



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICO BIOLÓGICAS**  
**“DR. IGNACIO CHÁVEZ”**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



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

# **IMPACTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA, EN FAMILIAS DISFUNCIONALES ADSCRITAS A LA UMF # 80**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

**GABRIELA ABIGAIL DÍAZ HERRERA**

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

TUTORA DE TESIS:  
DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA

CO-TUTORA DE TESIS:  
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES RENTERÍA ORTIZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
TERAPEUTA FAMILIAR

CO-ASESOR ESTADÍSTICO:  
MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO  
ANALISTA COORDINADOR “A”

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. FEBRERO 2014



Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar # 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Ciudad de Morelia, Michoacán, México.

TUTOR DE TESIS:

**Dra. Oliva Mejía Rodríguez**

Especialista en Medicina Familiar

M.C. en Farmacología Clínica.

Profesora de asignatura "A" Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Universidad Nacional Autónoma de México

CO- TUTOR DE TESIS:

**Dra. María de los Ángeles Rentería Ortiz**

Especialista en medicina familiar

Terapeuta familiar y de pareja

Maestría terapia de hipnosis Ericksoniana

Especialista en curso de supervisión

CO-ASESOR ESTADÍSTICO:

**MAT. Carlos Gómez Alonso**

Analista coordinador "A"

CIBIMI- IMSS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602  
H. GRAL REGIONAL NUM 2, MICHOACÁN

FECHA 01/04/2012

**M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**IMPACTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES ADSCRITAS A LA UMF # 80**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-25

ATENTAMENTE

**DR. (A) MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

IMSS



**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ**  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN  
DELEGACIÓN MICHOACÁN

**DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ**  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN

**DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ**  
DIRECTOR DE LA UMF 80

**DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ**  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA UMF 80

**DR. JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ**  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA  
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 80



**DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ.**

JEFE DE DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FAC. CIENCIAS MEDICO BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS**

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Este protocolo se presentó en:

Las XIV Jornadas de Medicina Familiar, llevadas a cabo en la UMF # 80, del 13 al 15 de noviembre de 2013.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos y cada una de las personas que contribuyeron para que este estudio de investigación se llevara a cabo.

Dr. Ricardo García Jiménez, director de la UMF # 80, así como al Dr. Sergio Martínez, Y Dra. Leticia Lemus coordinadores de la UMF # 80, en el turno vespertino, por las facilidades prestadas para la disposición de espacios y recursos.

A Tere Anguiano y Noemí, trabajadoras sociales del turno vespertino de la UMF# 80.

A mi querida Moni Gudiño Paz, que a pesar de las adversidades y la falta de recursos siempre estuvo presente; gracias.

A la Dra. Oliva Mejía Rodríguez, por la confianza depositada en mi persona, por el aporte y enseñanza recibida, no solamente en lo académico, también a nivel personal, que fortalecieron al médico en formación. Mi admiración y respeto.

Mi agradecimiento, así como mi reconocimiento a una mujer de una integridad invaluable, a un profesional admirable y la responsable de mi crecimiento personal y académico a la Dra. María de los Ángeles Rentería Ortiz. Su presencia marco la diferencia entre el antes y el después. Gracias por caminar a mi lado, por mostrarme el camino y quitarme la venda de los ojos; ciertamente no tiene precio, por tanto, es lo más valioso. Espero poder seguir siendo el ventrículo izquierdo. Usted se queda en todo mi corazón.



**DRA. EMMA ESPEJEL ACO.**

Psicóloga, Dra. En terapia psicoanalítica de la universidad intercontinental.

Especialista en psicoterapia de grupo (UNAM E IIPICS).

Especialista en terapia de pareja y el curso de postgrado en supervisión.

Diplomado en terapia médico familiar.

Diplomado internacional de narrativa.

**Autora de la “Escala de funcionamiento familiar”**

Maestra es psicología clínica en la UNAM.

Maestra, supervisora e investigadora en el instituto de la familia IFAC A.C.

Presidenta del consejo mexicano de terapia familiar. A.C.

De manera muy especial a los siguientes terapeutas, quienes colaboraron en la sede clínica de terapia familiar de la UMF # 80 y sin cuyo apoyo no hubiese sido posible esta investigación.

**DR. JORGE HUGO RUIZ SAENZ**

Médico Familiar, terapeuta familiar.

**DRA. SANDRA MARLENE DOMÍNGUEZ R.**

Medico anestesiólogo, con subespecialidad en medicina del dolor, terapeuta familiar.

**PSC. ARACELI RAMÍREZ AYALA**

Psicóloga y terapeuta familiar

**PSC. MARICARMEN CARRILLO BOLEA**

Psicóloga y terapeuta familiar.

**PSC. ANA LUISA MIRANDA VARGAS**

Psicóloga y terapeuta familiar.

Gracias por la enseñanza, momentos compartidos, por su amistad y cariño, mismo que comparto.

## **DEDICATORIA.**

Ciertamente el universo nos coloca en el lugar y tiempo adecuados; entonces agradezco a Dios por colocarme en tiempo, lugar y con las personas adecuadas. Pues si bien es cierto que cada quien es responsable de su destino, el mío sería diferente sin su presencia, pues estuvieron en el momento adecuado para ayudarme a tomar las mejores decisiones.

De manera muy especial, a mi madre la **Sra. Abigail Herrera Anzorena**, por su apoyo incondicional durante este difícil proceso. Hoy y siempre mi admiración y respeto, por ser madre y padre y hacerlo excelente; al demostrar que el trabajo arduo, continuo, y sin tregua nos hace grandes, así como tú eres mami.

A mis dos razones de vivir y seguir adelante, mis hijos: **Adriana y Diego**. Siempre en mi corazón, a pesar de las ausencias necesarias, los llevo en mi pensamiento, al tomar decisiones, en la felicidad y en las dificultades al ser el principal y mayor motivo para salir de ellas. Es muy difícil dejar de ser madre para pensar en la mujer.

A mi querido y amado esposo **Julio Cesar Maycotte Salazar**, difícil reconocer los sacrificios y el apoyo que siempre tuve de ti. De alguna manera mis logros son tuyos.

A la **Dra. María de los Ángeles Rentería Ortiz**, excelente médico familiar, mejor terapeuta, aun mejor amiga. La diferencia la marco desde el primer momento. Gracias por ayudarme a salir de las adversidades, por fortalecer a la mujer, a la madre, a la estudiante, a la esposa y reconocer la diferencia. "si he sido grande es porque me toco caminar de lado de un enorme ser humano y profesional"

A mi hermana **Josefina Maribel**, por su apoyo incondicional.

A mis queridos compañeros y amigos de generación y de servicio social, a todos y cada uno, por hacer más ligero el camino.

A todos ustedes por estar en tiempo y lugar, ya que si faltara uno solo todo sería diferente.

# ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	2
II.	ABSTRACT.....	3
III.	ABREVIATURAS.....	4
IV.	GLOSARIO.....	5
V.	RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.....	7
VI.	ANTECEDENTES.....	8
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
VIII.	JUSTIFICACIÓN.....	33
IX.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	35
X.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
XI.	RESULTADOS .....	51
XII.	DISCUSIÓN.....	62
XIII.	CONCLUSIONES.....	67
XIV.	RECOMENDACIONES.....	69
XV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	71
XVI.	RELACIÓN DE ANEXOS.....	76

## **I. RESUMEN**

La familia funciona como un sistema abierto en el que existe una interacción constante entre cada uno de sus miembros y los sistemas extra familiares. La funcionalidad familiar se considera adecuada cuando el sistema es capaz de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Por otra parte la terapia familiar sistémica se basa en la teoría general de sistemas, teoría de la comunicación humana y, tiene sus inicios con las teorías de la cibernética. Dentro de los modelos clásicos de terapia familiar se encuentran el modelo estructural, estratégico y el modelo de Milán, mismo que postula tres premisas básicas: hipotetización, circularidad y neutralidad, premisas que aún continúan vigentes.

La EFF es un instrumento que discrimina sensiblemente funcionalidad y disfuncionalidad familiar, es una entrevista abierta y dirigida, diseñada para ser contestado por el grupo familiar, consta de nueve factores, valorados mediante 40 ítems, cuenta con una validación de .91 para familias mexicanas.

**OBJETIVO:** Evaluar el impacto de la terapia familiar sistémica en familias con disfunción, dependiente de la intervención terapéutica, mediante la EFF Espejel y Cols, que incluya pre evaluación y post evaluación.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se trató de una investigación tipo cuasi- experimental, observacional (ex - post- facto), descriptivo, analítico y prospectivo. EFF con mediciones pre y post intervención con TFS.

**RESULTADOS:** Las familias adscritas a la UMF # 80, diagnosticadas con disfunción familiar pueden tipificarse como: familias nucleares, urbanas, de nivel socioeconómico bajo y nivel de escolaridad de secundaria. Con valores para la magnitud del efecto en autoridad (1.50), control (1.93), supervisión (1.22), afecto (1.83), apoyo (1.94), conductas disruptivas (2.10), comunicación (2.57), afecto negativo (2.22) y recursos (1.49). Y una significancia estadística de .000\*

**CONCLUSIONES:** la terapia familiar sistémica obtuvo una significancia estadística muy alta, mejorando la funcionalidad familiar de acuerdo a los 9 factores de la EFF Espejel y Cols; obteniendo una magnitud de impacto mayor para la comunicación y el afecto negativo.

**PALABRAS CLAVE:** Familia, terapia familiar sistémica, funcionamiento familiar.

## II. ABSTRACT.

The family functions as an open system in which there is constant interaction between each of its members and the systems outside the family. The family functioning is considered adequate when the system is able to face and overcome each of the life stages and crises being experienced. Moreover systemic family therapy is based on general systems theory, human communication theory and traces its beginnings to the theories of cybernetics. In classical models of family therapy are the structural model, strategic and Milan model, same as postulates three basic premises: hypothesizing, circularity and neutrality, premises that are still in force. The EFF is an instrument that significantly discriminated functionality and dysfunctional families, is an open interview and directed, designed to be answered by the family group, consisting of nine factors, assessed by 40 items, has a .91 validation for Mexican families.

**OBJECTIVE.** To assess the impact of systemic family therapy in families with severe, depending on the therapeutic intervention by EFF Espejel and Cols, with a pre and post assessment evaluation.

**MATERIALS AND METHODS.** It was a quasi -experimental research, observational (ex - post -facto), descriptive and analytical, prospective. EFF with pre and post intervention measurements with TFS.

**RESULTS:** The families enrolled at FMU # 80, diagnosed with family dysfunction, according to its conformation are nuclear families, urban, low socioeconomic status and level of secondary schooling. With values for the magnitude of the effect in authority ( 1.50 ), control ( 1.93 ), supervision ( 1.22 ) , affection ( 1.83 ), support (1.94), disruptive behavior ( 2.10 ), communication ( 2.57 ), negative affect ( 2.22 ) and resources ( 1.49 ). And statistical significance of .000\*

**CONCLUSIONS:** Systemic family therapy obtained a very high statistical significance, improving family functioning according to the 9 factors and Cols Espejel EFF; obtaining a greater impact magnitude for communication and negative affect.

**Keywords:** family, systemic family therapy, family functioning.

### **III. ABREVIATURAS**

<b>DM2</b>	Diabetes Mellitus tipo II
<b>EFF</b>	Escala de funcionamiento Familiar
<b>Fam.</b>	Familia
<b>HAS</b>	Hipertensión Arterial Sistémica
<b>IFAC</b>	Instituto de la Familia A.C.
<b>MAT.</b>	Matrimonio
<b>OH</b>	Alcoholismo
<b>PCI</b>	Parálisis Cerebral Infantil
<b>PRIM.</b>	Primaria
<b>PSC.</b>	Psicólogo (a)
<b>SEC.</b>	Secundaria
<b>TFS:</b>	Terapia familiar sistémica
<b>TGS:</b>	Teoría general de sistemas
<b>VIF</b>	Violencia Intra Familiar.

## IV. GLOSARIO

**Afecto:** Se define como las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

**Alianzas:** Se define como la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

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

**Autoridad:** Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias en donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

**Ciclo vital:** Se define como las etapas por las cuales idealmente cursar la familia desde su formación hasta su dilución.

**Comunicación:** Se define como el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

**Control:** Se define como los patrones de conducta que una familia adopta para manejar sus impulsos y mantener modelos de lo que es bueno y lo que es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

**Dinámica familiar:** Es el conjunto de pautas transaccionales que establece a de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia.

**Disfunción familiar:** La familia disfuncional se define como un “patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con sus miembros genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”

**Estructura familiar:** Es la manera de cómo se organiza la familia de acuerdo a la jerarquía, alianzas, límites, territorio y su geografía.

**Familia:** Se define como una institución socialmente establecida encargada de resguardar la seguridad de sus miembros, que se encuentra en un dinámico proceso de cambio, que implica conceptos, situaciones, características, tradiciones y mitos. Un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve.

**Funcionalidad familiar:** La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

**Genograma:** es la representación gráfica de la familia, que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc., así como la detección del paciente identificado cuando éste existe.

**Jerarquía:** es la dimisión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

**Límites:** Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

**Pautas transgeneracionales:** Patrones de conducta, de resolución de problemas, de funcionamiento o patrones culturales que se repiten transgeneracionalmente.

**Psicopatología:** Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

**Recursos:** Se define como la existencia de potencialidades, instrumentales y afectivas, así como a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

**Roles:** Se define como las expectativas consientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

**Sistema:** Es un conjunto de personas interrelacionadas entre sí, diferenciadas por límites, roles, jerarquías, se define a la familia como un sistema.

**Subsistema:** Es cada elemento que forma un sistema, los subsistemas familiares se pueden clasificar, por género (hombre y mujer), por jerarquías (padres e hijos), etc.

