

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

# Evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar: estudio de caso

**Autor: Ivan Lopez Beltran**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestro en Psicoterapia Familiar**

**Nombre del asesor:  
Quetzalcoatl Hernández Cervantes**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA, A.C.**

**MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR**

**EVALUACIÓN COLABORATIVA COMO INTERVENCIÓN EN EL  
TRATAMIENTO FAMILIAR: ESTUDIO DE CASO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN  
PSICOTERAPIA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**LIC. IVAN LOPEZ BELTRAN**

**ASESOR**

**DR. QUETZALCOATL HERNÁNDEZ CERVANTES**

**MORELIA, MICH.**

**19 DE JUNIO DE 2010**

**R.V.O.E. MAES-960402**

**CLAVE 16PSU0020A**

# TABLA DE CONTENIDOS

---

**RESUMEN**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**INTRODUCCIÓN**

## **CAPÍTULO 1. FAMILIA Y TRATAMIENTO FAMILIAR**

- 1.1 Generalidades: conceptos, funciones y tipologías
- 1.2 Orígenes del tratamiento familiar
  - 1.2.1. Enfoques del tratamiento familiar
  - 1.2.2. Metas y objetivos del tratamiento familiar
- 1.2 Patología en el tratamiento Familiar
  - 1.2.1 Funcionalidad y disfuncionalidad
  - 1.2.2 Algunos tipos de patología familiar

## **CAPITULO 2. ESTUDIO DE CASO**

- 2.1 Conceptos y características
- 2.2 Fortalezas y limitaciones del estudio de caso
- 2.3 Modalidades en el diseño de estudio de caso
  - 2.3.1 Estudio de caso único y sus variantes
- 2.4. Estudio de caso y utilización de instrumentación diagnóstica
  - 2.4.1 Instrumentación diagnóstica y estudios de caso con familias

## **CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN COLABORATIVA**

- 3.1 Definición
- 3.2 Método de evaluación colaborativa
  - 3.2.1 Beneficios del método colaborativo
- 3.3 Evaluación multiaxial
- 3.4 Evaluación en el tratamiento familiar
- 3.5 Modelos colaborativos en el tratamiento familiar

## **CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

- 4.1 Justificación y planteamiento del problema
- 4.2 Preguntas de investigación
- 4.3 Propósitos
- 4.4 Hipótesis
- 4.5 Delimitación espacio temporal
- 4.6 Tipo de estudio
- 4.7 Diseño de estudio
- 4.8 Técnicas e instrumentos
- 4.9 Análisis de datos
- 4.10 Universo
- 4.11 Muestra y muestreo
- 4.12 Determinación del caso de estudio
- 4.13 Procedimiento
- 4.14 Consideraciones éticas
- 4.15 Identificación de variables
- 4.16 Definición de variables



## **CAPÍTULO 5. RESULTADOS**

- 5.1 Caracterización de la familia
- 5.2 Psicodiagnóstico
- 5.3 Funcionamiento familiar
- 5.4 Conductas de riesgo

## **CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

# RESUMEN

---

El diagnóstico familiar se inclina al análisis sistémico, alejándose del psicodiagnóstico individual (Cibanal, 2004). Pero también importa el comportamiento de cada miembro familiar (González, 2005) y también se ha preferido trabajar integralmente (Ackerman, 1994). El modelo de evaluación colaborativa propone un trabajo integral (Frankel, 2009) y sustentando el efecto terapéutico de las pruebas psicológicas (Finn, 1996).

**Propósito:** determinar la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar. **Metodología:** estudio de caso único (Kazdin, 2001), descriptivo y exploratorio. Diseño de pre-prueba y pos prueba (Hernández-Sampieri, 2007). Variables: dos del participante, caracterización de la familia y psicodiagnóstico del paciente identificado. La variable independiente es la evaluación colaborativa. Las variables dependientes son el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo del paciente identificado. Los instrumentos: entrevista familiar (Andolfi, 1993); APGAR (Smilkstein, 1998); Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997); Escalas de Conners (1978) y otros. La muestra fue por conveniencia siendo una familia que asiste para tratar su motivo de consulta. El procedimiento tuvo seis sesiones de intervención en la fase pre-prueba y dos sesiones de seguimiento en fase pos-prueba. **Resultados:** se determina la utilidad del modelo colaborativo como intervención en el tratamiento familiar. Se reportan: una disminución de la sintomatología de la fase inicial al seguimiento. Cambios de funcionamiento familiar en el afecto y afecto negativo y mejoras notables en la dinámica familiar. Las conductas de riesgo se redujeron en la escuela y en el hogar, así también el consumo alimenticio. **Conclusiones:** Es viable el modelo de evaluación colaborativa para la replicación sistemática en el peritaje con familias, el área psicopedagógica, la terapia o la investigación del tratamiento familiar. Como primera limitación se señala la ausencia de tal replicación en el diseño de caso único, otras limitaciones fueron el tiempo y espacio. Se pone de relieve el sesgo en la deseabilidad social debido al auto-reporte (Beavers y Hampson, 1990; Hernández, 2007).

**Palabras clave:** evaluación colaborativa, tratamiento familiar, funcionamiento familiar, psicodiagnóstico, conductas de riesgo.

# DEDICATORIA

---

*Dedico esta obra a quienes recuerdo que con esfuerzo y amor*

*hemos construido una familia:*

*Mi padre y mi madre: Francisco e Imelda.*

*Mis hermanos: Pancho, Valeria y Blanca.*

# AGRADECIMIENTO

---

*A Dios, principio y fin, íntima fortaleza en cada escalón de mi vida.*

*A mis padres, porque sin ellos, simplemente este ser humano no estaría aquí.*

*A mis hermanos:*

*Pancho: Referencia.*

*Valeria: Compañía*

*Blanca: Confidencia.*

*A Chely, amor de mi vida, porque ha aprendido a amarme, cuando esto ha implicado esfuerzo y perseverancia...porque me ha enseñado a amarla como mujer.*

*Al Doctor y amigo, Quetzalcóatl. Apenas ha iniciado el recorrido de esta amistad y de esta colaboración profesional.*

*A los maestros que han dedicado una porción de su vida a formarme.*

*A todos los compañeros que he dejado en el camino. Sus expectativas, nuestros triunfos, nuestros fracasos y su amistad genuina, ha dado frutos el día de hoy.*

*A mis amigos, mi pueblo y mi patria que aún libres, me han fortalecido.*

*A la Dra. Judith López y la Mtra. Alejandra Esquivel, que han invertido su tiempo para estar conmigo en esta etapa.*

# INTRODUCCIÓN

---

En los últimos tiempos la familia ha sido un grupo de ocupación y preocupación para muchas instituciones, fundaciones y organizaciones en distintos niveles del orbe mundial DUDH (1948), NOM (190-SSAI-1999) Carta de los Derechos de la Familia (1983), RGD (2008), OMF (1998), CEPAL (1996), DIF (2006), PNUD (1994), OMS (2010).

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió que el 15 de mayo de cada año se celebrase el Día Internacional de la Familia (resolución 47/237, de 20 de septiembre). En 1989, en su resolución 44/82, la Asamblea proclamó el año 1994 Año Internacional de la Familia, con miras a crear una mayor conciencia de las cuestiones relacionadas con la familia y mejorar la capacidad institucional de las naciones para hacer frente, mediante la aplicación de políticas amplias, a los problemas relacionados con la familia (ONU, 2007).

Todos estos órganos internacionales y nacionales, se han enfocado en evaluar y estudiar en la familia sus alcances, limitaciones, definiciones, tipos, entre otros factores, para sus diversos fines que van desde las políticas públicas y económicas hasta la resolución interna de sus conflictivas.

Entre estos estudios surge la terapia familiar encargada de estudiar a la persona dentro de su familia, y a la familia total, tomando en cuenta el comportamiento de cada uno de sus miembros, así como las interrelaciones entre ellos (González, 2005). Su origen se da a mediados del siglo XX, como una rama terapéutica precedida por el auge de la psicología y propiamente en la psicoterapia (Zuk, 1981; Zuk & Nagy, 1985, Hoffman, 1992; Ochoa, 1995; Cibanal, 2004). Esta corriente cambió los paradigmas tradicionales dentro del ejercicio psicoterapéutico, ya que los modelos únicamente se inclinaban a los procesos individuales, y muchas veces muy intrapsíquicos, que la psicoterapia familiar viró al trabajo con el resto de los miembros de la familia. Los retos de la terapia familia han sido, en principio la credibilidad y posteriormente la eficiencia (Zuk, 1981).

El panorama de esta investigación toca estas líneas significativas, primeramente a la familia, por ser el objeto de estudio del tratamiento familiar. Y la segunda, el tema de hacer intervención breve y eficiente en el tratamiento familiar aprovechando los medios que la evaluación colaborativa ofrece, porque ésta es una forma de resolver problemas como una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006). En la actualidad, resulta cada vez más común que los pacientes o clientes que solicitan tratamiento duren menos ante una rápida deserción, ya sea por sus condiciones económicas, por las amenazas al cambio o por la ineficacia de una psicoterapia que no cumple las expectativas.

El método de evaluación colaborativa representa un nuevo enfoque a la salud mental, el tratamiento se centra en un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009). Señala este autor que el método colaborativo subraya la cooperación entre el sistema familiar y el terapeuta para el logro de las metas que contrarresten su motivo de consulta. El terapeuta facilita y amplía las alternativas de cambio con el uso de instrumentos y la realimentación de las evidencias.

La evaluación colaborativa se plantea el efecto terapéutico de las pruebas psicológicas usadas con los pacientes (Fisher, 1985; Finn 1996). En estas se destaca la capacidad de la familia de ser retroalimentada en el transcurso de las sesiones con reportes y resultados diagnósticos de los instrumentos, que la misma familia constata y refuerza en su realidad interna. Asimismo bajo el método colaborativo cobra sentido la significancia social de la práctica clínica, porque otras instancias cercanas o profesionales que participan en la consulta o en el caso apoyan la práctica terapéutica (Frankel, 2009), y en este caso pueden coadyuvar a disminuir la sintomatología o problemática en la familia y/o en el paciente identificado.

Este diseño de evaluación colaborativa se articuló con el diseño de estudio de caso único. En ambos se reporta la utilidad de la evaluación como una intervención y posteriormente una fase de seguimiento, llamada de pre-test y pos-test prueba (Hernández-Sampieri, 2007), donde se evalúa la línea base (Kazdin, 1986; 2001).

El propósito de esta investigación fue determinar la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar, para llegar a éste se utilizan varios instrumentos de la práctica clínica, algunos de tipo familiar y otros individuales, asignados al paciente identificado y a otros miembros de la familia. Incluso se utilizan mediciones médico-clínicas como el índice de masa corporal y la nutricional. Por ende, el marco operativo es tecnológico como señalaría Smith (2009). En definitiva, la investigación se enmarca en un modelo colaborativo, sustentado en la práctica basada en la evidencia partiendo de la hipótesis de que esta vía es eficiente en el tratamiento familiar. El contenido de la tesis se encuadra en seis capítulos más los anexos y referencias.

El capítulo uno, se avoca al tema de la familia y el tratamiento familiar, donde se revisan los aspectos básicos, como las definiciones, características y enfoques. El capítulo dos, se refiere al estudio de caso, sus modelos y variantes acotándose al estudio de caso único, utilizado en la práctica clínica de la psicoterapia y revisando algunos casos en familias y su utilización de instrumentos. El capítulo tres, aborda el modelo propio de esta tesis, la evaluación colaborativa, en su significado, su método y beneficios, pero también los enfoques en el tratamiento familiar que de alguna manera han utilizado medios colaborativos. El capítulo cuatro es la metodología, el cinco los resultados y el capítulo seis la discusión.



# CAPÍTULO I. FAMILIA Y TRATAMIENTO FAMILIAR

---

La familia ha sido un tema complejo, en el cual se han discutido sus preceptos y conceptos. La idea de familia no ha sido igual a lo largo del tiempo. Por ejemplo, Durán (2005) señala que la familia de este tiempo presenta una naturaleza plural, su estructura es variable, las uniones son de duración irregular y los roles que desempeñan sus miembros son flexibles. De allí que al hablar de familia es admisible emplear expresiones como diferente, variable, compleja y singular, cualidades que se manifiestan en sus contenidos, delimitaciones, normas, moral y posibilidades.

Se ha estudiado el origen de la familia como una consecuencia histórico-social (Engels, 1997), que se revela como una suerte evolutiva que ha regulado a la sociedad porque se ha constituido como unidad económica.

Hoy día existen posiciones encontradas sobre lo difícil que es conceptuar a la familia, “definir a la familia no es una cuestión sencilla, ya que ha sido objeto de continua controversia para los historiadores” (Fuster, 2000). En el año 2009 por ejemplo, en el Distrito Federal se propuso una legislación sobre la adopción de hijos de las parejas homosexuales y la postura del catolicismo fue negar este convenio como denominación de familia (IV Encuentro Mundial de las Familias, 2009).

Lo que parece cierto es que la familia satisface diferentes necesidades humanas según Macías (1998) y ha resultado imprescindible para las sociedades en general.

## **1.1. Generalidades: conceptos, funciones y tipologías**

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se dice que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (DUDH, 1948).

El DIF presenta la definición de la familia como “el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes” (DIF, 2006)

En tanto que el INEGI (2004) la concibe dentro del hogar, documentando que por familia en el hogar se entiende a los miembros del hogar que están emparentados hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia así entendida dependerá de los usos a que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión para su aplicación a escala mundial.

Desde un aspecto social, dice Engels (1997) que familia es *Famulus*, que significa esclavitud doméstica. Lacan en su ensayo La Familia (1939) citó “En un primer enfoque, la familia aparece como un grupo natural de individuos unidos por una doble relación biológica: la generación, que depara los miembros del grupo; las condiciones de ambiente, que postulan el desarrollo de los jóvenes y que mantienen al grupo, siempre que los adultos progenitores aseguren su función”.

La familia es el agente psíquico de la sociedad y la cuna de la personalidad. Personalidad que es el resultado de la interacción y combinación de la parte individual y el ambiente; a la par que es producto también del grado de diferenciación que se da entre nuestra parte individual y nuestro ambiente (Ackerman, 1994). Coincide Merani (1979), definiendo a la familiar como las personas que viven en una casa, íntimamente unidas, que conforma profundamente la personalidad de sus miembros.

Martínez (2006), describe a la familia como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades y cuyo mal manejo dará origen a problemas y/o síntomas particulares.

Rogers (1984) dice que dentro de la dinámica familiar la manera en cada uno ve e interpreta los acontecimientos de su vida, determina su conducta y como responde a ellos.

Para Estrada (1997) la familia constituye el medio de desarrollo para las distintas etapas del ciclo vital, considerada como una célula social donde sus membranas cumplen funciones de: proteger a sus individuos internos y relacionar a otros individuos externos. Según Segel (en Pacherres, 2004) cada miembro de este sistema posee roles que varían en el tiempo y que depende del edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares.

Desde una perspectiva sistémica Herrera (en Pacherres, 2004) señala a la familia como un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema que es la sociedad. Por su cuenta Ochoa (1995) dice que un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al mundo externo.

Dentro de las funciones de la familia Epstein, Baldwin y Bishop (1983) han definido las siguientes:

- a) Satisfacer las necesidades básicas de comida, techo ropa, educación y en el caso de los esposos de vida sexual.
- b) Satisfacer las necesidades emocionales para el desarrollo psicológico.
- c) Hacer frente a la crisis, accidentes, enfermedades y peligros imprevistos.

Lacan (1978) señala algunas funciones y características de ésta como son: herencia psicológica, parentesco biológico y una institución.

También en la familia se genera y transmite la forma básica del valor moral: las maneras de vinculación social, que es lo que sostiene lo comunitario y los imaginarios del sistema de representación de la cultura. A consecuencia de la influencia sociocultural, en la familia aparecen patrones comunes relativos a la

comunicación intrafamiliar, la educación de los hijos y, en ésta, el papel que desempeñan el padre y la madre (Hoffman, L., Paris, S & Hall, E. (1996).

Para Estrada (1997) estas funciones características son: interacción de sus individuos, preparación social, estructura emocional, grupo de comunicación, expresión de afectividad y normativización de autonomías.

Por su parte Soifer (1999) menciona que el objetivo primordial de la familia es la defensa de la vida, desglosando siete funciones de la familia:

1. Enseñanza del cuidado físico: respiración, alimentación, sueño, vestido, locomoción, aseo, higiene, control de esfínteres y previsión de peligro en los niños.
2. Enseñanza de las relaciones familiares: desarrollo de roles, actitud, respeto, solidaridad, características psicológicas de cada sexo, así como el comienzo de la identificación sexual que constituye la base de la capacidad de relación social.
3. Enseñanza de la actividad productiva y creativa: proporciona la adquisición de conocimiento que serán útiles para la existencia, promoviendo la creatividad, la seguridad en sí mismo y organización de las funciones mentales como la atención, concentración y memoria.
4. Enseñanza de las relaciones sociales: la convivencia diaria con la familia proporciona la oportunidad para practicar los diferentes modelos existentes y establecer relaciones interpersonales. Dicha enseñanzas proponen alternativas para relacionarse primero dentro de la familia, para después llevarlo a cabo con los demás familiares y posteriormente con la gente en general.
5. Enseñanza de la inserción laboral: consiste en la responsabilidad de ayudar al joven a ubicar su orientación vocacional, elegir sus lugar de trabajo, como hacerlo, donde y cuando comenzarlo. La familia sirve de

modelo para que posteriormente pueda establecer relaciones laborales con jefes y compañeros, así como la capacidad de acatar órdenes y cumplir con las leyes.

6. Enseñanza de las relaciones sentimentales: la educación de los afectos, como se manifiestan o como se reprimen se da en la vida familiar. La transmisión de las pautas de comunicación verbal y no verbal son modeladas en la familia así como la búsqueda, elección y relación de pareja.
7. Enseñanza de la formación y la consolidación de un nuevo hogar: la responsabilidad de la familia es mostrar a los hijos como se construye y se consolida un matrimonio, como se cría y se educa a los hijos, como se resuelven los problemas a través de la comunicación, siendo el paso final lograr la independencia en los hijos para establecer un nuevo hogar.

Hoffman y cols. (1996) decían que dentro de las funciones que cumplen el padre y la madre en la familia, conviene establecer las características y particularidades de género que inciden sobre el estatus y el rol de los diferentes miembros. En tanto que el rol femenino es dinámico, participativo y adaptable a las diferentes situaciones de la vida actual. El rol masculino comienza a apropiarse funciones de cuidado y educación de los hijos. Tener hijos es una decisión que se adopta por consenso entre la pareja, en razón de sus necesidades psicológicas y emocionales.

Finalmente en una aproximación cercana a los tipos de familia se considera la clasificación basada en la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel (1997), como a continuación se describe:

- **Familia primaria nuclear** integrada por padre, madre e hijos de ambos sin que haya uniones previas con hijos.

- **Familia primaria semiextensa:** es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- **Familia primaria extensa:** es un familia nuclear que va ha vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del ceno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.
- **Familia reconstruida:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independiente de los hijos que conciban juntos.
- **Familia reestructurada semiextensa:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges a tenido una unión previa con hijos y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más de sus miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
- **Familia reestructurada extensa:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges a tenido unión previa con hijos que viven con la familia de origen de el o de ella.
- **Familia uniparental nuclear:** una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
- **Familia uniparental semiextensa:** una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- **Familia uniparental extensa:** una familia integrada por madre o padre con uno o más hijos que viven con su familia de origen.

Laing (1969) diferenciaba dos tipos de familia la primera es la que internalizamos como sistema. Esto significa que no son elementos aislados, sino relaciones y operaciones entre elementos y conjuntos de elementos. Los elementos pueden ser personas, cosas u objetos parciales. La familia, en cuanto internalizada, es un sistema temporo-espacial. La familia es un *nosotros* común que se contrapone a *ellos*, ajenos a la familia. Pero están además, los subgrupos dentro de la familia: nosotros, yo tú, ellos. En cambio la “familia”, entrecomillada la concibe como estructura por la fantasía, lleva un tipo de relación entre los miembros de la familia que difiere de las relaciones entre quienes no han asumido en su interior esa imagen. La “familia” no es un objeto

introyectado, sino un conjunto de relaciones introyectado. La creación de la “familia” tiene lugar durante los primeros años de vida. Exige la internalización y transformación estructural. La internalización de un conjunto de relaciones por cada uno de los elementos, sus relaciones y el conjunto, en un grupo de una clase muy especial (Laing, 1969).

En cuanto a los tipos de familias que llegan a terapia Minuchin y Fishman (1984) describen a las familias:

- **de pas a deux.** Familia constituida por dos personas.
- **de tres generaciones.** Familia extensa con varias generaciones en íntima relación.
- **con soporte.** Familia numerosa (con muchos hijos).
- **acordeón.** En las que algún miembro está alejado por lapsos.
- **cambiantes.** Las que comúnmente cambian de domicilio o de miembros, como la pareja.
- **huéspedes.** Aquellas que tienen un miembro residiendo en su casa.
- **con parentesco o madrasta.** Cuando un padre adoptivo se agrega.
- **con fantasma.** Las que han sufrido una muerte o deserción.
- **descontroladas.** En las que un miembro tiene problemas de control de conducta.
- **psicosomáticas.** Cuando el motivo es una queja somática.

## 1.2 Orígenes del Tratamiento Familiar

Cibanal (2004) refiere que podemos ver varios encuadres en psicoterapia y salud mental: psicopatológico clásico (biofísico), psicoanalítico, conductista, humanista, cognitivo, modelo sistémico (interaccional o comunicacional). El tratamiento familiar se ubica en el último y a esto dice que los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos. Algunas contribuciones científicas sirvieron de soporte teórico al inicio del desarrollo del modelo sistémico o interaccional: Bertalanffy (1945): Teoría General de Sistemas. Russell (1903): Teoría de los Tipos lógicos.

Wiener(1948): Cibernética. Shannon (1948): Teoría Matemática de la Comunicación. Von Neumann (1944): Teoría de los Juegos.

Stumpfhauser (1999) dice que ésta se ha ido estructurando en dos procesos simultáneamente, el primero ha sido horizontal que se ha ido abriendo de lo intrapsíquico a lo interpsíquico, relacional familiar y social. El otro es vertical, que se va profundizando de lo meramente fenomenológico y sintomático de las familias, en donde el terapeuta es observador a lo más arraigado de las creencias y valores donde el terapeuta es observador-participante.

Ochoa (1995) acota diciendo que la terapia familiar surge en torno a los años 1952-1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Argumenta que los factores clínicos que desencadenan su 'nacimiento', se presenta cuando terapeutas entrevistan al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. Se desplaza el interés de lo intrapsíquico a explicar cómo influyen las relaciones de la familia en el paciente.

Stumpfhauser (1999) a manera de línea de tiempo refiere su emergencia iniciando en Freud que daba mucha importancia a lo intrapsíquico. Aunque existió una posición menos lineal como el caso del pequeño Hans (1909). Adler (1912) fue el primero en enfatizar la naturaleza social del hombre. Erickson (1968) habló de la ciudadanía responsable. Horney y Fromm (1989) insistían sobre la relevancia de variables sociales en el desarrollo psicológico del hombre. Sullivan (1957) consolidó la psicología social sobre su teoría sobre las relaciones interpersonales.

Trull y Phares (2003) concuerdan que al intentar entender la esquizofrenia, un grupo de investigación de Palo Alto (Bateson, Jackson, Haley, Satir y otros) enfocaron el problema desde un punto de vista de comunicación. Porque para influir en un miembro de la familia, uno debe tratar de entender con el sistema familiar completo.

Por su cuenta, Hoffman (1992) dice que el movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar. La observación en vivo empezó a utilizarse



con familias humanas en investigaciones formales o informales durante el decenio de 1950. Al mismo tiempo, clínicos solitarios tropezaban con la terapia familiar, y luego seguían tropezando unos con otros mientras trataban de validar la información que estaban recibiendo.

Stumpfhauser (1999) sigue en la línea del tiempo señalando que luego viene Levy (1943) quien demostró la correlación entre la sobreprotección materna y la falta de amor en su infancia. Fromm y Reichman utilizaron el término "madre esquizofrenógena". Bowen (1991) consideró que la esquizofrenia se desarrollaba a partir de un vínculo no resuelto con la madre, empezando a estudiar a su propia familia, afirmando que los padres transmiten parte de la enfermedad a por lo menos de un hijo. Bateson, el antropólogo (1972) hace la primera conceptualización de la familia basada en la TGS de Bertalanffy (1945) y la cibernética de Wiener (1948). En su proyecto conceptualizó el término de 'doble vínculo' en las familias con esquizofrénicos. En este grupo se encontraban Haley, Madanes, Jackson, entre otros. En 1959 Jackson fundó el MRI de Palo Alto, con un enfoque breve en la terapia. En 1965 Minuchin desarrolló un enfoque basado en la estructura familiar. En 1971, el Grupo Milán de Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, adoptó el enfoque breve de Palo Alto y se basó en el juego familiar, trabajando en las creencias y valores de familia. En Roma, Andolfi (1990) trabaja en la unidad familiar y trabaja en el tema de los valores. Borzonmenyi-Nagy (1983) creó la terapia contextual que señala que la terapia debe tener la profundidad de la terapia individual con el equilibrio de la relacional. Finalmente, dentro del enfoque postmodernista, White y Epston (1990) por ejemplo, llevan la terapia al concepto de cuento, proponen que las personas necesitan ordenar sus experiencias de vida de tal forma que esta tenga sentido.

Cibanal (2004) coincide y dice que los primeros estudios referidos al campo terapéutico los encontramos en investigaciones. Por un lado, el proyecto dirigido por Bateson, en Palo Alto de 1952 a 1962. Centró sus estudios en el tema de la paradoja en la comunicación y trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos. Por otro lado, al terminar el proyecto, Jackson creó en Palo Alto el Instituto de Investigaciones Mentales" (Mental Research Institute, MRI) con otro grupo de gente.

Repite Hoffman (1992) infiriendo que el principal ímpetu para su desarrollo procedió de la labor de investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washigton; Lyman Wynne y Margaret Singer en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auerswald en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale; y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weackland, Paul Waztlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto.

Un iniciador como Don Jackson (en Zuk & Nagy, 1985) señaló que era bien sabido que la terapia familiar conjunta fue un accidente. Sin embargo, hasta que alguien la practicó, hasta que alguien realmente reunió a una familiar para tratarla, las dudas, los temores y las quejas de muchos terapeutas durante muchos años sobre la terapia individual no habían servido de nada...se inventó un tipo de terapia familiar en que se los terapeutas colaboradores se reunieron con otro terapeuta y fueron supervisados. Cuando varias personas sin conocerse mutuamente, en varias partes del país empezaron a ver familias en una terapia familiar conjunta.

Se coincide que el padre de la terapia familia es Nathan Ackerman (Ochoa, 1995; Hoffman, 1987, Espejel, 2007). Aunque algunos dicen que Fruzzetti y Jacobson trazaron los orígenes de la terapia familiar hasta el movimiento del trabajo social a finales de siglo XIX (Trull y Phares, 2003).

Zuk (1982) hace un recorrido a la terapia familiar y señala tres de sus crisis importantes: crisis de la década de los cincuenta, crisis de la década de los sesenta y crisis de la década de los setenta. La primera porque no se sabía si la terapia familia trascendería su brillante enfoque original sobre la esquizofrenia, porque no produjo resultados convenientes. La segunda porque no se sabía si la terapia familiar sobreviviría a sus limitaciones técnicas y teóricas en el intento de aplicarla a un amplio campo de problemas psiquiátricos. La última fue si el movimiento de la terapia familiar podrá sobrevivir a una demanda de profesionalización del campo que crece rápidamente. Esta última crisis resultó cierta en las postrimerías del siglo XX y los inicios del presente siglo XXI, con varios enfoques.

En suma, la Terapia Familiar se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia, para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen, según González (2005).

### **1.2.1 Enfoques del Tratamiento Familiar**

El desarrollo de la terapia familiar vio circular a estos autores mencionados, que como se ha visto, fueron conformando sus propias escuelas basándose en enfoques diversos del tratamiento. Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cinco orientaciones (Seixas y Miró, 1993). Los modelos psicodinámicos, humanístico-existenciales, conductuales, sistémicos, cognitivos.

Velasco (2008) afirma que una teoría psicodinámica de las relaciones familiares se encuentra en varios autores como Fairbain (1962), Sullivan (1974), Kernberg (1979). Velasco (2008) señala tres enfoques psicodinámicos en la psicoterapia familiar: teoría de las relaciones de objeto, perspectiva intersubjetiva y enfoque transgeneracional.

Entre los enfoques sistémicos y breves sobresalen la Escuela de Palo Alto (1959), que incorporaron el término 'homeostasis familiar', con idea de que la familia es una entidad destinada a mantener el equilibrio. El Modelo Milán (1971), que estudió familias muy rígidas o de transacción psicótica trabajaron con la denominada paradoja terapéutica. La escuela estratégica-estructural, alrededor de las teorías de Minuchin y Haley, se orientaron en la estructura y los conflictos triádicos respectivamente.

En las orientaciones humanístico-existenciales pueden ubicarse diferentes posturas que podrían ser desde Satir hasta Laing o Whitaker. La primera autora conocida por su notable trabajo en la autoestima familiar, el desarrollo del potencial humano y la técnica de la escultura familiar.

Otros enfoques son el triádico de Zuk (1982), el centrado en la solución de Shazer (1985). Algunos más actuales como el método narrativo de White y Epston (1993), la Escuela de Roma (1990) siendo Andolfi un pionero. La terapia colaborativa de Goolishian y Anderson (1992) o los enfoques más

novedosos constructivistas y posmodernos con Elkaim, Sluzki, Prigogine y otros (2005).

### **2.1.2 Metas y objetivos del tratamiento familiar**

El objetivo del terapeuta de familia y la técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico (Minuchin,1990).

Trull y Phares (2003) dicen que las metas de esta terapia son mejorar la comunicación dentro de la familia y restar importancia a los problemas del individuo a favor de tratar los problemas de la familia en conjunto. Señalan que no hay reglas estrictas de cuando es apropiada o no lo es la terapia familiar, pero que los problemas del paciente individual están entrelazados con la familia. En otros casos, los problemas del paciente incluso la mayoría están muy involucrados o amenazan a la estructura familiar. Algunas veces la meta es superar las crisis familiares, como la muerte de un integrante o en otras como las crisis de valores. Por último, dicen los autores, también los problemas matrimoniales o sexuales pueden resolverse mejor a manera de terapia familiar.

Desde un enfoque estructural Minuchin (1990) señala que la terapia familiar consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. Umbarger (1999) aumenta que la meta de las intervenciones estructurales son la reubicación de los miembros de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios, en la perspectiva de que puedan formar alianzas y estructuras nuevas y más sanas.

Citado en Satir (2002) desde su enfoque más humanista, señala que su meta en la terapia es integrar las necesidad de crecimiento independiente de cada miembro del grupo con la integridad del sistema familiar. Su segundo objetivo, señala que es fortalecer y enfatizar las habilidades de resolución de los miembros de la familia como individuos, mediante la enseñanza de nuevos métodos para enfrentar y resolver las situaciones.

Para Bowen (1998) el objetivo de la terapia familiar es ayudar a los miembros de la familia a mejorar el nivel de diferenciación de sí mismo, con respecto de su familia de origen.

## **1.2 Patología en el Tratamiento Familiar**

En el sistema familiar, dice Cibanal (2004) que no se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. La terapia familiar surge a partir de esta consideración, ello comenzó en los estudios de la esquizofrenia. Que Jackson y cols. (1956) definían en un problema de comunicación, el denominado doble vínculo o doble atadura.

A diferencia de las ciencias médicas, esta ciencia no posee una definición de normalidad definitiva y universalmente aceptada (Watzlawick & Nardone, 2000). Por ejemplo, como el sistema nosológico del DSM-IV para los trastornos más individuales no existe una nosología de la patología familiar, pero si explican diferentes autores algunas formas de concebir la patología familiar o la patología relacional de la familia. En principio se diferencia la funcionalidad y disfuncionalidad, como conceptos distintos de la patología que se describen adelante.

### **1.2.1 Funcionalidad y disfuncionalidad**

Minuchin (1984) , asevera que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel, 1997).

El funcionamiento de cualquier familia debe valorarse de acuerdo con su efectividad para organizar su estructura y sus recursos frente a los retos que se le presenten a lo largo de todo el ciclo vital (Hales, 1996).

Uno de los requisitos para que los sistemas familiares funcionen bien es su adaptabilidad (Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D., 2004)). Igualmente las familias con buen funcionamiento se caracterizan por un claro sentido de

unidad familiar, con fronteras permeables que las conectan con la comunidad (Hales et. al 1996).

Según González (2004) existen cinco parámetros dentro de la estructura que permiten dilucidar lo funcional o disfuncional del grupo familiar:

- jerarquía o autoridad
- límites
- alianzas
- centralidad o territorio
- geografía

Offer y Sabshin (1966, 1971) dicen que el concepto de normalidad o salud puede agruparse en las categorías siguientes:

**-Funcionamiento familiar asintomático:** la familia se considera normal al no existir síntomas recientes de disfunción o psicopatología. En esta definición la ausencia de síntomas equivale a salud.

**-Funcionamiento familiar promedio:** las familias cuyo funcionamiento es óptimo no están desviadas según estudios normativos (test).

**-Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales:** se conceptualizan en términos de procesos universales. Según el contexto, tiempo y varía con diferentes demandas internas y externas.

**-Funcionamiento familiar óptimo.** Familia ideal adaptada a un modelo basado en resultados, cumplimiento de tareas y principalmente el desarrollo exitoso de la descendencia.

En cuanto la disfuncionalidad, Alcaina (en Pacherres, 2004) caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional, agrega, se diferencia de la funcional por la utilización de

patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

Andolfi (en Ackermans & Andolfi, 1990) al hablar de sistemas familiares flexibles y sistemas familiares rígidos, recalcan que la familia es un sistema relacional abierto y dicen que para modificarse, el grupo familiar debe cambiar la relación existente entre la homeostasis y la transformación, a favor de la segunda. A esto le llamarán funcionalidad del sistema porque con esto la familia debe ser capaz de cambiar en el tiempo los equilibrios entre las funciones asumidas por sus miembros (estado de cohesión) y el crecimiento de cada uno de ellos (estado de diferenciación).

Herrera (en Pacherres, 2004) dice que la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Una familia rígida es un sistema disfuncional, porque conducen a una compresión progresiva de las energías disponibles y a un empobrecimiento de las comunicaciones con el exterior. Andolfi (en Ackermans & Andolfi, 1990) exponen que esto ocurre cuando un sistema familiar es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital, y cuando las necesidades de diferenciación de sus miembros no pesan, existe una acumulación de funciones o son incapaces de modificar sus funciones en el tiempo.

Herrera (en Pacherres, 2004) señala que los problemas que se suscitan en la familia no serán vistos de una manera lineal (causa-efecto), sino que dichos problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

Pacherres (2004) continúa diciendo que entonces cuando aparece un síntoma [como puede ser bajo rendimiento], este puede ser tomado como un indicador

da una disfunción familiar y hay que ver al niño, no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata. (1986), sugieren desde su experiencia que la disfunción de un miembro de la familia aparecen en guiones familiares como “no lo soportaba” “Tengo que ser diferente” “Pobre de mi...yo ya soy diferente...pero esto no depende de mi voluntad...no puedo hacer nada...” “Tengo que aceptarlo y amarlo”. Ellos anotan a la escalada simétrica encubierta por la familia como disfunción clara de dicho sistema, así también, el romper la lealtad del juego sistémico. Expresan que la lealtad de los distintos miembros (al juego) funciona a las familias. Ya que la lealtad garantiza la prosecución del juego familiar, lo que es igual a funcionalidad familiar, en su proposiciones.

### **1.2.2 Algunos tipos de patología familiar**

Cuando se ubica la mente como extracerebral, no solo como intracerebral, y se indica que la patología puede ubicarse tanto en el interior como el exterior o en el feedback de ambos, se asienta otro modo de ver la patología (Minuchin, 1990).

Framo (1965) partía de una premisa al respecto de la patología familiar, decía que cuando hay hijos con trastornos hay siempre un matrimonio con trastornos, aún cuando no todos los matrimonios con trastornos producen hijos con trastornos.

Por su parte Zuk (1982) denomina familia nuclear truncada a la patología en familia, la cual sigue una secuencia: a)un conflicto acalorado, prolongado y sin resolver entre los cónyuges, entre los padres y los hijos o entre la familia y la comunidad; lo cual produce b)la polarización de los valores de continuidad y discontinuidad; lo cual produce c)una relación patógena; lo cual produce d) la creación de un chivo expiatorio, o que aumente el riesgo de que los miembros reaccionen de una manera desorganizada y desorientada.

Entre algunos tipos de patologías en la familia se refieren las siguientes, desde diferentes autores de varios enfoques:



## **Familias psicossomáticas**

Las familias psicossomáticas poseen un bajo grado de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, que impide explicitar los desacuerdos y la posibilidad de definir claramente las relaciones; todo transita en un consenso unánime de pseudoarmonía, negando la presencia de cualquier otro problema que no sea el síntoma del paciente (Minuchin, 1990).

Pero también eso llamado síntoma, si bien es corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá del símbolo individual para convertirse en una "metáfora familiar" (Minuchin, 1990). Al respecto de metáfora familiar Onnis (1996) menciona que el "cuerpo piensa" esto se asocia normalmente al pensamiento y al sistema nervioso.

Onnis (1996) señala que estos síntomas no pueden ser definidos solamente como la conducta de un miembro de la familia sino como producto de la interacción de todos los miembros, en otras palabras ahora la acción de una parte, es simultáneamente, la interrelación de otras partes del sistema.

Minuchin (1990) refiere cuatro características de estas familias:

- 1) **Amalgamamiento:** Es decir los miembros de la familia se encuentran sobreinvolucrados recíprocamente.
- 2) **Sobre protección:** que alude al alto grado de preocupación de los miembros de la familia por el bienestar de todos, los cuales se encuentran hipersensibles a las señales de tensión.
- 3) **Rigidez:** La familia es particularmente resistente al cambio, sus relaciones con el exterior son particularmente escasas y se busca la conservación de la propia homeostasis.
- 4) **Falta de resolución del conflicto:** Serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo que se presente, ocultándolo para que no estalle nunca abiertamente.

Finalmente Onnis (1990) dice que cuando a consulta llega una familia psicossomática, el síntoma del paciente adquiere un nuevo significado dentro

del sistema, es decir, claro que el síntoma es el indicador de que algo no marcha bien en la familia, pero sin duda también el síntoma se convierte en un regulador del sistema familiar. La efectividad del síntoma en la regulación de esta estabilidad interna refuerza tanto la continuación del síntoma como de los aspectos particulares de la organización familiar en el cual emergió.

### **Psicopatología parental**

A la aparición de una patología infantil por influencia de los padres, Marcelli y Ajuriaguerra (1996) la llaman “hipótesis psicogenética fundamentada en el ambiente familiar: el papel de los padres”, y señalan varios estudios al respecto. Dicen que Kanner ha sido el primero en describir cierto perfil psicológico de los padres de 11 niños autistas. Según él, continúan, estos padres se caracterizan por su elevado nivel intelectual y sociocultural, así como por su frialdad, mecanización y cierta obsesividad aparente.

Marcelli y Ajuriaguerra (1996), enfatizan lo que algunos estudios hablan sobre el papel de la madre. Su falta de contacto visual, ausencia de actitud anticipadora, diálogo tónico perturbado e inexistente, resultan actitudes insoportables, frustrantes y nada satisfactorias. Citan entre estos ejemplos los trabajos sobre la madre del niño autista de Soulé y Lauzanne (1990), la depresión psicótica en la madre de Tustin (1991), y las conocidas fases de desarrollo del niño de Mahler y cols. (1983).

En el estudio de Moreno (2005) se demuestra que si bien no hay correlación entre la psicopatología parental y el abandono físico o emocional que resiente el niño, si existe correlación entre el maltrato físico y emocional hacia menor y alguna psicopatología comprobable de al menos un progenitor o cuidador, al respecto señalan que el problema de salud mental más asociado en los progenitores o cuidadores es la depresión.

Moreno (2005) también comprueba que existe relación entre la toxicomanía de los progenitores o cuidadores y el maltrato infantil, principalmente en el consumo de alcohol.

## **Familias con paciente psiquiátrico**

Ackermans y Andolfi (1990) comentan que en las familias con una patología psiquiátrica grave permite a cada cual invadir el espacio personal del otro con fines 'altruistas', cuando no incluso 'terapéuticos' con la consecuencia última de un vacío creciente, constantemente negado, del espacio personal de cada uno, así como una disminución masiva de intercambios libres. Al respecto, estos autores finalizan diciendo que en familias que incluyen un paciente calificado de esquizofrénico parece singularmente evidente este tipo de situación.

Jackson. (1956) propone la teoría del doble vínculo donde se explica que el modo de comunicación llevaba a la esquizofrenia. Para que esto sucediera es necesario que existiera:

a) una relación muy significativa entre dos o más personas; b) una experiencia repetida de doble mensaje o "doble vínculo"; c) un mandato primario negativo del tipo "no hagas eso o te castigaré" o "si no hacés eso te castigaré"; d) un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y, que al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia. Por lo general, se trata de mensajes no-verbales que contradicen la prohibición primaria; e) un mandato negativo terciario que prohíbe a la "víctima" escapar del campo; f) luego, la persona aprende a percibir su universo bajo patrones de doble vínculo y ya no es necesario que se den secuencialmente todos los pasos, sino que casi cualquier parte de la secuencia de doble vínculo puede resultar suficiente para precipitar el miedo o la furia.

Bowen (1969), establece una esquizofrenia trigeracional, es decir, que son necesarias por lo menos tres generaciones para obtener un esquizofrénico. Donde ocurre que; a) el abuelo del esquizofrénico es muy maduro; b) el hijo de ese, es extremadamente inmaduro, luego este escogía una esposa igualmente inmadura, lo que producía; c) un hijo esquizofrénico, simbiótico a su madre.

Las familias con trastornos alimenticios, como es el caso de anorexia y bulimia nervosas dicen Stierlin y Weber (1997) que son sistemas rígidos y cerrados, en donde existe un bloqueo de la individuación, se da una sobreestimación de los

logros y metas convencionales. Igualmente, dicen los autores, son familias con un gran autocontrol, abnegación y sentido de justicia, así como sobreprotectoras y moralistas.

A decir de los casos de las familias con anorexia, dicen Stierlin y Weber (1997) existen códigos o mandatos de valores altos, las coaliciones son muy encubiertas, las madres son sumamente preocupadas y los hijos tienen un gran deseo de cumplir las expectativas altas que se les atribuyen.

### **Violencia intrafamiliar**

La violencia familiar es un problema de salud pública, pues es un suceso inaceptable, un problema de inequidad, injusticia y en contra de los derechos humanos, generalizado en todos los estratos sociales, niveles educativos y lugares del mundo, con alta incidencia y consecuencias negativas para quienes la viven (Suarez, 1999, Villacorta, 1999, en Xochimitl, 2008).

Existen muchos tipos de violencia intrafamiliar algunas son física, psicológica, sexual, económica, omisiones, etc. (OPS, 2004; UNAM, 2009, Cruz, 2010)

Walker (1979) ha encontrado que en las relaciones familiares existe un marcado ciclo de la violencia que comprende tres fases:

**Fase I - Acumulación de tensión.** Durante esta etapa existe una tensión la cual puede ser el resultado o la consecuencia de una constante pelea (discusión o disputa); de una actitud o comportamiento de trato silencioso; o una combinación de ambos.

**Fase II- Explosión violenta: Maltrato.** Esta etapa es la que se observa en los periódicos y/o en los reportes policíacos. La violencia puede ser: bofetadas, empujar, patear, agredir con el puño o con un objeto, ojos morados, agresión con armas.etc.

**Fase III - Arrepentimiento, calma, reconciliación.** Durante esta etapa usualmente el hombre o la mujer están arrepentidos por lo que han hecho, tornándose prometedor. El victimario podrá comprar flores y regalos, promete

que no va a volver a ocurrir otra vez, algunas veces es exageradamente dadivoso.

Gottman y Jacobson (1998) señalan que los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales (Ver Tabla 1.1).

**Tabla. 1.1** Clasificación de los hombres violentos.

<b>Pit bull:</b>	<b>Cobra:</b>
Solamente es violento con las personas que ama	Agresivo con todo el mundo
Celoso y tiene miedo al abandono	Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
Priva a pareja de su independencia	Se calma internamente, según se vuelve agresivo
Obra pronto, vigila y ataca públicamente a su propia pareja	Difícil de tratar en terapia psicológica
Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión	Una persona depende emocionalmente la otra, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
Tiene potencial para la rehabilitación	Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
No ha sido acusado de ningún crimen	Abusa de alcohol y drogas.
Posiblemente tuvo un padre abusivo.	

Xochimitl (2008), señala en su investigación que las mujeres son quienes más padecen la violencia, que por cierto, les cuesta trabajo pedir apoyo, a no ser que tengan motivos como la protección de sus hijos.

### **Familias Alcohólicas**

Las familias alcohólicas son aquellas que han convertido al alcohol en su principio organizador según Steinglass, P., Bennet, L.A., Wolin S.J. & Reiss, D., (1987). Ellos la diferencian de las familias con un miembro alcohólico, siendo estas últimas las que solo por un momento determinado sufren un tiempo de consumo alcohólico, pero que pueden recuperarse rápidamente. En estas

familias alcohólicas dicen los autores, la adicción al alcohol cumple una función organizadora. Son importantes en los rituales, rutinas diarias y estrategias de solución a corto plazo.

Steinglass y cols. (1987) señalan que la formación y desarrollo de las familias alcohólicas se da en tres fases como en todas las familias normativas, solamente que en la familia alcohólica existen características sui generis; en la primera fase, la fase donde se forman límites y la identidad, la pareja pone los elementos para la invitación al alcohol es su vida, en la fase intermedia que se distingue por el compromiso y estabilidad, será una etapa de especialización y de crecimiento ordenado del alcohol en la familia, aquí se invaden las conductas reguladoras familiares las cuales son las soluciones de problemas a corto plazo, las rutinas cotidianas del hogar y los rituales. El resultado de esta deformación es un refuerzo al alcoholismo. Finalmente, la tercera etapa de transmisión y legado, el alcoholismo en la familia se destila en el futuro de las próximas generaciones, la conducta alcohólica es sumamente rígida y a veces se trata de dejar atrás, pero existe el temor al impacto potencial de perder el alcohol pues se ha convertido en parte de la vida.

