griffin A, 1993) definió el concepto de sistemas como: "un conjunto de componentes en estado de interacción que implica una relación entre los elementos que componen el sistema y el medio en el que se hallan". Todas las partes interactúan unas con otras, ninguna acción puede tener efectos aislados, de manera que el comportamiento aberrante no puede concebirse como algo separado, sino más bien como consecuencia de un conjunto de conductas; este acto refleja un sistema dinámico interno de tal forma configurado que permite a la conducta ser manifestada. A pesar de que cada modelo tiene diferentes supuestos acerca de la conducta, hay un concepto que los vincula: el paciente identificado que representa el cúmulo de incapacidad de su ambiente inmediato. Mientras que la familia produce el síntoma, el paciente identificado es designado como el portador. (Griffin W, 1993).

Comúnmente, lo que trae a una familia a terapia es el síntoma de uno de sus miembros. El síntoma puede ser una manifestación de la disfunción en la familia y probablemente un recurso de mantenimiento del sistema. La función del terapeuta familiar es ayudar al paciente identificado y a la familia facilitando la transformación del sistema familiar. Para modificar el sistema, el terapeuta tiene que intervenir desbalanceando el sistema; no obstante, los objetivos terapéuticos puedan ser equivalentes, el estilo personal de cada terapeuta será diferente pues su historia personal es distinta. (López Negrete, 1981).

Hoffman (1981) señala las contribuciones a la terapia familiar de algunos teóricos que son de gran valor. Estas aportaciones coinciden con el abordaje de la familia como sistema, algunas de ellas son las siguientes:

Virginia Satir. Señala las discrepancias en la comunicación; ayuda a las personas a aceptar las diferencias entre ellas, bloquea las secuencias repetitivas que se dan cuando un sujeto adopta un rol estándar. Utiliza la reconstrucción de la historia familiar y emplea tareas orientadas a modificar la interacción.

Nathan Ackerman: El manejo terapéutico tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente y pone énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación, interpretación y transferencia como instrumento de cambio. Fue a partir de la muerte de Ackerman que el enfoque analítico pierde fuerza y se orienta hacia el pensamiento sistémico. El mayor empuje que tuvo el desarrollo de la perspectiva familiar se basó principalmente en dos intentos: uno fue la necesidad de aplicar principios psiquiátricos

convencionales para trabajar con familias de esquizofrénicos y el otro fue la necesidad de trabajar con los requerimientos que presentaba la conducta y la delincuencia de los niños.

Haley: Representa la Escuela estratégica y se le considera uno de los pioneros en la utilización de la paradoja y reetiquetación positiva (dar connotación positiva a aspectos que la familia ha etiquetado como negativos), pretende con esto acabar con el síntoma a través de trabajar con las funciones de jerarquía.

Whitaker: Representante de la terapia de lo absurdo "Mi táctica es una especie de broma de farsa, un caos inducido, llamado hoy una retroalimentación positiva; es decir, aumentamos la patología hasta que los síntomas se destruyen por sí solos. Cuenta con lograr algunos de sus más poderosos efectos gracias a lo que el llama "La reacción del encuentro" a través de la indiferencia, el discreto ridículo. Siente que debe ganar al establecer las reglas del juego al que se jugará en la terapia, y ni siquiera admitirá que la terapia ha comenzado hasta que se haya llegado a esta etapa. La psicoterapia de lo absurdo puede ser un esfuerzo deliberado por romper las viejas pautas de pensamiento y comportamiento.

Erickson: Su rasgo más notable se encuentra en la categoría de "Fomentar la resistencia". Esta común técnica hipnótica se ha vuelto la base del desarrollo de la directiva paradójica; propia de la escuela estratégica. No existe eso llamado problema, si no también algo definido por alguien como problema; presta poca atención no solo al pasado sino al marco de las relaciones del problema. Cámbiese la definición, la percepción que "crea" el problema a otro distinto y el problema ya no existirá.

Minuchin: Representa la Escuela estructural, dicha corriente tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y el foco principal en la terapia está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción. Para Minuchin, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación que muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia (marido - mujer, madre - hijo). Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas (un hombre puede ser hijo, sobrino, hermano, esposo, padre, etc.) Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan, y de que manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema; los límites deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. (Minuchin, S,1994).

De acuerdo con Minuchin (1987) la familia es “el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por sentirse miembro y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación en grupos extrafamiliares”. (Venegas,1996).

Los subsistemas más importantes son: conyugal, parental y fraterno.

El subsistema conyugal debe estar cerrado para proteger la intimidad de la pareja, requiere estar libre de interferencias tanto de los hijos como de otros parientes. Las principales cualidades requeridas para el buen desempeño de este son la complementariedad y la acomodación mutua. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada uno apunte la acción del otro en muchas áreas. El acierto con que la pareja trace los límites es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar. Si existe una disfunción importante en este subsistema repercutirá en todo el sistema.

El subsistema parental deberá tener los límites claros entre él y el subsistema filial, debe permitir el acceso a ambos padres y al mismo tiempo que los niños queden excluidos del subsistema conyugal. Los padres deben funcionar como un bloque unido, pero tiene que acomodarse a medida que los hijos crecen y sus necesidades cambian. Los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo, lo cual requiere el uso de la autoridad.

El subsistema fraterno debe estar organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acorde y su sexo y edad, determinados por la cultura familiar. El desarrollo de habilidades de negociación entre los hermanos o los compañeros requiere que no exista interferencia de los padres. (Sánchez, 1989).

En su teoría sobre el funcionamiento de la familia menciona dos dimensiones de la interacción familiar: la adaptabilidad y la cohesión como determinantes para el diagnóstico del sistema familiar. Olson D.H., Bell R y Portnet J. desarrollaron el instrumento FACES "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales" (Escala Evaluativa de la Adaptación y Cohesión Familiar) que como su nombre lo indica permite medir como el sujeto percibe a su familia a través de estos dos factores. (Braverman, 1986).

Palazzoli Selvini: Organiza la Escuela de Milán en 1967 donde trabaja con equipo de terapeutas y pone énfasis en la exageración del síntoma y en las paradojas. Emplea principalmente la paradoja terapéutica que ha sido definida por Watzlawick (1967) como "una contradicción producida por una deducción correcta basándose en premisas consistentes". Si el terapeuta ordena a la familia que siga haciendo precisamente lo que está haciendo (y lo que está produciendo el síntoma) esto crea una doble liga terapéutica. Si la familia sigue las instrucciones del terapeuta continuando con la conducta prescrita, estará haciendo precisamente lo que el les ordenó, y le darán así un poder autoritario. Si, en cambio, la familia se resiste a obedecer la orden paradójica, estará encaminada hacia una mejoría. De manera paradójica pues, la prescripción de un "no vayan a cambiar" es precisamente lo que causa un cambio terapéutico. (Watzlawick y Weekland, 1977 citado por Haak, 1985).

Trabajan en equipo en sus intervenciones terapéuticas, se dividían en dos parejas heterosexuales, una de ellas estaba detrás del espejo y la otra frente a la familia. La función del equipo que está detrás del espejo es la de observar apoyar, intercambiar opiniones

durante el proceso de la sesión.. A la familia se le explica en la primera sesión el uso del micrófono y la cámara de Gesell.

Cada sesión se divide en 5 partes:

- 1) Durante la pre-sesión los terapeutas se reúnen con objeto de leer la información familiar (si es la primera sesión) o el reporte de la sesión previa.
- 2) La sesión se extiende una hora más o menos; durante la cual el terapeuta solicita una cierta cantidad de información de la familia. Su interés radica no sólo en la información concreta, sino en el modo como la información es dada, lo cual indica el estilo transaccional de la familia . El comportamiento del terapeuta está planeado para provocar interacción entre varios de los miembros de la familia, permitiendo observar secuencias, mensajes verbales y no verbales o cualquier redundancia indicando la existencia de leyes secretas. El terapeuta no comenta hasta la conclusión de la sesión. Si los observadores perciben que los terapeutas están confusos o desorientados por una maniobra de la familia, pueden tocar y llamar a uno de los terapeutas al cuarto de observación para esclarecer la situación y sugerir nuevos métodos de abordaje.
- 3) La discusión de la sesión tiene lugar en un cuarto reservado exclusivamente para este grupo. La pareja de terapeutas y los observadores se reúne para discutir la sesión y cómo concluirla.
- 4) En la conclusión de la sesión los dos terapeutas reúnen a la familia con objeto de hacer un breve comentario y una prescripción, la cual es paradójica salvo en raras ocasiones. En caso de que sea la primera sesión, los terapeutas comunicarán a la familia si el tratamiento es favorable o no. Si la conclusión es a favor del tratamiento y la familia lo

acepta, se establecerá el encuadre, esto es el costo y el número de sesiones. El procedimiento reciente ha sido de 10 sesiones con intervalos mensuales. Sin embargo, caso por caso sesión por sesión el equipo decidirá el tiempo del intervalo; el cual puede variar entre dos semanas y varios meses. El equipo ha llegado a la conclusión a través de sus observaciones que la prescripción paradójica tiene un mayor impacto en el sistema familiar si es llevada a cabo en periodos más largos de tiempo.

- 5) Cuando la familia se ha ido, el equipo se reúne nuevamente con objeto de discutir la reacción de la familia ante el comentario o prescripción y se formula y escribe la síntesis de la sesión. (López Negrete, 1981).

Ninguna teoría o técnica es aplicada en forma pura. Siempre se verá afectada por las limitaciones del terapeuta a nivel moral, práctico y teórico. (Braverman, 1982). Hay que entender que aunque cada corriente se puede basar principalmente en un concepto y en una técnica idiosincrática esto de ninguna manera quiere decir que no emplee otras técnicas también, a tal grado que en la práctica, no existen bordes bien definidos entre una y otra corriente; la terapia familiar hasta la fecha ha sido bastante ecléctica y pragmática. (Haak, 1985).

1.7 PSICOTERAPIA BREVE

En los últimos años, la tendencia en el campo de la terapia familiar a la técnica breve, ha sido un suceso notable. Los resultados positivos de la investigación acerca de la terapia breve (Leventhal y Weimberger, 1965) son razonablemente convincentes. Para el terapeuta, trabajar brevemente con familias ideando intervenciones que tengan un efecto rápido, es algo complejo; debe de seguir las pautas, claves que la familia le proporcione; mientras está describe el problema como lo ve, el terapeuta debe saber o enterarse, cómo la familia le presenta el problema a él. (Shazer, S , 1975).

La terapia familiar breve refiere una alternativa para facilitar cambios benéficos, que son relativamente rápidos y accesibles y están especialmente diseñados para momentos críticos, sintomáticos en el ciclo de vida individual o familiares. (Peake, Borduin y Archer, 1988 citado por Goldenberg, 1995).

La terapia breve surge como una necesidad ante los servicios prestados en instituciones de tipo hospitalario que requieren de soluciones rápidas ante problemas de crisis y emergencia (Naomi Golan, 1978), (Weakland. J. ,Fisch R, Watzlawick P y Bodin A., 1974).(citado por Braverman, 1982) Esquivel ,1993 refiere que se trata de un tratamiento ordenado y breve que se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, y está diseñada para alcanzar sus objetivos en un lapso de tiempo corto que va de 6 ó 7 sesiones de una hora de duración.

Este procedimiento terapéutico ha sido desarrollado a partir de los conceptos de la Teoría de los Sistemas. La terapia breve propone la necesidad de enfocarse a un problema sistemáticamente orientado, los métodos de la terapia breve no son menos eficaces. Tanto la cibernética como la Teoría de los Sistemas han demostrado que el proceso de auto organización de los sistemas puede cambiar de cualquier manera.

La terapia familiar breve, debe ser altamente estructurada, enfocada y directiva. Es una terapia de precisión; los objetivos están dirigidos a la intervención del problema presentado, donde el Timing es crucial en la modificación de las secuencias problemáticas (Guerin, 1976).

Las estrategias de intervención de las terapias sistémicas son directivas. La terapia breve consiste en un número limitado de sesiones (generalmente de 6 a 15) espaciadas en intervalos de una a seis semanas. El cambio frecuentemente no tiene lugar en las sesiones de terapia sino en los intervalos entre las sesiones.

Al especificar la duración de un tratamiento en el contrato terapéutico, la familia puede comenzar a prepararse para dicha terminación desde un principio. El trabajar con límite de tiempo puede también motivar a las familias a manifestar cierta necesidad de urgencia " Si no conseguimos hacer algo en la quinta, décima o cualquier sesión no seremos capaces de dar solución a nuestros problemas". Un contrato con determinado número de sesiones ayuda a que la familia vea a la terapia como un proceso que es experimentado dentro de cierto periodo de tiempo seguido del cual la familia será capaz de continuar su vida sin la necesidad de ayuda del terapeuta.

El número de sesiones recomendadas no parece estar necesariamente relacionado con la severidad del problema familiar. Por ejemplo, el grupo de Milán (Palazzoli, et al, 1978) reportó el manejo de contratos de 10 sesiones para los casos familiares severos. En ocasiones el contrato se renueva por más número de sesiones; pero en la mayoría de los casos no es así. El Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales en Palo Alto también trabaja en base a un cierto número de sesiones; los 97 casos reportados por Watzlawick y sus colegas (1974) comprenden a pacientes identificados con un amplio rango de problemas en comparación con los tratados con el grupo de Milán, y fueron vistos en promedio de 7 a 10 sesiones cada uno. (Barker, 1986).

Clarkin, Frances y Moodie (1979) proponen que la terapia familiar breve tenga una duración de por lo menos 6 meses, consistiendo de sesiones no más de 1 a la semana.

Incluye las siguientes situaciones:

1. Cuando un niño o adolescente es el paciente identificado.
2. En situaciones familiares muy complejas que requieren mayor soporte aparte de la asistencia regular a consulta externa.
3. Cuando ha habido un evento de estrés, de desequilibrio emocional ocurrido en la familia, causado por situaciones como enfermedad, pérdida de empleo, muerte, incluso la salida de uno de los miembros de casa.
4. También se considera la terapia familiar cuando un miembro de la familia es admitido en el hospital para tratamiento psiquiátrico. En dichas circunstancias, se clarificará la relación entre los modelos de interacción familiar y el curso del padecimiento del

paciente identificado a fin de negociar un plan de tratamiento con la familia completa. (Barker,1986).

Los valores familiares desempeñan un valor significativo en la eficacia de los métodos breves, esto es; la importancia de las expectativas que tenga la familia acerca de la terapia. Por lo general, si se espera que la terapia funcione (ya sea breve o prolongada), ésta funciona. El hecho de que las familias se comprometan con la terapia hace lo anterior especialmente significativo. Después de que las familias se comprometan, el resultado probablemente será bueno, independientemente de que el método usado sea breve o prolongado. Los estudios han demostrado que el cambio en la terapia breve con frecuencia es de naturaleza relativamente duradera; no solo el paciente considera que ha obtenido ayuda, si no que el alivio y la mejoría se mantienen durante un lapso considerable. (Zuk,1982). Se ha observado que una o dos entrevistas con una familia pueden tener un efecto terapéutico que perdura y se desarrolla con el tiempo, a pesar de que la familia deje el tratamiento por cualquier motivo. Los terapeutas pueden sentirse desilusionados con lo que consideran una terminación prematura de la terapia, pero la familia puede haber obtenido algo de la experiencia.

Milton H Erickson.

La terapia familiar breve tiene una gran deuda con los métodos terapéuticos de Milton Erickson y la cosmovisión que ellos implican. Sus procedimientos conforman "Un proceso de suscitar y utilizar el propio proceso psíquico del paciente de maneras que escapan a su

gama habitual de control intencional o voluntario”. Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido, y las ayuda a aplicar eso de otra forma. Vale decir, acepta la cosmovisión de una persona y las pautas de conducta en que se ve envuelta, y luego la ayuda a que use esas pautas de nuevos modos. Está en lo cierto al “proceder con cautela en cuanto a sugerir o añadir algo nuevo al paciente: más bien lo que hace es facilitar su capacidad de utilizar en forma creativa lo que ya posee y desarrollarlo”. El terapeuta que desea ayudar a su paciente no debe jamás condenar o rechazar ningún aspecto de su conducta por ilógico o irracional que parezca; no debe limitarse a evaluar lo que es bueno y razonable, pensando que ese es el único fundamento posible de sus métodos terapéuticos. Una terapia puede asentarse sobre bases sólidas mediante la sola utilización de manifestaciones tontas, absurdas, irracionales y contradictorias. Los principios en la forma de trabajo de Erickson fueron los siguientes:

1. Unirse al paciente en la situación en que se encuentra, y establecer un buen vínculo (Rapport) con él.
2. Modificar las producciones del paciente y controlar la situación.
3. Utilizar el control así establecido a fin de estructurar la situación para que el cambio, cuando sobre venga lo haga de acuerdo con los deseos del paciente y con sus anhelos y sus impulsos internos

Instituto de Investigaciones Mentales (MRI).

El grupo de terapia breve que trabaja en dicho instituto también tiene en parte sus raíces en Erickson. Este grupo formuló un enfoque terapéutico que concibe los problemas de la gente

como aspectos de una interacción en curso. Describieron el comportamiento perturbado, o difícil de un individuo esencialmente social; uno de los aspectos de un sistema que refleja cierta disfunción en este y la mejor manera de abordarlo es introducir una modificación en dicho sistema. Su enfoque es explícitamente “pragmático” y adopta un abordaje práctico de la resolución de problemas humanos, que procura ser lo más simple y económico posible.

El proyecto de Terapia Breve del Instituto de Investigación Mental en Palo Alto ha desarrollado numerosas tácticas basadas en sistemas para el tratamiento de diversos problemas clínicos incluyendo ansiedad, depresión, conflictos maritales, familiares, disfunción sexual, enfermedades psicosomáticas, dependencia de droga y alcohol. (Fisch, Weakland, Seagal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Estas intervenciones representan la aplicación clínica de algunas teorías y técnicas de comunicación - interacción de Bateson, Jackson, Haley y especialmente Erikson. La terapia familiar breve es una estrategia de terapia familiar con tiempo limitado (no más de 10 sesiones), pragmática, realizada paso a paso y basada en la noción de que muchos de los problemas humanos se desarrollan por manejar inadecuadamente las dificultades normales que se presentan. (Goldenberg, 1995)

El grupo procede de una manera muy “orientada hacia metas” (goal - directed), evaluando las técnicas e instrumentos según su utilidad para alcanzar dichas metas. Muchas de estas técnicas y en los principios en los que se basan derivan de la obra de Erickson, aunque su conceptualización de los problemas y del tratamiento parece, al menos más general y explícita y difiere en otros aspectos. Lo llamativo de este grupo es su manera de entender

como se crean y solucionan los problema. Básicamente, los describen como el resultado de un manejo erróneo de los sucesos cotidianos que luego persiste debido a los propios empeños de la gente por resolver la situación. Una vez que una dificultad se empieza a percibir como "problema" dentro de la familia, esté frecuentemente es continuado y exacerbado por las "soluciones" que los demás miembros de la familia intentan llevar a cabo. El problema original es enfrentado por medio de un intento de solución, mismo que intensifica el problema original. (Haak, 1985).

La terapia breve apunta a poner fin a esta pauta de conducta y sustituirla por otra nueva; el cambio se logra mucho más fácilmente, si su objetivo es enunciado de manera bien clara y concisa. Una vez que el paciente ha experimentado un cambio definido; aunque sea pequeño, aparentemente esta experiencia lo conduce a nuevos cambios auto inducidos en esa área de su vida, y a menudo también en otras.

Watzlawick (1978) habla de como se produce el cambio en la psicoterapia. Distingue cambio de primer orden y cambio de segundo orden. El cambio de primer orden es simplemente el resultado de una decisión consciente por uno o varios, a los que les concierne hacer algo diferente. Por ejemplo: llevar a cabo una tarea. (el cambio en el sistema se da sin que cambie la estructura de este). El cambio de segundo orden refiere un cambio en actitud o el reconstruir situaciones de manera que las cosas sean percibidas de forma diferente. (cambio real, que requiere una alteración en el sistema mismo; el cambio hace que el sistema opere de forma diferente. (Goldenberg, 1995).

El Grupo de Milán.

Con las mismas raíces, surgió en Milán otro modelo de terapia breve. Si bien este grupo estuvo influido por los especialistas del MRI (y en particular por Watzlawick, quien visitó al grupo durante varios años) su obra deriva principalmente de los trabajos de dicho autor y del modelo de Haley sobre la familia esquizofrénica. Dichos trabajos ofrecieron los instrumentos apropiados para el análisis de la comunicación: el concepto del contexto como matriz de significado; la noción de la coexistencia de dos lenguajes, el analógico y el digital; el concepto de puntuación en la interacción; la necesidad que tienen las personas de definir su relación y los diversos niveles, verbales y no verbales, que pueden utilizar para ello; la idea de las posiciones simétricas y complementarias en las relaciones humanas y la noción fundamental de paradojas sintomática y terapéutica.

El objetivo de la terapia pasa entonces a ser el cambio de la perspectiva que la familia tiene de sí misma, de sus dificultades y del problema que la llevó a terapia.

Un aporte importante de este grupo es el concepto de "connotación positiva; surgió como una necesidad del terapeuta: este debía evitar auto contradecirse si, en un momento posterior de la sesión decidía recurrir a una contraparadoja y prescribir el síntoma. Ahora bien, el mero hecho de conferir una connotación positiva al síntoma de la persona identificada como paciente no es sistémico y el grupo de Milán se empeña en ser congruentemente sistémico; en consecuencia, no confiere una connotación positiva solo el síntoma, sino también a las pautas de conducta que lo rodean: En otras palabras, al rotular

los comportamientos "Sintomáticos" como " positivos o buenos " por el hecho de estar motivados en la tendencia homeostática, conferimos una connotación positiva a la tendencia homeostática del sistema, y no a sus miembros. (Shazer. S,1980)

Lynn Hoffman señala respecto del "Milán approach": "Lo que comienza a resultar claro es la importancia de " leer" las políticas internas y externas de la familia. Hay que estudiar las coaliciones, los aparentes equilibrios de poder o los desequilibrios en relación con el sintoma. Por eso, es probable que la contribución más importante del grupo de Milán no sea la más evidente la paradója sistémica sino el trabajo de investigación para construir una hipótesis que explique la presencia de un síntoma en la familia y su conexión con el todo" (Selvini,1981)

Frecuentemente, los objetivos de la terapia breve son establecidos a manera de que no puedan ser completados en innumerables sesiones; sólo en un máximo de 10 sesiones. Sin embargo, aún cuando se hayan formulado un mínimo de objetivos accesibles se puede ampliar la dificultad si el terapeuta asume que la psicoterapia breve o cualquier otra terapia puede dirigir a las soluciones perfectas y finales a las vicisitudes del vivir cotidiano.(Wolberg,1976)

Escuela Orientada a las soluciones.

Los principales representantes de esta escuela son Steve De Shazer, W. Hudson, O' Hanlon y M. Weiner- Davis. Tienen como precursores a Erikson y a la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute de Palo Alto.

Esta escuela enfoca el trabajo terapéutico en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. El terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para ayudar al cliente a resolverlos; se asume que el cliente quiere cambiar y que tiene una particular forma de cooperar. El terapeuta tiene como labor identificar y utilizar esa forma de cooperación.

Las quejas que constituyen el problema se mantienen por la idea que tiene el cliente en cuanto a lo que él decidió hacer para afrontar la dificultad original, es lo único correcto y lógico que se puede hacer.

No existe una sola forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser válidos y adoptarse bien a los hechos. En muchas ocasiones lo que se necesita es hacer un cambio en la percepción de la situación. Los pacientes tienen recursos y habilidades para resolver sus problemas, la función del terapeuta consiste en acceder a esas capacidades y lograr su mejor utilización. Entre 5 a 10 sesiones el terapeuta ayuda a crear la expectativa del cambio. (Goldemberg, 1991)

El cambio es constante, en el proceso terapéutico se remarca tal situación a fin de capacitar al paciente a identificar situaciones en su vida donde el problema no se presenta y donde hay algún cambio en dicho problema.

A través de lo anterior el cambio, es identificado y ampliado por medio de la conversación, sobre las preguntas que hace, los temas elegidos y los que obstaculizan alcanzar la meta.

