



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE: ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:
JOSE MIGUEL SILVA CLAROS

SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
"RAMON DE LA FUENTE.

TUTOR TEORICO: *DRA. CRISTINA LOYZAGA*

TUTOR METODOLOGICO: *DR. HUMBERTO NICOLINI*

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

PERIODO 2002 - 2003

*no entrego
disco*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*COHESION Y ADAPTABILIDAD
EN LAS FAMILIAS DE PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS*

INDICE

1.- Introducción	1
2.- Esquizofrenia definición y prevalencia	2
3.- Tratamiento, rehabilitación y prevención	4
4.- Familia, estrés y esquizofrenia	7
5.- Cohesión y Adaptabilidad familiar	10
6.- Justificación	14
7.- Hipótesis	15
8.- Objetivo general	15
9.- Objetivo específico	15
10.- Material y método	15
11.- Población	15
12.- Procedimiento	16
13.- Criterios de inclusión	16
14.- criterios de exclusión	16
15.- Indices clinimetricos	17
16.- Instrumento	17
17.- Análisis estadísticos	21
18.- Resultados	22
19.- Discusión	23
20.- Conclusiones	26
21.- Limitaciones y Propuestas	27
22.- Bibliografía	28
23- Cuadros	32
24.- Anexos	36

Cohesión y adaptabilidad en las familias de pacientes con esquizofrenia

Marco conceptual y antecedentes

1.- Introducción-

En los últimos años, los principales avances en el conocimiento de la esquizofrenia se han producido en tres campos principales: Las técnicas de neuroimagen, investigación sobre fármacos antipsicóticos atípicos y el esclarecimiento de los factores psicosociales que influyen en este trastorno.

En el primer campo, la resonancia magnética y técnicas neuropatológicas han centrado su interés en el sistema límbico como estructura esencial de la fisiopatología de la esquizofrenia. El estudio de áreas cerebrales de interés como la amígdala, hipocampo, y giro parahipocámpico, va generando, de forma creciente, nuevas hipótesis sobre la esquizofrenia que posteriormente deben someterse a prueba.

En el segundo campo, tras la introducción de la clozapina, un antipsicótico atípico con mínimos efectos secundarios neurológicos, ha generado una gran cantidad de investigaciones sobre otros fármacos del mismo grupo terapéutico. Estos antipsicóticos atípicos podrían ser más eficaces que las medicaciones habituales para la reducción de síntomas negativos de la esquizofrenia y estos están asociados a una baja incidencia de efectos adversos neurológicos.

En el tercer campo, con tratamientos farmacológicos mejores y con una amplia aceptación de las bases biológicas de la esquizofrenia, aumenta el interés por los factores psicosociales en esta enfermedad, como los que influyen sobre el inicio, recaídas y los resultados del tratamiento. Cobrando cada vez mayor importancia la influencia de la familia dentro la evolución de la enfermedad, por ser un sistema de apoyo o en su defecto un favorecedor de recaídas de la enfermedad.

2.- Esquizofrenia definición, evolución y prevalencia

La *esquizofrenia* es una enfermedad mental crónica, progresiva que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social. Documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y en los procesos cognoscitivos, que es caracterizada por un cortejo sintomático variado, que incluye síntomas positivos (alteraciones del pensamiento, del lenguaje, de la sensorio-percepción, del juicio y función motora) y de síntomas negativos que conducen al deterioro del paciente al presentar una deficiencia de la socialización, y trastornos afectivos.

Otro aspecto que suele estar presente en los pacientes esquizofrénicos lo que denominamos abulia es que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose de manera progresiva en improductivos. Existiendo un nexo muy claro entre improductividad, características de su vida afectiva y sus motivaciones (1).

La evolución de la enfermedad puede presentar variaciones importantes, conduciendo en términos generales en deterioro psicológico y social, con brotes de síntomas positivos que alternan con síntomas negativos. A cada brote seguirán signos de deterioro más evidente que en condiciones extremas conducen a un síndrome negativo severo (1, 2).

La mayor parte de los enfermos expresan síntomas después de los 15 años y antes de los 30 años de edad, 3 de 4 enfermos comienzan entre los 16 y los 25 años, es rara antes de los 15 años y después de los 45 años. Entre los 15 y 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (3). La incidencia es igual en ambos sexos.

También se ha encontrado que la edad de inicio de la enfermedad es más temprana en los hombres que las mujeres, siendo el límite de inicio para los

hombres entre los 18 y los 25 años, mientras que para las mujeres está entre los 26 y 45 años (4).

Investigaciones sobre familiares han demostrado una mayor prevalencia entre los familiares de sujetos con este trastorno, estos resultados incluyen estudios de la descendencia de sujetos con esquizofrenia adoptados y criados por padres no esquizofrénicos. Los estudios con gemelos muestran de manera consistente un mayor índice de prevalencia de esquizofrenia para los monocigóticos que para los dicigóticos, y los gemelos dicigóticos tienen el mismo índice de concordancia que los hermanos no gemelos, demostrando que el componente etiológico genético; de un sujeto afectado tiene un riesgo del 10% de riesgo, en el caso de que uno de los padres este enfermo, el riesgo es del 16%, cuando ambos padres están afectados es del 45%, cuando un mellizo monocigótico enferma, el riesgo de enfermar es del 60% para el otro mellizo.

La prevalencia de esta enfermedad en el ámbito mundial es de aproximadamente 1%, sin encontrar diferencias de raza, ambiente, cultural ni clase social. Se estima que cerca de 45 millones de personas en el mundo están afectadas por la esquizofrenia y 50% de quienes la sufren, no reciben tratamiento adecuado (5). Los costos económicos, personales y sociales de la enfermedad mental son extraordinariamente altos. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ocupan aproximadamente el 25% de las camas hospitalarias y alrededor del 45% de los pacientes requieren cuidado estrecho a largo plazo (6).

Estudios realizados en México demuestran que los trastornos mentales y en particular los trastornos psicóticos oscilan entre 10.1 y 14.0 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años. Se estima que la proporción más elevada corresponde a la esquizofrenia y psicosis funcionales, seguidas de los desórdenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral (7).

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en México, a través de encuesta de hogares a personas adultas con edades entre 18 y 65 años, muestra

una prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de 0.09% para el femenino respecto a la esquizofrenia (8).

