

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA



SINDROME DE IDENTIDAD DIFUSA VS CRISIS DE IDENTIDAD EN
LA ADOLESCENCIA TERMINAL. IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS

TRABAJO DE INVESTIGACION
EN OPCION AL TITULO DE
PSIQUIATRIA GENERAL

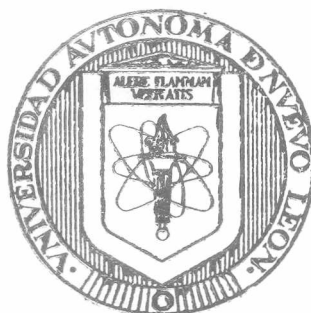
PRESENTA

DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVINO

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1988

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSE E. GONZALEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA



SINDROME DE IDENTIDAD DIFUSA VS CRISIS DE IDENTIDAD EN
LA ADOLESCENCIA TERMINAL. IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS

TRABAJO DE INVESTIGACION
EN OPCION AL TITULO DE
PSIQUIATRIA GENERAL

PRESENTA

DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVIÑO



MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1988

"Tuve que envejecer para aprender lo que quería saber y necesitaría ser joven para decir bien lo que sé. Enseñar es aprender 2 veces."

Pensées, 1842. Joseph Joubert.

I N D I C E

Introducción.

I.- Introducción	1
II.- Marco Teórico y Viñetas Clínicas	
a) La Entrevista	4
b) Psicodinamia y Etiología	10
c) La Familia	13
d) El Diagnóstico	19
III.- Sujetos y Métodos	28
IV.- Resultados	32
V.- Discusión y Conclusiones	39
Bibliografía	41
Apéndice I	
Apéndice II	

SINDROME DE IDENTIDAD DIFUSA VS CRISIS DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA TERMINAL. IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS

I.- Introducción.

Durante la fase terminal de la adolescencia (de los 17 a los 19 años), ocurre la consolidación de la personalidad con relativa estabilidad y concordancia de los sentimientos con la conducta. Hay una búsqueda de la elección vocacional y de una posición satisfactoria en el grupo social. (Metcalf 1984). Todo esto concierne a un complejo proceso el cual bien pudiera no resolverse del todo al cabo de la segunda década de la vida sin que esto contemple una entidad patológica.

La incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional, perturba a la gente joven. Puede llevar a la confusión de roles con episodios delinquentes y aún psicóticos que si se los diagnostica y trata correctamente, tales incidentes no tienen el mismo significado a posteriori (Erickson, 1959).

El Síndrome de Identidad Difusa es parte de los componentes del nivel organizacional inferior de la personalidad o "borderline" descrito por Kernberg (1975a, 1976). Esta entidad es definida desde los puntos de vista descriptivo.- ansiedad, neurosis polisintomáticas, tendencias sexuales perverso-polimorfos, personalidades prepsicóticas, adicciones, desórdenes caracterológicos como los infantiles, narcisistas, "as if" y antisociales; estructural.- manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos e insuficiente desarrollo de los canales sublimatorios; desviación hacia el pensamiento del proceso primario; mecanismos de defensa primitivos: escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia, devaluación; pa

tología de las relaciones objetales internalizadas; poca integración super-
yoica; predominio de los conflictos orales sobre los edípicos. Y genético-
dinámico.- vicisitudes de los instintos, reflejadas en la particular con-
densación patológica de objetos pregenitales y genitales, que es producto
de la intensidad de la agresión pregenital.

Para Kernberg (1975a) la difusión de la identidad definida por Erick-
son (1956) es un típico síndrome de la personalidad fronteriza, no observa-
ble en estructuras neuróticas.

La crisis de identidad es la situación a resolver en el adolescente -
al encontrarse entre 2 polaridades: identidad vs. difusión de identidad.
Erickson (1970) se refiere por crisis de identidad a la lucha en una posi-
ción psico-social-histórico-biológica la cual: 1) es parcialmente con-
sciente y parcialmente inconsciente. Es una lucha por un sentido de conti-
nuidad e igualdad personal; una cualidad del vivir no-consciente-de-sí-mis-
mo al encontrar la dimensión comunitaria unificando lo irreversible (su gé-
nesis) con elecciones que se le han proporcionado (sus roles) dentro de --
pautas culturales e históricas tradicionales y nuevas. 2) Es una dinámica
de conflicto entre estados mentales contradictorios (sentido de vulnerabi-
lidad exacerbado) y perspectivas individuales. 3) Posee su propio periodo
evolutivo, ya que deben darse precondiciones somáticas, cognoscitivas y so-
ciales y los desarrollos inmediatos y futuros dependen del joven. 4) Se ex-
tiende al pasado (la infancia) como al futuro (preservación y renovación -
de cada etapa evolutiva subsecuente). 5) El establecimiento y mantenimien-
to de la dimensión comunitaria implica la reconciliación de discontinuidades
y ambigüedades. Esto depende del apoyo de modelos parentales y comuni-
tarios. 6) La comprensión de la biografía dentro del marco histórico.

La confusión en la identidad está acompañada por los síntomas neuróticos o casi psicóticos a los que la persona es propensa en base a su constitución, experiencias tempranas y circunstancias malignas.

La consolidación de estos aspectos en forma positiva permitirá pasar a la fase de intimidad y solidaridad vs. aislamiento; después, generatividad vs. estancamiento. Si la crisis en el individuo es tan crítica perdiendo la esperanza en su capacidad para contener estos elementos, todas las identificaciones y fragmentos de identidad quedarán sumergidos en su interior como indeseables o irreconocibles sintiéndose "diferente" conformando una identidad negativa o difusión de identidad.

La agresión y la rebeldía son normales como defensa para lograr el dominio frente a la amenaza de destrucción (Prado Huante, 1986; Feinstein, 1972) ante la vivencia de 3 duelos: el del cuerpo, la identidad infantil y los padres infantiles.

La negación de estos duelos puede conducir a la psicopatía (Aberastury et col., reimp. 1987; García Reinoso, 1970) asimismo como las alteraciones en la elaboración de los mismos (Juárez, 1988; Rosenthal y Knobel, reimp. 1987).

Diagnosticar adolescentes no es fácil. Este dilema apareció desde que inicié mi entrenamiento de post-grado, por lo que hago una revisión con el fin de tener "más luz" al elaborar dichos conceptos en torno a la definición de los niveles estructurales de este periodo vital humano.

II.- Marco Teórico y viñetas clínicas.

a) La Entrevista,

La entrevista clínica es la fuente primaria de información usada para determinar el diagnóstico y guiar el tratamiento.

Diversos modelos de métodos de acuerdo a conceptos psicodinámicos, como la entrevista estructural, han procreado habilidades en los entrevistados para deducir hechos previos encubiertos, prestando atención a los conflictos, los afectos disfóricos, defensas usadas por el paciente y génesis de los síntomas.

Datos sofisticados y ensayos hipotéticos llevados a cabo consciente o preconscientemente por los entrevistadores tiene tal valor práctico que el desarrollo de esas habilidades se convierte en la meta primaria de los clínicos. Young et col. (1987), comentan que la entrevista clínica se aleja cada vez más del escrutinio científico. Se vuelven vulnerables a críticas -- substanciales como cuasi-científicas con datos dudosos debido a procedimientos prejuiciados. La investigación clínica comienza a titubear debido a la dificultad para contemplar diagnósticos confiables y los clínicos buscan -- fuentes de desacuerdo entre los entrevistadores. Las entrevistas clínicas para establecer un diagnóstico, siempre serán cuestionadas sobre la naturaleza y veracidad de los datos (Gutterman et al., 1987).

Los sesgos que pueden darse provienen de 3 fuentes: la estructura de la entrevista, el entrevistado y el entrevistador.

- En cuanto a la estructura de la entrevista pudieran presentarse, - entre otras cosas: falta de especificidad, conceptos multidimensionales de las preguntas; número, secuencia, estructura de las -- preguntas inadecuados; empleo de términos inexactos, ambiguos, com

plejos o prejuiciados.

- Por parte del entrevistado: falta de entendimiento de las preguntas, lapsos de memoria, opiniones falsas, necesidad de dar respuestas socialmente aceptables, etc.
- El entrevistador, a su vez, interferiría en el proceso diagnóstico con sus prejuicios y preferencias, intensidad emocional, facilidad verbal, características propias, errores al transcribir los reportes, etc.

Las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas (como el SADS), donde los límites de las definiciones operacionales son reconocidos, implican un control. Así, los diversos errores y propensiones están abiertos al escrutinio de tal forma que aumenta la confiabilidad y validez en los resultados (Young et col., 1987).

