
EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE TERAPIA FAMILIAR EN CONSULTA EXTERNA

**CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

1

SARA ELISA GRACIA GUTIÉRREZ DE VELASCO

MÉXICO, JUNIO DE 2010

La evaluación de los servicios de tratamiento que se imparten en las unidades operativas de Centros de Integración Juvenil (CIJ), se ha constituido como una de las tareas prioritarias de la Subdirección de investigación. Estos estudios han estado encaminados a establecer un sistema de evaluación permanente, con el fin de conocer, en términos de su eficacia y mérito, los alcances y limitaciones de los diversos programas de prevención y tratamiento.

En Centros de Integración Juvenil, la Terapia Familiar ha venido siendo uno de los principales enfoques para la atención de los problemas asociados al consumo de drogas. En primera instancia, al reconocer la importancia del acompañamiento de la familia al paciente identificado en el proceso de tratamiento; posteriormente, en paralelo a los avances de esta corriente durante la década de los ochenta en México, se ubicó a las familias como portadoras del síntoma, de tal manera que éste se situó como parte del sistema para mantener la unidad y la homeostasis, o bien, para vehiculizar un mensaje de la necesidad de cambio que permitiera la transición a otro estadio del ciclo vital del sistema familia, nociones afines a la terapia familiar estructural de Salvador Minuchin (Yashiro-Ishihara, 2005). En el proceso, se incorporan las bases derivadas de la teoría de sistemas de Von Bertalanffy, la epistemología cibernética de Norbert Wiener, algunos postulados de Gregory Bateson y de Paul Watzlawick sobre teoría de la mente y la comunicación, respectivamente. Recientemente, el resurgimiento de la postura filosófica socio-construccionista y el auge de las terapias que emergieron a raíz de la modernidad tardía, ha dado lugar a nuevas perspectivas terapéuticas centradas en las narrativas, con consideraciones particulares hacia la perspectiva de género y la violencia familiar, como aspectos a iluminar, considerando su relación y entrecruzamiento con el fenómeno del consumo de drogas¹.

2

En este contexto, los servicios de terapia familiar en consulta externa impartidos en las unidades operativas de CIJ, tienen por objetivo favorecer el cambio en la relación entre el usuario de drogas y la familia, que contribuya a la remisión del consumo de drogas y al mantenimiento de la abstinencia. Específicamente, se busca favorecer la remisión del consumo de drogas, propiciando cambios en los patrones de la relación entre los miembros de la familia, a la usanza de la epistemología cibernética de primer orden, la cual supone, entre otras cosas, que *el problema está en la familia*, y que el terapeuta puede intervenir de manera directa y crucial en torno a éste desde su lugar de experto.

Podemos entender a la familia como un sistema en transacción constante, tanto con otros sistemas sociales como con el impacto interaccional de individuos en diferentes etapas del ciclo vital y su efecto recíproco de unos sobre otros en el tiempo, de tal manera que se puede

¹ Para más información, consultar: Centros de Integración Juvenil, A. C. *Guía técnica del Proyecto de Terapia Familiar*. Departamento de Tratamiento y Rehabilitación. Clave del documento GT-DTYR-AC-014-A3. Vigencia: Marzo 2009 a Marzo 2011. Consultado en abril del 2010.

deducir que el funcionamiento familiar, su crecimiento y su desarrollo tienen influencias y repercusiones tanto individuales como sociales y culturales (Quintero, 2006: 97). De ahí la importancia del estudio de los procesos y los resultados del tratamiento con este enfoque a través de un instrumento sensible al funcionamiento relacional, que incluye la dimensión sistémica de la familia y su configuración en torno al contexto del tratamiento, que asimismo, está incluido en el contexto institucional de CIJ.

Para efectos de la evaluación, fue menester tomar en consideración que la terapia familiar, aún dentro de su amplia gama de perspectivas y escuelas, tiene por objetivo descentralizar el problema del consumo de droga del individuo y situar al síntoma en el contexto relacional. En este orden de ideas, se buscó que el diseño de estudio fuera lo más isomórfico posible a la lógica de los servicios con este enfoque. Las preguntas subyacentes a esta intención fueron: ¿Cómo valorar el cambio con relación al sistema familiar y no sólo de manera lineal y directa con el usuario de drogas? ¿Cómo instrumentar las técnicas de evaluación de tal forma que incluyan una noción de proceso en los resultados, sin dejar de lado la precisión requerida en la medición y determinación de los indicadores? ¿Cómo evitar responder linealmente a un objetivo terapéutico ampliamente circular y relacional?

Buena parte de las baterías utilizadas para la evaluación son aplicadas con las personas portadoras del síntoma y otros miembros del sistema, para después correlacionar por medio de técnicas las puntuaciones; dejando de lado la valoración global de las relaciones en el sistema familiar. En decir, la mayoría de las baterías básicas e instrumentos de evaluación son diseñados para ser aplicados de manera individual, sin abordar de forma directa y operacional la dimensión relacional de la familia (Martínez-Pampliega y Rivero, 2009).

Por el contrario, las relaciones familiares son el eje de comprensión en el que se basa la Evaluación Global del Funcionamiento Relacional (*Global Assessment of Relational Functioning*, [GARF]). Este instrumento describe y cualifica el contexto relacional en el cual viven los pacientes y ocurren los problemas con base en los supuestos estructurales propuestos por Minuchin (1990), de tal forma que da prioridad a la valoración de aspectos relacionales, por encima de los individuales, a partir de tres dimensiones: interaccional, organización y clima emocional.

Es relevante señalar que el GARF ha sido ampliamente utilizado en diversos ámbitos clínicos y de investigación, con el fin de valorar la multidimensionalidad relacional (GAP, 1996). Este instrumento ha sido evaluado con buenos resultados en términos de su confiabilidad y validez en poblaciones y muestras diversas (Dausch, Miklowitz y Richards, 1996; Ross y

Doherty, 2001) y utilizado en otras evaluaciones realizadas en la Subdirección de investigación de CIJ².

La evaluación que se plantea en el presente documento, responde a una evaluación de programa, entendiendo que en éste coexisten una multiplicidad de componentes desde el punto de vista conceptual y práctico. Para efectos de la evaluación no se distinguieron elementos específicos del programa, sino que ha sido evaluado globalmente en cuanto a su eficacia para disminuir o eliminar el consumo de drogas ilícitas, además se incorporó para la evaluación del proceso, la valoración del funcionamiento familiar durante las sesiones de tratamiento, como un indicador de la co-evolución del sistema terapéutico y la familia. No se manejó un grupo control o comparativo, por lo que el diseño permite sólo dar cuenta, por el momento, de aspectos descriptivos de la aplicación general de la terapia familiar en CIJ.

