



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO  
FACULTAD DE MEDICINA "Dr. IGNACIO CHAVEZ"  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

**RESULTADOS DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE EN PACIENTES  
CON CRISIS FAMILIAR MODERADA.**  
TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el grado de:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:  
**MARIA CONCEPCIÓN FABELA SIXTOS**

**ASESORES**  
**María del Refugio Valencia Ortiz**  
Especialista en Medicina Familiar.

**Javier Ruiz García**  
Especialista en Medicina Familiar.

REGISTRO No. 2002-296-0029

Morelia Michoacán  
Agosto 2002



FACULTAD DE MEDICINA  
"DR. IGNACIO CHAVEZ"  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSTGRADO

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO.**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MEDICA.

**DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ.**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. JOSE CORONA GUILLÉN.**  
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 80 DE MORELIA, MICHOACÁN.



**DR. JAVIER RUIZ GARCIA.**  
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA  
DE LA U.M.F. No. 80. CO ASESOR DE TESIS.

**DRA. MARIA DEL REFUGIO VALENCHORTIZ.**  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.  
ASESOR DE TESIS.

**DR. VALENTIN ROA SÁNCHEZ.**  
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por darme vida y permitir que lograra mis metas.

### **A MIS PADRES:**

Maria Guadalupe (finada) y Bardomiano, que aunque mi madre ya no este conmigo su recuerdo me permite seguir adelante y a mi padre, por darme ánimos para seguir adelante, de nunca darme por vencida, por su gran apoyo, comprensión y cariño. Gracias

### **A MI ESPOSO:**

Juan Manuel, gracias por todo tu amor, apoyo y comprensión.

### **A MIS HIJOS:**

Pablo Alan y Axel Giovanni, por toda su ternura, por permitirme crecer juntos, todo mi esfuerzo es por ustedes.

### **A MIS HERMANOS:**

Por creer en mi. Gracias por su cariño, apoyo y confianza.

### **A MI SOBRINA:**

Yazmin pues con su gran apoyo pude lograr terminar la especialidad de Medicina Familiar.

### **A MIS ASESORES DE TESIS:**

Dra. Maria del Refugio Valencia Ortiz y Dr. Javier Ruiz García: Por su apoyo, dedicación y confianza, logré ver terminada mi tesis y la especialidad de Medicina Familiar.

**AL DR. CLETO ALVAREZ:**

Por su interés, consejería, dedicación y apoyo para la realización de la tesis.

**A CARLOS GOMEZ :**

Por su interés dedicado al análisis estadístico.

**A MIS MAESTROS:**

Dra. Maria del Refugio Valencia Ortiz, Dr. Javier Ruíz García y Dr. Valentín Roa Sánchez, gracia por esfuerzo, dedicación y apoyo durante este tiempo. Por enseñarme a querer y defender nuestra especialidad.

**A MI AMIGA:**

Dra. Maria del Rosario Contreras. Por tú gran apoyo, paciencia, dedicación e interés. Gracias por ser mi amiga.

**A MIS COMPAÑEROS:**

Gracias por tolerarme y mucha suerte a todos.

## INDICE

I.- RESUMEN .....	4
II.- SUMMARY .....	5
III.- ANTECEDENTES .....	6
IV.- JUSTIFICACION .....	14
V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
VI.- HIPÓTESIS .....	16
VII.- OBJETIVOS .....	17
VIII.- MATERIAL Y METODOS .....	18
IX.- RESULTADOS .....	20
X.- CONCLUSIONES .....	24
XI.- DISCUSIÓN .....	25
XII.- SUGERENCIAS.....	27
XIII.- TABLAS Y GRAFICAS .....	20-23
LVX.- REFERENCIAS .....	28
VX.- ANEXOS .....	31

## RESUMEN

La crisis familiar es un problema frecuente en la población derechohabiente, para la cual existen diferentes modalidades de tratamiento, dentro de las cuales encontramos a la Terapia Familiar Breve; que tiene como finalidad mejorar las relaciones familiares mediante la identificación de problemas que pueden condicionar el desarrollo de crisis, tanto en la familia de origen como la familia de procreación. Ayuda a cada miembro de la familia a aumentar el conocimiento de sí mismo en relación con los demás, revisa sus temores, ideales, sentimientos experiencias, y expectativas que influyen para tomar sus decisiones.

Con el fin de evaluar la eficacia de la Terapia Familiar Breve en crisis familiar moderada se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y cuasi experimental, donde se estudiaron pacientes con esta problemática identificados con escala de Holmes; se incluyeron familias adscritas a la UMF no. 80, y que a través de escala de Holmes se detectó crisis familiar moderada, no se incluyeron a familias que no reunieran los criterios anteriores y aquellas que no deseaban participar. A los 40 pacientes de las familias seleccionadas se les aplicó Terapia Familiar Breve, encontrándose una edad promedio de 35 años, con rango de edad de 10 años a 77 años; con predominó el sexo femenino con 78%; y el 75% pertenecía a las familias nucleares, donde la edad más frecuente correspondió a la 3era. y 4ta. década de la vida. La puntuación de acuerdo a escala de Holmes: Pre - 264 +-31 y la post-evaluación con aplicación de terapia familiar breve de 94+-58. Se encontró una magnitud de efecto con reducción de 180 puntos y con una probabilidad de 0.94.

**CONCLUSIÓN:** La terapia familiar breve es útil para disminuir la crisis familiar moderada.

Palabras clave:

TFB- Terapia Familiar Breve

CFM- Crisis Familiar Moderada

## SUMMARY

The family crisis is a common problem in patients' population, to solve this problem, there are different treatments; one of them is the brief family therapy which the main goal is to improve the relationships among members of the family. Identifying problems that may condition the development of the crisis as in the original family as in the procreation family. This therapy helps each member of the family to increase the knowledge of oneself compared to the others. Thinking about their fears, ideals, feelings, experiences and expectations that influence themselves when time of making decisions come.