Otro aspecto, que frecuentemente acompaña a la enfermedad son las múltiples hospitalizaciones, se ha observado que después de ser dados de alta, un 60% de los pacientes eran rehospitalizados y un 30% tenían múltiples hospitalizaciones, llegando a ser hospitalizados una o varias veces aunque estén tratados con medicamentos antipsicóticos, aunque el principal factor asociado con la recaída, es la falta de apego al tratamiento. (9).

Como podemos observar, el pronóstico de la enfermedad es reservado, pero la esperanza de mejoría es factible. Los síntomas en poco tiempo pueden variar, aumentar o disminuir, se ha visto como regla general que entre 20% y 25%, tras uno o varios brotes agudos se restablecen tanto que pueden llevar una vida casi normal, otro porcentaje igual necesita cuidados que la familia muchas veces no puede llevar a cabo y solo pueden ser recibidos en medios hospitalarios; el resto puede vivir fuera del hospital, tendrán algunas incapacidades pero todo depende del apoyo para tener una ocupación, que la familia comprenda las características de la enfermedad, no los sobreprotejan, ni los estigmaticen y tengan la posibilidad de encontrar amigos y conservarlos.

3.- Tratamiento, rehabilitación y prevención

En México fue hasta 1910, cuando se creó el proyecto del manicomio de la Castañeda en donde existía un enfoque custodial, en el que los pacientes no recibían ninguna forma de tratamiento y cuyo fin era la reclusión y el aislamiento.

El concepto de rehabilitación se plantea en los años 50's con Bellak, quién consideraba que la rehabilitación debería tener como objetivo principal el incidir en la reconstrucción del ego, con la finalidad de que el paciente reconociera sus capacidades tanto en las relaciones interpersonales como en el ambiente laboral.

A mediados del siglo XX se comenzaron a dar avances por los franceses Jean Delay y Paul Denicker en la psicofarmacología generando un cambio en el tratamiento médico de los enfermos mentales en las instituciones. Los antipsicóticos demostraron su eficacia para aminorar los síntomas positivos y restablecer parcial o totalmente el contacto de la persona enferma con la realidad, lo que los hace susceptibles al abordaje psicoterapéutico tanto individual como de grupo, así como al adiestramiento en habilidades sociales y la modificación conductual (10).

Aún así, el modelo tradicional médico psiquiátrico tiene sus limitaciones, especialmente en aquellos pacientes que no responden rápidamente al tratamiento farmacológico donde las condiciones de vida en una proporción de enfermos crónicos es insatisfactoria, siendo un factor determinante para que los pacientes crónicos se deterioren progresivamente lo que limita sus vidas. Sin ser por ello totalmente necesario tenerlos confinados hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad. (11).

La desinstitucionalización provocó diversas interrogantes en cuanto al tratamiento y la rehabilitación, ya que se presentaron muchas dificultades para que los pacientes pudieran seguir su tratamiento y además se adaptaran dentro de la comunidad.

Tomando en cuenta este contexto, el tratamiento y la rehabilitación están relacionados, siendo necesario para el manejo adecuado del paciente con esquizofrenia un tratamiento que incluya un abordaje farmacológico, psicosocial y terapia ocupacional.

El tratamiento de enfermos crónicos es particularmente difícil, esto es debido a su deterioro y discapacidades. El deterioro limita marcadamente al individuo para realizar las tareas de la vida cotidiana así como para desempeñar un mejor papel en la sociedad, además la dificultad del tratamiento se ve magnificada por las

diferencias individuales y por las variaciones en el tiempo de aparición de la enfermedad.

Hay que subrayar que para mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales crónicos es innegable que se requiere de un abordaje interdisciplinario en donde se apliquen estrategias psicosociales.

El funcionamiento psicosocial tiene su origen en la sociología, la psicología social y psiquiatría social (17), este considera que los individuos desempeñan una diversidad de actividades que mucho dependen de su funcionamiento individual (12). Los pacientes con esquizofrenia están limitados en su funcionamiento social, los programas de tratamiento psicosocial deben estar orientados para que la persona enferma tenga un mejor desempeño de sus actividades y desarrolle sus capacidades dentro de la comunidad tomando en cuenta sus intereses y su personalidad (13).

Es a partir de la década de los 80's, cuando los modelos de estudio de la esquizofrenia comienzan a cambiar, permitiendo pasar de enfoques reduccionistas a modelos globales que integran una serie de posibilidades de estudio y de carácter terapéutico, con dos condiciones: 1) los recursos terapéuticos son integrados en programas coordinados, planeados a mediano y largo plazo y 2) se integra a la familia como unidad de salud a dichos programas.

Otro aspecto importante de la terapia psicosocial es el entender la naturaleza del trastorno con el propósito de desarrollar una alianza de trabajo, colaborar con el equipo de salud y diseñar estrategias de tratamiento para que la familia pueda tener conciencia de esta. Por otra parte se conoce que aún con el manejo adecuado de la medicación los índices de recaída en la esquizofrenia alcanzan del 40% al 50%, continuando muchos pacientes con síntomas negativos de la enfermedad (1).

Los programas de tratamientos interdisciplinarios son los más recomendables para este tipo de pacientes, ya que se requiere de un equipo integrado por profesionistas de la salud mental; psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas, psicólogos y personal voluntario, para apoyar y comprender el proceso de enfermedad (14).

Como se ha visto, el tratamiento de la enfermedad mental atiende los signos o síntomas que presenta el enfermo con el objetivo de disminuirlos o controlarlos. No obstante debido a la magnitud y las consecuencias del problema, es conveniente prevenir y detectar los factores de riesgo.

4.- Familia, estrés y esquizofrenia

A menudo a la familia se le considera como la unidad básica del desarrollo, así como la unidad básica de la enfermedad y la salud. Cualquiera que sea su estructura y su forma tiene la tarea de regular los vínculos a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos; realiza una serie de funciones para satisfacer las necesidades de sus integrantes, tanto biológicas como de subsistencia; es formadora del desarrollo de la identidad y del funcionamiento social; es transmisora de valores, de reglas y de normas, y proporciona los modelos de identificación. Sin embargo como lo menciona Ackerman (15) no es una entidad estática, tampoco es el pilar de la sociedad sino que, la sociedad es la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr que sea mas útil.

La familia tiene al mismo tiempo, una naturaleza dual de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma, como una institución clave en la organización social. (16). Es el producto de su evolución; se adapta sutilmente tanto desde dentro como desde fuera, cuenta con recursos y potenciales que toda familia posee y que deben ser

reconocidos. En la familia se observa una continuidad fundamental entre el individuo y la sociedad.