Cabe mencionar, que los servicios de terapia familiar no se articulan de manera única u homogénea, debido a las características propias de cada unidad operativa, la diversidad de trayectorias e intereses de los propios terapeutas participantes y de los problemas planteados por las familias. A lo que podemos aspirar en términos de control y certezas, son los criterios de inclusión/exclusión y los procedimientos de evaluación establecidos como parte del protocolo de investigación del proyecto, asimismo, a la especialización tanto de los terapeutas que participaron en la evaluación como de la institución para dar atención a problemáticas asociadas al consumo de drogas.

Los resultados serán presentados en términos descriptivos, resaltando al tratamiento como un proceso sistémico, entendido no sólo con un enfoque holístico, sino también dialógico y recursivo, en retroalimentación permanente y bajo una lógica circular (Keeney, 1991). En consecuencia, más que reportar los hallazgos, haciendo referencia a un antes y un después, la intención es mostrar la variabilidad y heterogeneidad de los procesos observados, con relación a la permanencia de las familias en los servicios de tratamiento, y las trayectorias de cambio proyectadas en el tiempo para la puntuación global y de cada una de las dimensiones contenidas en el GARF (interaccional, organizacional y afectiva). Los resultados se midieron a partir de la posible disminución o suspensión del consumo de sustancias, así como del mejoramiento de la funcionalidad relacional familiar, en el transcurso del proceso terapéutico.

De este modo, este estudio forma parte de los esfuerzos orientados a generar información relevante sobre los procesos y resultados de la impartición de los servicios institucionales de tratamiento. Los servicios de terapia de familia en consulta externa han asentado su relevancia para el tratamiento del consumo de drogas, dado que este enfoque favorece la

² Consultar: Balanzario-Lorenzana, M.C., Diaz-Negrete, D.B., García-Aurrecochea, R.V. y Jiménez-Sivestre, K. *Evaluación de un programa de terapia familiar con enfoque de género para adolescentes adictos*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 03-08^a**, México, 2003.

restitución del lugar del sujeto en el concierto familiar y social, generando soportes sólidos para su rehabilitación. Particularmente, con este estudio se pretende arribar a una primera valoración del cambio que puede ser observado en el funcionamiento relacional familiar y en la reducción o remisión del consumo de drogas y su severidad a lo largo de la intervención terapéutica.

Metodología

De una convocatoria más amplia que contemplaba la inclusión de alrededor de sesenta familias, finalmente se contó con la participación, previo consentimiento informado, de 29 familias. Las unidades operativas que colaboraron fueron del Distrito Federal: Azcapotzalco e Iztapalapa (unidad oriente) y de algunas ciudades de estados de la República Mexicana: Cuernavaca, Guadalajara (unidad centro), Hermosillo, Salamanca, Saltillo, San Luís Potosí, Tijuana Guaycura, Toluca y Xalapa. Se consideraron familias en las cuales al menos un integrante del subsistema filial consumiera drogas ilícitas, asistiera a tratamiento por tal motivo, y cuya edad estuviese dentro del rango de 12 a 35 años, o que cohabitara con la familia nuclear y que la familia tuviese la disposición de asistir a los servicios de terapia de familia.

Las personas identificadas como los usuarios de drogas fueron 21 hombres y 8 mujeres, sus edades oscilaron entre los 13 y 32 años, con un promedio de 17.9 años (DE = 4.3). El 75.9% contaba al inicio del tratamiento con menos de 18 años.

Solo una persona reporto estar casada. La mayor parte de los pacientes identificados tenía escolaridad de secundaria (37.9%, 11 personas) y bachillerato (48.3%, 14 personas). Una persona reporto haber cursado estudios técnicos y tres, estudios profesionales. La mayoría señaló no haber concluido sus estudios (79.3%).

Más de la mitad era estudiante de tiempo completo (58.6%, 17 personas), mientras que solo una persona estudiaba y trabajaba. El 10.3% (3 personas) reporto actividad laboral estable (más de seis meses) y el mismo porcentaje correspondió a las personas que se encontraban desempleadas y a quienes se dedicaban a tareas del hogar. Algunos contaban con actividad laboral reciente (6.9 %, 2 personas).

La mayoría de los pacientes reportaron uso actual de tabaco y alcohol. De las drogas ilícitas registradas, sobresalen la mariguana y los inhalables como sustancias frecuentemente consumidas. En menor medida, se incluyeron pacientes con consumo de cocaína/crack, metanfetaminas y benzodiazepinas. No se registraron consumidores actuales de sustancias como alucinógenos, éxtasis y heroína.

En lo que respecta al número de sesiones de tratamiento, las familias que participaron en la evaluación, tuvieron una permanencia variable, que fue de 3 sesiones como mínimo y 15

sesiones como máximo. En la siguiente tabla se presenta la distribución de familias de acuerdo al número de sesiones de terapia de familia a las que asistieron:

Tabla 1. Número de familias que asistieron y número de sesiones de tratamiento

Número familias	Número sesiones	Porcentaje (%)
3	3	10.3
4	4	13.8
3	5	10.3
4	6	13.8
6	8	20.7
4	9	13.8
2	10	6.9
1	12	3.4
1	13	3.4
1	15	3.4

Se decidió considerar esta amplia distribución de asistencia, dado que parece relevante diferenciar los alcances de los distintos procesos terapéuticos, no sólo por la cantidad de sesiones, sino también por la proyección del cambio que cada sistema terapéutico³ alcanzó, asociado a su propio proceso; y en consideración de que cada una de estas familias inicio un tratamiento con enfoque de terapia familiar, y que aún cuando 21 familias interrumpieron y 8 familias arribaron al egreso con mejoría, se puede advertir, a través del análisis de los registros del GARF, diversos patrones de cambio favorable en las tres dimensiones relacionales estudiadas, que puede ser contrastada con los diferentes números de sesiones. Tales proyecciones de cambio son analizadas más adelante con relación a las dimensiones del GARF, pero también, con relación a la severidad del consumo de drogas.

Los datos fueron generados a partir del llenado de una ficha de identificación del paciente por parte de los terapeutas responsables de la atención de las familias; el registro del patrón de consumo de drogas del paciente identificado, realizado en entrevista entre el paciente y el terapeuta responsable, y la auto-aplicación de una escala de severidad del consumo de drogas, cada cuatro sesiones. Por último, se efectuó el registro de las puntuaciones del

³ Por sistema terapéutico entendemos la inclusión del observador (terapeuta) en el sistema observado (familia), con el fin de hacer explícita la imbricación del terapeuta dentro de la dinámica terapéutica, implicando la formación de un nuevo sistema (Keeney, 1991). En adelante, en el presente escrito, las referencias a las “familias” será entendida en el marco de la doble cibernética.

funcionamiento familiar relacional en cada una de las sesiones por parte del terapeuta, utilizando para ello el GARF (*Global Assessment of Relational Functioning*). Este instrumento fue diseñado para evaluar el funcionamiento relacional de la familia, con una probada utilidad respecto a la valoración clínica. El uso de esta escala permite evaluar sesión por sesión el funcionamiento familiar sistémico y rastrear fácilmente los cambios a lo largo del proceso terapéutico (Yingling, Miller, McDonald y Galewaler, 1998). En todos los casos, los registros fueron realizados por el mismo terapeuta responsable de la familia. En consecuencia los registros condensados en el GARF son de naturaleza observacional, reflexiva y subjetiva que hace el terapeuta de la co-evolución del sistema familiar.