### **Familias Limítrofes**

Gorjon (2009) señala que Everett y Volgy han descrito a las familias limitrofes desde las relaciones objetales, utilizando un modelo evolutivo intergeneracional para describirlas desde el punto psicodinámico y fenomenológico. En las familias identifican un patrón multigeneracional de amalgamiento con tendencias centrípetas, que despliegan ligas emocionales estrechas y acompañadas de alta emocionalidad recíproca. Miembros de estas familias son literalmente “empujados” a través de varias generaciones a la ‘danza’ del sistema familiar donde luego se ven atrapados.

Gorjon (2008) menciona que la separación e individuación resultan problemáticas. En todos los niveles generacionales, a pesar de los patrones erráticos de vínculos entre padres e hijos, parece que los miembros están atados a sus familias de origen y estas lealtades verticales adquieren precedencia sobre las horizontales.

Resumiendo, señala Gorjon (2008) que existe intensidad del amalgamiento intergeneracional, fuerzas centrípetas que inhiben la separación-individuación normal, triangulación del hijo parentalizado y rigidez de las lealtades verticales sobre las horizontales a través del sistema.

### **Familias con chivo expiatorio**

En su apartado sobre la Patogenia Familiar, Ackerman señala (en Zuk & Nagy, 1985) que en el proceso emocional de un grupo familiar perturbado se busca un chivo expiatorio, con una organización irracional alrededor de significados especiales que les son atribuidos a las diferencias entre los miembros de la familia. El chivo expiatorio hace esfuerzos por salvar al sistema familiar, sacrificándose. Esta declaración coincide con las experiencias de Palazzoli y cols. (1986) comprobamos un hecho que a primera vista produce estupor. El niño no era víctima de nadie, espontáneamente, sin que se le hubiese pedido, había asumido la generosa tarea de sacrificarse a sí mismo para ayudar a todos.

Los prejuicios, dice Ackerman (en Zuk & Nagy, 1985) se vinculan a las diferencias, por ejemplo las cualidades como la gordura o la flacura, la estatura alta o baja, la inteligencia o estupidez, la piel blanca u oscura.. Estos prejuicios, son una manifestación recurrente y predecible de la cualidad idiosoncrática de la vida familiar y ofrecen un diagnóstico de su funcionamiento.

Recalca Ackerman (en Zuk & Nagy, 1985) señalando que al examinar las relaciones de la familia y del individuo, hemos observado que la familia causa daño emocional al paciente y que éste, a su vez le causa daño a la familia. En palabras de Palazzoli y cols. (1986) dicen que cualquiera puede responder al desafío de otro desafío, pues el chivo expiatorio puede mostrar con un gesto que está harto, debilitado, exasperado, que tiene verdadera necesidad de irse de allí, que él no puede más.

Clínicamente observados a algunas familias perturbadas en las que el hijo se convierte en chivo expiatorio y se vuelve más vulnerable a un colapso emocional, y también observamos que en algunos padres dividen sus rasgos, sus conflictos, sus temores y sus prejuicios entre sus hijos de una manera

especial, apunta Ackerman (en Zuk & Nagy, 1985). Señala también que el muchacho se apresta a reabrir el juego: ya es demasiado tarde, porque una misteriosa angustia ha tomado posesión de él y que realmente quisiera hacer algo pero no puede hacer nada apuntan Palazzoli y cols. (1986).

En su artículo Estudios sobre la Histeria (1895) Freud describe el caso de la Srita. Isabel de R. Freud dice en términos sencillos que los malestares constantes que aquejaban a Isabel tenían una clara estigmatización de la familia describía que a partir de este momento fue Isabel la enferma de la familia. El triste suceso hizo surgir en la familia la idea de que la enfermedad cardíaca constituía una herencia legada por el padre. Situación que orilló a Freud a concluir que no se trataba de una enfermedad biológica sino del mecanismo de una conversión encaminada a la defensa, ya que la conversión debería tener efecto en el momento de regresar a su casa. Igualmente Lacan (1953) aducía el papel del chivo expiatorio en la familia en el caso mencionado Hombre de las Ratas que desempeñaba un papel tan esencial en la leyenda familiar. Considerando la conflictiva narrada en su ensayo de este sujeto a nivel personal y familiar.

Zuk (1982) comenta que en la literatura de la terapia familia, desde sus inicios se ha mencionado la teoría del chivo expiatorio, esto supone que los victimarios tienen conciencia clara de su conducta con la víctima y también supone una conciencia de la víctima. En la terapia familiar basada en la teoría del chivo expiatorio, la meta es minar y reemplazar las camarillas, las coaliciones o las alianzas, y con tal fin el terapeuta utiliza varios tipos de presiones.

Zuk (1982) define al chivo expiatorio como el miembro de la familia al que, durante la relación patógena, se le ha impuesto o que reclama para sí el papel de la persona desorganizada o desorientada, un síntoma o un símbolo de la psicopatología familiar. Continúa adelante diciendo que el fenómeno del 'chivo expiatorio' debe mencionarse aquí como un tipo de estrategia de silenciamiento dirigida primariamente a un individuo o a un grupo, y también, indirectamente, a un área de comunicación. Crear un chivo expiatorio puede convertirse en un síntoma patológico importante.



Finalmente plantea Ackerman (en Zuk & Nagy, 1985) que, en el estudio clínico de la interacción familiar, se observaron ciertas constelaciones de conductas, que se ha epitomizado como el papel de destructor o perseguidor, el papel de chivo expiatorio, víctima de un ataque y el papel de curandero.

Sus hipótesis sugieren:

- Las familias tienden a dividirse en facciones contrarias.
- Surge un jefe en cada facción
- Un miembro de la familia es elegido como víctima de ataques
- Se realizan contraataques defensivos
- Un miembro es seleccionado inconscientemente como “curandero”.

Cuando el chivo expiatorio desaparece, brinca a otro miembro, Palazzoli y cols. (1986) dicen que el sistema se pone de inmediato en acción para reorganizar el juego. Podrá entonces aparecer en algún otro hijo la exhibición que asegure la continuación *ad infinitum*.

## **CONCLUSIONES**

La familia ha sido un tema complejo, en el cual se han discutido sus preceptos y conceptos. Definir a la familia no es una cuestión sencilla, ya que ha sido objeto de continua controversia para los historiadores. La familia es un sistema fundamental de la sociedad y cuna de la personalidad, que tiene como funciones cubrir las necesidades de salud, de ensayo social, expresión de afectos, etc. Algunos tipos de familia son la familia nuclear primaria, la extensa, reconstruida, entre otras.

La terapia familiar se ocupa de la familia, es un tratamiento psicoterapéutico que surge entre los años 50's y 60's a partir de las investigaciones y la práctica clínica. Esta se ha desarrollado con diferentes enfoques como el psicodinámico, sistémico y otros contemporáneos como el narrativo o el colaborativo. Las metas de esta terapia son mejorar la comunicación dentro de la familia y restar importancia a los problemas del individuo a favor de tratar los problemas de la familia en conjunto.

En tanto que algunas patologías del sistema familiar son las familias alcohólicas, las familias con pacientes psiquiátricos, las familias con chivo expiatorio y otras formas de patología.

## CAPITULO II. ESTUDIO DE CASO

---

El término “estudio de caso” tiene su origen en la investigación médica y psicológica, donde se utiliza para dominar el análisis minucioso de un proceso individual que explica la dinámica y patología de una enfermedad (Becker, 1979).

Kazdin (2001) es uno de los autores que más extensamente habla del estudio de caso único como medio clínico de la psicología. Este autor señala que tradicionalmente la psicología se ha enfocado en la experimentación con grupos de individuos y ha llegado a conclusiones que proporcionan afirmaciones generales aplicables a muchos individuos. Esta aproximación basada en un diseño de investigación no requiere inherentemente de los grupos.

Kazdin (2001) continúa mencionando que existe una amplia tradición dentro de la investigación clínica y experimental que se aboca al uso de los métodos de investigación sistemática para estudiar al individuo. En la psicología esos diseños se han denominado diseños de replicación intrasujetos  $N=1$ . La característica más sobresaliente de estos es su capacidad para realizar experimentos verdaderos con los casos únicos.

El estudio de caso es una práctica habitual de la investigación clínica que tiene por objetivo el tratamiento (Bragada, 1992).

Menciona Kazdin (2001) que la aplicación del estudio de caso se ha referido a observaciones no controladas de un solo paciente (en el contexto de terapia). Se reportan datos basados en la información anecdótica, datos cualitativos recopilados de forma sistemática y sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas a la validez.

### **2.1 Conceptos y características**

Hernández (2007) señala que el estudio de caso es un método descriptivo en el que se maneja un gran número de variables e indicadores. Las características

del estudio de caso son: el análisis de uno o más casos particulares y el examen a fondo del caso en cuestión (Hamel, 1992).

Goode y Hatt (1976) señalan que el método del estudio de caso no es una técnica particular sino una manera de organizar la unidad escogida, como puede ser la historia de un individuo. Se pueden emplear todas las técnicas como: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de otras personas, etc.

Yin (1994) señala que los propósitos del estudio de caso son:

- Producir un razonamiento inductivo. A partir del estudio, la observación y obtención de datos establece hipótesis o teorías.
- Puede producir nuevos conocimientos al lector, o confirmar teorías que ya se sabían.
- Hacer una crónica, un registro de lo que va sucediendo a lo largo del estudio.
- Describir situaciones o hechos concretos
- Proporcionar ayuda, conocimiento o instrucción a caso estudiado
- Comprobar o contrastar fenómenos, situaciones o hechos.
- Pretende elaborar hipótesis
- Es decir, el estudio de caso pretende explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar.

Yin (1993), señala que el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use.

## 2.2 Fortalezas y limitaciones del estudio de caso

Arzalus dice, (2005) que como todos los métodos, el estudio de caso tiene ventajas y desventajas. Las principales ventajas del estudio de caso son las siguientes:

- a) Permite la posibilidad de estudiar eventos humanos y acciones en escenarios naturales.
- b) Provee información de varias fuentes y durante un periodo que permite un estudio holístico.
- c) Proporciona al investigador un panorama de vaivenes de la vida social en el tiempo y el despliegue de los patrones de la vida cotidiana tal como ésta cambia.
- d) Permite la generalización teórica que envuelve el surgimiento de nuevas interpretaciones y conceptos o la reexaminación de otros conceptos e interpretaciones de formas innovadoras.

Yin (1993), dice que en el estudio de caso único se centra en un solo caso, justificando las causas del estudio, de carácter crítico y único, dada la peculiaridad del sujeto y objeto de estudio, que hace que el estudio sea irreplicable, y su carácter revelador, pues permite mostrar a la comunidad científica un estudio que no hubiera sido posible conocer de otra forma.

Acotando estas cualidades al estudio del comportamiento o el trabajo terapéutico. Kazdin (2001), cita la riqueza del estudio de caso como fuente única de información que complementa y contribuye a la teoría, investigación y práctica. Algunas de ponderaciones que hace son:

- a) Fuente de ideas o hipótesis. Acerca del comportamiento y desarrollo humanos. Ejemplifica el caso del Pequeño Hans (Freud, 1933) y el Pequeño Albert (Watson y Rayner, 1920).
- b) Origen de técnicas terapéuticas. Como el caso de Breuer y Freud (1957) con Anna O. que suscitó el origen de la asociación libre y la catarsis como recursos

- c) Estudio de fenómenos extraños. Muchos casos de interés en pacientes con padecimientos únicos son poco frecuentes y dificultan la investigación en grupo. Como las personalidades múltiples.
- d) Proporcionar una contraevidencia. De las nociones que se consideran universalmente aplicables.
- e) Valor persuasivo y motivacional. Aún cuando los estudios de caso no proporcionan un valor causal sólido, si proporcionan demostraciones contundentes, persuasivas y hacen concreto y agudo lo que de otra manera se ve abstracto.

Hernández (2007) señala algunos alcances importantes como que puede ser empleado para el estudio de una situación, una comunidad, un grupo, una institución o un individuo y que generalmente no se parte de un problema definitivo ni de hipótesis. Continúa el autor diciendo que se intenta lograr una descripción precisa de una realidad limitada sobre una variedad de fenómenos, estructuras y procesos en los que se hace resaltar sus características particulares. En este caso se parte del supuesto de que un caso particular es representativo para muchos otros casos similares que hacen posible una generalización.

Bragada (1992) señala como ventajas: proporcionar información, sugerencias e hipótesis de relevancia clínica, poco frecuentes o raros y son fuente de nuevas técnicas, variaciones y adaptaciones terapéuticas, que permiten al terapeuta conocer cuáles son los límites y cambios que se precisan en la práctica clínica.

En cuanto a las limitaciones, Arzalus (2005) señala algunas en el estudio de caso, las cuales son:

- a) La tendencia del investigador a generalizar aun cuando no existe las suficientes evidencias empíricas y una utilización ordenada del método.
- b) Resulta onerosa en cuanto tiempo y dinero, ya que cada caso constituye en sí mismo, una investigación que lo requiere.

En cuanto a estas limitaciones dentro del terreno terapéutico, Kazdin (2001) expone las siguientes:

a) Usualmente están disponibles muchas explicaciones alternativas. Para justificar el estado actual del individuo, diferentes a las proporcionadas por el clínico. Puede ser seriamente refutada por sus explicaciones postdictivas o retrospectivas que tratan de reconstruir los acontecimientos y funcionamiento contemporáneos que buscan persuadir pero científicamente suelen ser cuestionables.

b) Información anecdótica. Se confía mucho en los reportes del caso que entran en juego al juicio e interpretación clínica. Es probable que los recuerdos y acontecimientos del pasado y cargados de emoción estén distorsionados y sean altamente selectivos. Añadiéndose la interpretación del terapeuta. Las tendencias humanas no intencionales, pero normales, intervienen para construir un cuadro coherente de las afirmaciones del paciente que muchas veces son historias literarias en vez de investigaciones científicas.

c) Generalización a otros individuos o situaciones. Como la investigación científica intenta establecer 'leyes' generales de la conducta, es posible que el caso individual refleje características notorias o únicas y no proporcione descubrimientos o procedimientos estandarizados o reproducibles para evaluar la repetición del caso potencialmente similar.

Bragada (1992) pone por dificultades las metodológicas para atribuir los cambios producidos al efecto del tratamiento (estudios de caso).

Cabe decir que los estudios de caso mejoran su credibilidad respecto a los efectos terapéuticos cuando concurren en ellos una serie de factores, tales como: (a) cuando se recoge la información de un modo objetivo y durante todo el proceso (línea de base, tratamiento y seguimiento); (b) cuando existe cierta constancia de que la no intervención supondría el mantenimiento o agravamiento del problema, tal y como parece ocurrir cuando los síntomas objeto de tratamiento son de larga duración, intensos, severos o crónicos; ( c ) cuando el efecto de la intervención sobre las conductas problema se aprecia de modo rápido y amplio, frente a un cambio leve y prolongado en el tiempo; y (d) cuando los resultados obtenidos se replican con más de un sujeto. Todos estos aspectos permiten establecer inferencias más acertadas respecto a los efectos del tratamiento (Kratochwill & Morris, 1985).

### 2.3 Modalidades en el diseño de estudio de caso

Dentro del estudio de caso existen algunas variantes. Atendiendo al objetivo de la estrategia de investigación, podemos sintetizar la tipología de estudios de casos propuesta por Yin (1994) en:

- Descriptivos, cuyo propósito es analizar cómo ocurre un fenómeno organizativo dentro de su contexto real.
- Exploratorios, que tratan de familiarizarse con un fenómeno o una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido.
- Ilustrativos, que ponen de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas.
- Explicativos, que tratan de desarrollar o depurar teorías, por lo que revelan las causas y los procesos de un determinado fenómeno organizativo.

Sosa (2006) señala que a tendiendo al número de casos que conforman un estudio, podemos encontrarnos con:

- Un único caso. Esta metodología basada en un único caso es adecuada cuando dicho caso sea especial -posee todas las condiciones necesarias para confirmar, desafiar o ampliar una determinada teoría-, raro -muy distinto a los demás casos posibles-, o revelador -nos permite explorar un fenómeno determinado- (Gómez, 2001). En una línea similar, Pettigrew (1990) establece que un único caso puede ser adecuado si el tratamiento del material del caso es suficientemente genérico o si la calidad y naturaleza de las conclusiones son únicas o fuertes.
- Múltiples o comparativos casos. En este tipo de estudio se hacen las mismas preguntas a los distintos casos, comparando las respuestas para llegar a conclusiones (Ghauri et al., 1995). Así, las evidencias basadas en varios casos se pueden considerar más sólidas y convincentes, ya que la intención en el estudio de casos múltiples es que coincidan los resultados de los distintos casos, lo que permitiría añadir validez a la teoría propuesta. De hecho, cada caso debe ostentar un propósito determinado, por lo que la elección de los mismos no se realiza según los criterios muestrales estadísticos sino por



razones teóricas, buscando un conjunto de casos que sea representativo del fenómeno a analizar. Es más, la lógica que subyace en la selección de casos es la lógica de la réplica (Yin, 1994), en la que se plantea que cada caso debe ser seleccionado cuidadosamente de forma que cumpla dos requisitos: en primer lugar, que prediga resultados similares a otro caso (réplica literal), dadas unas condiciones similares; y en segundo lugar, que genere resultados opuestos a otros casos (réplica teórica), pero por razones predecibles. Así, y aunque no existe un criterio definido para determinar el número de casos que deben conformar el estudio (Pettigrew, 1990), de acuerdo con esta lógica, Gómez (2001) establece que un estudio de casos requeriría un mínimo de cuatro unidades de análisis, aunque cuanto mayor sea este número, se puede alcanzar una mayor replicación y fiabilidad (Eisenhardt, 1989).

En la psicología clínica el estudio de caso único es común y adecuado (Kazdin, 2001) y este tiene también sus modalidades.

### **2.3.1 Estudio de caso único y sus variantes**

Kazdin (2001) dice que los diseños de caso único permiten al investigador clínico obtener inferencias válidas acerca de los factores que influyen en el comportamiento. El diseño se enfoca en individuos o grupos de individuos que se estudian a lo largo del tiempo. Su objetivo es: comparar los efectos de las diferentes condiciones (variables independientes) sobre el comportamiento.

El diseño experimental de caso único trabaja con un solo sujeto y puede considerarse una alternativa a la investigación realizada habitualmente en grupos (Cabrero & Richart, 2010). El efecto de la intervención de caso único, comúnmente se hacen inferencias acerca de los efectos de la intervención comparando condiciones diferentes que se presentaron al mismo sujeto a lo largo del tiempo (Kazdin, 2001).

Cabrero & Richart (2010) refieren que los estudios de caso único permiten el desarrollo de múltiples diseños, entre los cuales se destacan los siguientes:

- 1. DISEÑO A-B-A:** también llamado diseño de retirada y considerado el prototipo en investigaciones con un solo sujeto. Este diseño presenta una secuencia en la que se elabora una línea base (A), se aplica un tratamiento (B),

y finalmente se retira el tratamiento volviendo a la línea base (A). Este tipo de diseño presenta ciertas reservas en su aplicación clínica ya que representa anular o retirar un tratamiento que puede ser beneficioso para el paciente, por ello una alternativa sería:

**2. DISEÑO A-B-A-B:** donde se finaliza la investigación con la aplicación y mantenimiento del tratamiento que se ha considerado positivo. Volviendo al ejemplo anterior sería: observación sin tratamiento, con tratamiento, sin tratamiento y observación con tratamiento.

**3. DISEÑO A-B:** es otra alternativa, aunque con débil validez interna, es considerado como un diseño de carácter experimentador y para ver la reactividad del sujeto, puede servir como punto inicial para posteriores investigaciones.

**4. DISEÑO B-A-B:** el sujeto requiere una intervención inmediata y una vez que queda fuera de peligro se retira el tratamiento. Es poco utilizado, es más un planteamiento teórico.

**5. DISEÑO DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE:** en ella se registran y se observan no una sino varias variables. Es un diseño adecuado e idóneo para valorar interacciones entre tratamientos.

Enfatiza en éste último Kazdin (2001) que el periodo inicial de la observación se conoce como línea base, proporciona información acerca del nivel de conducta antes que comience la intervención. Este periodo inicial de observación es conocido como fase de línea base. Cumple dos funciones. Primera, los datos recopilados sobre esta fase describen el nivel existente del comportamiento. La función descriptiva de los datos de la línea base proporciona información acerca de la gravedad del problema del sujeto. Segundo, los datos son la base para predecir el nivel de comportamiento para el futuro inmediato si no se proporciona de la intervención. Aún cuando la función descriptiva de la fase de línea base es importante para indicar la gravedad del problema del sujeto, desde la posición de los diseños de caso único, la función predictiva es central.

Finaliza Kazdin (2000) diciendo que para evaluar el impacto de una

intervención es una investigación de caso único, es importante tener una idea de cómo será el comportamiento en el futuro sin la intervención. Para esto los datos de la línea base se recopilan para ayudar a predecir el comportamiento en el futuro inmediato (valoración...recomendación terapéutica). Porque la predicción se logra proyectando o extrapolando al futuro una continuación del comportamiento en la línea base.

## **2.4 Estudio de caso y utilización de instrumentación diagnóstica**

Yin (2003) dice que el estudio de caso es el método de opción cuando el fenómeno de estudio no es fácilmente distinguible de su contexto. Tal fenómeno puede ser un proyecto o un programa en un estudio de evaluación.

Alvárez y Maggio (2008), señalan al respecto de esta evaluación psicodiagnóstica, que se implica la aplicación de un conjunto de herramientas compuesto por test, técnicas y pruebas que tienen como finalidad el estudio profundo de la personalidad desde un punto de vista clínico, psicopatológico y en función de la orientación será el tipo de exploración que el profesional necesite hacer sobre la persona (niño, adolescente o adulto) que se propone evaluar.

Yin (1994) establece hasta seis métodos de obtención de datos o fuentes de evidencias, como él lo denomina: documentación, documentos de archivo, entrevistas, observación directa, observación participante y objetos físicos. Una forma de lograr esto a manera de un instrumento conocido se basó en el sistema de clasificación de diagnóstico - El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) – formado por la American Psychiatric Association en 1952. Desde esta primera versión se han publicado revisiones subsecuentes (1968,1980,1987,1994), la más reciente de elaboración de ChIPS es el DSMIV (Rooney, Fristad, Weller & Weller, 2001).

En el diseño de caso único A-B-A las secuencias han de ser constantes, hay que hacer el mismo número de observaciones (mediciones) y las condiciones han de ser estándares (Cabrero & Richart, 2010).

En tanto que en la evaluación colaborativa el proceso de diagnóstico ideal requiere el uso de la prueba consta de instrumentos de auto informe y, según sea necesario, más complejas pruebas psicológicas o neuropsicológicas administradas por un psicólogo (Frankel, 2009). Por ejemplo en la evaluación de línea base hay que detallar los criterios (frecuencia, duración, intensidad, etc.) y métodos de evaluación (entrevistas, cuestionarios, observación, autoinformes, etc.) utilizados para medir la conducta objeto de tratamiento. Señalar la duración de la línea de base y la tasa de conducta en esta fase (Bragado, 1992).

A propósito del uso de herramientas en la psicoterapia basada en la evidencia señalan Frías & Pascual, (2003) citando a Labrador (2003) que los tratamientos psicológicos son aplicados por psicólogos clínicos, que son los especialistas en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializadas de evaluación (una entrevista, una historia clínica, tests y cuestionarios, etcétera), y de tratamiento, cuya eficacia ha sido contrastada en diversas investigaciones científicas.

#### **2.4.1 Instrumentación diagnóstica y estudios de caso con familias**

Medición significa medio para conocer el mundo que vivimos, recolectar información acerca de variable, contexto, sucesos, categorías, comunidades, eventos fenómenos, objetos o constructos en pro de enriquecer el conocimiento, recoger las experiencias y vivencias de quienes nos rodean, entre los cuales destacan la familia y la pareja (Ojeda, en Velasco & Luna, 2006).

La utilización de instrumentos para obtener diagnóstico familiar como tema principal no es muy común o no está tan ampliamente reportado en la investigación y literatura en general.

A pesar de esto se tienen libros que proponen modelos de evaluación e instrumentos que miden aspectos de familia como lo demuestra la compilación de Velasco y Luna (2006) pero también existen constructos en múltiples campos (Jackson, 1959, 1967, 1968; Singer & Wynne, 1963; Ashby, 1969;

Minuchin, 1969; Stierlin, 1972; Wertheim, 1973; Beavers; 1977; Hoffman, 1981; Ackerman, 1994). Otros específicos son modelos clínicos y psicométricos o instrumentos de evaluación que analizan áreas o situaciones de la familia como funcionamiento (Smilkistein, 1978; Feetham, 1982, Espejel, 1997; Palomar, 1998; García-Méndez y otros, 2006); la estructura (Umbarger, 1987), igualmente el Genograma (McGoldrick & Gerson, 1985), el modelo McMaster (Epstein, et al., 1983), el modelo FACES I,II,III,IV (Green, Harris, Forte y Robinson, 1991; Kosciulek, 1996; Lavee & Olson, 1991; Olson, 1986; 1991b; 2000; Olson & Gorall, 2003); la resiliencia familiar (Walsh,2003; Walsh, 2005, López, P.J.); el ambiente familiar (FES, Moos, R. y Moos, B., 1976; Moos, 1990); el análisis de sus interacciones (Beavers & Hampson, 1992, 2000); y hasta su análisis proyectivo como el Test del Dibujo de Familia (Corman, 1967) y el significado de relación en H-T-P con la madre o el hogar (Buck, 1995).

Danila (2010) reporta en un estudio de caso el conflicto trabajo-familia, utilizando como instrumentos el genograma y el ecomapa familiar. Igualmente se ha identificado que la interacción familiar está asociada a la anorexia (Carrillo et al., 2008; Cruzat et al. 2008).

En su estudio de caso Carrillo y cols. (2008) señalan que la sobreprotección en la anorexia se caracteriza por una fuerte interdependencia emocional, y cuidados excesivos de ambos padres, hacia la paciente identificada, para ellos utilizó la versión modificada del PBI (Parental Bonding Instrument), desarrollado en 1979 por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, de la universidad de New South Wales, Australia, y estandarizado por Melis y cols. (2001)

Un estudio desde el enfoque sistémico relaciona a la familia con la telenovelas y el fútbol (Guadarrama, 1999). Fajardo (2008) caracterizó el riesgo familiar total en familias colombianas, Concluyendo que las familias con más factores de riesgo son las monoparentales, con mujeres cabeza de familia.

Uno de los estudios casos más conocidos, aunque desde el ámbito social es los Hijos de los Sánchez de Lewis (1961, 1982). Donde se describe la dinámica de una familia mexicana de forma autobiográfica.

## **Conclusiones**

El estudio de caso es un diseño de investigación propio de la psicología, sobre todo en los denominados estudios de caso único. Ambos tienen variantes o modalidades de aplicación, así como ventajas y desventajas. El estudio de caso es una manera de organizar la unidad escogida, como puede ser la historia de un paciente o familia. En este se pueden emplear todo tipo de técnicas como: entrevistas, cuestionarios, historias personales, documentos psicométricos, informes de otras personas, etc. para recoger y evaluar el caso que se está tratando.

Por eso, los estudios de caso se caracterizan por ser exploratorios, descriptivos, ilustrativos y explicativos. Una variante en el estudio de caso único muy utilizado en la evaluación es el modelo de línea base, el cual propone una primera fase de diagnóstico, que mide la línea donde se ubican los pacientes, posteriormente vendrá la fase de seguimiento para medir el impacto que tuvo la intervención.

La utilización de instrumentos para obtener diagnóstico familiar como tema principal no es muy común o no está tan ampliamente reportado en la investigación y literatura en general, pero se tienen modelos de evaluación e instrumentos que miden aspectos de familia en múltiples campos. Existen serias investigaciones de estudio caso, utilizando familias que son evaluadas con instrumentos propios o ajenos al tratamiento familiar, lo cual ha demostrado la eficiencia de continuar haciendo esta labor.

## CAPÍTULO III. EVALUACION COLABORATIVA

---

La evaluación, según Stufflebeam (2001), la considera como la emisión de juicios de valor de algo específico. Garaigordobil (2008) dice que la evaluación diagnóstica es una disciplina que explora y analiza el comportamiento de un sujeto o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos (test y otras técnicas de medida) tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos.

En tanto el método de evaluación colaborativa representa un nuevo enfoque a la salud mental, el tratamiento se centra en un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009).

### **3.1 Definición**

La evaluación de colaboración es una forma de resolver problemas como una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006). Coincide Fisher (2000) cuando señala que la evaluación de colaboración es un enfoque para la evaluación psicológica en la que el asesor y el cliente trabajan juntos para desarrollar ideas productivas.

En la evaluación colaborativa se plantea el efecto terapéutico de las pruebas psicológicas usadas con los pacientes (Fisher, 1985; Finn 1996).

Los instrumentos de guía del profesional incluyen la colaboración con el paciente, la retroalimentación, otros profesionales que participan en la consulta o en el caso, los resultados de la auto-prueba y una evaluación clínica, según Frankel (2009). Continúa este autor apuntando que el progreso es oficialmente controlado por el paciente y el terapeuta. A su vez el método de colaboración tiene tres componentes: diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los progresos.

Esta colaboración es también el medio para individualizar la evaluación, dando como resultado sugerencias y reportes por escrito (Fisher, 2000). Finn (2009) rescata el poder de la empatía en la evaluación colaborativa, suponiendo que esta se utiliza como: herramienta para obtener información, un proceso interpersonal y un elemento de curación en las interacciones humanas.

### **3.2 Método de evaluación colaborativa**

Como dice Frankel 2009, el método de la evaluación colaborativa consta de algunos pasos:

Primero el diagnóstico con instrumentos psicológicos de auto-informe o de ser necesario neuropsicológicos. En segundo lugar, hace uso de estrategias para el tratamiento que pueden ser de una amplia variedad de disciplinas y no necesariamente incluyen la psicoterapia, para lograr los resultados deseados entre terapeuta y paciente.

Tercero, coordina todas las actividades involucradas y las personas, incluyendo a la familia, profesores, médicos y profesionales de consultoría e integran las conclusiones. En cuarto lugar, en colaboración con el paciente, tiene seguimiento de los resultados y crea regularmente los informes de tratamiento detallado de la situación y la identificación de trabajo todavía por hacer.

Chalmer (2001), apunta que en el método de evaluación colaborativa se invita a las personas que se ven afectados por un problema a trabajar juntos contra el problema. Sigue este autor, diciendo que la evaluación de colaboración se basa en una visión muy diferente de la realidad y en general en la resolución de problemas.

#### **3.2.1 Beneficios del método colaborativo**

Frankel (2009) expone algunas ventajas de la evaluación colaborativa dentro del tratamiento terapéutico.



- a) **Mejora de la precisión diagnóstica.** Es diagnóstico integral y una colaboración, para determinar con más exactitud lo que ocurre.
- b) **Seguimiento de los progresos.** Hay vigilancia permanente que se basa en listas de control del paciente y de instrumentos de auto evaluación. Este seguimiento señala que tan bien está funcionando.
- c) **Rendición de cuentas y la coordinación.** La persona con conocimiento técnicos asume la responsabilidad del tratamiento y asegura los objetivos del mismo. Trabaja con todos los profesionales de consultoría, con el paciente y con la familia.
- d) **Tratamiento diseñado para los requisitos concretos del paciente.** El método se adapta a las necesidades del paciente, el tipo de tratamiento, las sesiones, la profundidad de la orientación.
- e) **Gastos.** Aunque a menudo puede ser más caro al principio por el uso de pruebas y otros consultores. Este método es menos caro que el convencional, existe un resultado diagnóstico más preciso, un monitoreo del proceso y la posibilidad de modificar o detener el tratamiento. En otras palabras, la probabilidad de que va a producir los resultados eficientes es claramente mayor.

Muy ilustrativo resulta el aporte de Geroski y Rodgers (1998) al documentar una evaluación colaborativa en niños con enuresis y encopresis, donde intervienen padres de familia, consejeros escolares, maestros de clase y médicos llegando a buenos términos con el diagnóstico y el tratamiento colaborativo.

Una similitud es la de Ullom-Minnich (1996) que refiere la evaluación multidisciplinaria la cual implica a proveedores médicos de cuidado (por ejemplo, facultativos de familia, los pediatras, ayudantes de médico, los enfermeros, y enfermeras de escuela) y posiblemente comunidad de proveedores mentales de salud (por ej. los consejeros, asistentes sociales, clínicos y psicólogos) son importantes para el niño. Igualmente Trull y Phares (1999) anotan que, la evaluación de niños y adolescentes difiere de los adultos,

porque casi siempre es necesario buscar información con otras personas: padres, profesores, trabajadores sociales, psicólogos escolares, médicos y demás.

### **3.3 Evaluación Multiaxial**

Ortega (1996) menciona que la necesidad de contar con una clasificación de los trastornos mentales ha estado presente a lo largo de toda la historia. Luego las múltiples clasificaciones que se han desarrollado a lo largo de los últimos milenios difieren en el énfasis que se pone en la fenomenología, la etiología, el curso del trastorno y en las características que definen las categorías diagnósticas.

De la Fuente (1996) dice que tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana como la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión representan un nuevo enfoque en la nosología, generado en el diagnóstico. En ellos ya se establecía el principio de la evaluación multiaxial.

De Lachica (2004) argumenta que la evaluación multiaxial es un acercamiento “Biopsicosocial” al Diagnóstico. En tanto que en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición texto revisado (2000), (DSMIV-TR, por sus siglas en inglés) se menciona que el sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco:

#### **Eje I**

##### **Trastornos clínicos**

##### **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (*se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II*). El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II). “Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos. Cuando se

presenta más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponde al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta).» (DSMIV-TR, 2000)

## **Eje II: Trastornos de la personalidad**

### **Retraso mental**

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. “Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, situación relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta” (DSMIV-TR, 2000)

## **Eje III: Enfermedades médicas**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. La distinción multiaxial entre trastornos de los Ejes I, II y III no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicológicos.

La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar la minuciosidad de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental. Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo.

## **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- Otros problemas psicosociales y ambientales

### **Eje V: Evaluación de la actividad global**

El Eje V es la opinión del clínico acerca del nivel general del sujeto. Puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). De Lachica (2004) menciona que ésta es la Estimación de la funcionalidad general y la severidad de los síntomas. “Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución” (DSMIV-TR ,2000)

De Lachica (2004) responde ante la pregunta ¿porqué la Evaluación Multiaxial?, “describe la heterogeneidad dentro de un diagnóstico y alienta la consideración de todos los factores que contribuyen al diagnóstico y tratamiento de un individuo”. Finalmente, el registro de evaluación se propone de la siguiente manera:

### ***Eje I: Trastornos clínicos***

#### ***Otros problemas que pueden ser objeto de atención***

(Código diagnóstico Nombre DSM-IV)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

---

**Eje II: Trastornos de la personalidad**

**Retraso mental** (Código diagnóstico Nombre DSM-IV)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

---

**Eje III: Enfermedades médicas**

(Código o CIE-9-MC Nombre CIE-10 o CIE-9-MC)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

---

**Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

**Problemas relativos al grupo primario**

*Especificar:*

---

**Problemas relativos al ambiente social**

*Especificar:*

---

**Problemas relacionados con la enseñanza**

*Especificar:*

---

**Problemas laborales**

*Especificar:*

---

**Problemas de vivienda**

*Especificar:*

---

**Problemas económicos**

*Especificar:*

---

**Problemas relativos al acceso a los servicios médicos**

*Especificar:*

---

**Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen**

*Especificar:*

---

**Otros problemas psicosociales y ambientales**

*Especificar:*

---

**Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global Puntuación:**

---

**Período de tiempo:** \_\_\_\_\_

### **3.3 Evaluación en el Tratamiento Familiar**

Cibanal (2004) apunta, que el modelo clásico de diagnóstico no es el empleado, exactamente en terapia familiar, ya que:

- 1) El diagnóstico de la familia no se centra en un miembro de ella sino que pone el acento en el sistema total, en la estructura de las relaciones de todos sus miembros.
- 2) Diagnóstico y terapia no se realizan en dos fases diferentes en el tiempo, sino que se llevan a cabo de forma conjunta, se entrecruzan, van unidos.
- 3) No podemos hacer una diferenciación rígida entre "lo observado" (familia) y el "observador" (terapeuta): ambos sistemas se influyen mutuamente y co-evolucionan.

Cibanal (2004) comenta que al hablar de diagnóstico familiar se trata más de "evaluación" que de análisis". El terapeuta debe tener en cuenta, las alteraciones orgánicas o ciertas alteraciones de la personalidad, interesándose sobre la manera en que éstas integran, agravan o mantienen el sistema familiar, y cómo los miembros de la familia se organizan alrededor de la persona sintomático. Hay que tener en cuenta la influencia de los sistemas extrafamiliares: el contexto escolar, profesional, religioso, sociocultural,

económico o médico porque pueden desempeñar un papel significativo en la problemática de la familia.

Entre algunas formas de evaluación de las corrientes representativas en la terapia familiar se tiene:

**Terapia Familiar Integradora.** Ackerman (1994), menciona que en esta modalidad una investigación cuidadosa de la vida emocional interna de la familia refleja focos de ansiedad y conflicto, estos aparecen en las relaciones familiares. Finaliza advirtiendo que el diagnóstico clínico es sólo parcial a menos que se tomen los elementos, individuo, rol, grupo familiar y sus interrelaciones.

**Terapia MRI de Palo Alto.** Sus exponentes principales fueron, Don Jackson, el fundador, Watzlawick, Weackleand, Fish y Segal. El síntoma, dice Ochoa (1995) se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia. A este se le considera 'una dificultad'. Se entiende que si persisten estas dificultades se pueden derivar en problemas. Este tipo de tratamiento se interesa por evaluar el modo en que las familias mantienen sus problemas con intentos bienintencionados, pero desafortunados. Esto lleva al agravamiento y mantenimiento del problema, que a su vez generan pautas. Resumiendo, cierra Ochoa (1995), en la evaluación se debe obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas.

**Terapia del Grupo Milán.** Sus fundadores fueron Palazzoli, Cechinni, Prata y Boscolo. Su evaluación, refiere Ochoa (1995), se basa en la causalidad circular que da un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal. Lo patológico es el juego familiar, que es el mapa de relaciones familiares –alianzas y exclusiones -, la regla que parece presidir esas relaciones – qué esta y no está permitido - y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. La sintomatología, refiere Ochoa (1995) es fruto de una discrepancia entre las conductas sometidas a variaciones y las creencias inalterables.

El juego sirve para regular el funcionamiento en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas. La sintomatología es fruto de una discrepancia entre las

conductas sometidas a variaciones y las creencias inalterables. Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma.

**Terapia centrada en las soluciones.** De Steve de Shazer, el impulsor, y O'Hanlon y Weiner-Davis que se sumaron después señala Ochoa (1995) que su modo de evaluación está totalmente sesgada por una intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio. El énfasis recae en averiguar cuáles son las excepciones o estrategias eficaces a la solución del síntoma.

Toman en cuenta, comenta Ochoa (1995), los cambios pretratamientos, aquellos que se dieron entre la concertación de la cita y la primera entrevista. Parten de la idea en que la familia no trata de mantener el síntoma de forma homeostática sino que están motivados para desembarazarse del problema.

**Enfoque triádico.** Atrás hemos dicho que a partir del modelo de Zuk (1981) se puede inferir que el diagnóstico se obtiene identificando la 'relación patógena familiar', la cual se remite a observar varios aspectos como el conflicto entre los valores de continuidad y los valores de discontinuidad; las estrategias de silenciamiento, el papel de la risa, incluso, la utilización del chivo expiatorio.

**Terapia Estructural.** Anota Ochoa (1995) que las variables a evaluar son: ciclo vital y tareas apropiadas al mismo, alianzas y coaliciones, jerarquía, límites, pautas de interacción, fuentes de apoyo dentro y fuera de la familia y la forma en que la familia mantiene los síntomas. Finalmente, dice Ochoa (1995) se postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar.

En suma, Andolfi(1993) al respecto del diagnóstico familiar dice que la atención se dirige menos a la persona, y más a los sistemas relacionales de los que participa. Pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual, a la observación de las interacciones. Es decir una óptica relacional-sistémica, que contrasta con la visión mecanicista-casual.



### **3. 4 Modelos colaborativos en el tratamiento familiar**

El inicio del tratamiento familiar como medio psicoterapéutico tuvo una perspectiva que buscaba amplificar la sola intervención individual. De hecho podemos decir, que la terapia familiar surge a partir de la colaboración del terapeuta o grupo terapéutico con los miembros de la familia para trabajar en el diagnóstico y tratamiento de pacientes individuales. Igualmente, los teóricos de esa época colaboraban entre sí para encontrar respuestas y soluciones a situaciones que por la vía individual no se encontraban.

Andolfi (1993) señala que desde la primera sesión debe establecerse un contexto de verdadera colaboración y confianza recíproca.

El padre de la terapia familiar Ackerman (1994), propone un modelo en colaboración con la familia que posteriormente llamaría 'terapia integrativa o integradora'. Aquí Ackerman trabajaba con variaciones, en alguna sesión con el paciente identificado, luego con los padres de familia, luego toda la familia y así sucesivamente hasta desarrollar un modelo colaborativo.

Minuchin y Fishman (2001), por ejemplo señalan que la presencia en consulta de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean asistencia y de que invitan al terapeuta a introducirse en su sistema y ayudarlos a modificar una situación que sustenta o produce tensión, malestar o sufrimiento. Dicen a esto que tanto familia y terapeuta construyen una sociedad con una meta compartida que se formula de manera más o menos explícita: librar de síntomas a quien es portador en la familia, reducir el conflicto y la tensión para la familia como un todo y aprender nuevos modos de superar dificultades (Minuchin & Fishman, 2001).

Así entonces estos autores llaman a una técnica 'coparticipación' y la definen diciendo que coparticipar con una familia es más una actitud, porque constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar con la familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Finalizan diciendo que el proceso de coparticipación rebasa al hecho de brindar ayuda, puesto que el terapeuta

hace de sí mismo el instrumento más poderoso para promover el cambio, siento también la coparticipación un proceso menos razonado y deliberado, puesto que suele producirse subterráneamente, en los procesos normales de trato interpersonal.

Zuk (1989) toca un punto semejante a este, denominando fase de participación a las primeras cuatro entrevistas que muestran la disposición de la familia a explorar el conflicto y también que le permiten al terapeuta evaluar la relación patógena.

Por su cuenta, la terapia narrativa ya establecía estas funciones colaborativas en sus conceptos de constructivismo terapéutico, en la deconstrucción de desenlaces inesperados junto al paciente, en la cocreación de los subargumentos, en el uso de 'público externo' (White & Epston, 1980; Payne, 2002, Freedman & Combs, 1996, Smith & Nylund, 1997). Dice Chalmers (2006) Si usted está familiarizado con las ideas narrativas, usted está familiarizado con la evaluación de colaboración.

Entre las estrategias para la evaluación diagnóstica familiar, Cibanal (2004) muestra también una posición colaborativa utilizando varios medios como: el primer contacto telefónico con uso de la ficha telefónica, la primera entrevista, la elaboración del genograma, la exploración de áreas concretas (en relación al paciente identificado, en relación a cada miembro, en relación a todo el sistema familiar), la observación de interacciones (digitales y analógicas), al final se plantea una hipótesis.

Para Umbarger (1999) también es muy importante la colaboración dice que entrar en coparticipación con un grupo familiar quiere decir establecer con él y experimentar después de las peripecias de ese contacto, los infinitos caminos por los cuales este es aceptado, es resistido y es respondido por la familia. Señala, que el terapeuta entra en coparticipación tomando como miembros individuales a la familia, no como una abstracción llamada sistema. Hacer coparticipación consiste en insertarse, descubrir la modalidad que desempeña la familia, y adecuarse a esas reglas. Finalmente señala que el acto de coparticipación es un acto de diagnóstico.

Por último, se señala el enfoque colaborativo de Andersen (citado en Arias, 2010) donde además del término de terapia colaborativa existen puntos de clara convergencia, dice que la premisa clave de este son las relaciones de colaboración porque es una forma particular en la cual nos orientamos a nosotros mismos para ser, actuar y responder 'con' otra persona que invita al otro a un involucramiento compartido, cuestionamiento mutuo, y acción conjunta. En este enfoque el manejo del equipo reflexivo tiene una importante significancia social, por ejemplo en el tratamiento de la depresión, el equipo reflexivo colabora con psiquiatras, neurólogos y terapeuta familiar.

## **Conclusiones**

La evaluación colaborativa es un paradigma novedoso para la práctica terapéutica. En su utilización permite la articulación con la evaluación multiaxial y sistémica, mismas que tienen una perspectiva integral en sus diagnósticos.

La evaluación colaborativa no suple la evaluación o intervención sistémica, al contrario la refuerza como medio de cambio hacia el logro de las metas terapéuticas. El tratamiento familiar muestra medios colaborativos para intervenir con las familias, muchos de ellos, se inclinan por el trabajo conjunto e integral y por la participación de la familia y otras instancias de influencia que beneficien a la misma familia.

# CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

---

## 4.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los autores de la literatura y práctica en la psicoterapia familiar, existen algunas variantes acerca de lo que es, debería ser o significa la evaluación o diagnóstico de la familia. Algunos enfoques otorgan un mínimo valor a estos (terapia centrada en el problema, terapia centrada en las soluciones, terapia narrativa, enfoque tríadico). Mientras que para otros, no se puede entender a la familia si no se cuenta con un buen diagnóstico inicial (terapia estructural, terapia integradora, modelo McMaster, genograma). Sin embargo, todas consideran necesario tener un momento inicial de evaluación de la información que ofrecen los miembros de la familia.

Tradicionalmente el diagnóstico familiar se asocia con menos análisis de contenidos y diagnóstico de la psicopatología individual y más con la evaluación de interacciones y surgimiento de síntomas a partir de estas (Cibanal, 2001). Sin embargo, resulta imprescindible retomar modelos más integradores, es decir, hacer uso de todo cuanto suceda en la psicoterapia familiar para tener mejores resultados (Ackerman, 1994). También es imprescindible denominar como intervención a la evaluación y a cualquier movimiento efectuado dentro de las sesiones de trabajo, de la primera sesión hasta la última, sobre todo en los estudios de caso único Kazdin, (1986); Feixas y Miró (en Rocha, 2008).