A retrospective, longitudinal and quasi-experimental study was performed in order to evaluate the efficiency of the brief family therapy in a moderate family crisis, patients with these problems were identified with the Holmes scale. From these patients we included only families assigned to UMF no. 80 that showed moderate family crisis according to Holmes scale. We did not included families which had not fulfilled the criteria nor the ones who did no want to be included.

We used the brief family therapy in all 40 patients from the selected families, the mean age was 34 years old with a rank from 10 to 77 years old. Female sex predominate (78%). The 75% belong to nuclear families where the most representative age corresponded to the 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> decade of life.

According to Holmes scale, the score was Pre 264+-31 and Post 94+-58 with brief family therapy. It was found a magnitude's effect with a reduction of 180 points and a probability of 0.94.

Conclusion: The brief family therapy is useful to decrease the moderate family crisis.

### Key Words:

Brief family therapy (BFT)

Moderate family crisis (MFC)

## ANTECEDENTES

Crisis se define como cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y requiere una respuesta adaptativa.(1,2,7)

Los eventos críticos pueden asociarse con la pérdida, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos.(3,4). Se describen dos tipos:

**1.-CRISIS NORMATIVAS.** Están asociadas a situaciones transitorias que ocurren en la vida familiar, se divide en:

**a)ETAPA CONSTITUTIVA**

\*Matrimonio.

\*Dependencia económica o afectiva de la pareja con su familia de origen.

\*Cónyuges adolescentes.

\*Problemas de adaptación sexual.

\*Diferencias culturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

**b)ETAPA PRO-CREATIVA.**

\*Embarazo.

\*Nacimiento del primer hijo.

\*Dificultad para asumir el papel paternal.

\*Familia con hijos lactantes y preescolares.

\*Adolescencia.

\*Ingreso y adaptación escolar de los hijos.

\*Hijo único.

\*Nacimiento de otro hijo.

\*Familia numerosa.

\*Sobreprotección o rechazo a los hijos.

\*Crecimiento y desarrollo.

**c) ETAPA DE DISPERSION.**

\*Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales.

\*Independencia y matrimonio de los hijos.

**d) ETAPA FAMILIAR FINAL.**

\*Síndrome del nido vacío.

\*Jubilación o retiro.

\*Climaterio.

\*Muerte de uno de los cónyuges, viudez.



## **2. CRISIS PARA-NORMATIVAS.**

Son aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas del desarrollo, que no están relacionadas con los periodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales. Estas crisis pueden tener impacto más desfavorable en la familia y un costo mayor para la salud.(5,13,14)

### **a) FACTORES AMBIENTALES.**

- \*Abandono o huida del hogar.
- \*Relaciones sexuales prematrimoniales.
- \*Embarazo prematrimonial o no deseado.
- \*Matrimonio no planeado.
- \*Experiencia sexuales traumáticas.
- \*Conflictos conyugales.
- \*Rivalidad entre hermanos.
- \*Problemas con familia de origen.
- \*Separación y/o divorcio.
- \*Incorporación de otra persona a la familia (adopción, padrastro, hermanastro).
- \*Suspensión de la escuela.

### **b) ENFERMEDADES O ACCIDENTES.**

### **c) FACTORES ECONOMICOS.**

### **d) FACTORES LABORALES.**

### **e) FACTORES LEGALES POR DELINCUENCIA.**

### **f) SITUACIONES AMBIENTALES: EMIGRACIÓN.**

### **g) CAMBIOS DE RESIDENCIA, DESASTRES.**

## **DINAMICA FAMILIAR**

JACKSON define la dinámica familiar como:(13,40,41)

Una colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad, funcione bien o mal.

Una familia normal o funcional identifica sus problemas de una manera clara, se comunica, expresan verbalmente su inconformidad o incomodidad, están dispuestos a negociar y transformarse.

Una familia patológica o disfuncional utiliza sus problemas como arma, para atacar al otro miembro de la familia, humilla, castiga, amenaza de manera importante su estabilidad.

En 1976, THOMAS HOLMES presentó un test (4,12)

**"MODELO PSICODINAMICO SISTEMATICO DE EVALUACION FAMILIAR "**

Este test llamado escala de HOLMES ó también escala de REAJUSTE SOCIAL.

Consta de SIETE variables(5,6,8) :

1. Tiempo de evolución.
2. Individualidad en el sistema (Familia de origen).
3. Individualidad en el sistema (Familia Nuclear).
4. Espectro Coalición-Colusión.
5. Mecanismo de defensa.
6. Patrones de comunicación.
7. Control de conducta.

La calificación que otorga es de acuerdo a la siguiente escala de 0 a 149. Y debe evaluarse cada 2 años o antes en caso de alguna eventualidad importante.(9,10,11)

0 - 149 -----	<b>NO HAY PROBLEMA</b>
150 - 199 -----	<b>CRISIS LEVE</b>
200 - 299 -----	<b>CRISIS MODERADA</b>
MAYOR- 300 -----	<b>CRISIS GRAVE</b>

## **TERAPIA FAMILIAR BREVE**

Gasset, define en 1914 el principio básico de la teoría sistémica de la terapia familiar que dice "Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salva a ella, no me salvo yo". El individuo no puede ser entendido sino como parte de un sistema ( familia, lugar de trabajo, sociedad) en el que participa y al que se integra.(14)

La terapia familiar breve comenzó a desarrollarse como tal en los años 50's en Estados Unidos de América, su aparición promovió una diferente manera de entender el comportamiento humano. Cambio la manera de enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir: desde el mundo interno y/o individual (Psicoanálisis) y externo (Conductual) hacia la interacción familiar.(15,16,17)

En España, el movimiento de la teoría general de los sistemas se inició en los años 70's. Fue a partir de 1981 que formalizaron las jornadas anuales de Terapia Familiar breve por los fundadores españoles.(18,19)

La terapia familiar es una nueva forma de investigar y tratar los problemas y las enfermedades a partir del contexto inmediato en que vive la persona. Su fin es mejorar las relaciones familiares al esclarecer el sentido que tienen para cada uno de los miembros de la familia los comportamientos verbales (comunicación digital), y no verbales (analógica); también busca revisar la historia de la familia actual y las respectivas familias de origen (abuelos, tíos, primos, etc.) para identificar situaciones que desencadenan o contribuyen al desarrollo de crisis; se ayuda a cada miembro a aumentar el conocimiento de sí mismo en relación con los demás, es decir expectativas que influyen para que se tome una determinada actitud y reacción frente al otro, de la manera en que lo hace.(20,23,25)