Si bien es cierto que remitirse a un cuestionario disminuye el rango de error y omisión al contemplar los criterios diagnósticos de un cuadro nosográfico como los mostrados en el DSM-III (también cuestionado: Cantwell y Baker, 1988), pienso que éstos bien pudieran ser usados como complemento de una evaluación y no como sustitutos de la entrevista clásica, ya que la presencia de la interacción entre terapeuta y paciente es fundamental para la comprensión global y quizá no sería lo suficientemente extenso (el cuestionario) para abarcar todos los aspectos habidos y por haber de quien consulta al profesional, amén de los fenómenos interrelacionales. Más aún, -- como lo refiriera Anna Freud, una evaluación descriptiva que enfatice sintomatología manifiesta, descuida los factores patógenos subyacentes dejando de promover el diagnóstico diferencial en términos metapsicológicos con la consecuencia de inferencias terapéuticas erróneas. (1965).

El uso diagnóstico de investigación en la familia junto con los tests a partir de la transferencia inicial en la situación individual otorga una visión más amplia del caso a estudiar (Kernberg, 1984c; Riojas, 1985; Young et col., 1987, pp 616; Mandelbaum, 1980).

Deben estudiarse, por ende, las características y estructura de la pareja parental y del grupo familiar con la finalidad de ser detectados:

1) Las fantasías de enfermedad y curación del hijo; 2) la capacidad de tolerancia a la frustración al proceso diagnóstico (como dato de pronóstico para el proceso terapéutico); 3) las perspectivas de reajuste estableciendo el pronóstico terapéutico y vital; 4) las resistencias iniciales (para evitar acting-outs por medio de devolución de las opiniones diagnósticas). Con ésto, se le prepara al grupo para la tarea que se va a desarrollar: el diagnóstico (Kalina, 1978).

Es en la interacción, por cierto, donde Kernberg (1984b) pone el acento para realizar la entrevista estructural, citada a continuación en forma suscita.

La entrevista estructural lleva al análisis del funcionamiento de estructuras y/o sub-estructuras y precursores mentales a partir de la evaluación de: 1) el nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración; 2) control de impulsos; 3) canales sublimatorios; 4) mecanismos de defensa empleados; 5) defensas caracterológicas; 6) identidad; 7) calidad de relaciones objetales; 8) inclinación psicológica; 9) integración de super-yo; 10) egosintonicidad - egodistonicidad de los síntomas; 11) nivel de motivaciones instintivas; 12) infiltración de proceso primario; y 13) apreciación de la realidad.

Comprende, esta entrevista, la anamnesis psiquiátrica mental tradicio-

nal, las características del funcionamiento interpersonal y la interacción entre el paciente y el clínico. Estos datos además de los obtenidos por medio de la clarificación, confrontación e interpretación del material definirán el grado de integración de la identidad, los mecanismos de defensa y el criterio de realidad, básicos para delimitar el nivel organizacional el cual podrá ser neurótico, psicótico o borderline. (Garza-Guerrero, 1987).

La entrevista estructural está comprendida por tres fases: inicial, media y terminal.

- Fase Inicial. - Se explora el motivo de consulta, el estado mental del paciente, la semiología de los síntomas, los rasgos patológicos del carácter, las diversas áreas de la vida del paciente, sus relaciones con las personas más importantes para él y con el mundo que lo rodea, la conservación de la prueba de la realidad y las defensas en general.

- Fase Media. - El objetivo principal es la evaluación de la difusión de la identidad. Se investiga la percepción que tiene de sí mismo, de los demás, cómo es percibido, sus contradicciones; información caótica, expectativas irreales del tratamiento, conductas extrañas para con el evaluador; la capacidad de conservar la empatía con los criterios sociales de la realidad después de las confrontaciones; conducta antisocial; datos psicóticos y orgánicos.

- Fase Terminal. - Se revisan puntos adicionales que se consideren importantes; preguntas del paciente; motivaciones para continuar el proceso de diagnóstico, de tratamiento o ambos; peligros graves que requieran intervención urgente; información de otras fuentes; el grado en que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva; la necesidad de entrevistas adicionales, el manejo -

de ansiedades inesperadas y otras complicaciones.

"El diagnosticador enfrenta, con una actitud no entrometida, la tarea de explorar el mundo interior subjetivo del paciente, observar la conducta e interacciones y utilizar sus propias reacciones afectivas para clarificar la naturaleza de la relación objetal subyacente ... Elabora en su mente un modelo de imagen del paciente sobre él mismo, explora el grado en -- que las comunicaciones del paciente en realidad se prestan a elaborar dicho modelo ... y trata de elaborar en su mente un modelo de los demás significantes con quienes el paciente esta interactuando ... si es posible obtener una representación integrada de ellos" . (Kernberg, 1984b). Esta es la clave para discernir entre una identidad integrada y una difusión de -- identidad.

Tomando en cuenta que la adolescencia es un período de crisis donde los diversos aspectos que integran la personalidad son cuestionados, la entrevista es una tarea difícil que incluye factores que complican la determinación de un diagnóstico preciso, tanto descriptivo como psicodinámico.

El adolescente re-experimenta un proceso de separación-individuación, por lo que la confianza que pudiera depositar en el terapeuta pudiera ser vista como dependencia, contra la cual lucha, ocultando información en -- primera instancia.

Por otra parte, los riesgos por los que corre el terapeuta al entrevistar a un adolescente son: 1) diagnosticar una patología inexistente al exagerar síntomas que no van con sus valores personales; 2) no reconocer una patología cuando el cuadro clínico encaja con sus necesidades personales; 3) dejar de considerar los mecanismos adaptativos por los que el -- adolescente pasa, en sus intentos de llenar las expectativas de la socie

dad, considerando su conducta como patológica; 4) actitudes anómalas pueden ser consideradas como normales y adaptativas; 5) responder a los estereotipos de la sociedad más que al paciente en forma individual; 6) ser influenciado por preceptos sociales hacia la enfermedad mental; 7) no diferenciar entre conductas derivadas de cambios culturales auténticos y las influenciadas por la moda; 8) estar sobreinfluenciado por la interpretación que los padres dan a los problemas del adolescente; 9) no entender los conflictos como parte de la dinámica familiar; 10) exagerar el impacto de la disfunción familiar en las manifestaciones clínicas dejando de lado la psicopatología individual y su contribución en tal disfunción. (G. Sánchez, 1986). 11) Evaluar de acuerdo a la experiencia de la adolescencia propia; 12) no tomar en cuenta el testimonio de los padres.

Desde el punto de vista psicoanalítico clásico, la adolescencia es un "torbellino" donde cualquier cosa puede ocurrir y el equilibrio es una anomalía. Las posturas son oscilatorias, buscan identidad al integrarse a un grupo de amigos y los impulsos sexuales los llevan al escepticismo o a la promiscuidad. Para los actuales investigadores, los signos "turbulentos" son encontrados en forma aislada, moderada y son transitorios, ya que la posición que guardan es estable y presentan capacidad de sublimación a sus agresiones; el diagnóstico puede ser llevado a cabo casi con las mismas probabilidades de error que con un adulto y una psicopatología es observable en la persistencia de síntomas a través del tiempo. (Menninger, 1988; G. Sánchez, 1986).

Adherirse dogmáticamente a cualquiera de las dos posturas no sería lo más adecuado, además de lo imperante que resulta la complementariedad entre lo sindromático y lo psicodinámico ya señalado.

b) Psicodinamia y etiología.

En breve, haré referencia al aspecto genético y del desarrollo del adolescente normal y del borderline de acuerdo a la escuela norteamericana.

"...Un cambio en cualquier sector de la vida mental perturba el equilibrio anteriormente establecido e impone la búsqueda de nuevos compromisos. Ese cambio puede afectar a los impulsos instintivos, la organización del yo, las relaciones objetales y en los ideales y las relaciones sociales." En la adolescencia hay un aumento indiscriminado de la actividad sexual, el yo se encuentra "en aprietos" ante el surgimiento de los impulsos sexuales; para alejarse de sus fantasías incestuosas, menosprecia y se separa de sus padres; busca sustitutos y los encuentra en alguien de la misma generación de aquéllos (maestros, filósofos) o eleva el papel de líder al grupo de pares como tal. (A. Freud, 1969).

Bleiberg (1988*) escribe que la adolescencia normal está marcada, como ninguna otra fase en la vida, por una mayor auto-conciencia, mayor tenden-cia al denconcierto, timidez y vergüenza, y un profundo interés en respon-der a cuestionamientos sobre la autoestima y auto-valoración. En suma, la vulnerabilidad narcisista aparece larga durante este periodo.

De acuerdo con Blos, quien concibe a la adolescencia como un segundo - proceso de individuación, entre los 9 y 11 años de edad, se presenta el sur-gimiento, de nueva cuenta, de impulsos pre-edípicos, reviviendo arcaicos de seos de dependencia primitiva y crueldad. Existe un intento de romper con los padres pre-edípicos internalizados, los cuales son sólo parte de sus es estructuras intrapsíquicas.

Entre los 11 y los 13 años, emerge el complejo de Edipo. Se muestran competitivos con el padre del mismo sexo. La necesidad defensiva primaria

trata de separar a los padres edípicos internalizados, del self. Esto puede debilitar al superyo infantil, cuya fortaleza está determinada por la introyección de la autoridad del padre del mismo sexo al final del periodo -- edípico. Necesitan "especificidad". Escogen amigos del mismo sexo para evitar los peligros de las relaciones heterosexuales. Su mejor amigo es el que consideran tiene lo que a ellos les falta.

