

LA EVALUACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR

Victoria Compañ

Dra. Dámaris Muñoz

Dr. Guillem Feixas

Adrián Montesano

Antes de describir cómo se conceptualiza la evaluación en terapia familiar sistémica, es necesario comprender cuál es la concepción que se tiene del propio trastorno mental desde esta perspectiva. En otras palabras, antes de describir *cómo* se procede en la evaluación, es necesario comprender *qué* se va a evaluar.

Partiendo de la idea de familia como sistema, el síntoma se concibe dentro del contexto familiar en el que se da, dentro del patrón interaccional en el que se produce. En este sentido, comprender el síntoma implica conocer cómo se concatena con todas las demás conductas de la familia (causalidad circular). Además, el síntoma se explica en términos de las condiciones presentes del sistema, aunque según lo pueda requerir el caso o las preferencias de algunos autores se puede explorar la historia familiar. No obstante, con respecto a la concepción de cómo aparece el síntoma, en términos generales se suele contemplar una aparición más o menos insidiosa, teniendo en cuenta que el síntoma se convierte en tal a partir de un proceso en el que determinadas conductas (de todos los miembros de la familia) se van consolidando en un patrón relacional en el que el síntoma se perpetúa. Desde la perspectiva sistémica, también se tiene muy presente la noción de ciclo evolutivo de la familia. A lo largo del tiempo, la familia pasa por una serie de etapas (más o menos normativas en función de los casos) caracterizadas por necesidades cambiantes, hitos evolutivos, etc. La familia debe responder ante estos cambios evolutivos y, en ocasiones, ésta se muestra incapaz de responder de forma adaptativa ante estos requerimientos. En un ejemplo extraído de Navarro (1992) se puede observar este proceso de instauración del síntoma en términos de proceso y desde el punto de vista del impacto del ciclo evolutivo en la familia. En este ejemplo, un adolescente comienza a comportarse de forma distinta (variaciones propias de la adolescencia), la familia lo percibe como

distinto y, por tanto, como “raro”. En este proceso, este comportamiento del adolescente se puede percibir como voluntario y, en la medida que es algo voluntario, la familia lo puede etiquetar de “descontrolado”. En este punto, la familia se siente sin recursos para hacer frente a esta conducta “desviada”. Cada uno de estos pasos implica para la familia una desviación de la norma, siente que se va distanciando de “lo normal”, este proceso se conoce como *ampliación de la desviación*. En este punto, la familia puede recurrir a un profesional demandando consejo/ayuda para controlar la conducta del adolescente. Si el profesional sanciona mediante su diagnóstico que, efectivamente, el adolescente está fuera de control, la familia puede declararse incompetente para educar al adolescente, delegando esta responsabilidad en el profesional, y a su vez el adolescente puede identificarse con la etiqueta diagnóstica, iniciando una carrera institucional.

Así pues, el síntoma (trastorno mental) se entiende en los términos del funcionamiento general del sistema y, por tanto, como una parte de la interacción entre los diferentes miembros de la familia y no como una condición intrínseca al individuo. Esta concepción del síntoma produce dos efectos inmediatos, por un lado, desculpabiliza al portador del síntoma y, por otro, facilita la neutralidad del terapeuta ante la familia al no concebirse el problema en términos de víctimas y victimarios.

Cuadro 1. Modelos de Trastorno Mental en terapia familiar Sistémica (adaptado de Navarro, 1992)

Zuk, 1979

1. Teoría intergeneracional o transgeneracional. Propone que el síntoma se transmite por el contacto íntimo de padres e hijos de generación a generación. Tiene por objetivo incrementar el grado de conciencia de este aspecto para reducir la *toxicidad* del agente patógeno (teoría del contagio de la enfermedad).
2. Teoría comunicacional. La patología proviene de problemas en la comunicación (p. ej, paradojas en la comunicación). El ejemplo más prominente es la Teoría del Doble Vínculo.
3. Teoría del chivo expiatorio. Presupone una conciencia clara de los victimarios con respecto a las conductas a las que están sometiendo a las víctimas (también las víctimas tendrían conciencia de lo que está sucediendo)

Zuk, 1980

Se puede entender que los conflictos se generan en torno a divisiones que enfrentan a hombres y mujeres, padres contra hijos o a la familia nuclear con otros grupos (familia extensa, vecinos, instituciones, etc.)