Las tres dimensiones del GARF (interaccional, organizacional y afectiva) representan áreas relevantes para el estudio de los arreglos relacionales en las familias. La dimensión *interaccional*, alude a las habilidades para negociar metas u objetivos, compromisos, reglas y rutinas, además de adaptabilidad al estrés, la habilidad en la comunicación y en la resolución de conflictos. La dimensión de *organización* versa sobre el mantenimiento de los roles en la interrelación y de los límites del sistema, también considera la funcionalidad del sistema jerárquico, las coaliciones, la distribución del poder, del control y de la responsabilidad. Por último, el *clima emocional* involucra el tono y calidad de los sentimientos, la calidad de la preocupación, el afecto, la empatía, la capacidad de involucramiento, del respeto, así como la reciprocidad afectiva y calidad del funcionamiento sexual.

Los puntajes en las tres áreas antes mencionadas van desde muy bajo (1) a muy alto (100). Las puntuaciones para cada dimensión se presentan en cinco niveles de funcionamiento que varían desde un funcionamiento relacional muy pobre a un funcionamiento relacional satisfactorio, con un rango de 20 puntos al interior de cada una:

01-20 = caótica

21-40 = raramente satisfactoria

41-60 = predominantemente insatisfactoria

61-80 = algo insatisfactoria

81-100 = satisfactoria

El perfil gráfico obtenido mediante las calificaciones del GARF se desarrolló de acuerdo a las puntuaciones de cada sesión, identificando patrones de congruencia y diversidad entre las tres variables durante el curso de la terapia.

Para el análisis de datos, se agrupó a las familias participantes en función de las sesiones a las que asistieron, por medio del cálculo de promedios por sesión, y para cada una de las dimensiones, incluyendo una puntuación global de funcionamiento familiar.

Principales hallazgos

Los registros del patrón de consumo presentaron una amplia variabilidad en función de la permanencia en el tratamiento. Sin embargo, conforme se fueron realizando los registros, el número de personas usuarias por sustancia fue disminuyendo, como se muestra en la siguiente tabla:

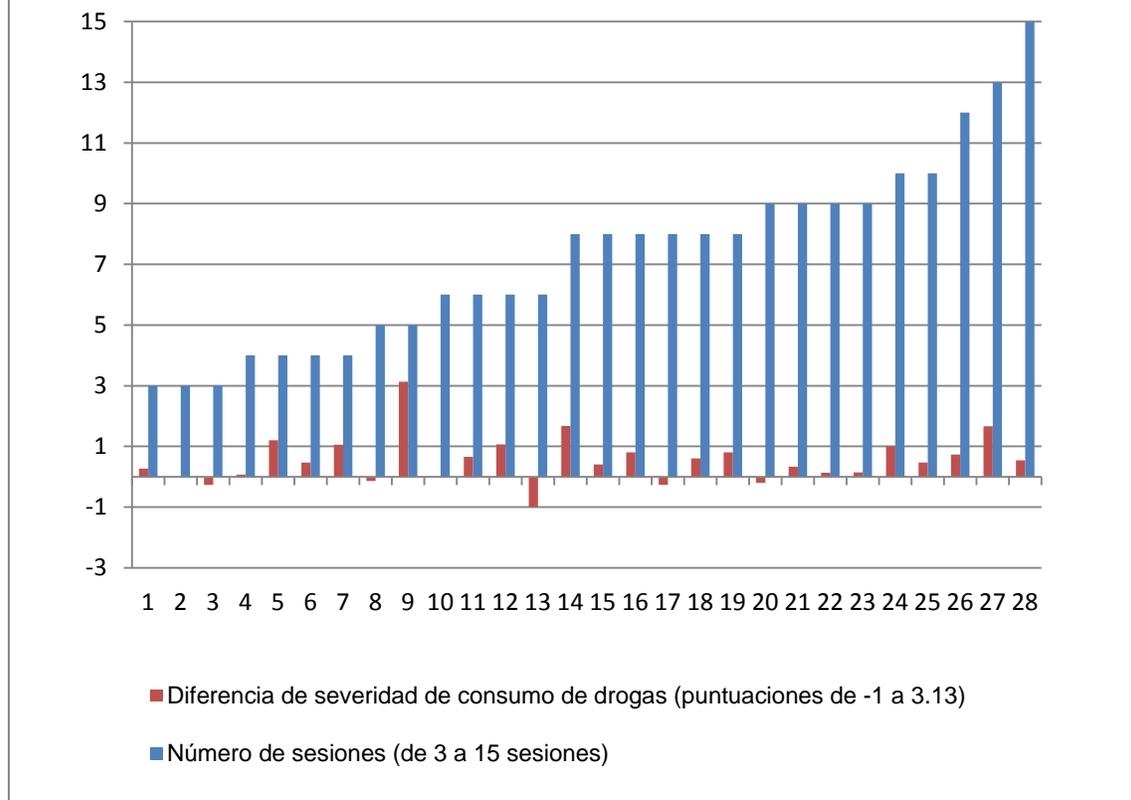
Tabla 2. Número de registros obtenidos por medición a lo largo del tratamiento y número de personas que reportan en cada registro consumo en el último mes, por sustancia

Sustancias	Registro 1	Personas que reportan consumo	Registro 2	Personas que reportan consumo	Registro 3	Personas que reportan consumo	Registro 4	Personas que reportan consumo	Registro 5	Personas que reportan consumo	Registro 6	Personas que reportan consumo
Tabaco	24	24	23	21	16	11	6	5	4	4	3	3
Alcohol	22	22	20	13	14	8	6	4	4	3	3	2
Mariguana	15	15	15	8	12	5	4	2	4	2	3	1
Cocaína	2	2	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Crack	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Inhalables	6	6	6	0	3	1	2	1	1	1	0	0
Metanfetamina	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
Benzodiacepinas	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0

8

En la siguiente gráfica, se presentan las puntuaciones de disminución o aumento de la severidad del consumo de sustancias (columna negra), respecto al número de sesiones de tratamiento a las que asistieron las familias (columna gris). Se aprecian diferentes alcances del cambio en algunas de las familias que permanecieron cinco sesiones, versus aquellas que asistieron hasta nueve sesiones. En este sentido, es importante resaltar cómo la proyección del cambio es relativa, y no puede ser explicada en estricto sentido por el número de sesiones en que una familia asiste a tratamiento, sino que más bien, podría estar en función de la dinámica propia de cada proceso terapéutico. No es posible distinguir algún patrón, o tendencia, dada la heterogeneidad y formas particulares de organización de cada uno de los sistemas terapéuticos aquí representados. En cinco pacientes identificados se registra un incremento de la severidad del consumo de drogas, en algunos casos mínimo, y en uno muy sobresaliente. Asimismo, se observan disminuciones de severidad del consumo mínimas en el grupo de familias con permanencia de nueve sesiones en contraste con las familias que permanecieron, por debajo o por arriba de este número.