Es importante preguntar si existe la plausibilidad de integrar la evaluación multiaxial y la evaluación colaborativa como parte de la intervención familiar o sistémica. Lo anterior se fundamenta en los antecedentes de diversos autores en la terapia familiar se apoyan en conceptos, tipologías o constructos que ellos generaron para formarse un diagnóstico en múltiples campos (Singer y Wynne, 1963; Ackerman, 1994; Jackson, 1959, 1967, 1968; Minuchin, 1969; Ashby, 1969; Stierlin, 1972; Wertheim, 1973; Beavers; 1977, Hoffman, 1981; Umbarger, 1987; Baldwin y Epstein et al., 1998; Mc Goldrick y Gerson, 1987). También existen modelos clínicos y psicométricos o instrumentos de evaluación que analizan áreas o situaciones de la familia como

su funcionamiento (Espejel, 1997; Palomar, 1998; Smilkistein, 1978; Feetham, 1982; García-Méndez y otros, 2006), la estructura como el Genograma (McGoldrick y Gerson, 1985), el modelo McMaster (Epstein, et al., 1983), el modelo FACES I,II,III,IV (Green, Harris, Forte y Robinson, 1991; Kosciulek, 1996; Lavee y Olson, 1991; Olson, 1986; 1991b; 2000; Olson y Gorall, 2003) la resiliencia familiar (Enns, Reddon, y McDonald, 1999), de ambiente familiar (FES, Moos, R. y Moos, B., 1976; Moos, 1990) el análisis de sus interacciones (Beavers y Hampson, 1992, 2000) y hasta su análisis proyectivo como el Test del Dibujo de Familia (Corman, 1967) y la relación del HTP con las figuras parentales (Buck, 1995). Además originalmente la evaluación colaborativa se basó en las ideas y técnicas de la terapia narrativa (Freedman y Combs, 1996; White y Epston, 1990), siendo esta escuela conocida dentro de la terapia familiar. Todo ello otorga un puente interdisciplinario entre el diagnóstico familiar y el no familiar. Por lo tanto, se ha visto que nuevos modelos de evaluación pueden aplicarse en uno nuevo de tipo familiar.

Ahora, el terapeuta en cualquier línea teórico-práctica, más aún, en la familiar, ha comenzado a explorar la significancia social de sus intervenciones e ir más allá del 'consultorio', más allá de la información unitaria de los pacientes o clientes y solicitar la colaboración de otras instancias y personas, donde y con quienes se desenvuelven estos, sobre todo si son fuentes de influencia importante, como los médicos, sacerdotes, profesores, etc. para que, durante el tiempo de intervención, se hagan acuerdos más o menos explícitos con estas instancias y se efectúen las modificaciones integrales y coherentes que lleven a buen término las demandas y motivos que los traen a consulta. Tal como lo señala el método colaborativo (Frankel, 2009) la verdadera colaboración no se limita necesariamente como el apoyo interdisciplinario entre profesionistas, también tiene relación entre paciente o sistema familiar y terapeuta, cuando estos hacen de su trabajo un apoyo mutuo. Procede de la relación terapéutica basada en una alianza de trabajo, donde ambos y no solo uno, se comprometen entre sí, para desarrollar una intervención más eficiente.

La intervención familiar no queda encasillada a modelos fijos, porque se debe recordar que fue este tipo de enfoque el que precisamente rompió con la linealidad y rigidez del tradicionalismo en la psicoterapia. El campo de la terapia

familiar requiere de una nueva perspectiva diferente a los modelos tradicionales en la investigación (Rocha, 2008). Es así, que la intervención familiar puede incluir novedades, tal es la evaluación colaborativa presentada como marco de la presente tesis, que pueda otorgar desde el primer movimiento, un efecto terapéutico evaluable como intervención haciendo uso de instrumentos (Fisher, 1985; Finn, 1996; Hernández-Cervantes, 2007). De esta forma, las preguntas de investigación son las siguientes:

¿Es posible integrar un modelo de evaluación colaborativa con un modelo de intervención familiar? Y de ser así...

¿Cuál es la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar?

## **4.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

### **PREGUNTA GENERAL**

¿Cuál es la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar?

### **PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

¿Cuál es la caracterización de la familia en la intervención del tratamiento?

¿Cuál es el psicodiagnóstico del niño en la intervención del tratamiento familiar?

¿Cuál es el funcionamiento de la familia en la intervención del tratamiento familiar?

¿Cuáles son las conductas de riesgo del niño en la intervención del tratamiento familiar?

### 4.3 PROPÓSITOS

#### a) General.

Determinar la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar.

#### b) Específicos.

Caracterizar a la familia en la intervención del tratamiento familiar.

Determinar el psicodiagnóstico del niño en la intervención del tratamiento familiar.

Evaluar la funcionalidad de la familia en la intervención del tratamiento familiar

Evaluar las conductas de riesgo del niño en la intervención del tratamiento familiar.

### 4.4 HIPOTESIS

**H1-** La evaluación colaborativa es eficiente como intervención en el tratamiento familiar.

**H0-** La evaluación colaborativa no es eficiente como intervención en el tratamiento familiar.

**HA-** La evaluación colaborativa es parcialmente eficiente como intervención en el tratamiento familiar.

### 4.5 DELIMITACION ESPACIO TEMPORAL

a) **Espacial.** La investigación se realiza en clínica privada de Purépero, Mich.

b) **Temporal.** De Febrero 2009- Junio 2009

## 4.6 TIPO DE ESTUDIO

### Estudio de caso. (N=1)

El estudio de caso es una metodología de estudio con origen en la investigación médica y psicológica (Becker,1979). Kazdin (2001) señala que el estudio de caso cumple una función importante en la psicología clínica, porque permiten al investigador clínico obtener inferencias válidas acerca de los factores que influyen en el comportamiento. Este diseño se enfoca en individuos o grupos de individuos que se estudian a lo largo del tiempo.

El método de estudio de casos es un método descriptivo en el que se maneja un gran número de variables e indicadores. Dice también que puede ser empleado para el estudio de una situación, una comunidad, un grupo, una institución o un individuo, donde generalmente no se parte de un problema definido ni de hipótesis.

#### - **Descriptivo**

Los estudios descriptivos, buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas, pueden ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sea poco elaboradas (Mella, 1998)

Tinajero (2007) expone que el tipo de estudio descriptivo, reúne las siguientes características:

- Obtener información que nos precise la magnitud de la situación estudiada y así poder ordenar o jerarquizar la problemática.
- Establecer y caracterizar las variables que se estudian y estudiar los caminos para la prueba de hipótesis.
- Al describir vamos dando, de alguna manera, explicaciones de los fenómenos que se están estudiando.



## - Exploratorio

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes y en el cual se es pionero (Hernández-Sampieri, 2007).

Tinajero (2007), afirma que el estudio exploratorio tiene las siguientes características:

- Ámbito de investigación nuevo.
- No se tienen elementos teóricos suficientes.
- Encontramos nuevas áreas de aplicación de los conocimientos no suficientemente desarrolladas.
- Campos emergentes en metodología.
- Recabar información para fundamentar hipótesis

### 4.7 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es de pre/prueba-post/prueba con un solo grupo: G O1 X O2. En este diseño se aplican pruebas previas al tratamiento, después se administra la posprueba. Sus ventajas son el tener un punto de referencia inicial, para ver que tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo. Es decir, hay un seguimiento (Hernández-Sampieri, 2007).

### 4. 8 DESCRIPCION DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 1. Observación

Se fundamenta en la observación participante (Hernández-Sampieri, 2007) esta es donde el observador interactúa con los sujetos observados. Para Álvarez (2003) señala que esta no implica solo hechos visuales sino que participan todos los sentidos, tiene fines científicos, es sistemática y propositiva.

## **2. Entrevista familiar inicial basada en el modelo familiar (Andolfi, 1993)**

Esta entrevista se describe en cuatro estadios sucesivos:

1. Estadio social: el que se recibe a la familia y se le ubica cómodamente.
2. Estadio de focalización del problema: se define la situación o motivo de consulta.
3. Estadio interactivo: se les pide a los familiares que hablen entre sí.
4. Concertación del objetivo de la terapia: formulación concreta de los logros apetecidos.

## **3. NOMBRE:** Manual para la escala de funcionamiento familiar

**AÑO Y AUTOR:** 1997, Espejel, A., Emma.

**OBJETIVO:** Discrimina sensiblemente las áreas funcionales y disfuncionales de la familia.

**CONSIDERACIONES DE APLICACIÓN:** Observación, sensibilidad, empatía, habilidad y conocimiento del instrumento por parte del entrevistador. Ubicar el contexto familiar (estructura, clase socioeconómica, ciclo vital, historia y cultura). Rapport entre entrevistador y entrevistados.

**APLICACIÓN Y FUNCIONAMIENTO:** Puede aplicarse en forma individual, dependiendo de los objetivos. Así sus ventajas son ganancia de tiempo y disponibilidad. Pero sus desventajas son limitaciones de la observación de interacciones verbales y no verbales. También se aplica en grupo familiar identificando quiénes están presentes, a qué subsistema pertenecen y qué vínculos existen, además permite elaborar el familiograma. Se llenan los datos de la carátula y se completan con preguntas directas. Se representa el familiograma. Se explica que se va a proceder a preguntar sobre la familia. Enfatizar a los miembros de la familia que traten de ponerse de acuerdo para responder. Marcar la o las posibilidades de respuesta que crea conveniente de acuerdo a la verbalización y observación de la puntuación e interacción de la misma. Si son dos entrevistadores deben ponerse de acuerdo: uno pregunta y

puntuación, y el otro anota observaciones. Al final llenar los datos socioeconómicos.

**TIEMPO:** 30-60 min.

**FACTORES EVALUADOS:** 40 reactivos sobre nueve áreas: Territorio o centralidad, roles, jerarquías, límites, modos de control de conductas, alianzas, comunicación, afectos y psicopatología. Cada área incluye de 3-5 preguntas. Familiograma Datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones.

### **CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN:**

Criterios: etapa del ciclo vital, clase socioeconómica y cultural, y estructura familiar. Cada ítem se evalúa en una escala ordinal:

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| 1- disfuncional           | 2- poco funcional |
| 3- medianamente funcional | 4- funcional      |

Si la pregunta es difícil de contestar porque “no es el caso” = 4. Ésta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando los criterios. Se traza una gráfica para valorar cada área e interpretar los resultados.

**4. NOMBRE:** The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians

**AÑO Y AUTOR:** 1998, Smilkstein G.

**OBJETIVO:** Explorar la funcionalidad familiar.

**CARACTERÍSTICAS:** El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10

Existe una versión recogida por Smilkstein<sup>3</sup> en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR)<sup>3</sup>.

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

- Resuelve (RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar

**INTERPRETACIÓN:** Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios, tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección HIV, depresión y embarazos en adolescentes.

Se ha propuesto una puntuación  $> 6$  como funcional y  $\leq 6$  como disfuncional.

En algunos casos, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años.

**5. NOMBRE:** Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS)

**AÑO Y AUTORES:** 2001, Marijo T Rooney, Mary A Fristad, Elizabeth B Weller y Ronald A Weller.

**OBJETIVO:** Obtener información que permita al clínico sondear la presencia de 20 trastornos en niños y adolescentes entre los 6 y los 18 años de edad.

**CARACTERÍSTICAS:** ChIPS es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, cuya base se encuentra estrictamente en los criterios del DSM-IV. Esta entrevista detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos, entre ellos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno negativista desafiante, Trastorno de conducta, Abuso de sustancias, Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Anorexia, Bulimia, Enuresis, Encopresis, Esquizofrenia y Psicosis. Además, ChIPS cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño.

**COMPONENTES:** Manual, Entrevista, Hoja de registro y portadocumentos.

**APLICACION:** Individual.

**TIEMPO:** Variable

**6. NOMBRE:** Rating scales for use in drug studies with children: Conners, C.E. Teacher's Questionnaire & C.C.I.; Parent's Questionnaire

**AÑO Y AUTOR:** 1978; C. Keith Conners.

**REVISORES:** C.H. Goyette, C.K. Conners y R.F. Ulrich

**ADMINISTRACIÓN:** Individual

**DURACION:** Variable entre 5 y 10 minutos

**APLICACION:** Niños y Adolescentes 3 a 17 años.

**COMPOSICIÓN DE ESCALA:** 28 ítems con posible respuesta escalada 0 a 3 (Teacher's Questionnaire). 100 ítems con posible respuesta escalada 0 a 3 (Adaptación: De la Peña & Almeida, 1998)

**FACTORES EVALUADOS:** Problemas de Conducta, Hiperactividad, Inatención Pasividad

**TIPIFICACIÓN:** Datos normativos para una muestra de 383 sujetos con edades comprendidas entre 3 a 17 años.

**INFORMACIÓN DISPONIBLE DE FIABILIDAD:** Test-Retest = Si; Entre-observadores = No; Consistencia Interna= No.

**INFORMACIÓN DISPONIBLE DE VALIDEZ:** Constructo = Si; Discriminante = No; Concurrente = Si; Predictiva = No; Sensitiva al Tratamiento = Si.

**7. NOMBRE:** Manual y guía de Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person)

**AÑO Y AUTOR:** 1995; Buck John N.

**CARACTERÍSTICAS:** La técnica de dibujo proyectivo H-T-P es una de las pruebas de mayor difusión y empleo en la evaluación de la personalidad. Ofrece abundante información clínica, es breve y puede aplicarse prácticamente a cualquier sujeto: con poca instrucción, alteraciones en el desarrollo, impedimentos de lenguaje o diferencias culturales, entre otros.

**COMPONENTES:** Manual profusamente ilustrado (blanco/negro y color).

**APLICACION:** Individual.

**TIEMPO:** 30' - 90'

**OBJETIVO:** Evaluar las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar, funcionamiento intelectual y coordinación visomotriz.

**8. NOMBRE:** Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2).

**AÑOY AUTORES:** 1989; S. R. Hathaway y J. C. McKinley. Adaptación al español: 1994; E. Lucio Gómez-Maqueo

**CARACTERÍSTICAS:** Inventario derivado del MMPI original, reestandarizado para población estadounidense, así como adaptado al español y estandarizado para México. Consta de 567 reactivos de respuesta Verdadero o Falso ordenados de manera que permiten la calificación de las escalas básicas (clínicas y de validez) con los primeros 370 reactivos. Para esta revisión se desarrollaron nuevas escalas -de contenido y suplementarias- que permiten mayor amplitud y precisión en la evaluación psicológica. El MMPI-2 proporciona tres perfiles acorde con el número de escalas que comprende. Asimismo, se ha eliminado en la prueba todo contenido sexista, racial y anticuado y, en cambio, se han aportado nuevas formas de puntuaciones T (uniformes) que facultan la comparación entre escalas. Las 42 escalas de esta reestandarización hacen del MMPI-2 la mejor herramienta objetiva de evaluación de la personalidad en cuanto a psicopatología, principales síntomas de desadaptación social y personal, indicativos de disfunción psicológica, e identificación de estrategias de tratamiento. Al MMPI-2 se incorporaron nuevas escalas para proporcionar indicadores adicionales de la validez del protocolo y dimensiones de contenido clínicamente relevantes

**COMPONENTES:** Manual de aplicación y calificación, Cuadernillo de aplicación, Hoja de respuestas para calificación manual (o bien, Hoja de respuestas para calificación por computadora), Plantillas de calificación (básicas suplementarias y de contenido) y Perfiles (básico, suplementario y de contenido- normas estadounidenses) o Perfiles (básico, suplementario y de contenido- normas mexicanas) masculinos y femeninos, portafolios.

**ADMINISTRACIÓN:** Individual, colectiva o autoaplicable.

**APLICACIÓN:** sujetos de 18 años de edad o mayores, con un nivel de instrucción de sexto grado de primaria.

**TIEMPO:** 60' a 90'



**9. NOMBRE:** Test Gestáltico Viso-Motor

**AÑO Y AUTOR:** 1968; L. Bender.

**OBJETIVO:** Examen de la función gestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones.

**FACTORES EVALUADOS:** Exploración del retardo, la regresión, la pérdida de función y defectos cerebrales orgánicos, en adultos y en niños, así como de las desviaciones de la personalidad, en especial cuando se manifiesta fenómenos de regresión. En detalle:

- a. Determinación del nivel de maduración de los niños y adultos deficientes.
- b. Examen de la patología mental infantil: demencias, oligofrenia, neurosis.
- c. Examen de la patología mental en adultos: retrasados globales de la maduración, incapacidades verbales específicas, disociación, desórdenes de la impulsión, perceptuales y confusionales. Estudio de la afasia, de las demencias paralíticas, alcoholismo, síndromes postraumáticos, psicosis maníaco-depresivas, esquizofrenia.

**FUNCIONAMIENTO:** Se le presenta a los sujetos, en forma sucesiva una colección de 9 figuras geométricas para que las reproduzca teniendo el modelo a la vista. Regístrese la reacción del sujeto a la situación de prueba, su comportamiento a lo largo de ella, y en especial toda conducta que en el curso del test se desvíe de las normas señaladas. En ningún caso se considerará que el test ha fracasado. Registrar si el sujeto está fatigado para tenerlo en cuenta en el diagnóstico. Estos datos se anotan en el protocolo de registro.

**ADMINISTRACIÓN:** Se administra en forma individual. Puede emplearse como test introductorio.

**APLICACIÓN:** Es aplicable a sujetos de 4 años hasta la adultez.

**TIEMPO:** no se fija ni se limita el tiempo: no deben retirarse las láminas hasta que el examinado las haya reproducido. No obstante puede calcularse que la prueba toma por lo regular un lapso de 15 a 30 minutos.

**COMPONENTES:** (a) Juego de 9 figuras geométricas, más o menos complejas impresas en negro, en laminas de cartulina blanca. (b) protocolos de prueba: hojas de papel tamaño carta, (c) un lápiz; (d) una goma.

**CARACTERIZACIÓN:** test visomotor, no verbal, neutro e inofensivo.

### **-BENDER NIÑOS**

**FACTORES EVALUADOS:** Edad de maduración visomotora (EMV), por Bender y Koppitz. Indicadores de DCM o LC, por Koppitz. Indicadores emocionales, por Koppitz

**EDAD:** Hasta 11 años. Hasta 16 años en sujetos retardados (Elizabeth Koppitz)

**FUNCIONAMIENTO:** Protocolo de prueba: hoja lisa tamaño carta, vertical. Si la gira, se vuelve a rotar una vez a la posición vertical. Si pide más de una, se le dan, pero no deben estar a la vista. Lápiz N<sup>o</sup> 2, lápices de repuesto o sacapuntas. Goma no a la vista: Se desalienta su uso. Si insiste, se le da y se guarda nuevamente. Las 9 tarjetas de administración, ordenadas de la 8 a la A y boca abajo. La inscripción posterior tiene que quedar en el borde inferior, a la derecha del administrador. Se muestran de a una, colocadas en el borde superior del protocolo. Si gira las tarjetas, se procede como con la hoja (se interviene solo la primera vez. Cuando termina de copiar cada una, se vuelve a poner boca abajo. Protocolo de registro de movimientos y respuestas gestuales y verbales

**TIEMPO:** Sin límite: tomar hora de inicio y hora de finalización (de 10 a 15 minutos)

**CONSIGNA:** Te voy a mostrar unas tarjetas con dibujos para que los copies. Cópialos tal cual los ves, lo más parecido que puedas.

**10. NOMBRE:** Test del dibujo de la Familia.

**AÑO Y AUTOR:** 1967; Corman, L.

**OBJETIVO:** Evaluar el estado emocional de un niño con respecto a su adaptación al medio familiar.

**APLICACIÓN:** niños desde la edad preescolar y, si bien, su correcta interpretación exige experiencia y formación psicoanalítica, existen parámetros orientadores de su interpretación que el resto de los profesionales de la salud pueden utilizar en las evaluaciones de sus pacientes

**FUNCIONAMIENTO Y CONSIGNA:**

La técnica de aplicación del test consta de tres pasos:

Paso 1:

-Ubicar una mesa a la altura del niño

- Disponer de un lápiz grafito blando, con buena punta, o lápices de colores.
- Dar una de las siguientes indicaciones:

"Dibuja una familia" ; "Imagina una familia que tú conoces y dibújala"; "Dibuja todo lo que quieras: las personas de una familia, objetos, animales"

Paso 2:

-Estar atentos junto al niño.

- Explicitar que NO es una tarea con nota, de modo de disminuir su stress.
- Poner especial atención a los períodos de inactividad entre el dibujo de un personaje y otro.
- Consignar la ubicación de la página en la cual se inició el dibujo, y el orden el que se dibujó a los personajes.

Paso 3:

- Felicitarlo por su dibujo. - Pedir al niño que nos explique que dibujó. - Luego preguntar:

### 1. Identificación general:

"¿Dónde están?"

"¿Qué están haciendo ahí?"

"Nómbrame todas las personas que están, desde la primera que dibujaste"

### 2. Preferencias afectivas:

"¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?"

"¿Cuál es el menos bueno de todos?"

"¿Cuál es el más feliz?"

"¿Cuál es el menos feliz?"

"¿Y tú, en esta familia, a quién prefieres?"

### 3. Dictar nuevas preguntas, según las situaciones puntuales de la entrevista.

- Reconocer en el dibujo:

#### 1. Identificación propia:

"Suponiendo que formases parte de esta familia, ¿quién serías tú?". Preguntar la causa de su elección.

#### 2. Reacciones afectivas:

Consignar estados de inhibición, incomodidad y/o reacciones anímicas particulares al dibujar a un personaje o al interrogarle.

- Finalmente, preguntar si está contento con su dibujo; y si tuviera que hacerlo de nuevo si lo haría parecido o cambiaría cosas.

Importante: No olvidar registrar la composición verdadera de la familia.

### **INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA :**

La interpretación del test de dibujo de familia se realiza en cuatro planos:

-plano gráfico

-plano de las estructuras formales

-plano del contenido

-interpretación psicoanalítica

**Tabla 4.1** Elementos de interpretación del Test de Dibujo de Familia

Planos de análisis	Características del dibujo	Interpretación	
<b>Plano Gráfico</b>	Amplitud del trazado	Líneas amplias	Expansión vital fácil y extroversión
		Líneas recogidas o entrecortadas	Introversión y tendencia a replegarse en si mismo.
	Fuerza del trazado	Trazado fuerte	Evidencia fuertes pulsiones, audacia, violencia o liberación instintiva.
		Trazado débil	Pulsiones débiles, suavidad, timidez o inhibición instintiva.
	Ritmo del trazado	Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro	Pérdida de la espontaneidad, vivir dominado por las reglas.
	Sector de la página	Sector inferior	Simboliza la conservación de la vida. Es usado por niños cansados y/o deprimidos.
		Sector superior	Expansión imaginativa. Propio de niños soñadores e idealistas.
Sector izquierdo		Simboliza el pasado, habla de una dificultad en proyectarse a futuro	
Sector derecho		Utilizado por niños que sienten su porvenir abierto y sin limitaciones.	
<b>Plano de las estructuras formales</b>	Dibujo de figura humana	Evaluación del desarrollo del niño	Comentado el artículo: Dibujo de figura humana: una ventana a la mente infantil
	Estructura del grupo de personas	Utilización de líneas curvas y variadas.	Niño sensorial: espontáneo, vital, sensible al ambiente y al calor de los lazos.

	representadas	Utilización de líneas rectas y anguladas.  Reproducciones estereotipadas; personajes aislados y detalles precisos.	Niño racional: espontaneidad inhibida
<b>Plano del contenido (correlación con composición real de la familia)</b>		Omisiones	Personajes desvalorizados
		Orden en que dibuja a los personajes.	Identifica su valorización
		Tamaño y detalles de las figuras	
		Identificación de símbolos según el contexto familiar	Análisis particular según el contexto (ej. padres tomados de las manos en contexto de divorcio)
<b>Interpretación psicoanalítica</b>	Redacción basada en el modelo psicoanalítico.		

**11. NOMBRE:** Test Gráfico del Dibujo de un Animal.

**AÑO Y AUTOR:** 1987; Maganto, C.

**OBJETIVO:** Evaluar la maduración, la situación conflictiva del momento actual

**APLICACIÓN:** en niños de 6 a 13 años

**FUNCIONAMIENTO Y CONSIGNA:** "dibuje/a un animal, cualquier animal que desee/s".

Posteriormente se le pide lo siguiente:

- 1) que escriba sexo del animal.
- 2) tipo de animal.
- 3) edad (mas que nada si es un animal joven o viejo).

4) También que haga una lista de otros animales en los que pensó o que quizás hubiese dibujado. (luego de finalizada totalmente la administración puntos 1 a 6, podríamos trabajar con asociación libre, porque al final termino graficando este animal etc., que le agradaba de los otros seleccionados...)

5) luego que le ponga debajo del dibujo un nombre familiar cariñoso que se le ocurre al observarlo.

6) opcionalmente podemos pedirle dándole otra hoja y en birome, que "escriba una historia imaginaria acerca de este animal"

### **INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA :**

Para su análisis e interpretación primero se analiza con las pautas formales tradicionales como cualquier test proyectivo grafico, y luego se toma en cuenta el tipo de animal graficado. Aquí no hay sino una estadística de los mas comunes: perros, gato, león, tigre, caballo pájaros, víboras. Lo importante pasara por ver el tipo de animal seleccionado, si es benigno, bueno para el hombre o es un animal peligroso, traicionero.

**12. NOMBRE:** The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family.

**AÑO Y AUTOR:** 1983; Epstein, N.B.

**CARACTERÍSTICAS:** El modelo integra seis dimensiones del funcionamiento familiar: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Respuesta Afectiva, Involucramiento Afectivo, Control de Conducta. Describe las propiedades de estructura y organización del grupo familiar y los patrones de transacción de los diferentes miembros. Se describen a continuación según Atri (2006).

#### **- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Esta dimensión considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva.

Tipología de problemas: *instrumentales y afectivos*. Los problemas instrumentales los refiere a aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, casa, transportación, etc.), entre tanto que los problemas afectivos los relaciona con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etcétera).

Pasos para la solución de problemas: *Identificación del problema, Comunicación del problema a la persona adecuada, Implementar alternativas de acción, Elegir una alternativa, Llevar a cabo la acción, Verificar que la acción se cumpla, Evaluación del éxito*.

## - **COMUNICACIÓN**

Esta dimensión se refiere al intercambio de información en la familia. El modelo se centra en la comunicación verbal; asimismo exhorta a estar atento a la presencia de la comunicación no verbal, primordialmente cuando ésta se contradice con la información verbal. El modelo descrito propone evaluar si la comunicación es: clara vs confuso y directa vs indirecta.

- a) Clara y directa
- b) Clara e indirecta
- c) Confusa y directa
- d) Confusa e indirecta

## - **ROLES**

Esta analiza los patrones de conducta, a través de la cual la familia designa funciones. Dichas funciones se clasifican en dos áreas: instrumentales y afectivas. A su vez se clasifican estas en necesarias y no necesarias. Las necesarias son:

- a) Provisión de recursos Tareas referidas a los recursos económicos.



- b) Nutrición y manutención. Rol afectivo de cuidar, dar confianza, alimentar, etc.
- c) Gratificación sexual adulta. De la pareja.
- d) Desarrollo personal. Apoyo de los miembros, realizando habilidades individuales.
- e) Crecimiento y satisfacción personal de los miembros. Desarrollo físico, educativo, emocional y social.

Las no necesarias son:

- a) Toma de decisiones. Ejercicio del liderazgo a nivel parental.
- b) Límites. Identificación de estas fronteras en las funciones y sociedad.
- c) Control de conducta. Disciplina y definición de reglas.
- d) Funciones de salud. Higiene y los cuidados de salud física y mental.

- ***RESPUESTA AFECTIVA***

Habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad (comprende una amplia gama de emociones) como en cantidad (está vinculada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada). En esta se considera la expresión y la categoría de afectos. La primera su cualidad y cantidad, en la segunda de bienestar o malestar.

- ***INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO***

Esta dimensión valora, tanto en cantidad como en calidad, el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma. Se identifican seis tipos.

- a) Ausencia de involucramiento.
- b) Involucramiento desprovisto de afecto.
- c) Involucramiento narcisista.
- d) Empatía.
- e) Sobreinvolucramiento.
- f) Simbiosis.

- **CONTROL DE CONDUCTA.**

Comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante tres situaciones específicas:

- a) Situaciones que involucran peligro físico.
- b) Situaciones que expresan necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.
- c) Situaciones que socialización dentro y fuera de casa.

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta:

- a) Control de conducta rígido: los patrones o normas son estrechos y específicos para esa cultura y existe poca negociación o variación de las situaciones
- b) Control de conducta flexible. Los patrones de control son razonables y existen la negociación y el cambio, dependiendo del contexto, se considera que este estilo es el más efectivo.
- c) Control de conducta laissez-faire (dejar hacer). En este tipo existe total lasitud en los patrones de control, a pesar del contexto.
- d) Control de conducta caótico. En este patrón se presenta un funcionamiento impredecible y los miembros de la familia no saben qué normas aplicar.

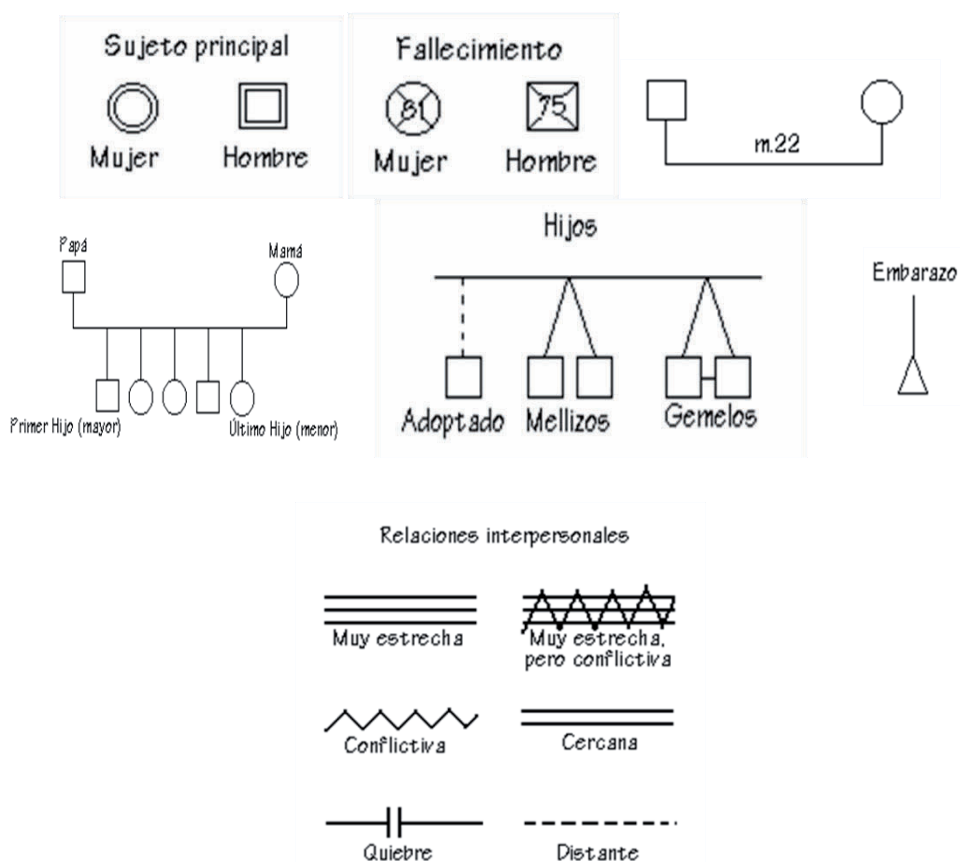
**13. NOMBRE:** Genograma

**AÑO Y AUTOR:** 1985; McGoldrick y Gerson.

**OBJETIVO:** Registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones.

**CARACTERÍSTICAS:** Se maneja con base en símbolos que forman el árbol familiar. Existen algunos símbolos principales (Ver Fig. 4.1).

**Fig. 4.1** Figuras representativas del Genograma






#### 14. NOMBRE: Diagnóstico Estructural

**AÑO Y AUTOR:** 1999, Umbarger.

**OBJETIVO:** Representar por medio de diagramas la estructura de la familia.

**CARACTERÍSTICAS:** Se maneja con base en símbolos que confeccionan el mapa estructural. Algunos de estos símbolos son:

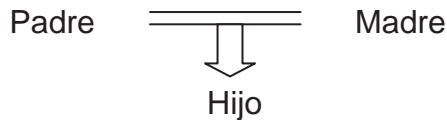
- **Fronteras.** Reglas que definen quién participa, así como el grado en que los extraños pueden acceder al sistema. Son tres tipos de fronteras representadas por líneas:

Franca o abierta:  Cerrada o rígida:  Difusa: 

- **Alianzas o afiliaciones** Cualidades de las transacciones usuales entre dos miembros de la familia. Los tipos y símbolos son:

Franca o amistosa: ===== Débil: ..... Coalición: } {  
 Enmarañada ≡≡≡≡ Conflictuada: —|—

- **Desviación de conflictos** Dos miembros de la familia desvían su conflicto a un tercero.



**Otros instrumentos. Aparecen en anexos para su consulta o revisión.**

- Formato de información antecedente (Hernández-Cervantes Q., 2006).
- Cuestionario *ad hoc* de consumo alimenticio (López, B. I., 2008)
- Formato *ad hoc* de evaluación del tratamiento (López, B. I., 2008)
- Formato de horario de familia *ad hoc* (López, B. I., 2008)
- Datos de identificación familiar *ad hoc* (López, B. I., 2008)

**4.9 ANÁLISIS DE DATOS**

Revisión de la información obtenida (entrevista inicial, historia clínica, anecdotario e instrumentos psicométricos y proyectivos). Calificación e interpretación de los instrumentos. Cotejar la información y los instrumentos aplicados y determinar un resultado de evaluación general.

**4.10 UNIVERSO**

Cinco miembros de una familia nuclear de Purépero, Mich.

#### **4.11 MUESTRA Y MUESTREO**

Cinco miembros de una familia nuclear de Purépero, Mich.

#### **4.12 DETERMINACIÓN DEL CASO DE ESTUDIO**

Por conveniencia. La familia asiste a la intervención para una consulta particular.

#### **4.13 PROCEDIMIENTO**

Encuadre de la intervención

Reporte de datos de identificación.

Entrevista familiar inicial

Historia clínica e información antecedente

Información del motivo de consulta y de la interacción sistémica

Instrumentación diagnóstica

Elaboración de reportes

Calificación e interpretación de instrumentos utilizados

Análisis y determinación de resultados

Retroalimentación al sistema familiar

Entrevistas de seguimiento

#### 4.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a la familia su participación en el estudio de caso. Se pidió permiso a la clínica para la realización del tratamiento. Se entregó el formato de consentimiento informado.

#### 4.15 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Del participante o demográficas

- Caracterización de la familia

Independiente:

- Modelo de evaluación colaborativa

Dependientes:

- Funcionamiento familiar.
- Psicodiagnóstico.
- Conductas de riesgo.

#### 4.16 DEFINICIÓN DE VARIABLES: CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

- CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

**Conceptual.** Son las características de los miembros de la familia como su edad, sexo, estado conyugal, color de la piel, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica (CEPDE, 2005)

**Operacional.** Para caracterizar a la familia se consideró un instrumento de datos de identificación familiar *ad hoc* (López, B. I., 2008). El Formato de información antecedente (Hernández-Cervantes Q., 2006). El Genograma (McGoldrick & Gerson, 1985), entre otros instrumentos que brindarán información de la dinámica familiar, como el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2). (Gómez-Maqueo, 1994) o de forma alternativa el Diagnóstico Estructural (Umbarger, 1999). El Test de Dibujo de Familia (1967). Y la relación de las figuras parentales del Manual y guía de

Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person) (Buck, 1995).

- PSICDIAGNOSTICO DEL PACIENTE IDENTIFICADO.

**Conceptual.** Se basó en la evaluación multiaxial, el cual es la es un acercamiento “Biopsicosocial” al Diagnóstico (Lachica, 2004). Implica una evaluación en cinco ejes: Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental. Eje III: Enfermedades médicas. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales. Eje V: Evaluación de la actividad global. (DSMIV-TR, 2000).

**Operacional.** Para determinar el diagnóstico se aplicó la Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS) que se basa en la evaluación multiaxial. Además se utilizaron otros medios alternativos para esclarecer y enriquecer el diagnóstico, el Test de Bender (Bender, 1968). El Test Gráfico del Dibujo de un Animal (Maganto, 1987). El Test del dibujo de la Familia (Corma, 1969). Manual y guía de Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person) (Buck, 1995).

- EVALUACION COLABORATIVA

**Conceptual.** El método de evaluación colaborativa representa un nuevo enfoque a la salud mental, el tratamiento se centra en un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009). La evaluación de colaboración es una forma de resolver problemas como una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006). la evaluación de colaboración es un enfoque para la evaluación psicológica en la que el asesor y el cliente trabajan juntos para desarrollar ideas productivas Fisher (2000).

**Operacional.** La realización de la evaluación colaborativa como método siguió el procedimiento descrito arriba: entrevista inicial, historia clínica e información antecedente, instrumentación diagnóstica, reporte psicodiagnóstico y realimentación a la familia y seguimiento. Paralelamente se mantuvo un contacto con otras instancias del paciente identificado, específicamente la escuela o su profesor de primaria y su pediatra.

- FUCIONAMIENTO FAMILIAR

**Conceptual.** La funcionalidad familiar es “La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel, 1997). El buen funcionamiento familiar se caracteriza por un claro sentido de unidad familiar, con fronteras permeables que las conectan con la comunidad (Hales, 1996).

**Operacional.** Para evaluar el funcionamiento familiar se aplicó el Manual para la escala de funcionamiento familiar (Espejel, 1997), el APGAR familiar (Smilkstein, 1998) y el Modelo de Funcionamiento Familiar Mc Master (Epstein y cols., 1983). Se considero otros instrumentos que también registran el funcionamiento familiar como el Genograma (McGoldrick & Gerson, 1985), el Diagnóstico Estructural (Umbarger, 1999). El Test de Dibujo de Familia (1967). Y la relación de las figuras parentales del Manual y guía de Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person) (Buck, 1995).

- CONDUCTAS DE RIESGO.

**Conceptual.** La conducta de riesgo se define como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida (Adès & Lejoyeux, 2004).

**Operacional.** Para obtener las conductas de riesgo asociadas al estudio de caso presente, se consideraron los resultados que, dentro del rango de la evaluación eran de objeto categorizarse en esta variable, ellas fueron:

- Índice de Masa Corporal.
- Consumo Alimenticio.
- Conducta en el Hogar
- Conducta en la Casa

Solamente en la primera conducta se consideró a todo el sistema familiar, en las tres restantes el registro fue del paciente identificado.



## CAPÍTULO V. RESULTADOS

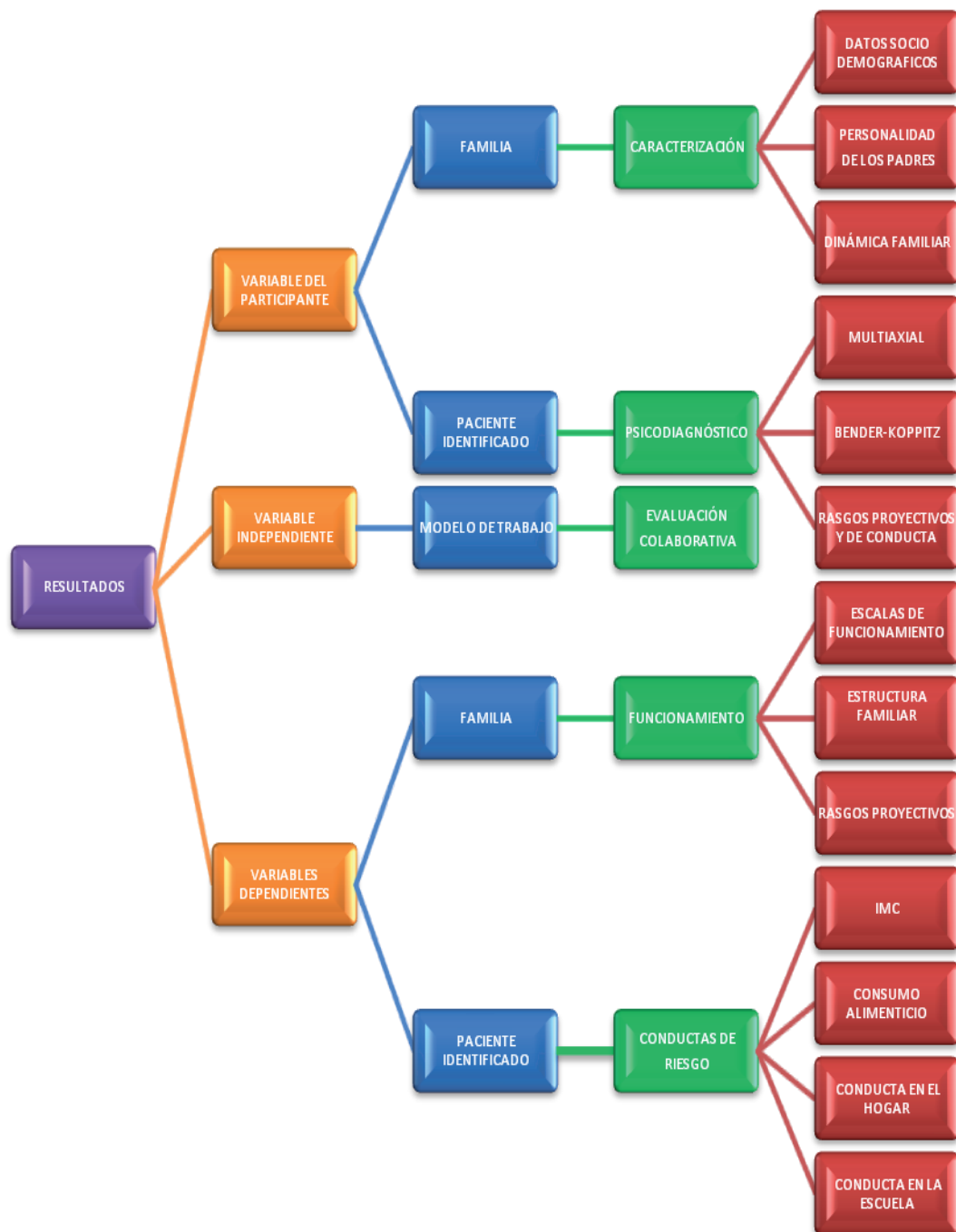
A continuación se muestran los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar se mostrará la secuencia de la intervención (ver Tabla 5.1). Después el reporte de resultados y sus variables (ver Fig. 5.1). Finalmente se presentan cada uno de los resultados tomando en consideración las variables planteadas en la metodología.

**Tabla 5.1** Secuencia en la intervención y seguimiento.

No. Sesión	Proceso	Productos
<b>FASE DE INTERVENCIÓN</b>		
<b>Sesión I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Establecimiento del rapport y encuadre</li> <li>b. Entrevista inicial familiar</li> <li>c. Planteamiento de expectativas y proceso de intervención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Registro de entrevista.</li> <li>b. Datos sociodemográficos</li> </ul>
<b>Sesión II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Datos de información antecedente</li> <li>b. Datos de información de genograma</li> <li>c. Aplicación de proyectivo de Dibujo la Familia</li> <li>d. Aplicación de proyectivo de H-T-P</li> <li>e. Aplicación de cuestionario de Connors 'Reporte del Padre'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Historia de vida</li> <li>b. Genograma</li> <li>c. Interpretación del estado emocional y adaptación a la familia.</li> <li>d. Interpretación de la personalidad.</li> <li>e. Conducta del niño en casa.</li> </ul>
<b>Sesión III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aplicación de test gúestáltico de Bender</li> <li>b. Aplicación de proyectivo Dibujo del Animal</li> <li>c. Datos de información del cuestionario de alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Resultados de la funciones visomotoras y de desarrollo.</li> <li>b. Interpretación madurativa e identificación mental y emocional.</li> <li>c. Registro de consumo de alimentos</li> </ul>
<b>Sesión IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aplicación de Escala de Funcionamiento Familiar</li> <li>b. Medición de índice de masa corporal</li> <li>c. Cuestionario de Cuestionario de Connors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Áreas de funcionamiento familiar</li> <li>b. Índice de Masa Corporal</li> </ul>

	<p>‘Conducta en la Escuela’</p> <p>d. Formato de Consentimiento Informado</p> <p>e. Aplicación de APGAR Familiar</p>	<p>c. Conducta del niño en la escuela</p> <p>d. Aceptación del Consentimiento</p> <p>e. Indicadores de funcionamiento familiar</p>
<b>Sesión V</b>	<p>a. Aplicación MMPI-2 a padres de familia</p> <p>b. Aplicación de ChiPS</p> <p>c. Valoración Mc Master</p>	<p>a. Identificación de patrones de personalidad y trastornos de padres</p> <p>b. Evaluación Multiaxial</p> <p>c. Dimensiones del funcionamiento familiar.</p>
<b>Sesión VI</b>	<p>a. Devolución de Información</p> <p>b. Aplicación de formato evaluación de la intervención</p>	<p>a. Devolución, documento y diagnóstico</p> <p>b. Evaluación de intervención</p>
<b>FASE DE SEGUIMIENTO</b>		
<b>Sesión I</b>	<p>a. Aplicación de versión reducida de ChiPS</p> <p>b. Aplicación de proyectivo de H-T-P</p> <p>c. Aplicación de proyectivo de Dibujo la Familia</p> <p>d. Aplicación de cuestionario de Connors ‘Reporte del Padre’.</p> <p>e. Cuestionario de Connors ‘Conducta en la Escuela’</p> <p>f. Aplicación de APGAR Familiar</p>	<p>a. Identificación de trastornos del niño</p> <p>b. Evaluación Multiaxial</p> <p>c. Interpretación del estado emocional y adaptación a la familia.</p> <p>d. Conducta del niño en casa</p> <p>e. Conducta del niño en la escuela</p> <p>f. Indicadores de funcionamiento familiar</p>
<b>Sesión II</b>	<p>a. Aplicación de Escala de Funcionamiento Familiar</p> <p>b. Datos de información de registro de horario semanal</p> <p>c. Aplicación de test gúestáltico de Bender</p> <p>d. Medición de Índice de Masa Corporal</p>	<p>a. Áreas de funcionamiento familiar</p> <p>b. Información de horario semanal</p> <p>c. Resultados de la funciones visomotoras y de desarrollo.</p> <p>d. Índice de Masa Corporal</p>

**Figura 5.1** Cuadro de resultados: variables e indicadores de variables



## VARIABLES DEL PARTICIPANTE

### CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

#### Datos sociodemográficos de la familia

Se presentan en principio los datos sociodemográficos básicos de la familia asistente al proceso de intervención y seguimiento (Ver Tabla 5.2). En este caso la edad reportada es la del seguimiento, puesto que casi todos ya habían cumplido año más de la intervención al seguimiento.