Levant, 1983

1. Modelos procesuales. Existen tres tipos de modelos procesuales el conductual, el comunicacional y el de roles. Estos modelos enfatizan el papel del síntoma dentro del patrón interaccional de la familia.
2. Modelos estructurales. El principal problema de este tipo de modelos es que concibe a la familia de una forma estática (como estructura, no como proceso). Se centran en la capacidad de cambio de la familia, en su capacidad para responder a la demanda de ayuda de alguno de los miembros, en cómo el paciente identificado mantiene el patrón disfuncional de la familia o en el momento evolutivo de la familia.
3. Modelos históricos. Pretender trazar el desarrollo de la estructura familiar a lo largo de las generaciones

Partiendo de esta concepción del síntoma como parte del patrón de interacción de la familia, la mejor forma de evaluar el síntoma será mediante la **entrevista familiar**. Existe una serie de presupuestos a tener en cuenta en esta búsqueda de información. En concreto nos referiremos a las hipótesis, la circularidad, la neutralidad y las estrategias. No obstante, antes de ver con detalle estos presupuestos es necesario aclarar en qué términos se habla de información desde una perspectiva sistémica. Basándonos en las aportaciones de Bateson, la información hace referencia a las diferencias. Adquirir información implica establecer diferencias entre dos estados de conocimiento. De ahí se derivará una forma peculiar de entrevista familiar (el cuestionamiento circular). A continuación se describen los presupuestos para la obtención de la información:

1. Hipótesis. Las hipótesis hacen referencia a las formulaciones (explicaciones) que hacen el terapeuta y el equipo acerca del funcionamiento familiar. Sirven al terapeuta como punto de partida para enfocar la entrevista, para buscar información que confirme o desconfirme la hipótesis. Una hipótesis es una suposición acerca de lo que puede estar ocurriendo en la familia, no pretender ser la *verdad* acerca de lo que le sucede a la familia. Se trata de construcciones teóricas cuyo valor depende de su capacidad para orientar las intervenciones del terapeuta. Por tanto, su valor no se mide en términos de verdad o falsedad, sino de *utilidad*. Una hipótesis útil es aquella

que orienta al terapeuta en la búsqueda de información y en el diseño de la intervención. Si, a partir de la información aportada por la familia, se comprueba que una hipótesis no es útil, se emplea esta información para generar nuevas hipótesis.

2. Circularidad. Hace referencia a la capacidad del terapeuta para realizar la evaluación del problema en función de la respuesta de la familia a la información que se les solicita. La información es auténticamente relevante si sirve para establecer una diferencia en términos de relación. En este sentido, las diferencias quedan expuestas de una forma más clara cuando se le pide a uno de los miembros de la familia que describa cómo es la relación entre otros dos. Por ejemplo, no se trataría tanto de preguntar a los padres cómo es su relación entre ellos, sino preguntar al hijo cómo ve la relación entre sus padres. De esta forma, se pretende también romper una de las reglas más características de las familias con problemas: la imposibilidad de hablar de las relaciones que mantienen entre ellos. Otros aspectos a tener en cuenta a la hora de solicitar la información es que se realiza en términos de: a) conductas (no en términos de sentimientos o interpretaciones); b) diferencias de conductas (qué hacen diferente dos personas y no en qué *son diferentes*); c) clasificaciones en relación a una conducta específica (quién hace una determinada conducta y quién no); d) cambios de conductas y e) diferencias con respecto a circunstancias hipotéticas.

3. Neutralidad. El terapeuta no debe enredarse en el patrón de interacción disfuncional de la familia, ya que ello le invalidaría como agente del cambio. La neutralidad no se concibe tanto como una disposición intrapsíquica del terapeuta, sino como el resultado de una serie de movimientos estratégicos que le permiten no posicionarse sistemáticamente a favor (ni en contra) de ninguno de los miembros de la familia. La neutralidad ha de mantenerse tanto con respecto a las personas concretas, como con respecto a las ideas, valores o las metas que la familia establece como deseables para ella.

4. Estrategias. Las intervenciones del terapeuta están guiadas por la estrategia, entendida como la definición de metas a corto y a largo plazo, así como los medios para conseguir ambas.