La terapia familiar pretende identificar y solucionar las crisis que ocurren dentro de la familia y reemplazar la comunicación disfuncional, por una comunicación funcional (clara, directa y afectiva). La comunicación es el canal por el cual las personas se relacionan. Watzlawick, Beavin y Jackson en su obra "La teoría de Comunicación Humana" describen diferentes axiomas de la comunicación, entre los que se encuentra el siguiente: un individuo que se sienta callado a nuestro lado nos está gritando "no quiero comunicarme".(21,22,28)

Además intenta buscar soluciones para los problemas a los cuáles se enfrenta diariamente el médico de atención primaria, con la dificultad de tratar a un paciente en el que se ha descartado un proceso orgánico y sin embargo, sus quejas son exclusivamente físicas. Aquí los tratamientos farmacológicos no demuestran ser curativos y para comenzar la terapia familiar breve es necesario que el paciente acepte que el origen de su crisis es una causa no orgánica.(30,31)

Su fundamento teórico radica en la teoría general de los sistemas, el constructivismo radical y la teoría de la comunicación humana (35,36,37).

La terapia familiar breve termina cuando el paciente refiere que sus objetivos se han cumplido o considera que está suficientemente mejor y que puede seguir una mejora sin ayuda; también está indicado concluir la en el caso de que no se obtengan progresos en su mejoría y por el contrario exista empeoramiento y cronicidad de sus síntomas, entonces derivarse de inmediato para continuar su tratamiento con psicología y/o psiquiatría.(38,39,40,41)

## **MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR**

### **MODELO QUE ENFATIZA EL PROCESO (Terapia familiar Estratégica).**

El Modelo de Gregory Bateson, establece que los conflictos y problemas son conductas repetitivas retenidas en bucles o patrones de relación interpersonal (reglas familiares), restringen la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.(26)

### **MODELO CENTRADO EN LA ESTRUCTURA (Terapia familiar estructural).**

MINUCHIN y cols. Enfatizan los aspectos jerárquicos en la familia. E intenta modificar la estructura del sistema familiar. Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas, permeables, etc,(27).

### **MODELO QUE ENFATIZA LA VISION DEL MUNDO. (Escuela de Milán).**

Establece que las familias tienen una particular visión de la realidad y el mundo que subyacen a sus patrones interaccionales. (24)

Basado en 3 principios:

**HIPOTETIZACION:** El terapeuta genera hipótesis por el comportamiento familiar.

**CIRCULARIDAD:** Facilidad a la familia para que perciban la relación entre sus comportamientos.

**NEUTRALIDAD.** Se mantiene neutro. Propone a la familia nuevas formas de ver sus problemas.

## **NIVELES DE INTERVENCION Y TRATAMIENTO EN LA TERAPIA FAMILIAR BREVE.(34,35,36)**

1.-EDUCACION

2.-ORIENTACION

3.-PSICOTERAPIA

**EDUCACION:** Proporciona el conocimiento y habilidades prácticas para el manejo de problemas.

**ORIENTACION:** Ayuda a los individuos y sus familias a definir problemas en sus relaciones, reconocer la interacción familiar, y encontrar alternativas para enfrentar el problema.

**PSICOTERAPIA:** Su objetivo es producir cambios interaccionales importantes y perdurables para modificar la dinámica familiar. Quien tiene dos fases: Terapia Familiar Breve y Psicoterapia.

**TERAPIA FAMILIAR BREVE:** Su propósito primario es modificar relaciones interpersonales, disfuncionales. Sugiere, apoya, explica y recomienda. Actúa a nivel del consciente llamado orientador Individual.

**TERAPEUTA INDIVIDUAL:** Explora profundidades del inconsciente, relacionados con su vida psíquica actual, con hechos de su pasado; basado en la teoría del Psicoanálisis.

### **TERAPIA FAMILIAR BREVE**

También conocida como **TEORIA SISTEMICA** o **TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS**, la cual refleja que el individuo no puede ser entendido sino como parte de un sistema ( familia, lugar de trabajo y sociedad) en el que participa y se integra.(29) Existen tres conceptos fundamentales de la Teoría Sistémica:

**TOTALIDAD.** Un sistema es más que la suma de sus partes.

**CIRCULARIDAD.** En los sistemas humanos no es posible establecer una causalidad, un locus de la mal función.

**EQUIFINALIDAD.** Los mismos efectos pueden tener orígenes diferentes. Por esto la terapia breve es más centrada en averiguar la organización estructural y funcional de los sistemas, conocer su génesis.

### **CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE.**

(Modificado de Piercy y Cols., 1990)(32,34)

- 1.- El comportamiento debe entenderse en relación a su contexto familiar.
- 2.- Utilizar conceptos de la teoría general de los sistemas. (Homeostasis, feedback, positivo y negativo).
- 3.- El ciclo vital de la familia es importante en el diagnóstico y tratamiento.
- 4.- Los comportamiento individuales cambian al cambiar el contexto familiar.
- 5.- Las familias son sistemas gobernados por leyes.
- 6.- Énfasis en el presente.
- 7.- La terapia intenta cambiar pautas del comportamiento repetitivas.
- 8.- El terapeuta juega un papel directivo.
- 9.- El terapeuta utiliza "lo que funciona".
- 10.-La terapia esta orientada hacia el síntoma.
- 11.-El diagnóstico comprende la hipotetización, la intervención y el examen de los resultados.
- 12.-Uso de contratos terapéuticos.
- 13.-Las tareas conductuales son importantes.
- 14.-La "unión" con la familia es básica.
- 15.-Empleo de paradoja terapéutica.
- 16.-La terapia tiende a ser breve.