No se requiere información profunda para resolverla, es más útil identificar como es la situación cuando se logra disminuir o desaparecer. Enfatiza la solución más que la explicación y propone que a un cambio por pequeño que sea produce cambios en el sistema, generalizándose así el efecto. El cambio o la solución del problema puede ser rápido debido al procedimiento terapéutico empleado es posible tener cambios desde la primera sesión; esto se atribuye a que la terapia se entiende como un proceso de co-creación de realidades y donde se trabaja con los recursos del paciente.

El paciente es quien define los objetivos de la psicoterapia. Se evitan los objetivos imposibles e intratables, la atención se enfoca a los aspectos específicos más susceptibles al cambio.

O'Hanlon asume que en la posición constructivista la realidad tiene varias perspectivas; la realidad no está dada, significado y percepción repercuten en el lenguaje y este se convierte en el vehículo para el cambio. El lenguaje es descrito como un proceso interactivo donde se negocian tres metas:

1. "cambio" en la situación que es percibida como problemática".
2. "cambio" en la forma de ver la situación percibida como problemática"
3. "evocar recursos , soluciones para la situación percibida como problemática".(Stroh y Becvar,1996).

El trabajo clínico desarrolla, crea soluciones de cambio tanto perceptivos como conductuales en los pacientes al estar presente el problema o encontrándose este disminuido. Las fases de dicho procedimiento son:

1. Identificación del problema que incluya la meta terapéutica.
2. Si al paciente le es difícil identificar, se le pide imaginar como sería ese día si al despertar su conflicto ya no existiera.
3. Identificación de situaciones donde no aparece el problema a fin de conocer y trabajar con los recursos y habilidades del paciente, así como distinguir que hay momentos en que tal problema no está.
4. Identificar las diferencias de cuando el problema no está presente y cuando sí está, (qué ocurre).
5. Al haberse localizado las posibles soluciones al problema, el paciente asumirá el control del problema a partir del conocimiento de estas trabajándose así el cambio. (Beltrán, 1997).

El terapeuta asume un rol activo y dirige la conversación hacia las metas orientadas. De Shazer describe las conversaciones entre pacientes y terapeutas como historias o narrativas que tienen un inicio y un fin. La terapia, como muchas historias tiene que ver con los dilemas humanos, problemas y soluciones. De Shazer (1991) describe tres tipos de narrativas:

1. Las que refieren que el paciente y su situación conflictiva están progresando para alcanzar sus metas.
2. Las que refieren que no se ha logrado cambio alguno

3. Las que refieren el hecho de estarse alejando de las metas originales. (Stroh y Becvar, 1996).

El **equipo reflexivo** representa un cambio importante en relación con las formas que tradicionalmente tienen los equipos terapéuticos en el enfoque sistémico y es representado por Tom Andersen (1991,1994).

En esta modalidad, la cual se trata de un diseño social de doble vía donde todos los miembros del contexto terapéutico tienen la oportunidad de observar y ser observados, de expresarse libremente y de ser escuchados.

El lenguaje es un juego social entre individuos, una forma de coordinar sus relaciones en un contexto de significaciones; las cuales tienen que ver con sus acontecimientos constituyendo socialmente las experiencias. El proceso terapéutico es orientado al desarrollo de diferentes opciones narrativas en relación con los eventos descritos como conflictivos. La conversación es la actividad primaria de construcción del cambio en la terapia, por medio del conversar, pacientes y equipo co-participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión.

La sesión se realiza en una cámara de observación bilateral. En la primera parte de la sesión los terapeutas conversan con los pacientes mientras el equipo escucha, después los terapeutas se reúnen con el equipo y conversan sobre la sesión. Los pacientes pasan del otro lado del espejo y ahora ellos son quienes escuchan la conversación; finalmente el terapeuta y los pacientes se reúnen para una conversación final y realizar el cierre. De esta forma, el estilo de trabajo implica la posibilidad de muchas maneras de describir una situación, y por lo

tanto muchas formas de entenderla, además de que las personas se vinculan con su vida de acuerdo a sus percepciones, descripciones y comprensiones del mundo. (Beltran, 1997)

Se tiene algunas normas para realizar el procedimiento de conversaciones reflexivas:

1. Los comentarios serán basados en lo expresado durante la sesión, no de otro contexto.
2. Se deben tratar de evitar connotaciones negativas o que puedan ser entendidas por el oyente de esta manera Hay que tomar en cuenta que nada de por sí mismo es negativo.; se convierte en negativo cuando el que lo escucha lo percibe así. La diferencia está al decir "No puedo entender porque no trataron esto o aquello" sino decir "Si lo intentan podría funcionar"(Stroh y Becvar, 1996).
3. Los pacientes pueden escuchar o no si así lo desean la conversación del equipo.
4. Se solicita a los miembros del equipo que se miren entre sí, es decir que no miren a los que escuchan lo cual permite su libertad de no escuchar.

1.8 EL PACIENTE PSIQUIATRICO Y LA FAMILIA.

La familia es un plan universal de vida. Es la unidad de crecimiento y la experiencia, de la realización y del fracaso; es también unidad de la salud y de la enfermedad. La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales diversas. El hogar es como el campo de entrenamiento donde la persona

adquiere práctica y cada vez mayor destreza para cumplir con una amplia variedad de roles sociales. (Sánchez, 1997).

No podemos negar la influencia que la familia tiene sobre cada uno de sus miembros, generalmente actúan y conviven entre sí alineados a normas establecidas en y desde el seno familiar, ya sean implícitas o bien explícitas. Así pues, la familia se convierte en una especie de catalizador entre el individuo, su comportamiento y su rol social; es decir, a los atributos que se le adjudican al individuo para desempeñar un trabajo o una actividad que le otorgue una posición social, cualquiera que esta sea, y lo defina como ser humano productivo o improductivo, como sano o como enfermo. (García, 1996).

Ackerman afirma que las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas las fuerzas que “forman o destruyen” la salud mental es el “dar y tomar” emocional de estas relaciones; ya que el grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad determinando así en gran parte el destino mental. La relación existente entre la familia y la enfermedad mental ha quedado de acuerdo con Ackerman (1974) comprobada, de esta manera cualquier problema o crisis pone a prueba el grado de flexibilidad del sistema y su capacidad para afrontarlo; es decir, la calidad de los recursos y la forma en que estos se utilizan. (Sánchez, 1997). La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de los otros. Una desviación en la interacción emocional de un par de personas en una familia dada, altera los procesos de interacción en los otros.

En familias donde hay un enfermo mental, existe una tendencia hacia la morbilidad en los demás miembros del núcleo familiar, es decir, se pueden observar rasgos psicopatológicos en estos miembros que sin embargo no son tan agudos como en la psicopatología del paciente identificado. Wolfgang (1990) en un estudio que lleva a cabo con familias de pacientes psiquiátricos encontró una asociación familiar de trastorno por angustia, así como depresión grave en las familias de los pacientes controles con dicho diagnóstico(en comparación de las familias de controles sanos). Con esto se evidencia que Wolfgang encontró una comorbilidad en familias con pacientes psiquiátricos; por lo que nuevamente se encuentra una estrecha relación entre la psicopatología del paciente identificado y el tipo de interacción familiar.(García,1996)

Para Minuchin(1993), "el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia". La familia afecta considerablemente al miembro con enfermedad mental, de manera que no sólo se la puede producir, sino que además parece , en ocasiones, esforzarse por perpetuarla. (García,1996).

Bursten y D'Esopo (cp Ackerman,1976) mencionan que en ocasiones las familias necesitan de un individuo que asuma el rol de enfermo en beneficio de la familia más que del paciente, de modo tal que cuando la familia depende del desviado y este ayuda a mantener la estabilidad asumiendo ese rol, la familia puede tolerar la tensión antes de intentar planes de intervención.(Padilla,1994). Las familias que presentan conductas diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros, se rigen por un tipo de relaciones, en consecuencia, de normas peculiares de este tipo de patología, tanto las conductas-

comunicación como las conductas - respuestas tendrán características tales que permitan mantener las reglas normas y por lo tanto las relaciones patológicas (Palazzoli, 1995).

Bowel, citado por Jakson (1974), se manifiesta en favor de concebir a la familia como un factor que permite el origen y/o desarrollo de la esquizofrenia. Esta concepción es compartida por Caparrós (1981), quien plantea lo que el mismo llama "un problema de capital importancia: la presencia de la familia en la formación del ser humano como instancia a la vez modeladora y deformante". (García, 1996)

1.9 TERAPIA FAMILIAR Y EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO .

El estudio de la familia del enfermo mental tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar y que los trastornos mentales guardan una relación circular con la existencia de la psicopatología de los padres. Es importante considerar que si la familia es propiciadora de enfermedad mental, también puede contar con los recursos necesarios para afrontar esta situación, recursos susceptibles de ser utilizados y desarrollados. (Sánchez, 1997).

Generalmente las clínicas psiquiátricas han mantenido a las familias a distancia. A pesar de que el rol de la familia, en la etiología de los problemas psiquiátricos ha sido extensivamente reconocida, muchos clínicos creían que el excluir a la familia era una condición necesaria

para anular su destructiva influencia. Sin embargo, se han visto obligados a reconocer el poder que tiene la familia para influir en el curso del tratamiento, especialmente en pacientes que requieren ser hospitalizados. Muchos terapeutas han observado que cuando el paciente mejora, alguien en la familia "relewa" el síntoma; esto es concebido como si la familia necesitara un miembro sintomático y que algún miembro sea quien lo represente.

El comportamiento sintomático, que por lo común es considerado expresión de sufrimiento del individuo, y de los demás miembros del sistema familiar, ofrece ganancias a unos y a otros. Entonces la función del paciente identificado y el gran poder que se le asocia; el carácter involuntario del síntoma permite al que lo presenta definir y controlar sus relaciones con los demás y regular las relaciones de los demás, entre ellos. El acuerdo que por lo común borra toda diferencia dentro de estas familias consiste en que el enfermo, la persona a la que se debe curar es sólo el paciente identificado; su presencia se hace necesaria porque hace las veces de regulador homeostático de la interacción familiar. La gran importancia de la función del paciente identificado, explica que los intentos de cuestionar su centralidad y de extender de manera explícita la problemática a todas las relaciones del grupo familiar resultan difíciles, pues el aceptar para la familia la redefinición de ese problema significaría para el grupo familiar, perder el instrumento más eficaz que le permite mantener su circuito habitual; significaría aceptar la pobreza de sus intercambios de interacción, la permeabilidad de las fronteras recíprocas y la estrechez del espacio personal concedido a cada miembro. (Andolfi, 1985 citado por Padilla, 1994).

El aumento de interés por la familia, se debe a la apreciación de su papel como la fuerza social más significativa durante el desarrollo del individuo y particularmente de la personalidad, siendo por lo mismo un medio potencial para el desarrollo anormal de la personalidad y de los trastornos que de estos se derivan. Es hasta mediados de los años sesenta que la intervención con los familiares evolucionó lo suficiente para establecer el método de incluir a la familia como parte importante del tratamiento de los problemas mentales, lo que se convirtió en una línea terapéutica importante. (Ackerman,1967; Bowen,1966; Reiss,1967;Zuck,1967 en Rosas, 1995 citado por Sánchez,1997). Uno de los supuestos de este enfoque es que el paciente es un síntoma de la patología de la familia, por consiguiente el trabajar con el paciente aislado de la familia no da buenos resultados. La familia debe tratarse como unidad biosocial, a fin de establecer un equilibrio nuevo en el cual el paciente, lo mismo que otros miembros de la familia puedan mejorar su funcionamiento psicológico(Boszoormenyi,1979). (citado por Sánchez 1997).

Escalante (1993) señala que existe una real necesidad de que la familia del paciente se incluya en el proceso de tratamiento y rehabilitación del mismo para lograr originar en estos familiares una actitud responsable para la atención del paciente una vez que haya sucedido la alta, de igual modo que se promueva una adecuada reinserción al núcleo familiar y social al que pertenece.(García,1996).

A principios de 1950, Don Jackson reportó el efecto dramático de la psicoterapia en otros miembros de la familia del paciente (Jackson, 1954). Un patrón similar de perturbación fue descubierto en familias con un paciente esquizofrénico identificado; cuando el paciente

mostraba mejoría, había frecuentes conflictos en casa. La conducta de los otros miembros de la familia cambiaba de tal forma que empujaba al paciente de nuevo a la psicosis; o si el paciente se recobraba, otros en la familia comenzaron a mostrar aspectos patológicos (Bateson, 1959; Haley, 1959; Jackson, 1961; Jackson y Weakland, 1959).

Langsley en 1968 trabajó con 300 familias de pacientes que acudieron a consulta debido a crisis agudas. La mitad de las familias fueron canalizadas aleatoriamente a algún tipo de tratamiento hospitalario: terapia individual, grupal, Milieu (ambiental) o medicamentosa y la otra mitad a una terapia de intervención en crisis familiar manejada a nivel de consulta externa con el objetivo de reducir rápidamente el nivel de tensión de manera que la familia adquiriera recursos para enfrentar y manejar efectivamente la situación de crisis. La terapia consistía de 5 sesiones en el hospital, una visita domiciliaria y conversaciones telefónicas durante el transcurso de tres semanas de tratamiento. Si se consideraba que las familias requerían un tratamiento prolongado después de resolver la situación de crisis se les canalizaba algún servicio del hospital. Se realizó un seguimiento entrevistando a las familias a los 6, 12 y 18 meses después del tratamiento. Se encontró que los pacientes que recibieron la terapia de intervención en crisis tenían menos posibilidades de ser hospitalizados nuevamente y permanecieron un número menor de días en el hospital, por lo que parece que este tipo de tratamiento más bien sirve para prevenir que para posponer la hospitalización. (Sánchez, 1997).

Ro-Trock, Wellisch y Schoolar (1977) trabajaron con una pequeña muestra de 28 pacientes, la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia; 18 hombres y 10 mujeres, a quienes canalizaron aleatoriamente a dos tipos de tratamiento: terapia familiar y terapia individual. El objetivo de

la terapia individual consistía en ayudar al paciente a desarrollar soluciones y habilidades para resolver sus conflictos de la vida diaria. Por su parte la terapia familiar pretendía un mejor nivel de comunicación buscando cambiar la relación de desadaptación de la familia por nuevas y mejores formas de adaptación. A los 3 meses de seguimiento, los porcentajes de rehospitalización favorecieron al tratamiento familiar, ya que ningún paciente de este grupo fue hospitalizado nuevamente. Sin embargo, 6 de los 14 pacientes del tratamiento individual regresaron al hospital para ser internados. (Sánchez, 1997).

El impacto familiar en la mejoría del paciente no es siempre negativo. Fisher y Mendell (1958) reportaron un despliegado de cambios positivos de los pacientes hacia otros miembros de la familia. Sin embargo, sea positivo o negativo el efecto que el cambio en el paciente tenga en la familia; el hecho es que el cambio en una persona, es un cambio en el sistema. (Nichols. M y Schwartz R, 1995).

Las familias están organizadas a fin de mantener su homeostásis y su estabilidad; sin embargo, existen eventos que pueden fracturar ese equilibrio, un padecimiento severo suele precipitar una crisis dentro de la familia. Estudios sobre intervención en crisis demuestran que si durante la crisis la familia no posee una organización sólida, esto favorece la resistencia al cambio. La familia en desequilibrio necesita reorganizarse a fin de continuar existiendo como familia. (Olsen H.E, 1970).

Conforme han avanzado los 90's, después de cuarenta años del desarrollo de la terapia familiar, muchas clínicas psiquiátricas segregan todavía a los pacientes de sus familias; por otro lado hay hospitales que cuentan con personal capacitado para trabajar con las familias.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, la premura de estabilizar a los pacientes con medicación y enviarlos de nuevo a su comunidad tan pronto como sea posible (por la demanda de ingresos a la institución) significa que los pacientes son colocados dentro del mismo ambiente caótico que ayudó a precipitar la hospitalización en la primera ocasión. (Nichols R y Schwartz C, 1995).

La conducta sintomática emerge en familias cuando las reglas en la relación son tan restrictivas que los miembros son incapaces de adaptarse a cambios naturales y/o de llegar a un consenso acerca del proceso de cambio en su relación e interacción. (Jackson 1967). (citado por Nichols, et al, 1995).

El propósito de diversos tratamientos en los hospitales es que el paciente regrese a un ambiente en casa capaz de proveer un desarrollo saludable continuo. Jackson (1962) propuso que la terapia familiar es fundamental para planear la exitosa transición de regreso a la comunidad; así como también, reduce la necesidad de una estancia larga. (Wendel A. Ray, 1992).

Lehtinen y Cols. (1997) investigan el uso del tratamiento psicoterapéutico familiar en las psicosis y la participación del tratamiento farmacológico como principios del modelo del tratamiento integral. En los planes de tratamiento para los pacientes los enfoques de tratamiento pisco-social sobresalieron; especialmente los métodos terapéuticos familiares. El tratamiento farmacológico fue recomendado sólo para el 40 % de los pacientes, y para un cuarto de ellos no fue necesario su uso.

Uno de los mayores retos que enfrenta actualmente la Psiquiatría en todos los países, es mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales que la requieran, mayor participación de las familias y de la sociedad. El tratamiento médico y la rehabilitación psicosocial son complementarios e inseparables en el manejo médico de los enfermos mentales crónicos. El tratamiento farmacológico está orientado a corregir los síntomas de la enfermedad, en tanto que las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias están dirigidas a ayudarle a una vida familiar y social más activa (Kalina, 1988 citado en Díaz, et al ,1996).

La adaptación social de un paciente se muestra en su capacidad de funcionar bien en roles claves: compañero, amigo, cónyuge, trabajador, padre y en el funcionamiento ocupacional (Bellack, 1993; Carone, 1991). Un hecho establecido es que el curso y desenlace de la esquizofrenia no sólo dependen de la condición patológica en sí, sino de las reacciones que generan en las personas afectadas y de las circunstancias y sucesos de la vida, particularmente las actitudes de la familia y las redes de apoyo social (Braive, 1987; Glass, 1989; Carone, 1991). De esta manera, se inició en el Instituto Mexicano de Psiquiatría el "Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico" que tuvo como objetivo principal evaluar los cambios asociados a un programa de intervención psicosocial en pacientes esquizofrénicos en cuanto a estabilidad en el cuadro clínico, en el funcionamiento psicosocial y en el desempeño cotidiano, en comparación con un grupo control de pacientes con este mismo trastorno que recibió el tratamiento convencional. Se trata de un proyecto interdisciplinario en el que participan profesionistas de distintas divisiones.

El grupo control recibió la atención psiquiátrica habitual, y el grupo experimental, además de recibir esta, asistió a un programa de intervenciones múltiples que incluía psicoterapia individual y de grupo, dinámica familiar con los familiares responsables de cada paciente, intervención psicosocial y terapias de actividades que incluían terapia recreativa, expresión corporal, musicoterapia y taller de dibujo artístico. Los pacientes del grupo experimental mostraron un mejor rendimiento psicosocial, en relación al grupo control en el área de desempeño cotidiano, en particular, en la sintomatología psiquiátrica y en las relaciones interpersonales. (Díaz. M, et al, 1996).

CAPITULO II

EVALUACION DEL SISTEMA FAMILIAR

2.1 DESCRIPCION DEL MODELO CIRCUMPLEJO.

El modelo circumplejo de sistemas familiares y maritales (Olson, Sprenkle, y Russell, 1989) ha sido empleado para describir familias clínicas y familias no clínicas. Intenta integrar los conceptos teóricos y terapéuticos. Tres dimensiones centrales del comportamiento familiar son integradas dentro del modelo: cohesión, adaptabilidad y comunicación. (Olson D. y Thomas V, 1993).

La **cohesión familiar** esta definida como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia el otro” (Olson, Russell y Sprenkle, 1983). Dentro del modelo circumplejo los conceptos específicos que pueden ser usados para diagnosticar y medir la cohesión familiar son: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

Existen cuatro niveles de cohesión familiar:

Tipo	Nivel de Cohesión
Desvinculada	muy bajo
Separada	bajo a moderado
Conectada	moderado alto
Amalgamada	muy alto

FAMILIA DESVINCULADA: Se caracteriza por una alta independencia entre sus miembros.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Lazos afectivos	Lazos al exterior de la familia abiertos, los internos cerrados.
Independencia	Muy alta independencia entre sus miembros.
Coaliciones	Débiles usadas como escapatoria.
Tiempo	Se encuentran separados al máximo, física y emocionalmente.
Espacio	Separados física y emocionalmente.
Amigos	Nunca se comparte, ni siquiera son conocidos, por los demás miembros de la familia.
Toma de Decisiones	Las decisiones son tomadas en forma individual, nunca se pide la opinión del otro.
Intereses, Recreaciones	Las actividades se realizan en forma individual, no se involucra o se invita a la familia

FAMILIA SEPARADA: Se caracteriza por una relación poco profunda entre sus miembros, que puede aumentar ante un suceso inesperado.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Lazos afectivos	Lazos internos y externos semi-abiertos, límites
Independencia	Moderada independencia de los miembros de la familia.
Coaliciones	Claras
Tiempo	Tanto separados como juntos.
Espacio	Se mantienen separados con reuniones ocasionales.
Amigos	Algunos amigos individuales y algunos familiares.
Toma de Decisiones	La mayoría se toma individualmente, las menos en forma grupal.
Intereses, Recreaciones	Algunas actividades en familia espontáneamente, se soportan las actividades individuales.

FAMILIAS CONECTADAS: Nivel considerado como óptimo y sano

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Lazos afectivos	Lazos externos semi - abiertos, límites generacionales claros.
Independencia	Moderada independencia
Coaliciones	Solo a nivel marital.
Tiempo	Juntos en familia y es permitido el tiempo individual.
Espacio	Al máximo, y espacio privado mínimo.
Amigos	Algunos amigos individuales, y compartidos por los demás.
Toma de Decisiones	Se comparten las decisiones individuales.
Intereses, Recreaciones	Algunas actividades familiares en horario, todos los miembros se involucran en intereses individuales.

FAMILIA AMALGAMADA: Los niveles de cohesión son tan altos que llegan a niveles de funcionamientos patológicos originando un desarrollo no óptimo de sus miembros.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Lazos afectivos	Lazos exteriores cerrados.
Independencia	Alta dependencia de los miembros de la familia.
Coaliciones	A nivel madre - hijo.
Tiempo	Pasan los miembros de la familia al máximo de tiempo juntos.
Espacio	Poco o ningún espacio privado en casa
Amigos	Con limitados amigos individuales
Toma de Decisiones	Todas las decisiones personales deben hacerse junto con la familia.
Intereses, Recreaciones	La mayoría de las actividades deben de hacerse en familia

La **adaptabilidad familiar** esta definida como “la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol, y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo” (Olson. et al 1983). Los conceptos específicos empleados para diagnosticar y medir la adaptabilidad familiar son: poder familiar (asertividad, control y disciplina), estilos de negociación, roles y reglas de relación.

Existen cuatro niveles de adaptabilidad familiar:

Tipo	Nivel de Cohesión
Rígida	muy bajo
Estructurada	bajo moderado
Flexible	moderado alto
Caótica	muy alto

FAMILIA RÍGIDA: Se caracteriza por un control extremo entre sus miembros, estas familias permanecen sin cambios a pesar de la crisis y las diversas etapas del desarrollo.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Asertividad	Estilo pasivo o agresivo.
Control	Líder autoritario
Disciplina	Autocrático, demasiado estricto.
Negociación	Limitada, pobre resolución de problemas
Roles	Rígidos y estereotipados
Reglas	Rígidas y demasiado explícitas, pocas implícitas

FAMILIAS ESTRUCTURADAS: Pueden manejarse adecuadamente ante las crisis y los cambios.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Asertividad	Generalmente asertivos.
Control	Democrático con líder estable
Disciplina	Democrática, con consecuencias predecibles.
Negociación	Estructurada.
Roles	Se comparten algunos roles.
Reglas	Pocas reglas cambian, más reglas explícitas.