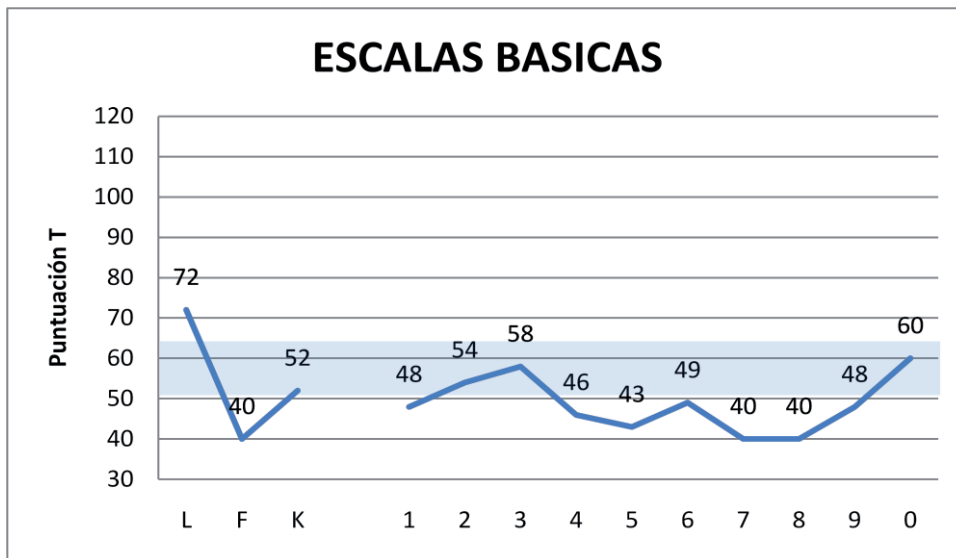
**Tabla 5.2** Datos sociodemográficos de la familia

Nombre	Posición familiar	Sexo	Edad	Ocupación	Etapa del ciclo vital (Estrada, 1997)
José	Padre de familia	Masculino	34	Empleado	Niños en edad escolar
Andrea	Madre de familia	Femenino	30	Ama de casa	
José	Primer hijo	Masculino	6	Estudia 1º primaria	
Carlos	Segundo hijo	Masculino	4	Estudia 2º de kinder	
Andrea	Tercer hijo	Femenino	3	En casa	

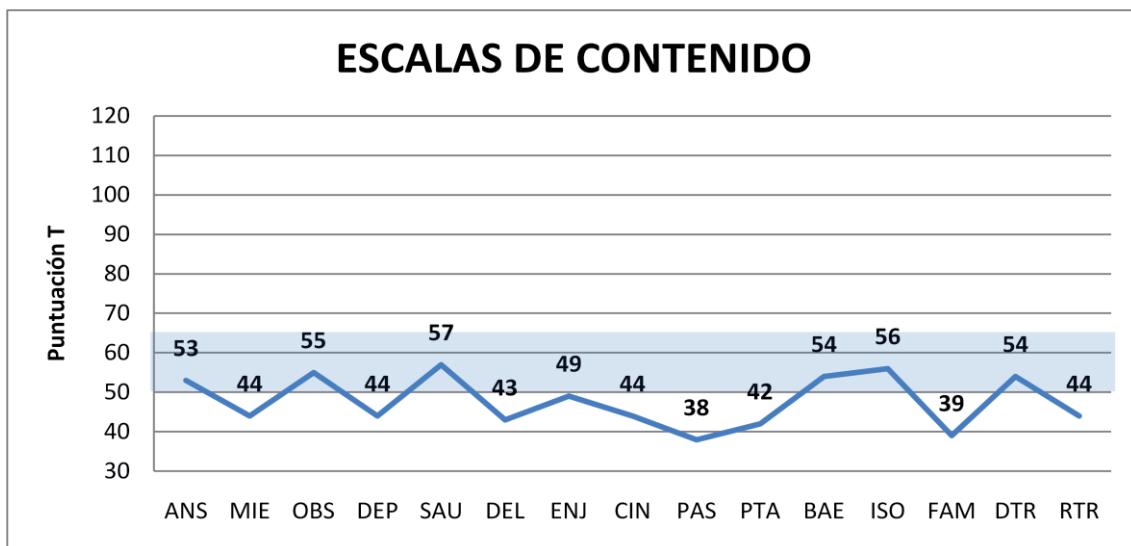
#### Perfil de Personalidad de los Padres

El perfil de personalidad fue obtenido con el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) (Hathaway & McKinley, 1989; Adaptación al español, Lucio, 1994). Utilizando la interpretación de Lucio y León (2003). Se muestran las gráficas básicas o clínicas, de contenido y suplementarias del padre colocando debajo su interpretación (Ver Figuras 5.2,5.3,5.4). Igualmente se muestran las gráficas e interpretación de la madre (ver Figuras 5.5, 5.6, 5.7).

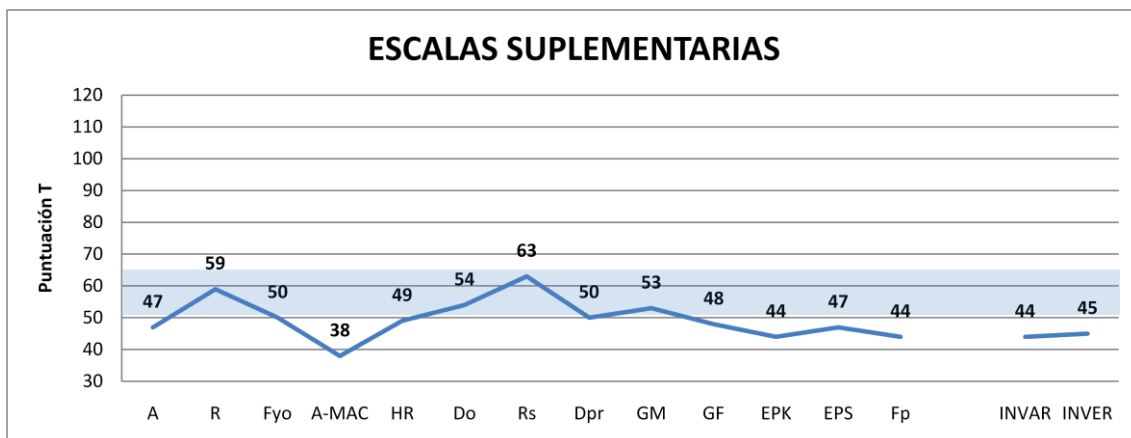
**Figura 5.2** Escalas básicas del padre. Edad 34 años.



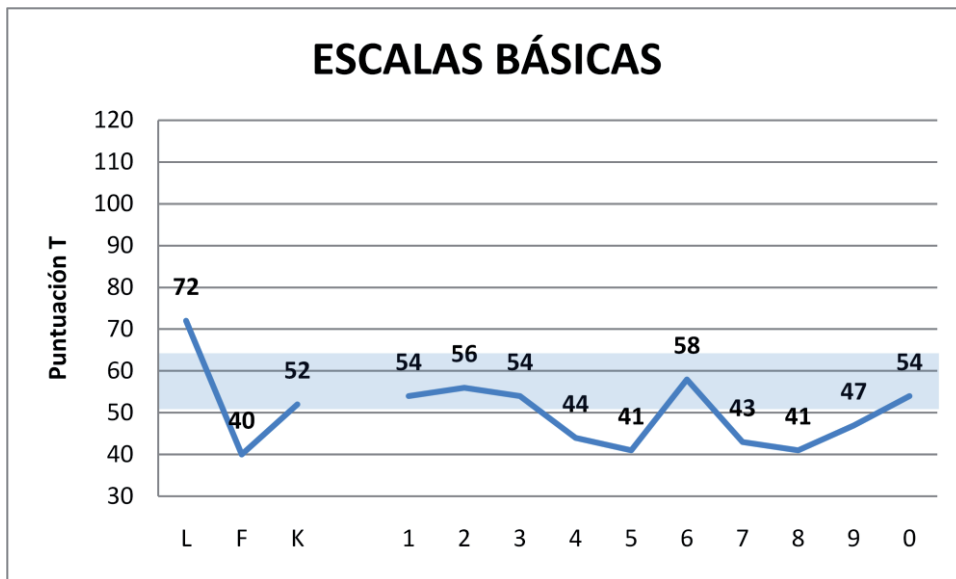
**Figura 5.3** Escalas de contenido del padre



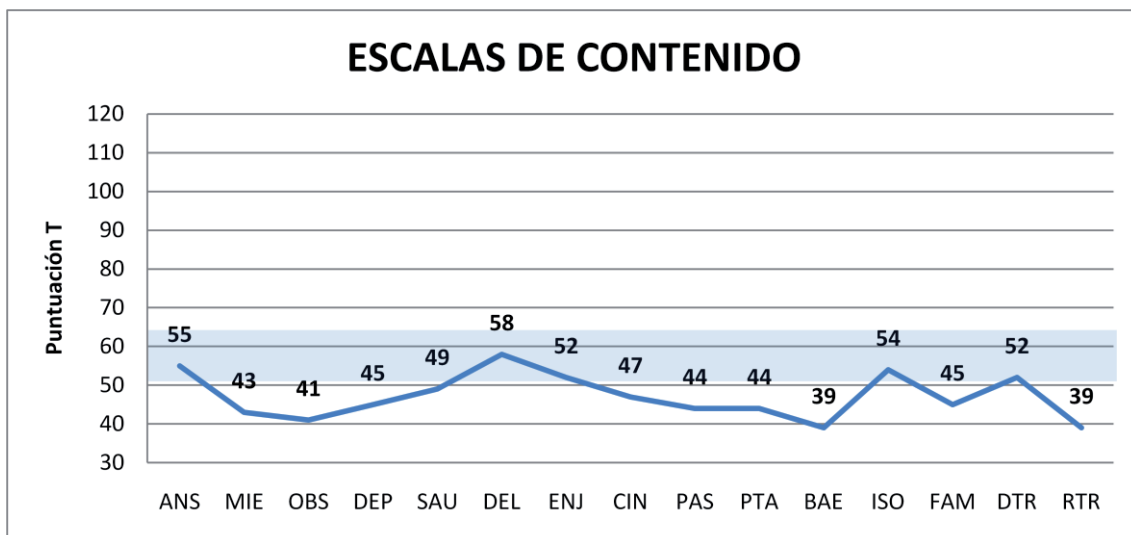
**Figura 5.4** Escalas suplementarias del padre



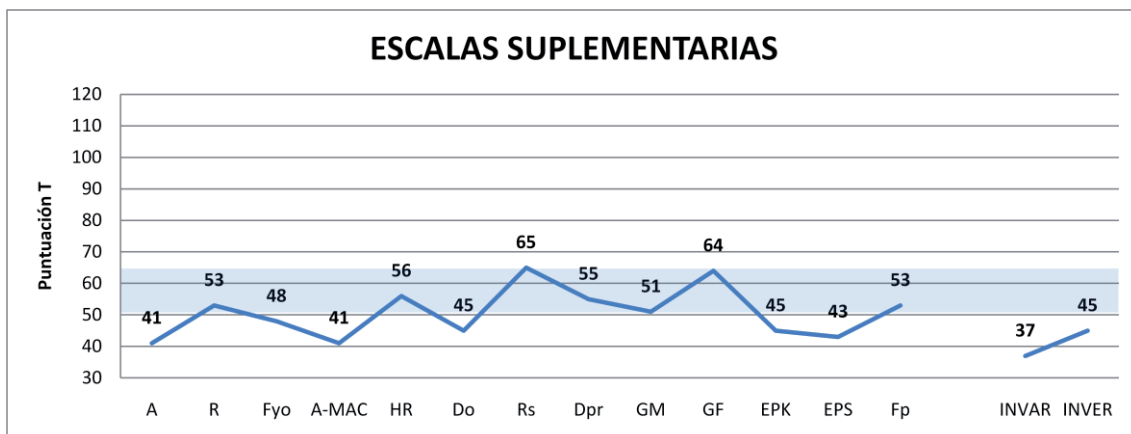
**Figura 5.5** Escalas básicas de la madre. Edad 30 años.



**Figura 5.6** Escalas de contenido de la madre



**Figura 5.6** Escalas suplementarias de la madre



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### DEL PERFIL DEL PADRE

L- 72 Validez cuestionable del perfil porque la persona presenta resistencia ante el inventario dando una autoimagen demasiado virtuosa de sí mismo y, por tanto, no acepte tener ni la menor falta.

F- 40 Poca expresión de síntomas. La persona puede ser sincera y estar socialmente adaptada .

K-52 Equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Quizá se trate de una persona que tiene suficientes recursos para enfrentar los problemas que se le presentan en la vida cotidiana, también cuenta con suficientes recursos para un tratamiento.

HS-48. Poca preocupación, abierto o equilibrado

D-54. Persona conforme consigo misma, estable, equilibrada y realista

HI-58. Persona realista, sensible, equilibrio emocional y responsabilidad.

DP-46. Sincero, confinable, tenaz y responsable.

MF-43. Tradicional, actitud machista, rudos, imprudentes y agresivos, campo limitado de intereses

PA-49. Racional, cauto, pensamiento claro, flexible.

PT-40. Confianza en sí mismo, libre de inseguridades, relajado y tranquilo, tenaz y eficiente.

ES-40. Convencional y conservador, quizá autocontrolado y sumiso.

MA-48.

IS-60. Prefiere estar en pequeños grupos o solas. Aunque tienen habilidad para relacionarse prefiere no hacerlo.

CODIGO---0-3/3-2. No interpretable

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### DEL PERFIL DE LA MADRE

L-72 Validez cuestionable del perfil porque la persona presenta resistencia ante el inventario dando una autoimagen demasiado virtuosa de sí mismo y, por tanto, no acepte tener ni la menor falta

F-40 Poca expresión de síntomas. La persona puede ser sincera y estar socialmente adaptada .

K-52 Equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Quizá se trate de una persona que tiene suficientes recursos para enfrentar los problemas que se le presentan en la vida cotidiana, también cuenta con suficientes recursos para un tratamiento.

HS 54. Poca preocupación, abierto o equilibrado

D-56. . Persona conforme consigo misma, estable, equilibrada y realista

HI-54. Persona realista, sensible, equilibrio emocional y responsabilidad.

DP -44. Convencional, moralista, rígido, pasiva.

MF 41. Tradicional, disfruta de rol de esposa y ama de casa, quizá inseguridad, devaluada, pasiva y sumisa.

PA 58. Sensible, suspicaz, airado, resentido

PT 43. Bien organizado, confiable, adaptable, sincero

ES 41. Adaptables, confiables y equilibradas.

MA 47.

IS 54. Equilibrio entre actitudes introvertidas y extrovertidas.

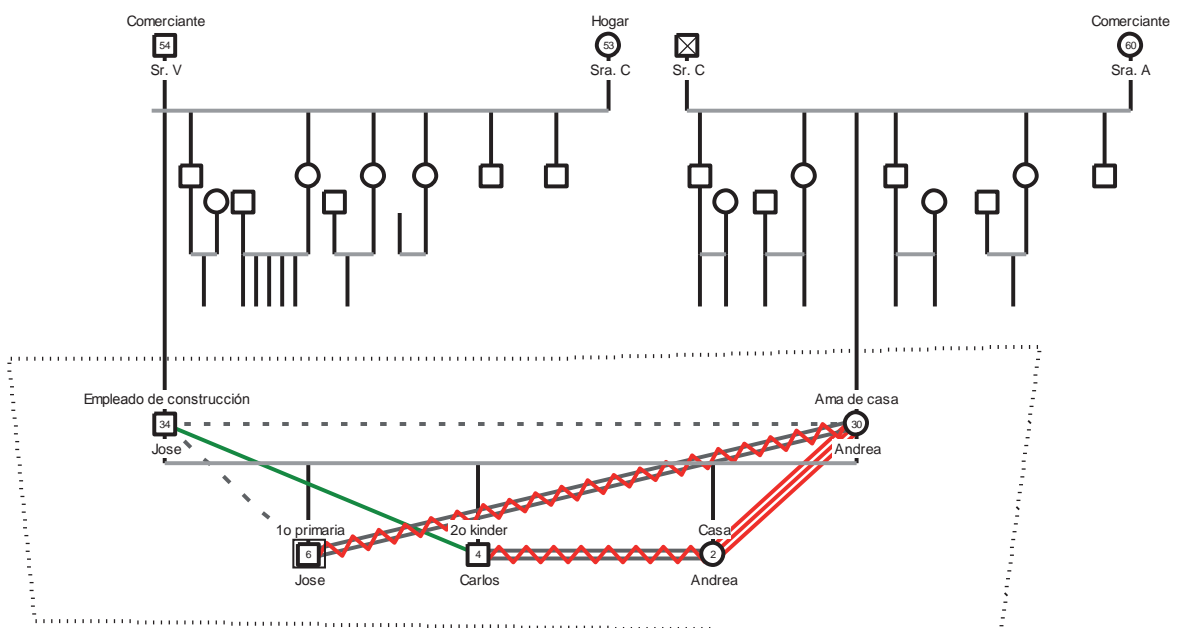
CODIGO 6-2. No interpretable.



## Dinámica Familiar

Se ha elaborado el instrumento del genograma para ver la dinámica familiar (ver Figura 5.7). Este está basado en los postulados de McGoldrick y Gerson (1985), quienes exponían que es “un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familiar y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones”. Se muestra a continuación ésta representación familiar en la fase de intervención.

**Figura 5.7** Genograma en fase de intervención.



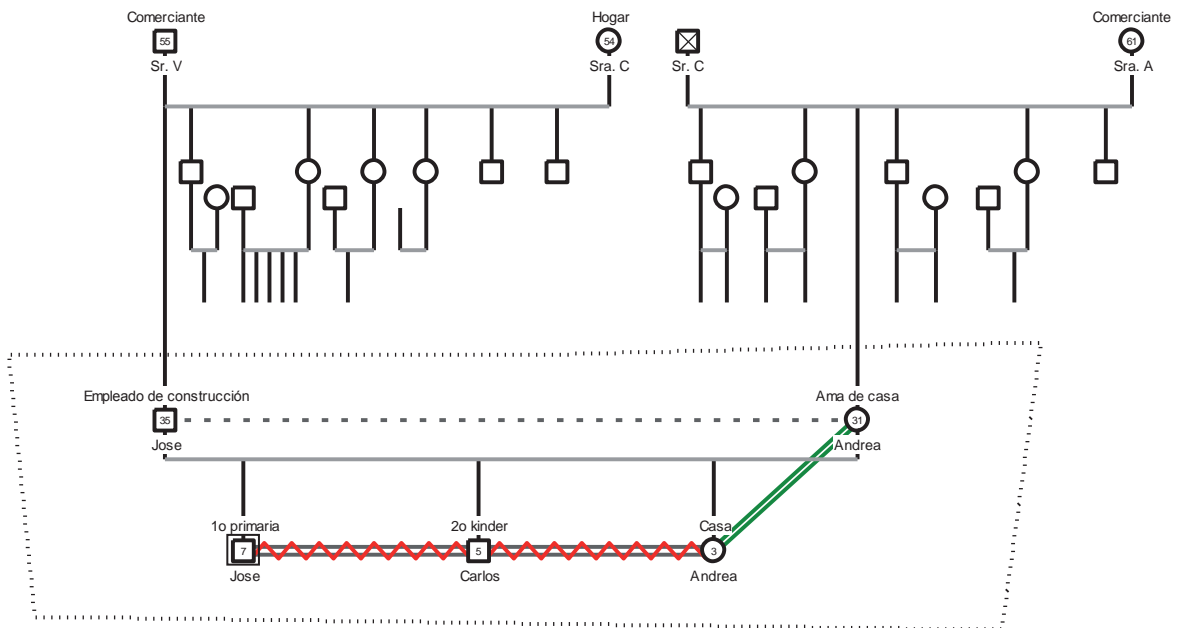
## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE INTERVENCIÓN

Los datos descriptivos del genograma denotan que los cinco integrantes viven en casa, se percibe distancia emocional entre cónyuges, así como entre padre e hijo mayor paciente identificado. Se detecta ambivalencia afectiva, la cual es que en momentos hay calidez y en otros momentos conflicto entre la madre hacia el paciente identificado, así como entre los dos hijos menores. Hay mayor cercanía del padre hacia el segundo hijo y una unión simbiótica entre la madre y la hija, la más pequeña.

Ahora, se muestra el genograma en la fase de seguimiento (ver Figura 5.8). Se infiere que para esta fase solo se tomaron dos sesiones de observación, por lo que es probable que existen datos no reportados, pero el antecedente permite valorar con mayor amplitud el siguiente resultado.

**Figura 5.8** Genograma en fase de seguimiento.



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

Los datos descriptivos del genograma denotan que los cinco integrantes continúan viviendo en casa, se percibe la misma distancia emocional entre cónyuges tomando como referencia la representación anterior, la distancia entre padre e hijo mayor parece disminuir ya que no se reporta, así también la ambivalencia afectiva de la madre hacia éste último. Se detecta ambivalencia afectiva en todos los hermanos. La cercanía del padre hacia el segundo hijo ya no es tan marcada, y la unión simbiótica entre la madre y la hija ha disminuido simplemente a una unidad fuerte.

# PSICODIAGNÓSTICO DEL PACIENTE IDENTIFICADO

## Evaluación multiaxial

A continuación se sitúa la viñeta clínica de la fase de evaluación y su correspondiente evaluación multiaxial, resultado de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS) de Weller y cols. (2001) aplicada al paciente identificado, que aparece en anexos (Anexo 1). La primera impresión diagnóstica se categoriza como: **F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo **[314.01]**, comórbido con otros trastornos de la infancia. Hasta abajo se describen los resultados

### VIÑETA CLÍNICA

**Nombre:** José

**Sexo:** Masculino

**Dirección:** Hidalgo

**Fecha de nacimiento:** 2001

**Escolaridad:** Primaria pública

**Turno:** Matutino

**Etapas del ciclo vital de familia:** Familia en edad escolar (Estrada, 1997).

El paciente identificado es un niño de seis años que estudia en la primaria. Es de aspecto robusto y grande, de complexión gruesa y con obesidad notable. El motivo de consulta se explica abajo. Durante las sesiones muestra cambios rápidos en su humor y comportamiento mientras se intercambia la comunicación, hace berrinches a sus papás mientras exige su lugar físico en la sala, discute con sus hermanos e interrumpe fácilmente el diálogo entre el psicólogo y los papás. Al señalársele que tiene que esperar su turno, lo hace por un instante, pero cuando algo le parece de su competencia roba la palabra levantando la mano y gritando al mismo tiempo.

En las tres sesiones que el niño trabajó a solas con el psicólogo guarda cierta tranquilidad, pero inquiere y pregunta reiteradamente cuando observa algo que parece misterioso, como en la administración de los test o mientras el psicólogo saca y guarda algo, asimismo cuando éste escribe alguna nota.

### MOTIVO DE CONSULTA

El primer contacto lo hace su padre, quien indica que últimamente su hijo ha tenido problemas para salir de casa. Al principio fue a la escuela pero después de la Semana Santa de este año, se amplió tal conducta hacia cualquier parte. Lo han llevado al pediatra pero se descartó cualquier situación médica atribuible, por lo que éste les sugirió asistir con un psicólogo. A su vez, estos visitaron una pariente psicóloga, pero ella descartó la posibilidad de tratarlo. Se

señala que quizá tenga problemas emocionales, pero lo desconocen. Se indica que su madre es quién está más familiarizada en el tema.

En la primera entrevista familiar donde todos los integrantes asisten, se confirma el motivo de consulta. Indican ambos padres que desconocen lo que le sucede a su hijo, ya que cuando se trata de salir tiene miedo, muestra temor para ir a la escuela, señala que le duelen algunas partes de su cuerpo. Finalmente, les preocupa que se coma los moquitos y sea muy intranquilo, así como que ellos puedan estar fallando en educar a sus hijos y por eso se presente ese tipo de problemas.

## **EVALUACIÓN MULTIAxIAL**

### **FASE INTERVENCIÓN**

#### **Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

**EJE I. F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01].

**F93.0** Trastorno de ansiedad por separación [309.21]

**F91.3** Trastorno negativista desafiante [313.81]

**F40.2** Fobia específica [300.29] Tipo Situacional.

#### **Eje II: Trastornos de la personalidad y Retraso mental**

**Z03.2** No hay diagnóstico [V7109].

#### **Eje III: Enfermedades médicas**

Obesidad Tipo II EII. Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico 277.7

#### **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

##### **-Problemas relativos al ambiente social**

*Especificar:* Temor a salir a la calle.

##### **-Problemas relacionados con la enseñanza**

*Especificar:* Cambio de institución y transición escolar (jardín de niños a primaria).

#### **Eje V: Evaluación de la actividad global en niños**

55 (en la evaluación)

A continuación se sitúa la viñeta clínica de la fase de seguimiento y su evaluación multiaxial correspondiente, resultado de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS) de de Weller y cols. (2001), tomando una versión más corta basada en los aspectos anteriormente evaluados al paciente identificado. La impresión diagnóstica del seguimiento arrojada fue: **F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [**314.01**], comórbido con **F93.0** Trastorno de ansiedad por separación [**309.21**]

### **VIÑETA CLÍNICA**

**Nombre:** José

**Sexo:** Masculino

**Dirección:** Hidalgo

**Fecha de nacimiento:** 2001

**Escolaridad:** Primaria pública

**Turno:** Matutino

**Etapas del ciclo vital de familia:** Familia en edad escolar (Estrada, 1997).

La fase de seguimiento se realiza seis meses después. Durante estas sesiones se el paciente identificado percibe más relajado, con tranquilidad en su expresión verbal, pero aún con dificultades para esperar el turno, reiterando la interrupción hacia sus padres. Cabe decir que para esta vez únicamente fueron aplicadas las preguntas de los trastornos que anteriormente mostraban sintomatología, aún aquellos que presentaron un solo síntoma. Esto por dos cuestiones, una por el tiempo corto que había para la entrevista y dos, por lo menos relevante que era re-aplicar algo que estaba inicialmente descartado.

La familia ha pasado diversas situaciones de tipo escolar y familiar que resultaron críticas y difíciles. Pero ésta reporta que se han eliminado los síntomas que motivaron la consulta en la fase anterior. Lo hijos ahora son más grandes en su crecimiento físico, pero se destaca que José ha subido de peso. En la sesión que éste ha tenido a solas con el psicólogo mantiene buenas expectativas para trabajar en lo que se solicita y lo realiza con mayor orden y ánimo comparado a la fase de evaluación.

### **EVALUACIÓN MULTIAXIAL**

#### **FASE SEGUIMIENTO**

**Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

**F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01].

**F93.0** Trastorno de ansiedad por separación [309.21]

**Eje II: Trastornos de la personalidad y Retraso mental**

**Z03.2** No hay diagnóstico [V7109].

**Eje III: Enfermedades médicas**

Obesidad Tipo II EII. Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico 277.7

**Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

Ninguno

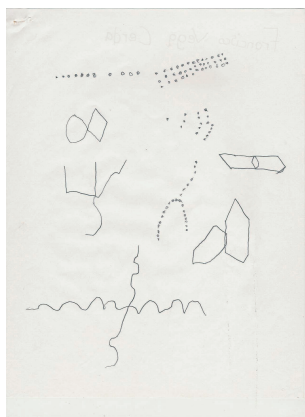
**Eje V: Evaluación de la actividad global en niños**

71 (en el seguimiento)




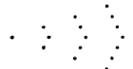
**Grado de maduración y desajuste emocional del niño**





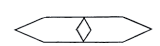
Para apoyar al psicodiagnóstico también se aplicó el presente test. Primero se presentan los resultados de la fase de intervención del test gestáltico Bender (1968) para obtener el grado de maduración según Koppitz (1975) (ver Tabla 5.3). Aunado a este registro se presenta la tabla del registro de los indicadores desajuste emocional también de Koppitz (1975) (ver Tabla 5.4). Posteriormente se elabora una interpretación y descripción de los datos obtenidos. A continuación se mostraron los dibujos realizados, pero en anexos se colocó la hoja completa (ver Figura 5.9).

**Figura 5.9** Test gestáltico de Bender en fase de intervención.



**Tabla 5.3** Test Gestáltico Viso-Motor en fase de intervención.

Tiempo empleado para completar el test. <b>ACEPTABLE 9'</b>  (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Limite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza: <b>3:25</b>	<b>Largo:</b> Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar <u>dificultades perceptivo motoras.</u>  <b>Corto:</b> Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	5 años	3 a 10 min.
Termina: <b>3:34</b>		5 ½	4 a 10 min.
TOTAL <b>9 minutos</b>		6 a 8 ½	4 a 9 min.
		9 a 10 años	4 a 8 min.
FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0).  En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN  (* Común. Inmadurez funcional)  (**) Casi exclusivo de DCM
A  	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....		* Adicción u omisión ángulos
	2b. Desproporción (uno es el doble).....		*
	2. Rotación parcial/total 45º ó + de tarjeta o dibujo.		* (a partir de 6 años)
	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..		*
1  	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....	1	*
	5. Rotación (45º o más en tarjeta/dibujo).....		**
	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....		** (>7 años)
2  	7. Rotación.....		* (> 8 años)
	8. Integr.: Omisión/adicción filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....		** (> 6 años)
	9. Perseveración (>14 columnas).....		** (>7 años)
3  	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..	1	* (> 6 años)
	11. Rotación del eje 45º ó + en dibujo (o la tarjeta).		** (>7 años)
	12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño.....		* (>5 años)
	12b. Línea continua en vez de hileras de		**

	puntos..				
4		13. Rotación (de la figura o parte 45º, o de tarjeta). 14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.).....		**	
				*	
5		15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. 16. Rotación 45º o más (total o parcial)..... 17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.. 17b. Línea continua en vez de puntos.....	1	* (>8 años)	
				*	
				** En todas las edades	
6		18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....  18 b. Líneas rectas.....  19. Integración (cruzan mal)..... 20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....	1	* Sustitución de curvas por ángulos	
			1	** Sust. curvas X líneas rectas	
				*	
				** (> 7 años)	
7		21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble).....  21 b. Deformación hexágonos (> nº < ángulos)...  22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45º ó +).... 23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....	1	* Adición/omisión ángulos (>8 años)	
				* (>7 años)	
				** (>6 años)	
				* (>6 años)	
8		24. Distorsión forma (deformada, > < nº ángulos).....  25. Rotación eje en 45º o más.....	1	* Adición/omisión ángulos (>6 años)	
				**	
			7		
		<b>P.D. TOTAL (máx 30):</b>			
<b>Grupo de edad</b>	<b>Media del grupo</b>	<b>Desviación Típica</b>	<b>Intervalo +/- 1 D.T.</b>	<b>Edad Equivalente</b>	<b>Percentil</b>



6.6 a 6.11		6.4	+0.6	6.6-6.11 Nivel maduración	Normal
------------	--	-----	------	------------------------------	--------

**Tabla 5.4** Indicadores de desajuste emocional en fase de intervención. Diseño: ©José M<sup>a</sup> Pozo Ruiz. E.O.E.P. COSLADA. 2004.

**Indicación:** Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.

<b>I. Orden confuso.</b> Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. <b>Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.</b>
<b>II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2)</b> Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.
<b>III. Rayas en lugar de círculos (Fig.2).</b>  La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención.  Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.
<b>IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3)</b> Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad.  Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.
<b>V. Gran tamaño (macro grafismo)</b> Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	“Acting out” (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.
<b>VI Tamaño pequeño (micro grafismo)</b> Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.
<b>VII. Líneas finas.</b> Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.
<b>VIII. Repaso del dibujo o de los trazos.</b>  El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta “acting out”.
<b>IX. Segunda tentativa.</b> Abandona o	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el

borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	
<b>X. Expansión.</b>  Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	
<b>XI. Marco alrededor de las figuras</b>	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	
<b>XII. Cambios o añadidos</b>	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad	
<b>TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES</b>		<b>0</b>

**OBSERVACIONES:**

Se percibe perfeccionista porque expresa exigencia cuando en realidad lo está haciendo muy bien.

**CONCLUSIONES:** No muestra alteraciones importantes en la realización de su evaluación.

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE INTERVENCIÓN

Los resultados arrojan criterios de normalidad en el niño. Siendo éste un niño que va de los 6.6 a los 6.11 años, el margen de error se mantiene adecuado con 7 errores: de distorsión de la forma en la figura 7, de sustitución de puntos por círculos en las figuras: 1,3 y 5, de adición u omisión de ángulos en las figuras 6 y 8 y finalmente en la figura 6 de sustitución de curvas por ángulos. El tiempo de realización de la prueba es aceptable, siendo 9 minutos. Los indicadores de desajustes emocionales son nulos.

Donde se percibe una ligera discrepancia es en la forma de realizar la prueba, con indicios perfeccionistas, en cuanto al conteo de los puntos, borró en algunas ocasiones y observaba detenidamente las figuras. Finalmente, se percibe ansiedad y una necesidad de hablar en la prueba, ya que preguntaba o platicaba algo de forma constante, se movía y observaba en algunas ocasiones al aplicador.

A continuación se muestran los resultados de la fase de seguimiento del test gestáltico (ver Tabla 5.5). Igualmente se presenta la tabla del registro de los indicadores desajuste emocional (ver Tabla 5.6). Posteriormente se elabora una interpretación y descripción de los datos obtenidos. Previamente se mostró el dibujo, que en adjuntos se colocará como hoja completa, además de un aumento de tres recortes que acercan los detalles (ver Figuras 5.10, 5.11, 5.12 y 5.13).

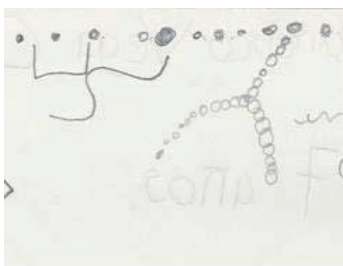
**Figura 5.10** Test gestáltico de Bender en fase de seguimiento.



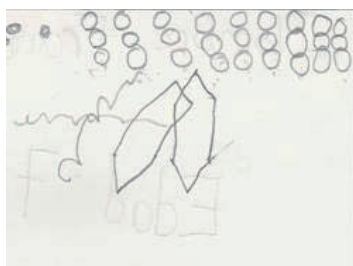
**Figura 5.11** Ampliación del test en seguimiento (Fig. A, Fig. 3, Fig. 8)



**Figura 5.12** Ampliación del test en seguimiento (Fig. 1, Fig. 4 y Fig. 5)



**Figura 5.13** Ampliación del test en seguimiento (Fig. 6, Fig. 7 y Fig. 2)








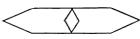
**Tabla 5.5** Test Gestáltico Viso-Motor en fase de seguimiento.

Tiempo empleado para completar el test. <b>NO ACEPTABLE 11'</b>		Limite Crítico	
(Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Edad	Intervalo
Comienza: <b>3:10</b>	<b>Largo:</b> Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar dificultades perceptivo motoras.  <b>Corto:</b> Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	5 años	3 a 10 min.
Termina: <b>3:21</b>		5 ½	4 a 10 min.
TOTAL <b>11 minutos</b>		<u>6 a 8 ½</u>	4 a 9 min.
		9 a 10 años	4 a 8 min.

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). <b>En caso de duda, no se computa.</b>	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN <b>(*) Común. Inmadurez funcional</b> <b>(**) Casi exclusivo de DCM</b>
A  	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....	1	* Adicción u omisión ángulos
	2b. Desproporción (uno es el doble).....		*
	2. Rotación parcial/total 45º ó + de tarjeta o dibujo.		* (a partir de 6 años)
	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..		*
1  	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....	1	*
	5. Rotación (45º o más en tarjeta/dibujo).....		**
	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....		** (>7 años)
2  	7. Rotación.....		* (> 8 años)
	8. Integr.: Omisión/adicción filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....	1	** (> 6 años)
	9. Perseveración (>14		** (>7 años)

	columnas).....		
3	 <p>10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..</p> <p>11. Rotación del eje 45º ó + en dibujo (o la tarjeta).</p> <p>12. Integración (forma no conseguida):</p> <p>12a. Desintegración del diseño.....</p> <p>12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..</p>	1	* (> 6 años)
		1	** (>7 años)
			* (>5 años)
			**
4	 <p>13. Rotación (de la figura o parte 45º, o de tarjeta).</p> <p>14. Integración (separación o superpos. &gt; 3 mm.).....</p>		**
			*
5	 <p>15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..</p> <p>16. Rotación 45º o más (total o parcial).....</p> <p>17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco..</p> <p>17b. Línea continua en vez de puntos.....</p>	1	* (>8 años)
			*
			** En todas las edades
6	 <p>18. Distorsión de la forma:</p> <p>18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....</p> <p>18 b. Líneas rectas.....</p> <p>19. Integración (cruzan mal).....</p> <p>20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....</p>	1	* Sustitución de curvas por ángulos
			** Sust. curvas X líneas rectas
			*
			** (> 7 años)
7	 <p>21. Distorsión forma:</p> <p>21 a. Desproporción tamaño (El doble).....</p> <p>21 b. Deformación hexágonos (&gt; nº &lt; ángulos)...</p> <p>22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45º ó +)....</p> <p>23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....</p>		* Adición/omisión ángulos (>8 años)
		1	* (>7 años)
			** (>6 años)
			* (>6 años)
8	24. Distorsión forma (deformada, > < nº	1	* Adición/omisión ángulos (>6 años)

	ángulos).....		**		
	25. Rotación eje en 45° o más.....				
P.D. TOTAL (máx 30):		9			
Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
7.6 a 7.11		4.7	+4.3	5.6-5.11 Nivel maduración	Menor a lo esperado

**Tabla 5.6** Indicadores de desajuste emocional en fase de seguimiento. Diseño: ©José M<sup>a</sup> Pozo Ruiz. E.O.E.P. COSLADA. 2004.

**Indicación:** Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.

<b>I. <u>Orden confuso</u>.</b> Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. <b>Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.</b>	
<b>II. <u>Línea ondulada</u> (Fig. 1 y/o 2)</b> Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.	
<b>III. <u>Rayas en lugar de círculos</u> (Fig.2).</b>  La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención.  Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.	
<b>IV. <u>Aumento progresivo del tamaño</u> (Fig. 1, 2 y 3)</b> Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad.  Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.	
<b>V. <u>Gran tamaño (macro grafismo)</u></b> Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	“Acting out” (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.	
<b>VI <u>Tamaño pequeño</u> (micro grafismo)</b> Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	1

<b>VII. Líneas finas.</b> Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	
<b>VIII. <u>Repaso del dibujo o de los trazos.</u></b>  El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".	
<b>IX. <u>Segunda tentativa.</u></b> Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	
<b>X. <u>Expansión.</u></b>  Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	
<b>XI. Marco alrededor de las figuras</b>	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	
<b>XII. Cambios o añadidos</b>	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad	
<b>TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES</b>		<b>1</b>

**OBSERVACIONES:**

**Pobre control interno y/o coord. viso-motriz inmadura:** se va frustrando, se fatiga, los dibujos van empeorando

**Obsesivo:** alinea, numera las figuras, con extremada lentitud, cuidado y esfuerzo.

**CONCLUSIONES:**

Muestra mayores alteraciones en la elaboración del instrumento.

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

Los resultados arrojan criterios menores del esperado. Perteneciendo al grupo de edad de 7.6 a 7.11, el margen de error esperado es de 5 puntos, pero obtiene 4 más, con 9 errores correspondientes al nivel de maduración de 5 años y medio. Los errores fueron: de distorsión de la forma en las figuras A y 7, de sustitución de puntos por círculos en las figuras 1,3 y 5. De rotación en las figura 3. En las figura 2 de falla en la integración. De adición u omisión de ángulos en las figura 8. Y en la figura 6 de sustitución de curvas por ángulos.

Igualmente el tiempo de realización de la prueba no es aceptable, con 11 minutos, 2 minutos por encima del esperado que era 9 minutos. Los indicadores de desajustes emocionales son 2, con dificultades para ordenar y planificar el material y con un micrografismo que se traduce en ansiedad, timidez o conductas de retraimiento.

Se percibe con una coordinación visomotriz inmadura y un pobre control interno. Aparecen repetidamente momentos de ansiedad y habla, manifestando lentitud y obsesividad en la realización de la prueba. Todo ello, puede deberse a varios factores, por ejemplo, momentos transitorios del desarrollo que lo han detenido en su maduración o algún episodio regresivo o crítico de importancia.

### **Evaluación Madurativo-Mental y Emocional.**

Se presenta la técnica del dibujo del animal (Maganto, 1987), que también sirvió como apoyo para el psicodiagnóstico. Se aplicó con algunas adecuaciones ya que el desarrollo del test se basó no en uno sino en tres dibujos, con las siguientes consignas: “dibuja el animal que más te gusta” (ver Figura 5.14); “dibuja el animal que menos te gusta” (ver Figura 5.15); “dibuja el animal que te gustaría ser” (ver Figura 5.16). Debajo de los tres recuadros se ubica la interpretación.

**Figura 5.14** Animal que más le gusta.



**Figura 5.15** Animal que menos le gusta.





**Figura 5.16** Animal que quiere ser.



Los resultados muestran una total identificación con animales grandes, gruesos y agresivos, que proceden de su capacidad imaginativa, ya que son dinosaurios. No obstante, todos sus dibujos tienen rasgos de amabilidad y nobleza, aunque en el manejo racional de su explicación señala ciertas contradicciones al dibujo. Sus gustos y deseos tienden hacia los animales grandes con dientes filosos que saben morder y no le gustan los animales que no tienen dientes y que son mordidos, tal fue su respuesta. Esto traduce cierto conflicto de lo que proyecta internamente frente a lo que ha conceptualizado de sí mismo, gentileza contra rudeza, respectivamente. Asimismo idealización en las figuras imponentes y devaluación hacia las figuras endebles.

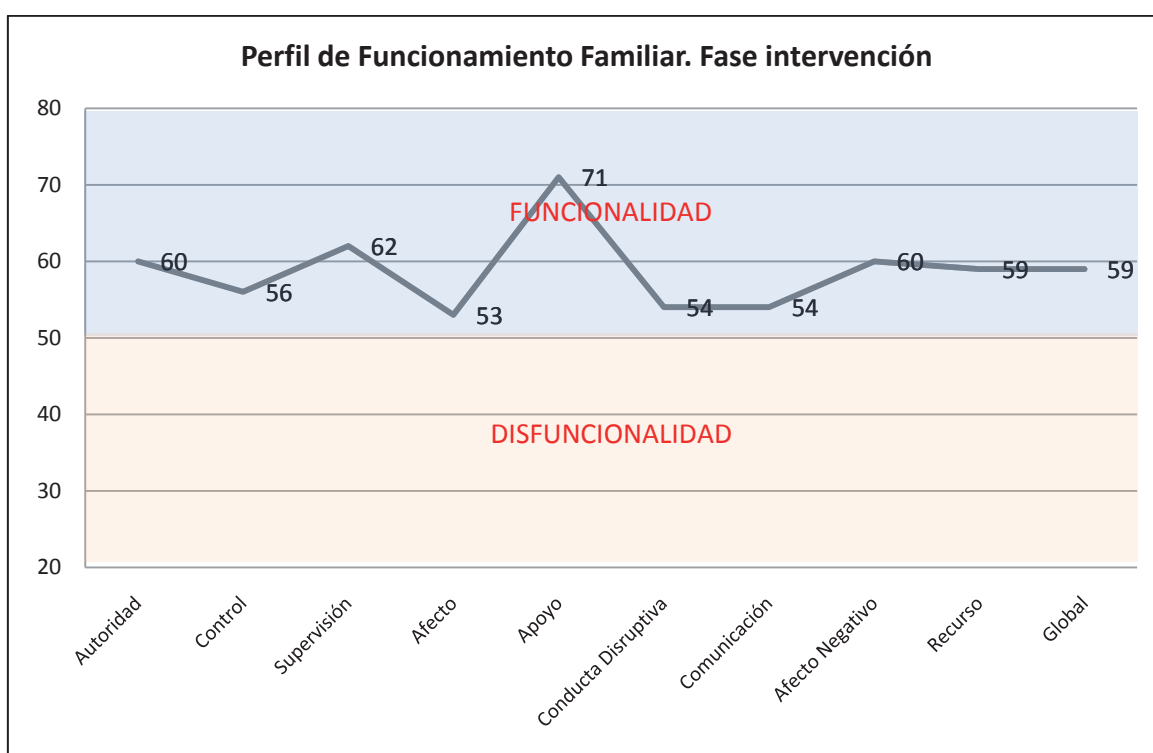
Existen claras carencia psicoafectivas, sobre todo en lo que respecta al contacto físico y seguridad personal, se observa que ningún animal muestra manos y todos los dibujos tienen una línea base de sostenimiento. Esta dificultad de contacto y socialización puede llevarlo a que sus relaciones tengan poco tacto y sentido común. Su autoestima es adecuada, tendiente a la expansividad y extroversión social.

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

### Perfiles de funcionamiento familiar

Se refiere a continuación la aplicación de la escala de funcionamiento familiar diseñado por Espejel (1997) en el periodo de intervención (ver Figura 5.17). El perfil gráfico fue adaptado para esta tesis, siguiendo el modelo de la autora que aparece en anexos.