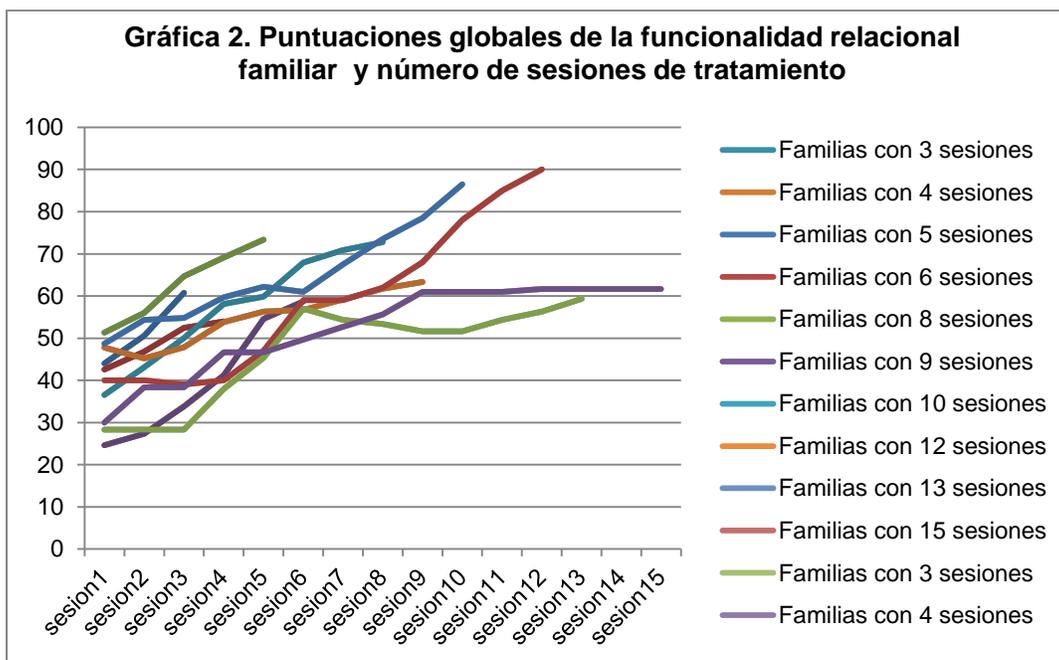
Gráfica 1. Diferencias en la primera y última puntuación de la severidad del consumo de drogas, respecto al número de sesiones de tratamiento



Nota: Se incluyen 28 familias, debido a que uno de los casos fue excluido por contar sólo con un registro

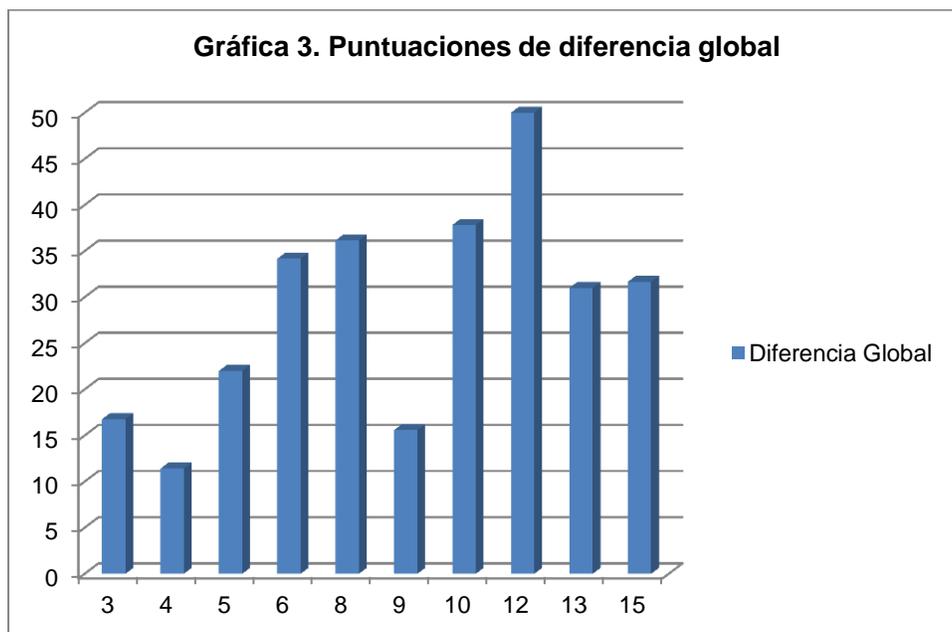
La medida global del funcionamiento relacional incluye las puntuaciones de las tres dimensiones consideradas. En la gráfica 2, a diferencia de la disparidad que muestra la gráfica 1 sobre las diferencias entre la primera y última puntuación de severidad, sobresale por su direccionalidad ascendente, indicando una puntuación de mayor funcionalidad relacional a medida que las sesiones de tratamiento van sucediéndose, no obstante se observan *mesetas* de estabilidad, de un aparente “no cambio”, y picos que descienden y ascienden en algún momento del transcurso del tratamiento. Cabe señalar, asimismo, que los grados de inclinación ascendente varían en función de la posibilidad de cambio de cada sistema terapéutico, observándose de nuevo, que algunas familias con permanencia de cinco sesiones, evidencian potenciales de mejora global más pronunciados que aquellas que alcanzan hasta 13 sesiones de tratamiento. En cambio, algunos sistemas terapéuticos que alcanzaron 12 sesiones, mantuvieron, al inicio del tratamiento, un cambio medurado, casi imperceptible, con un despliegue importante, entre las sesiones 8 y 9. Familias con evoluciones más constantes, como es el caso de una familia que permaneció por 15 sesiones, es ejemplo de estabilización o *meseta* de aparente “no cambio” registrado a partir de la novena sesión. Al inicio del tratamiento se observan organizaciones “caóticas” y

“predominantemente insatisfactorias”, arribando a las últimas sesiones a funcionamientos relacionales “algo insatisfactorios” y “satisfactorios”.