Se han observado cambios por la crisis de la familia nuclear, es evidente que el grupo familiar pide a sus miembros una dedicación extraordinaria para atender las muchas necesidades cotidianas, y con ello asegurar el orden autónomo. Esto hace que comiencen a aparecer instituciones que ayuden a la familia a cumplir con sus anteriores funciones y que estas sean controladas por establecimientos ajenos a la familia.

En nuestro medio la familia es el único agente de cuidado del paciente psicótico cuando este es dado de alta, mas del 85% de los pacientes viven con su familia. Se puede concluir que la familia está involucrada en cada etapa del transcurso de la enfermedad, en el inicio, en el internamiento al hospital, durante la hospitalización y después del alta hospitalaria, en el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar (17).

En la familia mexicana la figura preponderante es de la madre en cuanto a la presencia, cercanía y cuidado en relación con los hijos, ya que se ha observado que el padre muchas veces está ausente, fomentado por las costumbres de la vida moderna. El padre muchas veces abandona el hogar, este descuido provoca que se pierda la comunicación, la familia pierde unidad y el matrimonio fracasa y los hijos son las víctimas. (18).

Leñero (16) estudió las necesidades familiares en una situación de cambio crítico de mil familias mexicanas del D.F. en las cuales se observo que cada vez es mas alto el nivel de aislamiento y la soledad familiar, principalmente en el caso de mujeres solteras y el de muchos hogares de personas de mayor edad por sus parientes cercanos. Esta característica está presente, en las familias con un pariente enfermo o minusválido entre el 3% y 6%.

La característica de las madres de pacientes con esquizofrenia tienden a ser manipuladoras, explotadoras, hostiles y desconfiadas, los padres se agrupan por separado y los describen como padres que expresan su hostilidad directamente y los pacientes con esquizofrenia recuerdan a sus madres como estrictas, confiadas en sí mismas y más dominantes que sus padres (19).

Los primeros autores de obras psicoanalíticas centraron su atención en diversas conductas parentales que a su juicio, eran causales, durante la década de los 50's y 60's fue cuando se consideraba a la familia como parte del problema con el termino "madre esquizofrenizante"(20).

Después se desarrollo una teoría sobre el origen de la esquizofrenia basada en la comunicación donde se planteó el término de " doble vínculo" postulado por Batenson (21) donde señalaban que el problema estaba en las relaciones familiares donde él paciente está sometido a mensajes persistentes y contradictorios.

El ingles Ceer y Wing (22) encontró que los problemas más graves eran la evasión del contacto social, la subjetividad, la falta de conversación y una falta de libertad para salir de casa.

Para Lebell y cols. (23) el contacto frecuente del paciente con sus familiares claves de manera positiva, protege al paciente de ser vulnerable de una recaída, y demostraron que los familiares sin apoyo social tendían a una alta emoción expresada.

Otro aspecto importante es la dinámica familiar resaltando la importancia de evaluar por separado el funcionamiento psicosocial del estado clínico del paciente, lo que permite conocer dicho funcionamiento y de la misma manera en el curso y pronóstico de recaídas (24).

Por otra parte, otro estudio sobre pacientes con esquizofrenia demostró que los contactos sociales con los familiares, eran predictores importantes sobre el buen funcionamiento y la familia se ve afectada al no tener suficientes conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad, a menudo no la reconocen, les da vergüenza y tratan de ocultarla, presentando temor ante la agresión y no distinguen los síntomas negativos como el aislamiento, inactividad, lentitud y autodescuido como signos de enfermedad y relacionándolos con características negativas y voluntarios del paciente.(25).

Así mismo, Anderson (26) menciona 3 puntos importantes por lo que el estudio de la relación entre esquizofrenia y familia es relevante: primero, por que estudia un impacto en todos los miembros de la familia, en segundo termino, si la familia no recibe asistencia, ni apoyo, sus miembros no podrán ayudar a su paciente de manera efectiva, y es frecuente ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión, conducta inadecuada entre los hermanos, así mismo síntomas físicos en todos los miembros de la familia; por último menciona que la familia experimenta estrés grave y crónico asociado a la convivencia con el enfermo.

Tal fenómeno es el que experimenta la familia de un paciente con esquizofrenia al tener que adaptarse a nuevas situaciones críticas por el estrés sometido tanto al paciente como a la familia por factores externos e internos de la propia dinámica familiar.

5.- Cohesión y Adaptabilidad familiar

Olson, Rusell y Sprenkle, definieron la *cohesión familiar* como los “lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros”. En otras palabras es el grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente. La cohesión es considerada en una dimensión curvilínea, medida en cuatro niveles: Disgregada (bajo nivel de cohesión),

separada (nivel de cohesión de bajo a moderado), conectada (nivel de cohesión de alto a moderado), y muy conectada o amalgamada (alto nivel de cohesión).

La baja cohesión de la familia se caracteriza por la escasa vinculación entre sus miembros, así como por un alto nivel de independencia de éstos. Los niveles intermedios representan un grado balanceado de cohesión familiar que favorecen un efectivo funcionamiento del núcleo, así como un desarrollo individual óptimo. En una familia donde se presenta una cohesión alta, sus miembros manifiestan una sobreidentificación, que trae como consecuencia una escasa independencia.

Los mecanismos reguladores de la adaptabilidad son los circuitos de retroalimentación positivos y negativos. Para los circuitos negativos la estructura en determinado momento se mantiene (morfoestasis). Para la retroalimentación positiva, se crean nuevas estructuras dentro del sistema y se produce el cambio (morfogénesis). Por todo esto la retroalimentación positiva lleva a producir cambios de segundo orden, lo que favorece a un ambiente familiar en el que existe adaptabilidad (27).

En lo referente a la adaptabilidad familiar, ésta, depende sobre todo de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante y una situación excesivamente estable. Olson, Sprenkle y Rusell definen la *adaptabilidad* como "la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o de desarrollo". También la adaptabilidad es una dimensión curvilínea, que mide cuatro niveles: Rígida (baja adaptabilidad), estructurada (baja a moderada adaptabilidad), flexible (moderada a alta adaptabilidad), y muy flexible o caótica (alta adaptabilidad).