Entre los 14 y 15 años, la búsqueda de un objeto heterosexual (sea para fusionarse, depender o usarlo), demarca la liberación de lazos pre-edípicos y edípicos y un límite con la infancia.

La vulnerabilidad narcisista, continúa Bleiberg, es una incongruencia crónica entre el self actual y el self ideal.

En un proceso normal de desarrollo, esta vulnerabilidad disminuye a medida de que las posiciones omnipotente y transicional, a través de procesos de internalización y ejecución, aumentan la autonomía y la auto-regulación.

Si ante las tentativas de separación, la madre abandona emocionalmente a su hijo y si, además, el niño ha experimentado una frustración extrema e intensa agresión, él aprenderá que si crece, el amor, que teme perder, lo perderá. Esta sería la base de un desarrollo borderline de la personalidad de acuerdo con varios autores (Rinsley, 1980; Mahler, 1975; Bleiberg, 1988; -- Kernberg, 1975a; Marcelli y Braconnier, 1986c).

El punto clave de donde se deriva la patología en cuestión es la sub-fase de reaceramiento de Mahler. El self (suma de las representaciones -- del 'self' en íntima conexión con la suma total de representaciones de los objetos) y el mundo objetal permanecen parcialmente indiferenciados; el ego - permanece orientado hacia el placer; los objetos son o "todo buenos" o "todo malos"; los demás son valorados en términos de qué tanto les puedan servir.

(Rinsley, 1980; Kernberg, 1984d).

Las imágenes del self "malas" permanecen sin sublimarse. Las "buenas" no pueden crecer.

Los preceptos sélficos permanecen subyugados a la permanencia del ego en el placer infantil por medio de defensas primitivas introyectivas y proyectivas. Es esta permanencia la que diferencia a la personalidad borderline de la narcisista (Rinsley, 1980).

Por todo ésto, en el adolescente borderline existe un gran trecho de vulnerabilidad narcisista: entre más separado esté el self real del self ideal, se manifestarán en mayor grado los mecanismos escisivos pre-represivos componentes del cuadro clínico.

c) La Familia.

La familia es la matriz de la identidad comprendiendo 2 elementos: un sentido de pertenencia y un sentido de individuación.

Debe ser un sistema sociocultural abierto capaz de transformarse en --pro de la adaptación resistiendo contactos estresantes familiares (migraciones, alzas y bajas económicas, política, etc.); factores estresantes en los momentos transicionales de la familia, los cuales requieren nuevas reglas o pautas transaccionales (adolescencia de los hijos; incorporación de un nuevo miembro); y estrés referente a problemas de idiosincrasia, manteniendo su continuidad permitiendo reestructuraciones (Minuchin, 1974b; Erickson, 1968).

La familia es una unidad que tiene una identidad grupal propia que la define y la impulsa a nuevas definiciones. Esta unidad tiene además una estabilidad, ésto es, la estructura que permitirá el interjuego dinámico entre los diversos roles en relaciones simétricas y/o complementarias, que la identidad propone. Controla las acciones y emociones que surgen con técnicas de dominio como la proyección y la inducción. Otro elemento básico es la satisfacción, que, como tal, tiene necesidades elementales (orgánicas, culturales). Una familia bien arraigada sería la que estuviera acorde con las "modalidades" de la sociedad donde vive y a la cual el adolescente debe incorporarse. Las familias desarraigadas dificultarían el "pasaje" de los hijos a la sociedad. Al final, "satisfacción" es la capacidad de elaborar (transformar) las relaciones durante los periodos cruciales.

La familia, entonces, tiene 2 funciones básicas: identidad propia y estructura estabilizadora y satisfactoria, las cuales se dan dentro de una interacción y juego de roles que dan mayor o menor "flexibilidad" al grupo, así como un fondo ideológico que se expresa en las normas del mismo. (Fer--

andez Mouján, 1972).

"...la tarea del grupo familiar es la de socializar al sujeto, proveyéndole de un marco y base adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica él y modifica al medio en un permanente juego dialéctico".- Pichón Riviére. Sólo así, podrá darse la aparición de un hombre-adulto reproductor y productor (García Reinoso, 1970).

Ante la adolescencia, la familia enfrenta una crisis: pasar del control y la orientación dados al niño a una acomodación que permita a los hijos una autonomía y responsabilidad adecuados a su edad. El subsistema fraterno se debe apartar ligeramente. (Minuchin, 1974b).

La fé de los padres en su hijo se ve sometida a la más dura prueba. El adolescente se ve en la necesidad de devaluar, más no destruir al padre para contrarrestar sus impulsos edípicos renovados. Establece normas rígidas para contener sus impulsos juzgando a los padres conforme a éstos. Los considera impostores al ver el vínculo sexual entre ellos que le prohíben su sexualidad. Se rebela, y sus ataques pueden inflingir un serio golpe a la autoestima de los padres.

Las cosas que complican cuando el adolescente se siente culpable a raíz de su hostilidad sintiéndose ansioso temiendo las represalias de éstos sintiéndose incapaz de tener la independencia que buscan. (Lidz, 1969).

Es imperante que los padres adopten una posición e imagen firmes presentándole al joven algo contra lo cual luchar que constituya un foco adecuado para su rebeldía, algo que seguir como modelo por medio de la identificación.

Un padre que no ha logrado muchas satisfacciones de su cónyuge suele utilizar al hijo como fuente sustituta de gratificación afectiva, dificultando la "segunda separación-individuación". Del mismo modo, ante una ima-

gen parental impropia, una victoria pírrica perturba el progreso hacia la integración (Lidz, 1969; Marcelli y Braconnier, 1986 a).

Gartner y Gartner puntualizan que el incesto es un factor psicogénico que puede producir psicopatología borderline en respuesta a dos factores: 1) Una relación patológica inhabilita a hija para negociar el estado de separación-individuación y genera necesidades que la hacen extremadamente vulnerable a las insinuaciones del padre; 2) La recapitulación, dentro de esta relación incestuosa, del conflicto pre-edípico entre autonomía y pérdida del amor o abandono es entonces comprendido para reactivar la depresión ante el abandono y reforzar el desarrollo hacia una psicopatología borderline. (1988)

A mi modo de ver el incesto es más bien la consecuencia de un estado patológico familiar cuyo desarrollo vendría desde la formación de la misma y no como un factor que contribuya a la personalidad estructural individual de los hijos.

El adolescente "amenaza" con sus deseos de vida autónoma. Los padres tendrán que cuestionarse su ideal del yo proyectado en él. Cada miembro pudiera reaccionar mediante mecanismos prerepresivos arcaicos, dificultando los límites interindividuales dejando confusa la individualidad e identidad de cada uno resultando una difusión de identidad global en el grupo familiar (Marcelli y Braconnier, 1986 b).

Shapiro (1969) sostiene la misma posición: "delineaciones o delimitaciones defensivas (ésto es, imágenes mentales parciales, incongruentes, limitadas o deformadas) de los padres hacia su hijo adolescente son dadas debido a una estructura yoica débil de éstos traduciéndose en una confusión de identidad familiar. Ésto sería el factor dinámico de una deficiente autonomía del

yo del adolescente". y pasó una noche con ella, la madre.

Puesto que la lucha por la identidad es una negociación entre partes - (individuos o grupos) cuyos intereses y características son estimados como antitéticos pero complementarios, lo ideal sería llegar a un acuerdo sobre derechos y obligaciones de tal forma que pueda interactuarse a satisfacción mutua en equivalencia (Wallace y Fogelson, 1960a).

Mahler (1975a) consiente que en el paciente borderline hubo dificultades en la resolución de la fase separación-individuación. Masterson (1967a) explica que las madres de pacientes con trastornos de la personalidad, presentan una personalidad limítrofe, contribuyendo a susodichas dificultades.

Para él, el progenitor con actitud patológica ejerció la principal influencia en la familia, mientras que el otro, pasivo, tendió a desempeñar un papel secundario gravitando poco sobre el adolescente, fuera porque estuvieron ausentes de su casa, no se interesaron en su hijo, eran enfermos mentales o porque fueron excluidos de la familia por una madre dominante.

Bowlby (1961) en su teoría del apego ('attachment') ha teorizado que los defectos severos del carácter son el resultado de la deprivación maternal temprana.

Por su parte Mandelbaum (1980) subraya la importancia de la evaluación integral de los pacientes: cuyos síntomas como fenómenos al servicio de proteger y atacar al sistema familiar (las chivos emisarios) embonan dentro de las características sui generis del estilo de vida de una familia peculiar. Se entiende que:

"El individuo actúa sobre el sistema, pero es al mismo tiempo influenciado por la comunicación que recibe del mismo"-Selvini Palazzoli.

María Luisa, de 18 años de edad, es traída a consultar porque "se ha -

vuelto muy seria" y pasó una noche fuera de casa suponiendo, la madre, - que había estado con su novio.