**Figura 5.17** Escala de funcionamiento familiar en fase de intervención.



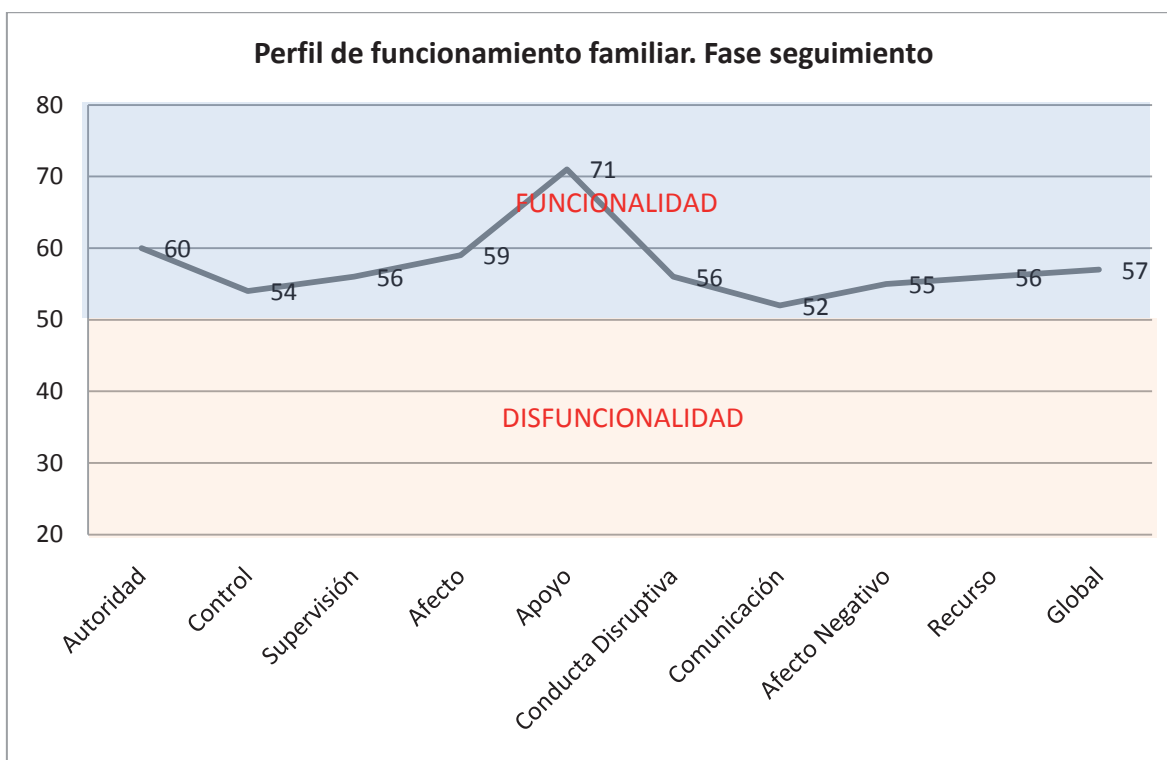
## RESULTADO E INTERPRETACIÓN

### FASE INTERVENCIÓN

El resultado gráfico permite observar descriptivamente que el área de mayor puntuación en la familia es el apoyo con un puntaje total de 71 puntos, muy por encima de la que sigue que es supervisión con 62 puntos. El área de menor puntuación es el afecto con 53 puntos. El perfil es funcional.

A continuación se refiere la evaluación de la escala de funcionamiento familiar en la fase de seguimiento (ver Figura 5.18). El gráfico es elaborado por el autor de la tesis, siguiendo el modelo de la autora que aparece en anexos.

**Tabla 5.18** Escala de funcionamiento familiar en fase de seguimiento.



## RESULTADO E INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

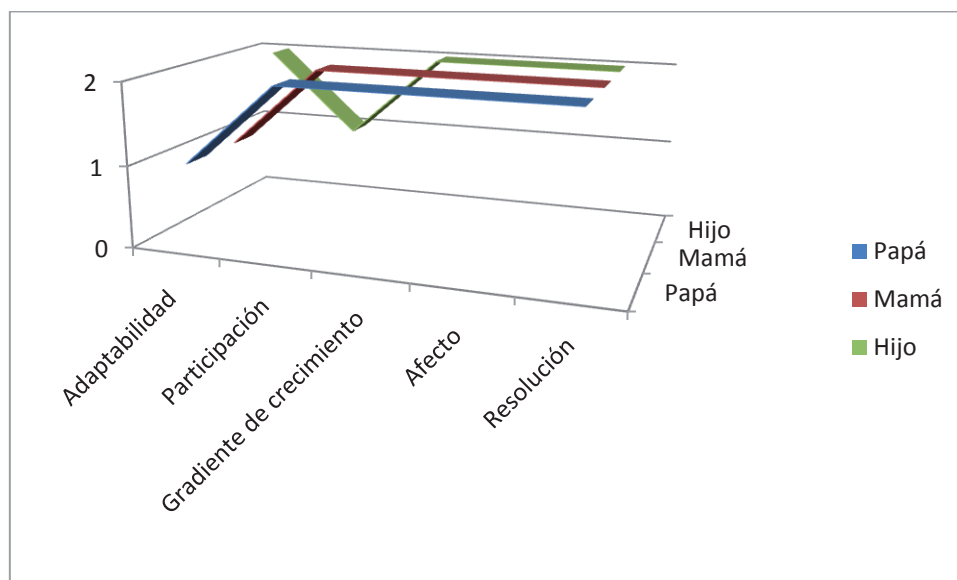
El resultado gráfico permite observar descriptivamente que el área de mayor puntuación en la familia es el apoyo con un puntaje total de 71 puntos, muy por encima de la que sigue que es autoridad con 60 puntos. El área de menor puntuación es comunicación con 52 puntos. El resto de las escalas oscilan entre en un espectro de 5 puntos entre 55 y 59. El perfil sigue siendo funcional.

### Funcionalidad de la familia

Se presentan los resultados correspondientes al instrumento Apgar familiar elaborado por Smilkstein (1978) en la fase de intervención (ver Figura 5.19). La aplicación fue realizada a los tres miembros de la familia que tenían la

capacidad cognoscitiva de comprender las preguntas del instrumento: el padre, la madre y el hijo mayor, paciente identificado. A los padres se les entregó el instrumento original por separado, mientras que con el hijo se trabajó a manera de cuestionario y con una versión ad hoc.

**Figura 5.19** Apgar familiar en fase de intervención.



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE INTERVENCIÓN

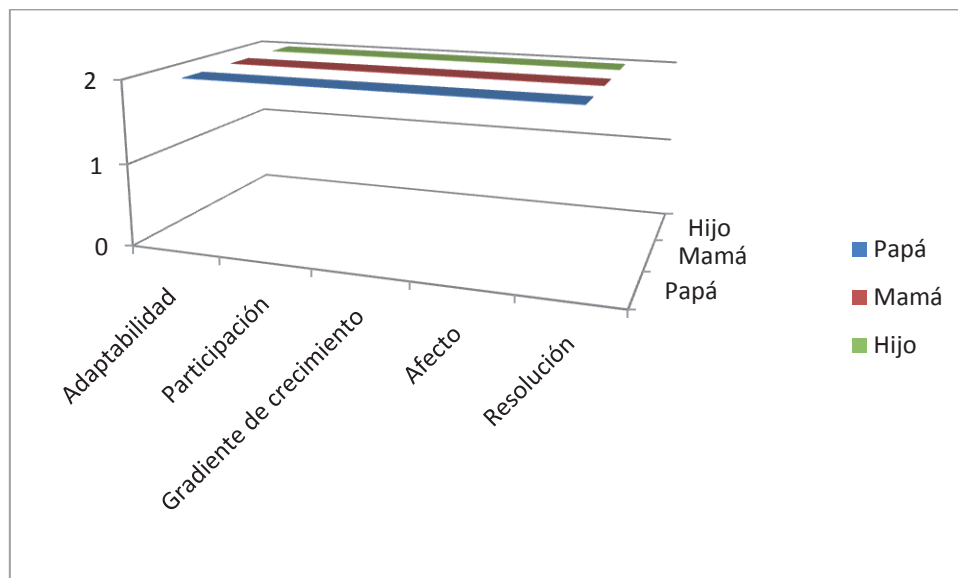
Los tres reportan una calificación de 9. El padre y la madre reportan todos los ítems iguales en sus respuestas y con la diferencia del factor adaptabilidad frente al niño mientras que el niño difiere en el factor participación frente a los padres.

Se infiere que los padres han tenido cierta dificultad para adaptarse a la situación de crisis que están viviendo frente al motivo de consulta para resolver los problemas, por ello buscan la colaboración de un especialista. Mientras que el hijo, no se percibe tan participativo en la dinámica familiar en tanto la toma de decisiones, distribución de tareas y comunicación de problemas. Esto sugiere cierta normalidad al ser considerado por los padres como un niño.

Estas calificaciones precisan una ausencia de disfunción familiar acorde a los parámetros del Apgar Familiar del autor, siendo por lo tanto una familia funcional.

Se presentan los resultados correspondientes al instrumento Apgar familiar en la fase de seguimiento (ver Figura 5.20). Nuevamente la aplicación fue realizada a los tres miembros de la familia que habían realizado la prueba diagnóstica bajo la misma modalidad explicada arriba.

**Figura 5.20** Apgar familiar en fase de seguimiento.



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

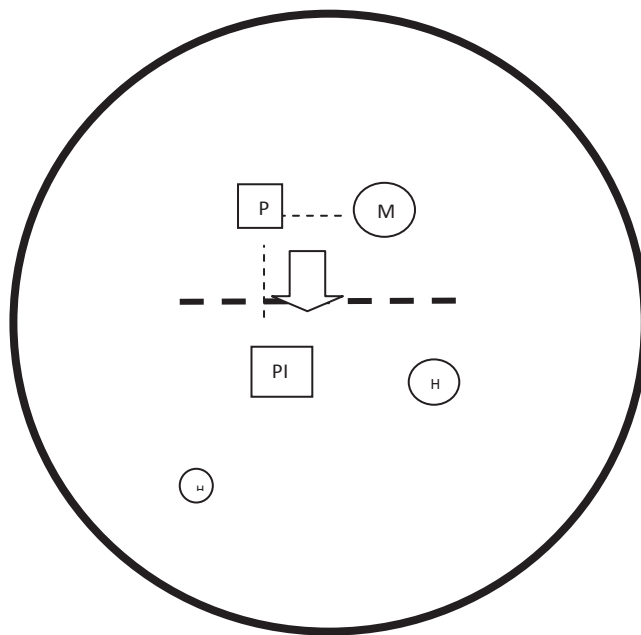
Los resultados arrojan que el padre y la madre muestran la máxima calificación, 10 puntos, subiendo un punto según sus datos anteriores, aduciendo plena funcionalidad en todas sus respuestas. Se infiere que los padres han tenido mayor tranquilidad y/o capacidad para adaptarse a la situación de crisis que vivieron frente al motivo de consulta.

Estas calificaciones precisan un avance desde la otra fase y así mayor ausencia de disfunción familiar acorde a los parámetros del Apgar Familiar, siendo por lo tanto una familia funcional.

## Estructura Familiar

A continuación se presentan los resultados de un modelo utilizado en la evaluación familiar denominado así por Umbarger (1990). La siguiente figura fue tomada en la fase de evaluación (ver Figura 5.21).

**Figura 5.21** Estructura Familiar en fase de intervención.



### RESULTADO E INTERPRETACIÓN

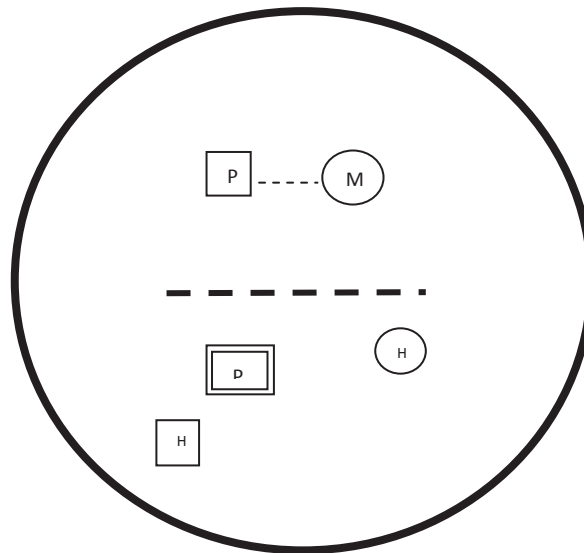
#### FASE EVALUACIÓN

El diagrama estructural presenta al interior del círculo a la familia como un sistema con fronteras rígidas hacia el exterior, pero con límites poco difusos entre los subsistemas hacia el interior, específicamente de padres a hijo.

El subsistema conyugal entre sí muestra distancia emocional, aunque lo ha unido la educación y crianza de los hijos. El padre hacia el paciente identificado también presenta esta distancia. Por otro lado, la madre se encuentra muy apegada a la hija, brindándole mucha atención por su etapa del desarrollo.

Igualmente, se muestra la estructura familiar en la fase de seguimiento (ver Figura 5.22). Se reitera que para esta fase solo se tomaron dos sesiones de observación, el resultado es el siguiente:

**Figura 5.22** Diagnóstico Estructural en fase de seguimiento.



### **RESULTADO E INTERPRETACIÓN**

#### **FASE SEGUIMIENTO**

El diagrama estructural presenta al interior del círculo a la familia como un sistema que continúa rígido hacia el exterior y sigue con límites poco difusos entre los subsistemas hacia el interior, nuevamente de padres a hijo.

Las relaciones son neutrales, solamente aunque existen algunas presentadas en el genograma, la estructura es más normal, lo que representa un progreso desde la intervención.

#### **Propiedades de estructura, organización y patrones de transacción del grupo familiar.**

Se reportan los resultados de la fase de intervención del Diagnóstico McMaster modelo dirigido por Epstein y cols. (1983) y utilizado para los fines de esta

investigación con un formato del IFADEH, dirigido por Córdoba (v. 2002) (ver Tabla 5.7)

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE INTERVENCION

**Tabla 5.7** Diagnóstico Mc Master en fase de intervención.

<b>1. Identificación y solución de problemas</b>	No existe identificación del problema latente. Ante el problema manifiesto las soluciones han fallado hasta el momento de la intervención. Algunas son:	Instrumentales El PI se queda en casa, no sale a la calle ni escuela, no lo llevan a lugares concurridos. Las tareas centradas en sus necesidades	Afectivos Le expresan su apoyo verbalmente. Están unidos alrededor de él físicamente.
<b>2. Comunicación</b>	Tipos de comunicación: - Obscura o enmascarada - directa: El mensaje no se entiende pero va dirigido a la persona indicada.		
<b>3. Roles</b>	Áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión de recursos: El padre.</li> <li>- Nutrición y manutención: La madre.</li> <li>- Gratificación sexual adulta: No especificado.</li> <li>- Desarrollo personal: Cumplido.</li> </ul> Mantenimiento del sistema: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de decisiones: La madre.</li> <li>- Limites: Difusos al interior, rígidos al exterior.</li> <li>- Control de la conducta: Disfuncional</li> <li>- Funciones de salud: Bajas.</li> </ul>		
<b>4. Respuesta afectiva</b>	Expresión de afecto <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualitativos: el afecto no es consistente con el estímulo o la situación.</li> <li>- Cuantitativos: ausencia, su expresión es poco frecuente.</li> </ul> Categoría de afectos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienestar: ternura, amor, consuelo, felicidad, dicha.</li> <li>- Emergencia o malestar: no presente, no permitido.</li> </ul>		
<b>5. Involucramiento afectivo.</b>	Tipos de involucramiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- involucramiento simbiótico: hay falta de individuación, existe ausencia de diferenciación.</li> </ul>		
<b>6. Control de conducta</b>	Áreas de control Situación Peligrosa: Expresión de necesidades psicológicas y biológicas: Situaciones de socialización dentro y fuera de casa:	Tipos de control control rígido caótico laissez faire.	

Se reportan los resultados del Diagnóstico McMaster en la fase de seguimiento, donde se visualizan algunos cambios significativos comparados con el modelo anterior (ver Tabla 5.8)



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

**Tabla 5.3** Diagnóstico Mc Master en fase de seguimiento.

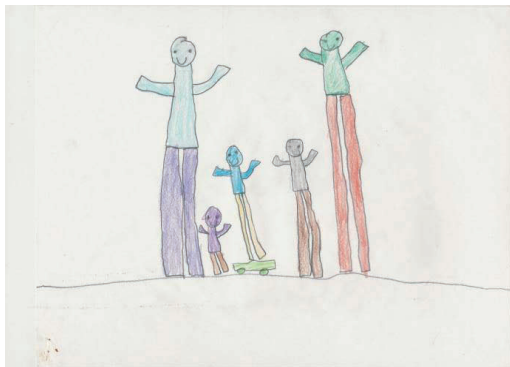
<b>1. Identificación y solución de problemas</b>	<p>Existe mayor identificación del problema. Las soluciones han variado, siguiendo algunas sugerencias establecidas en la valoración psicológica</p>	<p>Instrumentales</p> <p>No es necesario aplicar correctivas instrumentales. Aunque el PI sigue consentido en algunos puntos que quizá han alimentado otros problemas.</p>	<p>Afectivos</p> <p>Le expresan su apoyo verbalmente, existe mayor apego físico. Están unidos alrededor de él físicamente.</p>
<b>2. Comunicación</b>	<p>Tipos de comunicación: Transiciones entre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obscura o enmascarada - directa: El mensaje no se entiende pero va dirigido a la persona indicada.</li> <li>- Clara - directa: El mensaje fue más claro y dirigido a quien se quería transmitir.</li> </ul>		
<b>3. Roles</b>	<p>Áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión de recursos: El padre.</li> <li>- Nutrición y manutención: La madre.</li> <li>- Gratificación sexual adulta: No especificado.</li> <li>- Desarrollo personal: Cumplido.</li> </ul> <p>Mantenimiento del sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de decisiones: Sistema conyugal.</li> <li>- Límites: Más claros al interior, rígidos al exterior.</li> <li>- Control de la conducta: Más funcional.</li> <li>- Funciones de salud: Bajas</li> </ul>		
<b>4. Respuesta afectiva</b>	<p>Expresión de afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualitativos: el afecto es consistente con el estímulo o la situación.</li> <li>- Cuantitativos: Los individuos muestran más expresión, pero es inconstante.</li> </ul>		
	<p>Categoría de afectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienestar: ternura, amor, consuelo, felicidad, dicha</li> <li>- Emergencia o malestar: no presente, no permitido.</li> </ul>		
<b>5. Involucramiento afectivo.</b>	<p>Tipos de involucramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- involucramiento simbiótico: hay falta de individuación, existe ausencia de diferenciación.</li> </ul>		
<b>6. Control de conducta</b>	<p>Áreas de control</p> <p>Situación Peligrosa:</p> <p>Expresión de necesidades psicológicas:</p> <p>Situaciones de socialización dentro y fuera de casa:</p>	<p>Tipos de control</p> <p>control rígido</p> <p>caótico</p> <p>laissez faire.</p>	

### Estado emocional y su adaptación al medio familiar

Como recurso para evaluar parte del funcionamiento familiar se consideraron los datos del estado emocional y la adaptación al medio familiar del test gráfico proyectivo del dibujo de la familia, tomando como base el modelo de Corman (1967). En primera instancia se observa el test del dibujo de familia en la fase

de evaluación (ver Figura 5.23). La interpretación se muestra debajo de la figura.

**Figura 5.23** Test de la familia en fase de intervención.



## **RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

### **FASE INTERVENCIÓN**

Acorde a los datos que recoge el presente test denota expansión vital, imaginativa y extroversión social, por otro lado, pulsiones fuertes, audacia, agresividad y liberación instintiva. Tiende a una libertad de tipo idealista y soñadora. Aunque está se ubique únicamente en los contextos delimitados, porque hacia afuera revelará cierta inhibición de espontaneidad y dominio por las reglas, sobre todo cuando se le obliga a que las entienda racionalmente. De hecho se percibe como un niño más racional y menos sensorial, que carece de dinamismo y sensibilidad al ambiente. Este último aspecto puede influir en su modo de socializar con los compañeros y/o hermanos, siendo un niño más bien frío e insensible que no pueda percatarse de su agresividad o impulsividad y tienda a lastimarlos y no mostrarse empático a los sentimientos ajenos.

En esta evaluación se percibe con un autoconcepto deseable para él, un tanto compensatorio, pero su autoimagen aún puede no influir en su estado de ánimo, puesto que es de complexión gruesa y se presenta de forma delgada.

El niño reconoce muy bien su lugar de primogénito en casa, es decir, sabe que es superior a sus hermanos pero inferior a sus padres. Se percibe con buena autoestima, su cuerpo grueso y obesidad no han influido en este punto, sin embargo, es importante rescatar que esto muestra una inadecuación frente a sí

mismo. Y quizá que esa buena autoestima sea una compensación de su autoimagen, idealizando las figuras delgadas y negando su obesidad.

La relación con ambos padres es positiva. El apego a su madre es mayor que a su padre, viéndolo a este último más distante y cercano a sus hermanos. Actualmente, los padres pueden estar mediados por los hijos, para él su madre tiene más presencia aunque esta se traduce también en formas restrictivas e impositivas. Con sus hermanos persiste unidad y es mayor su relación con su hermano, a quien lo ve con mayor dinamismo simbolizado en una patineta.

A nivel de afectos se percibe poca calidez y cariño, la expresión de contacto físico está prácticamente nula, limitándose quizá al plano verbal. Esto genera carencias a nivel psicoafectivo que repercuten en la seguridad que el menor tiene hacia su medio exterior donde no se encuentren las figuras paternas, ante esto es probable que demande la necesidad de que los padres de familia protejan y rodeen a los hijos.

Finalmente, se observa que es un niño que, a nivel de pensamiento puede permanecer rígido en sus ideas y las defenderá fuertemente, volviéndose agresivo cuando no se le cumpla una petición. Aún así, puede mostrar buen respeto a los límites que se le impongan, sobre todo si estos son firmes y muestran acuerdo entre ambos padres.

Corresponde la presentación de resultados del test de dibujo de familia en fase de seguimiento (ver Figura 5.24). La interpretación se muestra debajo de la figura.

**Figura 5.24** Test de la familia en fase de seguimiento.



## RESULTADOS DE INTERPRETACIÓN

### FASE SEGUIMIENTO

De acuerdo a la interpretación muestra ciertos rasgos repetidos de expansividad y extroversión, al mismo tiempo que pulsiones fuertes, audacia, agresividad y liberación instintiva. Pero también ubica el dibujo un poco debajo de la hoja simbolizando conservación de la vida y quizá una cierta disminución en el estado emocional. Igualmente una ligera tendencia regresiva, ya que muestra una ubicación en el pasado con dificultad para proyectarse a futuro, esta tendencia puede estar ligado a la figura materna, siendo ratificada su mayor cercanía hacia ella en busca de apoyo y seguridad.

Al respecto de este último elemento, se muestra con cierta incertidumbre frente a la seguridad personal. Por este motivo suele mostrarse rígido en y controlado, con la repetición de esa espontaneidad inhibida.

Carece de una conexión adecuada entre los pensamientos y emociones, así como de un control adecuado de sus impulsos, pudiendo mostrar mucha rigidez para sí mismo, o un descontrol en momentos de impulsividad. Percibiéndose nuevamente como un niño racional y menos sensorial, que carece de dinamismo y sensibilidad al ambiente. Retomando esta dificultad para socializar con los compañeros y/o hermanos, que si actúa como un niño frío e insensible, no podrá percatarse de su agresividad o impulsividad y tenderá a lastimarlos y mostrarse apático a los sentimientos ajenos.

Actualmente sus hermanos los percibe más amigablemente que a sus padres, a quienes ahora puede llegar a verlos y sentirlos como autoridades rígidas y un tanto agresivas. Esto lo hace respetar sus límites de forma genuina aunque sus impulsos lo agiten.

A nivel de afectos y relaciones interpersonales refiere un nivel bajo, siendo las carencias psicoafectivas un área de complicación en la socialización. Por último, se registra nuevamente la rigidez de pensamiento, donde puede reaccionar intolerantemente cuando no se atiendan sus demandas.

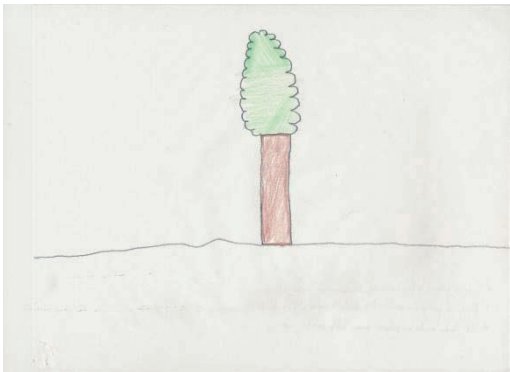
## Identificaciones parentales y en el hogar

Como último apoyo al funcionamiento familiar se presentan los resultados interpretativos de la técnica del dibujo H-T-P, siendo la primer figura la casa (ver Figura 5.25), el segundo recuadro el árbol (ver Figura 5.26), y el tercer dibujo la persona (ver Figura 5.27). Se hace el señalamiento que para estos últimos dibujos no se completa el coloreado por razones de tiempo.

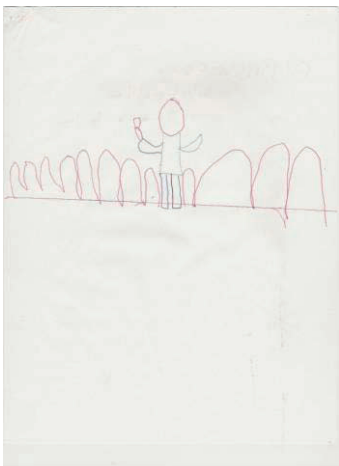
**Figura 5.25** H-T-P: casa en fase de evaluación.



**Figura 5.10** H-T-P: árbol en fase de evaluación.



**Figura 5.11** H-T-P: persona en fase de evaluación.



## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

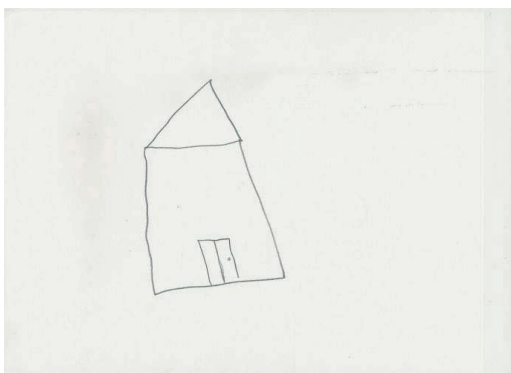
### FASE INTERVENCIÓN

Siendo la casa representativa de la madre y el hogar, la percibe con gran claridad en su presente, está seguro de que ella está allí para ayudarlo. No obstante, la percibe o percibe parte del hogar con cierta agresividad y poca afectividad, la calidez en este sentido es distante y en realidad, la imagen que tiene de ella a pesar de estar muy presente, es pobre. Se evidencia que los límites hacia ella pueden estar más difusos y/o poco claros. Esto lo llevará a no respetar en su momento el lugar del padre o cuando sus hermanos entren en contacto con ella, así como a no diferenciar lo que le molesta a su madre de lo que él hace. El árbol que forma parte de sus impulsos se muestra muy firme, con buena seguridad interna sobre todo cuando se trata de colocarse en el centro de alguna actividad. Se percibe que la fantasía forma parte de su vida y por ello, suele tener capacidad imaginativa o expansividad yoica.

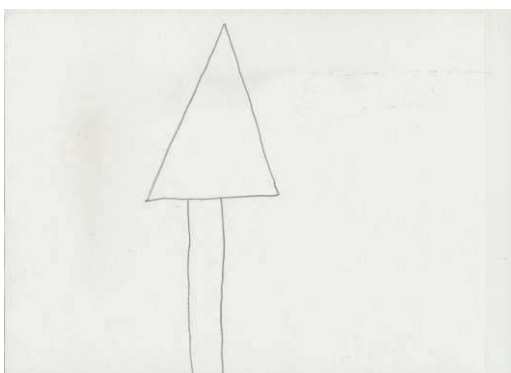
En lo que respecta al dibujo de la persona, se muestra signos de ansiedad e inexpressión física y emocional. Muestra desorden en su entorno, remitido a un ambiente restrictivo, quizá amenazante en determinados momentos. Su nivel de socialización es bajo y su auto-concepto un tanto compensatorio a su imagen física real. Aquí se ve una capacidad visomotriz baja, quizá desordenada y con dificultad. Por otro lado, se ubica adecuadamente en su presente, interpretando y acomodando lo que vive interna y externamente congruentemente a su posición.

En este espacio se presentan las figuras correspondientes a la fase de seguimiento de la técnica del dibujo H-T-P, se muestran en un orden símil, la primera figura es la casa (ver Figura 5.28), la segunda es el árbol (ver Figura 5.29) y el último dibujo es la persona (ver Figura 5.30). La interpretación se coloca al final de los tres dibujos.

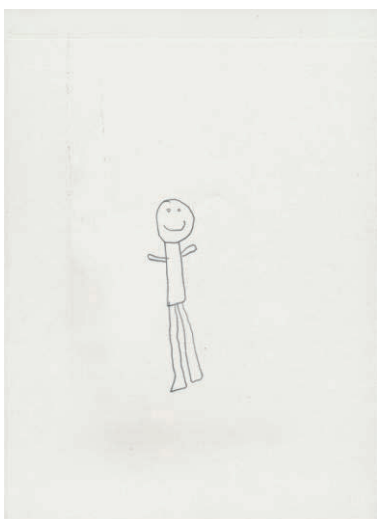
**Figura 5.28** H-T-P: casa en fase de seguimiento.



**Figura 5.29** H-T-P: árbol en fase de seguimiento.



**Figura 5.30** H-T-P: persona en fase de seguimiento.



## **RESULTADOS DE INTERPRETACIÓN**

### **FASE SEGUIMIENTO**

La madre y el hogar representados por la casa, se perciben como algo consistente y presente en su vida. Aún así, puede percibir cierta pobreza afectiva, a la madre como poco cálida y posiblemente insegura y cerrada frente a las demandas del menor. En algunos momentos puede valorar a los padres agresivos o impulsivos hacia él, sin embargo, ha introyectado figuras de autoridad que deben ser respetables y respetados. Internamente en el árbol, se muestra como una persona más firme en estos momentos de su vida. Sigue apareciendo como una persona en sus modos de reacción de forma impulsiva y agresiva, quizá parte del introyecto paterno o materno, lo cual puede llevarlo a chocar con sus hermanos de forma común. La imposición de reglas puede suscitar frustración en el niño y enojo.

Su propia evaluación en el dibujo de la persona, refiere una adecuada ubicación en el aquí y ahora, asimismo se percibe un autoconcepto más positivo, que puede ser algo compensatorio, puesto que su dibujo es una persona delgada y su propia complexión es muy gruesa. Su expresividad es de alegría, mas su contacto físico puede ser muy bajo. Ocasionalmente puede tener momentos de inseguridad introyectados por lo que le generan sus padres o su entorno.

### **CONDUCTAS DE RIESGO**

#### **Índice de Masa Corporal**

Los siguientes datos son los registros del índice de masa corporal, el cual es resultado de una medición antropométrica. En anexos se encuentran ambos cuestionarios que para fines de la presentación de los resultados se muestran integrados la fase de intervención y seguimiento (ver Tabla 5.8). La descripción e interpretación se colocan por separado en la parte inferior, con la comparativa de la intervención y el seguimiento (ver Figura 5.31).



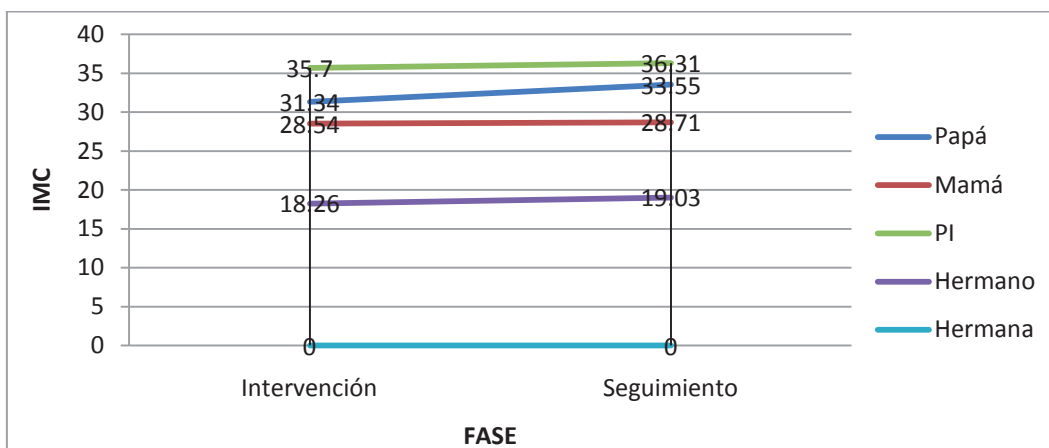
**Tabla 5.8** Índice de masa corporal en fase de intervención y seguimiento en dos columnas.

Miembro Familiar	Índice de Masa Corporal		
	Fase	Intervención	Seguimiento
<b>Papá</b>		31.34= Obesidad tipo II	33.55= Obesidad tipo II
<b>Mamá</b>		28.54= Obesidad tipo I	28.71=Obesidad tipo I
<b>PI</b>		35.70= Obesidad tipo II	36.31= Obesidad tipo II
<b>Hermano</b>		18.26= Normalidad	19.03= Normalidad
<b>Hermana</b>		No relevante, normalidad	No relevante, normalidad.

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de esta medición muestran que tres miembros de la familia rebasan el grado de normalidad. El padre y el hijo mayor, paciente identificado, alcanzan un grado de obesidad tipo II, la madre alcanza el grado de obesidad tipo I, mientras que el resto de los miembros se encuentran en la normalidad según su etapa de desarrollo. De la intervención al seguimiento se señala que todos han subido su índice, el padre en un 2.21, la madre en un 0.17 y el hijo en un 0.6 El resto de los miembros se encuentran en la normalidad según su etapa de desarrollo.

**Figura 5.31** Comparación del IMC entre fase de intervención y seguimiento.



### Consumo alimenticio del niño

Los siguientes datos son los registros del consumo alimenticio del paciente identificado, el cual es un formato *ad hoc* entregado a los padres de familia. En anexos se encuentran ambos cuestionarios que para fines de la presentación de los resultados se muestran integrados. La fase de intervención marcado con el símbolo 'x' y la fase de seguimiento marcado con el símbolo '\*' (ver Tabla 5.9). La descripción e interpretación se colocan por separado en la parte inferior.

**Tabla 5.10** Cuestionario de alimentación fase intervención marcado con 'X'; fase seguimiento marcado con '\*'

Grupo de Alimentos	Casi nada		Poco		Regular		Mucho		Demasiado	
	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg
Leche,yogurt,queso, crema					X	*				
Carnes rojas					X	*				
Pollo, pescado,					X	*				
Harinas, pan blanco/dulce				*	X					
Frutas						*	X			
Verduras						*	X			
Cereales, arroz, granos							X	*		
Pastas, sopas			X					*		
Refrescos, gaseosas			X	*						
Grasas, aceite, frituras				*	X					
Azúcar, dulces, chocolates					X	*				
Agua, jugos naturales							X	*		
Especifique alguno especial:										

## RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Tanto en la columna de la intervención como en el seguimiento se observa que todos los grupos alimenticios están marcados en las columnas centrales, sin alusión a los extremos de consumo: casi nada o demasiado. La columna que muestra mayor puntuación es la de en medio: regular.

Esto puede mostrar cierta incongruencia con el IMC registrado del paciente identificado, aunque no necesariamente es un dato directamente proporcional. De una evaluación a la otra, existe una reducción de consumo en los grupos

harinas, frutas, verduras y grasas, y un aumento en el grupo pastas, Igualmente de la intervención al seguimiento el IMC es más elevado, sin embargo, puede deberse al crecimiento y no al consumo alimenticio. Si el IMC tuviera esta relación directa, se interpreta que existe cierto encubrimiento y/o negación, o quizá una falta de detección parental del modo de consumo alimenticio de los padres hacia su hijo. La predisposición hereditaria puede ser otro factor.

### Conducta en el hogar

Se presenta el resultado del Cuestionario de Conducta para Niños “Reporte del Padre” de Connors (1973), versión adaptada por De la Peña y Almeida (1998). Este cuestionario fue contestado por los padres del menor. La fase de intervención marcada con el símbolo ‘x’ y la fase de seguimiento marcada con el símbolo ‘\*’ (ver Tabla 5.11). La descripción de los resultados aparece debajo de la tabla y la puntuación comparativa entre la intervención y el seguimiento al final (Ver Figura 5.32).

#### Cuestionario de Conducta para Niños “Reporte del Padre”

(Ver. Adapt. Cuest. de Connors para Padres hecha por Drs. Fco de la Peña & Luis Almeida)

**Instrucciones:** La siguiente lista de reactivos enumerados a continuación señala conductas relacionadas con su hijo o con problemas que tiene. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida qué tanto ha estado afectado su hijo por este problema en el último mes marcando con una “X” una sola casilla por cada reactivo, para “nunca”, “un poco”, “bastante” o “demasiado”. La información que usted proporciones será confidencial y sólo será utilizada para la evaluación de su hijo. Por favor asegúrese de responder todos los reactivos.

**Tabla 5.11** Cuestionario de conducta para niños “Reporte del Padre” en fase de intervención marcado con ‘X’; fase seguimiento marcado ‘\*’.

DESCRIPTORES	Nunca		Poco		Bastante		Mucho	
	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg
FASE								

**PROBLEMAS PARA COMER**

1.- Pica y no come	X	*						
2.- No come suficiente					X	*		
3.- Tiene sobrepeso			X			*		

**PROBLEMAS PARA DORMIR**

4.- Es inquieto				*	X			
5.- Tiene pesadillas	X	*						
6.- Se despierta		*	X					
7.- Tarda en dormirse		*	X					

**MIEDOS Y PREOCUPACIONES**

8.- Tiene miedo a nuevas situaciones		*			X			
9.- Tiene miedo a la gente	X	*						
10.- Tiene miedo a estar solo		*	X					
11.- Se preocupa de enfermedades y muerte			X	*				

**TENSIÓN MUSCULAR**

12.- Está tenso y rígido	X			*				
13.- Tiene sacudidas	X	*						
14.- Tiembla mucho	X	*						

**PROBLEMAS DEL LENGUAJE**

15.- Tartamudea	X	*						
16.- Difícil de entender	X	*						

**CONTROL DE ESFÍNTERES**

17.- Moja la cama	X	*						
18.- Orina a cada rato	X	*						
19.- Se ensucia de popó	X	*						
20.- Retiene las heces, muy estreñido	X	*						

**QUEJAS SOMÁTICAS REPETIDAS**

21.- Dolores de cabeza			X	*				
------------------------	--	--	---	---	--	--	--	--

22.- Dolores de estómago			X	*				
23.- Vomita	X	*						
24.- Dolores diversos		*	X					
25.- Evacúa sin control	X	*						

**PROBLEMAS PARA CHUPAR, MASTICAR O AGARRAR**

26.- Se chupa el dedo				*			X	
27.- Se muerde o come las uñas				*			X	
28.- Muerde su ropa, sábanas u otros objetos.	X	*						
29.- Coge el cabello o la ropa	X	*						

**INMADUREZ**

30.- No actúa conforme a su edad	X					*		
31.- Lloro fácilmente		*	X					
32.- Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo	X	*						
33.- Se niega a separarse de sus padres u otros adultos	X	*						
34.- Habla como bebé	X	*						

**PROBLEMAS CON SUS SENTIMIENTOS**

35.- Se enoja con él mismo	X	*						
36.- Se deja empujar por otros niños	X			*				
37.- Se ve infeliz o triste	X	*						
38.- Se siente culpable		*	X					

**AUTO-SOBREESTIMACIÓN**

39.- Fanfarronea	X	*						
40.- Se jacta o bravea			X	*				
41.- Es insolente o descarado	X	*						

**PROBLEMAS PARA HACER AMIGOS**

42.- Es tímido	X	*						
43.- Le da miedo lo que otros niños le hacen	X	*						

44.- Se siente fácilmente lastimado		*	X					
45.- Le cuesta hacer amigos	X	*						

**PROBLEMAS CON SUS HERMANOS**

46.- Tiene sentimientos de ser engañado	X	*						
47.- Se siente inferior	X	*						
48.- Se pelea		*	X					

**PROBLEMAS PARA CONSERVAR AMIGOS**

49.- Molesta a otros niños	X	*						
50.- Quiere ser el primero			X	*				
51.- Le pega a otros niños	X	*						

**INQUIETUD**

52.- En inquieto o hiperactivo				*	X			
53.- Es excitable o impulsivo		*	X					
54.- No termina lo que inicia o no puede mantener su atención en algo	X			*				
55.- Tiene conducta explosiva	X	*						
56.- Se avienta	X	*						
57.- Tira y rompe las cosas	X	*						
58.- Hace berrinches y se enfurece				*	X			

**ACTITUDES HACIA EL SEXO**

59.- Juega con sus órganos sexuales	X	*						
60.- Tiene juegos sexuales con otros niños	X	*						
61.- Es reservado en cuanto a su cuerpo				*	X			

**PROBLEMAS CON LA ESCUELA**

62.- Le cuesta trabajo aprender	X	*						
63.- Le molesta ir a la escuela		*	X					
64.- Le da miedo ir a la escuela		*	X					
65.- Es distraído, sueña despierto	X	*						

66.- Se va de pinta	X	*						
67.- Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares	X	*						

**MENTIRAS**

68.- Niega haber hecho algo malo		*	X					
69.- Culpa a otros de sus errores		*	X					
70.- Cuenta historias que nunca existieron			X	*				

**ROBOS**

71.- Roba a sus padres	X	*						
72.- Roba en la escuela	X	*						
73.- Roba tiendas y otros sitios	X	*						

**PROBLEMAS CON EL FUERO**

74.- Prende fuego	X	*						
-------------------	---	---	--	--	--	--	--	--

OTROS:

**PROBLEMAS CON LA POLICÍA**

75.- Se mete en problemas con la policía	X	*						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

ESPECIFIQUE:

**PERFECCIONISMO**

76.- Todo debe ser perfecto	X	*						
77.- Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera	X							
78.- Se propone metas muy altas	X	*						

**PROBLEMAS ADICIONALES**

79.- Es inatento, se distrae fácilmente			X	*				
80.- Siempre inquieto		*			X			
81.- Es imposible dejarlo solo	X	*						
82.- Se trepa en los demás	X			*				
83.- Se levanta muy temprano		*	X					
84.- Corre durante la comida	X	*						



85.- Demanda ser satisfecho inmediatamente		*	X					
86.- Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo		*	X					
87.- Trae el sierre abierto		*	X					
88.- Lloro frecuente y fácilmente	X	*						
89.- Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos			X	*				
90.- Actúa como si estuviera impulsado por un motor		*			X			
91.- Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente	X	*						
92.- Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	X	*						
93.- Sigue sin atar sus agujetas	X	*						
94.- Otro:								
95.- Otro:								
96.- Otro:								
97.- Otro:								
98.- Otro:								
99.- Otro:								

100.- ¿Qué tan serio considera el problema de su hijo actualmente?

**INTERVENCIÓN**

**SEGUIMIENTO**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| ( ) Sin problema alguno | (*) Sin problema alguno |
| (X) Problema menor      | ( ) Problema menor      |
| ( ) Problema mayor      | ( ) Problema mayor      |

**FASE INTERVENCIÓN**

Los reactivos calificados en esta fase aparecen en su mayoría en la columna de la izquierda: nunca y poco. Esta alusión implica la ausencia o carencia de

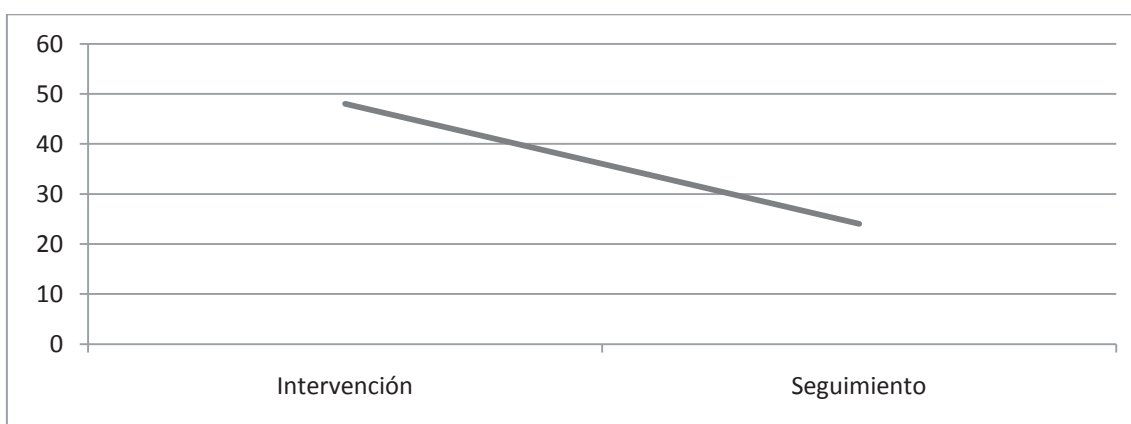
síntomas, sin embargo, se percibe una clara disminución de la intervención al seguimiento.

Según el modo de calificación propuesto por el autor se considera lo siguiente:

Nunca = 0    Poco= 1    Bastante = 2    Mucho= 3.

Bajando considerablemente de 48 en la intervención a 23 en el seguimiento (Ver Figura 5.32)

**Figura 5.32** Comparativa entre fase de intervención y seguimiento del Cuestionario de Conducta "Reporte del Padre".



### Conducta en la escuela

Se presenta el resultado del cuestionario de conducta en la escuela, en una forma abreviada elaborado por Connors (1978). Este cuestionario fue contestado por el profesor de su grado, a quien se le solicitó colaboración. La fase de intervención marcada con el símbolo 'x' y la fase de seguimiento marcada con el símbolo '\*' (ver Tabla 5.12). La descripción de los resultados aparece debajo de la tabla y la puntuación comparativa entre la intervención y el seguimiento al final (Ver Figura 5.33).

**Tabla 5.12** Cuestionario de conducta en la escuela en fase de intervención marcado con 'X'; fase seguimiento marcado '\*'.