Las familias rígidas son aquellas que permanecen casi sin cambio a pesar de las crisis y de las modificaciones propias del desarrollo. Los tipos de familias estructuradas y flexibles tienen tipos de adaptación moderados y pueden

manejarse más adecuadamente ante la crisis y el cambio. En cambio las familias caóticas con adaptabilidad alta o exagerada, son las que se mantienen en un constante cambio, lo que les permite estabilidad o constancia en sus patrones de interacción a pesar de una crisis que requiere cambios en estos patrones. De lo anterior se deduce que un sistema adaptativo es el que presenta un balance entre la morfogénesis (cambio) y la morfostasis (estabilidad)(27).

Por todo lo anterior podemos decir que el agrupamiento de diversos conceptos de la terapia familiar y otros campos de las ciencias sociales identifican dos dimensiones significantes del comportamiento familiar; cohesión y adaptabilidad. Estas dos dimensiones están dentro de un modelo circunplejo que está siendo utilizado para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familias. El modelo propone que un nivel balanceado tanto de cohesión como de adaptabilidad es más funcional para su desarrollo familiar y marital. El modelo fue desarrollado como una herramienta para el diagnóstico clínico y para objetivos de tratamientos específicos con familias y parejas(28).

León y cols (29) definen a la capacidad de adaptación por un lado y la tendencia hemostática por otro, pero con un mismo fin, que es el de mantener el equilibrio dinámico dentro del sistema, como lo es la familia, en donde se desarrollan y modifican las reglas del juego a través del ensayo y error, y más aún, donde todo tipo de tensión pesa sobre el funcionamiento dinámico. Es entonces la capacidad de adaptación, una transformación constante de interacciones familiares, capaz de mantener la cohesión de la familia, pero sin impedir el crecimiento de sus miembros.

Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en estos dos términos: Adaptación y Cohesión. Baldwin (30) en su modelo Mc. Master, sostiene que la función primordial de la familia es mantener el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas. Minuchin (31) basa su modelo estructural en la idea de la

familia como un sistema, que opera a través de pautas transaccionales; esto es, cuando y con quién relacionarse, que están basadas en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo al grado de cohesión que guardan entre sí. Minuchin toma en cuenta las alianzas que se pueden formar, las jerarquías, el grado de participación de los miembros y su distribución en el tiempo y en el espacio.

En el año de 1976, se desarrollo el modelo Circumplex como una necesidad de integrar los conceptos usados en Terapia Familiar, Psicología Familiar y otras áreas afines, Olson y colaboradores, logran esta integración mediante la utilización de los conceptos de Cohesión y Adaptabilidad, que al ser combinados permiten observar el tipo de familia (32).

Las variables específicas que se utilizan para medir el grado de cohesión son: independencia, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, toma de decisiones, la adaptabilidad es definida como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones situacionales y del desarrollo.

Por otra parte, diversos investigadores han aplicado este modelo en diferentes tipos de familiares de pacientes como son: esquizofrénicos, neuróticos, alcohólicos y violadores.

En un estudio de Clarke (33) realizado en familiares de pacientes neuróticos y esquizofrénicos, comparados con un grupo control, se halló que para los familiares del grupo control, el tipo de familia que predominó fue de tipo balanceado lo que los hace ser más funcionales, mientras que el grupo experimental, reportó pertenecer a un tipo de familia extrema lo que los hace ser menos funcionales y caóticos (33).

En otro estudio realizado en familiares de pacientes alcohólicos, se encontraron diferencias entre los padres que son dependientes al alcohol y los que no son dependientes. Las familias de padres o madres alcohólicas, se situaron en el tipo de familias extremas, en comparación con las familias que no eran dependientes, ya que estas se ubicaron en las de tipo balanceado. Así mismo en un estudio reciente realizado por Carnes (34) con familiares de violadores encontró que estos pertenecían a un tipo de familia extrema. En resumen, de estas muestras clínicas podemos asegurar que el Modelo Circumplejo es un instrumento fiable para poder comparar y determinar entre familias problema y familias no sintomáticas. Lo que nos da un fuerte soporte teórico para la hipótesis de que las familias de tipo balanceado son más funcionales que las de tipo extremo (34).

En México, la Dra. Braverman validó la adecuación del instrumento para ser empleado en la población mexicana y ha sido utilizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", por el Dr. Oswaldo León (29).

6.- Justificación

La evaluación de familias de acuerdo con los parámetros de cohesión y adaptabilidad permitirá conocer el tipo de familia que predomina en los pacientes con esquizofrenia.

Es factible que los resultados obtenidos permitan diseñar estrategias terapéuticas específicas en familias de pacientes esquizofrénicos.

7.- Hipótesis

Las familias de pacientes con esquizofrenia, presentan características de cohesión y adaptabilidad de tipo rígido e inflexible es factible pensar que el tipo de familia de acuerdo a estos parámetros es el resultado de la enfermedad, o bien estas características estaban básicamente presentes antes del inicio de la enfermedad y

se han modificado mínimamente incluyendo en el curso del trastorno (debido a la influencia de la enfermedad en la dinámica familiar).

8.- Objetivo general

Describir el tipo de familia de acuerdo al Modelo Circunflejo Marital de Olson y Rusell (FACES II) a la que pertenecen un grupo de pacientes con esquizofrenia mediante la evaluación de los niveles de cohesión y adaptabilidad de sus miembros.

9.- Objetivos específicos

- Describir el nivel de cohesión para cada integrante de la familia de los pacientes con esquizofrenia.
- Describir el nivel de adaptabilidad para cada integrante de la familia de los pacientes con esquizofrenia.

10.- MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio

El estudio es de tipo prospectivo, descriptivo con una medición de corte transversal.

Variables

Las variables empleadas son el grado de cohesión y adaptabilidad, la combinación entre ellos para conocer el tipo de familia, y el diagnóstico de esquizofrenia.

11.- Población

La población está constituida por 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM IV, que acudieron a consulta externa al Instituto

Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y 2 de sus familiares quienes contestaron el instrumento autoaplicable FACES II.

12.- Procedimiento

Se les invito a participar al proyecto a los pacientes y dos de sus familiares responsables solicitando su consentimiento; posteriormente se les fue entregado un cuestionario individual autoaplicable, estando presente el evaluador para aclarar posibles dudas.