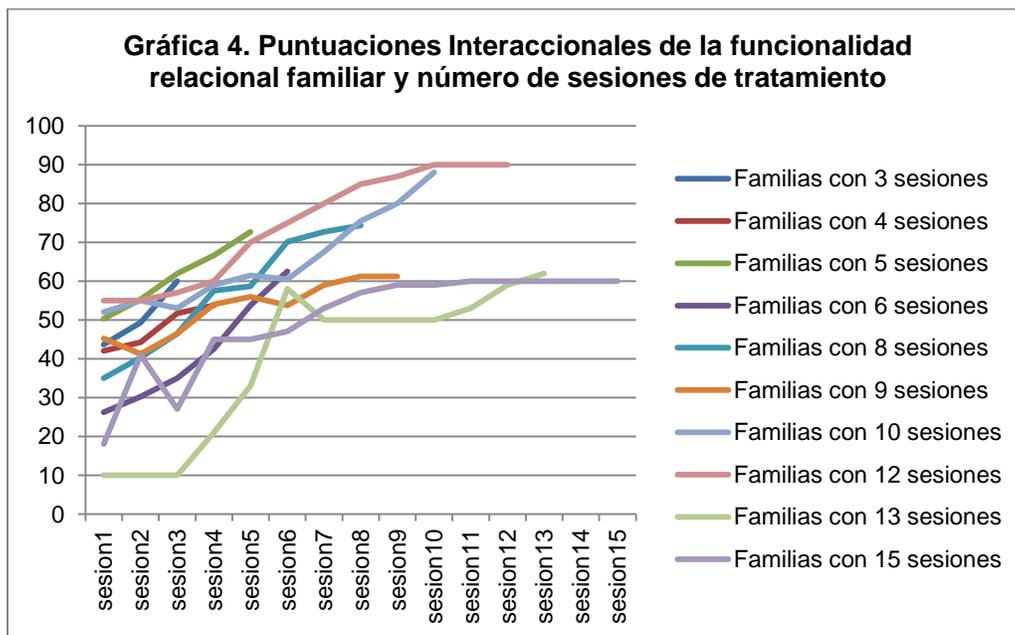
De igual manera, las puntuaciones de diferencia a lo largo del proceso de la funcionalidad relacional global, calculadas a partir de la diferencia entre la primera y la última calificación registrada en cada caso, presenta diversos niveles de ganancia con respecto a la mejora de las tres dimensiones estudiadas, siendo acaso equiparables las puntuaciones de las familias que asisten entre 6, 8 y 10 sesiones, y aquellas que asisten 13 y 15.

10

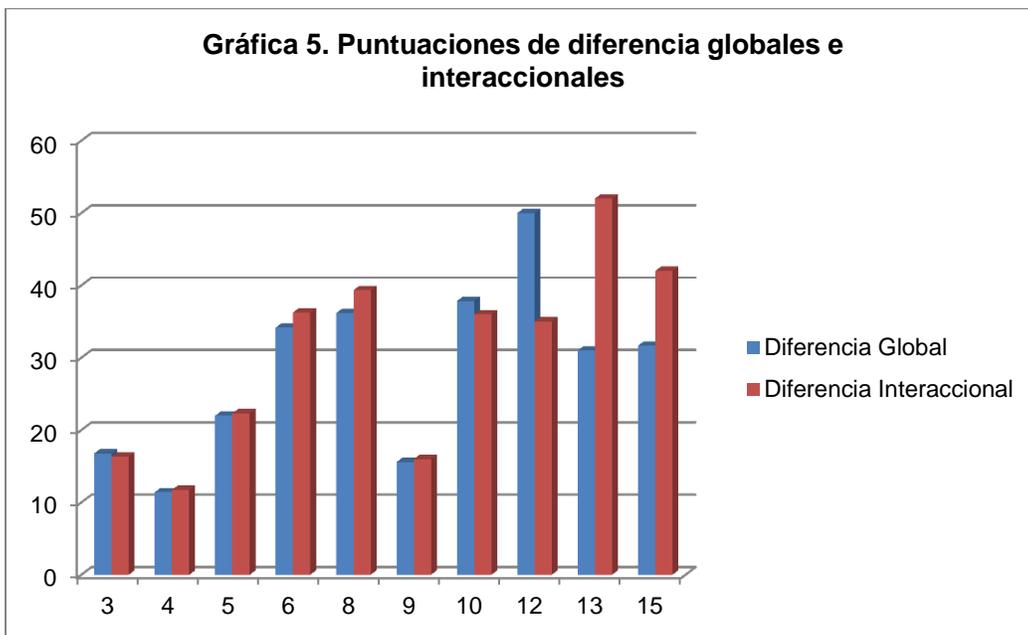


El arreglo de las tendencias de las puntuaciones varía para cada una de las dimensiones consideradas. En el caso de la dimensión solución de problemas o interaccional, referente a

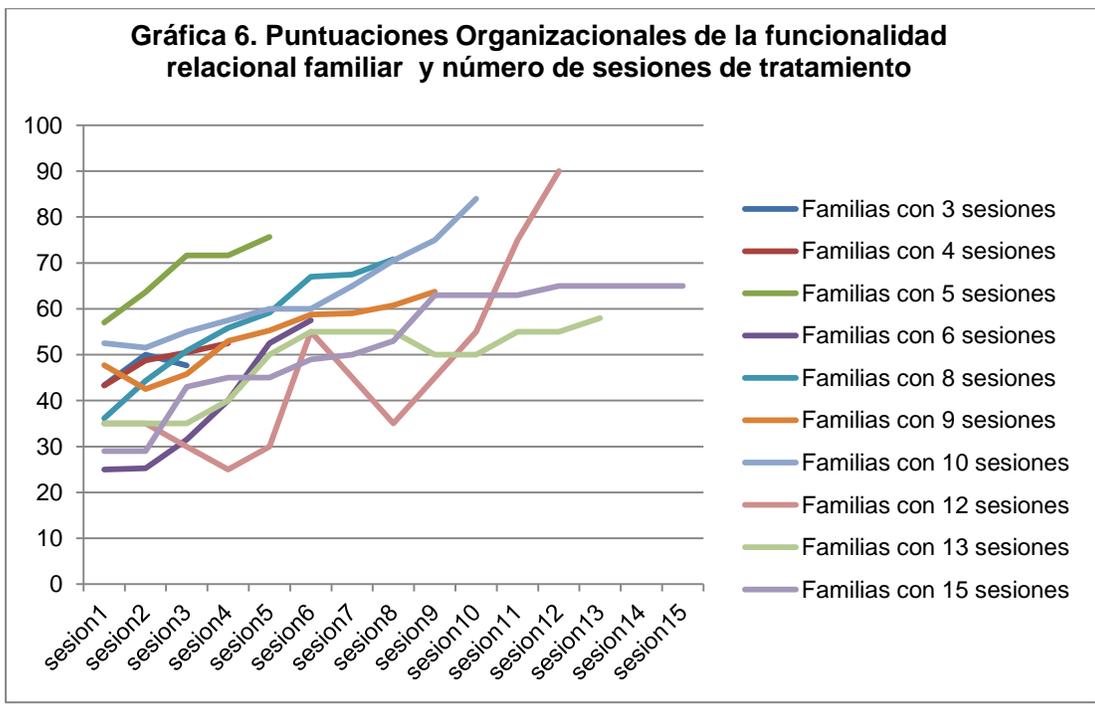
aspectos comunicacionales, de negociación y adaptabilidad, es perceptible que las líneas mantienen una trayectoria claramente ascendente, incluyendo segmentos de cambio medido, infiriéndose, en general, un nivel habitualmente satisfactorio (puntuaciones contenidas dentro del rango 61-80) y satisfactorio (puntuaciones contenidas dentro del rango 81-100) de mejoramiento de esta dimensión relacional. En la gráfica 4, en particular, sobresalen los “picos” que pueden indicar la percepción de cambios abruptos en la dinámica familiar, bien sea a favor de pautas organizacionales antiguas, o bien, cambios dirigidos a la adopción de nuevas formas de comunicación y negociación, siendo que, en las últimas sesiones, se re-establecen la estabilidad de los procesos (por ejemplo, ver sistemas terapéuticos con 9, 12, 13 y 15 sesiones).