### **INDICACIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE.(32,34)**

- 1.- Situaciones en que los síntomas del paciente estén situados en la esfera interpersonal, tales como: conflictos conyugales y familiares, crisis graves ligadas a una fase del ciclo vital, duelos patológicos familiares.
- 2.- Afecciones psiquiátricas del niño, que deban tratarse desde una perspectiva familiar. (fobias escolares, enuresis, enfermedades psicosomáticas graves).
- 3.- Trastornos del adolescente: Estados depresivos, delincuencia, toxicomanías, anorexia nerviosa, pueden estar unidos a una problemática familiar.
- 4.- Enfermedades psiquiátricas graves (psicosis maniaco depresiva, esquizofrenia), donde es necesario que participe la familia en su tratamiento.
- 5.- Las toxicomanías, alcoholismo en particular.
- 6.- Muchas enfermedades somáticas invalidantes o mortales, en las que la intervención favorezca el funcionamiento familiar.

### **COMPONENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE.(22,32,34)**

#### **1.- FASE EXPLORATORIA**

#### **2.- TECNICAS EN LA FASE TERAPEUTICA**

##### **1.- FASE EXPLORATORIA:**

En la primera entrevista, informa a la familia sobre la manera de trabajar, obtiene información sobre su problemática, conoce el motivo de su consulta, establece una hipótesis de trabajo y propone o no su contrato terapéutico si sus técnicas ayudan a la familia en su situación actual.

Durante esta fase se recoge información sobre la familia de manera ordenada empleando la ficha relacional.

### **ESQUEMA DE LA FICHA RELACIONAL**

#### **CONTENIDO**

##### **A: CIRCUNSTANCIA DE LA DERIVACION**

1. Nombre del entrevistador, de los informantes y fecha de la entrevista.
2. DERIVACION: Nombre del derivador, relación con la familia, nota de la derivación, circunstancias que motivan y porque se produce la derivación.
3. MOTIVO DE LA CONSULTA.

##### **B: FAMILIA NUCLEAR**

1. PADRE Y MADRE. Nombre, edad, lugar de nacimiento, estudio, trabajo, breve historia laboral, otras ocupaciones, etc.
2. FECHA DE LA BODA.
3. Hijos (Mismos datos).
4. Convivientes en la familia nuclear.

##### **C: FAMILIA EXTENSA**

Nombres, edades, lugar de residencia, y relación que se mantiene con ellos, con los padres y hermanos familiares de la familia nuclear.

**D: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.** Preguntas del cuestionario de Bergman.

**BERGMAN** formuló una serie de preguntas dirigidas en general a toda la familia.(29,35,36)

#### CUESTIONARIO DE BERGMAN

##### PREGUNTAS:

- 1.- ¿Quién es el que tiene un problema?
- 2.-¿Por qué ese síntoma es un problema?
- 3.-¿Alguien de la familia no considera que ese síntoma sea un problema?
- 4.-¿Quién está más preocupado por el problema?
5. ¿Con qué frecuencia se presenta? ¿Cuándo? ¿Cómo?
6. ¿Quién reacciona ante el síntoma? ¿Cómo? ¿Cuándo comenzó el síntoma?
7. ¿Cómo explica la familia el problema?
8. ¿Quién intentó qué cosa y durante cuánto tiempo?
9. ¿Cree la familia que algunas de las cosas intentadas podrían haber sido más útiles?
- 10.¿Los padres concuerdan o discrepan acerca de las soluciones? ¿Cómo reaccionan cada uno de los familiares ante las soluciones propuestas implementadas por otros?
- 11.¿Cuál es la historia familiar respecto a anteriores ayudas recibidas y cuál fue su reacción ante ellas?
12. ¿Qué sucedería si el síntoma empeorase o mejorase?

#### TECNICAS DE LA FASE TERAPEUTICA

Cada **modelo de Terapia breve** tiene sus propias técnicas las cuales puede combinarse en una misma terapia y nos centraremos a las siguientes:

**CONNOTACION POSITIVA, LAS PREGUNTAS CIRCULARES Y LOS MAPAS DEL FUTURO.**(34)

#### CONNOTACION POSITIVA

Redefinir como positivos comportamientos familiares que son vividos como negativos. Reorienta a la familia hacia maneras más positivas de ver sus interacciones y permite al terapeuta entrar en la familia. Steve de Shacer aquí recomienda que antes del inicio, deben darse comentarios positivos sobre la familia.

#### PREGUNTAS CIRCULARES

Interrogan sobre cambios y diferencias que se producen en las familias y pueden poner de manifiesto pautas familiares. Basado en el Feed-Backs que recibe de la familia.

#### MAPAS DEL FUTURO

Se pide a uno o a cada uno de los miembros de la familia que visualice cómo quisiera que fuera la situación en el futuro. Esta puede acercar al cambio.

## JUSTIFICACION.

En un estudio previo realizado en la UMF "80", I.M.S.S, Morelia Michoacán en el año 2000, denominado Diagnóstico de Salud Familiar(33), se detectaron eventos relevantes en la relación familiar, que influye de forma directa para desarrollar Crisis Familiar.

Con estos hallazgos nos permitimos hacer uso de la aplicación de Terapia Familiar Breve que debe ser manejada como requisito indispensable por el especialista de Medicina Familiar, y que tenga las bases para poderla aplicar en familias con crisis y así mejorar al paciente y a su familia en su aspecto bio-psicosocial, para que haya una mayor funcionalidad y que existan alternativas de solución dentro de su ámbito familiar.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La crisis familiar moderada es un problema frecuente en nuestros días, al cual en ocasiones no se le da importancia y puede ocasionar aún mayor crisis familiar. Aunque existen alternativas sencillas de tratamiento, como es la Terapia Familiar Breve.

A pesar de ello no aparece como causa en la demanda de atención médica en nuestra unidad, probablemente porque no se diagnostica como tal y, no se puede dar un seguimiento y un tratamiento integral por el equipo multidisciplinario de salud a la familia.

¿La aplicación de Terapia Familiar Breve disminuye la crisis familiar moderada?