13.- Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide según criterios del DSM IV, que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y que acepten participar en el estudio mediante la firma de consentimiento.
- Disponibilidad por parte de los padres o dos miembros de la familia directa que convivan en el mismo domicilio.
- Que los pacientes y familiares sepan leer y escribir.
- De ambos sexos.
- Pacientes que se encuentren clínicamente estables en consulta externa
- Mayores de 15 años.

14.- Criterios de exclusión

- Presencia de otro trastorno psiquiátrico en eje I como diagnóstico principal.
- Incapacidad o negación del paciente o los familiares para colaborar en el estudio.
- Pacientes analfabetas.

15.- Índices clinimétricos

Para la evaluación de las características familiares se utilizó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES II) validada en español y con características autoaplicables.

El instrumento consta de 16 reactivos correspondientes a la dimensión de cohesión, divididos en ocho factores (lazos familiares, límites, coaliciones/alianzas, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación) con dos ítems para cada uno de ellos. Así como 14 reactivos para la adaptabilidad, divididos en seis categorías (asertividad, control, disciplina, negociación, roles y reglas), formado de dos o tres ítems para cada uno de ellos.

Los dos integrantes de la familia respondieron el instrumento en forma individual. Cada uno decidió las respuestas según su juicio y apreciación, de acuerdo a los puntos de clasificación considerados por la escala. Está comprende: 1 (casi nunca), 2 (de vez en cuando), 3 (algunas veces), 4 (frecuentemente), 5 (casi siempre).

16.- Instrumento

(Adaptabilidad y Cohesión Familiar Escala II)

Los test para familias, son instrumentos estandarizados que permiten evaluar los procesos de relación familiar. La apreciación que cada uno de los miembros de éste núcleo tiene hacia su relación familiar.

El modelo de Olson , Rusell y Sprenkle propone el uso de dos dimensiones: Cohesión y adaptabilidad, las cuales aparecen inmersas en una tercera, la comunicación; ésta última se considera necesaria para el buen desempeño en los otros dos constructos, por lo cual, al ser facilitadora, no se mide.

El instrumento FACES II se desarrolló en 1981 para proporcionar una "apreciación interna" del funcionamiento familiar de acuerdo con la opinión de cada uno de sus miembros. Los resultados obtenidos conducían a que el terapeuta tuviera una "apreciación externa" del funcionamiento familiar y, con ello, la formulación de estrategias de intervención y tratamiento.

Los autores definieron el concepto de cohesión familiar como los "lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros". Por otro lado, la adaptabilidad se ha entendido como la capacidad de un sistema para sobrevivir y mantener su coherencia ante condiciones internas y externas cambiantes. Los autores la definen específicamente como "la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuestas al estrés o del desarrollo.

La cohesión y la adaptabilidad pueden considerarse variables de tipo ordinal por no tomar en cuenta jerarquías sin embargo conllevan un matiz cuasidimensional al incluir respuestas hasta cierto punto jerarquizadas (casi nunca, de vez en cuando, algunas veces, frecuentemente o casi siempre).

Estudios de confiabilidad

Fase I. 464 adultos con un promedio de edad de 30.5 años. 90 reactivos para evaluar divididos en 15 áreas con seis ítems por cada una de ellas. Se redujo a 50 ítems con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.91 para cohesión y 0.80 para adaptabilidad.

Fase II. 2412 personas de una muestra nacional. Se redujo de 50 a 30 reactivos, con dos a tres ítems por cada una de las áreas comprendidas. El instrumento al final quedó constituido por 30 preguntas (16 para cohesión y 14 para adaptabilidad). Ambas variables se dividieron a su vez en categorías.

- Cohesión (8 categorías). Lazos familiares, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses.
- Adaptabilidad (6 categorías). Asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas.

Consistencia interna

Se dividió la muestra en dos grupos iguales. La alfa de Cronbach para cada uno de los grupos fue:

	Muestra Total	Subgrupo 1	Subgrupo 2
COHESION	0.87	0.88	0.86
ADAPTABILIDAD	0.78	0.78	0.79
ESCALA TOTAL	0.90	0.90	0.90

El test-retest para la Consistencia Externa con ésta versión de 50 preguntas se realizó cinco semanas después con una población de estudiantes universitarios y de bachillerato, en un promedio de edad de 19.2 años

La correlación test-retest para la FACES II de 50 reactivos fue de 0.84; con 0.83 para la cohesión y 0.80 para la adaptabilidad

Calificación de la Prueba

El instrumento se aplica individualmente a cada uno de los miembros de la familia; estos responden de acuerdo con su apreciación sobre lo más frecuente en la convivencia familiar. Puede ser necesario obtener la media familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La intención del instrumento es captar integralmente la opinión del sistema familiar, sin descubrir el componente

individual, al evaluar las posibles diferencias que existen entre los distintos miembros de la familia.

Dado que puede existir discrepancia entre los miembros de la familia, la puntuación media puede encaminarse a distorsionar la veracidad de la calificación. Debido a esto, es importante considerar el uso de una puntuación de discrepancia conjuntamente con las medias obtenidas previamente

Obtención de la puntuación

Cohesión:

1. Sumar los resultados de los ítems 3,9,15,25 y 29
2. Restar al resultado 36
3. Sumar los resultados de todos los ítems nones más el ítem 30.
4. La puntuación individual final se obtiene al sumar los resultados de los pasos 2 y 3

Adaptabilidad:

1. Sumar los ítems 24 y 28.
2. Resultar al resultado 12 puntos.
3. Sumar los resultados de todos los ítems pares excepto el ítem 30.
4. La puntuación individual final se obtiene al sumar los pasos 2 y 3.

La puntuación para cada una de las dimensiones va de 1 a 8; al obtener el resultado se coloca en una tabla de "interpretación en medida de longitud". Para conocer el tipo de familia se deben sumar los resultados de cohesión y adaptabilidad, dividirlo entre dos y situar el cociente en la tabla de interpretación dentro del rango que va también de 1 a 8.

$$\text{Media familiar} = \frac{\text{PC ó A} + \text{MC ó HC ó A}}{\text{No. Familiares.}}$$

P= Padre M=Madre
H= Hijo C ó A= cohesión o adaptabilidad.

17.- Análisis estadístico

Para obtener los datos sociodemograficos se realizo un análisis de distribución de frecuencias simples, utilizando el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS). Se realizó un la suma y resta de los ítems como lo marcaba el instrumento, para posteriormente poder obtener la ecuación de la suma de ambas y dar un tipo de familia mediante los tres cuestionarios aplicados a cada familiar y paciente, posteriormente se sacaron medidas de tendencia central tales como media, mediana y desviación estándar tanto para las calificaciones del propio instrumento así como para los datos sociodemográficos.