DESCRIPTORES	Nada		Poco		Bastante		Mucho	
	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg	Int	Seg
FASE								

1. Tiene excesiva inquietud motora.						*	X	
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.					X	*		
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas						*	X	
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.		*	X					
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.		*	X					
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				*	X			
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.					X	*		
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				*	X			
9. Está en las nubes, ensimismado.			X	*				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.		*			X			
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				*				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				*	X			
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.	X	*						
14. Intranquilo, siempre en movimiento.					X	*		
15. Es impulsivo e irritable.				*	X			
16. Exige excesivas atenciones del profesor.					X	*		
17. Es mal aceptado en el grupo.	*		X					
18. Se deja dirigir por otros niños.			X	*				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				*	X			
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.	X			*				
21. No termina las tareas que empieza.	X	*						
22. Su conducta es inmadura para su edad.		*	X					
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				*	X			
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.		*	X					
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.		*	X					
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.		*	X					
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.	X			*				

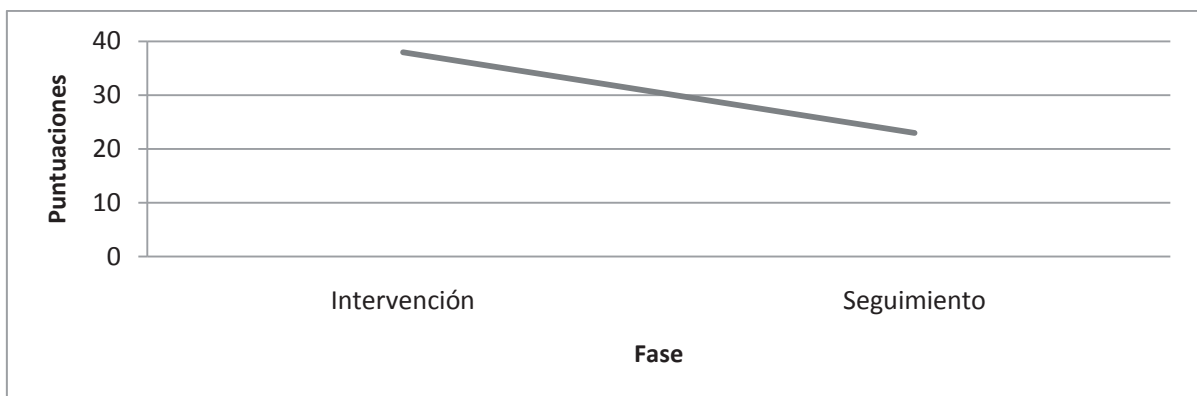
### RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Los reactivos calificados en esta fase aparecen en su mayoría en los descriptores centrales: poco y bastante. Aunque ligeramente existe una mayor cantidad de reactivos calificados en el descriptor bastante, en nada solamente aparecen cinco reactivos y en mucho dos. En tanto que en el seguimiento existe una mayor cantidad de reactivos calificados en el descriptor poco y aumentaron en el descriptor nada al doble, de cinco a diez y el descriptor mucho no tiene reactivo. Según el modo de calificación propuesto por el autor se considera lo siguiente:

Nada = 0    Poco= 1    Bastante = 2    Mucho= 3.

Por ende la puntuación en la fase de seguimiento es de: 23, bajando considerablemente 15 puntos, de 38 en la intervención a 23 en seguimiento (ver Figura 5.33)

**Figura 5.33** Comparativa entre fase de intervención y seguimiento del Cuestionario de Conducta en la Escuela.



Finalmente se muestran seis aspectos por separado, primero las evaluaciones de la intervención, segundo el documento entregado a la familia respecto al paciente identificado en la fase de intervención. Tercero, las impresiones recogidas durante la intervención y el seguimiento del médico pediatra y el profesor del paciente identificado como parte del modelo colaborativo. El cuarto es el resumen de resultados que para fines de la investigación puede ser más fácilmente legible. En quinto lugar es el modelo de intervención en una figura que lo simbolizaría. Y finalmente la determinación de las hipótesis.

## EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN-SEGUIMIENTO

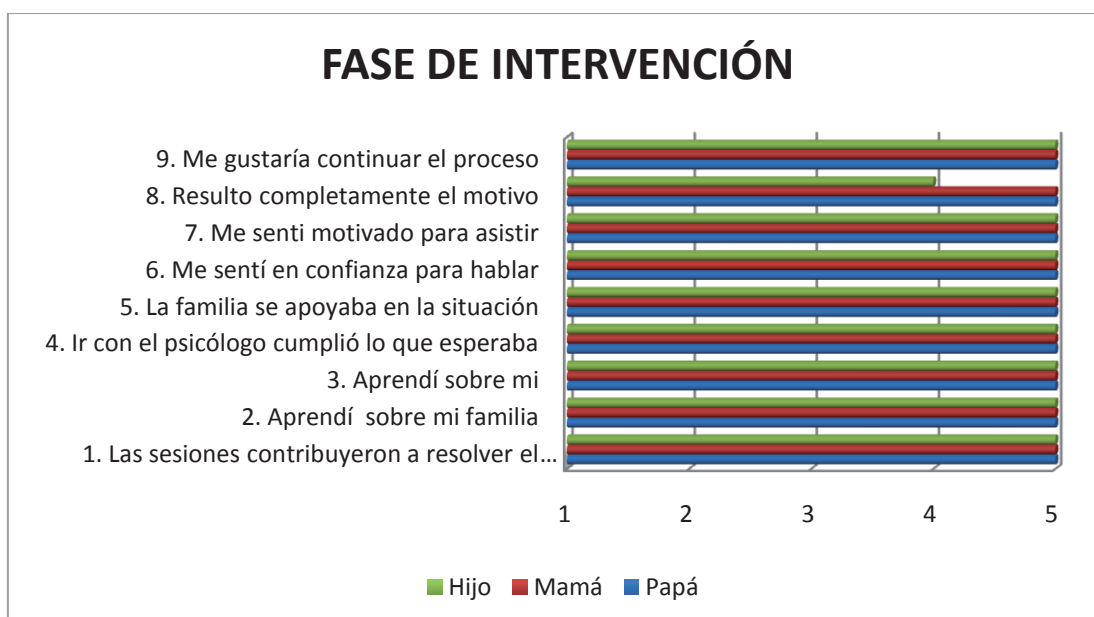
### Evaluación de cierre. Fase de intervención.

Finalmente, se presenta un formato ad hoc para medir el impacto y eficiencia de la intervención desde la perspectiva de los participantes. El mismo se aplicó a las tres personas más involucradas y con la capacidad cognoscitiva para entender las preguntas. El formato tiene tres preguntas abiertas mostradas debajo de la figura (ver Tabla 13). Igualmente tiene nueve preguntas cerradas en escala de Lickert (ver Figura 18). Los valores se anotan en la siguiente tabla (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Descriptores de apreciación de evaluación

Apreciación	Valor
Si, Completamente de acuerdo	5
De acuerdo	4
Sin opinión	3
En desacuerdo	2
No, completamente en desacuerdo	1

**Figura 1.** Gráfica de evaluación de la fase de intervención



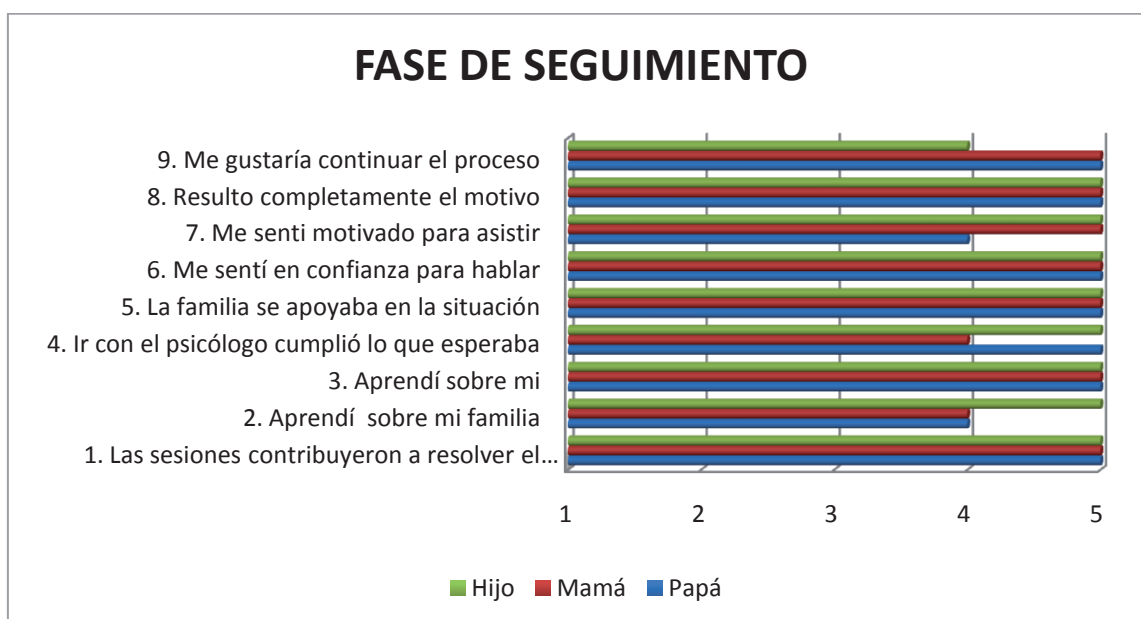
**Tabla 2.** Respuestas a las preguntas abiertas en la fase de intervención.

Pregunta abierta	Hijo	Mamá	Papá
Lo que más me gusto	Venir todas las veces	Que nos pudiera ayudar en familia para salir del problema	Que aprendí a saber en lo que podemos estar fallando en la educación de nuestros hijos
Lo que menos me gustó	Nada	Ahorita nada	Hasta el momento nada
Otros comentarios	Tengo todavía el temor cuando me gritan y se baja cuando no me gritan	Agradecerle por su ayuda y atenciones	Gracias por habernos ayudado sobre el problema por así decirlo sobre nuestro hijo

**Evaluación de cierre. Fase de seguimiento.**

Por último, se presentan los datos en la evaluación de seguimiento, con el objetivo de verlo post-facto. Estos fueron aplicados a las mismas personas.. El formato repite las tres preguntas abiertas mostradas debajo de la figura (ver Tabla 14). Equivalentemente se repiten las nueve preguntas cerradas en escala de Lickert (ver Figura 19). Los valores se reportaron anteriormente (ver Tabla 12).

**Figura 2.** Gráfica de evaluación de la fase de seguimiento



**Tabla 2.** Respuestas a las preguntas abiertas en la fase de seguimiento.

Pregunta abierta	Hijo	Mamá	Papá
<b>Lo que más me gusto</b>	Los dibujos, los jueguitos	Que José superó su problema	El doctor nos escuchó y nos ayuda a resolver el motivo de nuestro problema
<b>Lo que menos me gustó</b>	Todo me gustó	Que José si quería seguir en sus sesiones	Todo me agradó
<b>Otros comentarios</b>		Que nos ayudó a salir adelante con nuestro hijo	Gracias al Doctor por su apoyo



# VALORACION PSICOLOGICA

---

## I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre:** José **Sexo:** Masculino  
**Dirección:** Hidalgo **Fecha de nacimiento:** 2001  
**Escolaridad:** Primaria pública **Turno:** Matutino  
**Etapas del ciclo vital de familia:** Familia en edad escolar

## II. MOTIVO DE CONSULTA

El primer contacto lo hace su padre, quien indica que últimamente su hijo José ha tenido problemas para salir de casa, al principio fue a la escuela pero después de la Semana Santa de este año, se amplió hacia cualquier parte. Lo han llevado al pediatra pero se descartó cualquier complicación, por lo que éste les sugirió asistir con un psicólogo. A su vez, estos visitaron una pariente psicóloga, pero ella descartó la posibilidad de tratarlo. Se señala que quizá tenga problemas emocionales, pero lo desconocen. Se indica que su madre es quién está más familiarizada en el tema.

En la primera entrevista familiar, donde todos los integrantes asisten, se confirma el motivo de consulta. Indican ambos padres que desconocen lo que le sucede a su hijo, ya que cuando se trata de salir tiene miedo, muestra temor para ir a la escuela, señala que le duelen algunas partes de su cuerpo. Finalmente, les preocupa que se coma los moquitos y sea muy intranquilo, así como que ellos puedan estar fallando en educar a sus hijos y por eso se presente la problemática del motivo de consulta.

## OBSERVACIONES DE CONDUCTA EN EL NIÑO Y LA FAMILIA DURANTE LA SESIONES

-La conducta de José fue muy participativa, sorpresivamente desde las primeras era quien más tranquilo estaba, a pesar de haberse indicado que él era el intranquilo de los hijos. En muchas ocasiones cuando estaba en familia su participación obstruía a los demás, alzaba el tono de voz, interrumpía, se molestó con su hermano menor y hacía berrinche. A pesar de la corrección de sus padres, insistía de nuevo en esta conducta.

En el transcurso de las sesiones, se mostró cada vez más interesado. Cuando los momentos implicaban la plática o ciertas preguntas no lograban concentrarse o cambiaba la dirección de los temas, así también dejaba su lugar y se movía por todo el consultorio. No era así cuando las actividades eran manuales o momentos de juego, allí se interesaba por tomar la iniciativa. Cuando se le solicitaba información sobre lo que tenía o pasaba en otros lugares de su vida, era muy abierto y no temía comentar algo en específico, aunque solía tener confusión en lo que quería decir.

Sus conductas fueron: participación, iniciativa, sociabilidad, inquietud, molestia, desesperación, poca concentración y atención, lenguaje alto y confuso.

-La familia pasa por una fase donde sus hijos inician su etapa escolar. Muchos de los asuntos en familia tienen referencia a esto, como la buena educación, la disciplina, el aprendizaje, el autocuidado de los niños, los gastos económicos y los horarios, entre otras cosas. En la pareja existen claros acuerdos y se percibe que su apoyo es una fortaleza familiar. El papá pasa un tiempo considerable en el trabajo, esto no lo permite conocer exactamente lo que sucede en la casa cuando no está, por ende, la responsabilidad en este tiempo la asume completamente la mamá, y ella, ocasionalmente entra en discusiones con sus hijos para que cumplan lo que ordena.

Para Carlos, es una etapa preescolar, se encuentra muy apegado a sus padres, quizá se le dificulte separarse como a su hermano mayor a futuro, en sesiones fue silencioso, inquieto y ocasionalmente peleó con José. Para Andrea, la vida ahora es de completa unión con su mamá, esto también sugiere dificultad para separarse de ella siendo normal, en algunas sesiones permanecía dormida, en otras estaba despierta y en constante movimiento jugando con su hermano Carlos. Se denota que el control y las reglas en casa llegan a tener dificultades sobre él cómo colocar límites sin ser autoritarios para que la familia se mantenga unida.

Finalmente en el transcurso de las sesiones familiares se observó que la comunicación era accidentada. Los papás se mostraban muy interesados en hablar sus inquietudes, mientras que los hijos no lograban mantenerse tranquilos y respetar las palabras de sus papás. Los padres se mostraban comprensivos y tranquilos ante eso, a menudo daban indicaciones para controlarlos sin lograrlo completamente. Aún así, los acuerdos y el apoyo familiares eran claros.

### **III. LISTA DE INSTRUMENTOS EMPLEADOS**

-Entrevista y observación.

- Trabajo con juegos.
- Test de figuras y dibujos.
- Test para analizar la maduración del niño.
- Prueba aplicada a la familia para ver su funcionamiento.
- Prueba a los papás y el niño para observar su percepción de la familia.
- Prueba de conducta del niño en el hogar.
- Prueba de conducta del niño en la escuela.
- Cuestionario para analizar dificultades psicológicas en el niño.
- Cuestionario de personalidad a los padres de familia.
- Cuestionario para observar el consumo de alimentos del niño.
- Cuestionario sobre información de desarrollo y evolución del niño.
- Estudio de peso y estatura familiar para evaluar la masa corporal.
- Genograma (mapa genealógico).

#### **IV. DIAGNÓSTICO DE RESULTADOS**

##### **- Área cognitiva y de nivel de maduración.**

El nivel de maduración en el niño es adecuado y positivo, esto significa que la edad psicológica y la edad cronológica van a la par del desarrollo. Sus ideas y pensamientos son realistas, dentro de los de un niño de su edad, como fantasías, imaginaciones y diversiones. El lenguaje es coherente, sus ideas tienen buena ilación, sin embargo, existen rasgos de impulsividad y hacen que no logre terminar o confundir las frases que inicia o que interrumpa la conversación de otros, asimismo grita porque no logra controlar su impulso. En ciertos momentos pierde la atención de lo que hace y esto tiende a ser negativo en el manejo de la concentración.

##### **- Área afectiva.**

En los aspectos positivos se percibe que José tiene seguridad, iniciativa y habilidades para socializar con las personas. Esto habla de que no es inhibido en su expresión emocional. Suele ser un niño alegre y participativo. José a internalizado agradables muestras de afecto por parte de las personas que le rodean, pero estas quizá queden en el aspecto verbal, ya que físicamente se comporta muy rígido y/o brusco cuando quiere ser amable, su expresión afectiva no es una característica personal, esto lo siente desde la familia.

El contacto físico familiar está presente, pero el niño puede haberlo dejado de recibir poco a poco. A su vez, José no muestra un contacto físico cálido y frecuente. Las caricias no son su principal forma de relacionarse, al contrario, suele ser muy rudo para conseguir ese contacto físico y percibe frialdad de su entorno. Esto tiene una influencia directa porque es un niño alto y entre las personas puede parecer que ya creció y no requiere mucha afectividad.

#### - **Área familiar**

Existen aspectos muy bien trabajados en la familia, como el apoyo, la unidad, el acuerdo, la comunicación de pareja y la recreación de los hijos. Estas son grandes fortalezas de la familia ya que han provocado que los niños sean ágiles y unidos. Este último aspecto, es la mejor característica familiar; está claro que la familia tiene un buen sentido de pertenencia y se sienten identificados entre sí. También manifiestan agrado en el tiempo que pasan juntos y la convivencia que tienen.

Dentro de la vida familiar existen áreas que pueden desarrollarse más, esto es el aspecto de los límites, el control de la conducta, las correcciones, las reglas y su supervisión. Todo esto tiene relación con el respeto a la autoridad de los padres en casa. Es aquí donde se concentra el obediencia a las normas de los padres, en lo que respecta a los horarios y la recreación de los hijos.

Para José las normas de los padres en casa llegan a ser impositivas, pero no necesariamente significa que las cumpla. Cuando se le manda, por una parte puede reprochar y por otra parte, simplemente no prestó atención a ellas.

#### - **Área psicomotora.**

Muestra algunas dificultades importantes en la capacidad de movimiento y flexibilidad. Demuestra un bajo interés a las actividades de tipo físico, siendo esto una alteración para los niños de su edad. Esto puede notarse en el bajo control de sus impulsos hacia el contacto con otros niños, como sucede con sus hermanos, en el poco control de la agresividad cuando se molesta y en las actividades de equilibrio físico-corporal. Ha desarrollado más actividades recreativas de forma pasiva como en videojuegos o la TV. Esta área no parece estar motivada por sus padres, ya sea por el poco tiempo para trabajar la parte motora del cuerpo o simplemente porque el cuidado del menor tenga menos dificultad si éste permanece en casa.

## - **Área de dificultades psicológicas**

Se presentan rasgos psicológicos en los siguientes aspectos:

- **Dificultades para la separación.** No le gusta quedarse solo con sus papás, se preocupa mucho porque algo les suceda a sus padres y a él cuando no está ellos, se rehúsa a ir a la escuela, cuando sale hacia la escuela siente dolores, le gusta sentirse acompañado la mayoría del tiempo.
- **Conducta rebelde.** Pierde la calma cuando las cosas no salen como quiere, hace berrinches si no obtiene lo que pide, rompe las reglas, es fácil que los amigos lo hagan enojar y se desquita con golpes cuando le molestan.
- **Atención baja.** Se le dificulta poner atención en los detalles, comete descuidos escolares y errores por poca concentración, le cuesta trabajo mantener su mente abierta a la escucha, evita hacer su tarea, en la escuela lo corrigen por no estar atento.
- **Hiperactividad e impulsividad.** Suele estar inquieto, mueve sus pies y manos al estar tranquilo, le cuesta trabajo estar sentado, le cuesta trabajo estar en silencio y mantenerse en un solo lugar, no respeta turnos y grita fuerte cuando quiere decir algo o está emocionado.

## V. **PRONÓSTICO**

En un buen avance, puede presentarse una mejora espontánea en cada una de las áreas, como la reducción de la ansiedad ante el paso de su periodo de adaptación de una escuela a otra que le puede ocasionar comerse sus mucosas y morderse las uñas, esto estaría acompañado de la eliminación por sus dificultades de separarse y la disminución de su rebeldía, todo ello con el paso del tiempo ya que entrará a una etapa de pocos conflictos y mayores deseos de realización, igualmente su temor a situaciones desconocidas podría reducirse. Pero si el temor y la ansiedad persisten, existirá una mayor dificultad que no le permita desenvolverse en sitios donde haya más gente y donde no estén sus padres cerca. Y así, pueda ser agresivo con las figuras de autoridad, incluyendo a sus papás.

Los rasgos de hiperactividad e impulsividad podrán completarse en una forma de vida, esto traerá más dificultades en el acatamiento de reglas familiares y escolares, también en la convivencia con sus hermanos y amigos, en el poco tacto dentro de sus relaciones sociales y en una posible marginación por parte de los profesores y sus amistades al no comprender esta dificultad. Finalmente si su atención baja se mantiene tendrá dificultades para concentrarse en la escuela y sus actividades diarias,

así llegará a perder objetos, a no tener retención en su memoria y molestia por olvidos de cosas importantes.

#### **IV. SUGERENCIAS GENERALES**

Las sugerencias se subdivide en los siguientes aspectos:

##### **a) Indicación terapéutica.**

Se sugiere una etapa de tratamiento familiar dirigido por una parte a la eliminación de la angustia de José en la separación y al manejo de la conducta rebelde hacia sus padres.

Por otro lado, a los aspectos de control, supervisión y reglas de conducta hacia los todos los hijos. Esto cumpliría la inquietud inicial de ser mejores padres con la capacidad de colocar una autoridad sin que esta sea impositiva o agresiva hacia los hijos. Finalmente se podrá incidir en una mejor expresión afectiva donde se aprenda como familia.

##### **b) Actividades diversas.**

- **Control de la dieta y programa hacia el sobrepeso.** El índice de masa corporal está muy por encima de un niño de su edad, a pesar de que su estatura le permite ser más pesado, José muestra un grado denominado “obesidad II” al igual que su padre. Su madre tiene el grado I, y los hijos menores se mantienen normales. Se sugiere manejar un programa de alimentación balanceada, ya sea recurriendo a un nutriólogo o simplemente asesorándose de la mejor forma para que José reduzca su peso y no le traiga complicaciones serias a tan corta edad.

- **Monitoreo en la escuela con sugerencias a sus profesores.** La participación de la escuela en la presente valoración será indispensable, si bien, los profesores no deben leer este documento es importante que conozcan las áreas que José puede desarrollar con su ayuda. Se elaborará un documento por parte del psicólogo al profesor, y posteriormente a ello, ambos padres de familia deben seguir de cerca el comportamiento y rendimiento de su hijo. Incluso debe ser motivado en casa haciendo partícipes a los otros hijos.

- **Actividades físicas, recreativas y hábitos diarios.** Parece evidente que las actividades de tipo físico deben existir, pero a partir de ahora tendrá que ser practicadas con mayor frecuencia. Las actividades recreativas estarán también dirigidas hacia el ejercicio, esto puede ser acompañado por ambos padres. Los horarios de televisión en casa han de reducirse y suplantarse por juego físico,

asimismo deberá quitarse la TV del cuarto puesto que es factor de ansiedad para morderse las uñas y comerse sus mucosas. En suma, los hábitos en dietas, ejercicio, juego y horarios requieren un mayor control e iniciativa familiar para la mayor estructuración de la conducta hiperactiva de José. Si el gasto de energía es físico repercutirá sanamente en su mayor tranquilidad, atención y concentración hacia las actividades que así lo requieren.

- **Elevar la calidez y el contacto físico.** Existen factores que predisponen el aumento de los temores, la ansiedad e incluso los problemas de aprendizaje. Estos tienen que ver con el bajo contacto físico y expresión emocional. Si aumenta esto es muy probable que reduzcan sus dificultades.

## IMPRESIONES COLABORATIVAS

---

**Impresión del pediatra en intervención:** “hace poco que han dejado de venir, es un niño sobreprotegido en exceso. Ha tenido problemas de orina y de rebeldía. Denota anormalidades. Recuerdo que no era tan pesado al principio cuando lo recibí, pienso que por la sobreprotección le han dado papitas, golosinas para tranquilizar sus demandas”

**Impresión del pediatra en el seguimiento:** “desde entonces ya no han regresado, no sabría decir si tienen otro pediatra”

**Impresión del maestro en la intervención:** “ver hoja cuestionario de Connors”

**Impresión del maestro en el seguimiento:** “Ha mejorado bastante, no he notado nada extraño según el diagnóstico que haya tenido con los temores que tenía, al contrario, bastante seguro de sus situaciones. Hubo un momento que quería volver (el temor) pero no continuó”

# RESUMEN DE RESULTADOS

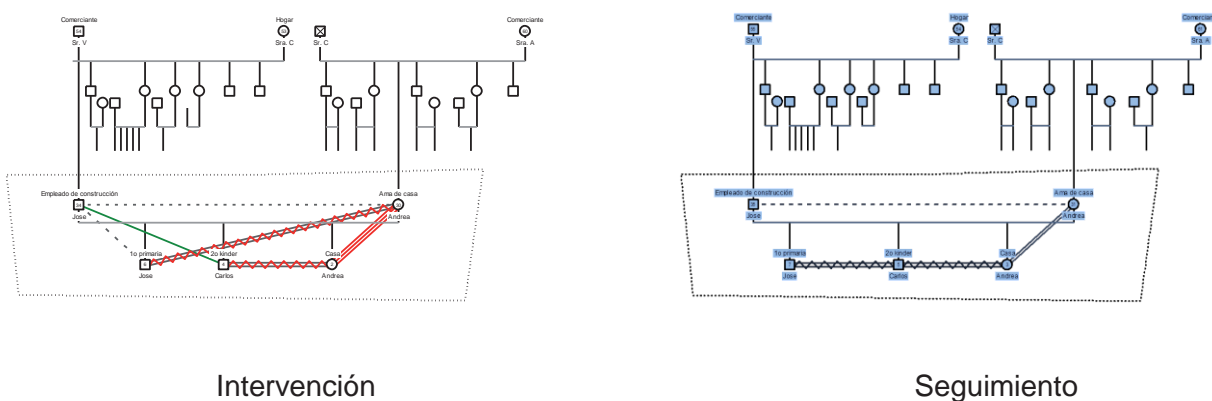
## 1. VARIABLES DEL PARTICIPANTE.

Las variables del participante se clasifican en dos, según el interés de la intervención. En primera instancia se muestran la caracterización del sistema familiar nuclear, considerando el perfil de personalidad de los padres. Por otro lado, se presenta el psicodiagnóstico del paciente identificado que se obtuvo con base a algunos instrumentos que sirven para valorarlo.

### - Caracterización familiar

La caracterización se presenta en principio en forma en la dinámica del genograma, posteriormente se presenta un cuadro que resume la información de los datos básicos de la familia (ver Tabla 1).

**Figura 1.** Genogramas: fase intervención y fase de seguimiento.



**Tabla 1.** Datos sociodemográficos básicos de la familia

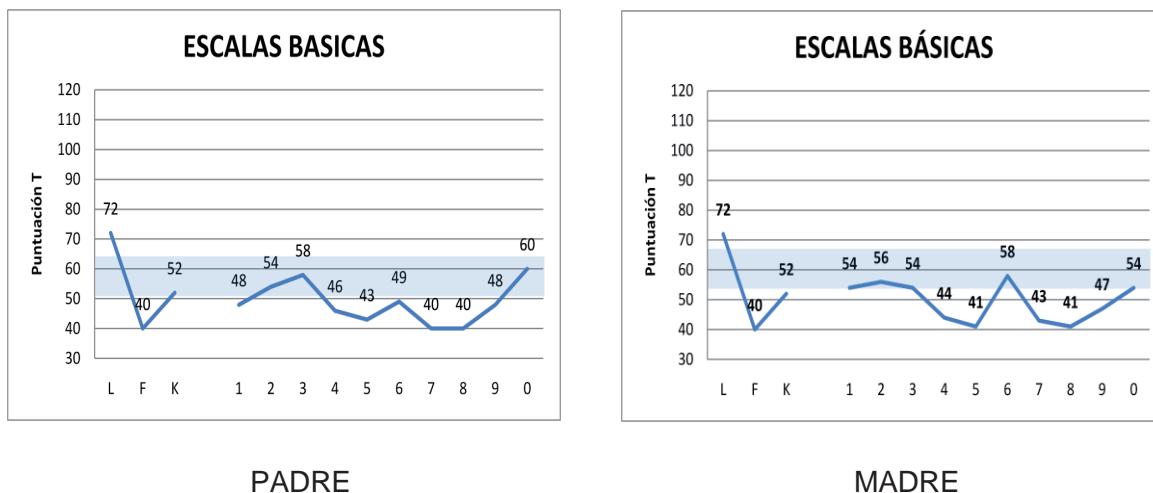
Nombre	Posición familiar	Sexo	Edad	Ocupación	Etapas del ciclo vital
José	Padre de familia	Masculino	34	Empleado	Niños en edad escolar
Andrea	Madre de familia	Femenino	30	Ama de casa	
José	Primer hijo	Masculino	6	1º primaria	
Carlos	Segundo hijo	Masculino	4	2º de kinder	
Andrea	Tercer hijo	Femenino	3	En casa	



**- Perfil de personalidad de los padres.**

Se colocarán únicamente las escalas básicas ya que no resultaron significativas las de contenido y suplementarias (Ver Figura 2)

**Figura 2.** Escalas Básicas del padre y madre.



**- Psicodiagnóstico del paciente identificado.**

El psicodiagnóstico se resume con la evaluación multiaxial (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Evaluación multiaxial del paciente identificado (ChIPS): intervención y seguimiento

Ejes	Intervención	Seguimiento
Eje I	<p><b>F90.0</b> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo <b>[314.01]</b>.</p> <p><b>F93.0</b> Trastorno de ansiedad por separación <b>[309.21]</b></p> <p><b>F91.3</b> Trastorno negativista desafiante <b>[313.81]</b></p> <p><b>F40.2</b> Fobia específica [300.29] Tipo Situacional.</p>	<p><b>F90.0</b> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo <b>[314.01]</b>.</p> <p><b>F93.0</b> Trastorno de ansiedad por separación <b>[309.21]</b></p>
Eje II	<b>Z03.2</b> No hay diagnóstico <b>[V7109]</b> .	<b>Z03.2</b> No hay diagnóstico <b>[V7109]</b> .
Eje III	Obesidad Tipo II <b>EII</b> . Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico <b>277.7</b>	Obesidad Tipo II <b>EII</b> . Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico <b>277.7</b>
Eje IV	<p>-Problemas relativos al ambiente social: <i>Temor a salir a la calle.</i></p> <p>-Problemas relacionados con la enseñanza: <i>Cambio</i></p>	Ninguno

	<i>de institución y transición escolar</i>	
Eje V	55	71

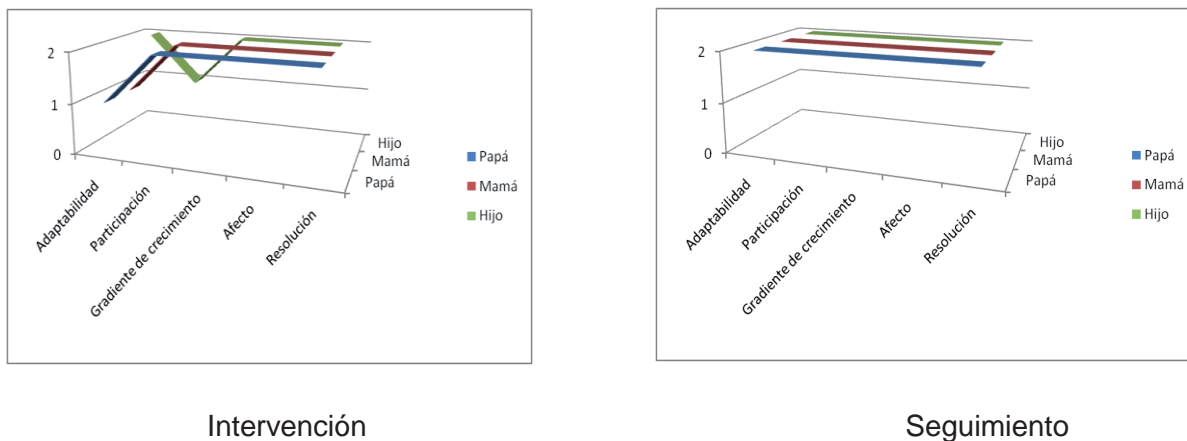
## 2. VARIABLES DEPENDIENTES

Las variables dependientes se clasifican en dos, según el proceso de la intervención. En primera instancia se considera el funcionamiento familiar y en segundo lugar las conductas de riesgo del paciente identificado.

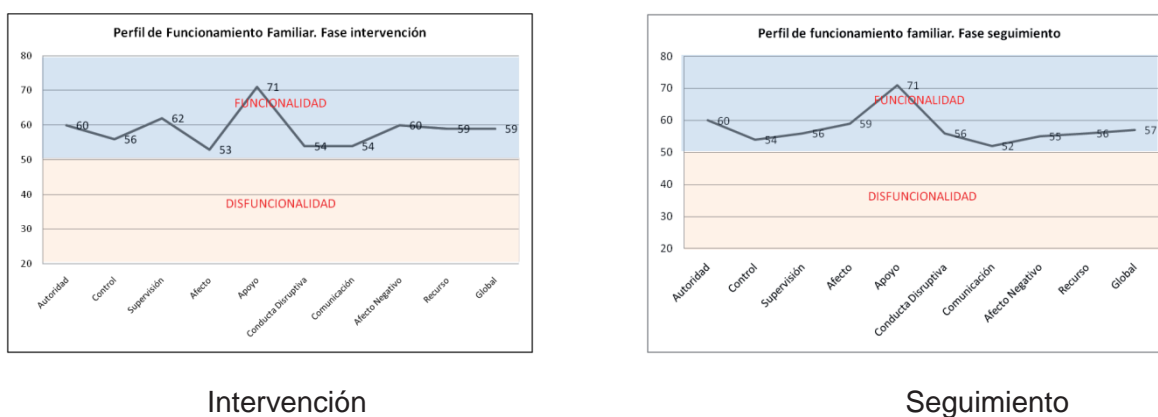
### - Funcionamiento de la Familia

Los resultados se resumen a continuación (Ver Figura 3 y Figura 4)

**Figura 3.** Apgar Familiar: fase intervención y fase de seguimiento.



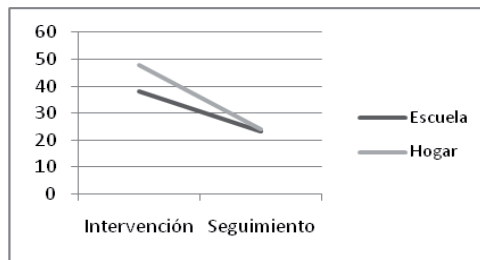
**Figura 4.** Escala de Funcionamiento Familiar: fase intervención y fase de seguimiento.



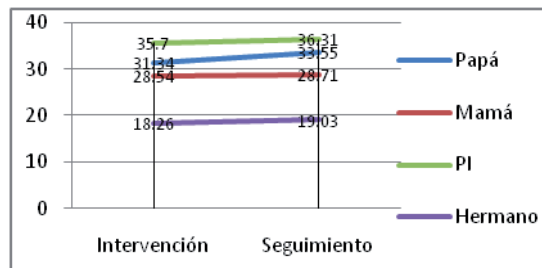
### - Conductas de riesgo

Los resultados se resumen en la conducta en el hogar y escolar (ver Figura 5). Así como en el índice de masa corporal (ver Figura 6).

**Figura 5.** Escala de Conners: conducta en la escuela y en el hogar. Intervención y seguimiento.



**Figura 6.** Índice de Masa Corporal: intervención y seguimiento.



## MODELO DE INTERVENCIÓN

El modelo de evaluación colaborativa con la familia puede indicarse que tiene dentro del proceso breve de intervención algunos aspectos centrales que son: la relación empática con la familia y la individualización hacia cada miembro de la misma, el manejo de pruebas psicológicas que poseen un efecto terapéutico, la colaboración de otros (instancias del medio influyentes en la familia), los beneficios previamente citados como eran el diagnóstico más preciso, el bajo costo, etc. y finalmente, el documento entregado a la familia por escrito (Ver Figura 1).

**Figura 1.** Esquema y características del modelo de intervención.



## PRUEBA DE HIPÓTESIS

---

Con todos estos datos se acepta la hipótesis de investigación como válida porque la evaluación colaborativa resultó eficiente como intervención en el tratamiento familiar. En todas las variables existen avances de la fase pre-test a la fase pos-test. Fue posible integrar un modelo de evaluación colaborativa con un modelo de intervención familiar.

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

La evidencia del presente trabajo señala la viabilidad para integrar la evaluación colaborativa como modelo de tratamiento familiar. Puesto que observamos la eficiencia del mismo comparando la fase pre-test (de intervención) con la fase pos-test (de seguimiento). Se comprobó que hubo cambios progresivos y positivos que repercutieron en el sistema familiar y en el paciente identificado. Se podrá inferir como una primera conclusión que la evaluación colaborativa es un recurso eficiente para el tratamiento familiar y que tienen similitud entre sí porque el tratamiento busca elaborar los conflictos (González, 2005) y la evaluación colaborativa resolver los mismos (Chalmers, 2006). Sustentando esto se desglosan las variables.

En relación a la variable del psicodiagnóstico, se obtuvo que en la evaluación multiaxial desaparecen dos trastornos del Eje I después de la fase de intervención, identificados en la fase de seguimiento, estos fueron los trastornos negativista desafiante y la fobia específica, tipo situacional, asimismo desaparecen los problemas psicosociales del Eje IV, que son los problemas relacionados con la enseñanza y con el ambiente social. Estos cambios los podemos traducir como una disminución de los elementos de ansiedad y problemáticas en las pautas conductuales del paciente identificado que han sido repartidos al resto del sistema familia, como lo señalan Minuchin y Fishman (1981). Esto también coincide con el concepto de redefinición de la escuela de Palo Alto (1985), representada por Jackson, Haley, Satir, Watzlawick y otros. Que en los mismos cambios de la dinámica familiar se revisan en el genograma. Esos cambios lograron ayudar a los miembros de la familia a verse a sí mismos de manera distinta y a unirse en la terapia (McGoldrick y Gerson, 1985).

El funcionamiento familiar también mostró cambios, tanto en la estructura como en la dinámica familiar se registra que el padre aumento su cercanía hacia el paciente individualizado y hacia el segundo hijo, esto hace pensar que su involucramiento afectivo fue mayor en la familia. La madre tuvo un desapego tipo simbiótico hacia su hija menor que permitió repartir más equitativamente su

energía hacia los demás miembros de la familia. Las peleas entre el paciente identificado y su hermano disminuyeron. Estas modificaciones también caben en la perspectiva de McGoldrick y Gerson (1985) cuando exponen que analizar la dinámica familiar funciona para atraer a toda la familia, haciendo que todos vean su corresponsabilidad en lo que sucede a cualquier de ellos, sugiriendo una conexión y preocupación en la familia por sí misma, igualmente para destrabar algunas pautas de sistema y replantear visiones rígidas de la familia. En este caso la familia estudiada concibe cambios en su estructura y funcionamiento. Así lo demuestran todos los cambios en la funcionalidad familiar, vistas con el Apgar Familiar, el Modelo Mc Master, la Escala de Funcionamiento Familiar y el modelo Estructural. La desviación del conflicto observada en la fase de intervención entre los padres desaparece en el seguimiento. Esto ya se observaba con la teoría del chivo expiatorio (Zuk, 1982; Ackerman en Zuk & Nagy, 1985; Palazzoli et al., 1986).

En los test gráficos proyectivos se presentaban recurrencias en las carencias de afecto físico y patrones de identificación hacia lo agresivo. Esto también es constatable en otras áreas de estudio como la Escala de Funcionamiento Familiar en el área de Afecto. Esta carencia se presenta en todos los dibujos proyectivos donde se omiten las manos, al contrario, los trazos son rígidos y puntiagudos, mostrando una tendencia más agresiva. Tal situación se presenta en el dibujo del animal, con una identificación a las figuras agresivas. Estos aspectos recurrentes pueden remitirse a la identificación o introyección de figuras parentales poco cálidas y más bien fuertes o agresivas, como lo demuestra en dibujo H-T-P y el Test de Familia. No obstante de la fase de intervención a la fase de seguimiento lo que cambió positivamente fue el afecto según la medición del funcionamiento familiar, tal sugerencia se había planteado en el documento entregado a la familia.

En estos dibujos cabe señalar un aspecto que tiene importancia cardinal en el estudio de caso, la corporeidad. En los proyectivos se observan figuras delgadas, siendo que en la realidad existe una evidente obesidad en los padres y el paciente identificado y esto es ratificado en la medición del índice de masa corporal (IMC), el paciente identificado tiene un alto riesgo futuro de trastorno en la alimentación, mismo que se reportó en el documento a los padres. No

obstante, se presenta el mecanismo defensivo de la negación, como se interpretaría en el test de Dibujo de Familia y también en el cuestionario de alimentación ad hoc, donde todos los alimentos causantes de obesidad son registrados como un consumo bajo o intermedio. Este principio de negación y el pronóstico hipotético de un trastorno alimenticio coincide con Stierlen y Weber (1997).

En palabras de estos autores en las familias con trastornos alimenticios, tal se conceptualizaría a la obesidad, se presentan rasgos de pérdida de individuación, sistemas rígidos, cerrados, como se coteja con el Diagnóstico Estructural de Umbarger (1999) y el Modelo McMaster de Epstein y cols. (1983). Igualmente las familias con trastornos de alimentación son sistemas centrípetos, moralistas y con mucho apoyo, estos rasgos son muy evidentes en los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Apgar Familiar y las escalas clínicas del perfil de personalidad de los padres. Igualmente son familias evitadoras de conflictos, con alto autocontrol, abnegación, sentido de justicia y sobreprotección, mismo que se evidencia en el genograma y en el Diagnóstico Estructural, y finalmente a un encubrimiento del consumo alimenticio, que se observa en la medición del consumo alimenticio y la deseabilidad social, evidenciada más claramente en la escala de mentira del perfil de personalidad de ambos padres, tal nivel de mentira es elevado y como se interpretó busca presentar una mejor imagen al exterior (Lucio & León, 2003). Un dato muy evidente de este posible encubrimiento se revisa en las conductas riesgosas comparadas en casa y en la escuela, donde ante descriptores similares el profesor y los padres de familia tienen respuestas muy contrastantes. Todo esto pone por entredicho el factor de deseabilidad social establecido en Beavers y Hampson (1990) y Hernández (2007).

Un dato muy destacado de la investigación refiere un perfil de riesgo encaminado hacia un trastorno de alimentación, un cuadro de diabetes o bien el síndrome metabólico (CIE-10, 277.7). Podemos trazar un mapa subyacente refiriendo a Watzlawick (1981) respecto a la comunicación analógica diciendo que, la familia acude a la sesión con su sobrepeso, motivo de consulta no verbal, analógico al motivo de consulta verbal. Puesto que el paciente identificado es quien manifiesta un sobrepeso mayor, manifestación analógica



a sus problemas conductuales y verbalizados. La familia requiere soluciones para modificar sus patrones alimenticios cual modificación analógica de sus pautas familiares y conductuales del paciente identificado reportado constantemente, se ve entonces que resultaría menor un análisis individual y mayor un análisis sistémico (Cibanal, 2004).

Se puede repetir que los recursos de la evaluación colaborativa son muy útiles y eficientes, los cuales van desde la capacidad empática de la relación entre pacientes y terapeuta (Fisher, 2000; Chalmers, 2001; Finn, 2009). Tomando en cuenta el poder catártico del contexto terapéutico, así como el efecto terapéutico de los instrumentos (Fisher 1985, Finn 1996, Hernández-Cervantes, 2007) que posteriormente sirvan de retroalimentación para evidenciarles a los pacientes su nivel de avance (Frankel, 2009). Finalmente, mediante la significancia clínica que posee este método, el cual se apoya de las instancias de influencia hacia el paciente (escuela o profesores, instituciones o profesionistas de la salud, etc.) que podrán colaborar en el tratamiento favoreciendo a la familia, en este caso y también al clínico (Payne, 2000; Frankel, 2009). Como primera limitación se señala la ausencia de la replicación en el diseño de caso único. Una importante limitación del estudio es que existe carencia de instrumentos integrales, completos y profundos que midan bastas áreas en el sistema familiar. Si bien el Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel et al. 1997) se acerca mucho a ello su enfoque parece más estructural.

Se menciona igualmente al tiempo de trabajo como un factor limitante de un estudio completo, ya que algunos instrumentos no pudieron tener una aplicación en la fase de posprueba o bien, fueron aplicados solamente de forma parcial. Aunado a esta limitación se coloca también el factor espacio, en este caso el espacio era reducido para recibir a la familia completa y aunque hubiese sido grande, debe contarse con al menos otra aula para la técnica de juego o dibujo, así como para mantener a los padres de familia elaborando los instrumentos mientras se trabajaba con el menor en el aula principal.

Las contribuciones de este modelo de intervención podrán aplicarse en varias ramas de estudio y trabajo. En primera instancia en la psicoterapia individual y

la psicoterapia familiar como repeticiones sistemáticas de forma que se perfeccionen, depurando algunos instrumentos repetitivos o bien adecuándolo a las necesidades de la evaluación perseguida o motivo de consulta presentado por el cliente o los clientes. Se pueden realizar en los peritajes psicológicos con familias, en el ámbito de lo civil o incluso en el ámbito legal. Otra área que resultaría beneficiada sería en un departamento psicopedagógico o bien en una institución educativa que cuenten con un psicólogo calificado para aplicar los diferentes instrumentos.

Puede replicarse sistemáticamente para investigación de estudios de casos semejantes y finalmente, para la intervención laboral y comunitaria en un nivel familiar bajo tutela de psicólogos laborales o sociales que sepan emplear este método clínico, que les provea datos diagnósticos y la eficiencia terapéutica que se ha discutido como hipótesis.

Si revisamos estas contribuciones a las áreas señaladas, todas tienen la característica de una intervención breve que requiere contratos cortos o tiempos precisos en su desempeño, que a su vez arroje resultados eficientes en colaboración con otros procesos que estuviesen realizándose en paralelo al intervenido con este modelo.

Concluyendo en las hipótesis implicadas podemos decir que en este caso la evaluación colaborativa mostró eficacia como intervención en el tratamiento familiar, en este caso se aprueba la hipótesis de investigación (H1). En este caso, la validez interna del estudio es evidente.