Una vez que se han descrito los presupuestos básicos para la obtención de la información, es posible centrar la descripción en la evaluación propiamente dicha. En

primer lugar, la evaluación puede entenderse como la obtención de información acerca de la **definición del problema** que hace la familia. Los principales objetivos de este tipo de evaluación son establecer una línea base y una meta final del tratamiento. Para ello, el terapeuta puede centrarse en la *conducta sintomática*, solicitando a la familia que describa el problema que les lleva a terapia en términos conductuales, atendiendo a los puntos potencialmente diferentes de cada miembro acerca de cuál es el problema, con qué frecuencia se da y en qué circunstancias aparece. En ocasiones, es difícil cuantificar la aparición de un determinado problema (por ejemplo, cuando hace referencia a un estado de ánimo: angustia, depresión, etc.). En estos casos, es posible emplear escalas, solicitando al paciente identificado que valore la intensidad con la que siente el síntoma en una escala de 0 a 10. El objetivo es establecer una línea base sobre la que evaluar la magnitud del cambio.

Otro aspecto relevante para la definición del problema, es la evaluación del *cambio mínimo y la meta final*, cuyo objetivo es poder planificar el cambio y establecer un criterio de finalización del tratamiento. Por cambio mínimo se entiende una pequeña variación del problema que, a pesar de no solucionar el problema, se reconozca como el primer paso para su solución. El cambio mínimo se convierte en una primera meta de la terapia y su naturaleza mínima la hace más fácil de lograr. El cambio mínimo puede ser tan mínimo como sea necesario para que la familia se sienta capaz de lograrlo. Además se transmite de esta forma la idea de que el cambio es algo progresivo, alejando la idea de los cambios milagrosos, y que la terapia va a tomar la forma de un programa en el que los cambios se irán logrando “paso a paso”. Por lo que respecta a la evaluación de la meta final, es útil para establecer un criterio de fin del tratamiento, evitando así prolongaciones excesivas.

Otro aspecto a evaluar es el *tipo de cooperancia de la familia*, cuyo objetivo es evaluar la capacidad de cambio de la familia y, especialmente, facilitar el diseño de las intervenciones más adecuadas para cada familia. El concepto de cooperancia se debe a Shazer (1986, 1987) y determina la forma en la que coopera la familia. Existen tres formas posibles de cooperación: a) literal, el terapeuta le pide a la familia que haga algo y la familia lo hace tal y como se le ha pedido que haga. En este caso es recomendable seguir pidiendo las cosas a la familia directamente; b) con

transformación, el terapeuta solicita algo y la familia hace otra cosa que cambia la situación. En estos casos, el terapeuta deberá proponer tareas que sean fácilmente modificables; y c) no coopera, ya sea porque la familia no hace la tarea y no se produce el cambio o porque la familia adapta la tarea, pero tampoco se produce cambio. En estos casos podría ser aconsejable la prescripción de no cambio u otras intervenciones paradójicas.

También se evalúan las *estrategias que sirvieron para resolver el problema*, asumiendo que ha habido ocasiones en las que los síntomas se han controlado total o parcialmente. La terapia tendría por objetivo identificar, ampliar y afianzar estas estrategias que han tenido éxito en algún momento. En un sentido algo similar, también se exploran las *soluciones intentadas* para saber qué es lo que la familia ya ha intentado y, por tanto, no se debe volver a intentar. Esta información, además, orienta las intervenciones del equipo. El MRI habla de varios tipos de soluciones que las familias suelen poner en práctica para intentar resolver sus problemas (y que tienen el efecto contrario):

1. La familia intenta forzar algo que sólo puede ocurrir de forma espontánea (insomnio, rendimiento sexual, tartamudeo, etc.).
2. Se intenta dominar un acontecimiento temido aplazando sistemáticamente su ejecución, evitación (ansiedad ante los exámenes, hablar en público, relaciones sociales, etc.).
3. Uno de los miembros de la familia pretende llegar a un acuerdo oponiéndose (o coaccionando) a la otra persona. Este tipo de solución suele darse en problemas de pareja o entre padres-hijos. Un ejemplo típico es aquél en el que una de las partes sermonea para lograr respeto, la otra parte se siente humillada y reacciona desafiando, provocando que el primero vuelva a sermonear.
4. Intentar que otra persona acepte voluntariamente someterse a otra. Se trata de situaciones en las que una persona se queja de que otro miembro de la familia no hace *espontáneamente* algo que ella desea. En esta situación la persona intenta que la otra se someta y a la vez niega que esté haciendo esta maniobra.