Las diferencias de puntuación entre la primera y última anotación de la dimensión interaccional contrastadas con las puntuaciones de diferencia promedio globales, muestran en general, puntuaciones más altas, sobre todo en las familias con 13 y 15 sesiones, mientras que en algunos casos ambas medidas son equiparables. Comienza a ser perceptible, un incremento paulatino de la mejora con respecto a las dimensiones relacionales estudiadas, habiendo un importante descenso en las puntuaciones en la sesión nueve, para posteriormente incrementar en igual o mayor medida el desempeño relacional.

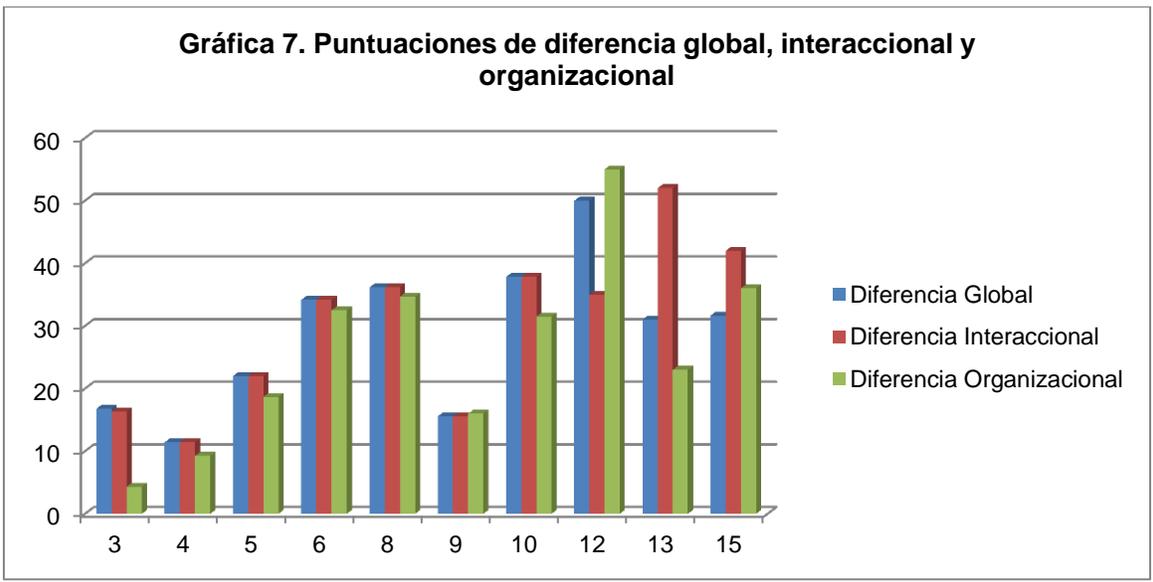


La dimensión organizacional, como se mencionó antes, contiene aspectos estructurales (Minuchin y Fishman, 1990) que aluden al mantenimiento de ciertos roles interaccionales y delimitación entre los subsistemas, el funcionamiento jerárquico, coaliciones y distribución del poder, el control y la responsabilidad. Es notoria una mayor diferencia entre las familias que en las gráficas anteriores, se observa una constante inclinación ascendente que da cuenta de un cambio constante con miras a la mejoría. Sobresale, por ejemplo, la trayectoria de la familia de 12 sesiones de permanencia, dada la abrupta pauta de cambio en esta dimensión relacional, casi como en zig-zag, de donde puede inferirse un proceso con muy buen avance, aunque con “picos” que denotan cambios abruptos, con breves trechos de consolidación y estabilidad, la trayectoria anterior contrasta con la familia que alcanzó 15 sesiones, en la cual se observa una constancia en el cambio distinta, signada por un proceso más paulatino y constante, con segmentos de aparente estabilidad. Otros procesos tienen trayectorias más comunes, siendo así cuasi rectas con clara perfilación ascendente. La mejoría del funcionamiento relacional va de “raramente satisfactoria” a “algo satisfactoria” (en la mayoría de los casos) y “satisfactoria” (en la familias con 10 y 12 sesiones; ver Gráfica 6).



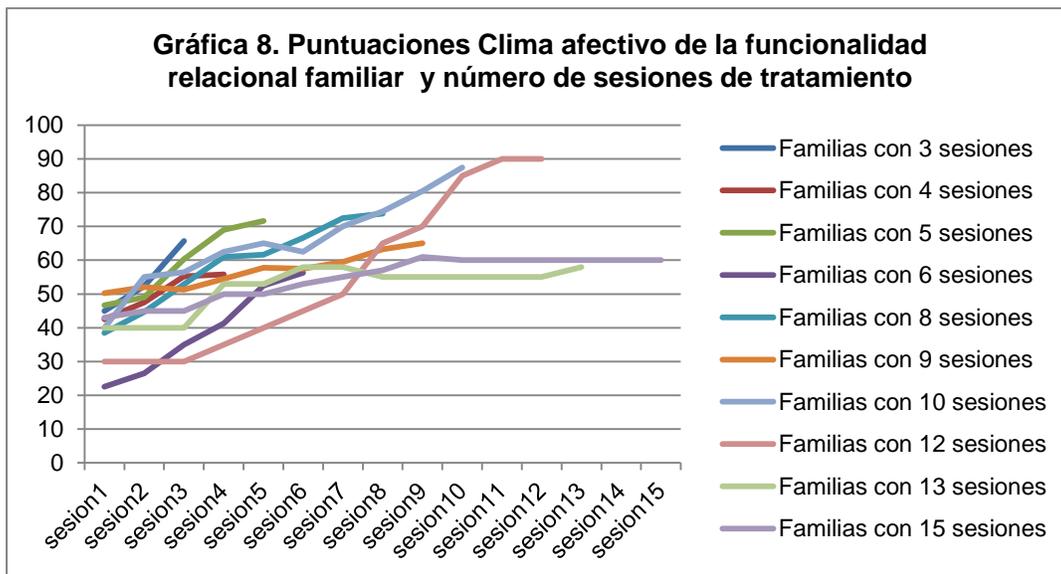
Las puntuaciones de ganancia o diferencia entre el primer y último registro disponible, de nuevo son dispares, sin un patrón definido respecto al número de sesiones. Sobresalen los sistemas terapéuticos de 12 sesiones, que en esta dimensión obtuvieron una ganancia considerable, por encima de la calificación global y de la puntuación de la dimensión interaccional. En cambio, en los procesos de sólo tres sesiones, la diferencia obtenida es muy inferior en contraste con las otras (ver Gráfica 7).