Después de una entrevista inicial, la familia fué citada. Su padre, de 56 años, su madre, de 34, su hermana, de 19 y una amiguita de 13. El Sr. estuvo todo el tiempo demándandome le dijera si él tenía alguna culpa, pues después de una discusión, él le dijo a María Luisa que se retirara, ya que no era su hija. María Luisa pensó en la posibilidad de que su madre tuviera "amigos", quien a su vez, se sintió indignada.

Ma. Luisa tuvo un novio por 2 años con quien sostuvo relaciones sexuales. Él la maltataba mucho y ella decidió terminar, comenzando otra relación. Dos hijas del padre, de un matrimonio anterior, se dedicaron a la "vida galante". Los padres de María Luisa se mostraban muy enojados, pues ella "había caído muy bajo" y para "no manchar el nombre de la familia" exigían se casara con quien debe. Ella se siente atacada en su individualidad.

Múltiples mensajes escondidos se daban a otros parientes sin especificar los entre ellos mismos. Nadie tenía una información exacta ni completa de lo que acontecía.

En cuanto le expliqué a la madre que habría que pensar en el futuro de María Luisa al lado de alguien que la maltrataba, que María Luisa sería quien tomara la decisión y que quizás no tendría que cumplir con las expectativas que la familia guardaba, ni ella ni la paciente volvieron.

Aquí se muestra el "estado adolescente" de esta familia, donde culpas antiguas son revividas y depositadas en la hija queriendo verlas reparadas en ella. La circularidad no pudo ser rota. (Caso No. 2 de la Tabla 3)

Erickson (1968 a) y en cierto modo Fromm (reimp.1985) hablan del conjunto

de dilemas por el que el adolescente tiene que pasar al enfrentarse a una sociedad cambiante cada vez más permisiva, donde la escala de valores difiere de una década a otra y las figuras a seguir como ejemplo para consolidar su identidad no son del todo asequibles: los padres ya no están tanto tiempo en casa, como antaño); la sociedad exige más, dándoles menos: la dependencia para con la familia se prolonga. Democracia, guerra, paz, política en una constante lucha ideológica, llevan al joven a episodios de delincuencia y psicosis "borderline" como parte de una confusión de identidad.

Si a eso agregamos el concepto de "Ideología" como la institución social encargada de guardar la identidad, ¿qué sucede en la llamada matriz de la misma para que alguien no pudiere en algún momento 'ser funcional'?

"Cualquiera que espera aprender..ajedrez en los libros, pronto descubrirá que sólo las jugadas iniciales y finales admiten una presentación sistemática y exhaustiva...la infinita variedad de jugadas que se desarrollan después de comenzada la partida desafían cualquier descripción semejante. Esta brecha en la instrucción sólo puede ser llenada con un estudio exhaustivo de los juegos librados por los maestros. Las reglas que se pueden establecer para la práctica del tratamiento psicoanalítico están sujetos a limitaciones parecidas".

Sigmund Freud-1913

"Las manifestaciones del desarrollo del adolescente se aproximan mucho a los síntomas neuróticos o sociopáticos, y se confunden sus límites con los estados borderline, ya sea en sus etapas iniciales, en formas frustradas o en las más desarrolladas. En consecuencia, el diagnóstico diferencial entre estas anomalías del adolescente y la auténtica patología es difícil!"-Anna Freud (1958).

Masterson (1967 b, c, d) llega a un diagnóstico sindromático por medio de formularios con ítems a determinar el cuadro clínico del paciente, su funcionamiento; estructura de la entrevista y datos del asistente social con el progenitor. Sin embargo, al delinear pautas de conducta, la psicopatología milita en contra de la obtención de una buena historia ya que el foco se encuentra en el comportamiento durante la entrevista.

Las pérdidas en la adolescencia son múltiples debilitando al Yo, el cual oscila entre el trabajo de un duelo y el peligro potencial en razón de la gravedad de las regresiones narcisistas a un estado depresivo reparable (Marcelli y Braconnier, 1986 c).

En base a ésto, la tendencia al 'acting-out'; las conductas marginales: toxicomanía, alcoholismo, repetitiva delincuencia organizada, rechazo escolar;

diversos afectos: aburrimiento, inquietud, coraje, inutilidad, vacío, con -- excesiva actividad física, atavío desalineado; la angustia centrada sobre el cuerpo: hipocondriasis, anorexia, automutilación, las dificultades sexuales inhibición-promiscuidad; pudieran ser manifestaciones confundidas con la entidad nosológica "borderline". (Marcelli y Braconnier, 1986c).

García Reinoso (1970) hace hincapié en la necesidad de ver al adolescente en su contexto sociocultural, pues es frecuente que se le tache de delincuente y sublevado cuando en realidad pertenece a un grupo social marginal - diferente a lo pre-establecido (v. gr. : "hippies", "punks", etc.).

Como factores que complican el diagnóstico son: las posibles deformaciones, contradicciones, desmentidos y omisiones, que el paciente hace de los - síntomas propios en el pasado; el grado de percepción de la madre, quién a - su vez podría mostrar alguna enfermedad mental; la influencia de algún progenitor patológico; la mezcla de manifestaciones de varios trastornos de personalidad, con dificultad para definir el predominante y que pudiera permanecer subyacente. (Masterson, 1967b). El punto clave está en el defecto del desarrollo infantil del paciente el cual persistió hasta la adolescencia.

Otto Kernberg (1984a) describe aspectos que dificultarían la formación de una concepción clínica: 1) neurosis sintomáticas pueden ser tan graves - que pueden parecerse al colapso social típico de los límitrofes; 2) los cambios rápidos de identificaciones; 3) los conflictos familiares y/o con autoridades escolares aparecen como control omnipotente, identificación proyectiva y devaluación en medio de las necesidades neuróticas de dependencia y rebelión; 4) conducta "antisocial" buscando adaptación social; 5) reacciones narcisistas acentuadas; 6) surgimiento de tendencias sexuales perversas múltiples; 7) la aparición de trastornos psicóticos que pudieran percibirse como límitrofes.

Por su parte, Elisa G. Sánchez (1986) menciona como características normales: 1) sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad ante: a) impulsos o actos instintivos sexuales y prohibiciones internas; b) imágenes del self-real y el self-ideal que el adolescente tiene; c) fluctuación de la identidad; d) fluctuación de la autoestima como resultado de las introyecciones parentales de su superyo; e) hipersensibilidad a las modificaciones físicas y psicológicas que está experimentando. 2) "Dependencia negativa" evidenciada por reacciones de rebeldía hacia los padres al buscar su independencia. La "pandilla" es su aliada en la búsqueda de autonomía. 3) Manipulaciones derivadas de ansiedad y depresión bajo los conflictos propios del desarrollo en pos de la integración de su personalidad a través de los duelos.

La necesidad de fantasear e intelectualizar, las crisis religiosas que van del ateísmo al misticismo más feryoroso, la desubicación temporal con pensamiento primario, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta y constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo son parte del "síndrome normal de la adolescencia" (Knobel, reimp. 1987).

Diversos autores, entre ellos Kernberg, Cantwell y Baker, Marcelli, Perry, Adler, consideran a los criterios diagnósticos del DSM-III como insuficientes y fácilmente confundibles con otras entidades cuando se trata de diagnosticar a una personalidad como borderline. Más que un conjunto de síntomas, lo que lleva por cierto a confirmarla es la presencia determinada de actitudes al interrelacionarse en organizaciones conflictuales, económicas y dinámicas ocultas sólo detectadas con un enfoque psicoanalítico.

Así, en la entrevista estructural encontraremos en pocas palabras: 1) poca tolerancia a la ansiedad recurriendo a conductas regresivas ante exacerbante tensión emocional; 2) pobre control de impulsos obedeciendo a sus urgen--

cias instintivas; 3) pobre potencial sublimatorio sin derivar placer de proyectos vitales; 4) mecanismos de defensa escisivos, prerrepresivos: omnipotencia, identificación proyectiva; devaluación, idealización y negación primitivas; 5) defensas caracterológicas impulsivas; 6) identidad difusa, con patrones conductuales contradictorios e inconsistentes; 7) relaciones objetales parciales sin poder integrar lo "bueno" y lo "malo" ni del self ni del objeto; 8) inclinación psicológica, aún como variable transaccional, por lo general, pobre, no responsabilizándose por sus actos; 9) alteración importante en el funcionamiento superyoico: no hay culpa depresiva reparatoria; 10) la nosología puede ser tanto egosintónica como egodistónica; 11) nivel de motivaciones instintivas predominantemente orales; 12) infiltración del proceso primario, i.e. reactivaciones de formas primitivas de relaciones aludiendo a fases tempranas en el desarrollo de relaciones objetales; 13) criterio de realidad preservado con alteraciones en las experiencia subjetiva y relación con la misma (Garza Guerrero, 1979, 1987, Kernberg, 1976, Marcelli y Braconier, 1986c).