**Supervisión:** evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.



## V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

<b>Tabla No. I</b> Describe los ítems que valoran cada uno de los nueve factores de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y Cols. y los valores resultantes que discrimina entre funcionalidad y disfuncionalidad por factor.....	45
<b>TABLA No. II.</b> Impacto de la terapia familiar sistémica.....	59
<b>TABLA No. III</b> Magnitud del efecto.....	60
<b>Figura No.1.</b> tipología familiar de acuerdo a la clasificación del Dr. Raymundo Macias.....	53
<b>Figura No.2</b> Etapa del ciclo vital familiar de acuerdo clasificación de Geyman.....	54
<b>Figura No3.</b> Distribución Geográfica de las familias.....	55
<b>Figura No.4</b> Distribución de las familias de acuerdo a su nivel socioeconómico.....	56
<b>Figura No.5</b> Escolaridad paterna de las familias estudiadas.....	57
<b>Figura No. 6</b> Perfilograma de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y Cols. Graficadas la pre y post evaluación de cada factor.....	58
<b>Figura No. 7</b> Impacto de la terapia familiar sistémica, valorado con Puntaje “T”.....	61

# **ANTECEDENTES**

## VI. ANTECEDENTES

### TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

#### LA FAMILIA Y SU FUNCIONALIDAD.

La familia se define como una institución social, regida por reglas impuestas por la sociedad, de acuerdo con Herrera y cols<sup>1</sup>. Por ser el núcleo fundamental de toda sociedad, el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros resultan ser de capital importancia. Baste señalar que de la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de sus integrantes. Los integrantes de la familia para su integración pueden también estar unidos o no por lazos consanguíneos, sus miembros conviven bajo un mismo techo e interactúan entre sí, forjando expectativas, aprendiendo y afianzando valores, creencias y costumbres.

En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “familia” suele designar una amplia gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir “en familia”, estableciéndose así una serie de sentimientos y lazos afectivos<sup>1</sup>

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones, al ser más que un conjunto de individuos relacionados entre sí. Conformando la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. Esta integración familiar como grupo social idealmente cumplirá con ciertas funciones básicas, entre otras:

**La función biológica**, que a través de la reproducción durante siglos se observó como la función primordial de la familia. La “misión” de la familia era vista como casi exclusivamente el suministrar miembros a la sociedad. Actualmente ésta función hace referencia a la unión afectiva de la pareja, la

procreación (perpetuando la especie) y la vida sexual satisfactoria en el subsistema parental. Así como la planificación del crecimiento de la familia.

**El cuidado:** otra función primordial de la familia se cumple al cubrir las necesidades físicas y materiales básicas como alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional, ésta función está directamente relacionada con el nivel social, cultural y económico de cada familia. Destacándose **el afecto** como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”

**La socialización:** implica la transformación en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad y es tarea fundamental de la familia.

El conocimiento de éstas funciones, nos permitirán determinar la integración y diagnóstico de la familia, en la medida en que se cumplan éstas funciones familiares básicas (Cumplimiento de roles, funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus)<sup>2</sup>

En una familia con funcionamiento satisfactorio, se asumen las funciones básicas, roles definidos, acuerdos en las rutinas diarias y tareas asignadas, así como flexibilidad para implementar los cambios necesarios; los conflictos suelen resolverse mediante la comunicación y negociación en una atmósfera familiar cálida, donde se pueden expresar libremente los sentimientos y se comparten los valores. En el subsistema conyugal las relaciones sexuales son satisfactorias<sup>3</sup>. De igual manera las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura, funcionabilidad e ideas. Se puede decir entonces que la característica de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, la forma de ubicarse en la estructura familiar, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes<sup>4</sup>. Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse estas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tornarse anacrónicas, divergentes y contrarias a la evolución funcional de la familia y por lo tanto disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes<sup>5</sup>.

Los indicadores para medir el funcionamiento de una familia son<sup>6</sup>.

- Que la familia cumpla eficazmente sus funciones
- Que el sistema familiar permita la autonomía e identidad personal de sus miembros. Por ejemplo cuando existe una dependencia excesiva entre de los miembros de la familia, se limita la superación y realización individual<sup>7</sup>.
- La existencia de reglas y roles flexibles para la solución de problemas. Considerándose a una familia funcional cuando estas reglas y roles están bien establecidos y son aceptados por la familia, pero al mismo tiempo son flexibles y complementarios; evitando llegar a ser rígidos<sup>8</sup>.
- Comunicación funcional que implica que sea clara, directa y afectiva  
En congruencia verbal y analógica.
- Que este sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios<sup>9</sup>.

En la medida que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se hablará de familia funcional o disfuncional.

### **DISFUNCIÓN FAMILIAR**

La disfuncionalidad en el contexto familiar, se conceptúa como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, como un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, y el desempeño de roles complementarios anómalos, como carencia y desorden<sup>10</sup>. Una antinomia, lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como un funcionamiento no saludable de un sistema cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a sus miembros<sup>11</sup>.

La familia disfuncional conforma un patrón (pautas transgeneracionales) de conductas desadaptativas (por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia) e indeterminadas (ya que dichas características no pueden ser claramente identificadas), que presentan de manera permanente uno o varios integrantes de la familia y que al relacionarse con sus miembros

genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.

Para iniciar con una psicoterapia habrá que observar a la familia en su totalidad. En la práctica terapéutica, a aquel miembro de la familia que se presenta o es presentado como el sintomático principal de la familia se le denomina "paciente identificado o sintomático", ésta sintomatología o conducta sintomática suele ser el motivo fundamental del contacto inicial que hace una familia con un servicio terapéutico. A pesar de ello, el paciente identificado no es necesariamente el miembro de la familia que tiene más problemas. Desde el punto de vista sistémico, la patología individual solo es comprensible dentro del contexto de la interacción familiar. Por ejemplo, la enfermedad de un adolescente puede ocultar cambios en el contexto del *ciclo de vida familiar* e impedir el necesario ciclo de *la separación entre padres y adolescentes*. Se bloquean procesos de *coindividuación* de toda la familia y se evaden los dolorosos pasos que llevan a la separación.

Los síntomas también pueden tener una importante función en otras fases del desarrollo familiar. Los conflictos entre los padres pueden desviarse hacia los hijos (*desviación de conflictos- triangulación*), o el hijo puede usarse como chivo expiatorio o delegado (*delegación*) para regular las necesidades de los padres de (*proximidad- distancia*). La función de los síntomas es contradictoria. Por un lado pueden servir para mantener una modalidad patológica de (*homeostasis*); por otro, ofrecen a la familia una oportunidad de cambio (*han sido, los síntomas del paciente identificado, lo que ha llevado a la familia a la terapia*). Si los síntomas individuales no son reconocidos como una expresión de toda la estructura familiar y son tratados como un problema individual, se corre el peligro de un (*cambio de síntomas*), en el que la función homeostática del síntoma será asumida por otro miembro de la familia

Los conceptos de salud y normalidad no pueden definirse sencilla o inequívocamente en el caso de los individuos ni de las familias. Offer y Sabahin

distinguieron cuatro perspectivas de normalidad: salud (ausencia responsable de enfermedad y angustia), utopía (ideal), promedio estadístico y sistema transaccional implícito en los procesos de cambio a través del tiempo. La cuarta de estas perspectivas, que probablemente sea la más afín a los médicos y terapeutas familiares, puede aplicarse mejor a la expresión “familias funcionales” que a la expresión familias “sanas” o “normales”.

Es inevitable que las familias disfuncionales reciban más atención de los médicos familiares que las disfuncionales. Sin embargo en los últimos tiempos, clínicos y teóricos de la medicina de familia han manifestado mayor interés para determinar cómo se diferencian las familias funcionales de las disfuncionales y se han descubierto diferencias esenciales en estos dos tipos de familias. Estas estrategias son evidentes en lo que se refiere a las estrategias para resolver problemas, el clima emocional de la familia, la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares y la formación de fronteras generacionales funcionales. Evidentemente, los contextos socioeconómicos, culturales y comunitarios de las familias deben tomarse en cuenta en toda evaluación de lo que es llamado funcional, sano o normal.

La flexibilidad con que la familia modifica sus roles y se adapta a los cambios va a depender de los recursos y las metas que la familia tenga, las cuales deben de ser compatibles con las metas y recursos de sus propios integrantes. Existen ciertas familias que se resisten a cambio de su propio ciclo vital, no aceptando el crecimiento y la individualidad de los hijos a quienes se sobreprotege y sustituyen en sus roles, impidiendo su desarrollo psicológico y social. Otra modalidad de resistencia al cambio se presenta con las alianzas disfuncionales un claro ejemplo de ello es la recién desposada y la madres, en quien no existe flexibilidad y apertura para la integración de un nuevo miembro a la familia como el yerno. En estas circunstancias la alianza cohesiona dejando al margen al nuevo miembro, continuando la madre de la nueva esposa en su rol sobreprotector, invasivo, complementario y determinante en las decisiones internas de la nueva pareja, invalidando a la familia recién formada. Esta situación suele ser más aguda cuando la pareja pasa a vivir con su familia de origen.

La mayoría de los cambios en la familia generan crisis, lo que hace que sus integrantes movilicen sus recursos, a fin de retornar a su antiguo estado de equilibrio. De no existir flexibilidad para adaptarse y superar los cambios propiciados por estas crisis tanto normativas como para normativas, surge una disfuncionalidad que pone en peligro la salud mental de sus miembros. En las familias disfuncionales, los familiares sirven a la familia con sus vidas hasta el punto de la autodestrucción.

### **Las características de la familia disfuncional**

La disfunción familiar afecta negativamente a sus miembros, de tal forma que si causa daño inespecífico en uno afectara a otro de sus miembros de igual o diferente forma debido a que las funciones familiares están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se producen en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. Las características socioculturales en las que se inserta el sistema familiar, en determinado momento pueden ser saludables, pero de permanecer inmodificables y sin evolucionar suelen tornarse no saludables, anacrónicas y divergentes; impidiendo el crecimiento y desarrollo de sus integrantes.

Dependiendo de las características de la familia, el desarrollo y mantenimiento de roles contradictorios de patrones de crianza, formas de ejercer la autoridad, del estilo de de comunicación, de administración del hogar y su relación con la sociedad, pueden conducir a sus integrantes a la instalación de conductas psicológicas de riesgo o adicciones. En este tipo de familias disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad, indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, van a impedir el entrenamiento de conductas funcionales y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria<sup>12</sup>.



## **PSICOTERAPIA FAMILIAR**

Como alternativa de tratamiento a la disfunción familiar contamos con la terapia familiar o terapia de familia, que aborda los problemas que la gente presenta en el contexto de sus relaciones con personas significativas en sus vidas y en sus redes sociales. Se trata de un reconocido enfoque psicoterapéutico dirigido principalmente al sistema familiar como unidad social. La terapia familiar es una disciplina terapéutica que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto. Los principales objetivos de la terapia familiar son: El mejoramiento de la familia a diferentes niveles; el aumento de la comprensión mutua y el apoyo emocional entre los miembros de la misma; el desarrollo de estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas ante diferentes dilemas y situaciones de la vida.

Una sesión de terapia familiar por lo general dura 60-90 minutos, los intervalos entre sesiones son de una a varias semanas, según los problemas presentados, las necesidades de los miembros de las familias, la fase de tratamiento y otras variables. Las decisiones al respecto se negocian en conjunto con la familia. La duración media del tratamiento es de 6 a 20 sesiones. En el presente trabajo aplicamos un promedio de 10 sesiones a fin de minimizar la dependencia del paciente y familia en el proceso de ayuda profesional. Ocasionalmente el terapeuta, puede elegir y proponer a la familia alternar sesiones con todos los miembros, o con solo unos o incluso sesiones individuales, sin perder por ello la visión integral de todo el sistema familiar en su conjunto. La terapia familiar y la práctica sistémica está especialmente indicada cuando el objetivo es mejorar la capacidad de los miembros de la familia para apoyarse mutuamente. En general, cualquier situación o problema que afecte a las relaciones entre los miembros de la familia, su funcionamiento y su rol e apoyo, puede beneficiarse de la terapia familiar sistémica. Algunas de las situaciones en que la familia puede beneficiarse de la terapia familiar son: problemas de salud o enfermedades físicas y crónicas, en particular. Trastornos psicosomáticos; salud mental; dificultades psicosexuales; abuso de alcohol y otras sustancias; problemas matrimoniales, incluidos separación y divorcio; cuestiones relacionadas con el ciclo vital familiar y las etapas de transición; mejora del funcionamiento familiar; experiencias traumáticas, la

pérdida y el duelo; la alteración de la vida familiar debido a conflictos sociales, políticos y religiosos.

La Terapia Familiar surge de la interacción entre los miembros de una familia, se observa el funcionamiento entre cada uno de los miembros de la familia, y se entiende a la familia como un sistema. La intención de la terapia familiar es llegar a un consenso entre todos los miembros de la familia, con el objetivo de interrumpir las interacciones que provocan malestar, e incidir al mismo tiempo en cada individuo que la forman<sup>13</sup>. Así, aunque es más fácil centrarse en los síntomas clínicos de un subsistema, la terapia familiar va dirigida a toda la familia ya que generalmente las conductas disfuncionales de un subsistema son una muestra del mal funcionamiento del sistema<sup>14</sup>.

### **Los orígenes de la terapia sistémica.**

La terapia familiar, tal como la conocemos actualmente, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos, en la década de los 50. Por esas fechas estaban apareciendo nuevas tendencias en el campo de las ciencias sociales y de la conducta, especialmente en E.U.A. Tras la 2ª guerra mundial, se abordan los problemas en un sentido más amplio, recuperándose una visión holística. La Terapia Familiar surge como una necesidad entre los sociólogos, psicólogos y psiquiatras contemporáneos de ésta época, debido al fracaso terapéutico con psicoanálisis individual; lo que contribuyó a ciertas observaciones clínicas que en su inicio pasaron desapercibidas y poco a poco comenzaron a tomar relevancia<sup>15</sup>. Como lo fue el hecho de que los pacientes psiquiátricos que al ser dados de alta del hospital y al retornar a su ambiente familiar volvieron a presentar la sintomatología inicial, o aún más que algún otro miembro de la familia presentara sintomatología (salto del síntoma), éste hecho revolucionó los conceptos acerca de la patología psiquiátrica<sup>16</sup>. Por esta época de inicio de la terapia familiar Bateson postula su teoría de comunicación, “hacia una teoría de la esquizofrenia”<sup>17</sup> en conjunto con Haley, Jackson y Wiakland; los aportes de estos autores da un giro de 180° en el origen de los problemas psicológicos, resaltando el papel que juega la familia y el contexto interpersonal en la aparición y mantenimiento de los trastornos psicológicos<sup>18</sup>.