## **HIPOTESIS**

**LA APLICACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR BREVE DISMINUYE LA CRISIS FAMILIAR MODERADA.**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

EVALUAR SI LA TERAPIA FAMILIAR BREVE DISMINUYE LA CRISIS FAMILIAR MODERADA.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- CONOCER LA COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA CON CRISIS FAMILIAR MODERADA YA APLICADA LA TERAPIA FAMILIAR BREVE.

## MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, longitudinal y cuasi-experimental.

### POBLACIÓN.

Se estudiaron 40 pacientes con crisis familiar moderada de la U.M.F. No. 80 del IMSS en Morelia, Mich., en un período comprendido de Mayo del 2001 a Mayo del 2002, la cuales fueron previamente seleccionadas de un estudio llamado Diagnóstico de Salud Familiar<sup>(54)</sup> el cual consideró la escala de Holmes para calificar la crisis familiar (leve, moderada, severa), y participaron los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Familias adscritas a la UMF no. 80.
- 2.- Familias que de acuerdo a la evaluación con la escala de Holmes presentaran crisis familiar moderada.

### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- 1.- Familias no adscritas a la UMF no. 80.
- 2.- Familias que de acuerdo a la evaluación con la escala de Holmes presentaran crisis familiar leve y severa.
- 3.- Familias que no cooperaron.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Familias que no desearon continuar en el estudio.

## **PROCEDIMIENTO.**

A todos los pacientes con crisis familiar moderada del estudio de Diagnóstico de Salud Familiar, los cuales se localizaron por medio de trabajo social y contacto vía telefónica, se citaron para realizar una entrevista personalizada con el paciente en un consultorio ex profeso de la UMF no. 80 del IMSS Morelia Michoacán., se informó sobre este proyecto de investigación, se les explicó que era un seguimiento del estudio anterior del que se había realizado ya una pre-evaluación con la escala de Holmes (Anexo 2, 3), para iniciar así el manejo con Terapia Familiar Breve, quienes aceptaron y reunieron los criterios de inclusión, firmaron hoja de consentimiento informado. (Anexo 1).

Posteriormente se programaron de 3 a 4 sesiones para aplicar Terapia Familiar Breve (Anexo 4 y 5); se otorgó siempre el mismo día de la semana con una duración de 1 a 2 horas por sesión, al término de esta se realizó la post-evaluación con escala de Holmes (Anexo 2,3).

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS.V 10 para Windos. La normalidad de los datos se analizó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de los datos fue hecho con la prueba no paramétrica de t Wilcoxon seguida del estimador de Lehmann para evaluar la magnitud del efecto. Se consideró de significancia estadística a un valor de  $P < 0.05$ .

## RESULTADOS:

En los 40 pacientes estudiados la edad promedio fue de 35 años  $\pm$  17.70, con un valor modal de 31 años.

En cuanto a su distribución por sexo, fue más frecuente en el sexo femenino con 31 pacientes (78%). De acuerdo a su escolaridad el 53% tenían un grado académico de medio superior a profesional, con predominio de éste último. (Tabla no. 1).

TABLA NO. 1. Características demográficas de la población estudiada con crisis familiar moderada.

PARAMETRO	NUMERO	%
EDAD	35 años	
SEXO: FEM	31	78
MASC	9	22
ESCOLARIDAD:		
PRIMARIA	8	20
SECUNDARIA	11	27
PREPARATORIA	6	15
TECNICO	3	8
PROFESIONAL	12	30
DEMOGRAFIA:		
URBANO	39	98
RURAL	1	2

En cuánto a las características sociales de la población estudiada con Crisis Familiar Moderada, encontramos que prácticamente el 100% tenían cierto grado de desintegración; en su composición, predominó la familia nuclear con un 75%, mientras que en el ciclo vital el 43% se encontraban en fase de dispersión y el 35% en fase de independencia. (Tabla 2).

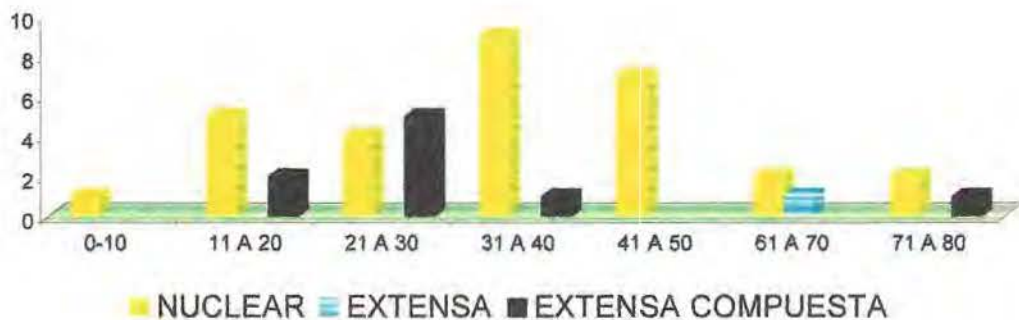
TABLA NO. 2. Características sociales de la población estudiada con crisis familiar moderada.

PARAMETRO	NUMERO	%
INTEGRACION		
SEMI-INTEGRADA	27	68
DESINTEGRADA	13	32
TIPOLOGIA		
OBRERA	29	73
PROFESIONISTA	11	27
COMPOSICION		
NUCLEAR	30	75
EXTENSA	1	3
EXTENSA COMP.	9	22
CICLO VITAL		
EXPANSION	3	7
DISPERSION	17	43
INDEPENDENCIA	14	35
RETIRO Y MUERTE	6	15

Con la finalidad de encontrar el sentido de relación entre las variables anteriormente descritas (escolaridad, integración, composición y ciclo vital), las analizamos las diferentes categorías de edad, que fueron de 10 en 10 años, se encontró únicamente una relación fuerte de estas categorías de la edad con las variables de composición familiar y ciclo vital. La distribución de las otras variables poblacionales respecto al resultado no aportaron relación en cuanto a su respectiva tabla de contingencia

Con el propósito de analizar detalladamente las variables de los integrantes de las familias nucleares, que de acuerdo a la composición fue el tipo de familia que predominó con un 75%, encontramos que la edad más frecuente fue de 31 a 40 años 30%, siguiendo el grupo de 41 a 50 años 24%, de 11 a 20 16%, de 21 a 30 años 13%, de 61 a 70 7%, de 71 a 80 6% y de 0 a 10 4%. En cuanto a la composición extensa y extensa compuesta de las familias, no hubo relevancia. (Gráfica 1).