Gunderson y Singer (1975) establecieron seis criterios para diagnosticar personalidad borderline: 1) presencia de afectos intensos, usualmente depresivos u hostiles; 2) una historia de conducta impulsiva; 3) inadaptación social; 4) experiencia de psicosis breves; 5) respuestas bizarras, dereífticas, ilógicas o primitivas en test del Rorschach, pero no en test como el WAIS; - - 6) relaciones que oscilan entre una superficialidad transitoria o intensa dependencia con devaluaciones, manipulaciones y demandas con fines explotatorios.

Goldstein y Jones delimitaron cuatro grupos conducto-sintomáticos de adolescentes borderline: 1) agresivo-antisocial; 2) conflicto intrafamiliar; 3) pasivo-negativo; 4) socialmente aislado, dependiendo de las conductas predominantes (Rinsley, 1980*).

Se trata, pues, de un tipo de funcionamiento mental: un tipo de relación de objeto. El síntoma es una conducta y representa el testimonio de una relación internalizada.

Detengámonos a ver uno de los mencionados aspectos: identidad.

"Identidad es el conjunto de imágenes conscientes o inconscientes que un individuo tiene de sí mismo, dentro del campo bio-psico-social con un sentido de continuidad y mismidad alcanzada a través del autoconocimiento frente a un destino cambiante"- Erik H. Erickson.

Para L. y R. Grinberg (reimp. 1980), la identidad es la resultante de un proceso de interacción continua de tres vínculos: 1) espacial,-relación entre las distintas partes del self entre sí que permite la diferenciación self-no self desde esquema corporal captado por el niño al nacer hasta la identidad sexual en el adulto. Puede ocurrir una identificación "con el agresor" tomando las características de personalidad de quienes han actuado agresiva y/o persecutoriamente con el adolescente; 2) temporal.-integración de las imágenes del sí mismo y del objeto en diferentes momentos de la vida donde surge la "angustia frente al cambio" determinada por fantasías de pérdida o aniquilación de la identidad previa. Estas crisis promueven la necesidad de elaborar duelos y contribuyen al sentimiento de una entidad real diferenciada continua en el tiempo y un lugar en el espacio; 3) social.- asocia aspectos del self con aspectos de los objetos mediante los mecanismos de identificación primitiva o proyectiva e introyectiva o madura. Comprende la adquisición de roles funcionales en la sociedad.

Una alteración en la resolución en los vínculos espacial y/o temporal origina las perversiones. El no-cambio de niño-adulto en el desempeño de sus tareas (dependencia-productividad) implica el mantenimiento de pseudoidentida

des o personalidades "as if".

Durante la moratoria psicosexual, periodo de latencia freudiano, no se requiere rol específico y se permite experimentar para una definición de personalidad (Erickson, 1956).

En esta búsqueda de identidad ocurre el proceso de doble identificación masiva, donde todos se identifican con cada uno y explica el proceso grupal del que el participa el adolescente. En la premura por encontrar una identidad adulta, es posible llegar a la adquisición de "ideologías" tomadas en préstamo sin estar incorporadas al yo. (Knobel, reimp, 1987).

Wallace y Fogelson (1960) hacen una división tetrapartita de la identidad total: 1) identidad real; la que el individuo posee; 2) identidad ideal; como al sujeto le gustaría ser; 3) identidad temida; conjunto de imágenes que la persona no le gustaría reconocer, sean positivas o no; 4) identidad pretendida: aspectos que gustarían constituyesen su personalidad y le fueran reconocidos.

La lucha por la identidad, continúan, se desencadena ya sea por contemplar fines manipulatorios o por mantener en uno mismo una identidad favorable acortando la brecha entre identidad real e ideal y elevar al máximo la disonancia entre la real y la temida. Esto puede llevarse a cabo por medio del uso de mecanismo de defensa y/o "reformular" al yo mediante una nueva síntesis de personalidad alcanzada a través de psicoterapia, conversión religiosa o inspiración profética entre otras.

La identidad adolescente descrita por Knobel (reimp, 1987) comprende tres aspectos: 1) identidades transitorias; 2) identidades ocasionales; 3) identidades circunstanciales; las cuales pueden ser adoptadas sucesiva o simultáneamente tomadas en diferentes tiempos y contextos sociales. "El conflicto básico de la crisis adolescente es la elaboración del vínculo de dependencia simbiótica,

la remoción de sus relaciones objetales. Los procesos de desprendimiento y diferenciación desorganizan y desestructuran la precaria identidad lograda-hasta este momento".-Rivelis de Paz (1978).

Un buen mundo interno, con una relación satisfactoria con los padres - internalizados, dado por procesos de identificación en la infancia que hayan permitido la incorporación de imágenes parentales buenas y malas, funcionará ante las crisis de identidad en la adolescencia elaborando en forma favorable los duelos a su imagen corporal infantil (ante la aparición de caracteres -- sexuales secundarios abandonando la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de bi-sexualidad básica orgánica); la identidad infantil (perdiendo tal dependencia y definiendo su rol en la unión con la - pareja y en la procreación); y los padres infantiles (quienes ahora exigen - su funcionamiento en la sociedad). (Aberastury, reimp. 1987; García Reinoso, 1970).

Alteraciones en estos procesos de internalización, la pérdida de con--- fianza en la capacidad de resolver estos estadios, persistencia en la diso--- ciación de fragmentos del yo, identificaciones con figuras negativas y pro--- cesos de duelo realizados en forma patológica, pueden conducir a una "identi--- dad negativa" o difusión de identidad descrita por Erickson (1970), tradu--- ciéndose en el síndrome de identidad difusa propio del borderline.

Bajo estas circunstancias, el adolescente busca su identidad en lo so--- cial, llevando el riesgo de adoptar una conducta psicopática a modo de defen--- sa, la cual sería abandonada si existe una estructura propia (Prado Huante, 1986) o el subsistema parental otorga el apoyo necesario. Viñeta:

Refugio, de 17 años de edad, es traída a consulta por su mamá. La Sra., alarmada, me explica que Refugio quería seguir estudiando secundaria y,

por su edad, fué inscrita en una escuela nocturna. Refugio comenzó a frecuentar amistades de "mala reputación". Se hacía "la pinta" de la escuela y se dedicaba a platicar, junto con sus amigas, con un grupo de muchachos "pandilleros" adictos a drogas. Ella se hizo de un novio, de quien se embarazó. Tanto las amigas como él, la persuadieron de que -- abortara. Ella aceptó sin mayor cargo de conciencia, pues no quería al bebé. Refugio le informó a su madre que se aplicaría la "recomendada inyección". Después de eso, ella continuó con su actividad social aprovechando el ausentismo de su madre, quien ahora esperaba que el clínico le pusiera un "hasta aquí" a la situación. A Refugio no le preocupaba lo acontecido y haría cualquier cosa que se decidiera dentro del consultorio: le daba igual. El padre había muerto 8 años atrás. La madre tuvo que trabajar para el sostenimiento propio y de 6 hijos, por lo que se había mantenido un tanto alejada de la casa.

Fué señalada la necesidad de una actitud más directiva, educacional y continente desde lo fraterno. Se le indicaron, a Refugio, tareas domésticas que implicaran responsabilidad y el terminar con las amistades -- que la habían rodeado, las cuales, en cierta medida, ya la habían abandonado.

Se abrió, pues, un canal de comunicación entre las dos partes y se incitó a los hermanos participaran con ella en sus actividades.

Hasta ahora, 3 meses después, no han habido "novedades". Su patología de base me hace desconfiar. Más, sin embargo, se mantiene la lucha por una mejor adaptación. (Caso No. 12 de la Tabla 3).

Akhtar (1984) delinea 6 características del síndrome de identidad difusa: 1) rasgos contradictorios del carácter.- falta de un autoconcepto inte-

grado e incapacidad para empatizar; 2) discontinuidad temporal en el self.- con la sensación de "haber vivido por partes" en un presente, pasado y futuro no integrados en un continuum; 3) falta de autenticidad.- son la caricatura de otras personalidades. Helen Deutsch la define como personalidad "as-if". Ausencia de genuinidad y profundidad. 4) Sentimientos de vacío.- sensación de poder sostenerse en ausencia de todo contacto social, tratando de -- llenar ese hueco con conductas autodestructivas; 5) disforia para con su género sexual.- alteraciones en la armonía entre el género biológico, la identidad sexual nuclear, el rol y la orientación hacia la elección de pareja; - 6) sentido polimorfo de etnicidad con una actitud liberal falsa y relevantes contradicciones en su sistema de valores, a veces carente de ellos.

Santiago, de 19 años de edad, viene a consultar porque todos lo quieren "fregar". Primera entrevista:

- "...sobre todo los instructores. Creen que no voy a poder, pero les demuestro lo contrario. Estuve en el primer semestre de la carrera con el maestro que decían era muy bueno. Yo no creo eso. Todo el tiempo se la pasaba insultando a los alumnos. ¡Eso no es ser bueno! Quiso -- 'tronarme', pero claro que no pudo. Antes de que lo hiciera, me dí de baja. Le gané. También los instructores quisieron hacer lo mismo. Me -- andan 'tanteando' a ver si puedo. Pero yo sé más que ellos y por eso me envidian... por ejemplo: te impresiono, yo lo sé. Hablas conmigo y no puedes manejarme como quisieras." (Caso No. 20 de la Tabla 3).