Por otro lado, para la validez externa tendrán que considerarse los diferentes escenarios, tipos de gente, etc. (Kazdin, 2001). Se cree que abordando la intervención familiar mediante un modelo que establece tiempos muy breves, como es el caso de muchas corrientes de tratamiento familiar, resultaría complicado aprobar la misma hipótesis, ya que la evaluación se supereditaría a los tiempos de trabajo en consultorio o fuera de él, a la saturación del trabajo del especialista, el cansancio o impaciencia de la familia por encontrar un abordaje más vivencial que solamente la aplicación de instrumentos proyectivos o psicométricos, así como al tiempo destinado para cada uno de

los casos si estos siguieran todo el modelo aplicado para esta investigación. Si es así, entonces sería la 'Ha' la hipótesis más pertinente, porque a veces será factible la eficiencia y a veces podría no mostrar la misma significancia clínica o tamaño del efecto.

El aprendizaje adquirido en esta experiencia va de lo simple a lo complejo. Es grato saber que existen nuevos caminos en la psicoterapia familiar, que no se queda encasillada a modelos fijos y parciales, siendo fiel a sus orígenes. Particularmente un servidor es partidario de estos sistemas abiertos y flexibles que suelen crear ruptura. Ello ha sido un compromiso de vida personal y un estilo de vida asumido hace varios años que ha sido afín a muchas ideologías y creencias incluyentes.

Este aprendizaje, primeramente desarrollado en la familia de origen, fue creciendo en la escuela, en los círculos sociales, en la fe, con los grandes maestros y ahora cerrado como ciclo que será renovado cual espiral de la vida. Si algo fue aprendido se resume en que la psicoterapia con familias está más allá de una profesión y más cerca de una teoría. Es la propia vida.

## REFERENCIAS

---

- Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Buenos Aires: Ed. Hormé.
- Ackermans, A. & Andolfi, M. (1990). *La creación del sistema terapéutico: la escuela de terapia familia de Roma*, Buenos Aires: Paidós.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4a ed.) texto revisado, Barcelona: Masson.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Arias, A. (2010). *Terapia Colaborativa*. Recuperado el 12 de Febrero de 2010, de [www.institutobateson.edu.mx/of\\_greflexivos.html](http://www.institutobateson.edu.mx/of_greflexivos.html).
- Arzalus, S.S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local, *Región y sociedad*, 17, (32).
- Atril, y Zetune R. (2006). *Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)*, en Velasco, Campos M. L. & Luna, Portilla M. del R., (comps) *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.
- Becker, H. (1979). Observación y estudios de caso sociales. En David Sills (director). *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, (t. 7), Madrid: Aguilar.
- Bender, L. (1968). *Test Guestáltico Viso-Motor*. Buenos Aires: Paidos
- Bragado, C. (1992). Metodología e investigación en la práctica del psicólogo clínico. *Papeles del Psicólogo*, 53.
- Bowen, M. (1969). *Un concepto de la esquizofrenia familiar*, México:

Paidos.

- Buck, J. N. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica del Dibujo HTP*. México: Manual Moderno.
- Cabrero, G. L. & Richart, M. M. (2010). *Diseño experimental, cuasiexperimental y experimental de caso único*. Recuperado el 12 de Enero de 2010. de [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_5.htm)
- Carrillo, E., Cerda, G., Cuevas, H., Lizárraga, A., Sanabria, C. & Palafox, I. (2008). *Interacción familiar y anorexia: Estudio de caso*. Universidad del Valle de México - Campus Lomas Verde. Recuperado el 10 de Enero de 2010., de [http://www.apsique.com/blog/interaccion\\_familiar\\_y\\_anorexia\\_estudio\\_caso](http://www.apsique.com/blog/interaccion_familiar_y_anorexia_estudio_caso)
- CEPAL (1996). *Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay*, CEPAL: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Montevideo.
- CEPAL (2008). *Familias y políticas públicas en América Latina*. Recuperado el 9 de julio de 2008, de <http://estudiosdefamilia.blogspot.com/2008/07/cepal-familias-y-politicas-pblicas-en.html>
- Cibanal, L. (2004). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*, Escuela Universitaria de Alicante: Club Universitario.
- Conners, C. & Barkley, R. (1973). Rating Scales and Checklists for Child Psychopharmacology, *Psychopharmacology Bull*, 21: 809-844.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*, Buenos Aires: Kapelusz.
- Cruzat C., Ramírez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). *Trastornos*

- Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción de Chile, *Psyche*, Pontificia Universidad Católica de Chile, 17, (1), p. 1-11.
- Chalmers, J.B. (2006). Collaborative Assessment: An Alternative to Psychological Evaluation. Vermont Center for Collaborative Assessment. Recuperado el 15 de Enero de [www.somewareinv.com/vcca/coassessment.htm](http://www.somewareinv.com/vcca/coassessment.htm).
  - Danila, O. (2010). Estudio de casos del conflicto Trabajo-Familia y sus consecuencias en ambientes multinacionales, Recuperado el 20 de agosto de 2009 de <http://holon.ladipu.com/resources/15>.
  - DCPE (2008). *Introducción a los modelos de evaluación*, [Capítulo 1], de Recuperado el 12 de agosto de 2009 de <http://www.google.com/modelosdeevaluación/>.
  - Declaración Universal de los Derechos humanos: Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
  - De Lachica, A. (2004). Introducción al DSMIV. Ponencia presentada ante la Facultad de Medicina de la UMSNH, Morelia Mich.
  - De la Fuente, R. (1996). Importancia del diagnóstico y clasificación en psiquiatría. *Revista Salud Mental*, 19,(1).
  - Durán, G. (2005). "La familia cuesta pero vale la pena". Bogotá: San Pablo.
  - Engels, F. (1997). *El origen de la familia, la propiedad privada, y el estado*. Edit. Mex. Unidos: México.
  - Epstein, N.B., Baldwin, L. M. & Bishop D.S. (1983). *The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family*, en Normal family processes, Walsh, F., New York: Guilford Press.

- Escuela de psicología. (2006). *Psicodiagnóstico infantil* [Diapositiva], Puebla, Puebla, México: Universidad de las Américas.
- Espejel E. (1997). *Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Espejel, E. (2007). Maestría en Psicoterapia Familiar, Universidad Vasco de Quiriga, Morelia, Mich, Mexico.
- Estrada I. L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. Grijalbo: México.
- Fajardo, R. E. (2008). Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué. Universidad del Norte Colombia. *Salud Uninorte*. 24, (2), pp. 248-257.
- Finn, S. (1996). *Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Finn, S. (2009). The Many Faces of Empathy in Experiential, Person-Centered, Collaborative Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 91, (1).
- Fisher, C. (2000). Collaborative, Individualized Assessment, *Journal of Personality Assessment*. 74, (1).
- Frankel (2009). About the Collaborative Treatment Method For Psychology, Psychiatry, and Psychotherapy. Recuperado el 16 de Noviembre de 2009 de <http://www.collaborativepsychology.com/CCP-Fact-Sheet.pdf>
- Freedman, J., & Combs, G., (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities* . New York: WW Norton.
- Freud, S. (1986). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frías, J. (2006). Dirección de Centro Asistencial y de Integración Familiar, DIF Sonora.

- Frías, M. & Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento, *Papeles del Psicólogo*, 24 (85).
- Fuster G. (2000). *Psicología social de la familia*. Buenos Aires: Paidós
- Garaigordobil, M. (2008). *Evaluación psicológica: concepto, historia y modelos* [Diapositiva], España: Universidad del País Vasco.
- Geroski, A. & Rodgers, K. (1998). Collaborative assessment and treatment of children with enuresis and encopresis. *Professional School Counseling*, 2, (2) 7-128.
- González, V. M. (2005). La terapia familiar. *Revista Avances*, Coordinación e investigación ISCA, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 75.
- Gorjon, L. M. (2000). Los pacientes borderline y sus familias: una comprensión multigeneracional. *La terapia familiar en México Hoy*, Universidad Autónoma de Tlaxcala, en Jimenez, (comp) (2000).
- Guadarrama, R.L. (1999). Familia, telenovelas y fútbol. estudio de caso desde el enfoque sistémico, Anuario CONEICC de Investigación de la Comunicación V, Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación .
- Hales (1996). *Tratado de psiquiatría clínica*. (2ª ed). Barcelona: Elsevier.
- Hamel, J. (1992). "The case Method in Sociology. New Theoretical and Methodological Issues", *Current Sociology*, 40.
- Hathaway, S. R. & J. C. McKinley (2005). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)*, Manual Moderno: México. Adaptación al español: E. Lucio Gómez-Maqueo.
- Hernandez-Cervantes, Q. (2007). Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida. Tesis doctoral no publicada. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.



- Hoffman L. (1992). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L., Paris, S & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*, México: Editorial McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2004). Definición de Hogar. obtenido en <http://www2.inegi.gob.mx/estestint/ficha.asp?idf=14>. Derechos reservados © 2008 INEGI.
- Juan Pablo II (1983). *Carta de los derechos de la familia*. El Vaticano.
- Kazdin A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kratochwil, T. R., & Morris, P. J. (1985). Conceptual and methodological issues in the behavioral assessment and treatment of children's fears and phobias, *School psychology Review*, 14. 94-107.
- Lacan, J. (1978). *La familia*. Buenos Aires: Editorial Argonauta.
- Lacan J. (1981). *El seminario O: El hombre de las Ratas*. París: Editions du Seuil.
- Laing, R. (1969). *El cuestionamiento de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Lewis, O. (1961). *Los hijos de Sánchez. Autobiografía de una familia mexicana*. (16a.ed.), México: Ed. Grijalbo.
- López, P. J. *Resiliencia Familiar ante el duelo*. Tesis de Doctorado inédita. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Macías R. (1998). *El ciclo vital de la familia. Antología de la sexualidad humana*. (2ª ed.), México: Porrúa

- Maganto, C. (1987). *Test Gráfico del Dibujo de un Animal. Evaluación Madurativo-Mental y Emocional en niños de 6 a 13 años*. Barcelona: Servei d'Informacio y Publicacions.
- Maggio, E. & Álvarez M. (2008). *El mecanismo psicológico de la proyección*. Recuperado el 21 de Octubre de 2008 de <http://www.geocities.com/centrotecnicas/proyeccion.html>
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Marcelli, D. & Ajuriaguerra, J. (1996). *La psicopatología infantil*. Barcelona: Masson
- Martínez, M. E. (2006). *Psicoterapia familiar hoy* [Diapositiva], Morelia, Michoacán, México: Universidad Vasco de Quiroga.
- McGoldrick y Gerson (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Merani, A. (1979). *Diccionario de Psicología*. México: Grijalbo.
- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Editorial Paidós.
- Moreno, M. J. (2005). Estudio sobre las implicaciones de la psicopatología parental, la transmisión intergeneracional y el abuso de sustancias tóxicas en el maltrato infantil, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, (3), 335-374.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Ed. Herder.
- Offer & Sabshin. (1966, 1971). *Normality: theoretical and clinical concepts of mental health*, (1a y 2a eds.) New York: Guilford Press.

- OMS (2004). La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia, 57ª Asamblea Mundial de la Salud a57/12.
- Organización Mundial de la Familia (1988). *Vuelve la Familia. Congreso Internacional de la Familia*. Encuentro.
- Ortega, H. (1996). Criterios diagnósticos para investigación. *Revista Salud Mental*, 19, (31).
- Olson, D., Russell, C., Sprenkle, D. (2004) Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*. 22, (1). P.69-83.
- Pacherrres, N. (2004). Disfuncionalidad familiar y rendimiento académico, Documento presentado en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Trujillo, Perú.
- Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidos,
- V Congreso Mundial de Familias (2009). *Declaración de Ámsterdam* 12 de agosto.
- Red De Gestores Sociales (2008). La familia en el Sistema de Naciones Unidas, Bogotá, 36 (1).
- Rocha, J. L.M. (2000). Algunas consideraciones sobre la metodología cuantitativa y cualitativa en la terapia familiar. *La terapia familiar en Mexico Hoy*. Universidad Autónoma de Tlaxcala,. en Jimenez, R. (2000) (comp).
- Rogers, C. (1984). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidos.
- Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.

- Sección de Servicios de Internet. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas (2007). Recuperado el 29 de Agosto de 2007 de <http://www.un.org/spanish/conferences/ref/other.shtml>.
- Smilkstein, G. (1978). *The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by psysicians*, J.Fam Pract, 6, 1231-1239.
- Smith, C., & Nylund, D. (1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press. Nueva York: Guilford Press.
- Soifer R. (1979). *¿Para que la familia?*. Argentina: Kapeluz
- Sosa C. S. (2006). *La génesis y el desarrollo del cambio estratégico: un enfoque dinámico basado en el momentum organizativo*. Tesis doctoral accesible a texto completo de <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/>
- Soulé, M & Lauzanne, K. (1990). *La carencia de cuidados maternos y sus efectos. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Steinglass, P., Bennet, L.A., Wolin S.J. & Reiss, D., (1987). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Stufflebeam, D. (2001). *Estándares de evaluación de personal*. Bilbao: Paidos.
- Stumpfhauser, A. (1999). Título no recuperado. Tesis de Grado no Publicada. Morelia, Mich. Universidad Vasco de Quiroga.
- Trull, T. & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thompson.
- Tustin, F. (1991). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós.
- Ullom-Minnich, M. R. (1996). El diagnóstico y la administración de enuresis nocturna. *El Médico norteamericano de la Familia*, 54 (7) 2259-2263.
- Umbarger, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires:

Amorrortu.

- Velasco, A. F., (2008). ¿En donde se encuentra lo psicodinámico en la terapia familiar? *Revista Psicoterapia y Familia*, AMTF, 21 (1).
- Walsh, F. (2003). *Normal Family Process*. New York: Guilford Press. (3<sup>rd</sup>. ed.)
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Weller E, Weller R, Rooney M y Fristad, M. (2001). *Entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes (ChIPS)*. México: Manual Moderno.
- Xochimitl, T. V. (2008). Ya basta, no más violencia, *Revista Psicoterapia y Familia*, AMTF, 21 (1).
- Yin, R. K. (1993). *Applications of Case Study Research*. London: SAGE.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. London: SAGE.
- Zuk, G. (1982). *Psicoterapia Familiar: Un enfoque triádico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zuk, G. & Boszormeny-Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.

# ANEXOS


---

# ANEXO 1. Hoja de Registro. ChIPS en fase de intervención.

MP  
56-9


Clave de id:  
Nombre del:  
Fecha de na:  
Origen étnic:  
Lugar (marq):

ChIPS/Hoja de registro  
Perfil



Trastorno	Síntomas	Diagnóstico	Duración	Diagnóstico del clínico
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad <i>Tipo: con predominio de Déficit de atención con predominio Hiperactivo-impulsivo Combinado</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eje I
Trastorno negativista desafiante	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trastorno disocial <i>Aparición: Infancia, Adolescencia Gravedad: Leve, Moderado, Grave</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuso de sustancias <i>Sustancia(s):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fobia específica <i>Tipo: Substrucional</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eje II
Fobia social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de ansiedad por separación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eje III
Trastorno de ansiedad generalizada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por estrés postraumático <i>Tipo: Agudo, Crónico Aparición: Regular, Retrasado</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje IV
Trastorno por estrés agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actual:
Trastorno depresivo mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año pasado:
Trastorno distímico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enuresis <i>Tipo: Nocturna, Diurna, Ambas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Factores de estrés psicosocial:				
Otros factores de estrés:				
Observaciones conductuales:				
Apariencia: <i>Poco adecuada a su edad, con poca grande y desahogado.</i>		Afecto: <i>Pegado al inicio, pero relajado al terminar, momentos abrumados.</i>		
Esfuerzo: <i>Cercado para poca atención</i>		Nivel de actividad: <i>Elevado, con mucha inquietud y movimientos.</i>		
Comportamientos fuera de lo común: <i>No opiedad</i>				

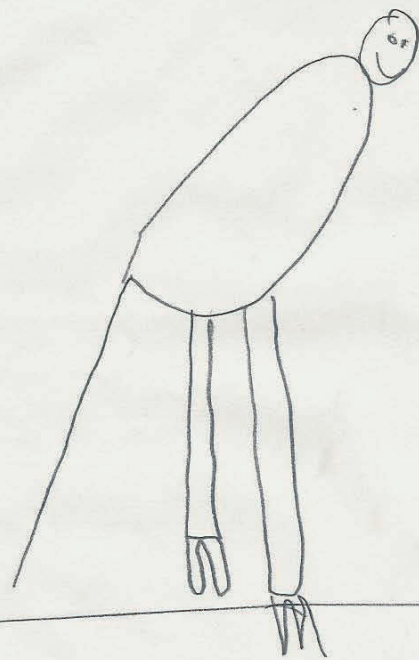
Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) "First Published in the United States by American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C. and London, England". Copyright © 1999 Elizabeth B. Weller, Ronald A. Weller, Mary A. Fristad y Marijoo Rooney. All Rights Reserved.  
Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS). Edición original publicada en Estados Unidos de América por American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C. y Londres, Inglaterra. D.R. © 2001. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc, 06100 México, D.F.



## ANEXO 2. Test del animal. Tres dibujos en fase de intervención.

---





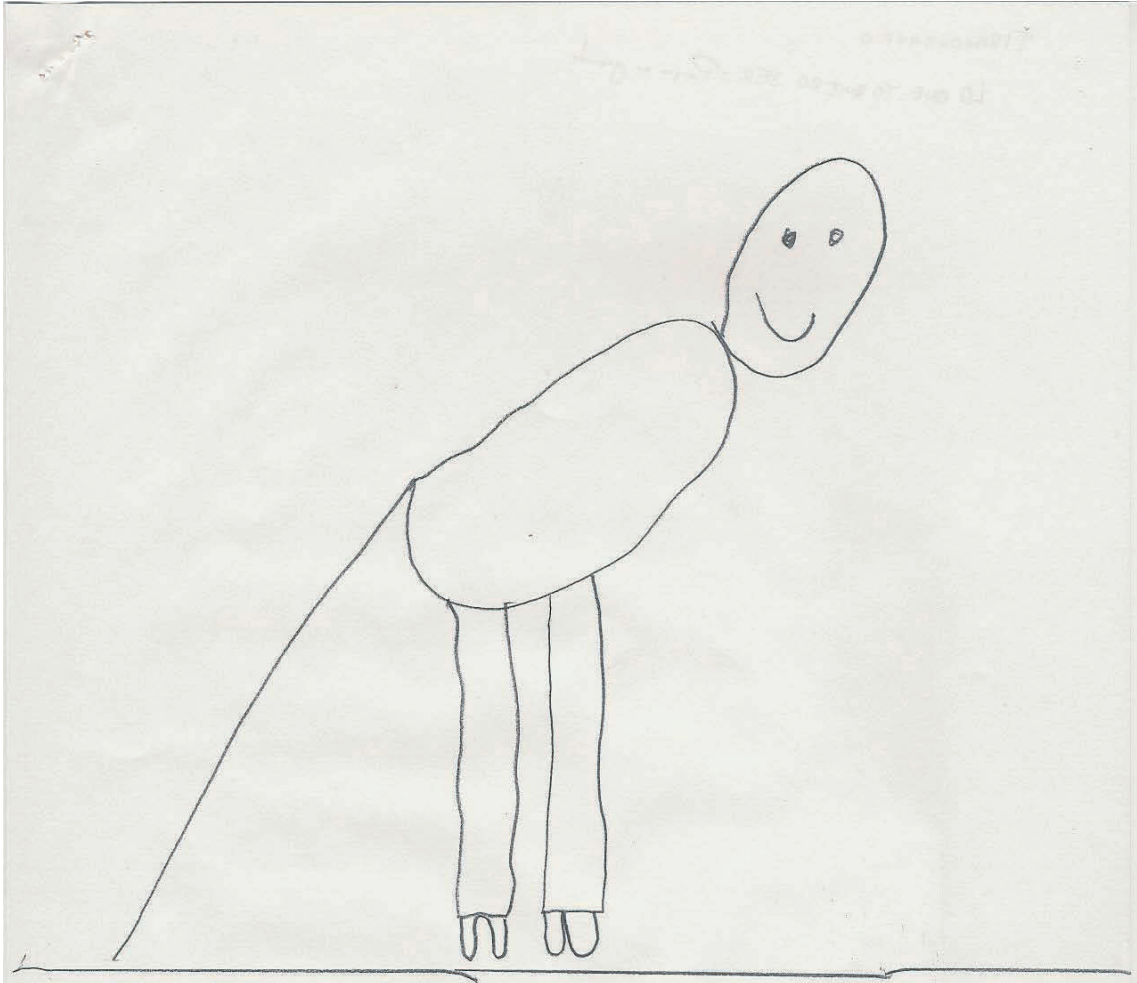
no diente fillos

MAT MC GOTT  
DUNCAN FRED

For the...  
...



diente filos



tiranosario

# ANEXO 3. Apgar Familiar en fase de intervención.

Dx01

**APGAR, versión adaptada para niño.**

**Identificación ..**

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A: Casi nunca B: A veces C: Casi siempre**

1.- ¿Te sientes bien con la ayuda que te dan tus papás cuando tienes un problema?	C
2.- ¿En tu casa se cuentan los problemas que les pasan?	B
3.- ¿Tus papás se ponen de acuerdo cuando deciden algo?	C
4.- ¿Estas a gusto con el tiempo que pasas con tu familia?	C
5.- ¿Sientes que tu familia te quiere?	C
<b>TOTAL:</b>	<u>9</u>

**Identificación :**

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A:** Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

- 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? B
- 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? C
- 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? C
- 4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? C
- 5.- ¿Siente que su familia le quiere? C

**TOTAL:** 9

**Identificación**

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

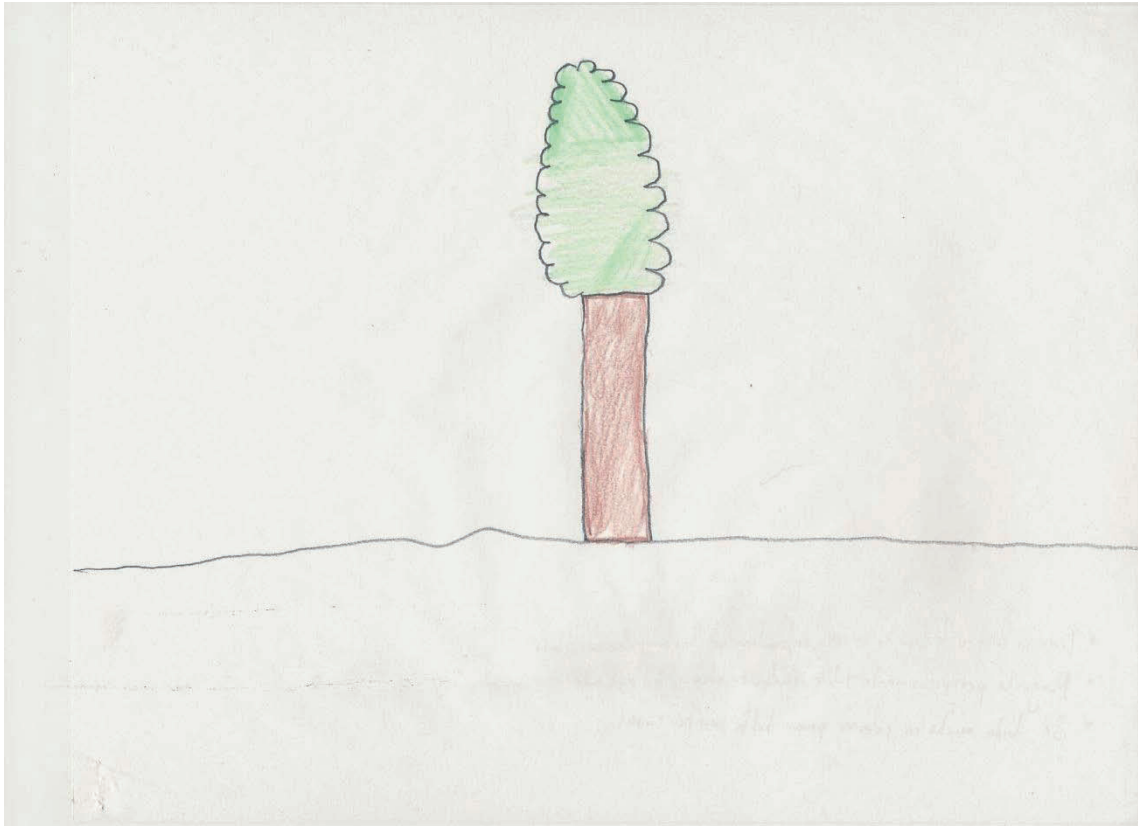
**A:** Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

- |  |          |
|--|----------|
| 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | <u>B</u> |
| 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                       | <u>C</u> |
| 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa                      | <u>C</u> |
| 4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?              | <u>C</u> |
| 5.- ¿Siente que su familia le quiere?  | <u>C</u> |

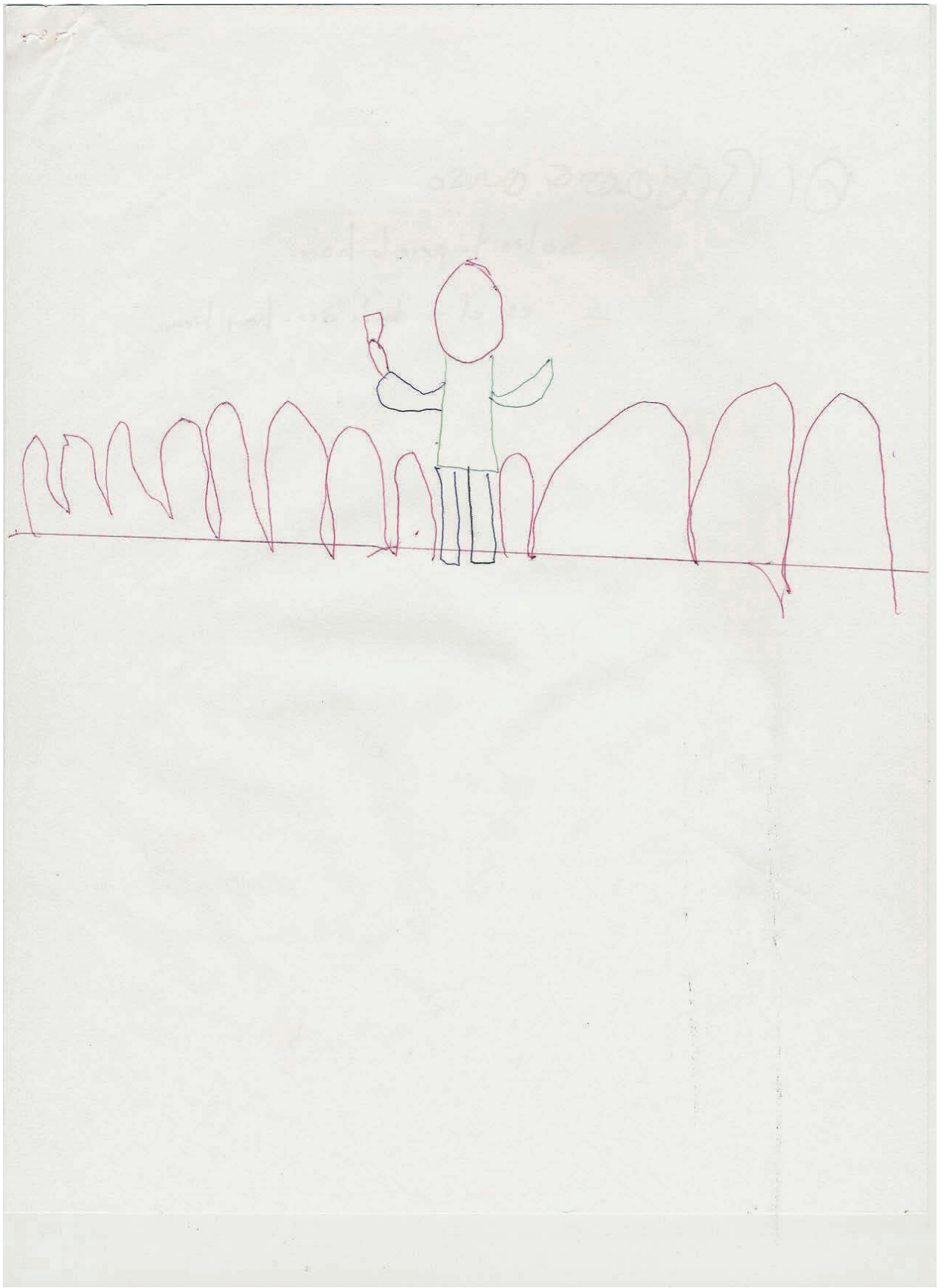
**TOTAL:** 9

## ANEXO 4. Test Proyectivo H-T-P en fase de intervención.

---



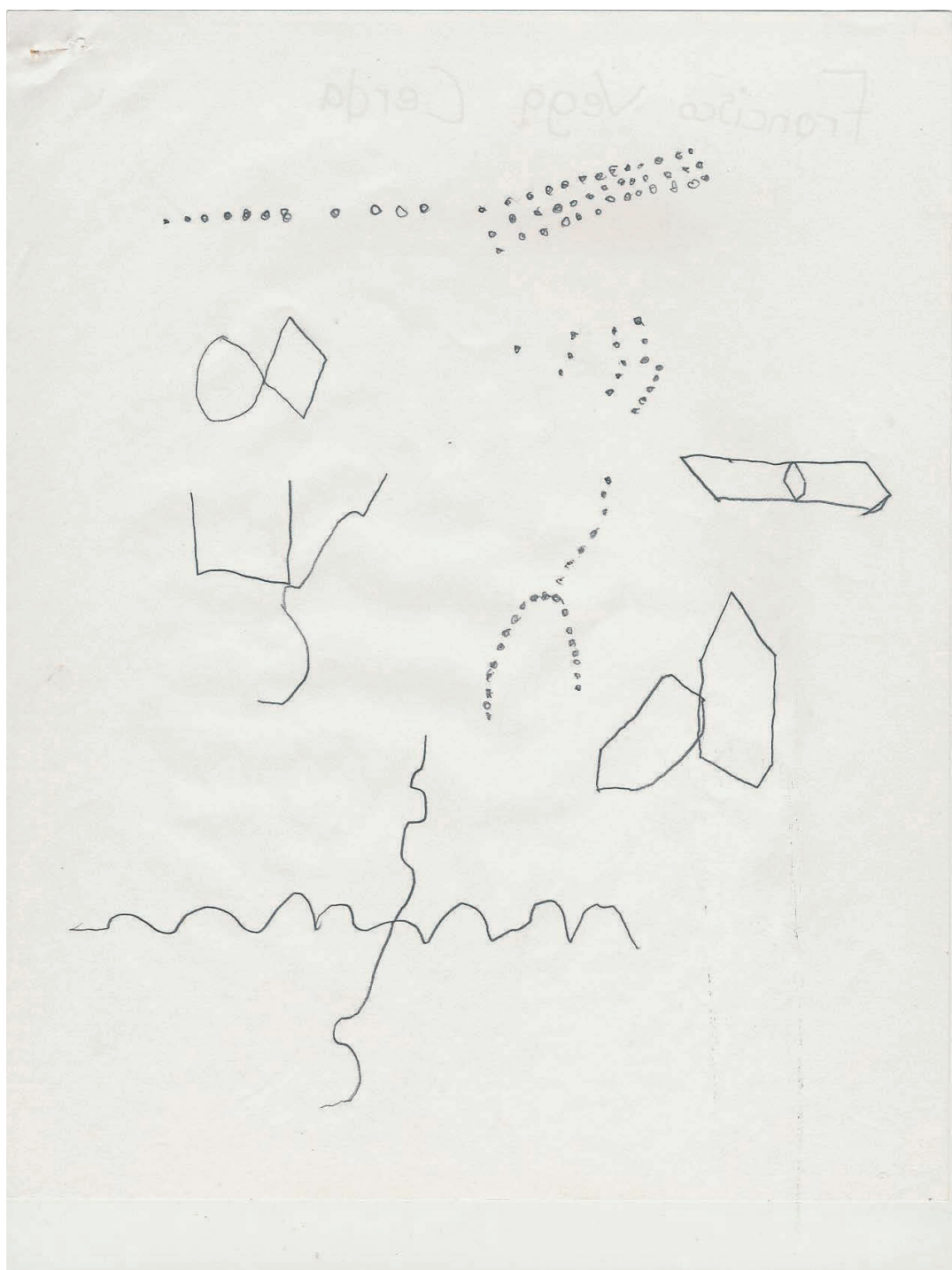






## ANEXO 5. Test de Bender en fase de intervención.

---



# ANEXO 6. Cuestionario de Conducta. Reporte del Padre en fase de intervención.

0x01

## Cuestionario de Conducta para Niños Reporte del Padre

(Versión Adaptada del Cuestionario de Conners para Padres hecha por los Drs. Fco de la Peña & Luis Almeida)

Fecha: ( )  
Nombre ( )  
Edad: ( )  
Nombre ( )

y

Instrucciones: La siguiente lista de reactivos enumerados a continuación señala conductas relacionadas con su hijo o con problemas que tiene. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida qué tanto ha estado afectado su hijo por este problema en el último mes marcando con una "X" una sola casilla por cada reactivo, para "nunca", "un poco", "bastante" o "demasiado". La información que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada para la evaluación de su hijo. Por favos asegúrese de responder todos los reactivos.

	0	1	2	3
	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
<b>Problemas para comer</b>				
1.- Pica y no come	X			
2.- No come suficiente			X	
3.- Tiene sobrepeso		X		
<b>Problemas para dormir</b>				
4.- Es inquieto			X	
5.- Tiene pesadillas	X			
6.- Se despierta		X		
7.- Tarda en dormirse		X		
<b>Miedo y preocupaciones</b>				
8.- Tiene miedo a nuevas situaciones			X	
9.- Tiene miedo a la gente	X			
10.- Tiene miedo a estar solo		X		
11.- Se preocupa de enfermedades y muerte	X			
<b>Tensión muscular</b>				
12.- Está tenso y rígido		X		
13.- Tiene sacudidas	X			
14.- Tiembla mucho	X			
<b>Problemas de lenguaje</b>				
15.- Tartamudea	X			
16.- Dificil de entender	X			
<b>Control de esfínteres</b>				
17.- Moja la cama	X			
18.- Orina a cada rato	X			



19.- Se ensucia de popó	X			
20.- Retiene las heces, muy estreñido	X			
<b>Quejas somáticas repetidas</b>				
21.- Dolores de cabeza		X		
22.- Dolores de estómago		X		
23.- Vomita	X			
24.- Dolores diversos		X		
25.- Evacúa sin control	X			
<b>Problemas para chupar, masticar o agarrar</b>				
26.- Se chupa el dedo				X
27.- Se muerde o come las uñas				X
28.- Muerde su ropa, sábanas u otros objetos.	X			
29.- Coge el cabello o la ropa	X			
<b>Inmadurez</b>				
30.- No actúa conforme a su edad	X			
31.- Lloro fácilmente		X		
32.- Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo	X			
33.- Se niega a separarse de sus padres u otros adultos	X			
34.- Habla como bebé	X			
<b>Problemas con sus sentimientos</b>				
35.- Se enoja con él mismo	X			
36.- Se deja empujar por otros niños	X			
37.- Se ve infeliz o triste	X			
38.- Se siente culpable		X		
<b>Auto-sobreestimación</b>				
39.- Vanfarronea	X			
40.- Se jacta o bravea		X		
41.- Es insolente o descarado	X			
<b>Problemas para hacer amigos</b>				
42.- Es tímido	X			
43.- Le da miedo lo que otros niños le hacen	X			
44.- Se siente fácilmente lastimado		X		
45.- Le cuesta hacer amigos	X			
<b>Problemas con sus hermanos</b>				
46.- Tiene sentimientos de ser engañado	X			
47.- Se siente inferior	X			
48.- Se pelea		X		
<b>Problemas para conservar a sus amigos</b>				

49.- Molesta a otros niños	<input checked="" type="checkbox"/>			
50.- Quiere ser el primero		<input checked="" type="checkbox"/>		
51.- Le pega a otros niños	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Inquietud</b>				
52.- Un inquieto o hiperactivo			<input checked="" type="checkbox"/>	
53.- Es excitable o impulsivo		<input checked="" type="checkbox"/>		
54.- No termina lo que inicia o no puede mantener su atención en algo	<input checked="" type="checkbox"/>			
55.- Tiene conducta explosiva	<input checked="" type="checkbox"/>			
56.- Se avienta	<input checked="" type="checkbox"/>			
57.- Tira y rompe las cosas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
58.- Hace berrinches y se enfurece			<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Actitudes hacia el sexo</b>				
59.- Juega con sus órganos sexuales	<input checked="" type="checkbox"/>			
60.- Tiene juegos sexuales con otros niños	<input checked="" type="checkbox"/>			
61.- Es reservado en cuanto a su cuerpo			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>¿Quiere tener a los niños? ¿Cómo se plantea la heterosexualidad?</i>
<b>Problemas en la escuela</b>				
62.- Le cuesta trabajo aprender	<input checked="" type="checkbox"/>			
63.- Le molesta ir a la escuela		<input checked="" type="checkbox"/>		
64.- Le da miedo ir a la escuela		<input checked="" type="checkbox"/>		
65.- Es distraído, sueña despierto	<input checked="" type="checkbox"/>			
66.- Se va de pinta	<input checked="" type="checkbox"/>			
67.- Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Mentiras</b>				
68.- Niega haber hecho algo malo		<input checked="" type="checkbox"/>		
69.- Culpa a otros de sus errores		<input checked="" type="checkbox"/>		
70.- Cuenta historias que nunca existieron		<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Robos</b>				
71.- Roba a sus padres	<input checked="" type="checkbox"/>			
72.- Roba en la escuela	<input checked="" type="checkbox"/>			
73.- Roba tiendas y otros sitios	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Problemas con el fuego</b>				
74.- Prende fuego	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Problemas con la policía</b>				
75.- Se mete en problemas con la policía	<input checked="" type="checkbox"/>			
Especifique:				
<b>Perfeccionismo</b>				
76.- Todo debe ser perfecto	<input checked="" type="checkbox"/>			



77.- Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera	<input checked="" type="checkbox"/>			
78.- Se propone metas muy altas	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Problemas adicionales</b>				
79.- Es inatento, se distrae fácilmente		<input checked="" type="checkbox"/>		
80.- Siempre inquieto			<input checked="" type="checkbox"/>	
81.- Es imposible dejarlo solo	<input checked="" type="checkbox"/>			
82.- Se trepa en los demás	<input checked="" type="checkbox"/>			
83.- Se levanta muy temprano	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
84.- Corre durante la comida	<input checked="" type="checkbox"/>			
85.- Demanda ser satisfecho inmediatamente		<input checked="" type="checkbox"/>		
86.- Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo		<input checked="" type="checkbox"/>		
87.- Trae el sierre abierto		<input checked="" type="checkbox"/>		
88.- Llora frecuente y fácilmente	<input checked="" type="checkbox"/>			
89.- Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos		<input checked="" type="checkbox"/>		
90.- Actúa como si estuviera impulsado por un motor			<input checked="" type="checkbox"/>	
91.- Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente	<input checked="" type="checkbox"/>			
92.- Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	<input checked="" type="checkbox"/>			
93.- Sigue sin atar sus agujetas	<input checked="" type="checkbox"/>			
94.- Otro:				
95.- Otro:				
96.- Otro:				
97.- Otro:				
98.- Otro:				
99.- Otro:				

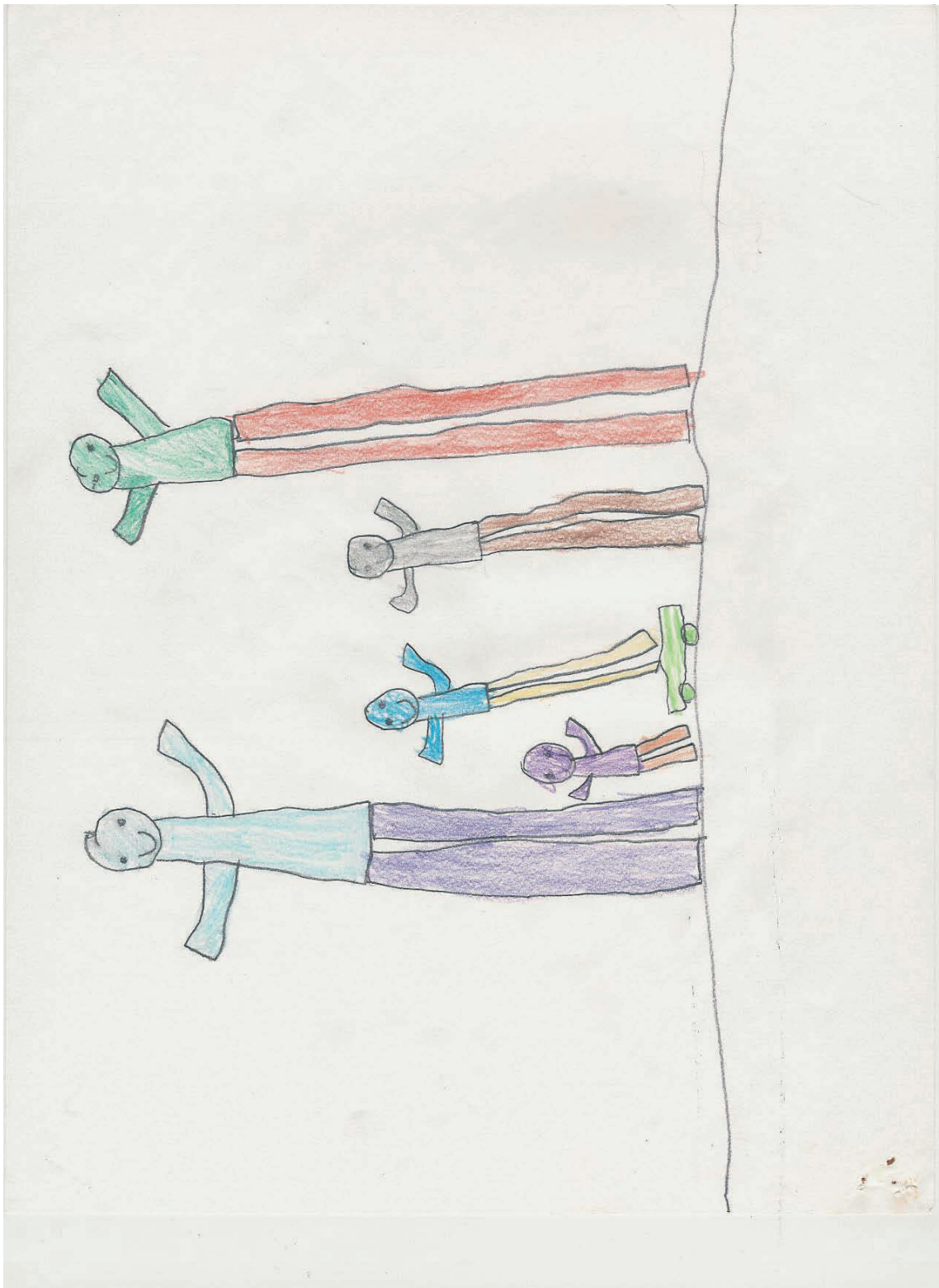
100.- ¿Qué tan serio considera el problema de su hijo actualmente?

- Sin problema alguno  
 Problema menor  
 Problema mayor

Agregue cualquier comentario que considere importante para que podamos conocer mejor a su hijo:

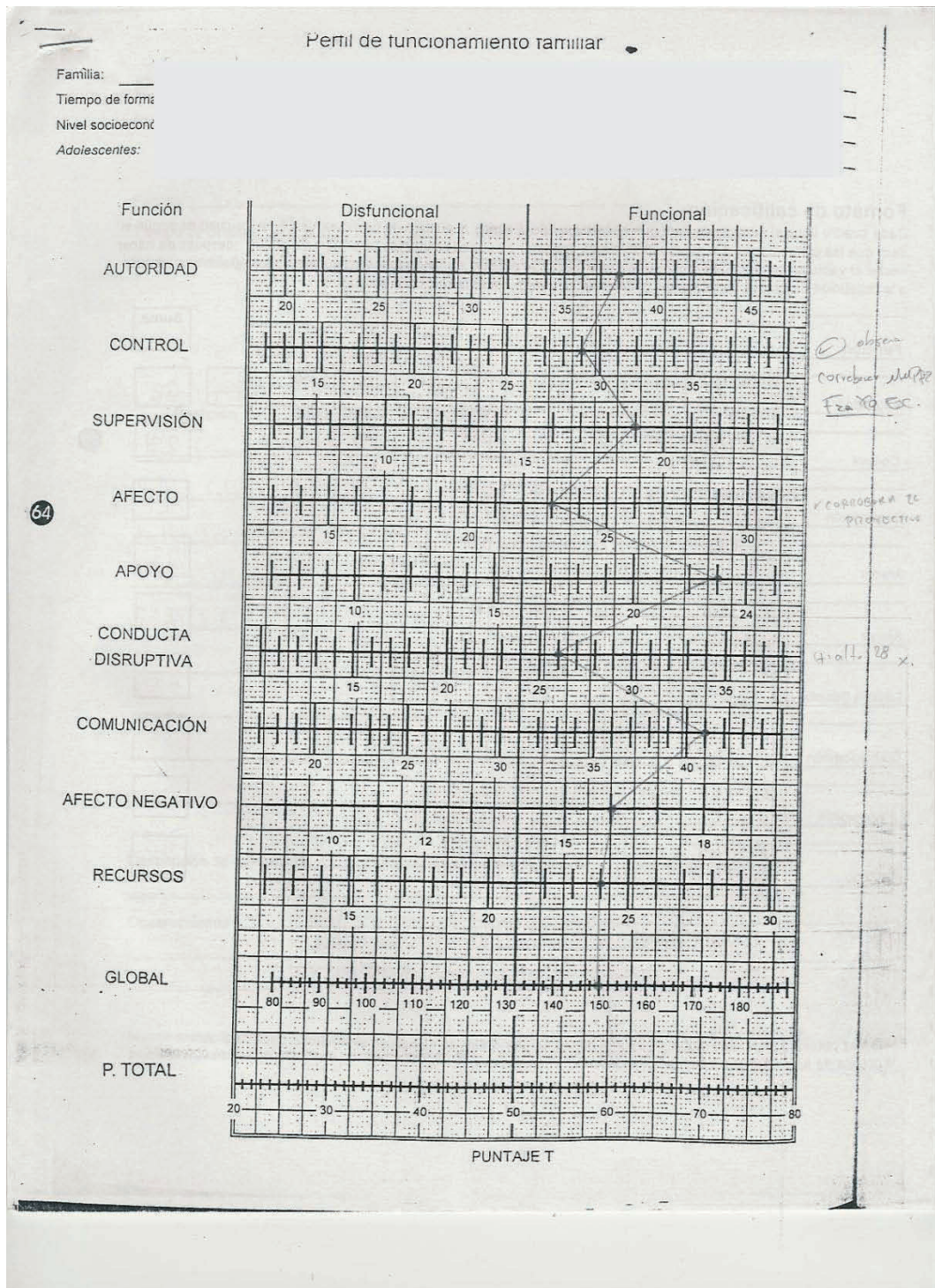
## ANEXO 7. Test del Dibujo de Familia en fase de intervención.