La denominación de la terapia sistémica se suele utilizar para referirse al modelo milanés de terapia familiar, pero además es empleada, frecuentemente con un significado más general- intercambiable con la expresión “terapia de sistemas”- por los terapeutas especializados en la familia que aplican los principios de la teoría de los sistemas en su trabajo. En el modelo Milanés de terapia familiar se usa consecuentemente un concepto cibernético de las relaciones familiares. Una técnica especial de entrevistas, las preguntas circulares, permite la formación y la verificación o falsificación de las hipótesis dinámicas sobre las bases y funciones interaccionales de los problemas familiares. El terapeuta asume una metaposición frente al sistema familiar manteniendo una actitud de neutralidad.

La Terapia Familiar Sistémica caracteriza por asumir la realidad desde los postulados de la Teoría General de sistemas, descritos por Bertalanffy (1956), así la familia va a ser entendida como un sistema. Este sistema definido como el conjunto de elementos relacionados entre sí y en constante interacción, forman una unidad o totalidad. Incluyendo sistemas abiertos o cerrados; la familia siempre será un sistema abierto, debido a su constante cambio y retroalimentación constante a través de la entrada y salida de información.

## TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

La definición más general de sistema (del griego systema, una cosa compuesta) es la que se refiere a la composición ordenada de elementos (materiales o mentales) es un todo unificado. Los diversos campos de la investigación de los sistemas se concentran en diferentes aspectos o perspectivas de los elementos y sistemas. La teoría general de los sistemas, como la cibernética se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, independientemente de su constitución material. Las premisas de ésta teoría se basan en la intuición de que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y “se comporta” de un modo distinto. En el marco de la terapia familiar, la aplicación del término sistema es idéntica a su aplicación en el campo de la cibernética. En éste concepto se tiene en cuenta características

del sistema como: la retroalimentación, el procesamiento y acumulación de información, la adaptabilidad, auto organización y la formulación de estrategias para la conducta propia del sistema<sup>19</sup>.

Un sistema va a comprender varios subsistemas, entre estos pueden dividirse por género (hombres y mujeres), por jerarquías (parental, conyugal y fraterno), o de manera individual y no solo la interacción se va a dar dentro del sistema familiar, lo hará de igual forma con otros sistemas sociales (otras familias, instituciones, religiones, etc.) incluso la relación establecida con el terapeuta genera un sistema orientado a la solución de problemas. Las propiedades de los sistemas son; la totalidad, implica que el todo es más que la suma de sus partes.

La causalidad circular, en donde en las relaciones, todo es principio y es fin. Este concepto supone un cambio epistemológico por el cual todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos. Por ejemplo A influye sobre B, B influye sobre C, C sobre D y finalmente D sobre A. La idea de que cualquier variación en el comportamiento de uno de los subsistemas, afecta necesariamente al resto del sistema y como consecuencia de un sistema de retroalimentación termina por afectar nuevamente al primer subsistema, bajo esta premisa solo es posible determinar donde inicia y donde termina la secuencia. Este principio supone que bastara con modificar a uno de los elementos del sistema para que se modifique el sistema completo. Entonces para lograr cambios no es necesario trabajar en terapia familiar sistémica con la totalidad de la familia, sin embargo se obtendrán mejores resultados si todos trabajan y se interesan en resolver sus problemas.

Equifinalidad significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas<sup>20</sup>.

La entropía-negentropía busca la subsistencia del sistema para lo cual usa mecanismos que ordenen, equilibren, o controlen el caos. Mecanismo por el cual el sistema pretende subsistir y busca estabilizarse ante una situación

caótica. Para la protección y crecimiento, en los sistemas existirán dos fuerzas que partirán de la aplicación de las ideas de Cannon.

1) fuerza homeostática: que hará que el sistema continúe como estaba anteriormente. Dentro de la cibernética se ejemplifica esta propiedad de los sistemas como la de un termostato, el cual se calienta demasiado y se echan a andar mecanismos de retroalimentación que regula la temperatura de dicho termostato. Aplicado a la familia el ejemplo clásico lo representa el subsistema conyugal que al encontrarse discutiendo y antes de llegar al punto de quiebre interviene el subsistema fraterno manifestándose con un cuadro de dificultad respiratoria, desenfocando la pelea y enfocándose en el síntoma, regulando al sistema y manteniéndolo en homeostasis. Así el sistema no cambia, solo se mantiene.

2) fuerza morfogenética: contraria a la anterior, utilizando una retroalimentación positiva, donde el sistema busca el cambio, para mantener al sistema. Estas dos fuerzas permitirían que el sistema se mantuviese estable y se adaptase a situaciones nuevas gracias a los mecanismos de feed-back<sup>21</sup>.

Por último la viabilidad inmersa dentro de la Teoría General de Sistemas describe un sistema capaz, en diversos grados, de procesos homeostáticos y morfogénicos. El grado en que un sistema familiar es capaz de utilizar ambos tipos de mecanismos apropiadamente para aproximarse a sus propios objetivos, es el grado en el cual puede describirse como sano y funcional<sup>22</sup>.

## TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Bateson realiza el marco teórico y epistemológico de la comunicación humana en colaboración con el Psiquiatra J. Rueschy, basados en la Teoría General de sistemas y los principios de la cibernética; quienes conciben la comunicación como “el sistema de comportamiento integrado que calibra, regula, mantiene, y por ello hace posible las relaciones entre los hombres” manteniendo a la comunicación como mecanismo de la organización social y no solo como transmisión de la información<sup>23</sup>.

Al mismo tiempo sumamente complicado por la presencia de diferentes interacciones entre los participantes, como el valor y significado de los símbolos y expresiones (verbales y no verbales), que modifican los mensajes y dan nuevos, ambiguos y contradictorios significados al acontecer. Donde influye de igual manera su estructura sociocultural, que remite a aspectos genealógicos, mitos y acontecimientos familiares; todo mensaje lleva implícito tres contenidos principales, que son el contexto, la codificación y el valor. Se entiende que los significados que atribuimos a los acontecimientos, conductas e incluso a las palabras no son estables, sino que son negociados por las personas que interactúan en determinado contexto. La terapia por tanto intenta consensar que los problemas de las familias, tiene que ver con el tipo de significados que han dado a estos problemas, así en terapia se dan nuevos significados que ofrezcan nuevas posibilidades de cambio a las familias.

Virginia Satir en su libro, “nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar” (1991) menciona que toda comunicación es aprendida, para que la comunicación se llegue a dar, aportamos nuestros cuerpos, valores, expectativas, los órganos de los sentidos, nuestra capacidad para hablar, y nuestro cerebro<sup>23</sup>. Además de que todo individuo tiene un sentimiento de valía, positivo o negativo. La autoestima es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con amor, dignidad y realidad; cualquier persona que reciba amor estará dispuesta al cambio. Durante los primeros 5 a 6 años la autoestima del niño quedara conformada por su familia; cada palabra, expresión facial, ademán o acto de un progenitor, envía un mensaje de autoestima al niño.

La comunicación puede ser verbal donde solo usamos las palabras y no verbal o analógica, que resulta mucho más compleja pues lleva implícita la expresión facial, la postura corporal, el tono muscular, el ritmo de la respiración, el tono de la voz y las gesticulaciones; La discrepancia entre estos dos tipos de comunicación llega a producir dobles mensajes, generalmente presente en familias conflictivas, o con autoestima muy baja.

Estos dos postulados teóricos previos, la teoría general de sistemas y teoría de la comunicación humana contextualizan el surgimiento de la terapia sistémica, que a su vez puede considerarse como un fenómeno múltiple, ya que varias escuelas en diferentes partes del mundo se crearon casi simultáneamente. Un fundamento básico de ésta modalidad terapéutica tiene que ver con: La **Cibernética**, otra propiedad descrita para los sistemas, que afirma que éstos siempre tienden a restablecer un nivel de equilibrio que garantiza la permanencia del sistema como tal. La Cibernética puede definirse como “el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y “cambio”<sup>24</sup>. De acuerdo con Gregory Bateson “todo cambio admite ser entendido como empeño en mantener cierta constancia, y toda constancia, como mantenida por el cambio”.

En un primer momento histórico, la Terapia Sistémica se movía tendiendo a restablecer el equilibrio, pero un equilibrio diferente al anterior, ya que éste no había resultado ser funcional para este sistema en ese particular momento<sup>25</sup>. Las intervenciones entonces se describen hoy como pertenecientes a una “Cibernética de 1° orden” o “de los Sistemas Observados”: tratan de producir cambios en las reglas y la estructura del sistema, desde una perspectiva más “objetiva”<sup>26</sup>. El concepto de **Cibernética de 2° orden** fue introducido por Heinz Von Foerster en 1982 y alude a una cibernética de la autorreflexión en la cual el foco de interés es el propio observador que, con sus prejuicios, teorías y sensibilidad, construye y describe la “realidad” observada. Por lo tanto se denomina: cibernética de los sistemas observantes<sup>27</sup>. Estas 2 posturas determinan maneras de pensar y por lo tanto de actuar, muy diferentes.

En Palo Alto (California, EE.UU) el Mental Research Institute (MRI) creó el primer modelo de Terapia Sistémica Breve, que puede trabajar tanto con un individuo, una pareja, una familia o parte de ella. Casi simultáneamente en Italia, el grupo de Milán con Mara Selvini Palazzoli a la cabeza y reconocida internacionalmente como gran investigadora, y por sus aportes inestimables para la Terapia Familiar, introdujo en un primer momento el trabajo con TODA la familia, aunque luego lo fue cambiando. Maurizio Andolfi en Roma, trabajaba

con tres generaciones en entrevistas. También la rigidez de estos modelos se fue flexibilizando con el correr de los años<sup>28</sup>.

En general la Terapia Familiar Sistémica ha evolucionado en el transcurso de los años; en la actualidad el modo de trabajar es crear un contexto relacional de “aprender a aprender”, en el cual la familia pueda encontrar sus propias soluciones, sus propias salidas de la dificultad y el sufrimiento.

Los tres principios básicos para el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica, tomados de la escuela de Milán son:

**Hipotetización** la cual tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar (la hipótesis, en sí misma, no es verdadera, ni falsa, sino más o menos útil), así la hipótesis permanece como un instrumento útil en la conducción de la sesión, en cuanto que permite al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surjan en el dialogo, según las coordenadas del tiempo y espacio, con otros puntos de referencia eventuales, esta hipótesis puede ser sistémica. Por ejemplo a nivel del subsistema conyugal existe una disfunción porque el esposo presenta problemas con su manera de beber y la esposa presenta una depresión; la formulación de una hipótesis sistémica correspondería a decir “la esposa se encuentra deprimida porque el esposo es alcohólico” VS “el esposo es alcohólico porque la esposa se muestra desinteresada” entonces al modificar la conducta de alguno de los dos habrá cambios en el sistema<sup>29</sup>.

**Circularidad** se refiere a la capacidad del terapeuta para evaluar sus propias hipótesis y conducir su investigación basándose en la retroalimentación y las relaciones de la familia. Generalmente la manera de obtener información circular es haciendo la misma pregunta a todos los miembros de la familia que acuden a terapia. Así, esta información comprueba o rechaza la hipótesis sistémica previamente realizada. En el entendido que la circularidad es un postulado de la T.G.S con una importante repercusión clínica en el entender los fenómenos, nuevamente, bastara con modificar las conductas de un solo miembro para que se modifique el sistema completo<sup>30</sup>. El sistema decisivo en



torno al cual gira la terapia no está formado por personas, sino por información y comunicación.

**Neutralidad** el más difícil de los principios, pues el terapeuta al asumir una posición de neutralidad, evita ser parcial con las personas con las cuales establece contacto, evita ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un paciente. La técnica en la cual se basa la Terapia Familiar Sistémica consiste en hacer preguntas en vez de dar respuestas; así se entrega al paciente la tarea de atribuir los significados de cuanto se ha dicho<sup>31</sup>. En relación al modelo de Milán que trabajaba con familias con un miembro esquizofrénico y el intento de estas familias por hacer perder el control al terapeuta y situarlo como un miembro más de la familia (pues el que juega el juego ya ha perdido). Sin duda de ahí que la capacidad de los terapeutas de mantenerse independientes, aunque ciertamente fríos y distantes. La terapia familiar sistémica entiende que la psicopatología reside en la interacción entre los miembros de la familia y no como un problema individual.

### **La convocatoria.**

Usualmente la solicitud de tratamiento de familia se inicia con la convocatoria en Terapia Familiar de corte sistémica, se entiende la convocatoria como la manera en que se solicita la presencia de la familia a terapia, generalmente es abierta a la totalidad del sistema, independientemente de su conformación, ya sea esta nuclear, monoparental, extensa, etc. Sin embargo en múltiples ocasiones con la finalidad de tener mejor respuesta y optimizar los tiempos se puede convocar al subsistema parental, o subsistema paterno filial o de manera individual, y no necesariamente al sistema completo<sup>32</sup>.

### **Como se lleva a cabo la terapia familiar sistémica.**

El primer contacto con la familia se considera como la primera intervención terapéutica, este intercambio de información puede ser la primera llamada telefónica, donde a manera muy general el terapeuta elabora una

hipótesis sistémica. Precisando a su vez el tipo de familia, el problema por el cual solicitan la consulta y cuántos miembros de la familia acudirán a terapia.<sup>33</sup>.

La duración de cada sesión es aproximadamente de 60 a 90 minutos, con una periodicidad entre sesiones de 15 días, tiempo en el cual la familia incorpora y manifiesta los cambios derivados de la intervención terapéutica<sup>34</sup>. En ocasiones los intentos de la familia por adelantar las sesiones terapéuticas son vistos como maniobras para frenar los cambios que se están gestando en la familia.