18.- Resultados

Se captó una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acudieron a consulta externa y se evaluó a dos de sus familiares responsables. En la muestra de estudio 22 fueron hombres (73.3%) y 8 mujeres (26.7%). De acuerdo al estado civil el 76.7% refirió ser soltero, 3.3% casado, 10% viudo y 10% viven en unión libre. (Cuadro 2).

La media de edad fue de 35.4 años y una desviación estándar de ± 12.2 . En cuanto al nivel de escolaridad el que más predominó fue el de bachillerato con 46.7%, 26.7% contaba con secundaria, 20% con primaria y sólo 6.7% contaba con educación profesional. El nivel socioeconómico que prevaleció fue el bajo con 63.3%, seguido por el medio con 33.3% y alto con 3.3%. De acuerdo a sí alguno tenía una ocupación el 66.7% reportó no tener y el 33% sí tenía. (Cuadros 1,3)

Todos los pacientes tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide 30 (100%). En lo concerniente al nivel de adaptabilidad familiar se encontró que la de tipo rígida fue la más frecuente con 14 sujetos (46.7%), estructurada con 8 sujetos (26.7%), flexible 7 (23.3%) y solo 1 (3.4%) de tipo muy flexible con una media de 1.86 desviación estándar de .97. (Cuadro 4)

En cuanto a cohesión, los resultados mostraron a las familias de tipo disgregado como las más frecuentes 18 (60%), 9 de tipo separado (30%) y sólo 3 de tipo conectado (10%) media de 1.4, desviación estándar .68. (Cuadro 5)

Al combinarse ambas dimensiones tanto adaptabilidad como cohesión nos dio como resultado global: 14 familias de tipo extrema (46.7%), 10 de rango medio (33.3%), 5 de tipo moderadamente balanceada (16.7%) y solo una de tipo balanceado (3.3%) media de 1.7 desviación estándar de .85. (Cuadro 6)

19.- Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo estudiar el nivel de cohesión y adaptabilidad de los familiares de pacientes esquizofrénicos. Las características encontradas pretenden evaluar el tipo de familia en las que dichos pacientes se desarrollan.

Los resultados sociodemográficos mostraron una mayor frecuencia de pacientes del género masculino 22 (76.3%), en comparación con el femenino 8 (26.7%). Lo cual coincide con las características de presentación de esta enfermedad en cuanto a sexo.

El término adaptabilidad se refiere a la habilidad de un sistema para preocuparse y ocuparse de situaciones problemáticas y cambiar los roles y las estrategias en términos de evaluaciones nuevas y modificadas. Desde luego que un sistema familiar necesita de estabilidad en su funcionamiento para poder responder a los diversos conflictos que pudieran surgir (31). El 46.7% de las familias dieron muestras de tener un funcionamiento rígido donde los padres son autoritarios y controladores, las disciplinas y sanciones las decide una figura de autoridad estricta que se impone sobre el resto de los integrantes, no hay forma de modificaciones de los roles establecidos, el tipo de familias que siguió en frecuencia fue la de tipo estructurada (26.7%), en donde existe una imagen fuerte de autoridad, donde los padres toman las principales decisiones y los roles generalmente no cambian, las reglas se imponen por la familia en conjunto y no es frecuente que cambien. En lo que respecta a las familias de tipo flexible encontramos que en la muestra solo el 23.3% perteneció a esta categoría en, donde sus miembros se comportan democráticamente, llegan a acuerdo fácilmente en grupo, los roles son compartidos y reconocidos, mientras que las reglas se imponen de acuerdo a las circunstancias sin llegar a ser drásticas. Por último solo una familia (3.4%) resulto ser muy flexible dejando ver lo caótico de su funcionamiento, este tipo de familia no cuenta con una figura de autoridad clara, la disciplina es errática o ineficaz, además de existir extrema indulgencia para sus

miembros, generalmente la toma de decisiones son impulsivas; no hay claridad o incluso inversión en los roles; las reglas son poco claras y no se imponen (35).

Al hablar de los lazos emocionales que tienen los miembros de la familia unos con otros nos referimos a la cohesión. A esto se agrega el grado de autonomía que una persona experimenta en su sistema familiar. Los resultados encontrados reportaron que las familias que más predominaron fueron las de tipo disgregado (60%) que se caracterizan por una elevada independencia e individualidad de sus miembros, sin límites externos, pero con dificultad para romper los internos así como los generacionales; no se observan con frecuencia las coaliciones y cuando las hay son débiles. Acostumbran canalizar conflictos hacia uno de los integrantes, considerándolos un “chivo expiatorio”, es extraño verlos en convivencia por lo que las amistades nunca se comparten y cada uno de los miembros tienen intereses particulares, el siguiente tipo de familia fue en frecuencia, el de tipo separadas (30%), donde sus miembros mantienen moderada independencia, los límites que tienen hacia adentro y hacia fuera del sistema son claros y abiertos parcialmente; las coaliciones entre ellos son claras y el tiempo dedicado a la convivencia lo califican de importante aunque prevalecen los dedicados a actividades individuales. En pocas ocasiones los integrantes comparten a sus amigos con el resto de la familia y del mismo modo las decisiones que toman también son individuales; las actividades en conjunto pueden llegar a darse, aunque no es lo más frecuente, y por último en menor porcentaje, se encontraron las familias conectadas (10%) que se caracterizan por una moderada dependencia entre sus miembros, dejando en claro la apertura de los límites internos, los límites generacionales también son claros y poco rígidos. Existen coaliciones fuertes entre sus miembros y consideran que el tiempo de convivencia familia es prioritario por lo que ausentarse llega a generar conflicto; son familias que respetan los espacios privados y comparten a los amigos de cada uno de sus miembros; las decisiones se toman en función de las reglas familiares y predominan las actividades en conjunto sobre las individuales.

Al observarse la gran cantidad de posibilidades que existen para que una familia funcione, puede hacerse una relación con lo expresado por Minuchin en el sentido de que la concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes roles familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del rol y si existe desapego es posible que se encuentren aislados y faltos de apoyo.