5. Confirmar las suposiciones del acusador mediante la autodefensa. La respuesta de defensa ante una acusación (como alcoholismo, infidelidad, etc.), sirve para confirmar las sospechas del acusador, que refuerza su acusación y, a su vez, la defensa del otro.

En ocasiones, estas soluciones intentadas pasan a formar parte de la *secuencia sintomática*, que sería otro de los aspectos a evaluar. El objetivo es delimitar la cadena de conductas en la que aparece el síntoma y que lo perpetúan. Además sirve para identificar cuál sería el eslabón más débil de esta cadena, es decir, la conducta susceptible de un cambio más fácil.

Un último aspecto a evaluar dentro de la definición del problema, sería el *mapa de relaciones familiares*, empleando para ello el genograma familiar. El genograma sirve para ilustrar gráficamente la información familiar de que disponemos. Suele ser trigeracional y se emplea para realizar hipótesis en función de esta información. En él se pueden plasmar las alianzas que existen, especialmente las intergeneracionales, ya que éstas suelen implicar un mayor riesgo de patología. En general, suele recogerse una información básica del genograma en el momento del primer contacto telefónico de la familia con el terapeuta. Esta primera información es un punto de partida para poder generar hipótesis de trabajo, incluso antes de iniciar formalmente la terapia. Posteriormente, el genograma se completa en las sesiones de terapia (especialmente lo relativo a las relaciones entre los miembros de la familia).

Otro de las dimensiones que es evaluada es el *Juego Familiar*. El objetivo de esta exploración es determinar el sistema de creencias, valores y relaciones de la familia en los que el síntoma puede surgir desempeñando una función. El juego familiar es un patrón relacional que establece dicho sistema que cuando se basa en un funcionamiento desadaptativo conlleva la presencia del síntoma, como una evidencia de la disfuncionalidad del patrón relacional. Cabe señalar los trabajos de Selvini Pallazolli et al. (1990), cuyo equipo de investigación liderado por Mara Selvini realizó interesantes trabajos centrados en el juego de las familias psicóticas y anoréxicas. En este sentido, tras este concepto reside el interés en diferenciar en los trastornos mentales diversos patrones de relación familiar.

Desde el punto de vista de la evaluación como proceso resulta importante evaluar el *Momento del ciclo vital* de la familia. Es necesario tenerlo en consideración a fin de poder identificar el tipo de requerimientos propios del ciclo en el que se encuentran y los recursos y dificultades que presentan para poder manejarlo.

Se identifican cuatro temas en relación a este aspecto:

1. Tarea evolutiva y recursos para cumplimentarla. En cada momento del ciclo vital son propias unas tareas y cada una de estas requiere unas habilidades para poder gestionarlo adaptativamente.

Figura 1. Tareas en relación al estadio del ciclo familiar propuesta por Carter y McGoldrick (1980) (Adaptado de Navarro, 1992)

Estadio del ciclo familiar	Proceso emocional de transición: principios	Cambios-2 en el <i>status</i> familiar requeridos por el desarrollo
1. Entre familias: joven adulto no-emancipado	Aceptación de la separación padres-hijos	a) diferenciación del <i>self</i> con respecto de la familia de origen, b) desarrollo de las relaciones con iguales, c) afirmación del <i>self</i> en el trabajo
2. Unión de las familias a través del matrimonio: la pareja recién casada	Compromiso con el nuevo sistema	a) formación del sistema marital, b) realineamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos para incluir a la esposa/o
3. La familia con hijos jóvenes	Aceptación de nuevos miembros en el sistema	a) reajuste del sistema marital para hacer espacio a los hijos, b) creación de los roles parentales, c) realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de los abuelos
4. La familia con hijos adolescentes	Aumento de la flexibilidad para permitir la independencia de los hijos	a) cambio de las relaciones padres-adolescentes para permitir al hijo entrar y salir del sistema, b) refocalización en los