En la primera entrevista y como parte del tratamiento se realiza el **encuadre**, explicado y acordando con las familias la forma de trabajo, la logística en general incluyendo los recursos técnicos que se utilizarán (espejo unidireccional o cámara de Gesell, grabaciones en audio o video y/o teléfono interior); dentro del encuadre va implícita la información sobre la convocatoria, duración, citas y horarios de las sesiones. Esta primera entrevista servirá para saber el tipo de ayuda que necesita la familia y si es o no candidata a terapia familiar, o si requieren ser canalizados a otras instancias terapéuticas.

La terapia familiar sistémica tiene una duración entre 10 a 15 sesiones, todas estructuradas de la misma manera. La característica más famosa y copiada del modelo de Milán es el setting (estructura de la sesión), dos terapeutas trabajan con la familia donde el terapeuta al frente pueda ser enriquecido por los comentarios del equipo. Los principios fundamentales en la intervención son: Connotación positiva de todas las conductas, rituales familiares, extensos intervalos entre las sesiones y prescripciones paradójicas. El objetivo de estos principios es comprender y cambiar el juego de la familia.

#### ESTRUCTURA DE LA TERAPIA

1. Sesión Previa. El terapeuta se reúne con su equipo para realizar una hipótesis sistémica y valorar lo que se va a trabajar en la sesión. (5 a 10 minutos).
2. Entrevista. Se refiere a la sesión como tal. Integrando la hipotetización, circularidad y la neutralidad. tiene por objetivo recabar datos y no iniciar

interacciones. El terapeuta durante la sesión puede solicitar apoyo del grupo de terapeutas que se encuentran como observadores. (50 a 90 minutos).

3. Sesión intermedia. El terapeuta vuelve a reunirse con el equipo para comentar lo observado durante la sesión en una habitación aparte y desarrollan una intervención final. (15 a 40 minutos)
4. Intervención final. El terapeuta hace una devolución de lo observado en la sesión, valiéndose de tareas, rituales y prescripciones paradójicas para lograr cambios en casa. La devolución, generalmente es una connotación positiva que va dirigida a toda la familia y que esta sea escuchada sin temor por la familia evitando que la familia haga comentarios verbales tras la devolución, debe estar apoyada en lo que la familia ha dicho durante la sesión y asegurarse que es recibida por todos los miembros de la familia<sup>35</sup>. (5 a 15 minutos).
5. Sesión posterior. Discusión de la reacción de la familia respecto a los comentarios y de las prescripciones. (10 a 20 minutos).

De ésta manera la Terapia Familiar Sistémica elabora una hipótesis circular sistémica de los sucesos familiares e investiga como estos influyen en la funcionalidad familiar, a través de un proceso de interacciones verbales y no verbales, (conductas y significados), que corresponde a patrones que se repiten en situaciones diferentes, siempre situado en el tiempo presente<sup>36</sup>.

En contraste con la terapia familiar sistémica el modelo del MRI tuvo un aspecto genial y revolucionario, que fue poner el foco en “las soluciones intentadas para resolver los problemas”, entendiendo que la gente sufre porque intenta resolver los conflictos con recursos que en realidad los perpetúan. Este modelo entonces apuntaba a cambiar la interacción o el circuito reverberante que sostenía el problema, constituyéndose así el primer **modelo estratégico**<sup>37</sup>. La terapia consistía en crear una pauta diferente a la que se venía utilizando

hasta el momento para que no se hiciera “más de lo mismo”. Resultó así ser un modelo práctico, económico, breve y altamente eficaz. Figuras relevantes en él, Paul Watzlawick, Richard Fisch, Lyman Wyne, Carlos Sluzky, Don Jackson, Milton Erickson<sup>38</sup>.

Jay Haley se desprende de este grupo y organiza otro modelo estratégico, más familiar y también basado en el intento de solución pero teniendo en cuenta las jerarquías familiares. La estrategia está al servicio de restablecer una jerarquía que fue alterada y resulta disfuncional. A Haley se unió Clöe Madanes, que desarrolló creativas y originales estrategias para afrontar diferentes problemas<sup>39</sup>.

Paralelamente, Salvador Minuchin, Charles Fishman y Braulio Montalvo, perfilan en su trabajo con familias marginales, familias con niños y otras que presentaban trastornos de la alimentación, el **Modelo Estructural** que, como su nombre lo indica, se basa en la noción de Estructura<sup>40</sup>. La estructura familiar es aquello que la interacción va fijando por repetición en un sistema. Los lugares que van quedando definidos por los circuitos de interacción, más habituales en los sistemas estables. Otra forma más de decirlo es el qué le dice qué a quién en una familia y qué a quien no. Este modelo trabajó con algunas nociones centrales: jerarquía (como Haley), fronteras entre los subsistemas, alianzas y coaliciones. Y presupone que la disfuncionalidad en una familia se debe a que la estructura que presenta en un determinado momento no es la más adecuada para ese momento en particular.

Todos los modelos de Terapia Familiar destacan la importancia del “Ciclo vital de la familia” y a la noción de “crisis”, entendiendo que las familias tienen más problemas habitualmente en una etapa a otra en el tiempo de transición de una etapa a otra dentro del desarrollo del ciclo vital. Esos momentos de transición suelen ser momentos de crisis en los cuales hay que re-organizar las reglas y estructura familiar<sup>41</sup>. Hay otros nombres importantísimos en el campo de la Terapia Familiar, con desarrollos más personales y no por eso menos ricos, que no se describen como “modelos”. Entre ellos podemos citar a: Ivan Borszomenji- Nagy, Carl Withaker y Abraham Ackerman. Grandes maestros. Y también a Virginia Satir.

## **Aportes del constructivismo:**

Hacia la década del 80' y vinculado con la Cibernética de 2° orden, aparece la influencia del constructivismo. Éste propone desde una preocupación de los terapeutas norteamericanos; no tener una posición de colonización con la familia, sino de co-construir con ella una visión diferente de sí misma y de los problemas que la aquejan, de manera que no necesite de la presencia de ningún síntoma. Presupone este un meta-modelo, una posición de mayor horizontalidad del terapeuta con el sistema consultante, en donde el terapeuta ya no tiene una postura directiva, sino la de “no saber”, de “no experto” (por lo menos esto es lo pretendido). A su vez, rompe con la rigidez del trabajo con la familia, diciendo “El problema construye al sistema”. O sea, trabajemos con todo aquél que esté involucrado en el problema a tratar y no únicamente con la familia. Abriendo así el campo al trabajo con sistemas más amplios. Nombres paradigmáticos en esta corriente Lynn Hoffman, Ernest von Glasserfeld, Harry Goolishian, Michael Withe, Carlos Sluzki, Gianfranco Cecchin, Tom Andersen.

## **DIFERENCIAS TERAPIA BREVE Y TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

En el presente trabajo se tomó la decisión de intervenir terapéuticamente de acuerdo al modelo de la terapia familiar sistémica, en la práctica es común encontrar dificultad para diferenciarla de otro tipo de modelos terapéuticos en particular con la terapia breve, con la que presenta diferencias significativas a saber: La terapia breve es una variante de la Terapia familiar sistémica. La terapia familiar de corte sistémico engloba múltiples modelos de terapia entre ellos los ya mencionados, desde el modelo estructural, el modelo estratégico, la cibernética, hasta el constructivismo.

La terapia breve presenta características especiales por ejemplo: tiene una corta duración alrededor de 6 sesiones, con duración aproximada de 45 minutos; se sitúa exclusivamente en el tiempo presente; el objetivo es modificar un problema a la vez, incrementando la motivación al cambio, fijándose metas y encontrar razones para modificar sus conductas y prevenir situaciones difíciles específicamente de tipo cognitivo conductual<sup>42</sup>. Este tipo de terapias ha

presentado excelentes resultados en pacientes que presentan alcoholismo, drogadicción, o algún otro tipo de adicciones<sup>43</sup>. En contraste a la terapia breve, la terapia familiar sistémica (TFS), intenta formular una hipótesis sobre la problemática de la familia, siempre en el momento actual. Tratando de producir un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la aparición de síntomas en el paciente identificado

#### ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ESPEJEL Y COLS.

“Evaluar a una familia implica una tarea muy compleja, que involucra la situación personal de quien evalúa” (Espejel E. 2008).

La Escala Funcionamiento Familiar es resultado de un trabajo de investigación en la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el año 1981, donde se evaluaron a 80 familias, inicialmente incluía 61 reactivos, y se le denominó “guía conjunta de evaluación familiar”, el tipo de formato fue modificado quedando solo 52 reactivos, agrupados en 9 categorías, tal modificación permitió la elaboración del “cuestionario de evaluación familiar”, conformando así un segundo estadio evolutivo previo a la conformación actual de la Escala de Funcionamiento Familiar. Posteriormente y debido a la demanda de algunas universidades, a fin de distinguir entre familias funcionales y disfuncionales, se revisó el instrumento nuevamente, realizando un cálculo de sensibilidad y confiabilidad, puntajes T para cada factor, puntajes globales, creando un nuevo formato para capturar respuestas de manera más dinámica, ahora con 40 reactivos, los cuales valoran los 9 factores y dando como resultado la conformación de la Escala de Funcionamiento Familiar vigente.

La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento cuali-cuantitativo y cuenta con una confiabilidad de 0.91  $\alpha$ -Cronbach, validada en población mexicana, que discrimina sensiblemente a las familias funcionales de las disfuncionales. Es necesario que el entrevistador tenga conocimientos suficientes de los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del instrumento; así el entrevistador debe ubicar el contexto familiar tomando

en cuenta las circunstancias variables de cada familia, como son la estructura, la clase socioeconómica y cultural y la etapa del ciclo vital por el que cursa la familia. La escala integra un Genograma a fin de identificar quienes son los que están presentes, a que subsistema pertenecen, los vínculos que existen, etapa del ciclo vital y datos socio demográficos.

Uno de los aspectos más importantes en la aplicación de la escala, es el rapport (clima empático) entre el aplicador y los entrevistados, ya que de ello dependerá la confianza y la apertura que los entrevistados tengan en las respuestas. Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida, que consta de 40 reactivos, los cuales van dirigidos a la familia, puede contestarlo cualquier miembro del sistema o todos, a través de preguntas circulares debatiendo la pregunta, dando prioridad a la máxima jerarquía; se califica 4 como funcional y 1 como disfuncional y 2 y 3 como estadios intermedios. Y cuenta con un manual para su aplicación. Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significación está en relación al contexto y de acuerdo con la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso. Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a diadas o triángulos dentro de los subsistemas, englobar a toda la familia o producir polaridades.

Los 40 reactivos se encuentran clasificados en 9 factores que miden:

Autoridad (1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40),

Control (8,10, 17, 26, 31, 34, 35, 40),

Supervisión (16, 25, 26, 28),

Afecto (22, 23, 24, 27, 31, 32, 33),

Apoyo (7, 16, 18, 20, 39, 40),

Conducta Disruptiva (5, 9,36, 37, 38,39 40),

Comunicación (4, 10,15, 18,19, 21, 22, 36, 38),

Afecto Negativo (6, 15, 29, 34),

Recursos (2, 12, 13, 14, 17,40).

Obteniendo un puntaje global que evalúa los 40 reactivos y un puntaje total que evalúa los 9 factores<sup>44</sup>.

La EFF utiliza la clasificación del Dr. Macías para tipificar a las familias.

- **Familia primaria nuclear.** Integrada por madre, padre e hijos de ambos sin que haya uniones previas con hijos.
- **Familia primaria semi extensa.** Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los conyugues.
- **Familia primaria extensa.** Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los conyugues, o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.
- **Familia reestructurada familiar.** Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos conyugues ha tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.
- **Familia reestructurada semi extensa.** Es una familia formada por una pareja donde uno a ambos conyugues ha tenido una unión previa con hijos y que incluye bajo el mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
- **Familia reestructurada extensa.** Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos conyugues ha tenido una unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de ella o el.
- **Familia uniparental nuclear.** Es una familia formada por una madre o padre con uno o más hijos.
- **Familia uniparental semi extensa.** Es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que reciben en su hogar a uno o más miembros de la familia de origen.
- **Familia uniparental extensa.** Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que viven con su familia de origen<sup>44</sup>.



# **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la atención médica integral en medicina familiar se limita a la atención individual de un problema de salud órgano- funcional, que generalmente es el motivo de consulta y se centra en el uso de fármacos, asociado a medidas de apoyo dietético, derivación a instancias específicas y modificación del estilo de vida según sea el caso. En este modelo de atención, el estudio de los problemas familiares no suelen ser relevantes. No obstante que un alto porcentaje de pacientes no logran los objetivos propuestos debido a que no existe el control médico que limite el daño crónico, evite las complicaciones agudas y contribuya a una mejor calidad de vida.

Por otra parte, se ha observado que en las familias con enfermos crónicos, (con patologías como DM2, HAS, IRC y patologías psiquiátricas o adicciones), existe disfunción familiar asociada, que contribuye significativamente en el control de la enfermedad (Rentería 2005). La presencia disfunción familiar propicia entre otras cosas, disminución del contacto con el exterior, pérdida de redes de apoyo, desequilibrio de las jerarquías, resistencia al cambio, y en consecuencia detención del desarrollo del ciclo vital familiar, volviendo a la familia rígida y en consecuencia disfuncional. La implementación de terapia familiar sistémica en este tipo de familias ha mostrado efecto positivo en el funcionamiento familiar. Por lo tanto, en relación a lo anterior se plantea la siguiente:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es el impacto de la terapia familiar sistémica, en las familias con disfunción familiar evaluadas con la Escala Funcionamiento Familiar, usuarias de la UMF # 80?

# **JUSTIFICACIÓN**

## VIII. JUSTIFICACIÓN

La disfunción familiar es un problema común y frecuentemente subdiagnosticado, se manifiesta a través de patologías psicosomáticas o exacerbación de patologías ya establecidas además de que se perpetúa transgeneracionalmente. De acuerdo Christie-Selly, la presencia de problemas de salud, individuales y especialmente cuando distintos miembros de la familia son hiperfrecuentadores de consulta nos evidencia la presencia de familias propensas a enfermar, circunstancias que en no pocas ocasiones, tienen su origen en una disfunción familiar. En base a éste antecedente se realizó una búsqueda sistematizada enfocada a la búsqueda de incidencia y frecuencia de la disfunción familiar en el primer nivel de atención, encontrando múltiples estudios en asociación con otras patologías, pero no se logra encontrar un registro a nivel local, estatal o nacional la incidencia y frecuencia en disfunción familiar.