FAMILIAS FLEXIBLES: Considerada como familia saludable para manejarse antes situaciones de crisis y cambios.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Asertividad	Solamente asertivos
Control	Igualitario, con cambios fluidos
Disciplina	Democrática con consecuencias predecibles
Negociación	Buenas negociaciones y resolución de problemas
Roles	Se comparten roles, puede haber cambios drásticos de estos.
Reglas	Algunas cambian, más reglas implícitas.

FAMILIAS CAÓTICAS: Mantienen un cambio constante, los patrones de interacción se encuentran desorganizados.

<i>Conceptos interrelacionados.</i>	
Asertividad	Estilos pasivo – agresivos
Control	No existe líder alguno
Disciplina	Cada miembro ejerce su disciplina propia
Negociación	Pobre y mala resolución de problemas, sin un fin.
Roles	Cambios dramáticos y bruscos de roles
Reglas	Muchas reglas implícitas y pocas explícitas

(Tomado de Corral 1995 citado por Jaimes 1998).

La **comunicación familiar** es la tercera dimensión del modelo circunplejo y facilita el movimiento sobre las otras dos dimensiones, debido a que está considerada como un facilitador, la comunicación no es incluida gráficamente en el modelo. La destreza en la comunicación positiva (empatía, escucha reflexiva, y comentarios de apoyo) posibilita a las parejas y familias a participar con cada uno de nosotros en sus necesidades de cambio. La habilidad para la comunicación negativa (doble mensaje, doble vínculo y crítica) minimiza la habilidad de los miembros del sistema para mostrar sus sentimientos y con eso, restringir sus movimientos en las dos dimensiones ya mencionadas.

Dieciséis distintos tipos de sistemas maritales y familiares han sido identificados por la combinación de los cuatro niveles de cohesión y los cuatro niveles de adaptabilidad. La clasificación y categoría que se hace de cada familia no es definitiva pues se trata de un modelo dinámico donde la familia puede moverse en cualquier dirección según la situación, estado, ciclo de vida familiar o socialización de sus miembros. (Gómez. M, 1990).

De esta manera, los 16 tipos de familias se pueden agrupar en 3: central, media y extrema. Los niveles centrales de cohesión y adaptabilidad familiar, representan a las familias equilibradas, lo cual es importante para un adecuado funcionamiento familiar.

Las familias equilibradas son aquellas que caen dentro de las 2 celdas centrales tanto de cohesión como de adaptabilidad., siendo estos los sistemas familiares más funcionales. Se incluyen aquí cuatro tipos de familia que son:

1. flexiblemente separada.
2. flexiblemente conectada.
3. estructuralmente conectada.
4. estructuralmente separada.

Las familias medias son aquellas que caen dentro de una de las celdas extremas de una dimensión y en las celdas centrales de la otra. Aquí corresponden 8 tipos de familias que son:

1. caóticamente separadas.
2. caóticamente conectadas.
3. flexiblemente desvinculada.
4. flexiblemente amalgamada.
5. estructuralmente desvinculada.
6. reestructuralmene conectada.
7. rígidamente separada.
8. rígidamente conectada.

Estos tipos de familias representan a la clase que funcionan de manera parcialmente adecuada.

Las familias extremas son aquellas que caen dentro de las celdas extremas de ambas dimensiones. Aquí corresponden 4 tipos de familias que son:

1. caóticamente desvinculadas
2. caóticamente amalgamadas
3. rígidamente amalgamadas
4. rígidamente desvinculadas.

(Gómez M., 1990).

El uso de tipologías en parejas y familias constituye un gran avance para el campo de la investigación, pues ayuda a integrar esta con la teoría y la práctica (Olson,1980). Las tipologías desarrolladas en forma teórica y clínica ofrecen numerosas ventajas conceptuales y metodológicas sobre el análisis tradicional de variables. Conceptualmente, se enfoca a las parejas y a las familias como un sistema y no como variables aisladas. Por ejemplo, el describir a un sistema familiar como tipo “rígidamente amalgamado” provee información considerable acerca de la familia, desde lo que la tipología refiere, agregando variables únicamente relacionadas con dicho grupo.

Las tipologías habilitan al investigador o terapeuta a:

1. Clasificar y describir a parejas y familias en un número de variables.
2. Resumir numerosas características de todos los casos de una tipología en particular.
3. Establecer criterios que determinen si una pareja o familia se ajusta dentro de una tipología particular.
4. Distinguir y describir las diferencias entre las tipologías.

Metodológicamente, las tipologías habilitan al investigador para:

1. Establecer variaciones estadísticas a través de un número de variables relacionadas con cada tipología.
2. Averiguar empíricamente el significado de las relaciones entre variables y tipologías.
3. Traducir y transmitir los hallazgos directamente a parejas y familias.

(Olson.D.H, Russell.C, Sprenkle.D, 1980).

Muchas parejas y familias que acuden a tratamiento suelen caer dentro de las celdas extremas. Cuando los niveles de cohesión son altos, hay una sobreidentificación dentro de la familia que impide la individuación de cada uno de sus miembros; en el caso contrario, un bajo nivel de cohesión implica compromiso y vinculación limitados. Un nivel central hablaría de que los miembros de la familia son capaces de experimentar un equilibrio entre mantener sus relaciones familiares y buscar un óptimo desarrollo individual. (Olson. D, Mc. Cubbin. H., Barnes H.,Larsen. A. Muxen. M., Wilson. M., 1983)

El interés de niveles altos extremos de cohesión es expresado en un reporte elaborado por el Grupo Avances en Psiquiatría (GAP) en el tratamiento de familias en conflicto (1970), el cual refiere que una de las metas primordiales del 87 por ciento de los terapeutas familiares (N=290) era mejorar la autonomía y la individualidad de los miembros de la familia. Minuchin (1974) centra su atención en las dificultades del funcionamiento de las relaciones bilaterales dentro de un sistema familiar debido a los extremos niveles de cohesión, ocasionando que un tercero o cuarto interfiera: "Las relaciones bilaterales raramente

ocurren, se convierten multilaterales provocando una sensación de confusión en todos los miembros de la familia”.

Colette Carisse (1975) desarrolló un modelo que empleaba la cohesión como una de sus principales dimensiones. Los dos extremos eran similares: vinculación extrema es definida como “práctica patógena de consenso e identificación total”, y la vinculación limitada o pobre como “práctica patógena de distancia y aislamiento interpersonal” (Olson, et al, 1983).

Al igual que en la cohesión, los niveles centrales de adaptabilidad conducen a una funcionalidad familiar más adecuada. Básicamente, la adaptabilidad se centra en la habilidad del sistema familiar para el cambio. Varias de las primeras aplicaciones de la Teoría de los Sistemas enfocadas al estudio de las familias enfatizaban la rigidez de la familia y su tendencia por mantener el status quo (Haley, 1959, 1962, 1963). La morfostasis es el término usado para describir el modelo o patrón de resistencia al cambio, y la morfogénesis es el potencial para desarrollarse y crecer como sistema. Hasta el trabajo de autores como Speer (1970) y Wertheim (1973, 1975), la importancia del potencial para el cambio había recibido mínima atención. Estos autores ayudaron a clarificar el hecho de que los sistemas necesitan ambas cosas: estabilidad y cambio, y llevar a cabo este cuando es apropiado, lo que distingue a las parejas y familias funcionales de otras.

Tanto la morfogénesis (cambio) y la morfostasis (estabilidad) son necesarias para la viabilidad en el sistema familiar. Miller (1969) refiere que los sistemas familiares más viables son aquellos que mantienen un balance entre la morfogénesis y la morfostasis. Cuando hay un balance libre, fluido entre ambas habrá asertividad en los estilos de comunicación, liderazgo igualitario, negociación exitosa, adecuada repartición y ejecución de roles, menor cantidad de reglas implícitas y mayor de reglas explícitas. Contrariamente, al no haber un balance fluido, la funcionalidad del sistema es inadecuada. En periodos de estrés familiar se requieren grandes cambios pero mientras debe continuarse manteniendo algún grado de estabilidad.

Hill y Rodgers (1964) proponen ver a las familias como capaces de lograr el cambio de adaptación y de reordenar sus estructuras. Las familias deben de tener la habilidad de adaptarse a situaciones normales de crisis (Rappoport, 1962) como el paternaje, la asistencia de los niños a la escuela, el afrontamiento y la aceptación de la autonomía en la adolescencia, entre otros . (Olson, 1983).

En otro artículo sobre adaptabilidad familiar Kieren y Tallman (1971, 1972) definen esta dimensión como: "La habilidad de enfrentar efectivamente una situación a través del cambio de roles y estrategias a fin de afrontarla y modificarla".

Entre algunos estudios que han combinado la cohesión y la adaptabilidad están: Angells(1936) sus dos conceptos centrales fueron "Integración familiar" el cual es muy similar al término de cohesión y "adaptabilidad familiar. Define integración como " Los

lazos de unidad a través de la vida familiar, afectos e intereses comunes y un sentimiento de interdependencia económica". La adaptabilidad familiar refiere el como la familia funciona como unidad, la flexibilidad al afrontar dificultades, de ajustarse a cambios y de tomar decisiones. Dividió las familias en niveles alto, medio y bajo en cuanto a las dos dimensiones ya mencionadas, estableciendo así nueve tipos de familias.

A fin de determinar qué tan importantes son los conceptos de cohesión y adaptabilidad y comunicación para un saludable funcionamiento familiar y como metas a trabajar en la terapia familiar, Fisher y Sprenkle (1977) pidieron a 310 terapeutas familiares y de pareja hacer valoraciones sobre 10 conceptos de cohesión, 7 de adaptabilidad y 17 de comunicación a fin de evidenciar que tan importante eran esos conceptos para un saludable funcionamiento familiar, objetivos y metas a trazar en sus intervenciones terapéuticas con parejas y familias. Con respecto a un saludable funcionamiento familiar el promedio de los puntajes osciló para cohesión y adaptabilidad 3.9, y 4 para comunicación; concluyendo así que las tres dimensiones son de vital importancia (5=crucial, 4=muy importante, 3=importante, 2=algo importante, 1=no importante). Considerando los objetivos y metas para la terapia el promedio de los puntajes osciló 3.6 para cohesión, 4.1 para adaptabilidad y 4 para comunicación lo cual indica que las tres dimensiones son usualmente empleadas como una posible guía para la terapia (5=siempre, 4=usualmente, 3=en ocasiones, 2=pocas veces, 1=nunca). Resultó una congruencia considerable entre las descripciones de un saludable funcionamiento familiar y las metas u objetivos para el tratamiento en cohesión ($r=.54$), adaptabilidad ($r=.56$) y comunicación ($r=.65$). El estudio demostró el valor de la cohesión, adaptabilidad y comunicación en cuanto al funcionamiento familiar y para asentar

los objetivos y metas en la terapia. (Olson, D., Mc Cubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., Wilson, M., 1983).

Otro estudio encontró que la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación son objetivos o metas para el tratamiento. El grupo de Avances en Psiquiatría (1970) pidió a 290 encuestados de los cuales 40 por ciento eran trabajadores sociales, otro 40 por ciento eran psiquiatras y psicólogos y el 20 por ciento restante eran terapeutas familiares y otros profesionistas las metas y objetivos principales para la terapia familiar. Mejorar la comunicación fue valorada como el principal por el 85 por ciento de los terapeutas, mejorar empatía (comunicación) 56 por ciento, mejorar autonomía e individuación (cohesión) 56 por ciento, liderazgo más flexible (adaptabilidad) 12 por ciento. El 90 por ciento de los encuestados respondieron que de las categorías trabajadas, las anteriormente mencionadas conformaban el primero o segundo lugar de importancia para algunas familias. Este estudio, al igual que el de Fisher y Sprenkle (1977) resalta la importancia de las tres dimensiones.

Minuchin (1974) enfatizó la importancia de la cohesión y de la adaptabilidad. Considera que el estrés produce una necesidad de cambio para la familia, cree que muchas familias en tratamiento están simplemente atravesando por transiciones y necesitan ayuda para adaptarse a esas nuevas situaciones. "La etiqueta de patología debería reservarse a familias que al enfrentarse al estrés incrementan la rigidez en sus transacciones y evitan o se resisten a explorar otra alternativa". El estrés puede producirse por causas o presiones internas o externas en la familia; usualmente ocurre al agregar y/o separar miembros, cambios en el desarrollo de los mismos miembros de la familia, etc.

La cohesión y la adaptabilidad representan los principales ejes sobre los que gira el Modelo Circumplejo. Dicho modelo es dinámico, por lo que con el paso del tiempo pueden ocurrir desplazamientos entre los diferentes tipos de familias.

En el modelo del diseño se establecieron una serie de objetivos que guiaron el proceso del mismo, los cuales eran los siguientes:

1. Identificar y describir las dimensiones centrales de la cohesión y la adaptabilidad familiar, en la cultura norteamericana. Posteriormente, en 1986 Braverman adapta estos a la población mexicana (Braverman, 1986)
2. Demostrar la utilidad de estas dimensiones, reduciendo la diversidad aparente de conceptos acerca del proceso familiar.
3. Indicar como las relaciones pueden distribuirse con el balance dinámico entre constancia y cambio (dimensión de adaptabilidad) y entre amalgamamiento y desvinculación (dimensión de cohesión).
4. Demostrar como esta dimensiones pueden proporcionar una más completa y útil aplicación de la Teoría General de los Sistemas a la familia.
5. Describir en forma más directa y clara las propiedades del grupo familiar , en vez de tomar en cuenta sólo las propiedades diádicas o las características individuales.
6. Proporcionar una nueva forma de integración de conceptos de lo individual como un sistema, con conceptos del sistema marital y familiar.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

7. Crear un modelo dinámico, que describa como los sistemas marital y familiar puedan adaptarse a situaciones de crisis y los cambios del desarrollo que ocurren en el ciclo de vida familiar.
8. Proporcionar un marco de referencia que pueda ser aplicado a la intervención clínica y programas educativos para parejas y familias. (Olson, et al , 1979; citado por Ponce de León, 1995).

Olson, Russell y Sprenkle (1983) plantean varias hipótesis derivadas del modelo circuplejo:

Hipótesis General: Existe una relación circular entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el funcionamiento efectivo de la familia..

Hipótesis I: Las parejas o familias que están balanceadas (situadas en los dos niveles centrales) en cohesión y en adaptabilidad funcionan en general más adecuadamente a lo largo del ciclo vital que las que se encuentran en los extremos de estas dimensiones.

Hipótesis II: Los tipos de familia equilibrados poseen un repertorio de conductas más amplio y tienen más posibilidades de cambio que los tipos extremos.

Hipótesis III: Si las expectativas normativas de una pareja o familia apoyan o favorecen conductas extremas en una o ambas mediciones del modelo, estas funcionarán correctamente siempre y cuando todos los miembros de la familia acepten estas expectativas.

Hipótesis IV: Las parejas y las familias funcionarán más adecuadamente si existe un alto grado de congruencia entre las descripciones de lo percibido y lo ideal para todos los miembros de la familia.

Hipótesis V: Las familias y parejas balanceadas tenderán a tener más habilidades positivas de comunicación que las familias extremas.

Hipótesis VI: Las habilidades positivas de comunicación permiten a las familias balanceadas cambiar sus niveles de cohesión y adaptabilidad más fácilmente que a las familias extremas.

Hipótesis VII: Para manejar el estrés situacional y los cambios debidos al desarrollo a lo largo del ciclo vital, las familias balanceadas variarán su cohesión y adaptabilidad, mientras que las familias extremas se resistirán al cambio.

El modelo circuplejo integra los diversos conceptos teóricos y terapéuticos empleados para describir familias, de una estructura sólida para describir tipos de parejas y de familias apoyadas en las hipótesis anteriormente mencionadas las cuales unifican y dan dirección al estudio, además de que pueden ser deducidas y evaluadas a fin de probar el desarrollo del modelo. El propósito principal del modelo circuplejo es de facilitar las conexiones que existen entre teóricos, investigadores y practicantes (Olson, 1980).

Un aspecto importante en el modelo circuplejo es la definición del concepto de equilibrio. El modelo postula que el equilibrio en las dimensiones se relaciona con un mayor y

adecuado funcionamiento familiar. A pesar de que un sistema familiar equilibrado es puesto en los dos niveles centrales del modelo, no debe asumirse que esas familias siempre operarán de esa misma manera. Estar equilibrado significa que un sistema familiar puede experimentar en algún momento los niveles extremos de las dimensiones, pero no funcionan en ellos por periodos prolongados. De esta forma contraria, las familias en los niveles extremos tienden a funcionar sólo en ese lugar y los miembros no tienen la expectativa ni son capaces de cambiar su comportamiento. Como resultado, el tipo de familia equilibrada posee un gran repertorio conductual y es más capaz de lograr el cambio comparado con las familias de tipo extremo. (Olson, D., Mc. Cubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., Wilson, M., 1983).

Además, se enfatiza que tanto la morfogénesis (cambio) como la morfostasis (estabilidad) son necesarias para el funcionamiento familiar, demasiados cambios pueden llevar al caos y pocos cambios pueden llevar a una rigidez en el sistema teniendo como consecuencia la disfuncionalidad. (Olson, H., Russell, C., Sprenkle, D., 1983).

El modelo circuplejo permite integrar la Teoría de los Sistemas con el desarrollo familiar, una propuesta elaborada hace más de una década por Reuben Hill (1971). Hill y Rodgers (1964) describen que las familias deben cambiar en función de como afronten las transiciones normales en la familia. Por lo que se espera que la etapa del ciclo de la vida, familiar y la composición de ésta, tenga un impacto considerable en el tipo de sistema familiar que existe.

Como propósito del modelo circuplejo está no sólo determinar el como los individuos se ven a ellos mismos dentro de su contexto familiar, también es determinar como las familias, como unidades integradas se ven a si mismas. Esto es importante porque da la oportunidad

de explorar diferencias en las percepciones de las familias y de los miembros en sí.(Olson, et.al, 1983).

El modelo circuplejo es dinámico ya que asume que tanto los individuos como el sistema familiar pueden lograr el cambio, y este puede ser benéfico para mantener y mejorar el funcionamiento familiar (Olson, et al.,1983).

El modelo circuplejo fue inicialmente desarrollado y probado en los trabajos de disertación de Douglas Sprenkle y Candyce Russell, bajo la supervisión de David H. Olson. Sprenkle (1979) se enfocó a la dimensión de adaptabilidad y examinó los procesos de interacción de 25 parejas de matrimonios bajo consejería clínica y 25 parejas de matrimonios no clínicos. Cada pareja participó en el juego SINFAM, durante el cual se representó una crisis simulada; las parejas no clínicas fueron capaces de ser más creativas, con más soporte y más responsables que los esposos con dificultades maritales. Sin embargo, no hubo diferencias en los patrones de mando durante periodos de no estrés a diferencia de lo que pasó durante la crisis simulada. Durante este periodo de crisis, las parejas no clínicas tendieron al mando igualitario, mientras que en las parejas clínicas la tendencia de mando fue por parte de la esposa. Candyce Russell, en su trabajo de disertación (1979) estudió ambas dimensiones de cohesión y adaptabilidad en 31 familias no clínicas con muchachas adolescentes y formula que las familias de alto funcionamiento fueron moderadas en cohesión y adaptabilidad; mientras que las familias de bajo funcionamiento se midieron en los extremos de tales dimensiones.

2.2. FUNDAMENTOS Y DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO FACES II.

La corriente llamada Sistémico-Estructural (Minchin,1994) tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, y en la terapia el foco principal está en la transformación de los procesos interpersonales de disfunción. De ahí que los procesos de funcionalidad y disfuncionalidad ponen énfasis en dos criterios de interacción familiar: la dimensión de cohesión la cual se refiere a “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia el otro” (Olson,et.al,1983), y la dimensión de adaptabilidad la cual se refiere a “la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol, y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo” (Olson, et.al,1983), las cuales son determinantes para el diagnóstico del sistema familiar.

De esta manera, la aportación de Olson, Sprenkle y Russell (1979) con el desarrollo de su instrumento, FACES, permite medir a través de la cohesión y de la adaptabilidad, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Este instrumento ha sido empleado para probar la principal Hipótesis que los tipos de familias balanceadas son más funcionales que los de tipos extremos. Consiste en una escala de tipo Likert, que de acuerdo a Beavers (1995), el autoinforme es muy apropiado ya que cuenta con un grado razonable de utilidad clínica. (Jaimes,1998).

La versión original de FACES se desarrolló en 1978 por Portner(1980) en su trabajo de disertación y Bell(1980). El FACES original fue basado en la teoría del modelo circunflejo y

consistía en más de 100 preguntas con la finalidad de medir específicamente la cohesión y la adaptabilidad. Se usaron dos poblaciones para desarrollar este instrumento, 410 adultos jóvenes para evaluar la validez empírica y 35 matrimonios así como consejeros familiares para evaluar la validez clínica. El instrumento se usó en un estudio de triadas de padres con adolescentes (210). La confiabilidad de la cohesión fue de .83 y de la adaptabilidad .75. (Bagarozzi, A. D. y Lábate. L , 1992).

Portner (1981) comparó 53 familias en terapia familiar (padres y un adolescente) con un grupo de 117 familias no clínicas. Las familias no clínicas cayeron en las áreas balanceadas del modelo más ampliamente que las familias clínicas. Las familias clínicas tendieron más hacia el tipo extremo, desunido caótico.(Olson.D,y Thomas. V, 1993). Bell también empleo FACES para estudiar 33 familias con desertores y las comparó con las mismas 117 familias no clínicas usadas en el estudio de Portner (1981); encontró a las familias con desertores en rango medio y el extremo que en las familias no clínicas.

464 sujetos respondieron a 90 reactivos que cubrían las áreas de cohesión y adaptabilidad ; sobre las bases de dicho análisis, la escala fue reducida a 50 puntos y fue aplicada a 2412 individuos obteniendo una confiabilidad de .83 para cohesión y .84 para adaptabilidad.

Los datos fueron sometidos al análisis factorial y alfa de Cronbach reduciéndose a 30 reactivos que formaron la escala final. Esta contiene 16 reactivos correspondientes a la cohesión y 14 a la adaptabilidad. Para obtener la confiabilidad la muestra de 2412 fue dividida en 2 subgrupos iguales; la confiabilidad para el total de la muestra y de los 2 subgrupos fue de .78 a .90 . (Bagarozzi. A.D. Lábate. L, 1992)

En 1982, FACES es revisada por (Olson, Bell y Portner, 1982). FACES II es una modificación del FACES original, cuenta con 30 ítems y con un aceptable nivel de confiabilidad y validez por lo que se considera recomendable para utilizarla en el diagnóstico clínico (Jaimes, 1998), (Ponce de León, 1995). Fue desarrollada para crear un instrumento más corto con oraciones simples que pudiera ser usada con niños y con personas con poca habilidad de lectura, además de ser diseñada para reducir el número de dobles negativas y que proporcionará una escala de 5 respuestas tipo Likert

1. casi nunca,
- 2 de vez en cuando,
3. algunas veces,
4. frecuentemente,
5. casi siempre.

y de esta manera realizar la validación empírica del modelo circunplejo para que pudiera ser usado en la investigación y diagnóstico clínico. (De la Riva Moyeda G, 1997).

Usando FACES II Clarke (1984) a fin de estudiar la esquizofrenia y la neurosis en familias que estaban en terapia, las familias que habían estado antes en terapia, y un grupo control sin terapia. Encontró un alto nivel de familias extremas en los grupos neurótico y esquizofrénico comparado con el grupo sin terapia. A la inversa, encontró un alto nivel, significativo, de familias balanceadas en el grupo sin terapia en comparación con los otros grupos. Mientras que el porcentaje de los tipos familiares extremos disminuyó dramáticamente desde el sintomático hasta los grupos sin terapia. (neurótico 64 por ciento, esquizofrénico 56 por ciento, con terapia 38 por ciento, sin terapia 7 por ciento). El porcentaje de familias

balanceadas aumentó (neurótico 8 por ciento, esquizofrénico 12 por ciento , con terapia 12 por ciento , sin terapia 48 por ciento).

Patrick Carnes (1987) investigó los sistemas familiares en agresores sexuales. Alrededor de la mitad (49 por ciento) tuvo tipos familiares extremos, alrededor de dos tercios (66 por ciento) fueron extremas. En contraste, el 11 por ciento de las familias de origen y el 19 por ciento de las familias actuales fueron de tipo balanceado.