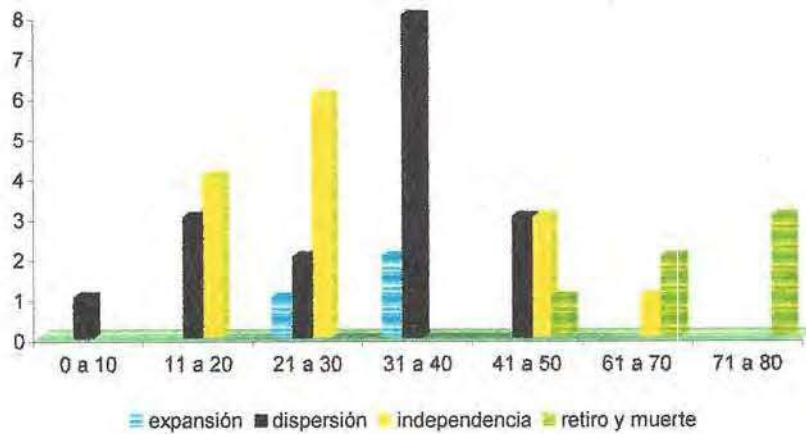
Gráfica 1. Composición familiar por edad.



Encontramos una fuerte asociación entre la relación de la edad con ciclo vital y composición familiar ( $p < 0.05$ , t de Wilcoxon), se encontró que la edad más frecuente en familias en fase de dispersión, fue de 31 a 40 años 47%; en orden decreciente de 11 a 20 años 18%, de 41 a 50 años 18%, de 21 a 30 años 12% y de 0 a 10 años 5%. En las familias en fase de independencia su mayor distribución fue de los 21 a 30 años 43%, de 11 a 20 años 29%, de 41 a 50 años 21%, de 61 a 70 años 7%. En fase de expansión, retiro y muerte no hubo relevancia. (Gráfica 2).

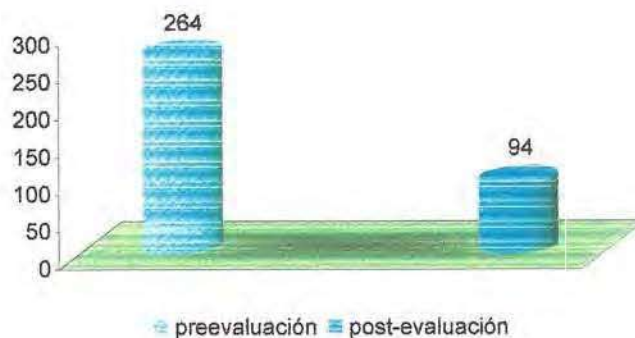


Gráfica 2: Ciclo vital por edad.



Se comparó la pre y post-evaluación realizada en la población estudiada con la escala de Holmes. La pre-evaluación tuvo una media de 264 +-31, mientras que la post-evaluación tuvo una reducción significativa  $P < 0.05$ , con una media de 94 +-58 (t wilcoxon). Para determinar la magnitud del efecto se utilizó el estimador de Lehmann que dio una reducción de 180 puntos en la post-evaluación, con una probabilidad de 0.94. (Gráfica 3)

Gráfica 3: Diferencias entre la pre y post-evaluación con Terapia Familiar Breve.



## CONCLUSIONES

A los pacientes de la UMF no. 80 del IMSS, con Crisis familiar moderada se les aplicó Terapia Familiar Breve, se encontró lo siguiente:

- 1.- El sexo femenino entre la 3ª y 4ª década de la vida fue el más afectados con crisis familiar moderada.
- 2.- La crisis familiar moderada predominó en la familia nuclear y, en las fases de dispersión e independencia.
- 3.- La Terapia Familiar Breve fue una herramienta útil, de fácil aplicación y de bajo costo para disminuir la crisis familiar moderada.

## DISCUSIÓN

El modelo de Terapia Familiar Breve posee técnicas sencillas que aplicadas en el marco de la entrevista clínica pueden fomentar soluciones eficaces para los pacientes con crisis familiar moderada. Es posible que un médico familiar que disponga de consulta programada pueda proporcionar a sus pacientes terapia familiar breve siempre y cuando tenga una formación teórica y práctica adecuada.(22,23)

En este estudio se encontró que la población estudiada con crisis familiar moderada su edad promedio fue de 35 años, este hallazgo es relevante porque los pacientes se encuentran en edad reproductiva; de la misma manera llamó la atención el predominio del sexo femenino (78%) la explicación es porque las características del género de nuestra sociedad es matricéntrica; en cuanto a la escolaridad, el nivel académico que predominó fue el medio superior y el profesional; sin embargo, al analizar a las familias desde el punto de vista de tipología, predominó la clase obrera (73%), lo cual puede explicar la existencia de cierto grado de frustración por realizar actividades ajenas a su preparación profesional. El 100% presentó algún grado de desintegración familiar, por desconocer y no cumplir con las funciones básicas de la familia lo que puede influir en el desarrollo de crisis familiar moderada.(1,2,6,7)

Otro aspecto importante a estudiar fue la composición y ciclo vital de la familia, en donde encontramos que la familia nuclear fue la más afectada sobre todo en su fase de dispersión e independencia; como consecuencia a la mala relación de la díada filial y a sus crisis paranormativas, las cuales son evaluadas con la escala de Holmes. Nosotros encontramos que las díadas conyugal y filial fueron las más afectadas en comparación con otros estudios, esto como consecuencia de que la mayoría de los pacientes pertenecían a familias nucleares.(40,41)

La crisis familiar moderada es una alteración frecuentemente encontrada (4) y, existen escalas para su identificación una de ellas es la escala de Holmes (6). La terapia familiar breve es una herramienta terapéutica a disposición del médico familiar, del terapeuta familiar y del psicoterapeuta que ha demostrado ser útil en el tratamiento de estas alteraciones (38,39).