En los estudios de investigación, sobre el impacto que tiene la terapia de cualquier corte, se ha observado beneficios positivos específicamente en la funcionalidad familiar, por lo tanto, resulta deseable que las familias logren superar sus problemas, favoreciendo la dinámica familiar.

Un principio básico que fundamenta la especialidad de Medicina Familiar implica el trabajo de médico familiar enfocado a la orientación sistémica, en donde el foco de atención se centra en el sistema más que sobre el individuo, particularmente en relación a las dificultades y temas que la familia trae a consulta. Asumiendo de ésta manera que las dificultades no surgen desde el interior de los individuos, sino de las relaciones, las interacciones y el lenguaje que se desarrolla entre ellos. Estos principios tienen una base teórica y deberán ser utilizados para re-orientar el quehacer del médico familiar, en su trabajo con familias, permitiendo con ello dignificar la especialidad de medicina familiar, al otorgar atención a la salud con enfoque integral que permita trascender desde el individuo a la familia, de lo biológico a lo bio-psicosocial, teniendo como unidad de atención a la familia y como objetivo de estudio, la salud familiar.

# HIPÓTESIS

## **IX. HIPÓTESIS**

La Terapia Familiar Sistémica tiene un impacto positivo en la funcionalidad familiar.

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el impacto de la terapia familiar sistémica en familias con disfunción, después de la intervención terapéutica, mediante la EFF de Espejel.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Realizar diagnóstico de disfunción familiar, mediante la EFF de Espejel, como pre evaluación.
2. Someter a las familias a intervención terapéutica, con un terapeuta familiar especializado.
3. Aplicar la EFF en la sesión de cierre de terapia familiar como post evaluación.

# **MATERIAL Y MÉTODOS**

## **X. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Familias adscritas al IMSS, a quienes previamente se les haya detectado alteraciones en la función familiar; con la escala de funcionamiento familiar Espejel. Y cols. Determinando un diagnóstico del disfunción familiar.

### **LUGAR DE ESTUDIO.**

En Unidad de Medicina Familiar # 80, del IMSS, en Morelia, Michoacán

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Diseño de la investigación: Cuasi- experimental

Tipo de la investigación: observacional, descriptivo y analítico

Modo de observación: Exposfacto

Temporalidad: Prospectivo

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tamaño de la muestra fue a conveniencia, se estudiaron todas las familias que presentaron disfunción familiar, evaluadas mediante la EEF de Espejel y Cols. En el periodo comprendido de febrero 2012 a febrero 2013. Las familias fueron canalizadas para el estudio a través de los servicios de medicina familiar, trabajo social y urgencias.



## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Familias diagnosticadas con disfunción familiar con la escala de funcionalidad familiar Espejel y cols.

Familias que acepten participar en la terapia familiar sistémica, mediante la firma de consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

Familias que no concluyan con el proceso de evaluación diagnóstica.

Familias que no asistan a la sesión de cierre del proceso de intervención terapéutica.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

Aquellas familias que no deseen participar en el estudio

Familias catalogadas como funcionales mediante la EFF Espejel.

Familias disfuncionales en las que uno de sus integrantes, padece patología psiquiátrica compleja, dando prioridad a la atención de psiquiatría.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Terapia familiar sistémica

### **VARIABLES DEPENDIENTES.**

Disfunción familiar.

## **CUADRO OPERACIONALIZACION.**

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad que tiene el sistema para superar y enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Nominal Funcional o Disfuncional	Cualitativa
ESCALA DE EMMA ESPEJEL.	Instrumento conformado por 40 reactivos que investigas 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico, estructural de la familia. Estas áreas son: territorio y centralidad, roles, jerarquías, límites, modos de control de la conducta, alianzas, comunicación, afectos y patologías. Esta escala mide también datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda de la familia <sup>22</sup> .	Nominal Funcional:>50 Disfuncional:<50	Cuali- cuantitativa
AUTORIDAD	Evalúa la eficacia del sistema conyugal compartida para ejercer autoridad.	Funcional: 33-47 Disfuncional: 18.5 - 32.9	Cuali- cuantitativa
CONTROL	Evalúa el manejo de los límites, que estos estén bien establecidos y sean respetados, así como los métodos de control de la conducta.	Nominal Funcional: 26-40 Disfuncional: 11- 25.9	Cuali- cuantitativa
SUPERVISIÓN	Evalúa las normas de comportamiento de la familia, su vigilancia y la forma de cómo se comportan.	Nominal Funcional: 15-24 Disfuncional: 5- 14.9	Cuali- cuantitativa
AFECTO	Evalúa las formas en las que la familia se demuestra cariño, sentimientos y emociones.	Nominal Funcional:22-31 Disfuncional:12- 21.9	Cuali- cuantitativa

APOYO	Evalúa la manera de como la familia se relaciona en su entorno social, dentro y fuera de la familia.	Nominal Funcional:16-25 Disfuncional:6-15.9	Cuali-cuantitativa
COMUNICACIÓN	Es el conjunto de mensajes verbales y no verbales por medio de los cuales las personas se relacionan con los demás.	Nominal Funcional:31-45 Disfuncional:16-30.9	Cuali-cuantitativa
CONDUCTA DISRUPTIVA	Son patrones que la familia adopta para manejar sus impulsos y determinar lo que es bueno o malo. Así como el luchar contra las situaciones físicas peligrosas.	Nominal Funcional: 24-38 Disfuncional: 9-23.9	Cuali-cuantitativa
AFECTOS NEGATIVOS	Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.	Nominal Funcional:14-19.5 Disfuncional:8-13.9	Cuali-cuantitativa
RECURSOS	Evalúa las potencialidades de la familia ya sean instrumentales o afectivas y su capacidad para transmitir las.	Nominal Funcional:21-30 Disfuncional:11-20.9	Cuali-cuantitativa

## **DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.**

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética Local del Hospital General Regional No. 1 de Morelia, delegación Michoacán, al reunir los requisitos establecidos en el código de Núremberg y los descritos en la declaración de Helsinki.

Se inició a trabajar evaluando familias provenientes de un estudio de investigación el cual se tituló “función familiar y violencia en familias con un integrante con parálisis cerebral” las cuales fueron evaluadas bajo los mismos criterios, requeridos por este estudio de investigación. A la par se difundió la búsqueda de familias con algún problema familiar, en diferentes servicios como consulta externa de medicina familiar, trabajo social de la clínica de UMF # 80, y urgencias en el HGR #1, específicamente con los residentes de medicina familiar.

Las 12 familias con un integrante con PCI diagnosticadas con disfunción familiar mediante la EFF Espejel, provenientes de estudio investigación mencionada se integraron a terapia familiar sistémica.

Se solicitó un espacio físico para implementar las sesiones terapéuticas. Se facilitó el área de consulta para residentes, situada entre la biblioteca y la coordinación de educación e investigación. En horarios vespertinos de 16 a 20 hrs de lunes a viernes, exceptuando días festivos. La terapia familiar sistémica se inició con horarios de una hora cada 15 días, la temporalidad de las citas en terapia se da de esta manera a fin de que el tiempo entre cada terapia, la familia pueda poner en práctica las tareas y rituales establecidos en terapia y que en este periodo se instalen los cambios producto de la intervención terapéutica con la familia.

Iniciamos agendando para realizar entrevista inicial a las familias que reunían los criterios de inclusión como candidatas a tratamiento, es decir

aquellas familias que acudían a consulta por diferentes padecimientos órgano-funcional, y que presentaban problemas familiares detectados o manifiestos al médico familiar en el primer nivel de atención.

La entrevista inicial incluyó el encuadre terapéutico, detallando a las familias las condiciones bajo las cuales se llevaría a cabo la terapia familiar (motivo del estudio, duración, frecuencia, horarios, metodología, uso de dispositivos electrónicos como cámaras de video y fotográficas, recabando en el 100 por ciento de las familias la firma de consentimiento informado). En ésta primera entrevista se identificó la percepción familiar del problema motivo de consulta, decidiéndose así el ingreso de la familia a terapia familiar o su derivación a otros servicios según el caso.

Tras la firma de consentimiento informado se asignó a cada familia un horario con el terapeuta y espacio de terapia. La segunda sesión se aplicó un Genograma sociodinámico, mismo que permitió: el trazo y análisis de la composición familiar multigeneracional, la identificación para su análisis posterior del tipo de estructura familiar; etapa del ciclo vital por el que cursa la familia; repetición de pautas transgeneracionales; sucesos de la vida y funcionamiento familiar; pautas triangulares y vinculares y por último la prevalencia de equilibrio o desequilibrio familiar. Este mapa de rutas del sistema de relaciones familiares, permitió la identificación de características socio demográficas básica, la recopilación de datos generales como edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, fechas de matrimonios, divorcios, muertes, enfermedades, identificación del paciente identificado, y también el registro de otros sucesos clave como lo son los antecedentes heredofamiliares, patologías importantes en la familia, relaciones afectivas y pautas transgeneracionales.

Por otro lado la información trazada en el genograma permitió la clasificación de la familia de acuerdo con tipología familiar propuesta por del Dr. Raymundo Macías, misma que está incluida en el manual para la aplicación de la Escala de funcionamiento Familiar de Espejel. Y de acuerdo a la clasificación propuesta por Geyman se precisó la etapa del ciclo vital que cursaba la familia al momento del estudio. El trazo del Genograma sociodinámico se considera

como intervención terapéutica, al analizar en conjunto con la familia los datos relevantes encontrados y la repercusión de los mismos en el sistema familiar, es especialmente útil para clarificar los diferentes ritmos de cambio de los subsistemas familiares, lo cual puede facilitar la formulación de intervenciones terapéuticas adecuadas.

En la tercera sesión se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel y Cols. Para su aplicación el investigador principal recibió adiestramiento específico para la aplicación de la EFF, fungiendo como co-entrevistador en la totalidad de las familias incluidas en el estudio. Invariablemente al final de la aplicación de la escala se procedió a su calificación con el objetivo de poder incorporar adecuadamente los resultados, con respecto a la interpretación del lenguaje analógico observado en la familia durante el estudio. Cada ítem se evaluó en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar.

La terapeuta familiar certificada para la aplicación de la escala y de acuerdo con los criterios de aplicación incluidos en la misma procedió a su evaluación, integrando resultados por reactivo a cada factor y obteniendo de esta manera un puntaje para cada uno de los 9 factores; el puntaje obtenido y de acuerdo con tabla de conversión se obtuvo puntaje "T"; tomando el valor de "T" como la pre evaluación para cada factor. De acuerdo al resultado obtenido se clasificó a las familias como funcionales o disfuncionales, para cada factor. La suma de los 40 reactivos nos dio un puntaje global mismo que de acuerdo a la tabla de conversiones nos dio como resultado un valor para puntaje total, lo que permite clasificar a las familias como funcionales o disfuncionales. Ver tabla No.I.

Y de ésta manera aquellas familias con resultado de disfunción en la escala, se fueron paulatinamente y cronológicamente ingresando a terapia familiar.

Tabla No. 1 Describe los ítems que valoran cada uno de los nueve factores de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y Cols. y los valores resultantes que discrimina entre funcionalidad y disfuncionalidad por factor.

<b>FACTOR</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>RESULTADOS</b>
AUTORIDAD	(1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40)	Funcional: 33-47 Disfuncional: 18.5 -32.9
CONTROL	(8,10, 17, 26, 31, 34, 35, 40)	Funcional: 26-40 Disfuncional: 11-25.9
SUPERVISIÓN	(16, 25, 26, 28)	Funcional: 15-24 Disfuncional: 5-14.9
AFECTO	(22, 23, 24, 27, 31, 32, 33)	Funcional:22-31 Disfuncional:12-21.9
APOYO	(7, 16, 18, 20, 39, 40)	Funcional:16-25 Disfuncional:6- 15.9
CONDUCTA DISRUPTIVA	(5, 9,36, 37, 38,39 40)	Funcional:31-45 Disfuncional:16- 30.9
COMUNICACIÓN	(4, 10,15, 18,19, 21, 22, 36, 38)	Funcional: 24-38 Disfuncional: 9- 23.9
AFECTO NEGATIVO	(6, 15, 29, 34)	Funcional:14-19.5 Disfuncional:8- 13.9
RECURSOS	(2, 12, 13, 14, 17,40)	Funcional:21-30 Disfuncional:11- 20.9



Las siguientes sesiones de la cuarta a la décima se desarrollaron de acuerdo al modelo de Milán. Se estructuró la terapia familiar de la siguiente manera.

- 1. Presesión.** previo al ingreso de la familia al espacio de terapia, nos reuníamos con el terapeuta de la familia, para realizar una hipótesis sistémica en base a la información obtenida hasta ese momento, permitiendo durante el desarrollo de la sesión, comprobar o descartar dicha hipótesis, orientando el desarrollo de la terapia.
- 2. Sesión.** La duración de las sesiones fue aproximadamente de 45 min. Durante este espacio de tiempo el terapeuta al frente de la familia, podía recurrir a diferentes técnicas previamente elaboradas a fin de producir los cambios en la familia. Siempre contando con el apoyo del co-terapeuta, que retroalimentaba el proceso.
- 3. Discusión de la sesión.** Después de transcurrido el tiempo destinado a la sesión terapéutica, se hacía un corte en la sesión, solicitándole a la familia salir del espacio terapéutico por espacio de 10 minutos aproximadamente, tiempo en que el terapeuta tratante recibía la retroalimentación del equipo, elaboraban información verbal o por escrito a través de mensajes, dirigidos a cada uno de los integrantes de la familia, a la pareja y a la familia en su conjunto, se precisaban situaciones pendientes a tratar, o según el caso se especificaban tareas y/o rituales para la familia.
- 4. Prescripción de la tarea para la familia.** Ya con la familia de regreso al espacio terapéutico, se procedió a la lectura o transmisión del mensaje enviado por el equipo reflexivo, solicitando a los integrantes de la familia que después de la lectura del mensaje, se cierra la sesión y el mensaje

escuchado se lo llevan para la reflexión personal, compartiendo la experiencia del mismo en la próxima sesión.