Al conocer las características de cada familia es posible adaptarlas al modelo circunflejo, propuesto por Olson y cols donde pretende identificar la dinámica familiar y/o marital de un sistema. La medición de ambas da lugar a 16 tipos de familias agrupadas en cuatro grupos principales: Balanceado, Moderadamente balanceado, Rango Medio y Extremo. De acuerdo a esto encontramos en el presente estudio que 15 familias pertenecen al tipo extremo, (46.7%), 10 de rango medio 33.3% y, 5 moderadamente balanceado (16.7%) y solo una de tipo balanceado (3.3%). Un sistema balanceado y moderadamente balanceado es estable en ambas dimensiones (adaptabilidad y cohesión), un sistema intermedio es moderado en una sola dimensión, mientras que las familias extremas son excesivas en ambas dimensiones (poco funcionales).

Lo significativo de este estudio es que los familiares de los pacientes con esquizofrenia se tipificaron más en el tipo de familia extrema lo que concuerda con las investigaciones realizadas por Clark en 1984 en su estudio de familias de neuróticos y esquizofrénicos, donde se encontró que este es el tipo de familia que más predomina, siendo poco funcionales y con muy poca habilidad para sobrellevar cambios.

21.- Limitaciones y Propuestas

- Era difícil poder contactar a los familiares ya que en ocasiones solo asistían en compañía de un solo familiar responsable y el segundo familiar que se requería para aplicar la escala no quería participar.
- La propuesta hacia futuro será la de poder como este tipo de familia puede llegar a influir en la enfermedad, así como en recaídas.
- Se propone también comparar este instrumento con el SBASS que mide emoción expresada.

-

22.- Conclusiones

Las familias de los pacientes con esquizofrenia tienen una forma particular de interactuar, lo que nos permite inferir sobre una probable dinámica y como puede influir en la enfermedad de este y sus posibles recaídas.

Los planes de Terapia Familiar o psicoeducativos para este tipo de familias podrían tomar como referencia los resultados obtenidos por el Modelo Circunflejo, para incidir sobre los puntos críticos que afectan el sistema familiar.

El Modelo no es estático lo que puede dar como resultado que las familias se puedan desplazar antes y después de la enfermedad.

La evaluación de la familia permitirá, en cada caso decidir en qué forma ésta participará en el tratamiento. Es importante investigar sobre la historia de enfermedades, posición de cada integrante respecto del problema del paciente, expectativas y conductas frente al comportamiento del enfermo, así como recursos disponibles para ayudar a la recuperación. También se debe detectar la hostilidad que con frecuencia sienten los familiares hacia la conducta transgresora del paciente.

22.- Bibliografía

- 1.- Carpenter W, Kirkpatrick B. 1988. " The heterogeneity of long-term course of schizophrenia implications for future research". Schizophrenic bulletin, 14, 645-652.
- 2.- Andreasen, N.C., Flamm, Swayze II VW and cols. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. Arch Gen Psychiatry, 47:615-621.
- 3.- Bleuler M. (1951). Fortsch Neur Psych., 19, 385-452.
- 4.- Straube, E.R. and Oades, R.D. (1992). Schizophrenia, empirical Research and Findings, New York: Academic Press.
- 5.- OMS/WHO (2000) Mental health and Brain Disorders.
www.who.int/mentalhealth/topic/schizophrenia.
- 6.- Wallace C.J. (1993) Psychiatric rehabilitation. Psychopharmacology Bulletin, 29: 537-548.
- 7.- Tovar, AH.,(1987) La ampliación de la cobertura a la población abierta en la atención primaria de la salud mental en : La psiquiatría al filo del siglo XX México Asociación psiquiátrica mexicana.
- 8.- Medina-Mora ME, and cols. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta psiquiátrica Psicol. Amer. Lat.,31,53-61.
- 9.- Liberman PR and cols., (1994). Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behavior therapy, 25, 89-107.

- 10.- Denicker P., (1990). The neuroleptics :a hitorical survey. Acta Psychiatric Scand. 358; suppl, 83-87.
- 11.- Revere V.L., (1983). Modifying psychotherapeutic techniques to met the needs of chronic schizoprenics. Hospital and Communny Psychiatry, 34(4):361-362.
- 12.- Valencia M. (1998). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hopitalizados. Psiquiatría, 4 (1):71-96
- 13.-Jones, M., (1968). Beyond the therapeuti community: social learning and social psychiatry. New haven, Conn: Yale University Press.
- 14.- Valencia M. Y cols. (1986). Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina. 32.41-51.
- 15.- Ackerman, W.N. (1978). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos aires: Hormé SAE Paidós.
- 16.- Leñero, L. Y cols. (1994). Las familias de la ciudad de México; Ed. DIF; UNICEF; CEMEFI; IMES A.C.
- 17.- Valencia y cols. (1993). Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrenicos. Anales IV, Reseña de la VIII Reunion de investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría, 145-156.
- 18.- De Sandoval D.M.,(1998). El mexicano: psicodinámica de sus relaciones familiares. Ed. Villicaña S.A.
- 19.- Clausen. J.A. y cols.(1960). Relaciones sociales y esquizofrenia: un informe de investigación y la manera de enfocar el tema. En Jakson D.D. etiología de la esquizofrenia. Argentina: Amorrortu, 301-326.

- 20.- Fromm-Reichmann. F. (1950). Principles of intensive psychotherapy. Vol. 1, Univ. Of Chicago.
- 21.- Batenson y cols. (1956). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science. 1, 251-264.
- 22.- Ceer G.y Wing J.K., (1974). Schizophrenia at home. National Schiophrenia Fellowship.
- 23.- Lebell M. and cols. (1993). Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. British Journal of psychiatry. 162. 751-754.
- 24.- Platt. S. and cols. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patirnts behavior and social functioning. Acta Psychiatr Scand. Vol 163, n 2, 117-128.
- 25.- Seeman, M. and cols. (1982). Schizophrenia courses and outcome. Clarke Institute of Psychiatry. Canada.
- 26.- Anderson CM. Y cols. (1986). Esquizofrenia y familia. De Amorrortu, Buenos aires.
- 27.- Russell. C. (1977). Circumplex model of marital and family sistems, empirical evaluation whith families. Family Process. Vol 15. 56-73.
- 28.- Olson D, and cols. (1997) Procesos de Familia. Cohesión y Adaptabilidad, Dimensiones, Tipos de familia y adaptaciones clínicas. En G Levinger and Rush eds: Universidad de Massachussets Press,.