		problemas maritales y parentales de los periodos medios de la vida, c) comienzo de las preocupaciones por la generación mayor
5. Emancipación de los hijos y periodos posteriores	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar	a) renegociación del sistema marital como díada, b) desarrollo de una relación de adulto a adulto, c) realineamiento de las relaciones para incluir a la familia política y a los nietos, d) afrontamiento de las enfermedades y muerte de los padres (abuelos)
6. La familia en las últimas etapas de la vida	Aceptación del cambio de roles generacionales	a) mantenimiento del funcionamiento e intereses propios /y de la pareja a pesar del declinamiento físico, b) apoyo para un rol más central de las generaciones medias, c) ganar espacio en el sistema para la sabiduría y la experiencia de la vejez, apoyar a la generación más mayor sin sobrecargarlos, d) afrontamiento de la muerte de un esposo, hijo y otros parientes, preparación para la propia muerte. Revisión e integración de la vida

De los estadios del ciclo familiar, la fase de emancipación de los hijos ha sido objeto de especial interés en la terapia familiar. Desde esta dimensión, el síntoma estará indicando la dificultad y/o el fracaso de alcanzar la tarea de un momento del ciclo familiar.

2. 'Ritos de paso'. Se refiere a pautas culturalmente aceptadas que facilitan la transición de un momento vital a otro. Hart y Goosens (1987) en sus trabajos sobre duelo distinguen 3 fases en los rituales terapéuticos: preparación, reorganización y finalización.

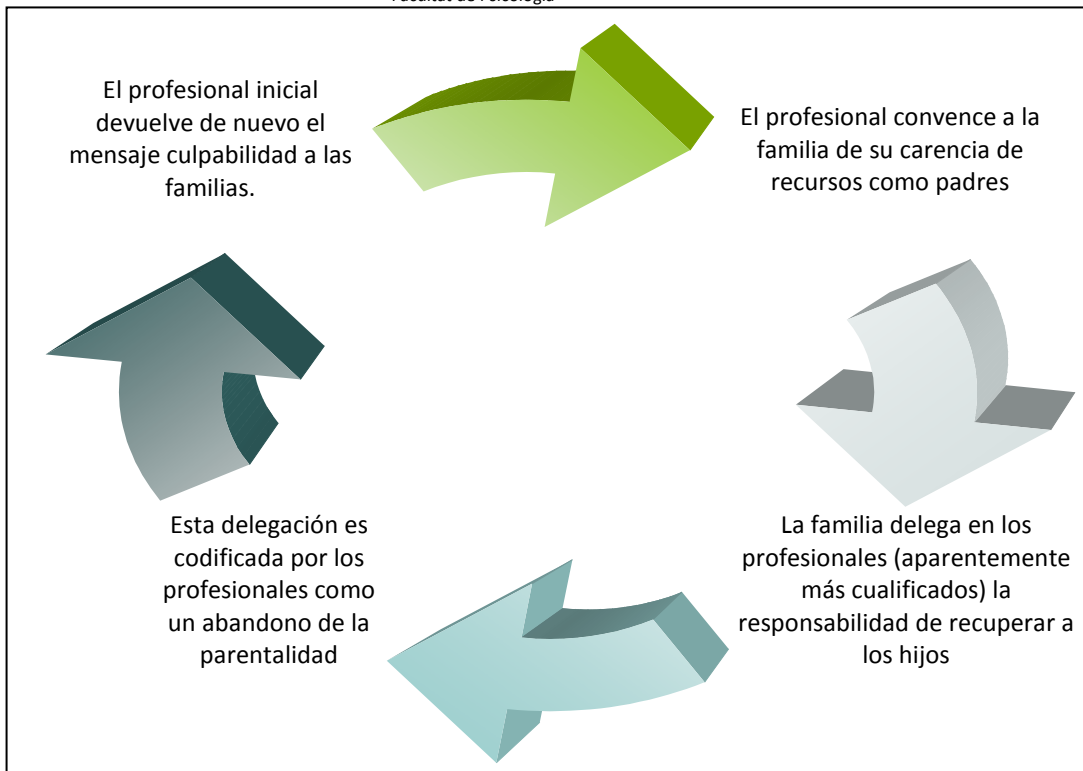
3. Definición de la relación. Dada la complejidad de las relaciones interpersonales, la Terapia Familiar tiene en consideración dos aspectos importantes: el contrato al que está sujeto el vínculo y la negociación de las pautas de intimidad. El contrato se refiere a los motivos por los cuales la relación se establece. Estos tienen que ir adaptándose o modificando a la vez que se transforma el vínculo por cambios en el ciclo vital o por acontecimientos externos.