Garbarino, Sebes y Schellenbach (1985) compararon 27 familias consideradas de alto riesgo con 35 de alto riesgo empleando FACES II, encontrando que las familias consideradas de bajo riesgo fueron balanceadas y las de alto fueron extremas. (Olson, 1983)

Blushan, R y Shirali. K. (1992) llevaron a cabo un estudio donde midieron la comunicación de los padres con los hijos y su nivel de identificación en diferentes tipos de familias, según el modelo circunplejo de interacción familiar usando FACES II, donde los resultados arrojan una asociación entre familias balanceadas y una comunicación efectiva; estas familias, presentan un nivel alto de identificación con sus hijos, experiencias mas abiertas y menos ambivalentes en la comunicación. (Ponce de León, 1995). Esta investigación demuestra a través de su consistencia interna para las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, que el poder de discriminación del FACES II permite distinguir entre familias funcionales y disfuncionales. Los resultados de estos autores perfilan la validez del FACES II como un instrumento de evaluación de la dinámica familiar, diferenciando entre las

interacciones patológicas y de las que podemos calificar de adecuadas.(Ponce de León, 1995).

Actualmente, las investigaciones están enfocadas a los cambios en los tipos familiares antes y después del tratamiento y también durante el proceso de intervención terapéutica. Se están llevando a cabo más de trescientas investigaciones relacionadas con el Modelo(Olson. H. D., 1986; citado por Ponce de León, 1995). Adicionalmente al identificar los tipos de sistemas familiares, el trabajo se dirige a describir el tipo de técnicas e intervenciones terapéuticas que son más o menos efectivas en los varios tipos de sistemas familiares.

En México, la validación del instrumento fue realizada por Braverman en su Tesis Doctoral (1986) ante la necesidad de “poder contribuir a proporcionar herramientas adecuadas para apoyar la investigación en el aspecto social, así como al proceso de psicodiagnóstico y tratamiento familiar” (Braverman, 1986). El trabajo se realizó en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán; el estudio se hizo extensivo a alumnos y a los padres de estos (padre - madre). La autora conservó la presentación de la Escala de medición de actitudes tipo Likert ya mencionada.

La fase exploratoria contó con varias etapas previas a la aplicación formal. (Padilla, 1994).

a) Traducción: El cuestionario FACES II fue traducido por profesores del Centro de Idiomas Extranjeras de la ENEP Acatlán; donde una primera persona lo tradujo del inglés al español, una segunda tradujo la versión traducida al español nuevamente al inglés, y una tercera cotejó ambas traducciones (la original y la de México) para conservar la semántica.

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

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

La aplicación formal se realizó en forma autoadministrada. La población a la que fue aplicado el cuestionario fue dividida en tres tipos de población:

- población alumnos conformada por 1087 sujetos de las 13 carreras que se imparten en la ENEP Acatlán.
- población madres conformada por 162 madres que contestaron los cuestionarios que les fueron aplicados a través de los alumnos.
- población padres conformada por 175 padres que contestaron los cuestionarios que les fueron aplicados a través de los alumnos.

Se llevó a cabo un análisis factorial a través de una validación empírica de constructo, que consistió en someter los reactivos a una rotación varimax $\Delta=0$, y a un análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach con un valor de:

	ALUMNOS	PADRES	MADRES
COHESIÓN	0.87	0.82	0.83
ADAPTABILIDAD	0.82	0.78	0.78

Braverman (1986), Beavers (1995) refieren que el instrumento FACES II constituye una herramienta precisa, con una base teórica para conseguir información familiar , por medio del autoinforme, debido a que cuenta con escalas de validez, es de fácil manejo, el periodo de aplicación y de calificación es breve , además de encontrarse validado y estandarizado en México, con normas para. padres y adolescentes. (Jaimes, 1998).

Braverman sugiere que antes de ser utilizado en diagnóstico clínico el instrumento validado en México (FACES II) se aplique a poblaciones con patología para detectar la sensibilidad del cuestionario, aplicarlo en otras poblaciones mexicanas para ampliar la posibilidad de su utilización, y al mismo tiempo ello permita seguirlo refinando.(Padilla, 1994). Se recomienda hacer interpretaciones individuales y luego integrar un diagnóstico al comparar los resultados de cada miembro de la familia. (Braverman, 1986).

En México, FACES II ha sido trabajado por Nolasco N. E. Tovar (1984) para comparar la estructura familiar y el rendimiento académico de alumnos de bachillerato (citado por Del Valle. M, 1990), Braverman R. (1986) para establecer la tipología familiar y el asunto relacionado con los aspectos psicopedagógicos; León Oswaldo (sin fecha) para discriminar disfunción familiar en pacientes con sintomatología depresiva (citado por Del Valle. M,

1990); Gómez M. (1990) en un estudio descriptivo observacional de la aplicación de FACES II en familias con pacientes deprimidos; Del Valle M. (1990) en la detección de psicopatología familiar; Padilla Reza M. (1994) para describir la cohesión y adaptabilidad en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de Psicosis Orgánica secundaria a farmacodependencia, Ponce de León M. (1995) para comparar la cohesión y la adaptabilidad entre familias clínicas y no clínicas. De la Riva Moyeda (1997) para describir la cohesión y adaptabilidad en anorexia en gimnastas, Ruiz Bedolla F. (1998) en el seguimiento realizado a familias que participaron en un Programa de Terapia Breve; Jaimes Velázquez B (1998) para comparar la cohesión y adaptabilidad en familias de niños con cáncer.

CAPITULO III.

METODOLOGIA.

1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Asumiendo que la conducta del paciente identificado es el síntoma de la disfuncionalidad en la familia, la problemática es abordada desde el sistema familiar. (Griffin A., 1993). También debemos aceptar que el porcentaje de atención a pacientes psiquiátricos en instituciones gubernamentales es alto, y las condiciones de atención limitadas. Identificar la eficiencia de un tratamiento de terapia familiar breve en este marco, señala su importancia; y permitirá la atención a una mayor población de una manera eficiente. De aquí que la presente investigación plantea: ¿Existen diferencias en la percepción en la cohesión y adaptabilidad medidas a través del FACES II en las relaciones entre el paciente psiquiátrico y su familia comparando la pre-intervención contra la post-intervención de Terapia Familiar Breve?. ¿Existe relación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el número de sesiones de intervención en Terapia Familiar Breve?, considerando que estas dimensiones se conectan con la percepción de funcionalidad y disfuncionalidad de los sistemas familiares.

3.2 OBJETIVOS.

Identificar las diferencias en la percepción que muestran el paciente psiquiátrico y su familia en cuanto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad medidas a través del FACES II, comparando la pre-intervención y la post-intervención de un programa de Terapia Familiar Breve.

Identificar si hay relación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el número de sesiones de intervención en Terapia Familiar Breve con el paciente psiquiátrico y su familia.

3.3 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es comparativo, puesto que pretendió detectar posibles diferencias entre la preintervención y la postintervención en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia. Así como, de forma transversal ya que se tomó a la muestra con ciertos criterios y no se realizó un seguimiento de la trayectoria de cada sujeto.

3.4 DISEÑO.

No experimental. Pretest-Postest. Se estudia a los sujetos "antes y después" de un tratamiento, siendo que cada uno de los sujetos de la muestra actúa como su propio control. (Pick y López, 1988).

3.5 HIPOTESIS.

HI: Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia comparando antes y después de una intervención de Terapia Familiar.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia comparando antes y después de una intervención de Terapia Familiar.

HI: Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia comparando antes y después de una intervención de Terapia Familiar.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia comparando antes y después de una intervención de Terapia Familiar.

HI: Existe relación entre la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones de intervención en el Programa de Terapia Familiar Breve.

HO: No existe relación entre la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones de intervención en el Programa de Terapia Familiar Breve.

HI: Existe relación entre la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones de intervención en el Programa de Terapia Familiar Breve.

HO: No existe relación entre la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones de intervención en el Programa de Terapia Familiar Breve.

3.6 VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Cohesión familiar medida a través del FACES II.

Adaptabilidad familiar medida a través del FACES II.

3.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Cohesión familiar: "Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia el otro" (Olson D.H., Russell C.S y Sprenkle D.H, 1983).

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente de ésta. Involucra los siguientes factores: ligas afectivas (reactivos 1,17),

límites (3,9), coaliciones(19,29), tiempo (7,23), espacio (5,25), amigos (11,27), toma de decisiones (13,21), intereses y recreación (15,30) medidos con el Instrumento FACES II.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Adaptabilidad familiar: "Habilidad del sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo" (Olson D.H, Russell C.S y Sprenkle D.H, 1983).

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Se refiere a la flexibilidad del sistema familiar ante el cambio. Involucra estructura de roles (reactivos 10,22), control (4,16), reglas (12,42), disciplina (6,18), estilos de negociación (8,20,26) y asertividad (2,14,18) medidos con el Instrumento FACES II.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Número de sesiones de intervención de Terapia Familiar Breve.

TERAPIA FAMILIAR BREVE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

“Procedimiento terapéutico desarrollado a partir de la Teoría General de los Sistemas, cuyas estrategias de intervención son directivas. Consiste en un número limitado de sesiones (generalmente de 6 a 15) espaciadas en intervalos de 1 a 6 semanas. El proceso de cambio decisivo no es generalmente el que toma lugar en las sesiones mismas, sino en el intervalo entre estas.” (Simon, 1984).

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

El número de veces que una familia asiste a una sesión de Terapia Familiar Breve. En este caso, el número de sesiones estipuladas para este tratamiento fueron de 6,7,8,9 y 10 sesiones.

3.7 SELECCIÓN DE SUJETOS.

La muestra total fue de 20 familias de una Institución de Salud gubernamental las cuales fueron canalizadas al Servicio de Terapia Familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La familia debía contar con un miembro con diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM IV. (como por ejemplo: trastorno de conducta, depresión, psicosis, abuso de sustancias, intento de suicidio).

El paciente debía estar internado en la Unidad Adolescentes Mujeres y ser referido al Servicio de Terapia Familiar por el médico tratante.

Que hubiesen acudido a las sesiones de terapia por lo menos el padre, la madre y el paciente.

Que los cuestionarios FACES II hayan sido contestados por lo menos por la madre, el padre y el paciente tanto al inicio del tratamiento como en el momento de la segunda aplicación.

Que la familia cubriera con el número de sesiones estipulado en el tratamiento para poder realizar la segunda aplicación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Que el diagnóstico del paciente no fuera de tipo psiquiátrico, o que este fuese de etiología orgánica como por ejemplo lesión cerebral.

Que el paciente no estuviera internado en la Unidad Adolescentes Mujeres.

Que a las sesiones de terapia no acudieran tanto el paciente, como la madre y el padre.

Que los cuestionarios FACES II no fueran contestados por el paciente, por la madre o bien por el padre desde el ingreso al tratamiento y en la segunda aplicación.

Que la familia no cubriera el número de sesiones de Terapia Familiar requeridas para realizar la segunda aplicación.

3.8 MUESTREO.

No probabilístico. La elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con expectativas o necesidades del investigador o del que hace la muestra (Sampieri,1991). De tipo intencionado por cuota, dado que la población era limitada.

3.9 INSTRUMENTO.

El instrumento que se empleó en la investigación , fue la versión del FACES II elaborado según la Teoría del Modelo Circumplejo de Olson, et al (1979) estandarizado por Braverman (1986) que mide dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, cuya

consistencia interna a través del Alfa de Cronbach es de .87 y .78 respectivamente. Consta de 30 reactivos; 16 correspondientes a la cohesión y 14 correspondientes a la adaptabilidad.

Dentro de la dimensión de cohesión se conceptualizan ocho características: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversión. Dentro de la dimensión de la adaptabilidad se conceptualizan seis características: asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, roles y reglas de relación (ver APENDICE B). La Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES II) cuenta con valores asignados a las respuestas que van de 1 a 5 tal como sigue: 1. casi nunca, 2. de vez en cuando, 3. algunas veces, 4. frecuentemente, 5. casi siempre.

Estas dimensiones permiten identificar 16 tipos de sistemas familiares. El procedimiento de calificación es el siguiente (ver APENDICE C):

Para la Cohesión Familiar, se parte de una constante de 36 a la cual se le resta la suma de las respuestas 3, 9, 15, 25, 29, al resultado anterior se le agrega la suma de 1, 5, 7, 11, 13, 21, 23, 27, 30 que proporciona el nivel de cohesión familiar que prevalece.

Para la Adaptabilidad Familiar, se parte de una constante de 12 a la cual se le resta los puntajes de 24 y 28, se le agrega la suma de 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 22, 26 que proporciona el nivel de adaptabilidad familiar que prevalece.

Los puntajes de ambas dimensiones deben ubicarse en el cruce de coordenadas para obtener los niveles de cohesión, adaptabilidad y el tipo de familia. (Gómez, 1990 citado por Jaimes, 1998). (ver APENDICE D).

Para cada dimensión de cohesión y adaptabilidad, los niveles balanceados son hipotéticamente más viables para el funcionamiento saludable de la familia, y las áreas extremas se ven generalmente como problemáticas para el sistema familiar.

3.10 ESCENARIO.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones donde se proporcionó el Programa de Terapia Breve para Familia dentro de un Hospital Psiquiátrico Infantil gubernamental, las cuales consistieron en una sala de Terapia Familiar con un espejo de doble vista (cámara de Gesell), un equipo de sonido, con buena iluminación y ventilación.

3.11 PROCEDIMIENTO.

Las familias fueron referidas por el médico tratante del paciente internado al Servicio de Terapia Familiar. Se concertaba una cita y en la primera sesión se explicaba a la familia sobre la modalidad de la terapia y su duración. Así mismo, se llenaba una hoja de datos personales tanto del paciente como de la familia.

Lo que se les explicó a todas las familias participantes fue que dicho tratamiento era breve, de aproximadamente 10 sesiones y que en algunos casos podía extenderse a un máximo de 15 o ser un número menor de 10 sesiones. Se anunciaba la presencia de un equipo terapéutico detrás de la cámara de Gesell, el cual estaría observando las sesiones.

Antes de iniciar cada sesión, cuya duración era aproximadamente de una hora, tanto los terapeutas como el equipo se reunían a discutir el caso y a preparar la sesión; en el transcurso de ésta, el equipo se mantenía en el cuarto de espejo de doble vista. A mitad de la sesión, los terapeutas salían a discutir con el equipo el desarrollo de ésta, los puntos de vista con respecto al caso y las posibles vías de solución o tratamiento para la familia durante esa sesión. Al finalizar la sesión el equipo comentaba sus impresiones finales y redactaba una reseña o acta sobre ésta.

Cuando la familia se presentaba por primera vez al Servicio de Terapia Familiar, además de explorar el motivo de consulta, se aplicaba el cuestionario FACES II a todos los miembros de la familia presentes. Cuando se decidía dar de alta a la familia, se aplicaba nuevamente el cuestionario FACES II a los miembros presentes.

Las familias fueron distribuidas en 5 subgrupos, los cuales representaban el número de sesiones de Terapia Familiar Breve trabajadas; estas iban desde 6 hasta 10 sesiones, quedando 4 familias en cada subgrupo de manera que el número total de familias fue de 20.

Como se trata de una intervención breve, el número de sesiones en que el tratamiento finalizaba era variado; por lo que se tomaron las familias que además de cubrir los criterios de inclusión, podían agruparse en un subgrupo de acuerdo al número de sesiones en que duró su tratamiento.

Cabe mencionar, que en la resolución del protocolo, se evitó que hubiera comunicación entre los miembros de la familia aclarando que era información individual.

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Se aplicó el SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales), para analizar los datos de la siguiente forma.

1. DESCRIPTIVO.

Características Socio Demográficas de la muestra.

Se describen las edades, con sus respectivas frecuencias y porcentajes de los tres grupos (paciente, madre y padre), la escolaridad del paciente y la ocupación tanto de éste como del padre y de la madre. Así mismo, se describen la religión, el número de sesiones y el diagnóstico de ingreso del paciente.

2. INFERENCIAL.

- A. Correlación de Pearson: Se aplicó para conocer la relación o asociación entre dos variables. En este caso, la relación que existe entre la cohesión y la adaptabilidad antes y después del tratamiento en cada uno de los tres grupos y de las sesiones de terapia.
- B. Prueba T de Student: Se aplicó para saber si hay diferencias antes y después del tratamiento en cada uno de los tres grupos.
- C. Análisis de Varianza: Se aplicó para identificar si las diferencias entre las medias de las variables de cohesión y adaptabilidad (postest), de los tres grupos varían en función del número de sesiones de terapia recibidas.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Tabla 1. Edad del paciente.

En cuanto a la edad del paciente, se observa que 15 años es el promedio de edad en dicho grupo; existiendo una distancia entre edades de hasta 1 año.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
12	1	5.0
13	2	10.0
14	2	10.0
15	5	25.0
16	5	25.0
17	5	25.0
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>

Media = 15.3

Desv. Std.= 1.49

Tabla 2. Ocupación del paciente

La ocupación de los pacientes fue en su totalidad estudiantes.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Estudiante	20	100
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Escolaridad del paciente

El nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria con 13 casos conformando el 65 %.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	5.0
Secundaria	13	65.0
Preparatoria	6	30.0
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>

Tabla 4. Edad del padre.

Se observa que 47 años es el promedio de edad en el grupo de padres, y la diferencia mayor de edades que puede existir entre sí es de 32 años.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
35	2	10.0
38	2	10.0
40	1	05.0
42	2	10.0
43	2	10.0
45	1	05.0
46	1	05.0
48	1	05.0
49	2	10.0
52	1	05.0
55	1	05.0
58	2	10.0
62	1	05.0
67	1	05.0
Total	20	100

Media= 47.25

Desv. St.= 9.03

Tabla 5. Edad de la madre.

Para el grupo de madres 42 años es el promedio de edad mientras que la máxima diferencia entre esta puede ser hasta de 22 años.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
33	2	10.0
35	1	05.0
36	1	05.0
37	1	05.0
38	1	05.0
39	2	10.0
40	1	05.0
43	2	10.0
44	1	05.0
46	3	15.0
47	3	15.0
50	1	05.0
55	1	05.0
Total	20	100

Media= 42.20

Des. St.= 5.94

Tabla 6. Ocupación del padre.

En la mayoría de los casos los padres tiene como ocupación la de empleados.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	16	80.0
Profesionista	4	20.0
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>

Tabla 7. Ocupación de la madre.

La ocupación de mayor frecuencia entre las madres es la de empleada.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	8	40.0
Empleada	9	45.0
Profesionista	3	15.0
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>

Tabla 8. Diagnóstico de ingreso.

El diagnóstico de ingreso más frecuente es: Depresión con 8 casos (40%).

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
T. Conducta	4	20.0
Depresión	8	40.0
Psicosis	2	10.0
I. Suicidio	4	20.0
Dt/Abuso de sust.	2	10.0
Total	20	100

ANÁLISIS INFERENCIAL.

Tabla 9. Baremos de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (pretest - postest).

Para poder ubicar a los sujetos en cada dimensión, se obtuvieron la media y la desviación estándar (baremos).

En la dimensión de cohesión, con respecto al grupo de pacientes se observa que el nivel de cohesión tiende a permanecer constante. Se puede apreciar un incremento en el nivel de cohesión en el grupo de madres. En cuanto al grupo de padres, también se puede apreciar un aumento en el nivel de cohesión; es decir, la unión entre los miembros de la familia después del tratamiento.

Dimensión	Media	Desv St.	Rango
Coh pac. Pretest	50.55	8.92	30
Coh pac. Postest	50.00	9.98	34
Coh ma. Pretest	51.45	9.73	39
Coh ma. Postest	54.75	9.58	38
Coh pap. Pretest	50.40	9.53	41
Coh pap. Postest	51.60	9.49	45

Tabla 10. Baremos de las dimensiones de adaptabilidad (pretest - postest).

Los datos arrojan un aumento en la dimensión de adaptabilidad; esto es las reglas que rigen la dinámica familiar. De acuerdo a la información anterior, podría señalarse que el tratamiento ayuda a generar un cambio en la dinámica familiar, que favorece la cohesión en el grupo de madres y padres; así como en la adaptabilidad para los tres grupos (paciente, madre, padre).

Dimensión	Media	Desv. St.	Rango
Adap pac. Pretest	39.15	8.70	34
Adap pac. Postest	41.80	7.62	24
Adap ma. Pretest	39.05	8.31	26
Adap ma. Postest	42.35	7.56	28
Adap pap Pretest	41.35	8.37	35
Adap pap Postest.	43.30	8.80	39

Tabla 11. Correlación de Pearson entre el número de sesiones y las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Conforme a los datos anteriores, no existe una relación significativa entre el número de sesiones y las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (postest). A pesar de que en su totalidad, las correlaciones son bajas, es importante mencionar que en el grupo de padres, se presentan correlaciones negativas tanto en cohesión como en adaptabilidad; lo cual podría interpretarse como que mientras el tratamiento va avanzando, el grupo de padres va disminuyendo los niveles de cohesión y adaptabilidad ; esto pareciera significar que el grupo de padres percibiera que la capacidad de cambio que el sistema familiar pudiera tener es limitada, lo cual también repercute en el vínculo emocional hacia los otros miembros de la familia. Sin embargo, se debe enfatizar que tales datos no son significativos.

Ses./Coh pac. Postest	Ses./Coh ma. Postest	Ses./Coh pap Postest
0.26	0.27	-0.12
Ses/Adap pac. Postest	Ses/Adap ma. Postest	Ses/Adap pap. Postest
0.23	0.22	-0.13

Tabla 12. Correlaciones Significativas entre cohesión y adaptabilidad.

La correlación entre las dimensiones del modelo circunplejo es alta. Lo cual indica que la cohesión está altamente relacionada con la adaptabilidad.

La adaptabilidad en el grupo de madres (postest) se encuentra significativamente relacionada con la cohesión (postest) en el grupo de pacientes; lo cual implica que si el grupo de madres cambia sus niveles de adaptabilidad, el grupo de pacientes hace movimientos en sus niveles de cohesión. Mientras que para el grupo de padres, no existe relación significativa alguna con los otros grupos (paciente y madre) en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Adap pac pretest / Coh pac pretest	.70 **
Coh pac postest / Adap pac postest	.84 **
Adap ma postest / Coh pac postest.	.50 *
Coh ma postest / Adap ma postest.	.54 *
Coh pap postest / Adap pap postest.	.66 **

*P .05

**P .01

Tabla 13. Análisis de varianza. Comparación de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad por número de sesiones.

De acuerdo a la comparación de medias de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (postest), de los tres grupos (paciente, madre y padre), se concluye que no hay evidencia estadísticamente significativa para decir que existe relación entre la percepción de la cohesión y adaptabilidad en el paciente, madre y padre y el número de sesiones de terapia recibidas.

Dimensión	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	F	Sig.
COHPACIEN. (postest)	44.50	46.00	56.50	52.75	50.25	.955	.460
COHMADRE. (postest)	57.50	46.50	49.75	60.25	59.75	2.087	.133
COHPADRE. (postest)	53.75	54.75	47.50	50.00	52.00	.325	.857
ADAPPACIEN. (postest)	36.50	38.50	50.25	43.50	40.25	2.709	.070
ADAPMADRE. (postest)	44.25	37.75	40.75	46.25	44.75	1.319	.308
ADAPPADRE (postest)	48.00	41.75	41.25	41.50	44.00	0.363	0.831

Tabla 14. Prueba T. Diferencias antes y después en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad por grupo.