29.- León O., y cols. (1989) Evaluación comparativa de cohesión y adaptabilidad de familias de pacientes psiquiátricos y familias sin elementos patológicos. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional APM, noviembre, Morelia Michoacán).

30.- Balwin L and cols. (1983) The master family assesment device". Journal of the Marital and Family Therapy, , vol. 9 (2) pp. 171-180

31.- Minuchin S.. (1978) Familias y Terapia familiar 3era ed. Barcelona Gedisa,

32.- Olson H and cols . (1979). "Circumplex Model of Marital and Family Systems: Cohesion and Adaptability. Dimensions family types and clinical applications" Family Process, Vol. 18 pp. 3-28

33.- Clarke J., (1984) The family types of schizophrenic, neurotics and "normals". Unpublished doctoral dissertation, Family Social Science, University of Minesota.

34.- Carnes P. (1985) Counselin sexual abuser. Mineapolis: CompCare Publications,

35.- Cluff R and cols. (1994) Beyond the circumplex model: I A moratorium on curvilinearity. Family Process.; 33: 455-470.

23.- Cuadros

Cuadro 1

ESCOLARIDAD

N=30

GRADO	N	%
Universidad	2	6.7
Preparatoria	14	46.7
Secundaria	8	26.7
Primaria	6	20

Cuadro 2

EDO CIVIL

N=30

	N	%
Sin pareja	26	86.7
Con pareja	4	13.3.

Cuadro 3

OCUPACION

N=30

	N	%
Con	10	33
Sin	20	66.7

Cuadro 4

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

N=30

Tipo de Familia	N	%
Rigido	14	46.7
Exstructurada	8	26.7
Flexible	7	23.3
Muy flexible	1	3.4

Media 1.86, dvs. .973

Cuadro 5

COHESION FAMILIAR

N=30

Tipo de Familia	N	%
Disgregada	18	60
Separada	9	30
Conectada	3	10

Media 1.4, dvs .68

Cuadro 6

TIPO DE FAMILIA SEGÚN MODELO CIRCUNFLEJO

N=30

Tipo de Familia	N	%
Extrema	14	46.7
Rango Medio	10	33.3
Moderadamente balanceada	5	16.7
Balanceada	1	3.3

Media 1.7, dvs .85

**ESCALA DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR.
(FACES II).**

Esta escala está diseñada para evaluar la forma de interacción familiar de acuerdo a la apreciación de cada uno de los miembros.

Le sugerimos leer con cuidado las preguntas y responder qué es lo que observa con mayor frecuencia en su familia.

- 1. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 2. En nuestra familia a cada quien es fácil exponer sus opiniones.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 3. Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 4. Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 5. Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto.**
(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 6. Los niños tiene voz y voto en cuanto a su propia disciplina.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 8. Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 9. En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 10. Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre).
- 11. Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre).
- 12. Es difícil saber cuales son las reglas que siguen en nuestra familia.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 13. Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
- 14. Los miembros de la familia dicen lo que quieren.**
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)

15. Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
17. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
18. La disciplina es justa y razonable en nuestra familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
19. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
20. Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
21. Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
22. En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
23. Los miembros de la familia acostumbran hacer actividades en conjunto.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
25. Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
26. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
27. Aprobamos a los amigos de cada quien.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
28. Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
29. En nuestra familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)
30. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos los unos con los otros.
1.(casi nunca) 2.(de vez en cuando) 3.(algunas veces) 4.(frecuentemente) 5.(casi siempre)

DIMENSION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

VARIABLE /FAMILIA	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA
DIRECCION (MANDO)	Autoritarismos. Padres altamente controladores.	Autoritaria en principio aunque con equidad.	Mando igualitario con cambios constantes.	Control limitado y/o errático de los padres que resulta ineficiente y refutable.
CONTROL Y DISCIPLINA	Estricta. Autocrática. Nada indulgentes.	Líder estable. Democrática con consecuencias predecibles. Rara vez indulgentes.	Normalmente democrática. Consecuencia producto de la negociación. Algo indulgentes.	Sin líder. Sumamente indulgentes.
NEGOCIACION	Limitación en las negociaciones. Las decisiones son impuestas por los padres	Negociaciones estructuradas. Las decisiones son realizadas por los padres.	Acuerdo flexibles. Decisiones acordadas por el grupo.	Acuerdos de último momento. Decisiones impulsivas.
ROLES	Repertorio limitado. Roles definidos estrictamente. Rutinas inamovibles	Roles establecidos algunos son viables de intercambio.	Roles compartidos y planeados. Fluidez en los cambios.	Falta de claridad en los roles. Inversión de roles. Rutinas limitadas.
REGLAS	Reglas inflexibles. Imposición estricta de las mismas.	Poco cambio en las reglas. Imposición familiar de las reglas.	Algunas reglas pueden cambiar. Flexibilidad en la imposición de las mismas.	Cambio frecuente de reglas. Imposición inconstante de las mismas.

DIMENSION DE COHESION FAMILIAR

VARIABLE /FAMILIA	DISREGGADA	SEPARADA	CONECTADA	MUY CONECTADA
INDEPENDENCIA	Alta dependencia de los miembros	Moderada independencia de los miembros	Moderada dependencia de los miembros	Alta dependencia de los miembros entre sí.
LIMITES FAMILIARES	Limites externos abiertos. Limites internos cerrados Limites generacionales rígidos.	Limites externos e internos semiabiertos. Limites generacionales claros.	Limites externos semiabiertos. Limites internos abiertos. Limites generacionales claros.	Limites externos cerrados. Limites internos confusos. Limites generacionales confusos.
COALICIONES	Coaliciones débiles. Usualmente un familiar acaparado (chivo expiatorio)	Coaliciones maritales claras.	Coaliciones maritales fuertes.	Coaliciones padres-hijo.
TIEMPO	No se comparte tiempo físico emocional. Rara vez se les ve juntos.	El tiempo para compartir y estar juntos es importante.	El tiempo para estar y compartir es prioritario. Se permite ausentarse solo con justificación	Tiempo para compartir maximizado. Sin tiempo para estar solo.
ESPACIO	Se necesitan espacios separados además de preferirse.	Se prefieren los espacios separados. Se dan algunos espacios separados. Se dan algunos espacios para la familia.	Respeto del espacio privado. Se comparten espacios familiares.	Existen pocos o ningún espacios privados en casa.