13



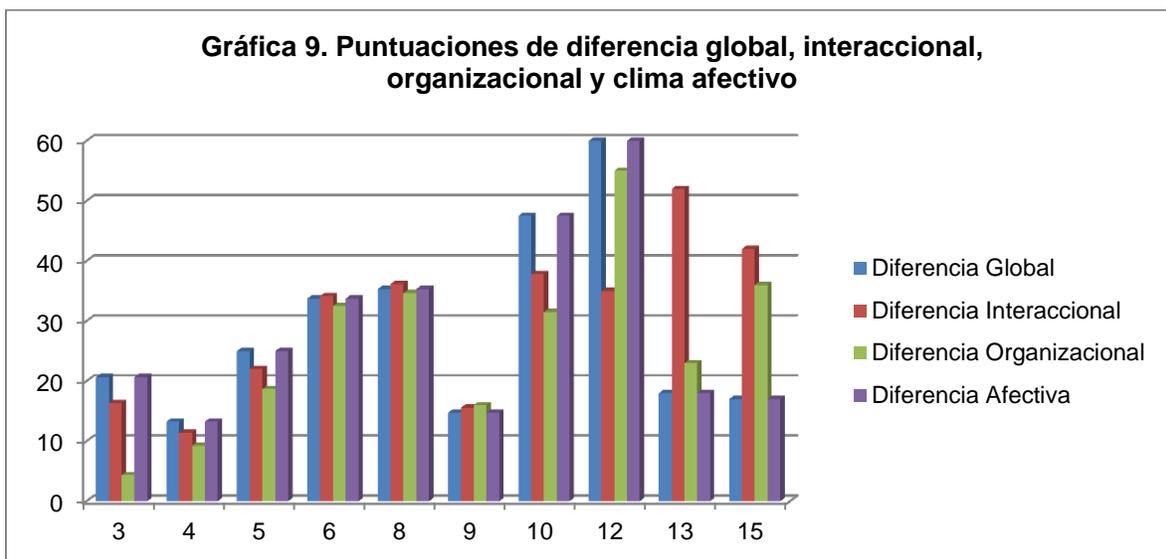
El clima afectivo abarca el espectro emocional y vincular de los miembros de la familia, traducido en la calidad de la atención, la empatía, y el grado de involucramiento o compromiso; la observación está dirigida a la exploración de valores compartidos, la capacidad de respuesta afectiva; respeto y cuidado de unos a otros. Llama la atención cierta

paridad en las puntuaciones de inicio, sin dejar de destacarse que dos familias observan puntuaciones claramente menores. La mayoría se ubican en el rango de un funcionamiento insatisfactorio (entre 40 y 50 puntos aproximadamente), y se despliegan de forma ascendente, con pocas variaciones en el trayecto, hasta alcanzar puntuaciones de 60 y 90, que supone un nivel satisfactorio de funcionamiento familiar afectivo. En esta dimensión parece más clara la presencia de lapsos de estabilidad y constancia. Las líneas parecen más rectas, sugiriendo una pauta acompasada de cambio, y en algunos casos, hasta puede llegar a considerarse que las familias alcanzan cierto nivel de cambio y por lo tanto se mantiene en una cierta forma de funcionamiento relacional afectivo (por ejemplo familias con 13 y 15 sesiones). Se suponía que en esta dimensión bien podría dibujarse una mayor disparidad en los procesos terapéuticos observados, debido a que la expresión emocional y afectiva puede llegar a presentar aspectos muy amplios y diversos en cada familia. No obstante, se puede reconocer, que el mismo proceso terapéutico requiere de generar un clima afectivo propicio para facilitar el tránsito a una nueva organización familiar (ver gráfica 8).



Las familias de 10 y 12 sesiones mantienen, en la dimensión afectiva, un alto nivel de puntuaciones de diferencias entre el primer y último registro (puntuación de ganancia), equiparables a las puntuaciones de diferencia global. De igual manera, estas mediciones son equiparables con las otras dos dimensiones y la puntuación global en los proceso de 6, 8 y 9 sesiones, siendo este último grupo el que ha obtenido menos puntuación de ganancia en todas las dimensiones. Las familias con mayor número de sesiones, no obtienen importantes diferencias positivas en la dimensión afectiva. Graficadas de manera conjunta, las dimensiones parecen configurar una puntuación mayor de diferencia positiva a medida que las sesiones de tratamiento van aumentando, tal consideración no debiera tomarse a pie juntillas, ya que como observamos en descripciones anteriores, las gráficas en principio mantiene niveles heterogéneos de puntuación, aunque consistentemente en la sesión

número nueve, suele observarse una disminución importante de la diferencia, que refleja una suerte de “bache” en el tratamiento que puede ser subsanado en las sesiones subsecuentes, siempre y cuando las familias continúen en el proceso terapéutico (ver gráfica 9).



Discusión: conclusiones y aperturas

De acuerdo a estos hallazgos, se podría suponer la diversidad y variabilidad de los procesos terapéuticos, no sin considerar que en general todos presentan tendencias de mejora en cada una de las dimensiones que conforman la funcionalidad relacional, así como en su promedio global. Al parecer, las familias van evolucionando hacia una complejidad mayor, manteniendo en el trayecto terapéutico dinámicas de cambio y estabilidad que les van permitiendo mantener cierto nivel de organización en general, a la vez que van incorporando la información proveniente del contexto terapéutico (Minuchin y Fishman, 1990). Asimismo, se observan importantes disminuciones en el consumo y la severidad del uso de sustancias por parte de los pacientes identificados.

Los análisis nos invitan a ver a los sistemas terapéuticos entretejidos en un proceso de cambio paulatino, donde la variable “tiempo” resulta de interés en la medida que permite pensar en el cambio como algo que pudiera emerger de un proceso, de tal manera que las familias se aproximen a una forma de organización relacional más plausible. Este proceso de cambio, no podría ser considerado en términos lineales, en el sentido de corresponderse necesariamente a un diagnóstico o previsión anticipada del desenlace, de tal manera que la terapia debe ser conceptualizada como un proceso continuo y recursivo que requiere del replanteamiento y la reformulación de hipótesis, con el fin de ser trabajadas, o mejor dicho, puestas en cuestión, problematizadas en función de un proceso dialógico y de realimentación (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Los resultados que se presentan en las gráficas dan cuenta de los diferentes puntos de partida de las familias, así como los diversos puntos de llegada, matizados con la particularidad de los procesos que van dibujando trayectorias distintas de los pasajes de tratamiento. Lo anterior lleva a pensar en el concepto de *equifinalidad* que refiere a la forma que tienen los sistemas abiertos de alcanzar similares estados finales, en este caso, representado por la mejoría del funcionamiento relacional familiar, partiendo de diferentes condiciones iniciales y transitando por diferentes caminos (Bertalanffy, 1986). Así, los cambios se despliegan de manera diversa respondiendo a las características particulares de la organización de cada sistema (Maturana y Varela, 1984).