En la cohesión, el grupo de pacientes permanecieron en el mismo nivel. En el grupo de las madres, se incrementó el nivel de cohesión después del tratamiento, aunque este no sea estadísticamente significativo. En el grupo de padres, hubo un incremento en el nivel de cohesión después del tratamiento, no obstante tales incrementos no son estadísticamente significativos. En la adaptabilidad, el grupo de pacientes tuvo un incremento no significativo después del tratamiento. En cuanto a las madres, hubo un incremento estadísticamente significativo en adaptabilidad, después del tratamiento. En la adaptabilidad, el grupo de padres tuvo un incremento no significativo después del tratamiento.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión	50.55	50.00	.274	.787
Madre	Cohesión	51.45	54.75	-1.885	.075
Padre	Cohesión	50.40	51.60	-.519	.610

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Adaptabilidad	39.15	41.80	-1.436	.167
Madre.	Adaptabilidad	39.05	42.35	-2.397	.027 *
Padre	Adaptabilidad	41.35	43.30	-1.229	.234

*p. .05

Tabla 15. Prueba T. Diferencias antes y despues en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad por el número de sesiones de tratamiento.

En este caso, se aplicó la prueba T a fin de comparar si había diferencias significativas antes y después del tratamiento de acuerdo al número de sesiones de terapia en los tres grupos. Puede verse, que en la décima sesión, el grupo de pacientes tiene un cambio significativo en la adaptabilidad después del tratamiento , mas no en la dimensión de cohesión. De esta manera, podría decirse que sólo hasta la décima sesión se da un cambio significativo en dicha dimensión en el paciente; mientras que para los grupos de padres y madres con respecto a las dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad pretest-postest) si hay cambios a lo largo de las sesiones, pero estos no son estadísticamente significativos.

A) 6 SESIONES DE TRATAMIENTO.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión	48.50	44.50	1.23	.305
Madre	Cohesión	58.75	57.50	.84	.464
Padre	Cohesión	44.25	53.75	-1.66	.196
Paciente	Adaptabilidad	38.00	36.50	.63	.576
Madre	Adaptabilidad	40.25	44.25	-1.36	.267
Padre	Adaptabilidad	39.00	48.00	-1.44	.246

B) 7 SESIONES DE TRATAMIENTO.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión	44.25	46.00	-.26	.808
Madre	Cohesión	43.00	46.50	-.42	.251
Padre	Cohesión	52.00	54.75	-.99	.396
Paciente	Adaptabilidad	28.75	38.50	-1.90	.154
Madre	Adaptabilidad	32.50	35.75	-.63	.571
Padre	Adaptabilidad	41.75	41.75	.00	1.00

C) 8 SESIONES DE TRATAMIENTO.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión	56.75	56.50	0.11	.921
Madre	Cohesión	44.00	49.75	-0.90	.437
Padre	Cohesión	53.75	47.50	0.93	.419
Paciente	Adaptabilidad	44.25	50.25	-2.14	.121
Madre	Adaptabilidad	38.75	40.75	-0.57	.607
Padre	Adaptabilidad	43.75	41.25	1.15	.335

D) 9 SESIONES DE TRATAMIENTO.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión	50.25	52.75	-0.34	.758
Madre	Cohesión	57.00	60.25	-0.85	.457
Padre	Cohesión	49.50	50.00	-0.09	.933
Paciente	Adaptabilidad	37.75	43.50	-1.95	.147
Madre	Adaptabilidad	42.50	46.25	-1.35	.270
Padre	Adaptabilidad	38.25	41.50	-1.81	.168

E) 10 SESIONES DE TRATAMIENTO.

GRUPO	DIMENS.	PRETEST	POSTEST	T	SIG.
Paciente	Cohesión.	53.00	50.25	1.72	.184
Madre	Cohesión	54.50	59.75	-1.10	.351
Padre	Cohesión	52.50	52.00	.15	.888
Paciente	Adaptabilidad	47.00	40.25	14.10	.001 *
Madre	Adaptabilidad	41.25	44.75	-1.67	.194
Padre	Adaptabilidad	44.00	44.00	.00	1.000

*P .05

En función de los cuatro niveles de cohesión (desvinculada, separada, conectada y amalgamada) y de adaptabilidad (rígida, estructurada, flexible y caótica) propuestos por el modelo circunplejo se presenta a continuación la descripción y comparación de dichos niveles en la preintervención y la postintervención de las familias de la investigación.

COHESION FAMILIAR.

PADRES.

En cuanto a la cohesión familiar en el grupo de padres, la percepción promedio antes del tratamiento indica que en el 75% de los casos, se ubicaban en el nivel desvinculado; el cual refiere disfuncionalidad familiar. En la familia hay una muy alta independencia entre los miembros, los lazos externos son abiertos mientras que los internos son rígidos y cerrados. La toma de decisiones se realiza de forma individual, los amigos de cada uno ni siquiera son conocidos por los demás miembros de las familias; se encuentran separados al máximo tanto física como emocionalmente, las actividades se realizan en forma individual sin involucrar a los demás miembros. Existiendo también casos donde la cohesión cae en los niveles de funcionalidad, es decir, el 20% se ubica en el nivel de separada donde existe una moderada independencia entre los miembros, las decisiones son tomadas individualmente, lo menos posible en forma grupal, hay límites generacionales, claros, algunas actividades se realizan en familia; se soportan las actividades individuales. Mientras que el 5% restante se ubica en el nivel conectado donde hay límites generacionales claros, la independencia es moderada, hay algunos amigos individuales y compartidos por los demás miembros, se comparten las

decisiones individuales, algunas actividades familiares son realizadas en conjunto, todos los miembros se involucran en intereses familiares.

Después del tratamiento, la percepción promedio en el grupo de padres continuó en el nivel desvinculado ahora en un 70% el cual refiere disfuncionalidad familiar . Un 25% percibe al sistema familiar como funcional en el nivel de separada, mientras que el 5% lo ubica en el nivel de conectada.

MADRES.

En cuanto a la cohesión familiar en el grupo de madres, la percepción promedio antes del tratamiento indica que en el 75% de los casos, se ubicaban en el nivel desvinculado; el cual refiere disfuncionalidad familiar. En la familia hay una muy alta independencia entre los miembros, los lazos externos son abiertos mientras que los internos son rígidos y cerrados. La toma de decisiones se realiza de forma individual, los amigos de cada uno ni siquiera son conocidos por los demás miembros de las familias; se encuentran separados al máximo tanto física como emocionalmente, las actividades se realizan en forma individual sin involucrar a los demás miembros. Existiendo también casos donde la cohesión cae en los niveles de funcionalidad, es decir, el 20% se ubica en el nivel de separada donde existe una moderada independencia entre los miembros, las decisiones son tomadas individualmente, lo menos posible en forma grupal, hay límites generacionales, claros, algunas actividades se realizan en familia; se soportan las actividades individuales. Mientras que el 5% restante se ubica en el nivel conectado donde hay límites generacionales claros, la independencia es moderada, hay algunos amigos individuales y compartidos por los demás miembros, se comparten las

decisiones individuales, algunas actividades familiares son realizadas en conjunto, todos los miembros se involucran en intereses familiares.

Después del tratamiento, la percepción de funcionalidad familiar en el grupo de madres se ubicó en el 50% en los niveles de separada, mientras que el 50% restante continuó percibiendo disfuncionalidad familiar en el nivel de desvinculada.

PACIENTE.

En cuanto a la cohesión familiar en el grupo de pacientes, la percepción promedio antes del tratamiento indica que en el 70% de los casos, se ubicaban en el nivel desvinculado, el cual refiere disfuncionalidad familiar. En la familia hay una muy alta independencia entre los miembros, los lazos externos son abiertos mientras que los internos son rígidos y cerrados. La toma de decisiones se realiza de forma individual, los amigos de cada uno ni siquiera son conocidos por los demás miembros de las familias; se encuentran separados al máximo tanto física como emocionalmente, las actividades se realizan en forma individual sin involucrar a los demás miembros. Existiendo también casos donde la cohesión cae en los niveles de funcionalidad, es decir, el 30% se ubica en el nivel de separada donde existe una moderada independencia entre los miembros, las decisiones son tomadas individualmente, lo menos posible en forma grupal, hay límites generacionales, claros, algunas actividades se realizan en familia; se soportan las actividades individuales. Después del tratamiento, la percepción de disfuncionalidad familiar en el grupo de pacientes se ubicó en el 70% en los niveles de desvinculada, mientras que el 30% restante continuó percibiendo funcionalidad familiar en el nivel de separada.

ADAPTABILIDAD.

PADRES.

En cuanto a la adaptabilidad en el grupo de padres, la percepción promedio antes del tratamiento indica que el 65% se ubica en el nivel rígido, el cual refiere disfuncionalidad familiar; en la familia la disciplina es demasiado estricta, los estilos de negociación son muy limitados y hay una pobre capacidad de resolución de problemas, los roles y reglas son estereotipados y rígidos. El 5% también percibió disfuncionalidad familiar y se ubicó en el nivel de caótico donde cada miembro ejerce su propia disciplina, hay una pobre y mala capacidad de resolución de problemas, no hay control alguno y se presentan cambios dramáticos y bruscos de roles y reglas. Existiendo también casos donde la adaptabilidad cae en niveles de funcionalidad; el 20% se ubica en el nivel estructurada donde la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, se comparten algunos roles, los estilos de negociación son estructurados, hay más reglas explícitas. El 10% restante se ubica en el nivel flexible donde los estilos asertivos predominan en la familia, la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, hay buena capacidad de negociación y resolución de problemas, se comparten roles y estos junto con las reglas pueden cambiar.

Después del tratamiento, la percepción de disfuncionalidad familiar continuó en el grupo de padres en un 55% en el nivel de rígida, y 10% en el nivel de caótica. Mientras que un 10% percibe funcionalidad familiar en el nivel de flexible y el 25% restante en el nivel de estructurada.

MADRES.

En cuanto a la adaptabilidad en el grupo de madres, la percepción promedio antes del tratamiento indica el 60% se ubica en el nivel rígido, el cual refiere disfuncionalidad familiar; en la familia la disciplina es demasiado estricta, los estilos de negociación son muy limitados y hay una pobre capacidad de resolución de problemas, los roles y reglas son estereotipados y rígidos. Existiendo también casos donde la adaptabilidad cae en niveles de funcionalidad; el 35% se ubica en el nivel estructurada donde la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, se comparten algunos roles, los estilos de negociación son estructurados, hay más reglas explícitas. El 5% restante se ubica en el nivel flexible donde los estilos asertivos predominan en la familia, la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, hay buena capacidad de negociación y resolución de problemas, se comparten roles y estos junto con las reglas pueden cambiar.

Después del tratamiento, la percepción de disfuncionalidad familiar continuó en el grupo de madres en un 40% en el nivel de rígida. Mientras que un 10% percibe funcionalidad familiar en el nivel de flexible y el 50% restante en el nivel de estructurada.

PACIENTES.

En cuanto a la adaptabilidad en el grupo de pacientes la percepción promedio antes del tratamiento indica que el 75% se ubica en el nivel rígido, el cual refiere disfuncionalidad familiar; en la familia la disciplina es demasiado estricta, los estilos de negociación son muy limitados y hay una pobre capacidad de resolución de problemas, los roles y reglas son estereotipados y rígidos. El 5% también percibió disfuncionalidad familiar y se ubicó en el nivel de caótico donde cada miembro ejerce su propia disciplina, hay una pobre y mala

capacidad de resolución de problemas, no hay control alguno y se presentan cambios dramáticos y bruscos de roles y reglas. Existiendo también casos donde la adaptabilidad cae en niveles de funcionalidad; el 10% se ubica en el nivel estructurada donde la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, se comparten algunos roles, los estilos de negociación son estructurados, hay más reglas explícitas. El 10% restante se ubica en el nivel flexible donde los estilos asertivos predominan en la familia, la disciplina es democrática con consecuencias predecibles, hay buena capacidad de negociación y resolución de problemas, se comparten roles y estos junto con las reglas pueden cambiar. Después del tratamiento, la percepción de disfuncionalidad familiar continuó en el grupo de pacientes en un 55% en el nivel de rígida. Mientras que un 15% percibe funcionalidad familiar en el nivel de flexible y el 30% restante en el nivel de estructurada.

TIPOS DE FAMILIAS.

PADRES.

De acuerdo a su percepción antes del tratamiento, el grupo de padres percibía en el mayor de los casos 60% un tipo de familia extremo; esto quiere decir que la cohesión y la adaptabilidad presentan dificultades en su funcionamiento. Un 30% se encuentra funcionando en el tipo de familia medio lo que quiere decir que en ocasiones alguna de las dimensiones familiares se encuentra fallando, por lo que probablemente la familia muestre dificultades ante la crisis. Un 10% se encuentra en el tipo central, el cual refiere que tanto la cohesión y la adaptabilidad familiar se encuentran funcionando adecuadamente. Después del tratamiento, el 45% continua percibiendo un tipo de familia extremo; en un 45% se encuentra el tipo medio que indica que una de las dimensiones se encuentra fallando y el

10% restante cae en un tipo central donde ambas dimensiones están funcionando en forma aceptable.

MADRES.

De acuerdo a su percepción, antes del tratamiento, el grupo de madres percibía en el mayor de los casos 60% un tipo de familia extremo; esto quiere decir que la cohesión y la adaptabilidad presentan dificultades en su funcionamiento. Un 20% se encuentra funcionando en el tipo de familia medio lo que quiere decir que en ocasiones alguna de las dimensiones familiares se encuentra fallando, por lo que probablemente la familia muestre dificultades ante la crisis. Un 20% se encuentra en el tipo central, el cual refiere que tanto la cohesión y la adaptabilidad familiar se encuentran funcionando adecuadamente. Después del tratamiento, el 20% continua percibiendo un tipo de familia extremo; en un 50% se encuentra el tipo medio que indica que una de las dimensiones se encuentra fallando y el 30% restante cae en un tipo central donde ambas dimensiones están funcionando en forma aceptable.

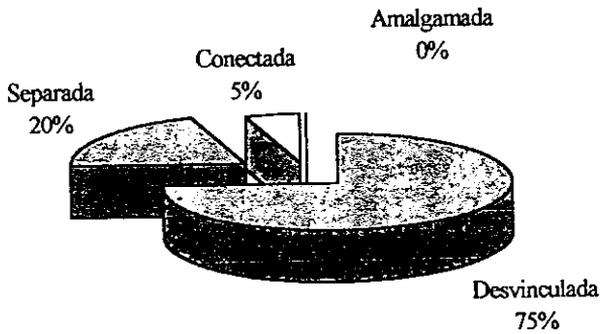
PACIENTES.

De acuerdo a su percepción, antes del tratamiento, el grupo de pacientes percibía en el mayor de los casos 65% un tipo de familia extremo; esto quiere decir que la cohesión y la adaptabilidad presentan dificultades en su funcionamiento. Un 20% se encuentra funcionando en el tipo de familia medio lo que quiere decir que en ocasiones alguna de las dimensiones familiares se encuentra fallando, por lo que probablemente la familia muestre dificultades ante la crisis. Un 15% se encuentra en el tipo central, el cual refiere que tanto la

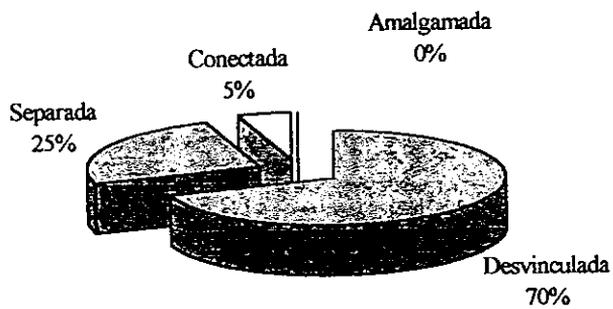
cohesión y la adaptabilidad familiar se encuentran funcionando adecuadamente. Después del tratamiento, el 50% continua percibiendo un tipo de familia extremo; en un 25% se encuentra el tipo medio que indica que una de las dimensiones se encuentra fallando y el 25% restante cae en un tipo central donde ambas dimensiones están funcionando en forma aceptable.

COHESION FAMILIAR PADRE

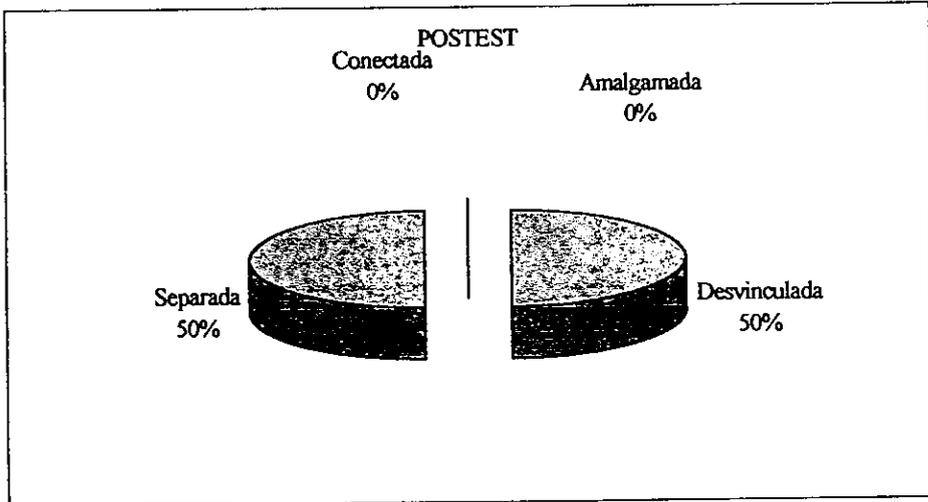
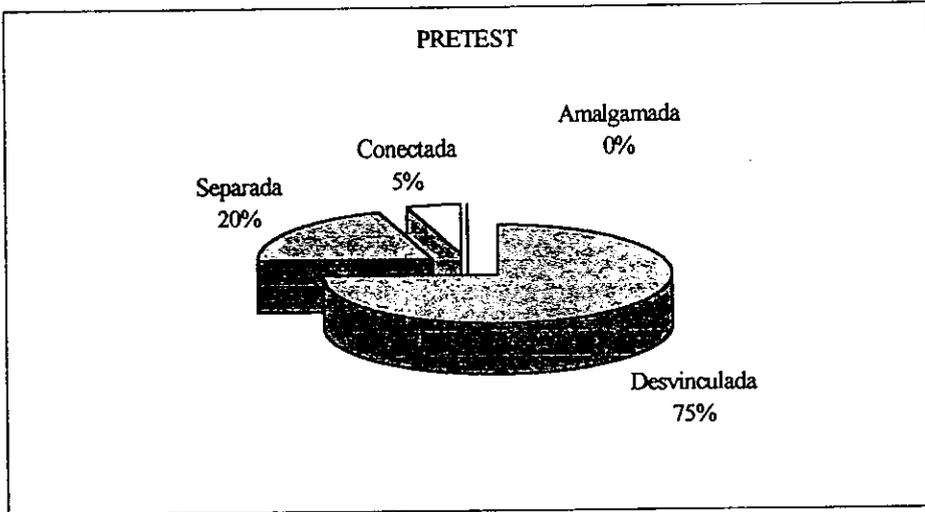
PRETEST



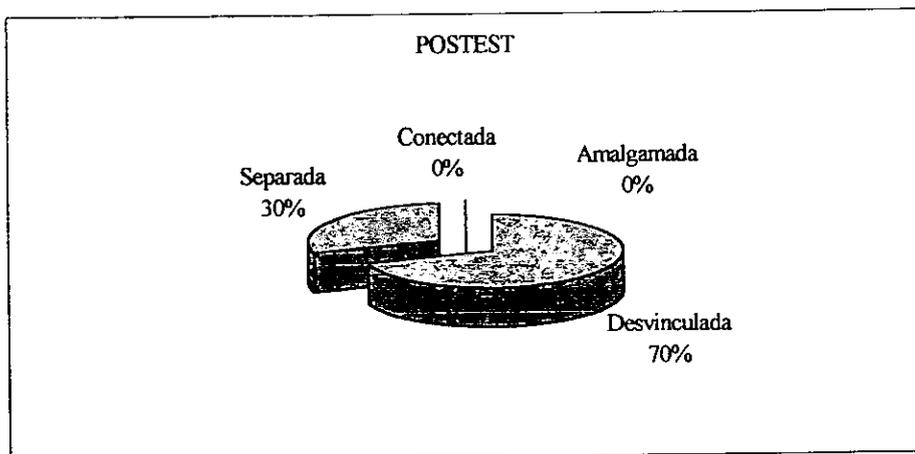
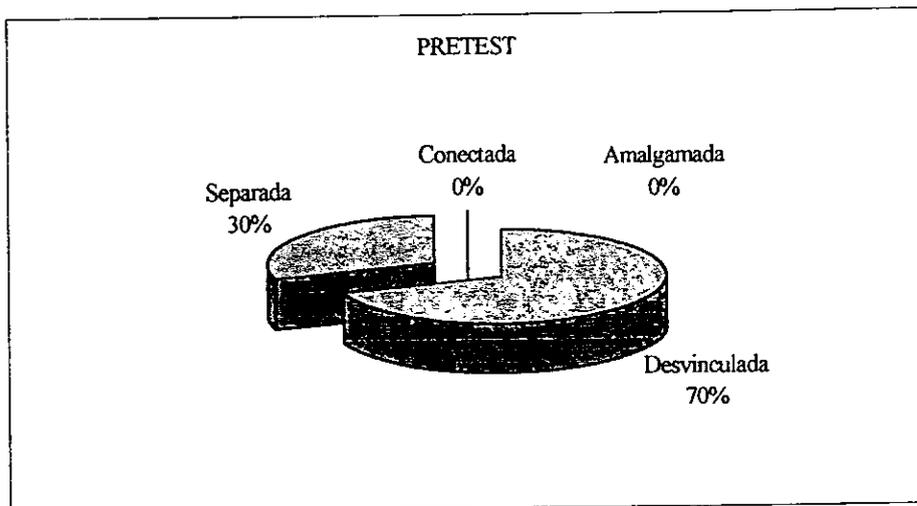
POSTEST



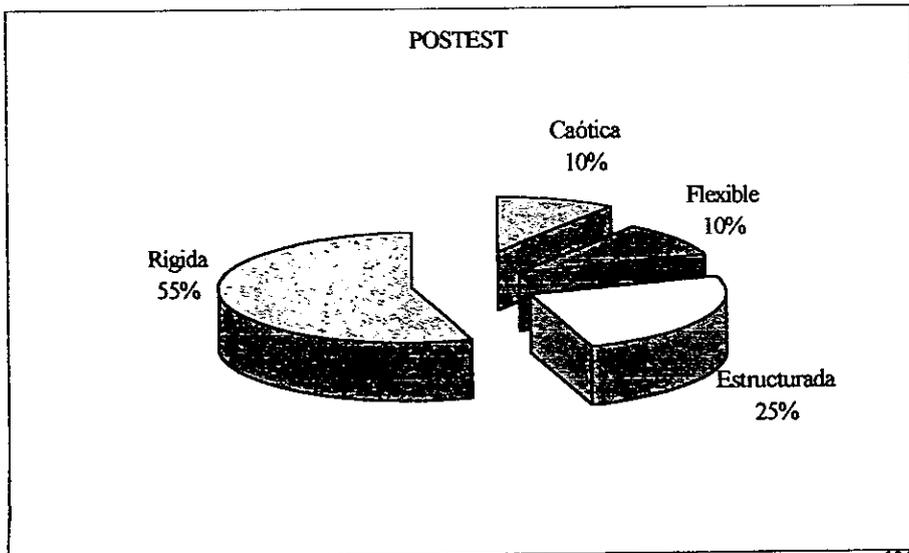
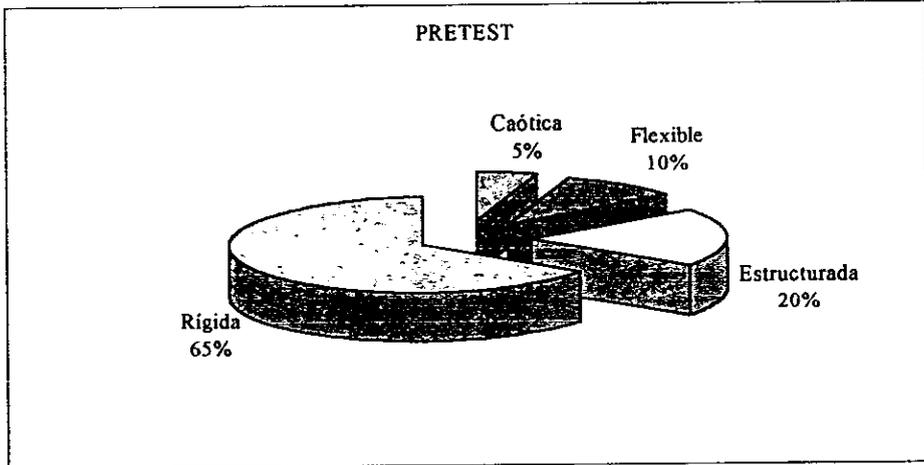
COHESION FAMILIAR MADRE