En sólo estas líneas queda asentada, sin lugar a dudas, una difusión de identidad en una estructura borderline.

Determinar todas estas características descritas resulta retador, reclamándole al clínico su experiencia y capacidad de observación, puesto que la

crisis de la adolescencia no influye en mayor grado en la 'personalización' - ya de antemano determinada en su desarrollo genético-dinámico.

III.- Sujetos y Métodos.

Como ya se ha mencionado, la evaluación interdisciplinaria tiene un valor inestimable en la comprensión integral de un caso.

La idea de aplicar dos cuestionarios (entre otros formulados) en conjunto, es la de encontrar alguna correlación entre ambos que permita visualizar lo que el paciente refiere con respecto a su familia y encontrar algún área disfuncional en especial que permita explicarnos las entidades nosológicas de los pacientes y/o inferir una situación "patogénica" potencial de algún síndrome, en este caso, el de identidad difusa en adolescentes borderline y el de crisis de identidad en adolescentes normales.

Los cuestionarios utilizados fueron el Family Functioning in Adolescence Questionnaire (Roelföse y Middleton, 1985) y el Test de Evaluación de Características Familiares (la autora), ambos enfocados a evaluar los diversos aspectos del sistema familiar que comprendan las tareas del desarrollo y la formación de identidad en el adolescente.

El Family Functioning in Adolescence Questionnaire (FFAQ) es un test de autoaplicación. Contempla 6 dimensiones que contribuyen a un funcionamiento familiar psicosocial saludable:

- 1.- Estructura. Una estructura familiar con límites claros y permeables entre los individuos y un cohesivo subsistema parental.
- 2.- Afecto. Un amplio margen de expresividad afectiva.
- 3.- Comunicación. En forma clara y directa.
- 4.- Control de la conducta. Un patrón democrático de control de la conducta.

- 5.- Transmisión de valores. Transmisión de los padres a los hijos de los preceptos éticos y valores sociales.
- 6.- Sistemas externos. Límites externos claros y permeables de la familia y sus relaciones con otros sistemas.

Cada una de estas dimensiones abarca 7 diferentes aspectos, los cuales son evaluados a través de un ítem. Una copia de la tabla expuesta por Roelfose y Middleton comprendiendo las 6 dimensiones con sus 42 características e ítems, así como una copia de la traducción con la que los pacientes fueron evaluados se encuentran en el Apéndice I.

Las respuestas de los primeros 35 ítems se ordenaron con un valor progresivo entre el 1 y el 4. En las últimas 7 respuestas se consideró que los extremos ('casi siempre' y 'rara vez') representan amalgamiento o desligamiento (Minuchin, 1974 b,c,e) más que cohesión y apropiada autonomía, por lo que 'frecuentemente' y 'algunas veces' se juzgaron como posiciones más saludables.

El rango total de puntos es de 42 (lo más sano) a 168 (lo más enfermo).

Este Test fué correlacionado con el Erickson Psychological Stage Inventory elaborado por Rosenthal y cols. (1981). Se trata de un cuestionario autoaplicable que estima los niveles de desarrollo psicosocial referentes a las etapas de Erickson. La correlación entre las 2 escalas= 0.462.

El Test de Evaluación de Características Familiares (TECF), el cual es resuelto por el evaluador de la familia, incluye 7 dimensiones:

- 1.- Estructura. Definición de los límites y roles de los subsistemas familiares (Minuchin, 1974 b,c,d,e; Mandelbaum, 1980; Allodi, 1983; Steinhauer, 1984; Bradley, 1979).

- 2.- Funcionalidad. Desempeño funcional de roles parentales y tareas fami--

liares (Minuchin, 1974 a,b; Roelfose y Middleton, 1985; Steinhauer, 1984; - Mandelbaum, 1980; Allodi, 1983).

3.- Afecto. Expresión, involucramiento, información, conocimiento y apoyo afectivos (Steinhauer, 1984; Mandelbaum, 1980; Roelfose y Middleton, 1985).

4.- Comunicación. Directividad, claridad, contenido e involucración. (Steinhauer, 1984; Allodi, 1983; Minuchin, 1974d, Mandelbaum, 1980; Roelfose y -- Middleton, 1985).

5.- Control de la conducta. La familia como continente, provocadora de la internalización de un sentido de responsabilidad con la creación de la capacidad para autodisciplinarse. Influencia de los padres como modelo. (Steinhauer, 1984; Roelfose y Middleton, 1985;).

6.- Transmisión de valores. Formación de un sistema de valores. (Mandelbaum, 1980; Steinhauer, 1984; Roelfose y Middleton, 1985).

7.- Sistemas externos. Relación de la familia con otros sistemas. (Mandelbaum, 1980; Roelfose y Middleton, 1985; Minuchin, 1974b).

Estas dimensiones incluyen 4 áreas reflejadas en un ítem cada una, cubriendo la evaluación de las diversas tareas y composición familiares funcionales. Las 7 dimensiones, con sus áreas e ítems, se encuentran en el -- Apéndice II. Las respuestas son: 'ausente'=0; 'rasgos'=1; 'importante'=2; y 'muy importante'=3. Sólo en la pregunta no. 5, los valores fueron 2, 0, - 1 y 3, respectivamente, por considerar a los extremos como más disfuncionales. (Minuchin, 1974b,c,e).

El rango en esta escala comprende desde 0 (lo más sano) hasta 84 (lo -- más enfermo).

La recolección de datos vaciados en el cuestionario se hizo posterior a la entrevista familiar.

Fueron evaluados 20 adolescentes entre 17 y 19 años de edad, 12 hombres y 8 mujeres, captados en el Depto. de Psiquiatría del Hospital Universitario de la UANL de Septiembre 1988 a Noviembre 1988.

En la primer entrevista, al paciente se le asignó llenara un FFAQ.

Los pacientes que dentro de las primeras 3 entrevistas (de acuerdo al marco teórico ya expuesto) fueron diagnosticados estructuralmente como límites comprendieron un número de 10: 7 hombres y 3 mujeres. Los diagnosticados como neuróticos con/sin crisis de identidad integraron un total de 10: 5 hombres y 5 mujeres.

No se incluyeron en el protocolo pacientes con síntomas psicóticos estructurales o fenomenológicos, ni pacientes con retraso mental o historia de alteraciones en el desarrollo psicomotriz.

Cinco familias fueron citadas al Depto. y 5 familias fueron visitadas en su domicilio por una trabajadora social, siendo aplicado el TECF. De éstas, 5 eran de pacientes neuróticos y 5 de límites.

Las familias de los pacientes restantes no pudieron ser evaluadas debido a que el paciente no quería que su familia se enterara de sus citas, eran foráneos o bien, no accedieron.

IV.- Resultados.

La media (promedio) de edad de los pacientes vistos fué de 18.2 años.

De los 20 pacientes, el 45% perteneció a un nivel socioeconómico bajo; el 30% a uno medio; y el 25% a uno alto. El 50% de los pacientes limítrofes correspondieron a una clase baja; el 20% a una media; y el 30% a una alta. El 40% de los pacientes neuróticos fueron de clase baja; el 40% de clase -- media; y el 20% de clase alta.

Los parámetros para definir cada uno de estos niveles fueron:

- Baja.- padres trabajadores semi- o no-experimentados, obreros.
- Media.- padres empleados, trabajadores experimentados, artistas.
- Alta.- padres profesionistas, propietarios, ejecutivos. (Tabla 1).

En cuanto a nivel educacional se consideró como:

- Elemental.- de 1^oa 6^o primaria.
- Media.- secundaria, técnica, comercial.
- Superior.- preparatoria, profesional.

En base a ésto, el 10% de los pacientes contemplaban un nivel elemental; el 35% un nivel medio; el 55% un nivel superior. Ningún paciente neurótico había estudiado menos que el primero de secundaria; el 40% tuvo un nivel -- medio; el 60%, uno superior. El 20% de los limítrofes mostró un nivel educacional elemental; el 30% un nivel medio; el 50%, un nivel superior. (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestra el número de pacientes, su sexo, su edad, su diagnóstico y el puntaje obtenido en los cuestionarios.

Los primeros 10 pacientes fueron diagnosticados como neuróticos; el resto como borderline. Las familias de los primeros 5 pacientes de cada subgrupo fueron evaluadas.