- 5. Discusión de la reacción de la familia respecto a los comentarios y de las prescripciones.** Al término de las sesiones se reunió el equipo reflexivo, para la socialización de lo ocurrido en la sesión, retroalimentación del desempeño para el terapeuta.

Por último al término del tratamiento y en base al contrato terapéutico establecido con la familia nuevamente se procedió a la aplicación, calificación y reporte posterior a la terapia de la EFF Espejel y Cols. Acorde a la metodología previamente descrita.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

### **Estadística descriptiva**

Los resultados obtenidos se reportaron utilizando media y desviación estándar ( $\bar{x} \pm E. E.$ ), así como porcentajes, según la variable de estudio para variables discretas.

Para la comparación de las evaluaciones iniciales y finales se utilizó la comparación de medias para muestras relacionadas.

Para la magnitud del efecto se utilizó la siguiente ecuación:  $d = t/\sqrt{n}$

La validación de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y Cols. Es de .91 validado previamente mediante  $\alpha$  de Crombach, en población mexicana. Se validó para nuestra población en este estudio, obteniendo 0.88 con  $\alpha$  de Crombach.

Los valores de  $P < 0.05$  tendrán un valor estadístico significativo.

Para el procesamiento de los datos se utilizó (SPSS v18.0).

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente protocolo cumple con los requisitos estipulados en la declaración de Helsinki la cual establece que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. La investigación está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales, así como el deber del médico es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano<sup>46</sup>.

De igual manera el código de Núremberg; en el que se establece que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño; debe de ser realizado únicamente por personas científicamente calificadas. La confidencialidad de la información otorgada por el paciente, la seguridad de las intervenciones realizadas, además de requerir de la autorización del paciente mediante firma de consentimiento informado. Debido a que interfiere con la vulnerabilidad de los sentimientos de los pacientes y de la información que proporcionen. Se garantiza que el paciente conserve su autonomía y libertad para ejercer su decisión, en caso no continuar con el estudio<sup>47</sup>.

De acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación en su artículo tercero menciona: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción de insumos para la salud.

Por lo anterior la investigación fue aprobada por el comité de Ética e Investigación local.

Se solicitó firma de consentimiento informado a todas las familias participantes.

# RESULTADOS

## **XI. RESULTADOS**

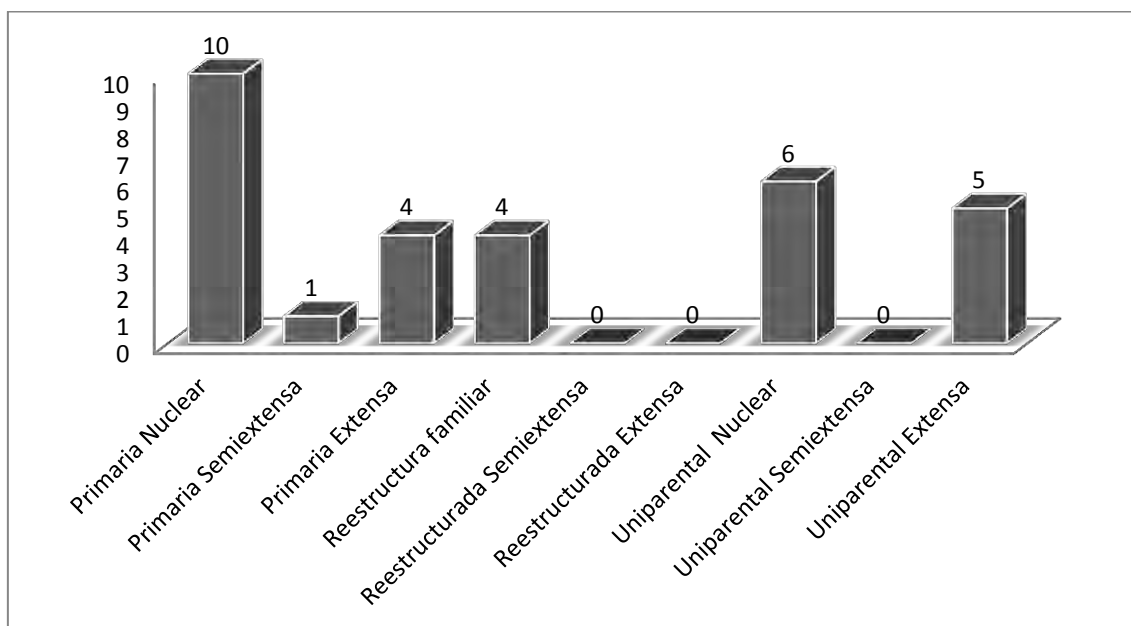
Se evaluó un total de 48 familias con la elaboración del Genograma sociodinámico y aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y Cols. Resultando solo una familia como funciona la cual no se incluyó. Se eliminaron 17 familias diagnosticadas con disfunción, por no haber cumplido con la totalidad de las sesiones de terapia o haber faltado a la sesión de cierre para la aplicación de la EFF. Finalmente se obtuvo una muestra con 30 familias, a quienes se les realizó evaluación inicial, se les sometió a diez sesiones de terapia familiar y se les elaboró evaluación posterior a la terapia.

### **VALIDACIÓN**

La validación de la Escala de Funcionamiento Familiar se realizó mediante el alfa de Crohnbach con una confiabilidad de 0.88. La escala tiene una validación previa para población mexicana de 0.91. y discrimina sensiblemente a las familias funcionales de las disfuncionales.

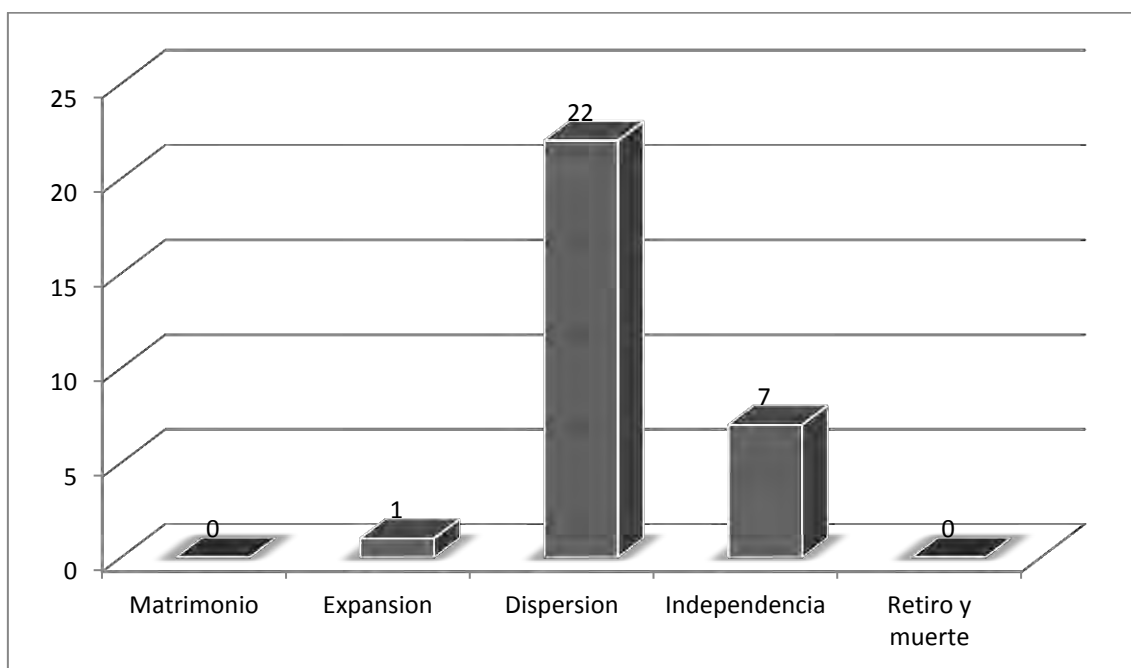
## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

En la figura No. 1 se describe de manera gráfica la tipificación familiar de acuerdo a la clasificación del Dr. Raymundo Macías. Observando en mayor proporción familias primarias nucleares 33.3% (10 familias), familias uniparentales nucleares 20% (6 familias), familia uniparental extensa 16.6% (5 familias), familias primaria extensa 13.3% (4 familias), familias reestructurada familiar 13.3% (4 familias) y primaria semiextensa 3.3% (1). No hubo ninguna familia a incluir dentro de los rubros de familia reestructurada semiextensa, familia reestructurada extensa y familia uniparental semiextensa.



**Figura No.1.** tipología familiar de acuerdo a la clasificacion del Dr. Raymundo Macias.

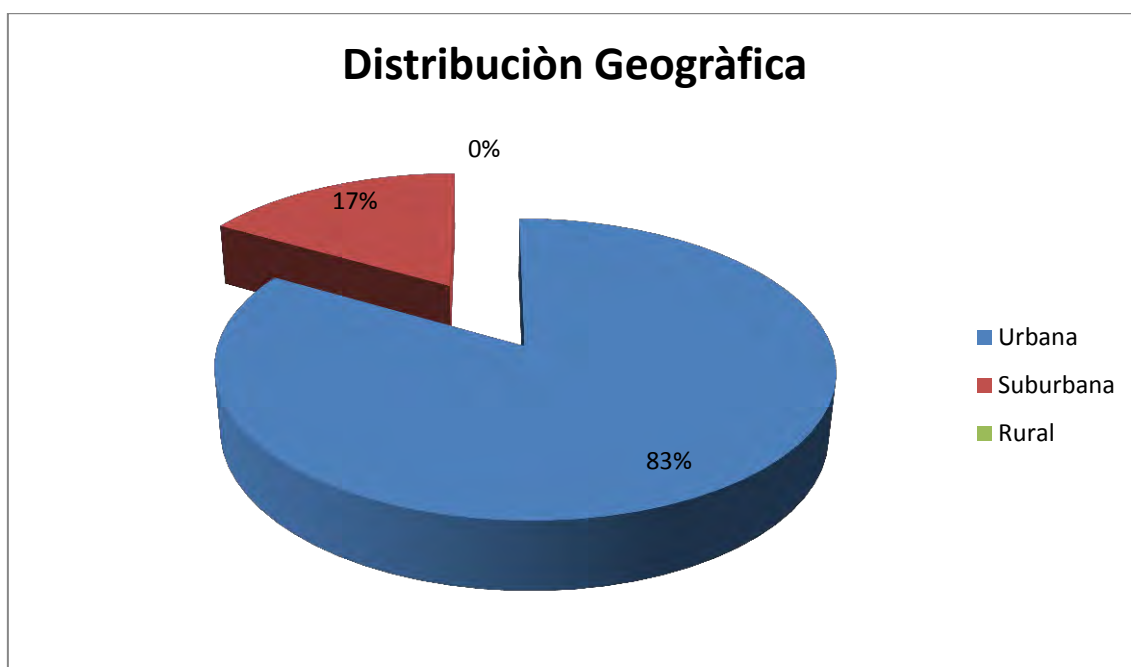
En figura 2. Acorde a la clasificación propuesta por Geyman respecto a la etapa del ciclo vital familiar por el que cursa la familia. De acuerdo a las frecuencias la etapa de dispersión con 22 familias, representando un porcentaje del 73.3 %; seguido de etapa de independendencia con 7 familias y porcentaje del 23.3%, y finalmente la etapa de expansión con 1 familia y un porcentaje del 3.3% en las etapas de matrimonio, retiro y muerte no hubo familias a clasificar en ese rubro.



**Figura No.2** Etapa del ciclo vital familiar de acuerdo clasificación de Geyman.

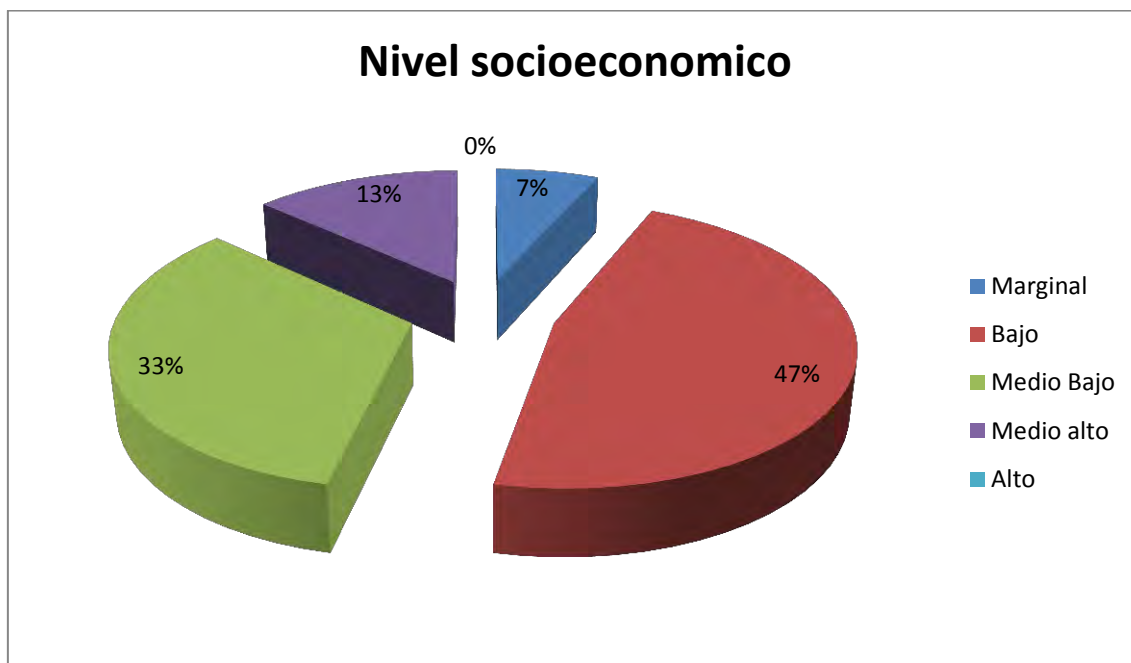


En la figura No.3 se representa la distribución geográfica de nuestras familias de estudio. Así el 83.3 % (25 familias) de la población estudiada pertenece a una ubicación urbana y solo el 16.7% (5 familias) a una población suburbana. Debido a la adscripción a la UMF # 80 no se captaron familias de comunidades rurales.