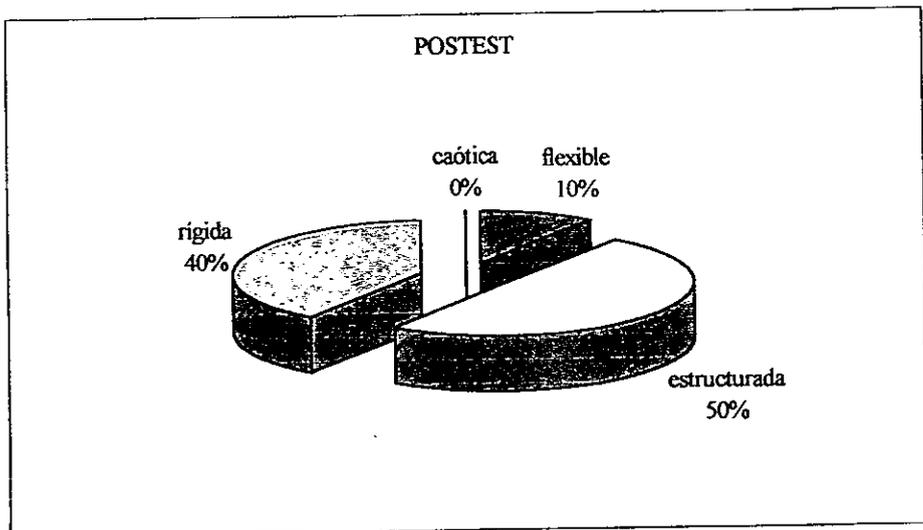
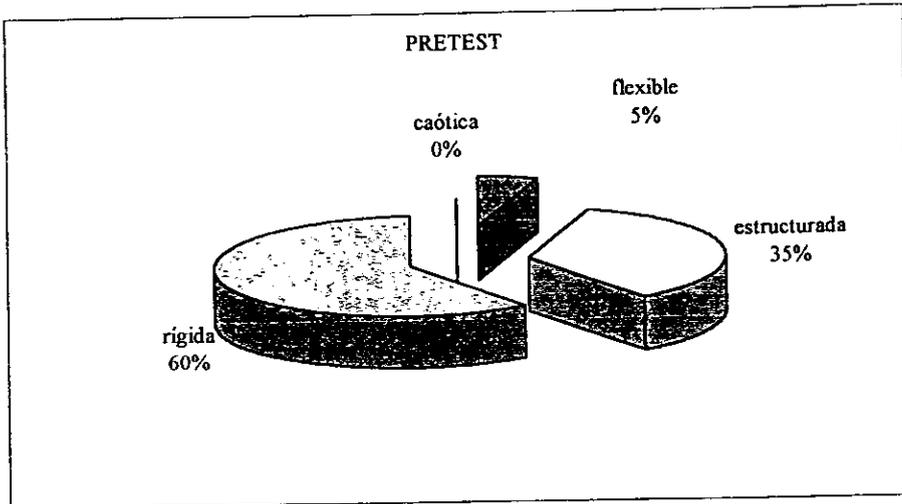
COHESION FAMILIAR PACIENTE



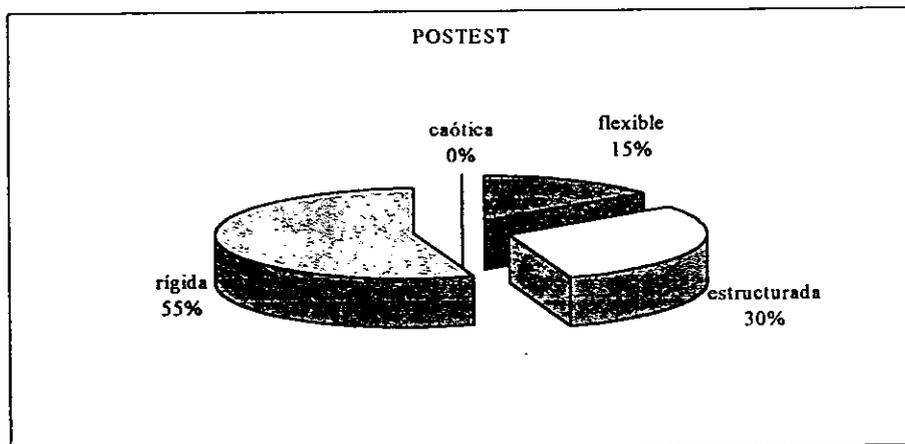
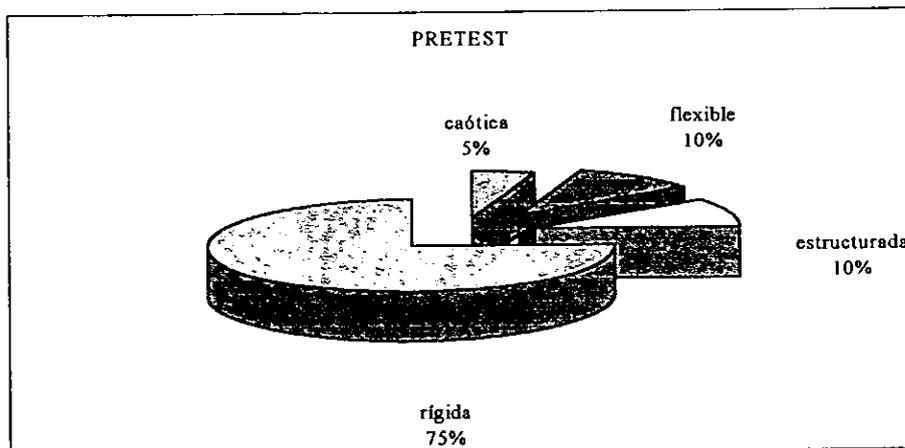
ADAPTABILIDAD FAMILIAR PADRE



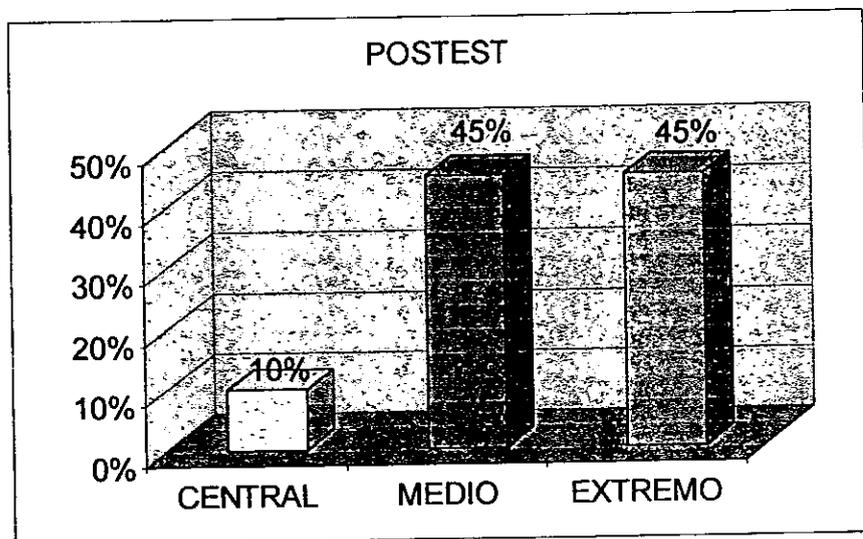
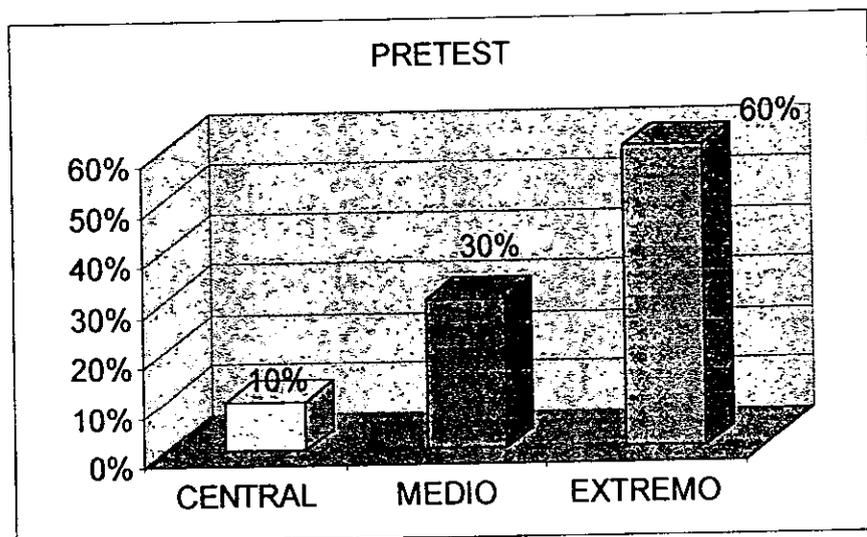
ADAPTABILIDAD FAMILIAR MADRE



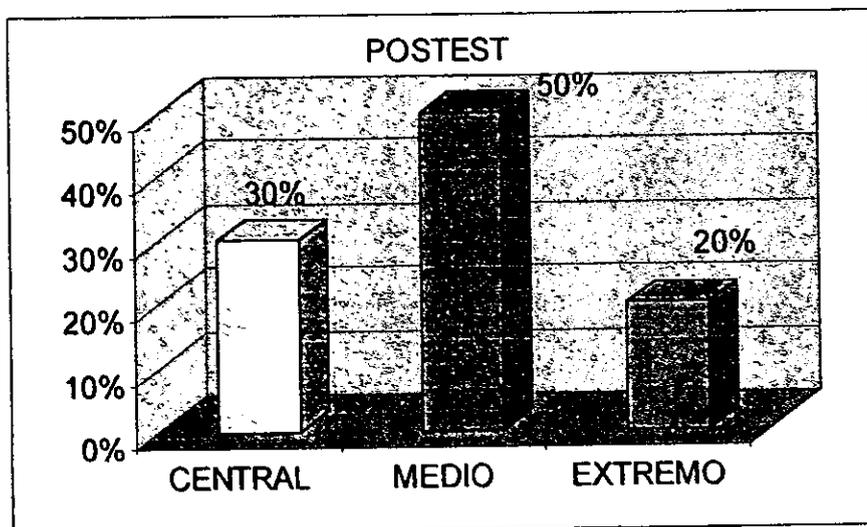
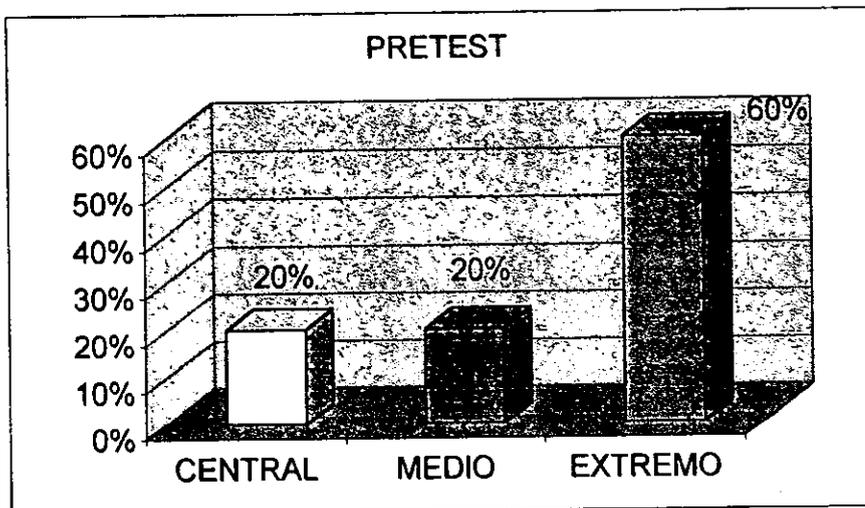
ADAPTABILIDAD FAMILIAR PACIENTE



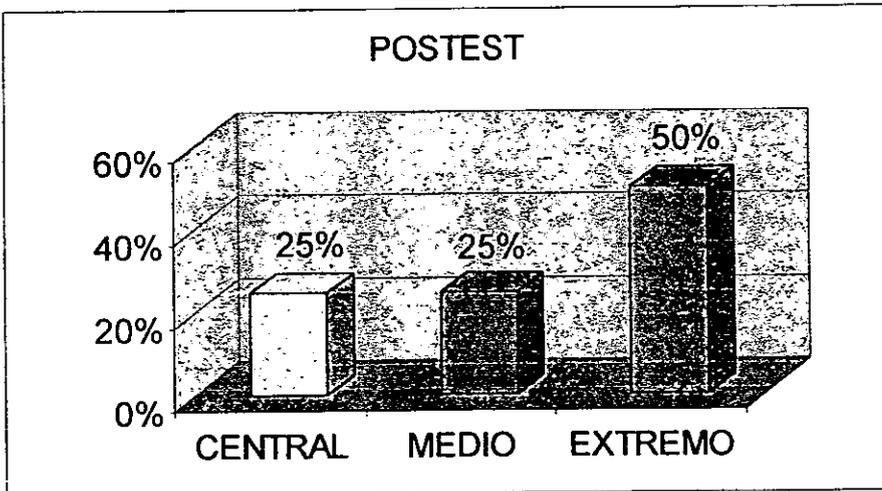
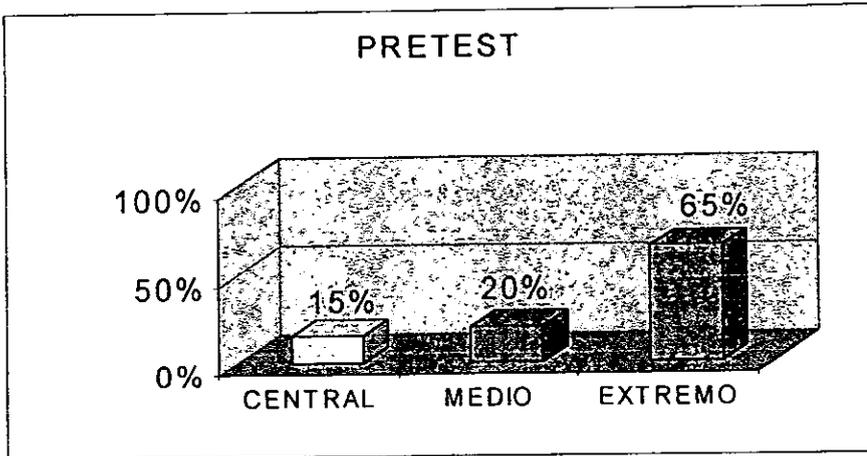
TIPO DE FAMILIA PADRE



TIPO DE FAMILIA MADRE



TIPO DE FAMILIA PACIENTE



CAPITULO V.

DISCUSION.

En función de los resultados encontrados en las dimensiones de **cohesión y adaptabilidad**, se encontró una tendencia al cambio después del tratamiento.

En cuanto a la **cohesión**, lo encontrado coincide con lo propuesto por Padilla(1994) donde expresa la tendencia de las familias con un paciente psiquiátrico a ubicarse en un nivel de cohesión desvinculado. La independencia entre los miembros es elevada, límites abiertos al exterior y cerrados al interior, poca cercanía física y emocional. Sin embargo, después del tratamiento los cambios en la percepción hacia mayor funcionalidad se manifestaron en pocos casos, y un mayor número en el grupo de madres que en el grupo de padres, mientras que el grupo de pacientes continuó con muy poca vinculación hacia su familia. Probablemente el que el paciente identificado sea "etiquetado" como "enfermo" por su familia tenga que ver con las dificultades para establecer vínculos emocionales más sanos. Padilla (1994) señala que la actitud protectora, el rechazo, la indiferencia, la etiquetación; así como la victimización, por parte de los familiares hacia el paciente son primero atributos individuales constantes que con el tiempo se vuelven roles estereotipados, si esta modalidad de relación es la principal o la única.

Por otro lado, y al igual que lo encontrado por Ponce de León (1995) no se registró ningún tipo de familia amalgamada en ningún grupo, lo cual difiere con lo propuesto por Saucedo (1986), el cual menciona que la familia mexicana es amalgamada, negadora de conflicto y

con padre "periférico". Este último aspecto: "padre periférico" es un dato importante para la investigación por no tener muchos cambios de la percepción del padre hacia niveles funcionales de cohesión después del tratamiento.

Un segundo dato relevante, era el padre quien con frecuencia llegaba tarde a las sesiones o dejaba de asistir, incluso fue difícil la labor de convencimiento para que contestara los cuestionarios posttest. Respecto a este punto Maldonado (1994) señala, refiriéndose a las familias rígidas que "hay una tendencia en las investigaciones en terapia familiar a hacer generalizaciones y aproximaciones totalizadoras respecto a la estructura de una familia. Sin embargo menciona, que la experiencia clínica ha demostrado la necesidad de diferenciar características que corresponden a toda la estructura familiar y aquellas que corresponden sólo a determinada área". De aquí que podemos decir que lo hallado en esta investigación apoya lo anterior, en cuanto a que no todas las familias consideradas como rígidas en este caso, sistemas familiares con un paciente psiquiátrico, son amalgamadas.

En relación a la dimensión de **adaptabilidad** se aprecian algunos cambios en los tres grupos (padres, madres y paciente identificado) en el posttest hubo movimientos hacia niveles más funcionales. Puede decirse que en promedio, las familias contaron con una adecuada capacidad de cambio, probablemente debido a tener que enfrentar la crisis de tener un miembro de la familia en internamiento, la cual hacía moverse a la familia. Estos resultados encontrados concuerdan con lo señalado por Jaimes (1998) y rechazan lo propuesto por otros autores sobre la rigidez de los roles como una característica constante de la familia mexicana.

Jaimés (1998) señala que la madre es quien tiende a percibir el inicio de alguna problemática familiar, mientras que el rol del padre es aquel que trabaja todo el día y es proveedor, involucrándose sólo en la parte económica de sustento. Vemos con frecuencia en la familia tradicional que la madre es la figura central y el padre tiene un papel periférico en cuanto al área emocional se refiere; probablemente esto pueda explicar el porqué el grupo de madres mantiene cierta tendencia a incrementar en ambas dimensiones y la **adaptabilidad** resulta estadísticamente significativa, mientras que en el grupo de padres resulta una cierta tendencia a disminuir tanto en **cohesión** como en **adaptabilidad** a lo largo del tratamiento. De acuerdo con Díaz Guerrero (1982) la madre es la fuente de la sentimentalidad y de la porción mas amplia de las expresiones culturales del mexicano.

Zuk (1982) pone énfasis en las expectativas de la familia sobre la terapia en cuanto a su deseo de cambio, lo cual se ve relacionado con su nivel de **adaptabilidad**. Es decir, qué tan dispuesta está la familia a cambiar sus patrones antiguos de comportamiento para afrontar las crisis de una forma más adecuada, y es en esta dimensión donde las familias que participaron en esta investigación muestran mayor tendencia a realizar modificaciones en la **adaptabilidad** en comparación con la **cohesión**.

Ponce de León (1995), opina que las familias que recibieron proceso terapéutico, y a pesar de que en ocasiones no reciben un tratamiento idóneo debido a circunstancias propias de una atención institucional, presentan una tendencia a aumentar en **cohesión** y en **adaptabilidad**; lo cual significa que la terapia es una intervención que "mueve" a la familia. En ésta investigación, se aprecia que el tratamiento ayuda a generar un cambio en la dinámica familiar que favorece la **cohesión** y la **adaptabilidad** funcional.

Recordando el esquema de familia propuesto por Minuchin (1986), en el cual menciona 3 componentes que pueden describir a familias funcionales: proceso de transformación, reestructuración, y adaptación a circunstancias cambiantes, podemos apreciar que nuestras familias que pasaron por un proceso terapéutico estuvieron en promedio cerca de lo anterior. Durante la transformación, se dió una reestructuración que propició mayor **adaptabilidad** de acuerdo a las necesidades del momento. El estrés produce una necesidad de cambio para la familia, y muchas familias de la investigación estuvieron simplemente atravesando por transiciones y requirieron ayuda para adaptarse a esas nuevas situaciones.

El curso de la terapia con familias puede verse complicado no sólo por manifestaciones patológicas sino también por la tremenda resistencia que presenta la familia a cualquier cambio en la pauta básica de interacción familiar, la cual ha sido aprendida a través de las generaciones. De acuerdo con Ackerman (1981) hechos afectivamente importantes ocurridos en las respectivas familias de origen ejercen una influencia contemporánea y persistente en la familia nuclear. Por consiguiente, no es posible comprender adecuadamente las pautas de interacción actuales dentro de la estructura de la familia nuclear sin hacer referencia a la familia extensa. Así mismo, tampoco se puede afirmar que con un cierto número de sesiones de terapia el modelo generacional al que se está enfrentando puede ser derrumbado, la importancia de la familia de origen es vital, puesto que de ella se importan posturas éticas, políticas y culturales; a la familia nuclear y lo más difícil es que esto no es percibido. En resumen podemos decir que si las pautas de interacción familiar han sido mantenidas y fueron aprendidas durante largo tiempo, el establecimiento de nuevas pautas de comportamiento también requerirán de un cierto periodo de adaptación el cual no puede ser tan breve.

En cuanto a la ausencia de relación estadísticamente significativa entre los cambios en la percepción de cohesión y adaptabilidad y el número de sesiones de terapia, puede hacerse mención de algunas aproximaciones de terapia familiar breve como Milán, Selvini, Palazzoli (1978) quienes trabajaron alrededor de 10 sesiones logrando cambios positivos, y Watzlawick, et al (1974) quienes lo hicieron en un rango de 7 a 10 sesiones; ambos con pacientes de patologías severas, y quienes reportan al igual que los resultados de esta investigación que la variable sesión no esta en función de los cambios que se hayan alcanzado en la terapia.

Por el contrario, Ponce de León (1995) al aplicar FACES II a familias que iniciaban el proceso terapéutico y después cuando hubo avanzado el proceso en por lo menos el 50% (aproximadamente de 5 a 6 sesiones) asume que debido al corto número de sesiones con las que se trabajó no se consigue una diferencia estadísticamente significativa, y propone aumentar el número de sesiones del tratamiento lo cual permitiría conseguir una diferencia estadísticamente significativa a través del tiempo.

Por otro lado, y con base a lo propuesto en las aproximaciones teóricas y prácticas por Olson (1983) las metas específicas en terapia familiar basadas en el modelo circuplejo, intentan trasladar al sistema familiar a un nivel de cohesión (balancear separación - cercanía) y adaptabilidad (balancear estabilidad- cambio) hacia los tipos balanceados. Debido a que varias de las familias disfuncionales que asisten a terapia se encuentran en niveles extremos del modelo, se asume que una familia funcionará más adecuadamente si el sistema marital o familiar se mueve hacia tipos balanceados y así se podrá promover una mejoría en sus estilos de comunicación. Como propósito del modelo circuplejo, está no sólo en determinar el

cómo los individuos se ven a ellos mismos dentro de su contexto familiar, también es determinar cómo las familias se ven a sí mismas. Esto es importante porque da la oportunidad de explorar y describir diferencias en las percepciones de las familias y de los miembros en sí. De esta manera, FACES II como instrumento permite medir a través de la cohesión y la adaptabilidad, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Es así como a través de esta investigación se pudo evidenciar el paso de niveles extremos a niveles balanceados tanto de cohesión como de adaptabilidad en las familias que conformaban la muestra, así mismo, se pudo evidenciar el paso de una tipología familiar extrema a otra más funcional en los tres grupos.

Finalmente, al comparar las normas propuestas por Braverman (1986); en función de las dos desviaciones estándar necesarias para hacer los cortes, se obtuvieron en esta investigación datos que están dentro de dichos parámetros tanto en el pretest como en el postest, apoyando así la validez del instrumento. Sin embargo, debe mencionarse que el grupo de padres en la dimensión de cohesión en el pretest y en el postest no se encuentra dentro de los parámetros establecidos; probablemente debido a que contaba con un nivel distinto de cohesión desde antes de ingresar al tratamiento, o que el tratamiento no fue tan focalizado hacia la dimensión de cohesión en el grupo de padres.