No obstante lo anterior, cabe señalar, que es posible observar cierta semejanza con otros resultados de evaluación de tratamientos en consulta externa en Centros de Integración Juvenil. De manera que, sin distinguir el tipo de tratamiento que reciben las personas que solicitan atención en las unidades de CIJ, después de una disminución de los trastornos asociados al uso de sustancias y del consumo de drogas entre la tercera y sexta semana de tratamiento, se ha registrado un aumento de los mismos en la novena semana y, de nuevo, una disminución para los pacientes que han continuado asistiendo al tratamiento, o bien, que son objeto de seguimiento⁴. Es así como la novena semana de tratamiento es señalada como una fase crítica del proceso terapéutico. Lo anterior coincide con los hallazgos aquí presentados, de tal manera que resulta crucial que se tomen las medidas necesarias para evitar la deserción de las familias y los pacientes en general en esta fase crítica, ya que pueden presentar una mayor vulnerabilidad de recaída y desajuste psicosocial.

En las familias que permanecen por más tiempo se observan tendencias ascendentes que representan mejoría en las relaciones familiares, más sin embargo, es posible observar tramos de estabilidad, lo que lleva a pensar en que los potenciales de cambio pueden tener un límite en función del propio sistema-familia. Además, llama la atención, que las familias que asistieron a más sesiones, obtengan puntuaciones de diferencia entre la primera y última sesión más altas en la dimensión interaccional, en contraste con las familias que asistieron a pocas sesiones, las cuales presentan mayores puntuaciones de diferencia en la dimensión afectiva. Lo anterior, puede atribuirse a una manera alternada del proceso de cambio, en la cual las formas de organización familiar van requiriendo un tiempo de instauración, por ejemplo traducido en nuevas formas de comunicación y negociación de reglas, y de consolidación para que se pueda afirmar el cambio, sin embargo, la dimensión afectiva, bien puede representar, una de las dimensiones que presenten diferencias importantes desde el

⁴ Ver: Díaz-Negrete, D. B. y Balanzario-Lorenzana, M. C. *Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento Consulta Externa, Primer Informe*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 09-06**, México, Octubre de 2009.

inicio de la relación terapéutica, a razón de fungir como facilitador para instrumentar otras pautas de relación en sus dimensiones organizacional e interaccional.

El alcance del presente informe es descriptivo, sin considerar una serie de aspectos relevantes que interaccionan en el proceso terapéutico. Dentro de sus limitaciones están el no considerar el punto de vista del paciente, siendo éste uno de los factores más consistentes para documentar la mejoría (Bachelor, 1995).

A la luz de otras investigaciones sobre la eficacia y efectividad de la terapia familias (Sexton, Kinser y Hanes, 2008; Crane, 2008) y más allá de la dificultad de plantear estudios basados en diseños de ensayos clínicos aleatorizados (Crane, Wood, Law y Schaalje, 2004), este trabajo ha considerado presentar los diferentes procesos de tratamiento, de acuerdo al número de sesiones en las que permanecieron las familias, de manera que tales observaciones nos han permitido diferenciar los procesos en términos de su evolución hacia dinámicas más favorables de funcionamiento relacional familiar y la remisión del consumo de drogas, como sucesos orquestados a partir de la incursión en el tratamiento con enfoque de terapia de familia en consulta externa en CIJ.

REFERENCIAS

- Bachelor, Alexandra (1995) Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis, *Journal of conseling psychology*, 42 (3): 323-337.
- Balanzario-Lorenzana, M.C., Diaz-Negrete, D.B., García-Aurrecochea, R.V. y Jiménez-Sivestre, K. *Evaluación de un programa de terapia familiar con enfoque de género para adolescentes adictos*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 03-08^a**, México, 2003.
- Bertalanffy, L. V. (1986). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, Luigi; Cecchin, Gianfranco, Hoffman, Lynn y Penn, Peggy. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. *Guía técnica del Proyecto de Terapia Familiar*. Departamento de Tratamiento y Rehabilitación. Clave del documento GT-DTYR-AC-014-A3. Vigencia: Marzo 2009 a Marzo 2011. Consultado en abril del 2010.
- Crane, Russell D. (2008) The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of family therapy*, 30 (4): 399-410.
- Crane, D. R., Wood, N. D., Law, D. D. y Schaalje, B. (2004) The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: an exploratory study. *Contemporary Family Therapy*, 26: 61-69.

- Dausch, B. M., Miklowitz, D. J. y Richards, J. A. (1996) Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process*. Vol. 35 (2): 175-189.
- Diaz-Negrete, D. B. y Balanzario-Lorenzana, M. C. *Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento Consulta Externa, Primer Informe*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, **Informe de Investigación 09-06**, México, Octubre de 2009.
- Group for the Advancement of Psychiatry committee on the family (GAP; 1996). Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): I. Background and Rationale. *Family Process*. Vol. 35 (2): 155-172.
- Keeney, Bradford. (1991) *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Martínez-Pampliega, Ana y Rivero, Nayeli (2009) Instrumentos de evaluación familiar desde el modelo circunplejo. *Cuadernos de terapia familiar. JJ Época – Año XXJJJ-Primavera-Verano-Otoño 2009*.
- Maturana, H. y Varela, F. (1984) *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*, Santiago: Universitaria.
- Minuchin, Salvador y Fishman, H. Charles. (1990) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Quintero, Ángela María. (2006) *Proceso vital de la pareja moderna*. En: Omar Biscotti (coord.) *Terapia de pareja: una mirada sistémica* (91-130). Buenos Aires: Lumen.
- Ross, N. M. y Doherty, W. J. (2001) Validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) when used by community-based therapists. *The American Journal of Family Therapy*. Vol. 29 (3): 239-253.
- Sexton, Thomas L.; Kinser, Jeremy, C. y Hanes, Christopher W. (2008) Beyond a single standard: levels of evidence approach for evaluating marriage and family therapy research and practice. *Journal of family therapy*, 30 (4): 386-398.
- Yashiro Ishihara, Tomoko (2005) *La diversidad del pensamiento en la terapia familiar y el desarrollo de la terapia de segundo orden. Contextualización y análisis de discrepancias epistemológicas*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Terapia Familiar. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, México, D. F.
- Yingling, Lynelle C.; Miller, William E.; McDonald, Alice L. y Galewaler, Susan T. (1998) *GARF Assessment sourcebook: using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning*. Brunner/Mazel Washington.