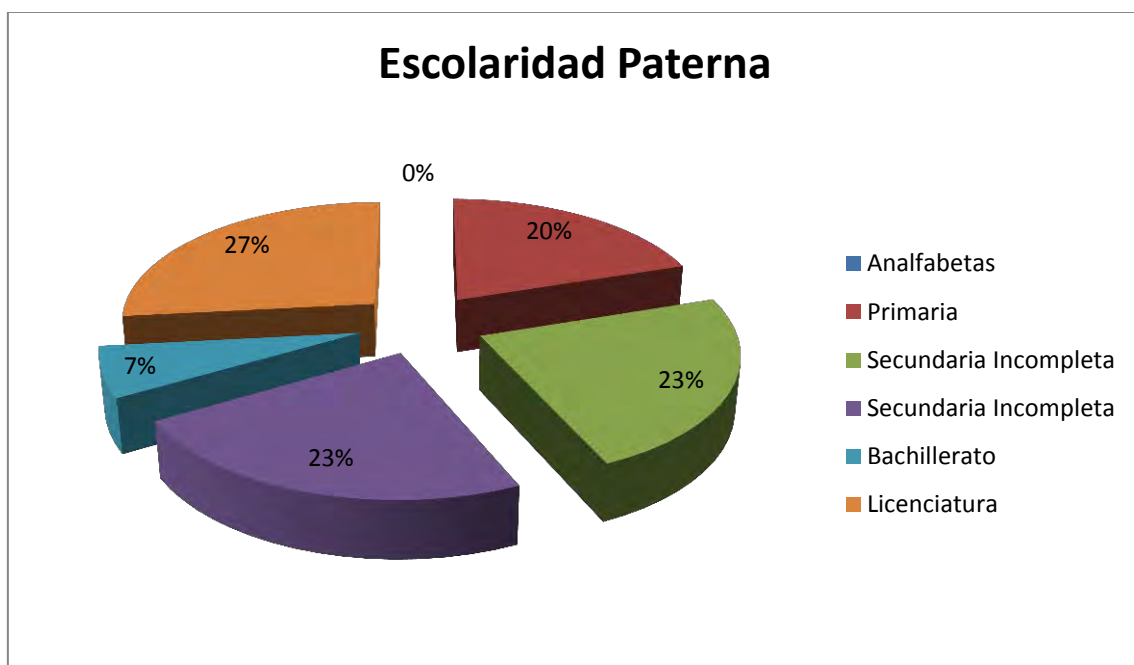
**Figura No3.** Distribución Geográfica de las familias

En la figura No 4 se representa de manera gráfica, la clasificación del nivel socioeconómico de las familias estudiadas de acuerdo con el número de salarios mínimos. Así, 2 familias (6.7%), se clasificaron como familias en estado marginal de pobreza; 14 familias (46.6%), en un nivel socioeconómico bajo; 10 familias (33.3%) con un nivel socioeconómico medio bajo y 4 familias (13.3%) con un nivel socioeconómico medio alto. Familias con un nivel socioeconómico alto no se clasificaron.



**Figura No.4** Distribución de las familias de acuerdo a su nivel socioeconómico.

En la Figura No.5 se representa de manera gráfica la escolaridad paterna, ninguna familia con padres analfabetas, padres con primaria completa 6 (20%), padres con secundaria incompleta o equivalente 7 (23.3%), padres con secundaria completa 7 (23.3%), padres con bachillerato 2 (6.6%), y padres con una licenciatura universitaria 8 (26.6%).

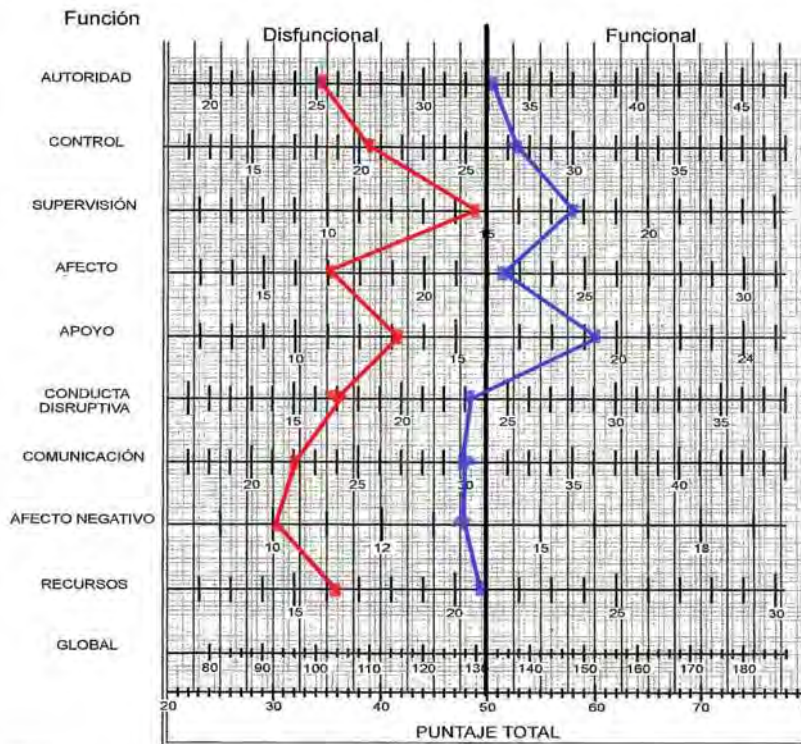


**Figura No.5** Escolaridad paterna de las familias estudiadas.

En la Figura No. 6 se observa que al final del estudio, todos los factores se movieron hacia lo funcional. Específicamente los factores autoridad, control, supervisión, afecto y apoyo caen en lo funcional. Mientras los factores de conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, a pesar de mantenerse en lo disfuncional, fueron los factores que mayor impacto presentaron.

### Perfil de funcionamiento familiar

Familia: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de formada: \_\_\_\_\_ Etapa de ciclo vital: \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_ Número de miembros: Adultos \_\_\_\_\_  
 Adolescentes \_\_\_\_\_ niños \_\_\_\_\_ Tipo de familia: \_\_\_\_\_



■ Evaluación inicial (disfuncional).

■ Evaluación final (funcional).

**Figura No. 6** Perígrafo de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y cols. Graficadas la pre y post evaluación de cada factor.

En Tabla No. II El Impacto de a terapia familiar sistémica Se muestran los valores medios y desviación estándar, en las evaluaciones inicial y final por cada factor, así como el valor que se asignó a “t” y la significancia estadística. Destacan todos los factores con una alta significancia estadística.

TABLA No. II. Impacto de la terapia familiar sistémica.

VARIABLE	PREMEDICIÓN N=30 $\bar{X} \pm E.E$	POSTMEDICIÓN N=30 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig
Autoridad	25.80 +/- 0.8	33.20 +/- 0.7	- 8.208	.000*
Control	20.43 +/-0.5	27.36 +/- 0.4	- 10.577	.000*
Supervisión	14.56 +/- 0.4	17.83 +/- 0.2	- 6.715	.000*
Afecto	17.13 +/- 0.5	22.43 +/- 0.5	- 10.043	.000*
Apoyo	13.16 +/- 0.5	19.26 +/- 0.4	- 10.663	.000*
Conducta Disruptiva	16.93 +/- 0.5	22.96 +/- 0.5	- 11.512	.000*
Comunicación	21.96 +/- 0.7	29.86 +/- 0.6	- 14.111	.000*
Afecto Negativo	10.13 +/- 0.3	13.66 +/- 0.3	- 12.159	.000*
Recursos	16.20 +/- 0.5	20.80 +/- 0.4	- 8.179	.000*

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

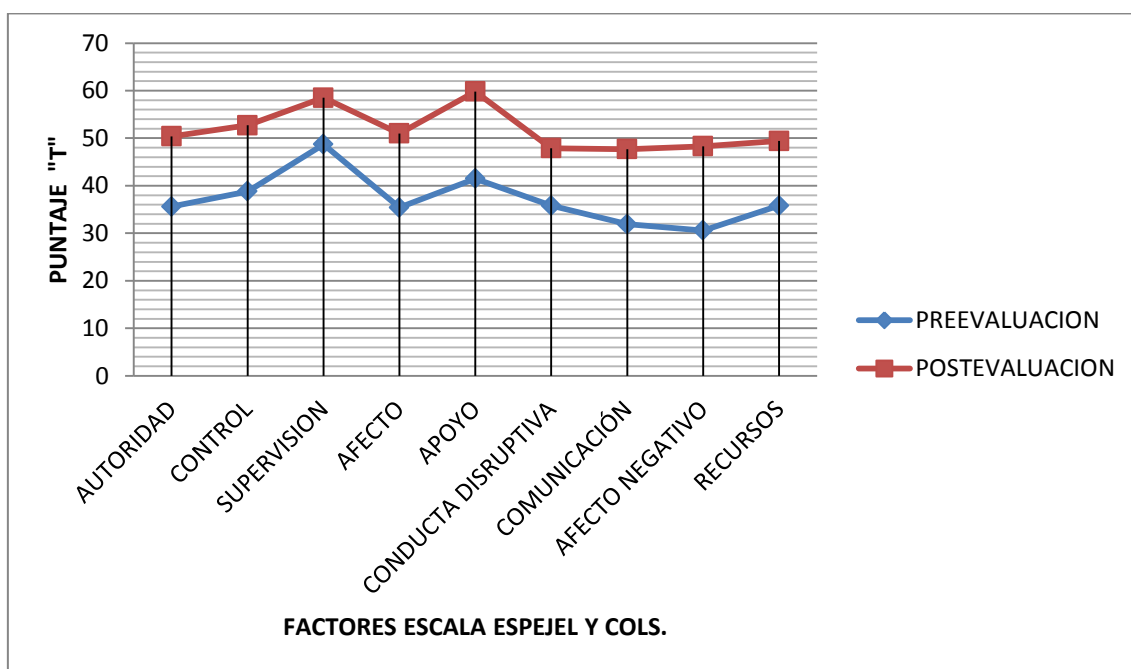
**TABLA III.** Los valores para obtener la magnitud del impacto fue mediante la siguiente formula (  $d = t/\sqrt{n}$ ), donde “**d**” representa la magnitud del impacto, resultados  $\leq$  a 0.2 representa un impacto chico o pobre, valores  $\leq$  0.5 representa un impacto medio, valores  $\geq$  0.8 representan un impacto alto. “**t**” tiene un valor asignado, representado negativamente dividido entre la raíz cuadrada de 30 (representa el número de familias estudiadas) con un valor de 5.47 para todos los factores.

TABLA No. III Magnitud del efecto

VARIABLE	MAGNITUD DEL EFECTO
AUTORIDAD	1.50
CONTROL	1.93
SUPERVISIÓN	1.22
AFECTO	1.83
APOYO	1.94
CONDUCTAS DISRUPTIVAS	2.10
COMUNICACIÓN	2.57
AFECTO NEGATIVO	2.22
RECURSOS	1.49

**Figura No. 7** Representa de manera gráfica la magnitud del efecto por Factores, en otras palabras “el impacto de la terapia familiar sistémica” para cada factor.

Así, el mayor impacto se obtuvo en el factor de la comunicación con un valor de 2.57, seguido del afecto negativo con un impacto de 2.22, conductas disruptivas 2.10, apoyo con 1.94, control con 1.93, afecto 1.83, autoridad 1.50, recursos 1.49 y con un menor impacto la supervisión.



**Figura No. 7** Impacto de la terapia familiar sistémica, valorado con Puntaje “T”.

# DISCUSIÓN



## **XII. DISCUSIÓN**

Este estudio de investigación no tiene precedentes en una Unidad de medicina Familiar en el primer nivel de atención, tanto a nivel localidad, estado y me atrevería a decir que a todo el país, pues en la literatura no se encontraron antecedentes. La evaluación y manejo clínico de familias es una ardua labor que implica múltiples implicaciones éticas; por lo que solo personal entrenado en el área, debe de tratar con familias.

Es importante destacar que las familias con un integrante con PCI incluidas en el estudio fueron familias por su composición, uniparentales extensas (el padre abandonó a la familia al darse cuenta del diagnóstico de su hijo), con una inversión de roles, donde la madre funge como proveedor delegando su rol de madre en la abuela materna quien generalmente es quien termina haciéndose cargo de estos niños. En consecuencia la Jerarquía está mal definida, y existe resistencia para el cambio, al grado de desertar de la terapia familiar ante el intento de reestructurarla.

La especialidad de medicina familiar, tiene un perfil profesional muy amplio, realizando prácticas relacionadas con la dinámica familiar (valorando el funcionamiento familiar de acuerdo con las jerarquías, límites, comunicación, apoyo afectos, crisis y etapa del ciclo vital por las que atraviesa la familia).

La terapia familiar ofrece al médico familiar otra opción de manejo en el primer nivel de atención, fomentando la prevención y manejo de la disfunción familiar en todos sus aspectos, logrando así una atención integral y que de acuerdo con la definición de salud abarcaría cuestiones biológicas, psicológicas y sociales, a fin de lograr familias sanas.

En las familias existe la tendencia a repetir pautas de comportamiento aprendidas de nuestra familia de origen, por tanto tendemos a repetir los errores y aciertos de nuestros padres. Cuando aprendamos a romper estas pautas transgeneracionales disfuncionales, estaremos en condiciones de tomar mejores decisiones y en consecuencia mejorar la funcionalidad familiar.

La familia atraviesa desde su formación hasta su disolución por diferentes etapas en el propio ciclo vital de la familia, de acuerdo con cada etapa la familia enfrenta crisis normativas (esperadas) y paranormativas (no esperadas). Generalmente las crisis bien sean normativas o paranormativas, de no ser resueltas y superadas, generan disfunción en la familia. En las familias del presente estudio, los problemas que motivaron la disfunción estuvieron en relación a crisis paranormativas secundarias a duelo por pérdidas (defunciones o divorcio), enfermedades crónicas, alcoholismo. Y dentro de las crisis normativas la más recurrente fue el paso evolutivo de la niñez a la adolescencia.