TABLA DE COMPARACION DE NORMAS.

***Braverman (1986).**

Grupo	Dimensión	Media	Desv. St.
Paciente	Cohesión	53.7	6.7
Madre	Cohesión	63.3	10.2
Padre	Cohesión	24.8	7.5
Paciente	Adaptabilidad	42.6	9.5
Madre	Adaptabilidad	38.3	7.7
Padre	Adaptabilidad.	54.4	10.4

***Hernández (1999).**

Grupo	Dimensión	pretest	Media	Desv. St.	postest	Media	Desv St.
Paciente	Cohesión	Pretest	50.55	8.92	Postest	50.00	9.98
Madre	Cohesión	Pretest	51.45	9.73	Postest	54.75	9.58
Padre	Cohesión	Pretest	50.40	9.53	Postest	51.60	9.49
Paciente	Adaptabilidad	Pretest	39.15	8.70	Postest	41.80	7.62
Madre	Adaptabilidad	Pretest	39.05	8.31	Postest	42.35	7.56
Padre	Adaptabilidad	Pretest	41.35	8.37	Postest	43.30	8.80

El FACES II como instrumento básico de esta investigación, podemos decir que es de fácil administración basado en principios estadísticos y psicométricos ampliamente aceptados y provee una valoración sobre la percepción que cada miembro de la familia tiene sobre ella en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Al examinar las diferencias en los resultados en las percepciones entre los miembros de la familia, éstas pueden concebirse como sugerencia de un foco de intervención para el terapeuta; tal como lo exponen Fisher y Sprenkle (1977) quienes demuestran el valor de la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación en cuanto al funcionamiento familiar y para asentar los objetivos y metas en la terapia. Sin embargo, no todos los clínicos y los teóricos de terapia familiar aceptan la aproximación estadística. Tanto FACES y demás dispositivos psicométricos usados en terapia familiar no dan cuenta de procesos sistémicos (secuencias de interacción). (Sigafos y Reiss, 1985 citado por Harvey y Kuehl, 1986).

Sin embargo, es necesario decir que FACES mide lo cuantificable, y a pesar de que propone tres conceptos teóricos: cohesión, adaptabilidad y comunicación; sólo usa este último concepto desde la percepción de sus miembros en la aplicación del instrumento, pero no usa aspectos verbales significantes a nivel analógico.

La comunicación digital y analógica son muy relevantes en terapia familiar, representan una parte muy importante de la comunicación que ocurre en los miembros de la familia (Barker, 1986). En las situaciones prácticas puede resultar difícil establecer una distinción neta entre los aspectos digital y analógico de la comunicación, puesto que se expresan simultáneamente. Se puede tratar de distinguirlos definiendo la transcripción por escrito de

una entrevista como la parte digital de la interacción, para que tal descripción resulte significativa debe contener secuencias de palabras que tengan a la vez contenido simbólico y orden lógico. El lenguaje digital permite una rápida transmisión de conceptos abstractos, sin embargo no puede expresar suficientemente la calidad emocional de la comunicación humana, se pierden las gradaciones más delicadas de intensidad y los matices más sutiles. La parte analógica de la comunicación es todo lo demás que ocurre en la interacción: la manera en que se pronuncian las palabras , tono de voz , expresiones faciales, posiciones del cuerpo, inflexión de la voz, etc.

En el análisis cuantitativo, el énfasis principal radica en las relaciones y las diferencias estadísticamente significativas, mientras que la riqueza del análisis cualitativo, como parte complementaria del primero, radica en que encontramos datos que el análisis cuantitativo no puede verificar.

La familia cambia su mapa, su geografía, modula gestos, y cambios sustanciales. Para acercarnos habría que hacer un análisis descriptivo de cada uno, y a nivel de estudio de caso (Ackerman,1981). Ackerman et al (1981), sugieren registros del grabador magnetofónico y la cámara cinematográfica y aún así, admiten la dificultad de recopilar datos terapéuticos; es bien sabido que a pesar del uso de tales instrumentos no se podrá recopilar del todo la interacción familiar que se da durante las sesiones de intervención.

Probablemente una evaluación más eficiente de las pautas de interacción de la familia en cuanto a cohesión y adaptabilidad sería a través de la observación directa de la dinámica familiar, más que de un reporte verbal por parte de sus miembros. Sin embargo es de una enorme relevancia el identificar la percepción que tienen los propios miembros de la familia sobre su situación familiar. La percepción que tienen de si mismos, conlleva el establecimiento de nuevas conductas, como lo señala Watzlawick (citado por Andolfi, 1985).

La clasificación de familias en tipologías es una manera valiosa para organizar la información para el éxito del tratamiento; sin embargo existen elementos que no pueden ser precisados sólo desde el punto de vista psicométrico. De acuerdo con Weiner (1992), los investigadores en terapia familiar se enfrentan a los mismos problemas que presenta el estudio de la psicoterapia individual, donde la identificación y control de las variables son complejos y difíciles, además de que la unidad de estudio cambia constantemente. Caillé (1990) reporta que en el mundo psicoterapéutico apenas pueden cumplirse las medidas objetivas y al menos un diseño de investigación consistente y válido en sí.

Un aporte importante para esta investigación fue la oportunidad de entrevistar a los terapeutas familiares responsables del tratamiento de las familias (ver APENDICE A), la cual forma parte de las bondades de un análisis cualitativo. Por otro lado, al revisar los objetivos y las hipótesis de investigación planteadas desde un inicio se encontró que: no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia comparando antes y después de una intervención de terapia familiar breve. En cuanto a la adaptabilidad, no se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y el grupo de padres antes y después de una intervención de terapia familiar breve; mientras que en el grupo de madres si hubo diferencias estadísticamente significativas comparando antes y después de una intervención de terapia familiar breve. Por otro lado, no existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción de la cohesión del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones de intervención en el programa de terapia familiar breve; así mismo, tampoco existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de la adaptabilidad del paciente psiquiátrico y su familia y el número de sesiones trabajadas en el programa de terapia familiar breve. Es importante mencionar que en esta investigación se aprecian cambios en ambas dimensiones de cohesión y adaptabilidad en relación al número de sesiones de intervención; mas estos no son estadísticamente significativos.

De esta manera, y a fin de señalar una breve síntesis de las entrevistas puedo concluir que la familia puede ser capaz de modular, alterar, alternar sus mecanismos homeostáticos. Un cambio significativo en terapia breve y que no puede ser cuantificado es por ejemplo que mamá sea poco a poco más flexible que antes que era más rígida, el hecho de que la familia acepte el contrato terapéutico y se reúna en determinado espacio y contexto, y que a partir de ahí construya hipótesis de acuerdo a su realidad familiar y se dé cuenta de que puede crear posibles soluciones; el hecho de que la familia perciba diferencias de cómo estaban cuando llegaron a la terapia bien puede ser un sinónimo de cambio "la familia ya no es igual que antes". De acuerdo con Andolfi (1987), un objetivo terapéutico importante, es promover el cambio en los sistemas humanos caracterizados en general por un rígido predominio homeostático, y el cambio es determinado por la alteración de la visión que la familia tiene del mundo (Watzlawick y cols citado por Andolfi, 1985). No se trata de

profundizar en un diagnóstico individual, o familiar . El objetivo de la terapia pasa entonces a ser el cambio de la perspectiva que la familia tiene de sí mismo, de sus dificultades y del problema que la llevó a terapia. El reto del clínico es poder ser capaz de ver a una familia como algo más que una clasificación.

Ashby citado por Andolfi, argumenta "demos tiempo para que los efectos actúen en torno al sistema". Este autor refiere que el lapso necesario para que se produzca un cambio en el sistema familiar es relativo. Los asociados de Milán llaman "larga y breve terapia" a ese tratamiento, porque el número de horas con la familia con la familia es pequeño, pero el periodo necesario para la reorganización familiar puede ser muy largo.

En tiempos recientes, la preocupación de los investigadores de la dinámica familiar, ha estado centrada en generar métodos de confiabilidad y validez a través de diversos instrumentos como : observaciones directas, entrevistas clínicas y reporte de autopercepción.

Fisch, Weakland y Segal (1994) señalan que a veces el paciente puede reportar que no ha habido cambios, pero efectúa cambios en su vida y deja de someterse a terapia, esto constituye una base apropiada y confiable para evaluar los resultados del tratamiento.

Liberman, (1988) citado por Ponce de León (1995) dice que "los estudios de seguimiento parecen mostrar, de forma coherente, que con independencia del tipo de terapia, la mayoría de los pacientes que muestran una mejora inicial, la mantienen".

La finalidad de incluir a la familia en el tratamiento del paciente es que cuando éste regrese a su medio, la familia se encuentre reorganizada y no repita las mismas pautas de interacción patológicas que se daban antes del internamiento y que probablemente de seguirse dando

podrían fomentar un reingreso del paciente. La terapia familiar es una especie de lazo entre la institución y la familia y debe incluirse en todo el proceso del tratamiento, su finalidad debería ser más que sólo eliminar síntomas o moldear personalidades, sino crear una nueva manera de vivir (Ackerman 1970 citado por Braverman, 1986).

Gurman y Kniskern concluían en 1981, que en cualquier caso, la terapia familiar se demuestra especialmente adecuada en problemas matrimoniales y familiares; así como en los trastornos de niños y jóvenes. Bommert y cols concluyen que la terapia familiar es inequívocamente eficaz, independiente de cualquier escenario (en ambulatorio o en hospital), y que la duración de la terapia no sería determinante para el éxito (Caillé, 1990). Por lo que lo anterior apoya los resultados encontrados en esta investigación refleja su importancia en cuanto a que la intervención promueve cambios en la cohesión y la adaptabilidad familiar que son sólo parte de un gran complejo de aspectos que tienen que ver con el funcionamiento y la interacción familiar; así mismo, el hecho de que se pueda impartir dicha intervención en un hospital psiquiátrico gubernamental donde la demanda de pacientes es muy alta, y el número de sesiones de terapia no es un factor determinante en el éxito del tratamiento ofrece una buena alternativa para proporcionar un tratamiento integral al paciente.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a la información que se encontró en esta investigación se puede apreciar que la intervención de terapia familiar breve es de gran importancia en el ámbito institucional, puesto que promueve modificaciones en la cohesión y la adaptabilidad en el paciente psiquiátrico y su familia, las cuales son sólo un aspecto de la complejidad que implica un sistema familiar y su funcionamiento. FACES II , junto con el modelo circuplejo representan sólo una alternativa o una aproximación para dar cuenta de la funcionalidad o disfuncionalidad de un sistema a través de niveles y tipologías familiares; sin embargo, y a pesar de las críticas, el uso de la psicometría tiene su importancia; es decir, el aspecto cuantitativo y el aspecto cualitativo no tienen porque ser excluyentes. Es por eso, que en este trabajo, el haber recurrido a realizar las entrevistas con los terapeutas familiares apoya y complementa la investigación con aportaciones, que desde mi lugar de observadora en la cámara de Gesell no percibi.

En muchas ocasiones, resulta difícil evidenciar la presencia de cambios, generalmente se recurre a la cuestión estadística para justificarlos, sin embargo, me parece que debe aceptarse que hay cambios no cuantificables que rebasan al instrumento de medición; tal es el caso de que la familia acepte participar en terapia familiar, y sea este un espacio donde la familia se reúne para hablar de lo no hablado hasta el momento.

Por otro lado, se logró promover un cambio en la cohesión y la adaptabilidad en las familias de la investigación, sobre todo en la adaptabilidad, ya que al parecer el internamiento psiquiátrico del paciente es de gran impacto para la familia, por lo que el sistema familiar realiza cambios para afrontar el estrés situacional y la crisis. En cuanto a la cohesión, intervienen varios aspectos a considerar: la estructura familiar tradicional donde generalmente la madre es la figura central y el padre realiza un papel limitado emocionalmente dando paso en primer término al de sustento económico; además habría que cuestionar que tanto la estigmatización hacia el paciente identificado no permite que se perciban niveles de cohesión más funcionales.

En cuanto a la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y el número de sesiones de intervención en terapia familiar breve, hace que este aspecto no sea un factor determinante en el éxito del tratamiento, lo cual nos hace alejarnos de una propuesta que implicaría que a mayor número de sesiones terapéuticas, habrá más cambios y mejoras.

Es importante mencionar que este trabajo es de los muy pocos que hay sobre terapia familiar breve, la intención de describir las diferencias antes y después de una intervención terapéutica en la cohesión y la adaptabilidad familiar revela su importancia para permitir la atención a un mayor número de pacientes en forma eficiente en escenarios institucionales; en este caso un hospital psiquiátrico donde la demanda es muy alta, y donde la familia tiene que ver en la problemática del paciente identificado. El realizar este tipo de intervenciones en las instituciones, donde generalmente el paciente está a cargo de un equipo multidisciplinario, puede ofrecer una alternativa como tratamiento integral para el paciente y su familia.

LIMITACIONES.

- ◆ Algunos de los reactivos del FACES II resultaron confusos para la población con la cual se trabajó, como el número 9, pero sobre todo con el número 16 puesto que no eran niños los que conformaban la población, sino adolescentes y la duda era si se tenía que contestar conforme a lo que había acontecido en el pasado o en la actualidad.
- ◆ Algunas de las familias mostraron cierta apatía al contestar el cuestionario (postest), principalmente el grupo de padres; las razones que exponían eran por no volver a contestar lo mismo, o que no tenían el porqué si ya se sentían bien y el paciente identificado “ya no estaba como antes”.
- ◆ El conformar los bloques de los grupos de familias de acuerdo al número de sesiones de intervención del tratamiento, fue difícil, ya que algunas familias desertaban y no alcanzaban a cumplir los criterios de inclusión de la investigación como no cubrir el número de sesiones necesario o que alguno de los miembros de la familia dejara de asistir.
- ◆ Existe poca bibliografía sobre investigaciones de terapia familiar breve en instituciones; la mayor parte de la información se centra en terapia breve y de emergencia a nivel individual

SUGERENCIAS.

- ◆ Comparar la cohesión y la adaptabilidad de las madres y los padres no solamente en familias que tengan un paciente identificado sino en familias “funcionales”.
- ◆ Realizar un seguimiento de las familias que han finalizado un tratamiento para poder evaluar con más detalle los efectos a largo plazo sobre las interacciones y conducta de sus miembros.
- ◆ Realizar, en futuras investigaciones, estudios descriptivos o de análisis cualitativo de familias en proceso terapéutico, tales como, análisis de contenido, evaluación de los patrones de comportamiento a través de la historia familiar tales como genogramas.
- ◆ En este estudio, sólo se trabajó con la madre, el padre y el paciente identificado; sería conveniente trabajar en otros estudios con hermanos del paciente si es que los hubiera.
- ◆ Sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra y aplicarlo en familias con pacientes que tengan diagnósticos similares, con el fin de realizar generalizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ◆ Ackermans. A y Andolfi M. (1990).
La creación del sistema terapéutico La Escuela de Terapia Familiar de Roma.
Argentina. Ed. Paidós.
- ◆ Ackerman. N y otros. (1981).
Grupoterapia de la familia. Buenos Aires. Ed.: Paidós.
- ◆ Andolfi. M. (1987).
Terapia Familiar. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- ◆ Andolfi M. y Zwerling Y. (comps.) (1995).
Dimensiones de la Terapia Familiar. Buenos Aires. Grupos e Instituciones Paidós.
- ◆ Barker Philip (1986).
Basic Family Therapy. USA. Oxford.
- ◆ Bautista Lozada Yadira. (1995).
El bajo aprovechamiento escolar y su relación con la dinámica familiar disfuncional. Tesis de Maestría en Psicología Clínica Facultad de Psicología UNAM. México D.F.
- ◆ Beltrán Ruiz Lidia.(1997).
El enfoque sistémico. Aspectos conceptuales y práctica clínica. Reporte de trabajo clínico que para obtener el diploma de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones. Facultad de Psicología UNAM. México D.F.

- ◆ Braverman R.(1982).
Patrones disfuncionales de interacción familiar relacionados con problemas escolares. Experiencia con una población mexicana. Tesis de Maestría en Psicología Clínica UNAM, México D.F.
- ◆ Braverman R. (1986).
Tipología Familiar relacionada con aspectos Psico - Socio-Pedagógicos. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. UNAM, México D.F.
- ◆ Caillé P. (1990).
Familias y terapeutas. Argentina. Nueva Visión.
- ◆ De Shazer (1987).
Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico. Buenos Aires, Paidós Grupos e instituciones
- ◆ Del Valle Ortega M. (1991).
Detección de Psicopatología Familiar y su repercusión en el adolescente. Tesina de Especialidad en Psiquiatría Departamento de Salud Mental, UNAM, México D.F.
- ◆ De la Riva Moyeda G.Z. (1997).
Anorexia en gimnastas y su adaptación y cohesión familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental, México, D.F.
- ◆ Díaz Guerrero R. (1982).
Psicología del mexicano. 4ª Edición, Ed. Trillas, México.
- ◆ Díaz Martínez, Murrow, Ortega Valencia Rascón y Ramírez (1996).
El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud mental Volumen 19 No. 4.

- ◆ Esquivel Ancona M.F.(1993).

Modelo de Psicoterapia Breve en la Tercera Edad. Tesis de Maestría en Psicología Clínica . Facultad de Psicología UNAM, México D.F.

- ◆ Fisch. R, Weakland. J y Segal, L.(1994).

La táctica del cambio. México. Herder.

- ◆ Flores Gutierrez Jose Luis.(1991).

Relación entre los síntomas del Paciente diagnosticado como esquizofrénico y la interacción con su grupo familiar desde el punto de vista de la Teoría de la Comunicación. Estudio Observacional. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología UNAM. México D.F.

- ◆ Friedman, S y Pettus S. (1985).

Brief Strategic Interventions with families of Adolescents. Family Therapy , 12 (3),
197-210.

- ◆ García Silva E.(1996).

Importancia de la intervención psicológica sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos(Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez,SSA.) Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.D,F.

- ◆ Goldenberg Y. y Goldenberg H. (1991).

Family Therapy. An Overview (3ª Edición) United States of America:
Brooks/Cole Publishing Company Pacific. Grove California.

- ◆ Gómez Magaña P. A. (1990).
Estudio Descriptivo Observacional de la Aplicación del Instrumento FACES II en familias de Pacientes deprimidos. Tesina de especialidad en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM. México D.F.
- ◆ Griffin A. William (1993).
Family Therapy. Fundamentals of Theory and Practice. (Vol 1) New York: Brunner/Mazel Publishers.
- ◆ Guerin P (1976).
Family Therapy. Theory and Practice. USA. Gardner Press.
- ◆ Guitart Padilla Margarita (1991).
La estabilidad en la pareja. Un enfoque sistémico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica Facultad de Psicología UNAM. México D.F.
- ◆ Haak Phyllis.(1985).
 Algunas Reflexiones sobre el movimiento de la Terapia Familiar. **Revista Mexicana de Psicología (2)** 188-193.
- ◆ Harvey J y Kuehl. P(1986) Family Measurements Techniques.
The American Journal of Family Therapy. Vol 14 n.2.
- ◆ Hermosillo Morales A. y Ruanova Labra. F. (1994).
Manual de Procedimientos para Pasantes de Psicología de la Clínica de Adolescentes en Crisis. Manuscrito no Publicado.

- ◆ Hoffman Lynn (1987).
Fundamentos de la Terapia Familiar. Un Marco Conceptual Para el Cambio de Sistemas. México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Infanzón Rivera M.(1993).
La percepción de la integración social del adolescente. Su estructura y ambiente familiar. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM, México,D.F.
- ◆ Jaimes Velazquez B.(1998).
Estudio Comparativo: Cohesión y Adaptabilidad en familias con un hijo con cáncer y otras enfermedades. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM México,D,F.
- ◆ Lábate L.y Bagarozzi D. (1992).
Self- Report of Family. Functioning Source Book of Marriage and Family Evaluation. New York: Brunner and Mazel Publishers.
- ◆ Lehtinen, Ville; A altonen, Jukka; Koffert, Tarja; Raekkoelainen, Viljo. (1997).
Integrated Treatment Model for first-contact patients with schizophrenia - type psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry.*
- ◆ López Negrete de Garibay P.(1981).
Revisión de la Escuela Estratégica y Estructural de Terapia Familiar y su posible aplicación a la familia en México. Tesis de Postgrado. UNAM. México,D,F.
- ◆ Ludewig. Kurt (1996) **Terapia sistémica.**
Bases de teoría y práctica clínicas. Barcelona Edit: Herder.

- ◆ Maldonado Ignacio (1994).
 Familia y Psicosis. Su relación con los conceptos de rigidez y desafío. **Boletín ILEF**
 n° 12. 3-5.

- ◆ Minuchin Salvador (1994).
Familias y Terapia Familiar. España 4ª Edición. Ed. Gedisa.

- ◆ Nichols Richard y C. Schwartz (1995).
Family Therapy. Concepts and Methods. 3ª Edición. United States Of America:
 Allyn and Bacon.

- ◆ Olsen H. E. (1970).
 The impact of Serious Illness on the Family Sistem. **Social Medicine.** 169-174.

- ◆ Olson H. D. Russell C y Sprenkle D. (1983).
 Circumplex Model of Marital and Family Systems:VI. Theoretical Update. **Family
 Process, 22** (1) 69-83.

- ◆ Olson H.D. Russell C.S. y Sprenkle H.D. (1980).
 Marital and Family Therapy:Decade Review. **Journal of Marriage and the
 Family, 42** 973-993.

- ◆ Olson H.D. y Volker T (1993).
 Problem Families and the Circumplex Model: Observational assessment Using the
 Clinical Rating Scale. (CRS). **Journal of Marital and Family Therapy, 19** (2) 159-
 175.

- ◆ Olson H.D. Mc Cubbin H, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M, (1983).
Families. What Makes Them Work. Foreword by Reuben, Hill. Sage Publications,
 USA.

- ◆ Padilla Reza M.(1994).
Comparación en la cohesión y adaptabilidad según el FACES II entre familias con y sin paciente psiquiátrico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México,D.F.

- ◆ Ponce de León Tapia M (1995).
Comparación de la Cohesión y la Adaptabilidad entre Familias Clínicas y no Clínicas. Tesis de Maestría en Psicología Clínica.UNAM. México D.F.

- ◆ Ponzetti, J y Long E (1989).
 Healthy Family Functioning: A Review and Critique. **Family Therapy**, 16 (1) 43-50.

- ◆ Sampieri H. R. Fernández C.C. y Baptista L. C. (1991).
Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

- ◆ Sánchez Sánchez F. (1989).
Valoración del Tratamiento de Terapia Familiar Estructural en familias de pacientes farmacodependientes. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM. México, D.F.

- ◆ Sánchez Zavala C.(1997).
Implementación de sesiones de orientación y reflexión acerca de la enfermedad mental dirigidas a familiares de pacientes psiquiátricos. Reporte Laboral para Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología, México, D.F.

- ◆ Selvini Palazzoli L, Boscolo G. Cechin. G. Prata (1990).
Los juegos psicóticos en la familia. México Paidós.

- ◆ Selvini M, Palazzoli L, Boscolo G. Cechin. G. Prata (1986).
Paradoja y Contraparadoja. Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia de Transacción Esquizofrénica. España. Grupos e Instituciones Paidós.
- ◆ Simon F (1985).
The Lenguaje of Family Therapy. A systemic Vocabulary and SourceBook. USA.
- ◆ Stroh Becvar y Becvar (1996).
Family Therapy. A systemic integration. 3ª Edición. USA. Allyn & Bacon.
- ◆ Tuiran Rodolfo. (1991).
 Familia y Sociedad en el México Contemporáneo. **Revista Saber Ver.** 33-56.
- ◆ Venegas, Hernández M. J (1996).
La Familia Integrada: "Factor Motivacional al logro" Cohesión y adaptabilidad del hijo adolescente. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental México D.F.
- ◆ Watzlawick, Paul (1985).
Teoría de la Comunicación Humana. México. Interamericana.
- ◆ Weiner I. (1992).
Métodos en Psicología Clínica. México. Edit, Limusa Noriega.
- ◆ Wendel A. Ray (1992).
 Our Future in the Past: Lessons from Don Jackson for the Practice of Family Therapy with Hospitalized Adolescents. **Family Therapy**, 19 (1) 61-71.
- ◆ Wolberg. M y Lewis R. (1980).
Group and Family Therapy. USA. Bruner Mazel.