En nuestro estudio se utilizó la terapia familiar breve con buenos resultados, obtuvimos una reducción de 180 puntos en la post-evaluación en relación a la evaluación inicial con escala de Holmes, los resultados obtenidos creemos que no son mejores que los reportados con otro tipo de tratamiento; sin embargo este tipo de terapia es de gran utilizada para el médico familiar que es el encargado de resolver la mayor parte de las quejas de los pacientes con crisis, que en la mayoría de los casos se va a manifestar por alteraciones somáticas, pero al no disponer del tiempo suficiente para la consulta muchas veces no es posible detectar dicha somatización como manifestación de crisis familiar.

## SUGERENCIAS

- 1.- Evaluar periódicamente a las familias para corroborar si efectivamente la mejoría observada en la post-evaluación persiste, o por el contrario presentan crisis nuevamente y de ser así ofrecer al paciente un manejo multidisciplinario con ayuda de psicología y/o psiquiatría.
- 2.- Que el médico familiar, conozca los criterios para diagnosticar crisis familiar.
- 3.- Que el médico familiar haga uso de los instrumentos de trabajo con los que cuenta, para explorar el área psicosocial de su población adscrita y detectar oportunamente la crisis familiar, para proporcionar terapia familiar breve en forma temprana.
- 4.- La creación de un departamento de terapia familiar breve en esta unidad, a donde se puedan canalizar las familias con crisis detectadas por el médico familiar a través de la aplicación de la escala de Holmes.

## REFERENCIAS

- 1.- Irigoyen-Coria A. Gómez-Clavelina FJF, Hernández Ramírez C. Farfán Salazar G. Diagnóstico Familiar 4ª. Edición, la reimpresión Editorial Medicina Familiar Mexicana. México, 1994 p. 101-08
- 2.- Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 5ª. Edición. 1998. p. 324-9
- 3.-Ackerman NW, Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Buenos Aires: Hormé, 1982. p.4:107-112
4. Irigoyen-Coria A. Gómez Clavelina FJF, Hernández Ramírez C. Farfán Salazar G., Diagnóstico Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México,2000. p. 1214-18
- 5.- Irigoyen-Coria A., Morales-López H, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2000. p. 210-14
- 6.- Irigoyen-Coria A, Lecciones de Dinámica Familiar para matrimonios cristianos 1era. Edición 1987. p. 24-9
- 7.- Hennen BK. Estructura y función de la familia. En: Shires DB. Eds. Medicina Familiar Guía Práctica. Madrid, McGraw-Hill 1980. 1250-5
- 8.- Revilla AI. Fleitas L. El apoyo social y atención primaria. Atención primaria 1991; 8:664-6.
- 9.- Medaliej H. Medicina Familiar: principios y prácticas, México editorial Limusa, 1987. 478-82
- 10.-Mc Daniel SH Capbell TJ. Seaburn DB. Family Oriented Primary Health Care. New York: Springer-Uerlag, 1990. Medifam vol. No. 7 Nov. 2000. p.26-32
- 11.-Gordón Js. Manifiesto for a New Medicine: Your Guide to Healing partnership and th wise use for alternative therapies, reading Mass: addison-Wesley, 1996. 24: 18-24
- 12.-Pérez Cárdenas C. Crisis Familiares no Transitorias. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1992; 8(2): 144-51.
- 13.-Goldberg D. Huxley P. Common Mental Disorders: a biosocial Model. London: Routh ledge, 1992. p.123-6
- 14.-Klerman GL, Rousanville B. Chevron E. Neu C., Weiss-man MM. Interpersonal Psychotherapy of depresión (I.P.T). New York: Basre Books, 1984. p. 790-4
- 15.-W.Klerman GL, Budman S, Berwic D, Werssman MM, Dinámico White J. Demby A, et al. Efficacy of a brief among patients in primary care. Medical care 1987; 8:6-15.

- 16.-Alberto González. Clínica del Cambio. Nadir editores Carlos Sluzki.  
Parámetros para pensar en Terapia de pareja. Soc. Arg. De Terapia Familiar.  
1994. p. 280-87
- 17.-Salvador Minuchin y H. Charles Fishman Terapia Familiar Ediciones  
Paidós.1990. p. 67-74
- 18.-Alfredo Canevaro, Apuntes para una filosofía Terapéutica del Grupo Familiar.  
Revista de Terapia Familiar no. 3 año 1989. Soc. Arg. de Terapia Familiar. p.  
1765-9
- 19.-J. Haley. Terapias no convencionales. Iván Bozormenyi-Nagg. Visión dialéctica  
de la Terapia Familiar Intergeneracionales. Revista de Terapia Familiar no. 2  
año 1978.p. 67-74
- 20.-Sadish LUR, Montgomery LM, Wilson P. Wilson MR. Bright I, Okwumabue T.  
Effects of family and mental psychotherapies; a meta analysis. Journal of  
Consulting and clinical Psychology 1993;61: 992-1002.
- 21.-Watzlawick P. Beaulin J. Jackson PP. Teoría de la Comunicación Humana.  
Barcelona, Editorial Herder, 1991. p. 754-9
- 22.-Slyzki CE. Process, Estructure and word visión: Towards and integrated  
visión of the family Therapy Sistemic models. Family process 1983; 22:469-47.
- 23.-De Shazer, S. Pautas de Terapia Familiar Breve. Barcelona, Editorial Paidós,  
1989.p. 689-93
- 24.-Boscolo L. Celchin G. Hofman L. penn P. Terapia Familiar Sistémica de Milán.  
Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrorth Editores. 1987. p.  
89-93
- 25.-Selvini Palazoli M. Bascolo L. Cecchin CF, Prata G. Hypothesizing, Circulantly-  
neutrality: the guide lines for the conduct of the sesión, process 1980;  
19:3-12.
- 26.-Werheine G. The Science and typology of family systems. II Further theoreticla and  
practical considerations. Family process 1975; 14:285-309.
- 27.-Salen G. Abordaje Terapéutico de la familia. Barcelona, Masón, 1990. 10  
Minuchin S. Familias y Terapia Familiar, Barcelona, Editorial Crónica, 1977.  
p. 123-7
- 28.-Watzlawick P. Weckland JH, Fisch R. Cambio: Formación y Solución de  
Problemas Humanos. Barcelona, Editorial Herder 1992. p. 678-82
- 29.-Bergman JS. Pescando Barracudas. Pragmática de la Terapia Sistémica  
Breve. Barcelona Editorial Paidós. 1991.p. 350-5
- 30.-Szmukler GL. Bercowrtz R. Elsler I, Leff J. Dare C. Expressed emotion in  
individual and family settings: a comparative study, British Journal of  
Psychiatry 1987; 151: 174-8.