4. Momentos centrípetos y centrífugos. Las tareas centrípetas son aquellas que centran su interés en el cumplimiento de una tarea dentro de la familia (ej. crianza de los hijos). Y, las tareas centrífugas, las que lo centran fuera de la familia (ej. emancipación de los hijos).

Finalmente, otra dimensión a tener en cuenta son las *Relaciones con las instituciones y fuentes de apoyo y estrés*. El objetivo en la evaluación de esta dimensión consiste en definir el mensaje institucional que la familia recibe y definir el nivel de coordinación entre las diferentes instituciones implicadas y la familia.

Las familias multiproblemáticas o con problemas muy graves habitualmente son usuarias de diferentes instituciones. Estas relaciones generan problemas específicos que son necesarios tener en consideración. A continuación recogemos algunos de los principales problemas de interés en la Terapia Familiar:

1. Mensaje institucional que la familia recibe. Los mensajes con contenido negativo y culpabilizador acaban contribuyendo al deterioro de la relación familiar. En situaciones extremas genera el siguiente juego:



2. Coordinación entre las instituciones implicadas en el trabajo con la familia. Cuyo objetivo es ofrecer por parte del terapeuta convocante un espacio de discusión y negociación de competencias entre los profesionales implicados y la familia.

En la evaluación, también es importante tener presente el grupo social del paciente con la finalidad de identificar si está actuando como fuente de estrés u ofrece alguna ayuda.

Reglas de utilización de las formas de definir el problema.

1. La forma en que la familia define el problema la sitúa en alguno de los niveles de evaluación anteriormente expuestos.
2. Aunque la familia defina su problema en uno o varios niveles, no implica que la evaluación deba centrarse en estos. Debe decidirse qué nivel(es) es el *más importante en ese momento*, tratando de focalizarse en aquel que de modificarte haría que el cambio resultase más económico en términos de tiempo y esfuerzo para todos los miembros.

3. El Terapeuta, independientemente de la definición del problema que realiza la familia, siempre debe evaluar la conducta sintomática, el cambio mínimo y la meta final.
4. La evaluación de la familia debe centrarse inicialmente en un primer bloque que incluye los niveles más simples con los que puede comenzar a diseñar la intervención.
5. Si la intervención diseñada no genera cambio familiar, el terapeuta evaluará niveles de mayor complejidad que incluyan más información de la familia.
6. Un segundo bloque de información necesario de evaluar son las soluciones intentadas por la familia. El tercero y cuarto aluden a la secuencia familiar y mapa de relaciones seguido por el juego familiar. Es importante enmarcarlos en el momento del ciclo evolutivo en el que se encuentra la familia.
7. La evaluación de familias multiproblemáticas o con problemas graves debe centrarse en las relaciones con las instituciones y el tipo de relación establecida entre los profesionales y la familia.
8. El objetivo de la evaluación debe ser identificar qué está sucediendo.

Hasta este punto hemos revisado la evaluación entendido como proceso. A continuación, presentaremos brevemente **la evaluación entendida como *feed-back***. El objetivo es evaluar el grado de cumplimiento de la/s tarea/s prescrita/s y el cambio realizado desde la última entrevista.

Cabe destacar el *Cumplimiento de las tareas*. Las tareas prescritas son muy sensibles a los acontecimientos de la vida cotidiana, lo que puede influir en su incumplimiento. En estos casos es importante que el terapeuta negocie con la familia las posibles adaptaciones de la tarea a fin de poder realizarla. Otra posibilidad es que la tarea sencillamente no se cumpla sin que haya alguna justificación. En este caso si el cambio terapéutico se ha producido aunque la tarea no se haya realizado se dará por válido, pero si el cambio no acontece, habrá que decidir o cambiar la tarea o el nivel de evaluación o ambas.

Otro aspecto importante es *la evaluación del cambio*. Es necesario recoger información en relación al cambio obtenido en el síntoma, identificar lo que el paciente y/o la

familia está haciendo para cambiar la situación problemática y utilizar esta información para diseñar futuras intervenciones.

Referencia

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.