---





# ANEXO 8. Perfil de Funcionamiento Familiar en fase de intervención.




## ANEXO 9. Índice de Masa Corporal. Reporte médico en fase de intervención.

1.51 mts (2.2801)	115
76.5 ks	T.A. 70
	IMC 33.55 Obesidad II
<hr/>	
26.5 kg	IMC 19.03 Normal
118 cms (1.3924)	
<hr/>	
14.600 grs	No relevante
93 cm. (0.8649)	IMC 16.88 Normal
<hr/>	
73.5 ks	109/70
1.60 mts	IMC 28.71
	Obesidad I
<hr/>	
102.5 ks	125/85
1.68 mts (2.8224)	IMC 36.31 Obesidad II




# ANEXO 10. MMPI-2. Hoja de respuestas de los dos padres. Cara anterior.



## MMPI-2

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA-2  
Hoja de respuestas para calificación por computadora



NOMBRE \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

No maltrate ni doble esta hoja. Marque con lápiz del No. 2 o 2½. No use pluma ni marcador. Marque su respuesta llenando completamente el círculo que corresponde.

**MARQUE ASÍ:** ●

No marque así: ☒ ☑ ⊖

EN CASO DE ERROR, BORRE COMPLETAMENTE.

Número de identificación	Carrera/ocupación	Semestre	Edad	Sexo	Escolaridad	A	B
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0	0	2 0	Masculino <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	0 0	0 0
1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1	1	1 1	Femenino <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	1 1	1 1
2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 2	2	2 2	<b>Estado civil</b>		2 2	2 2
3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3	3	3 3	Soltero <input type="radio"/>	Bachillerato <input checked="" type="radio"/>	3 3	3 3
4 4 4 4 4 4 4 4	4 4 4	4	4 4	Casado <input checked="" type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	4 4	4 4
5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 5	5	5 5	Unión libre <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	5 5	5 5
6 6 6 6 6 6 6 6	6 6 6	6	6 6	Divorciado <input type="radio"/>		6 6	6 6
7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 7	7	7 7	Separado <input type="radio"/>		7 7	7 7
8 8 8 8 8 8 8 8	8 8 8	8	8 8	Viudo <input type="radio"/>		8 8	8 8
9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 9	9	9 9			9 9	9 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196

D.R. © 1995 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. con autorización Universidad Nacional Autónoma de México © 1994 y por University of Minnesota © 1942, 1943, 1970, 1989

Prohibida su reproducción.



# MMPI-2

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA-2  
Hoja de respuestas para calificación por computadora



NOMBRE \_

Escolaridad

### INSTRUCCIONES

No maltrate ni doble esta hoja. Marque con lápiz del No. 2 o 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. No use pluma ni marcador.  
Marque su respuesta llenando completamente el círculo que corresponde.

**MARQUE ASÍ:** ●

No marque así: ⊗ ⊙ ⊖

EN CASO DE ERROR, BORRE COMPLETAMENTE.

Número de identificación	Carrera/ocupación	Semestre	Edad	Sexo	Escolaridad	A	B
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0	0	0 0	Masculino <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	0 0	0 0
1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1	1	1 1	Femenino <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	1 1	1 1
2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 2	2	2 2	Estado civil		2 2	2 2
3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3	3	3 3	Soltero <input type="radio"/>		3 3	3 3
4 4 4 4 4 4 4 4	4 4 4	4	4 4	Casado <input type="radio"/>		4 4	4 4
5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 5	5	5 5	Unión libre <input type="radio"/>		5 5	5 5
6 6 6 6 6 6 6 6	6 6 6	6	6 6	Divorciado <input type="radio"/>		6 6	6 6
7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 7	7	7 7	Separado <input type="radio"/>		7 7	7 7
8 8 8 8 8 8 8 8	8 8 8	8	8 8	Viudo <input type="radio"/>		8 8	8 8
9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 9	9	9 9		Posgrado <input type="radio"/>	9 9	9 9

1 (V) (F)	2 (V) (F)	3 (V) (F)	4 (V) (F)	5 (V) (F)	6 (V) (F)	7 (V) (F)	8 (V) (F)	9 (V) (F)	10 (V) (F)	11 (V) (F)	12 (V) (F)	13 (V) (F)	14 (V) (F)
15 (V) (F)	16 (V) (F)	17 (V) (F)	18 (V) (F)	19 (V) (F)	20 (V) (F)	21 (V) (F)	22 (V) (F)	23 (V) (F)	24 (V) (F)	25 (V) (F)	26 (V) (F)	27 (V) (F)	28 (V) (F)
29 (V) (F)	30 (V) (F)	31 (V) (F)	32 (V) (F)	33 (V) (F)	34 (V) (F)	35 (V) (F)	36 (V) (F)	37 (V) (F)	38 (V) (F)	39 (V) (F)	40 (V) (F)	41 (V) (F)	42 (V) (F)
43 (V) (F)	44 (V) (F)	45 (V) (F)	46 (V) (F)	47 (V) (F)	48 (V) (F)	49 (V) (F)	50 (V) (F)	51 (V) (F)	52 (V) (F)	53 (V) (F)	54 (V) (F)	55 (V) (F)	56 (V) (F)
57 (V) (F)	58 (V) (F)	59 (V) (F)	60 (V) (F)	61 (V) (F)	62 (V) (F)	63 (V) (F)	64 (V) (F)	65 (V) (F)	66 (V) (F)	67 (V) (F)	68 (V) (F)	69 (V) (F)	70 (V) (F)
71 (V) (F)	72 (V) (F)	73 (V) (F)	74 (V) (F)	75 (V) (F)	76 (V) (F)	77 (V) (F)	78 (V) (F)	79 (V) (F)	80 (V) (F)	81 (V) (F)	82 (V) (F)	83 (V) (F)	84 (V) (F)
85 (V) (F)	86 (V) (F)	87 (V) (F)	88 (V) (F)	89 (V) (F)	90 (V) (F)	91 (V) (F)	92 (V) (F)	93 (V) (F)	94 (V) (F)	95 (V) (F)	96 (V) (F)	97 (V) (F)	98 (V) (F)
99 (V) (F)	100 (V) (F)	101 (V) (F)	102 (V) (F)	103 (V) (F)	104 (V) (F)	105 (V) (F)	106 (V) (F)	107 (V) (F)	108 (V) (F)	109 (V) (F)	110 (V) (F)	111 (V) (F)	112 (V) (F)
113 (V) (F)	114 (V) (F)	115 (V) (F)	116 (V) (F)	117 (V) (F)	118 (V) (F)	119 (V) (F)	120 (V) (F)	121 (V) (F)	122 (V) (F)	123 (V) (F)	124 (V) (F)	125 (V) (F)	126 (V) (F)
127 (V) (F)	128 (V) (F)	129 (V) (F)	130 (V) (F)	131 (V) (F)	132 (V) (F)	133 (V) (F)	134 (V) (F)	135 (V) (F)	136 (V) (F)	137 (V) (F)	138 (V) (F)	139 (V) (F)	140 (V) (F)
141 (V) (F)	142 (V) (F)	143 (V) (F)	144 (V) (F)	145 (V) (F)	146 (V) (F)	147 (V) (F)	148 (V) (F)	149 (V) (F)	150 (V) (F)	151 (V) (F)	152 (V) (F)	153 (V) (F)	154 (V) (F)
155 (V) (F)	156 (V) (F)	157 (V) (F)	158 (V) (F)	159 (V) (F)	160 (V) (F)	161 (V) (F)	162 (V) (F)	163 (V) (F)	164 (V) (F)	165 (V) (F)	166 (V) (F)	167 (V) (F)	168 (V) (F)
169 (V) (F)	170 (V) (F)	171 (V) (F)	172 (V) (F)	173 (V) (F)	174 (V) (F)	175 (V) (F)	176 (V) (F)	177 (V) (F)	178 (V) (F)	179 (V) (F)	180 (V) (F)	181 (V) (F)	182 (V) (F)
183 (V) (F)	184 (V) (F)	185 (V) (F)	186 (V) (F)	187 (V) (F)	188 (V) (F)	189 (V) (F)	190 (V) (F)	191 (V) (F)	192 (V) (F)	193 (V) (F)	194 (V) (F)	195 (V) (F)	196 (V) (F)

D.R. © 1995 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
con autorización Universidad Nacional Autónoma de México © 1994 y  
por University of Minnesota © 1942, 1943, 1970, 1989

Prohibida su reproducción.



## ANEXO 11. Cuestionario de alimentación en fase de intervención.

I. Marque en los siguientes grupos de alimentos el consumo de su hijo:

	Casi nada	Poco	Regular	Mucho	Demasiado
Leche, yogurt, queso, crema			<input checked="" type="checkbox"/>		
Carnes rojas			<input checked="" type="checkbox"/>		
Pollo, pescado,			<input checked="" type="checkbox"/>		
Harinas, pan blanco/dulce			<input checked="" type="checkbox"/>		
Frutas				<input checked="" type="checkbox"/>	
Verduras				<input checked="" type="checkbox"/>	
Cereales, arroz, granos				<input checked="" type="checkbox"/>	
Pastas, sopas		<input checked="" type="checkbox"/>			
Refrescos, gaseosas		<input checked="" type="checkbox"/>			
Grasas, aceite, frituras			<input checked="" type="checkbox"/>		
Azúcar, dulces, chocolates			<input checked="" type="checkbox"/>		
Agua, jugos naturales				<input checked="" type="checkbox"/>	
Especifique alguno especial:					

# ANEXO 12. Cuestionario de Conducta en la Escuela en fase de intervención.

0x01

**CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA**  
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	0	1	2	3
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				X
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.			X	
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				X
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.		X		
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.		X		
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.			X	
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.			X	
8. Molesta frecuentemente a otros niños.			X	
9. Está en las nubes, ensimismado.		X		
10. Tiene aspecto enfadado, huraño. <i>cuando no está activo</i>			X	
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo			X	
12. Discute y pelea por cualquier cosa.			X	
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.	X			
14. Intranquilo, siempre en movimiento.			X	
15. Es impulsivo e irritable.			X	
16. Exige excesivas atenciones del profesor.			X	
17. Es mal aceptado en el grupo.		X		
18. Se deja dirigir por otros niños.		X		
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".			X	
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.	X			
21. No termina las tareas que empieza.	X			
22. Su conducta es inmadura para su edad.		X		
23. Niega sus errores o culpa a los demás.			X	
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.		X		
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.		X		
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.		X		
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.	X			
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.	X			

## ANEXO 13. Información antecedente.

---

PROTEGIDA CON DERECHOS DE AUTOR

# ANEXO 14. Formato-evaluación de la intervención.

*GRATIS*

0x01

**FORMATO DE EVALUACION**

**Familia**

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

1. Si, completamente de acuerdo	4. En desacuerdo
2. De acuerdo	5. No, completamente en desacuerdo
3. Sin opinión	

Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta  
① 2 3 4 5

Aprendí algo sobre la familia durante la intervención  
① 2 3 4 5

He aprendido algo sobre mí durante la intervención  
① 2 3 4 5

Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.  
① 2 3 4 5

Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación  
① 2 3 4 5

Me senti cómodo y en confianza para hablar  
① 2 3 4 5

Me senti motivado a asistir  
① 2 3 4 5

Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta  
1 ② 3 4 5

Me gustaría continuar en el proceso de intervención  
① 2 3 4 5

Lo que más me agradó de la intervención fue:  
Ver a los niños

Lo que menos me agradó de la intervención fue:  
Nada

Otros comentarios u observaciones:  
Tras haber el tema en un momento y se le escuchó a mi gusto

## FORMATO DE EVALUACION

## Familia

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

1. Sí, completamente de acuerdo  
2. De acuerdo  
3. Sin opinión

4. En desacuerdo  
5. No, completamente en desacuerdo

Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta

1    2    3    4    5

Aprendí algo sobre la familia durante la intervención

1    2    3    4    5

He aprendido algo sobre mí durante la intervención

1    2    3    4    5

Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.

1    2    3    4    5

Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación

1    2    3    4    5

Me sentí cómodo y en confianza para hablar

1    2    3    4    5

Me sentí motivado a asistir

1    2    3    4    5

Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta

1    2    3    4    5

Me gustaría continuar en el proceso de intervención

1    2    3    4    5

Lo que más me agradó de la intervención fue:

Que nos pudiera alludar en familia para salir del problema.

Lo que menos me agradó de la intervención fue:

Abscrite nada.

Otros comentarios u observaciones:

Agradecerle por su alluda y atenciones.



## FORMATO DE EVALUACION

Familia           

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

1. Si, completamente de acuerdo  
 2. De acuerdo  
 3. Sin opinión

4. En desacuerdo  
 5. No, completamente en desacuerdo

Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta

 1    2    3    4    5

Aprendí algo sobre la familia durante la intervención

 1    2    3    4    5

He aprendido algo sobre mí durante la intervención

 1    2    3    4    5

Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.

 1    2    3    4    5

Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación

 1    2    3    4    5

Me sentí cómodo y en confianza para hablar

 1    2    3    4    5

Me sentí motivado a asistir

 1    2    3    4    5

Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta

 1    2    3    4    5

Me gustaría continuar en el proceso de intervención

 1    2    3    4    5

Lo que más me agradó de la intervención fue:

Que aprendí a saber en lo que podemos estar fallando en la educación de nuestros hijos.

Lo que menos me agradó de la intervención fue:

Hasta el momento nada.

Otros comentarios u observaciones:

Gracias por habernos ayudado sobre el problema por así decirlo sobre nuestro hijo.



# ANEXO 15. Hoja de Registro. ChIPS en fase de seguimiento.

56-3

ChIPS/Hoja de registro  
Perfil

Trastorno	Síntomas	Diagnostico	Duración	Diagnostico del clinico
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad <i>Tipo:</i> con predominio de Déficit de atención con predominio Hiperactivo-impulsivo Combinado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eje I
Trastorno negativista desafiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno disocial <i>Aparición:</i> Infancia, Adolescencia <i>Gravedad:</i> Leve, Moderado, Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuso de sustancias <i>Sustancia(s):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fobia específica <i>Tipo:</i> <u>Situacional</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje II
Fobia social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de ansiedad por separación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje III
Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por estrés postraumático <i>Tipo:</i> Agudo, Crónico <i>Aparición:</i> Regular, Retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje IV
Trastorno por estrés agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V
Bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actual:
Trastorno depresivo mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año pasado:
Trastorno distímico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipomanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enuresis <i>Tipo:</i> Nocturna, Diurna, Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Factores de estrés psicossocial:

Otros factores de estrés:

Observaciones conductuales:

Apariencia: Adecuada a su edad con buena coherencia, un poco grande y delgada. Afecto: Tranquilo durante la entrevista

Esfuerzo: Ligeramente Deficiente Nivel de actividad: Medio en momentos de calma con momentos de

Comportamientos fuera de lo común:

Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) "First Published in the United States by American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C. and London, England". Copyright © 1999 Elizabeth B. Weller, Ronald A. Weller, Mary A. Fristad y Marijoo Rooney. All Rights Reserved.

Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS). Edición original publicada en Estados Unidos de América por American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C. y Londres, Inglaterra. D.R. © 2001. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Sonora 206. Col. Hinojeros. Deleg. Cuauhtémoc 06100 México, D.F.

# ANEXO 16. Índice de Masa Corporal. Reporte médico en fase de seguimiento.



Sanatorio Corpus Christi

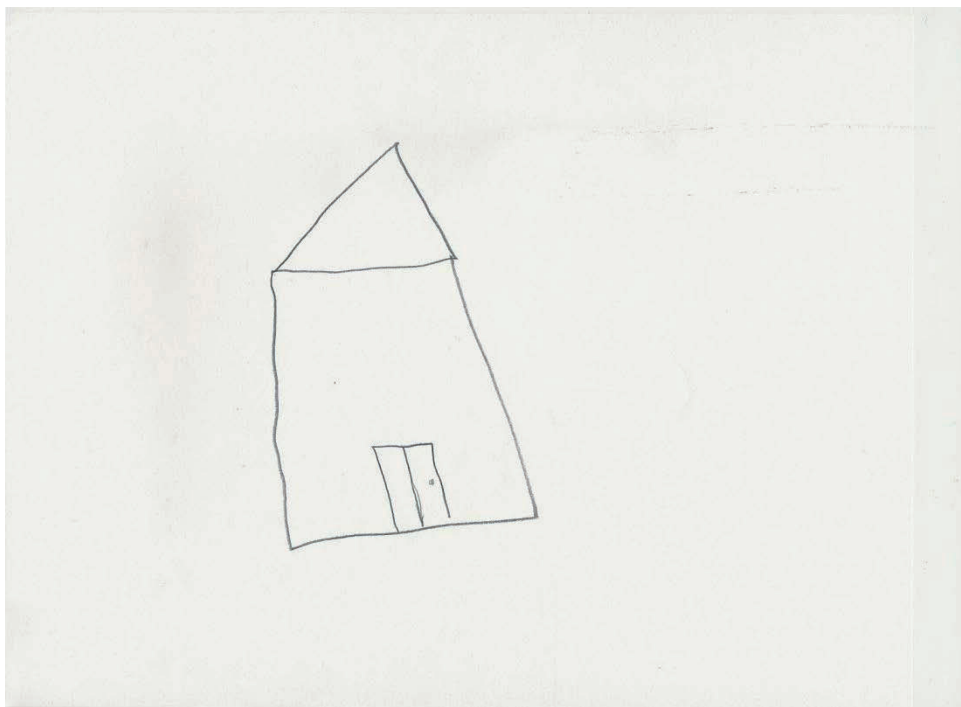
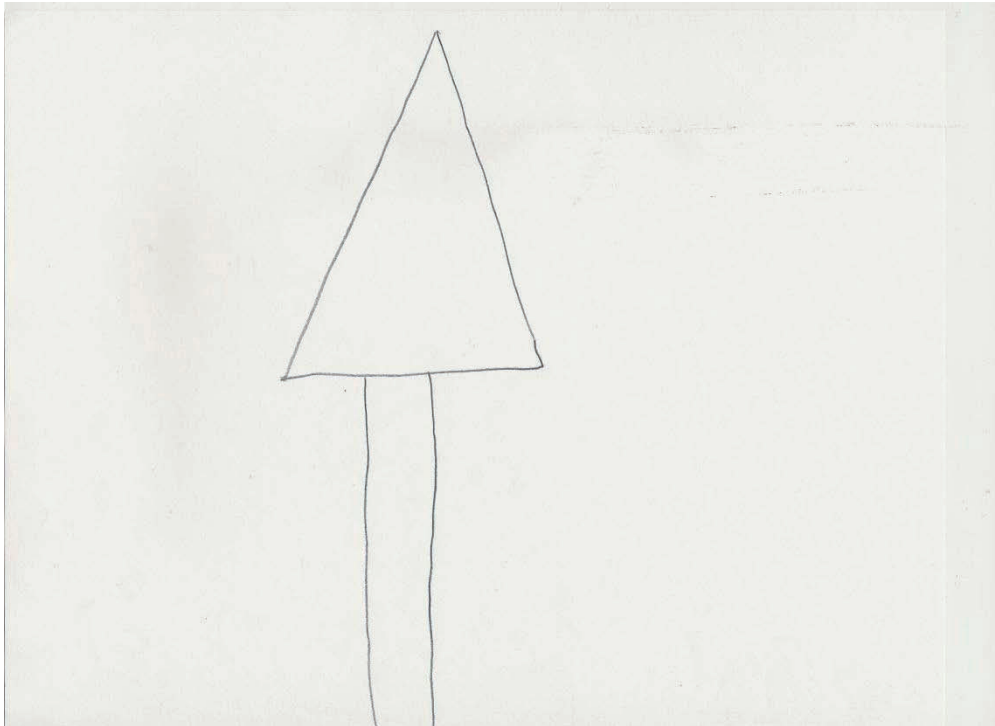
V. Guerrero # 480 Tel. 01(471) 36-6-01-92 Purépero, Mich.

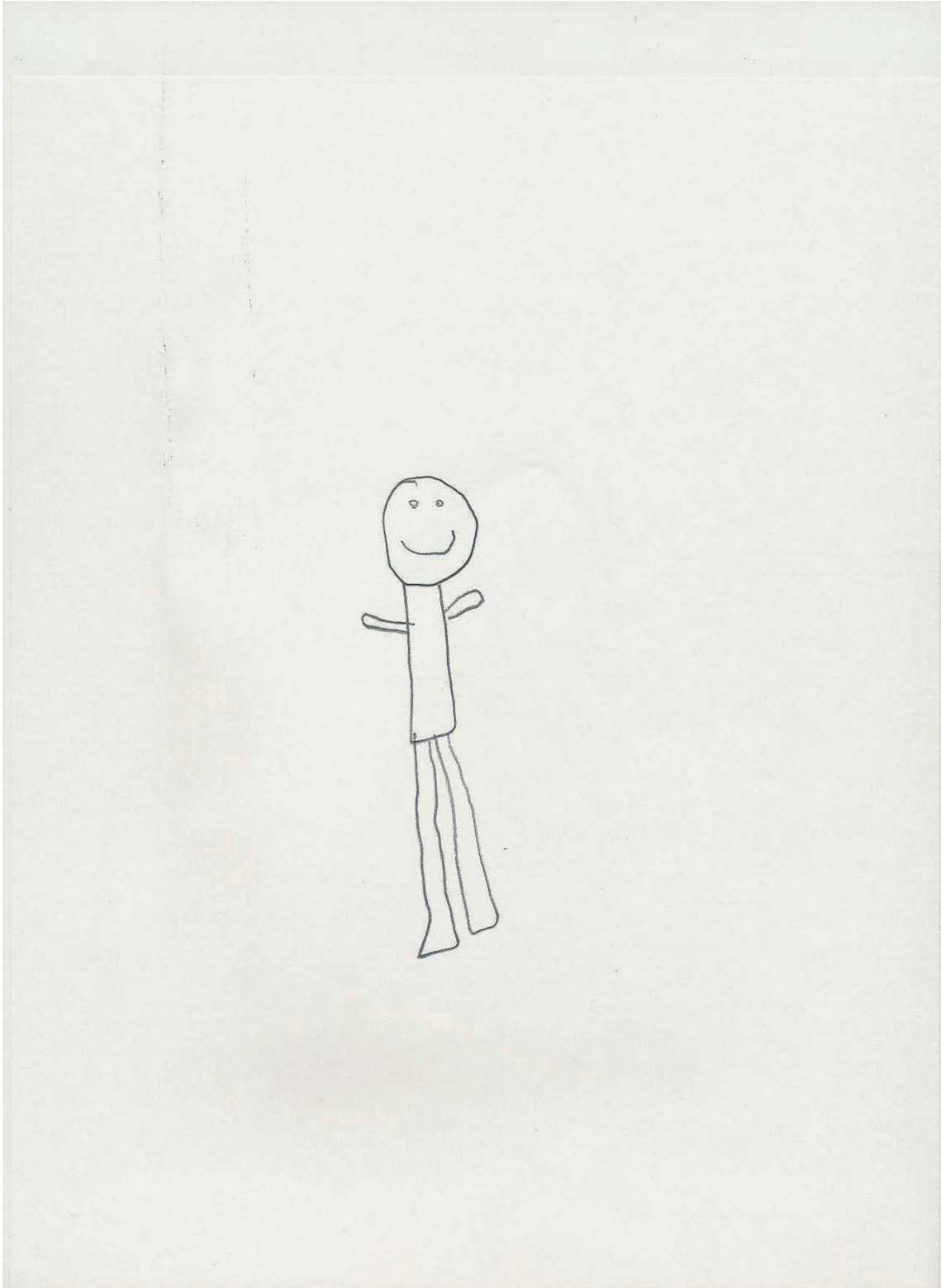
	<del>20736</del> 1.44 mts 65 kg.	TA 80/60 IMC 31.34 Obesidad II
(2.56)	84 kg 1.60 mts <del>(2.56)</del>	TA 90/60 28.90 IMC <del>Obesidad</del> Obesidad I
(2.8224)	102 kg 1.68 mts <del>(2.8224)</del>	TA 125/75 IMC 36.13 Obesidad II
	22.5 kg 1.11 mts <del>(1.2321)</del>	<del>TA 80/60</del> IMC 18.26 Normal
	Alc ESE III	TA Normal Todos

Atención  
con dignidad

## ANEXO 17. Test Proyectivo H-T-P en fase de seguimiento.

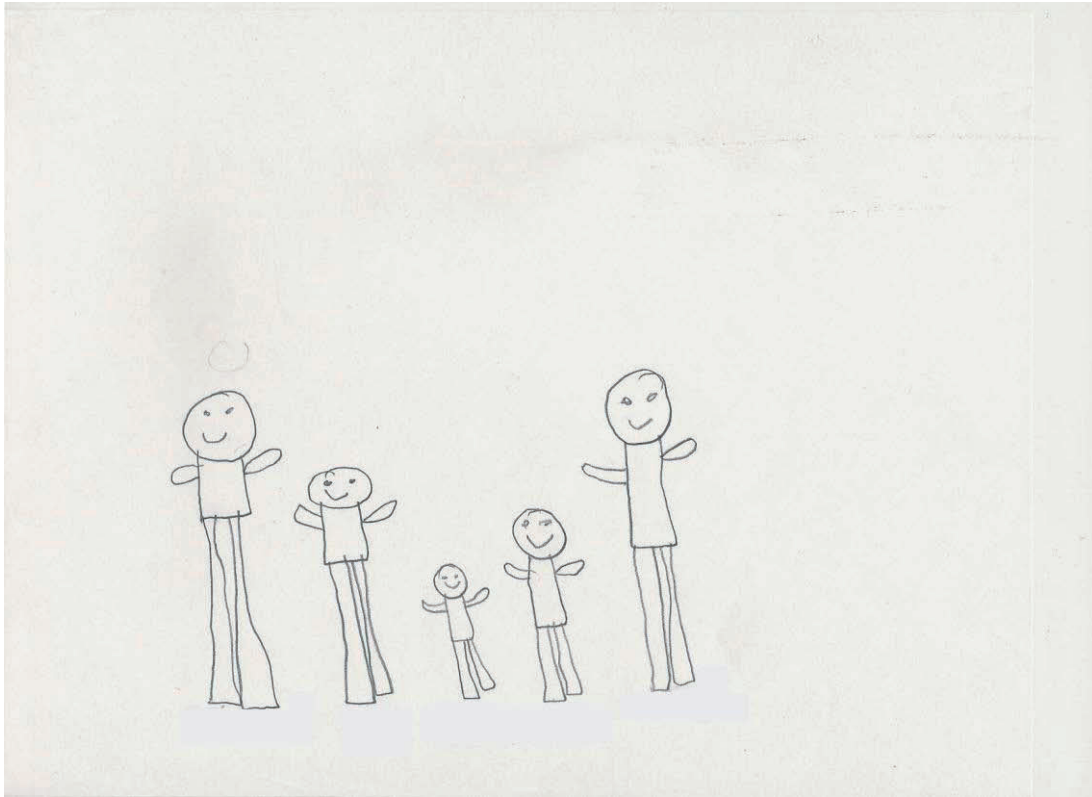
---





## ANEXO 18. Test del Dibujo de Familia en fase de seguimiento.

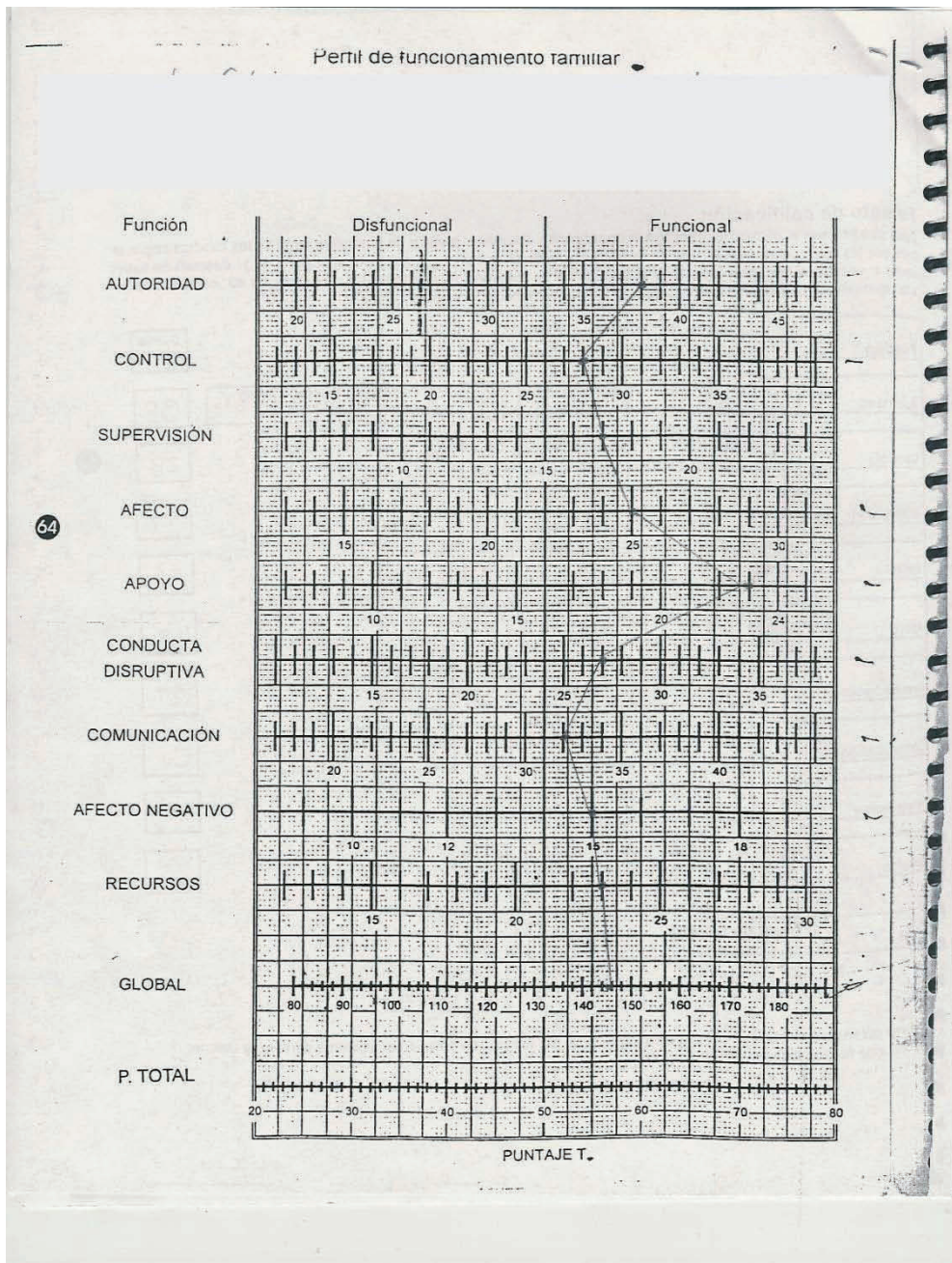
---







# ANEXO 20. Perfil de funcionamiento familiar en fase de seguimiento.



## ANEXO 21. Cuestionario de alimentación en fase seguimiento.

I. Marque en los siguientes grupos de alimentos el consumo de su hijo:

	Casi nada	Poco	Regular	Mucho	Demasiado
Leche, yogurt, queso, crema			X		
Carnes rojas			X		
Pollo, pescado,			X		
Harinas, pan blanco/dulce		X			
Frutas			X		
Verduras			X		
Cereales, arroz, granos				X	
Pastas, sopas				X	
Refrescos, gaseosas		X			
Grasas, aceite, frituras		X			
Azúcar, dulces, chocolates			X		
Agua, jugos naturales				X	
Especifique alguno especial:					



## ANEXO 22. Apgar Familiar en fase de seguimiento.

---

**APGAR, versión adaptada para niño.**

**Identificación** .. [REDACTED]

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A:** Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

1.- ¿Te sientes bien con la ayuda que te dan tus papás cuando tienes un problema?	C
2.- ¿En tu casa se cuentan los problemas que les pasan?	A
3.- ¿Tus papás se ponen de acuerdo cuando deciden algo?	C
4.- ¿Estas a gusto con el tiempo que pasas con tu familia?	C
5.- ¿Sientes que tu familia te quiere?	C

**TOTAL:**     8

**Identificación**

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A:** Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

- 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?   C
- 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?   C
- 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa   C
- 4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?   C
- 5.- ¿Siente que su familia le quiere?   C

**TOTAL:**   10

**Identificación .**

*Contesta las siguientes preguntas según los siguientes criterios:*

**A:** Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

- |  |          |
|--|----------|
| 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | <u>C</u> |
| 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                       | <u>C</u> |
| 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa                      | <u>C</u> |
| 4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?              | <u>C</u> |
| 5.- ¿Siente que su familia le quiere?  | <u>C</u> |

**TOTAL:** 10

## ANEXO 23. Cuestionario de Conducta. Reporte del Padre en fase de intervención.

**Cuestionario de Conducta para Niños "Reporte del Padre"**  
(Ver. Adapt. Cuest. de Conners para Padres hecha por Drs. Fco de la Peña & Luis Almeida)

**Instrucciones:** La siguiente lista de reactivos enumerados a continuación señala conductas relacionadas con su hijo o con problemas que tiene. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida qué tanto ha estado afectado su hijo por este problema en el último mes marcando con una "X" una sola casilla por cada reactivo, para "nunca", "un poco", "bastante" o "demasiado". La información que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada para la evaluación de su hijo. Por favor asegúrese de responder todos los reactivos.

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
<b>Problemas para comer</b>				
1.- Pica y no come	X			
2.- No come suficiente			X	
3.- Tiene sobrepeso		X	X	
<b>Problemas para dormir</b>				
4.- Es inquieto		X		
5.- Tiene pesadillas	X			
6.- Se despierta	X			
7.- Tarda en dormirse	X			
<b>Miedo y preocupaciones</b>				
8.- Tiene miedo a nuevas situaciones	X			
9.- Tiene miedo a la gente	X			
10.- Tiene miedo a estar solo	X			
11.- Se preocupa de enfermedades y muerte		X		
<b>Tensión muscular</b>				
12.- Está tenso y rígido		X		
13.- Tiene sacudidas	X			
14.- Tiembla mucho	X			
<b>Problemas de lenguaje</b>				
15.- Tartamudea	X			
16.- Difícil de entender	X			
<b>Control de esfínteres</b>				
17.- Moja la cama	X			
18.- Orina a cada rato	X			
19.- Se ensucia de popó	X			
20.- Retiene las heces, muy estreñido	X			

Quejas somáticas repetidas				
21.- Dolores de cabeza		X		
22.- Dolores de estómago		X		
23.- Vomita	X			
24.- Dolores diversos	X			
25.- Evacúa sin control	X			
Problemas para chupar, masticar o agarrar				
26.- Se chupa el dedo		X		
27.- Se muerde o come las uñas		X		
28.- Muerde su ropa, sábanas u otros objetos.	X			
29.- Coge el cabello o la ropa	X			
Inmadurez				
30.- No actúa conforme a su edad			X	
31.- Lloro fácilmente	X			
32.- Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo	X			
33.- Se niega a separarse de sus padres u otros adultos	X			
34.- Habla como bebé	X			
Problemas con sus sentimientos				
35.- Se enoja con él mismo	X			
36.- Se deja empujar por otros niños		X		
37.- Se ve infeliz o triste	X			
38.- Se siente culpable	X			
Auto-sobreestimación				
39.- Fanfarronea	X			
40.- Se jacta o bravea		X		
41.- Es insolente o descarado	X			
Problemas para hacer amigos				
42.- Es tímido	X			
43.- Le da miedo lo que otros niños le hacen	X			
44.- Se siente fácilmente lastimado	X			
45.- Le cuesta hacer amigos	X			
Problemas con sus hermanos				
46.- Tiene sentimientos de ser engañado	X			
47.- Se siente inferior	X			
48.- Se pelea	X			
Problemas para conservar a sus amigos				
49.- Molesta a otros niños	X			
50.- Quiere ser el primero		X		
51.- Le pega a otros niños	X			



<b>Inquietud</b>				
52.- En inquieto o hiperactivo		X		
53.- Es excitable o impulsivo	X			
54.- No termina lo que inicia o no puede mantener su atención en algo		X		
55.- Tiene conducta explosiva	X			
56.- Se avienta	X			
57.- Tira y rompe las cosas	X			
58.- Hace berrinches y se enfurece		X		
<b>Actitudes hacia el sexo</b>				
59.- Juega con sus órganos sexuales	X			
60.- Tiene juegos sexuales con otros niños	X			
61.- Es reservado en cuanto a su cuerpo			X	
<b>Problemas en la escuela</b>				
62.- Le cuesta trabajo aprender	X			
63.- Le molesta ir a la escuela	X			
64.- Le da miedo ir a la escuela	X			
65.- Es distraído, sueña despierto	X			
66.- Se va de pinta	X			
67.- Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares	X			
<b>Mentiras</b>				
68.- Niega haber hecho algo malo	X			
69.- Culpa a otros de sus errores	X			
70.- Cuenta historias que nunca existieron		X		
<b>Robos</b>				
71.- Roba a sus padres	X			
72.- Roba en la escuela	X			
73.- Roba tiendas y otros sitios	X			
<b>Problemas con el fuego</b>				
74.- Prende fuego	X			
Otros:				
<b>Problemas con la policía</b>				
75.- Se mete en problemas con la policía	X			
Especifique:				
<b>Perfeccionismo</b>				
76.- Todo debe ser perfecto	X			
77.- Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera	X			
78.- Se propone metas muy altas	X			

Problemas adicionales				
79.- Es inatento, se distrae fácilmente		X		
80.- Siempre inquieto		X		
81.- Es imposible dejarlo solo	X			
82.- Se trepa en los demás	X			
83.- Se levanta muy temprano		X		
84.- Corre durante la comida	X			
85.- Demanda ser satisfecho inmediatamente	X			
86.- Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo	X			
87.- Trae el sierre abierto	X			
88.- Lloro frecuente y fácilmente	X			
89.- Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos		X		
90.- Actúa como si estuviera impulsado por un motor	X			
91.- Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente	X			
92.- Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	X			
93.- Sigue sin atar sus agujetas	X			
94.- Otro:				
95.- Otro:				
96.- Otro:				
97.- Otro:				
98.- Otro:				
99.- Otro:				

100.- ¿Qué tan serio considera el problema de su hijo actualmente?

- Sin problema alguno  
 Problema menor  
 Problema mayor

Agregue cualquier comentario que considere importante para conocer mejor a su hijo:

---

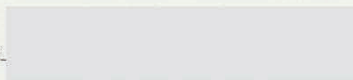


---



---

Firma(s):



# ANEXO 24. Cuestionario de conducta en la escuela en la fase de seguimiento

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA (C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.			✓	
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.			✓	
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas.			✓	
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.	✓			
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.	✓			
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.		✓		
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.			✓	
8. Molesta frecuentemente a otros niños.		✓		
9. Está en las nubes, ensimismado.		✓		
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.	✓			
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo		✓		
12. Discute y pelea por cualquier cosa.		✓		
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.	✓			
14. Intranquilo, siempre en movimiento.			✓	
15. Es impulsivo e irritable.		✓		
16. Exige excesivas atenciones del profesor.			✓	
17. Es mal aceptado en el grupo.	✓			
18. Se deja dirigir por otros niños.		✓		
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".		✓		
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.		✓		
21. No termina las tareas que empieza.	✓			
22. Su conducta es inmadura para su edad.	✓			
23. Niega sus errores o culpa a los demás.		✓		
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				si se lleva bien con todos
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.	✓			
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.	✓			
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.		✓		
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.	✓			



# ANEXO 25. Formato-evaluación del seguimiento.

**FORMATO DE EVALUACION-SEGUIMIENTO**

Familia \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

1. Si, completamente de acuerdo	4. En desacuerdo
2. De acuerdo	5. No, completamente en desacuerdo
3. Sin opinión	

1. Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta  
① 2 3 4 5

2. Aprendí algo sobre la familia durante la intervención  
① 2 3 4 5

3. He aprendido algo sobre mi durante la intervención  
① 2 3 4 5

4. Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.  
① 2 3 4 5

5. Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación  
① 2 3 4 5

6. Me sentí cómodo y en confianza para hablar  
① 2 3 4 5

5. Me sentí motivado a asistir  
① 2 3 4 5

6. Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta  
① 2 3 4 5

7. Nos gustaría continuar en el proceso de intervención  
1 ② 3 4 5

Lo que más nos agradó de la intervención fue:  
nos dieron los juguetes

Lo que menos me agradó de la intervención fue:  
Nada me gustó

Otros comentarios u observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FORMATO DE EVALUACION-SEGUIMIENTO

Familia \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

- 1. Si, completamente de acuerdo
- 2. De acuerdo
- 3. Sin opinión
- 4. En desacuerdo
- 5. No, completamente en desacuerdo

1. Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta

1    2    3    4    5

2. Aprendí algo sobre la familia durante la intervención

1     2    3    4    5

3. He aprendido algo sobre mí durante la intervención

1    2    3    4    5

4. Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.

1     2    3    4    5

5. Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación

1    2    3    4    5

6. Me sentí cómodo y en confianza para hablar

1    2    3    4    5

5. Me sentí motivado a asistir

1    2    3    4    5

6. Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta

1    2    3    4    5

7. Nos gustaría continuar en el proceso de intervención

1    2    3    4    5

Lo que más nos agradó de la intervención fue:

Que \_\_\_\_\_ supero su problema \_\_\_\_\_

Lo que menos me agradó de la intervención fue:

Que \_\_\_\_\_ si queria seguir en sus secciones \_\_\_\_\_

Otros comentarios u observaciones:

Que nos alludo a salir adelante con nuestro hijo \_\_\_\_\_

6  
+

FORMATO DE EVALUACION-SEGUIMIENTO

Familia \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo de acuerdo a lo siguiente:

1. Si, completamente de acuerdo

4. En desacuerdo

2. De acuerdo

5. No, completamente en desacuerdo

3. Sin opinión

1. Las sesiones han contribuido a la resolución del motivo de consulta

1    2    3    4    5

2. Aprendí algo sobre la familia durante la intervención

1     2    3    4    5

3. He aprendido algo sobre mi durante la intervención

1    2    3    4    5

4. Acudir con el psicólogo cumplió con lo que yo esperaba.

1    2    3    4    5

5. Creo que la familia se apoyaba mutuamente en esta situación

1    2    3    4    5

6. Me sentí cómodo y en confianza para hablar

1    2    3    4    5

5. Me sentí motivado a asistir

1     2    3    4    5

6. Creo que se ha resuelto completamente nuestro motivo de consulta

1    2    3    4    5

7. Nos gustaría continuar en el proceso de intervención

1    2    3    4    5

Lo que más nos agradó de la intervención fue:

El doctor nos escuchó y nos ayudó a resolver el motivo de nuestro problema

Lo que menos me agradó de la intervención fue:

Todo me agradó.

Otros comentarios u observaciones:

Gracias al doctor por su apoyo.



# ANEXO 26. Formato de rutina semanal.

Horario semanal  
**I. INSTRUCCIONES:** Describa la rutina diaria de la familia, entorno a la persona que trae a consulta en la siguiente tabla que corresponde a un horario típico semanal.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7-8	ES	CU	LA				
8-9	S	B	A			Permisos Permisos	Permisos
9-10	ES	CU	LA			Permisos Permisos	Permisos
10-11	RF	CR	O			Reserva Reserva	Reserva
11-12	ES	CV	LA			Juega MISA	MISA
12-13	ES	CV	LA			Estudio Mandado	Mandado
13-14	Des	can				Estudio Mandado	Mandado
14-15	Comemori	Comemor	Comemori	Comemori	Comemori	Comemori	Comemori
15-16	TAREA	TAREA	TAREA	TAREA	TAREA	TAREA	TAREA
16-17	Juega						
17-18	Juega						
18-19	ganarse						
19-20	Visita	Visita	Visita	Visitas		Ver T.V.	Ver T.V.
20-21	Ver	Television	Abuelo	Abuelo		Ver T.V.	Ver T.V.
21-22							
22-23							
23-24							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							

# ANEXO 27. Formato de consentimiento informado.

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Uno de los objetivos de las supervisiones en las maestrías de la Universidad Vasco de Quiroga es consolidar el desarrollo de sus alumnos en forma integral por lo que se refuerzan los trabajos de los estudiantes que realizan como parte de su formación. Se considera importante hacer de tu conocimiento como responsable los siguientes lineamientos de la presente carta-consentimiento:

1. Algunos contenidos que aparecen en el transcurso de las intervenciones pueden darse a conocer para efectos de supervisión de casos, investigación y la experiencia compartida. Los datos pueden tenerlos profesionales o publicaciones guardados con ética y confidencialidad.
2. Los datos personales son de carácter confidencial y no se revelarán bajo ninguna circunstancia información que pueda llevar a su identificación.
3. El resultado de esto tiene fines de un mejor desarrollo de trabajo y progreso. Así como una orientación adecuada para el estudiante en formación.
4. Su consentimiento es completamente voluntario. Puede aceptarlo o rechazarlo.
5. Tendrán derecho a conocer la información pertinente que se exponga y que se adecue a sus necesidades.

Te pedimos llenar este consentimiento con los datos que abajo se te solicitan. Si estás de acuerdo o no en participar en la encuesta, indícalo en los espacios correspondientes.

Sí, si estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo.

Tu nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Sí, si estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo.

Tu nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Sí, si estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo.

Tu nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Sí, si estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo.

Tu nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Sí, si estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo.

Tu nombre completo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Responsable:

Psic. Iván López Beltrán  
Postulante a Maestro en Psicoterapia Familiar