- ◆ Wood G(1984).

Fundamentos de la Investigación Psicológica. México: Trillas.

- ◆ Zuk. G.(1982)

Psicoterapia Familiar. Un enfoque triádico. México D.F. Fondo de Cultura Económica.

APENDICE A

ENTREVISTA 1.

1. En este trabajo, hay cambios en la cohesión y la adaptabilidad (pretest - postest), pero no son estadísticamente significativos. A mí me hace pensar que el análisis estadístico es muy frío y los números se quedan cortos para describir lo que está pasando en la terapia. ¿A qué le se le llama un cambio significativo en la terapia?. Un cambio es cuando una familia modula, altera o alterna sus mecanismos homeostáticos y los pone al servicio del resto del grupo. Un cambio significativo es que mamá se vuelva un poco más rígida cuando era más flexible, que papá deje de tomar en comparación con la frecuencia en que lo hacía antes. El hecho de que la familia acuda en conjunto a ventilar un problema del cual tal vez nunca se había hablado, y se atreva a tomar un contrato terapéutico. El hecho de que una persona asuma que puede construir una solución en torno a su problema, o que una familia la construya junto con el terapeuta y el equipo terapéutico; eso constituye un cambio: la familia ya no está igual o en la misma posición que antes de acudir a la terapia. Otro cambio significativo es que el hijo que acude por ser el portador del síntoma sea el elemento que lleve a la familia hasta el hospital y acepte hospitalizarse y la familia lo acepte también; es un cambio donde sino de entrada saben que están involucrados, al menos asumen que están participando con disgusto, enojo, angustia, pero ese cambio como muchos otros no los hemos podido cuantificar, tal vez a través de un análisis descriptivo se logre complementar dicha información. Por último, un cambio sustancial es cuando la familia junto con el equipo terapéutico construye una hipótesis acerca de que es lo que le pasa a su paciente, y a ella en torno a su paciente. Al

construir la hipótesis está construyendo el principio de las soluciones; el elemento intelectual, cognitivo que mueve aspectos emocionales dentro del sistema familiar que los lleva a operar cambios.

2. FACES II sólo mide lo cuantificable; ¿Cómo explicar la presencia de cambios que no son precisamente cuantificables en este tipo de investigaciones? Creo que hace falta disponer o diseñar un instrumento que mida el lenguaje en términos de lo analógico y lo digital. De hecho FACES II maneja tres aspectos conceptuales importantes: cohesión, adaptabilidad y lenguaje; pero curiosamente, en el lenguaje utiliza el elemento verbal para aplicar la prueba, pero no utiliza aspectos verbales significativos o significantes para la familia o el paciente, y que los tome como valores al margen de lo que maneja como cohesión y adaptabilidad. Estoy convencido de que FACES no lo tiene y tampoco conozco ninguna prueba que mida lo digital y lo analógico; además de ser una carencia a nivel instrumentos, es una carencia de todos los que manejamos terapia; ya que nosotros si hemos visto como la familia modula sus gestos de acuerdo al momento y estado de la sesión; así también hemos visto los cambios que operan intrafamiliarmente; pero desgraciadamente esos cambios podrían ser evaluados en un análisis descriptivo de cada uno de los casos; pero ahora no disponemos de instrumentos confiables que midan cambios a través del lenguaje, y sabemos que en una familia para llegar a cohesión y adaptabilidad inevitablemente se usa el lenguaje, lo cual es algo serio en términos de pruebas.
3. ¿Qué tanto son tan rígidas las familias que empiezan a “moverse” y luego dejan de hacerlo?, ¿Qué tanto el esquema de rigidez esta presente en las familias con un paciente psiquiátrico? La estructura de las familias con las que trabajamos en el hospital es muy

compleja. ¿Son familias rígidas o son familias todo lo contrario?, es decir que su rigidez está en la no rigidez del sistema familiar propiciando un sistema caótico sin guardar orden, no hay dimensiones estructurales bien definidas, las relaciones entre padres e hijos son confusas, etc. Otra cuestión importante es que la familia de nuestro medio es rígida por los componentes que guarda nuestra estructura social y no renuncia nunca a sus orígenes; la línea paterna y materna establecen parámetros muy firmes y los hijos no se pueden salir de ellos. Todavía nosotros importamos de nuestras familias de origen posturas políticas, morales culturales. No estamos hablando de la rigidez de la familia nuclear, estamos hablando de la rigidez que la familia nuclear importa de la familia de origen. La base de nuestra familia está sólidamente construida sobre la familia de origen, es como si heredáramos una estatua esculpida de nuestra familia de origen que poco pudiéramos hacer para cambiarla, aunque le demos matices en realidad son copias. Nuestros fracasos más terribles son cuando llegan los abuelos a terapia; no podemos decir que con cierto número de sesiones terapéuticas se logre derrumbar todo un modelo transgeneracional: la mamá dice lo que decía la mamá de ella y generalmente estamos siendo educados por lo que dice el abuelo.

4. ¿Qué aspectos se toman en cuenta para considerar el alta de una familia del Programa de Terapia Breve para Familia?. Cuando la familia junto con los terapeutas construyen una hipótesis común al problema de la familia que explique el comportamiento del miembro sintomático y todos los demás miembros alrededor de esta; en ese momento la familia tiene definido el problema y puede operar para hacer cosas hacia el cambio; esto puede suceder a partir de las primeras sesiones. Lo interesante del modelo es que la familia empieza hacer sus propios cambios y a experimentarlos; no es el clínico el que decide

cuando la familia se va, sino es ella misma quién decide cuando empieza a movilizarse, cuando realizar cambios, si le sienten bien o no; esta experiencia ocurre entre sesiones y surgen cambios significativos para la familia no para el terapeuta, no hay forma de cuantificarlos métricamente, basta que sea significativo porque la familia lo dijo. Finalmente la familia encuentra como significativo no la patología de su paciente. El momento más importante de lo significativo para la familia está en su hipótesis y la segunda parte que es cuando empiezan a hacer cosas, a buscar soluciones y conducirse al cambio; nosotros acompañamos a la familia a construir el cambio y la solución. Así dejamos que la familia se mueva, no queremos un parámetro que diga la familia llegó a la sesión 10 y se acabó; porque no funciona así; por eso hay familias que terminan a la sesión 6, a la 8, o a la 20 en muy pocos casos.

5. El grupo de padres presenta correlaciones negativas en cohesión y adaptabilidad durante el transcurso del tratamiento y esto coincidía con las llegadas tarde y las ausencias a las sesiones. ¿Qué sucede con este grupo de padres?. En nuestra sociedad el padre es periférico. De hecho el paciente al ingresar a la institución, se convierte en un “gancho” al sistema familiar, el todos tienen que ir y comprometerse está muy presente. El argumento que los padres llevan al hospital es el trabajo, además de que independientemente de estar sujetos a condiciones laborales, el hombre por tradición no se siente, no se cree, no asume ser responsable de los problemas menores de la familia.
6. El grupo de madres modifica significativamente sus niveles de adaptabilidad y el paciente lo hace en cohesión. ¿Porqué no sucede esto con el grupo de padres?. Una mamá mejor adaptada, en niveles más sanos permite que el paciente se acerque más en comparación con el padre. Insisto que es por un modelo operativo tradicional de familia; el padre es

periférico, mamá tiene el pecho, es el vínculo con el mundo, mientras que papá nos permite establecer un puente entre la casa y el resto del mundo. La figura de mamá es central a la familia, el predominio es matriarcal; si mamá se “ablanda” y se adapta más funcionalmente, nos acercamos más, sino nos alejamos.

7. ¿Cómo se logra que la familia se “mueva” durante la terapia?. Existen muchas herramientas, la metáfora, las indicaciones, el comentario; pero sustancialmente, todo lo que la familia recibe para romper con esquemas y formas es el conocimiento. Lo que hacemos es reciclar la información, buscamos la recurrencia de sus hechos con otros que se vinculan con los que mantienen completa circularidad en términos de información. La familia va ligando y esto les permite encontrar soluciones o construir alternativas en torno a un problema; todo esto se logra a través de una exposición de información ordenada y secuenciada para todos los miembros; por ejemplo, que papá ya no grite para imponer, que mamá ya no se puede quedar callada y tiene que aprender a hablar, etc. Esto abre el camino de la rigidez en la familia.
8. La variable número de sesiones no tiene relación con los cambios en cohesión y en adaptabilidad, esto se aleja de la propuesta de a mayor número de sesiones, más cambios. ¿Cuáles serían entonces las variables que tienen que ver con esos cambios?. Cuando hablamos de terapia breve podemos decir que dicho modelo es funcional, y si después de la octava sesión la familia incrementa sus niveles de cohesión y adaptabilidad y en la décima sesión los baja; esto implica que las familias tienen un ritmo bimodal, como los estados de ánimo y de la vida. Cuando llega la familia al hospital, la encontramos en una línea iso (recta), la familia está estancada en el problema, lo que hacemos en terapia es destrabar a la familia, cuando esto sucede, empieza a repartir las

ondas bimodales y se restablece el funcionamiento familiar. La terapia a nivel institucional y particular no debe ir más allá de romper la homeostásis. En nuestro caso, el destrabar a la familia y que la familia siga por sí misma alude a lo que es terapia breve y como tal se cumple a cabalidad.

9. ¿En qué consiste la propuesta de terapia familiar breve? .Es un conjunto de elementos que el terapeuta y la familia tienen a su disposición para restablecer el equilibrio de la familia. Es breve por la corta duración y se busca que los procedimientos terapéuticos sean breves y eficaces. Este modelo agencia a la familia y al terapeuta de un recurso que hace que el paciente, la familia en un tiempo relativo de trabajo pueda restablecer su equilibrio. Y aún así ,resulta poco creíble ya que en nuestro medio estamos acostumbrados a los modelos tradicionales como el psicoanálisis. Sus ventajas son que facilita los recursos de la institución a la familia y facilita que la familia no tenga que emplear sus recursos para entrar en otro proyecto terapéutico inalcanzable por costos , tiempos, etc. Además de que la institución no puede ofrecer proyectos muy costosos para la institución. Es breve por su corta duración, la familia tiene la opción de moverse desde las primeras sesiones y puede ser que termine en la sesión seis, es un modelo muy útil a nivel institucional; no sobrecarga el servicio y no se cita a los pacientes en periodos muy largos. El sistema institucional tiene que evolucionar agenciándose modelos de terapia breve. Lo más interesante del modelo es que surge en un lugar donde hay un gran número de pacientes y podemos tener datos bastante confiables sobre si el método muestra cambios mágicos o no, también es cierto que se aportan datos útiles y que faltan más estudios con otras variables, más universo; somos pioneros en esto, nos

hemos aproximado a conocer dos variables importantes en el funcionamiento familiar cohesión y adaptabilidad y nos falta por conocer información; el uso del lenguaje.

10. Como terapeuta, sabes de la existencia de cambios después de que una familia asistió a terapia. ¿Cómo evidenciarlos a pesar de que no sean estadísticamente significativos? El terapeuta tiene que conocer y confiar en su trabajo y nunca se tendrá la certeza en ningún tipo de terapia de que la familia realmente está operando cambios, en forma similar tampoco tendremos las herramientas para saber cuando un paciente nos dice la verdad o no, de lo que si sabemos es que estamos participando con la familia en un proceso y que la familia puede participar activamente o no en el cambio y un parámetro para medirlo es cuando se les dejan tareas a las familias y las hacen, hay otras que no. En el lenguaje de la terapia, la información a nivel analógico y digital es coincidente y contundente; la familia está consiguiendo un cambio y nos lo dicen digital y analógicamente, hay consonancia y congruencia entre lo pensado, lo dicho y lo sentido. Esto no se está midiendo aquí, si pudiéramos medir la variable lenguaje a cohesión y adaptabilidad y la función de cambio y no cambio sería importante. Finalmente el vehículo que dice lo que yo pienso, siento como terapeuta o como familia es el lenguaje y ese no está analizado. El parámetro para llegar a la familia y provocar un cambio; y el parámetro para saber que la familia logró un cambio se llama lenguaje y eso no está discutido, analizado, estandarizado en algún estudio formal que yo conozca.

ENTREVISTA 2.

En terapia lo relevante son las preguntas no las respuestas, no lo que dice el paciente o lo que opina el terapeuta, sino las preguntas que se pueden hacer en la terapia y el efecto que pueden tener.

1. Se aprecian cambios en cohesión y adaptabilidad (pretest – postest), mas estos no son estadísticamente significativos. ¿Cómo explicar que el análisis estadístico es frío y los números se quedan cortos ante tal explicación?. El problema radica en el análisis empleado, la cuantificación es la principal característica del método estadístico que habitualmente usamos o tenemos que utilizar. En tanto la dinámica de las relaciones humanas es muy compleja y abstracta en virtud de sus múltiples niveles de significado, en ese sentido cualquier método cuántico se va a quedar corto para describir material analógico y que no es cuantificable y que bien pudiera ser más significativo para entender el cambio en las familias que aquello que si es cuantificable. Por ejemplo: que el papá ya no sienta que la mamá y el hijo están muy juntos y en contra de él, podría ser algo que FACES cuantificara en alguna de sus preguntas y sería algo que el padre notara con suma claridad de tal manera que este se convierta en un puntaje numérico, pero el efecto que esto tiene en la relación con su mujer, el que pueda acercarse a ella sin tanto temor y el efecto que pueda tener en la esposa “con ese nuevo brillo en los ojos” pudiera quedar fuera del rango de puntaje de FACES. A últimas fchas ha surgido interés en la hermeneútica o etnometodología como métodos de análisis. Un análisis descriptivo está más próximo a las ciencias sociales que a las ciencias quimicobiológicas y puede legitimar nuestra práctica aunque no legitime resultados en términos de saber científico;

ese sería el pero, pero a quien no le interese hacer ciencia podría acomodarse en un método como este.

2. ¿Qué es un cambio en terapia familiar?. Cambio es una diferencia, la dirección, intencionalidad, efecto del cambio no tiene importancia en la terapia sistémica. No pensamos en dirigir los cambios de las familias hacia una condición de bienestar, lo que deseamos es que las cosas sean diferentes al momento en que ellos llegaron a terapia. Para conocer hay que crear diferencias, si la familia puede hacer diferencias entonces puede cambiar, hacer cambios en el orden cognitivo, afectivo, conductual, relacional lo importante son las diferencias y estas no pueden establecerse en orden a grados; no se puede decir si es más diferente o menos que antes. Un cambio siempre genera crisis y dificultad para adaptarse a las nuevas condiciones; el sobreprotegido deja de serlo e implica una pérdida para él como tal, el controlador deja de controlar; tal vez algunos miembros digan “que estaban mejor como estaban antes”, sólo que como se estaba antes la complejidad de la dinámica familiar requería de un miembro sintomático que los llevara a terapia y pudimos constatar que otras aproximaciones dirigidas sólo al paciente no eran suficientes por lo que había que trabajar con la familia, en busca de una condición de vida diferente.
3. ¿Cuáles son los criterios para dar de alta a una familia del Programa de Terapia Familiar Breve?. Pueden ser cualesquiera de estos, la combinación de estos. Tiene que ver con el momento de las familias, pero generalmente consideramos la remisión del síntoma, la opinión de la familia; les preguntamos y les decimos que han logrado muchas cosas y si creen que ya es tiempo de despedirnos o si falta algo más. El tercero es cuando te percatas que la terapia está favoreciendo el no cambio de la familia, la condición

homeostática está estancada; la familia está jugando a que está cambiando porque está iendo a terapia y no falla y llega temprano a sus citas, pero cada vez se queja de lo mismo, y al terapeuta se le agotan los recursos para establecer diferencias que favorezcan el cambio; los terapeutas podemos decir que no tenemos más que ofrecer.

4. FACES no mide la parte analógica que bien puede ser un cambio aunque no cuantificable, ¿Cómo evidenciarlos a nivel investigación?. Por un método cualitativo, un análisis de contenido de varias sesiones de un caso (seguimiento). Estudiar lo que es la etnometodología para describir lo que acontece en algunas comunidades y utilizar un método similar con nuestras familias en el contexto de la terapia. Por ejemplo: Bateson, un antropólogo, utilizó miles de fotografías para mostrar secuencias interactivas en una comunidad. Cohesión y adaptabilidad sólo son una tajada de un universo de posibilidades de descripción de la familia que se le ocurrieron a Olson, y que tienen su utilidad y su importancia.
5. ¿Podría considerarse que las familias son muy rígidas ya que al inicio del tratamiento se mueven y luego dejan de hacerlo, o bien es parte del movimiento homeostático del sistema?. Una familia rígida desde el inicio no se mueve, le cuesta mucho trabajo hacerlo. Tiene que ver la autonomía de los sistemas familiares, no podemos pensar que sólo basta con que un experto llegue e influya para que el otro cambie. La terapia no sirve para ayudar a cambiar, se podrán hacer ajustes y ganar ciertos cambios que le van a permitir al sistema o individuo mantenerse en ciertos rangos de respuesta propios y que responden a su autonomía, a su propia forma de funcionar. Las familias pueden llegar con gran disposición al cambio y en realidad lo que hacen son ajustes dentro de sus propios rangos y luego se frenan, se mantienen, se acomodan; el mantenimiento es un

periodo de reacomodo para continuar su evolución como familia. Los cambios son siempre significativos para la familia y pueden ser muy sutiles. A nivel de investigación lo que muchas veces sucede es que los demás quieren ver cambios significativos pero para ellos, como ellos los están esperando y a través de que estos sean demostrables.

6. ¿Cómo logra la familia tales cambios?. La hipótesis es una idea o conjunto de ideas que pueden incluir o no a toda la familia para explicarse porqué el síntoma o problema aparece y se mantiene de forma perturbadora en el sistema. La hipótesis genera información en el aquí y el ahora; incluso del pasado lo cual permite al terapeuta sistémico moverse en tales términos. Se puede permitir la directividad y la co-creación a fin de mantener abierta la visión sistémica que le permite elaborar hipótesis a partir de establecer pautas que conecten algunos contenidos del sistema entre sí en los diferentes niveles emocionales, cognitivos, conductuales, relacionales, ideacionales lo cual ofrece a la familia una visión diferente en términos de actitud o complejidad respecto a la explicación que tenían al momento de llegar a terapia y que es novedosa y no ajena a la realidad familiar.
7. ¿Porqué el grupo de padres tiende a presentar correlaciones negativas en cohesión y adaptabilidad durante el tratamiento?. Tal vez por su autonomía, la explicación pareciera abordarse desde las teorías de la personalidad; el rango de posibilidades de los padres está mejor establecido que el de los hijos; estos son más plásticos, moldeables, flexible con más posibilidades en el rango de funcionamiento.
8. ¿Qué cambios familiares y terapéuticos se aprecian desde el rol de terapeuta?. Nosotros no los apreciamos, de lo que nos valemos es de lo que la familia nos reporta , lo que ellos dicen bien pudieran ser manifestaciones de cambio y la familia puede trivializarlos

“esta semana llegó más temprano”; lo que sí podemos hacer es evidenciarlos “¿y eso es diferente a como era antes?, ¿qué le dice esto?, o evidenciar por ejemplo que la señora deprimida viene mejor arreglada, o que papá no ha faltado a las sesiones. Una parte muy importante, consiste en ayudarles a percibir los cambios.

9. La variable número de sesiones de terapia no está en función de los cambios en cohesión y adaptabilidad, lo cual deja de lado la propuesta de que a mayor número de sesiones, más cambios. ¿Qué variables podrían estar interviniendo para lograr tales cambios? ¡Qué bueno que no es así!. Pensar que el factor número de sesiones puede insidir en el cambio de las familias es o bien darle muy poco peso a la complejidad de las familias o bien exagerar el peso que se le da a las sesiones terapéuticas, o creer que todas las familias son iguales y requieren de cierto número de sesiones. En muchos casos, las familias cambiaron por muchas otras cosas y no por la terapia; tal vez en el transcurso, la abuela murió y el padre que estaba muy cerca de ella, se acerca poco a poco a su familia. Al revisar los datos encontrados en esta tesis, de alguna manera legítima que el Programa de Terapia familiar Breve es funcional, que si genera grandes cambios o no tal vez no se pueda contestar ahora; pero es funcional.
10. ¿Porqué hasta la sesión 10 aparecen como significativos los cambios en el paciente identificado?. Porque es una regularidad nada mas de la terapia sistémica. Palo Alto y otros autores lo ponen en 10 sesiones, nosotros lo retomamos y hemos creado un contexto que nos permite apreciar cambios en 10 sesiones aproximadamente, pero es también porque nosotros hemos creado también esas condiciones.

11. ¿Cuáles son los objetivos del Programa de Terapia Familiar Breve? Disminuir el periodo de estancia hospitalaria por el impacto que tiene el internado psiquiátrico en adolescentes, remitir el síntoma; no diría curar porque para el caso nunca pensamos que estaban enfermas, favorecer un proceso de desestigmatización “que está loca, porque estuvo hospitalizada”, favorecer el crecimiento y desarrollo de las adolescentes.

APENDICE B

INSTRUCCIONES.

De antemano se agradece su valiosa participación. Para ello le solicitamos que proporcione algunos datos, respondiéndolo a las preguntas del cuestionario que se presenta sobre como percibe usted a su familia. Para responder el cuestionario, le pido ponga dentro del paréntesis el número que corresponda a su respuesta. Las opciones son las siguientes:

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

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

Muchas Gracias.

CUESTIONARIO FACES II.

1. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.
2. En nuestra familia a cada quién le es fácil expresar su opinión.
3. Es más fácil discutir problemas con gente fuera de la familia que con los miembros de la misma familia.
4. Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.
5. Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto.
6. Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.
7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.
8. Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.
9. En nuestra familia cada quién escoge su propio camino.
10. Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.
11. Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.
12. Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.
13. Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar.
14. Los miembros de la familia dicen lo que quieren.
15. Cuando pensamos hacer actividades como familia tenemos problemas.

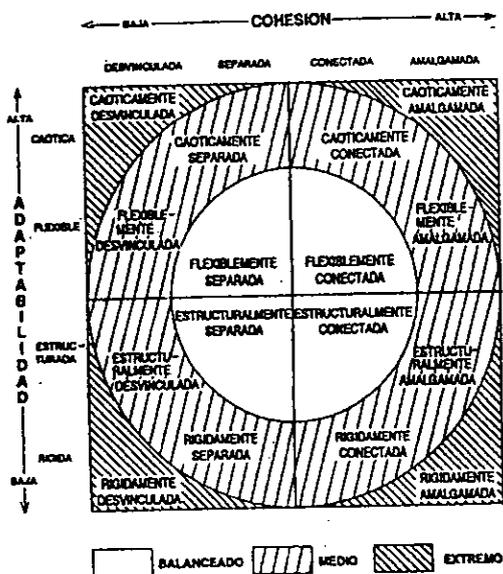
16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños.
17. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros.
18. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.
19. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.
20. Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.
21. Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.
22. En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades.
23. Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma.
24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia.
25. Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa.
26. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.
27. Aprobamos a los amigos de cada quién.
28. Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos.
29. En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.
30. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros.

APENDICE C

DIAGRAMA DE TIPOLOGIA FAMILIAR

MODELO CIRCUMPLEJO

Dieciséis Posibles Tipos de Sistemas Matritales y Familiares
(Olson, Russell y Sprenkle 1983, P.71)



APENDICE D

FACES II

COHESION FAMILIAR

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

	DESVINCULADA 56 O MENOS	SEPARADA 57 A 65	CONECTADA 65.1 A 73	AMALGAMADA 73.1 O MÁS
CAÓTICA 56.1 O MAS				
FLEXIBLE 50 A 56				
ESTRUCTURADA 44 A 50				
RÍGIDA 43.9 O MENOS				