Tabla 1.- Nivel Socioeconómico

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%n	n	%n	n	%n
Limítrofes	5	50%	2	20%	3	30%
Neuróticos	4	40%	4	40%	2	20%
Total	9	45%	6	30%	5	25%

Tabla 2.- Nivel Educativo

	Elemental		Medio		Superior	
	n	%n	n	%n	n	%n
Limítrofes	2	20%	3	30%	5	50%
Neuróticos	-	--	4	40%	6	60%
Total	2	10%	7	35%	11	55%

Tabla 1.- Nivel Socioeconómico

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%n	n	%n	n	%n
Limítrofes	5	50%	2	20%	3	30%
Neuróticos	4	40%	4	40%	2	20%
Total	9	45%	6	30%	5	25%

Tabla 2.- Nivel Educativa

	Elemental		Medio		Superior	
	n	%n	n	%n	n	%n
Limítrofes	2	20%	3	30%	5	50%
Neuróticos	-	--	4	40%	6	60%
Total	2	10%	7	35%	11	55%

Tabla 3.- Resultados

# Pac.	Sexo	Edad	Diagnóstico	FFAQ	TECF
1	F	19	N	97	44
2	F	17	N*	89	54
3	F	19	N	37	21
4	M	18	N*	44	13
5	M	18	N	51	34
6	F	18	N	87	--
7	F	18	N	20	--
8	M	19	N	72	--
9	M	19	N	39	--
10	M	18	N*	70	--
11	M	17	BL**	68	69
12	F	17	BL	43	24
13	M	19	BL	44	45
14	M	18	BL	69	59
15	D	17	BL	85	48
16	M	19	BL	56	--
17	M	18	BL	64	--
18	M	19	BL	35	--
19	D	19	BL	49	--
20	M	19	BL	53	--

* Neurótico con crisis de identidad

** BL= Borderline

Se obtuvo una buena correlación = 0.636. Ésto significa que un puntaje por arriba del 60% implica patología. La correlación entre los resultados de los cuestionarios se encuentran en la Gráfica No.1 ($r = 0.636$).

En el cuadrante I (donde los pacientes venían a sus familias como --- disfuncionales y el evaluador no) no se situó ningún caso.

En el cuadrante II (donde tanto el evaluador familiar como el paciente la consideran disfuncional) se registraron 2 casos neuróticos y uno límite-trofe.

En el cuadrante III (donde el evaluador considera a una familia como disfuncional y el paciente no) se encontraron 3 casos borderline.

En el cuadrante IV (donde tanto el evaluador como el paciente perciben como funcional a la familia) aparecen 3 neuróticos y 1 límite-trofe.

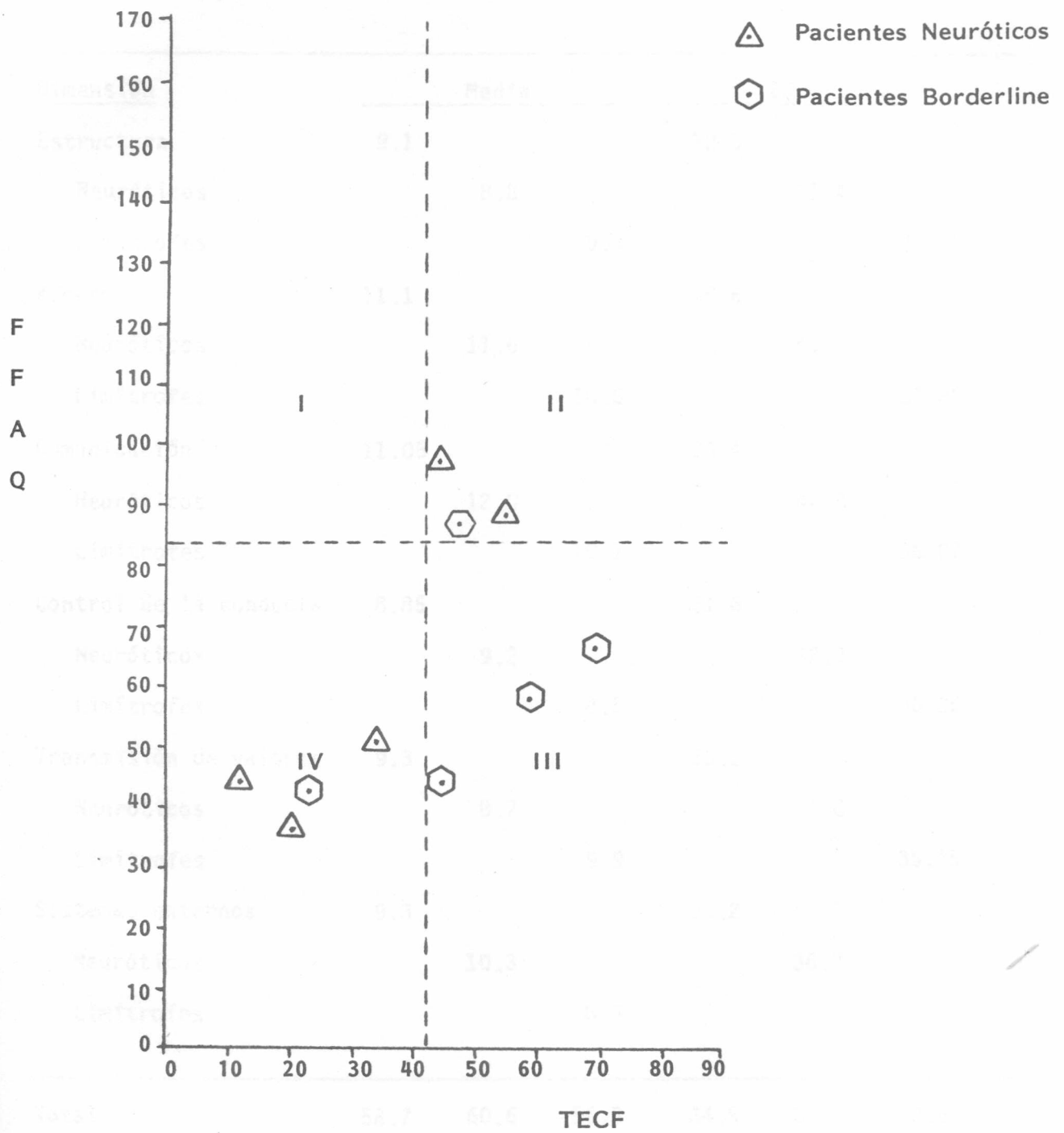
La media del puntaje total del FFAQ = 58.7 (34.9%). En los pacientes neuróticos, 50% de la muestra, $\bar{x} = 60.6$; ésto es, el 36% del total considerado como lo más enfermo. En los pacientes límite-trofe, $\bar{x} = 56.8$; el --- 33.8% del puntaje total.

La media del puntaje total del TECF = 41.1 (48.9%). En los neuróticos, $\bar{x} = 33.2$ (39.5% del total); en borderline, $\bar{x} = 49.0$ (58.3%).

En la Tabla 4 se enumeran los promedios del puntaje global obtenido en cada dimensión del FFAQ. Así mismo, los promedios encontrados en los 2 subgrupos por separado y los porcentajes que representan las cifras obtenidas (100% = 28 puntos).

En la Tabla 5 se muestran las medias totales y de cada dimensión del TECF, así como los porcentajes correspondientes ante la puntuación total - (100% = 12 puntos).

En el siguiente apartado, se desglosará la interpretación de estas 2



Gráfica No. 1.- Correlación TECF vs. FFAQ

Tabla 4.- FFAQ

Dimensión	Media		% (28 = 100%)			
Estructura	9.1			32.5		
Neuróticos		8.8			31.4	
Límitrofes			9.4			33.57
Afecto	11.1			39.6		
Neuróticos		11.6			41.4	
Límitrofes			10.6			37.85
Comunicación	11.05			39.4		
Neuróticos		12.0			42.8	
Límitrofes			10.1			36.07
Control de la conducta	8.85			31.6		
Neuróticos		9.2			32.8	
Límitrofes			8.5			30.35
Transmisión de valores	9.3			33.2		
Neuróticos		8.7			31.0	
Límitrofes			9.9			35.35
Sistemas externos	9.3			33.2		
Neuróticos		10.3			36.7	
Límitrofes			8.3			29.64
Total	58.7	60.6	56.8	34.9	36.0	33.8

Tabla 5.- TECF

Dimensión	Media		% (12 = 100%)	
Estructura	7.9		65.8	
Neuróticos		7.6		63.3
Límitrofes		8.2		68.3
Funcionalidad	7.5		62.5	
Neuróticos		6.4		53.3
Límitrofes		8.6		71.6
Afecto	5.4		45.0	
Neuróticos		3.8		31.6
Límitrofes		7.0		58.3
Comunicación	5.3		44.1	
Neuróticos		4.4		36.6
Límitrofes		6.2		51.6
Control de la conducta	5.7		47.5	
Neuróticos		3.6		30.0
Límitrofes		7.8		65.0
Transmisión de valores	5.8		48.3	
Neuróticos		4.2		35.0
Límitrofes		7.4		61.6
Sistemas externos	3.5		29.1	
Neuróticos		3.2		26.6
Límitrofes		3.8		31.6
Total	41.1	33.2	49.0	48.9
			39.5	58.3

Tabla 3a.- Diferencia de las medias obtenidas en los 2 subgrupos ante el FFAQ y el TECF en las diferentes dimensiones en %.