Los resultados del estudio integrados por los datos obtenidos tras la aplicación de Genograma sociodinámico, nos permiten concluir que acorde al tipo de conformación familiar, predominan las familias nucleares, propia idiosincrasia del mexicano. Dentro del desarrollo del ciclo vital familiar se encuentran en un estadio intermedio entre la etapa de dispersión e independencia, estadios que comienzan con la entrada del primer hijo a la escuela y la salida del primero de los hijos del núcleo familiar y termina con la salida del último hijo, dejando a los padres nuevamente solos, lo que implica el cumplimiento de una de las principales tareas de los padres, el facilitar la independencia de los hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social, el incumplimiento de favorecer la individuación de los hijos, dificulta la adaptación y avance de la familia a la siguiente fase de desarrollo, lo que traduce disfuncionalidad familiar, y que explica por sí misma el predominio alto del factor **supervisión** pre y post tratamiento.

Las familias jóvenes en etapa de dispersión, son las más interesadas en encontrar soluciones a sus problemáticas, con mejor percepción y disposición al cambio. Como resultado de la intervención terapéutica las familias estudiadas, 12 familias lograron una diferenciación de su familia de origen y todas una adaptación a su etapa del ciclo vital.

De acuerdo a su ubicación, predominaron las familias con geografía urbana, con nivel socioeconómico medio-bajo y con una escolaridad máxima de secundaria en los padres. Lo que habla de que si bien el vivir en la zona urbana permite contar con todos los servicios básicos, el nivel socioeconómico bajo condiciona también bajo poder adquisitivo y la disminución de oportunidades de crecimiento y desarrollo en general. Con lo que podemos decir que son familias interesadas en buscar soluciones a sus problemáticas, sin embargo el acceso a este tipo de intervenciones terapéuticas, se ve mermada por su misma condición socioeconómica.

La **comunicación** en la familia fue uno de los factores que más se modificó, posterior a la aplicación de terapia familiar sistémica. Estableciendo un nuevo y diferente patrón de comunicación, de tipo afectiva, clara y directa, al mejorar la comunicación otros factores como el afecto son más fáciles de expresar, intentando evitar el uso de expresiones negativas, evitando los reproches, reconociendo valores y actitudes positivas.

La implementación de terapia familiar sistémica en este tipo de familias ha mostrado efecto positivo en el funcionamiento familiar, permite la estructuración de la familia, mejora la comunicación, disminuye la conducta disruptiva y los afectos negativos. Las manifestaciones de afecto, socialización, aprendizaje y delimitación de límites, mejoraron con la intervención con terapia familiar sistémica.

Podemos mencionar un ejemplo de una familia que se incluyó en el estudio debido a las recurrentes visitas al servicio de urgencias pediátricas. Esta familia tuvo un impacto positivo de la terapia familiar. Una niña de 13 años con visitas recurrentes por espasmos bronquiales, determinamos estudiar a la familia e ingresarla a terapia familiar sistémica después de descartar patología orgánica y asociar los síntomas con el síndrome de síntomas medicamente no explicables; encontramos a una familia uniparental extensa, con pautas

transgeneracionales presentes como el divorcio de la madre, conflictos materno-filiales, crisis paranormativa por separación y proceso de divorcio en el subsistema conyugal, con estilo de comunicación indirecta, enmascarada, y como conducta sintomática la exacerbación de la sintomatología respiratoria cuando la madre discutía con la abuela. Como resultado de la intervención terapéutica la familia logró la individuación de la familia de origen, mejoró notablemente su estilo de comunicación, y las visitas recurrentes a urgencias cedieron.

# CONCLUSIONES

### **XIII. CONCLUSIONES**

1. La terapia familiar mejora la funcionalidad familiar medida a través de la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y Cols.
2. Todos los factores de la Escala de Funcionamiento Familiar se desplazaron de lo disfuncional a lo funcional con la intervención de terapia familiar sistémica.
3. Los factores comunicación, afecto negativo y conducta disruptiva fueron lo que presentaron una magnitud de efecto mayor.

# RECOMENDACIONES

## **XIV. RECOMENDACIONES**

1. Crear una sede de formación de recursos en terapia y contar con una cámara de Gesell como elemento pedagógico indispensable para la atención de familias y la formación de médicos familiares.
2. Vincular la residencia de Medicina Familiar con la atención a familias mediante enseñanza tutorial con terapeutas familiares
3. Desarrollar modelos de intervención con la familia, conformando un equipo multidisciplinario, formado por el médico familiar, psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, asistentes.
4. Incluir el Genograma como parte fundamental en la evaluación de familias, lo que vendría a enriquecer el expediente clínico, con la visión particular del médico especialista en medicina familiar
5. La implementación en las unidades de medicina familiar de un módulo de terapia familiar en beneficio de los derechohabientes.



# **BIBLIOGRAFÍA**

## **XV. Referencias Bibliográficas.**

1. Herrera S. P. M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. cubana de Med gen intr. 1997; 13 (6):591-599
2. Gonzales G. J. M. La familia como sistema. Temas de medicina familiar. Rev. Pac. Med. Fam. 2007; 4 (6): 111-114.
3. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en la atención primaria. Archivos en medicina familiar. 2006; 8(1):27-32.
4. Guzmán Pantoja JE, Barajas Mendoza E, Luce González EG, Valadez Toscano FJ, Gutiérrez Román EA, Robles Romero MA. Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. Atención primaria 2008; 40(11):543-8.
5. Pérez M. A, Pérez M. R, Martínez F. M. Luz, Leal H. J, Mesa G. I, Jiménez P. I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria 2007; 39 (2): 61-70.
6. Camacho P. P, Silva M. I, León N. L. Funcionamiento familiar según modelo circunflejo de Olson en adolescentes. Artículo original. Rev. Enf. Herediana. 2009; 2 (2):80-85.
7. Rentería Ortiz MA. Familias funcionales/ sanas. UNAM, departamento de medicina familiar. 1997.
8. Pérez Cárdenas C, Sebazco Pernas A. La familia perdida. Características de esta crisis familiar. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 16(1)93-7.
9. Villa M. A, Robles R. M, Gutiérrez R. E, Martínez A. G, Valdez T. F, Cabrera P. C. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factor de riesgo para intento de suicidio. Rev. Med. IMSS, 2009: 47 (6): 643-646.
10. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev. Med. Inst Mex seg Soc 2007; 45(3):225-232.

11. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 16(3): 280-6.
12. Cabrera Pivaral CE, Rodríguez Pérez I, González Pérez G, Ocampo Barrios P, Amaya López C. aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud Mental 2006; 29(4):40-46.
13. Manual terapia familiar. Paidopsiquiatria, Londres
14. Espejel E, Esquivel C. A., Bautista S. M. L., Paceco S. C. El paradigma sistémico en la terapia familiar. Rev. Inst Nal Enf Resp Mex. 2009; 22 (3): 248-254.
15. Boscolo L., Bertrando P. La terapia sistémica de Milán. Centro Milanés de terapia familiar. 2009; 5 (6): 224-242.
16. Martin Camacho J. Terapia Familiar Sistémica. Los primeros tiempos del tratamiento. [info@javiercamacho.com.ar](mailto:info@javiercamacho.com.ar) 1996.
17. Bateson G., Jackson D., Haley J, Weakland J. H. Hacia una teoría de la esquizofrenia. Beh. Scin. 1956; 1 (4): 236- 249.
18. Soria T. R. Simetría y doble vínculo en las relaciones de pareja. FES Iztacala UNAM. 2007; 10, (2).
19. Vega C. L. Teoría general de sistemas. Revisado 24 nov 2011. En: <http://www.ruv.itesm.mx/cgi/pgit/TWiki/bin/view/madisonWebley/teoriageneralde sistemas>
20. Bertalanffy L. V. Teoría general de los sistemas. Rev. Univ. Chic. 1969; 1 (1): 1-37.
21. Botella L, Vilaregut A. La perspectiva sistémica en terapia familiar: conceptos básicos, investigación y evolución. Universidad Ramón Llull. 2002; 2 (4): 1-12
22. Hewitt R. N, Gantiva D. C. A. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Rev. Univ. San Buena Ventura, Bogotá, Colombia. 2008; 27 (1). 165-176.
23. Satir Virginia. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax México 1991. ISBN 968-860-393-7.
24. Kreuz Smolinski A, Pereira Tercero R. origen y desarrollo Terapia Familiar. Terapéuticas psicológicas, 2009, 2ª edición.

25. Montenegro A. H. tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. Rev. Chil. Ped. 1997; 68 (6): 283-289.
26. Roiz M. La familia desde la teoría de la comunicación de Palo Alto. Artículo Original.
27. Cervel N. M. Orientación e intervención familiar. Licenciada en psicología.
28. Berger Z. T. Aportes de la perspectiva sistémica y la terapia familiar al trabajo en educación especial. Experiencia con alumnos de la maestría en educación especial de la universidad intercontinental. Rev. Int. Psic. Edu. 2008; 10 (1): 75-90.
29. Benabarre C. S. Terapia familiar mito, reto o futuro. Ed. Zaragoza 3er curso Ter. Fam. 2008; 1(1).
30. Calderón Castañeda F, Nuno Licon A, Alatorre Miguel E. evaluación de la funcionalidad de 100 familias en las que se incluye un miembro incapacitado por enfermedad crónica. 2009; 22(1):74-80.
31. Vera V. P. Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en evidencia. Rev. Univ. Chile 2001; 1(1):
32. Rodríguez Morejón A, Beyebach Mark. Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. cuadernos de terapia familiar 1997; 34(1): 39-56.
33. Pote H, Stratton P, Cottrell D, Boston P, Shapiro D, Hanks H. Manual de terapia familiar sistémica. Rev. de psicología, Univ. Chile, 2004; 1 (1)
34. Rentería O. M. Á. Funcionamiento familiar en la diabetes. Tesis inédita. UNAM. 2005; 1 (1).
35. Soria T. R. Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. UNAM. Revista electrónica de psicología Iztacala, 2010; 13 (3).
36. Almagro Domínguez F. tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. Rev. Cubana Med.Gen.Integr. 1996; 12(3):3.
37. Sánchez Ferrán T. Manual para la intervención en salud familiar. Ed. Ciencias médicas, 2002.ciudad de La Habana 10400, Cuba.
38. Torres Torija J. psicoterapia y psiquiatría una relación paradójica. Salud mental 2009; 32(1): 185-187.

39. Rivero L. N, Martínez P. A, Iraurgi I. El papel, funcionamiento y comunicación familiar en los síntomas psicosomáticos. Rev. Clínica y salud. 2011; 22 (2): 175-186.
40. Pereira Tercero R. revisión histórica de la terapia familiar. Revista psicología Madrid, 1994; 14(1):5-17.
41. Granados Font R. Evaluación de familia con enfoque sistémico. Enfermería en Costa Rica. 2006; 25(2)6-11.
42. Sánchez H. E, Tomas G. V. Terapia breve en la adicción a drogas. Rev. del psic, Catarroja, Valencia. 2002. 1; (83): 49-54.
43. Pireira R. Concluyendo la entrevista: la devolución en terapia familiar. Rev. Nor. Sal. Men. 2009; 1(35): 8-19.
44. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Ed. Gedisa, S.A. 1985; 1 (1):
45. Espejel E. y cols. Escala de funcionamiento familiar. I. F. A.C. ed: 2008; 1 (1):
46. Manzini J. L. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Rev. Bioét. Univ. Mar de Plata, Arg. 2000; 6 (2):
47. Código de Núremberg (1946).  
[http://www.bioeticaweb.com/códigos\\_y\\_leyes](http://www.bioeticaweb.com/códigos_y_leyes).

# **ANEXOS**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN  
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Morelia, Michoacán a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado:

**IMPACTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN FAMILIAS  
DISFUNCIONALES ADSCRITAS A LA UMF # 80.**

Registrado ante el comité local de investigación con el número: \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado y explicado que mi participación consistirá en la participación de un estudio de salud familiar, relleno de encuestas encaminadas a valorar la funcionalidad de mi familia, dependiendo del grado de disfunción familiar diagnosticada, se integrará a mi familia a terapia familiar sistémica, caracterizada por aumentar la conciencia de los pacientes a sus problemas, así como de la capacidad que tienen para llegar a superarlos; desarrollando habilidades para enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y prevenir situaciones difíciles. Encaminado a mejorar las relaciones con mi familia. La cual consiste en 10 sesiones con una duración de 60 a 90 minutos. Se solicita su autorización para video grabar las sesiones, con la finalidad de entender mejor la comunicación analógica de la familia.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi aprovechamiento y de mi padecimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi aprovechamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte las relaciones o atención médica dentro de la unidad.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**Testigos**

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y matrícula del  
Investigador Responsable**

**Instrucciones para el examinador:** marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiere la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**

4. Si se reúne la familia para ver la televisión ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funcionalidad**



**Instrucciones para el examinador:** las casillas oscuras nunca deben marcarse.

7. En los problemas de los hijos ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Funcionalidad**

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando comenten una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Funcionalidad**

9. Si en casa hay horarios para comer o llegar ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Funcionalidad**

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Funcionalidad**

**Instrucciones para el examinador:** a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa...

Quién invita	A quién se le avisa						
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro no familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nunca invitan  **Funcionalidad**

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quién sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

A quién se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

Quién castiga	Cómo castiga		
	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga  Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda?

Pide ayuda	A quién se pide ayuda:						
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

Pide ayuda	A quién se pide ayuda:						
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a un acuerdo, ¿a quienes se les hace saber con claridad?

Quiénes acuerdan	A quién se le hace saber				
	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					
No hay acuerdos			Funcionalidad		

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

29. ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie	Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

**Funcionalidad**

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

**Funcionalidad**

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Todos	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

**Funcionalidad**

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

**Funcionalidad**

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	No avisa
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

**Funcionalidad**

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

**Instrucciones para el examinador:**  
A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

Frecuencia		
Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, en el trabajo o con los demás?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera)  
¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro <b>no</b> familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado un problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro <b>no</b> familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro <b>no</b> familiar			

Funcionalidad