- 31.-Cabrero L. Nieto E. Amor B. Hernández J. Obiolsj. Terapia psicoeducativa familia. Primera experiencia en Cataluña. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en Barcelona II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial, 1990. p. 89-94
- 32.-Piercy FP, Sprenkle DH, Family Therapy Sourcebook New York, The Guilford press 1990. p. 456-60
- 33.-Rodríguez F. E. Ruíz GJ, Diagnóstico de Salud Familiar en la UMF no. 80 del IMSS. Morelia Michoacán. Febrero 2001. p. 890-5
- 34.- Haro Abad J.M., Cabrero A.L. Terapia Familiar. 2001.
- 35.-Richard S., Markowitz L., Barrilleaux C., The Art of psychotherapy: case studies from the family therapy Networker. The american Journal of psychiatry. Mayo 2000, 157: 846-51.
- 36.-Kingsbury S., Hawton K. Steinhardt K., Deliberate self harm in adolescence : a systematic review of psychological and psychosocial factors. Department of psychology, staffordshire University. Mayo 2002. 38: 235-44.
- 37.-Szmukler, George; Dare, Christopher. Family Therapy. Aten Primary. May 1996. 9: 198-203.
- 38.-Richard S., Markowitz L., Barrilleaux., Brief family therapy: an option for the treatment of somatoform disorders in primary care. The american Journal of family. May 2001. 138: 1305.
- 39.-Sánchez H.E. Tomás G.V. Intervención psicológica en conductas adictivas. Aten. Primaria. Enero 2001, 3: 21-7.
- 40.-Oseguera G.M. Disfunciones familiares. II Reunión regional de médicos familiares. Marzo 1992, 14-26.
- 41.- Saing Tseng W., Mac Dermott. Triaxial Family Classification. J. Child Psichiadry. 1990; 18: 27-43.



## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN VOLUNTARIA EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MEDICA.

Morelia, Michoacán \_\_\_\_\_  
Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, derechohabiente del  
IMSS con no. de afiliación \_\_\_\_\_ y con  
domicilio \_\_\_\_\_.

Acepto de forma VOLUNTARIA y sin tener presiones de ninguna índole por parte de persona alguna o institución, para participar en el proyecto de investigación titulado:

“RESULTADOS DE LA TERAPIA FAMILIAR BREVE EN PACIENTES CON CRISIS FAMILIAR MODERADA”.

Uno de los objetivos de este estudio es aplicar terapia familia en familias donde se detecto disfunción familiar moderada.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder a una encuesta pre-medición, aplicación de terapia familiar y Post-medición, con seriedad.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Ma. Concepción Fabela  
Sixtos. R3 Medicina Familia

\_\_\_\_\_  
Testigo.

\_\_\_\_\_  
Testigo.

## ANEXO 4

### ESCALA DE HOLMES

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de una familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambios a una línea diferente de trabajo	36
19. Cambios del número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza o deja de trabajar	26
27. Inicia o termina el ciclo escolar	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambios en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambios en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11
TOTAL	-----

## **ANEXO 5**

### **ESQUEMA DE LA FICHA RELACIONAL**

#### **CONTENIDO**

##### **A: CIRCUNSTANCIA DE LA DERIVACION**

1. Nombre del entrevistador, de los informantes y fecha de la entrevista.
2. DERIVACION: Nombre del derivador, relación con la familia, nota de la derivación, circunstancias que motivan y porque se produce la derivación.
3. MOTIVO DE LA CONSULTA.

##### **B: FAMILIA NUCLEAR**

1. PADRE Y MADRE. Nombre, edad, lugar de nacimiento, estudio, trabajo, breve historia laboral, otras ocupaciones, etc.
2. FECHA DE LA BODA.
3. Hijos (Mismos datos).
4. Convivientes en la familia nuclear.

##### **C: FAMILIA EXTENSA**

Nombres, edades, lugar de residencia, y relación que se mantiene con ellos, con los padres y hermanos familiares de la familia nuclear.

- ##### **D: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.** Preguntas del cuestionario de Bergman.

## ANEXO 6

**BERGMAN** formuló una serie de preguntas dirigidas en general a toda la familia.(29,35,36)

### CUESTIONARIO DE BERGMAN

#### PREGUNTAS:

- 1.- ¿Quién es el que tiene un problema?
- 2.-¿Por qué ese síntoma es un problema?
- 3.-¿Alguien de la familia no considera que ese síntoma sea un problema?
- 4.-¿Quién está más preocupado por el problema?
5. ¿Con qué frecuencia se presenta? ¿Cuándo? ¿Cómo?
6. ¿Quién reacciona ante el síntoma? ¿Cómo? ¿Cuándo comenzó el síntoma?
7. ¿Cómo explica la familia el problema?
8. ¿Quién intentó qué cosa y durante cuánto tiempo?
9. ¿Cree la familia que algunas de las cosas intentadas podrían haber sido más útiles?
- 10.¿Los padres concuerdan o discrepan acerca de las soluciones? ¿Cómo reaccionan cada uno de los familiares ante las soluciones propuestas implementadas por otros?
- 11.¿Cuál es la historia familiar respecto a anteriores ayudas recibidas y cuál fue su reacción ante ellas?
- 12.¿Qué sucedería si el síntoma empeorase o mejorase?