<u>Dimensión</u>	<u>FFAQ</u>	<u>TECF</u>
Estructura		
Neuróticos	0	0
Limítrofes	+2.17	+ 5.0
Afecto		
Neuróticos	+3.55	0
Limítrofes	0	+26.7
Comunicación		
Neuróticos	+6.73	0
Limítrofes	0	+15.0
Control de la conducta		
Neuróticos	+2.45	0
Limítrofes	0	+35.0
Transmisión de valores		
Neuróticos	0	0
Limítrofes	+4.35	+26.6
Sistemas externos		
Neuróticos	+7.06	0
Limítrofes	0	+ 5.0
Funcionalidad		
Neuróticos	----	0
Limítrofes	----	+18.3
Total		
Neuróticos	+2.2	0
Limítrofes	0	+18.8

últimas Tablas.

Hallazgos importantes anexos fueron: en 9 de las 10 familias evaluadas, el padre había muerto, desempeñaba un rol pasivo o permanecía ausente. En 6 de los 10 pacientes limítrofes los rasgos de personalidad predominantes fueron narcisistas.

V.- Discusión y Conclusiones.

No hubo diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico entre los dos subgrupos.

El no haber encontrado neuróticos con un nivel educativo por debajo del medio, quizá pudiera ser debido a que la familia permite un mejor desarrollo en ese aspecto.

La gráfica nos habla de una mayor confiabilidad en los datos obtenidos con el TECF, ya que 4 de las 5 familias de pacientes limítrofes se situaron más allá del 50% del puntaje total; no así el FFAQ, lo que implica que los pacientes tienden a ver mejor a su familia de lo que realmente está, como lo refirieran sus autores.

En la Tabla 4, los resultados indican que hay una estructura y transmisión de valores más disfuncional en las familias de los limítrofes que en la de los neuróticos (con diferencias del 2.17% y 4.35% respectivamente); no así en afecto, comunicación, control de la conducta y sistemas externos, cuyas diferencias son del 3.55%, 6.73%, 2.45% y 7.06% respectivamente de acuerdo al FFAQ.

En la Tabla 5, de acuerdo al TECF, todas las dimensiones aparecieron más disfuncionales en familias de pacientes limítrofes con una diferencia en estructura = 5%; funcionalidad = 18.3%; afecto = 26.7%; comunicación = 15%;

control de la conducta = 35%; transmisión de valores = 26.6%; sistemas externos = 5%. Estos resultados son significativamente diferentes a los obtenidos con el FFAQ, reflejando de una mejor manera, la patología familiar.

Diversos estudios estadísticos han sido llevados a cabo tratando de encontrar algún factor causal de la patología limítrofe. Aunque hay una alta evidencia de que hay traumas importantes durante el desarrollo, lo más posible es que la patología mencionada sea la vía común final de diversos aspectos en el mismo. (Paris et col., 1988; Bradley, 1979).

Estos cuestionarios dan una idea del funcionamiento familiar general sin definir ningún aspecto en especial (tipos de traumas, tipos de separaciones, etc.).

La correlación tiene la limitante de haber sido extraída de una muestra pequeña, por lo que para solidificar su validez necesitaría aplicarse a un número mayor de pacientes.

De todas formas, encontrar un puntaje mayor del 60% del total nos haría pensar en un medio potencialmente patogénico ayudando, en otro contexto, al diagnóstico diferencial.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Aberastury A. et col. (reimp. 1987). Adolescencia y Psicopatía. En: La - Adolescencia Normal. A. Aberastury y M. Knobel. Ed. Paidós, México, pp 110-126.
- 2) Adler, G. (1981). "The Borderline-Narcissistic Personality Disorder Con-- tinuum". Am. J. Psychiatry, 1981, 138, 1:46-50.
- 3) Akhtar, S. (1984). "The Syndrome of Identity Diffusion". Am. J. Psychia-- try, 1984, 141, 11:1381-1385.
- 4) Allodi, F. (1983). "Family Diagnosis and Family Therapy". Paper presented at Psychiatric Service; Toronto Western Hospital, Toronto, Can.
- 5) Bleiberg, E. (1988). "Developmental Pathogenesis of Narcissistic Disor--- ders in Children". Bull. Menn. Clinic, 1988, 52:3-15.
- 6) Bleiberg, E. (1988*). "Adolescence, Sense of Self, and Narcissistic Vulne rability". Bull. Menn. Clinic, 1988, 52:211-228.
- 7) Bowlby, J. (1961). "Childhood mourning and its implications for Psychia-- try". Am. J. Psych., 1961, 118:481-498.
- 8) Bradley, S. (1979). "The Relationship of Early Maternal Separation to --- Borderline Personality in Children and Adolescents: A Pilot Study". Am. J. Psych., 1979, 136, 4A:424-426.
- 9) Cantwell D., Baker L. (1988). "Issues in the Classification of Child and Adolescent Psychopathology". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych., 1988, - 27, 5:521-533.
- 10) DSM-III (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. - Masson Publishing, USA, Inc., Ney York.
- 11) Erickson, EH (1956). "The Problem of Ego Identity". J. Am. Psychoanal. - Assn., 4:56.
- 12) Erickson, EH (1959). Infancia y Sociedad. Ed. Hormé, S.A.E., Buenos Ai-- res, 1970, pp 235-237.
- 13) Erickson, EH (1968). Identidad, Juventud y Crisis. Taurus Editores, SA. Madrid, España, 1980, pp 110-116.
- 14) Erickson, EH (1970). Notas autobiográficas sobre la crisis de Identidad. En: Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI Editores, SA, México, 1981, pp. 1-16.
- 15) Feinstein, SC (1972). Consideraciones sobre el entrenamiento en Psiquia

- tría de Adolescentes. En: El Adolescente Borderline. Cuaderno de la --- ASAPPAA, No. 3, Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1972, pp 72-80.
- 16) Fernández Mouján, O. (1972). Abordaje Teórico y Clínico del Adolescente. pp 161-184.
 - 17) Freud, A. (1958). Adolescence. En: The Psychoanalytic Study of the Child. International Universities Press., New York, 1958, 13:255-278.
 - 18) Freud, A. (1965). Normalidad y Patología en la Niñez. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1986, pp 89-93.
 - 19) Freud, A. (1969). La adolescencia en cuanto a perturbación del desarrollo. En: Psicología Social de la adolescencia. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973, pp 11-14.
 - 20) Freud, S. (1913). La Iniciación del Tratamiento. En: Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
 - 21) Fromm, E. (reimp. 1985). El Arte de Amar. Ed. Paidós, México, 1985, pp 13-45.
 - 22) García Reinoso, D. (1970). Adolescencia, Familia y Sociedad. En: Adolescencia, Cultura y Sociedad. Cuaderno de la SAPPIA No. 1, Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1971, pp 95-112.
 - 23) Gartner J., Fishman Gartner A. (1988). "Borderline Pathology In Post-Incest Female Adolescents, Diagnostic and Theoretical Considerations". Bull. Menn. Clinic, 1988, 52, 2:101-113.
 - 24) Garza-Guerrero, AC (1979). "Proyecto de Investigación Interdisciplinaria sobre Diagnóstico Integral y Diferencial en Psiquiatría y Psicoanálisis". Trabajo escrito para propósitos de censo interno del Equipo de Investigación del Depto. de Psiquiatría, HU, 1979.
 - 25) Garza-Guerrero, AC (1987). "Diagnóstico Integral en Psiquiatría y Psicoanálisis". Trabajo escrito como parte del programa teórico de la cátedra en Psiquiatría para alumnos de pre-grado de la Fac. de Medicina, UANL.
 - 26) G. Sánchez, E. (1986). "Factors Complicating the Psychiatric Diagnosis of Adolescence". Adolescence Psychiatry, 1986, 13:100-115.
 - 27) Grinberg L., Grinberg R. (1980). Identidad y Cambio. Ed. Paidós, Barcelona, reimp. 1980, pp 17-78.
 - 28) Gunderson JG, Singer MP (1975). "Defining Borderline Patients: An Overview". Am. J. Psych., 1975, 132:1-10.
 - 29) Gutterman E. et al. (1987). "Structure Diagnostic Interviews for Children and Adolescents: Current Status and Future Directions". J. Amer. Acad. of Child and Adol. Psychiat., 1987, 26, 5:621-630.

- 30) Hartocollis, P. (1980). "Affective Disturbance in Borderline and Narcissistic Patients". Bull, Menn. Clinic, 1980, 44, 2:135-146.
- 31) Juárez, M. (1988). "El núcleo de todos tan temido: Thanathos. Un esquema en la elaboración de la Melancolía". Trabajo presentado en el Depto. de - Psiquiatría, Hospital Universitario, Marzo 1988.
- 32) Kalina, E. (1978). El proceso diagnóstico en el Psicoanálisis de Adolescentes. En: Adolescencia. A. Aberastury et col. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1978, pp 133-157.
- 33) Kernberg, OF (1975). Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979, a) pp 23-53 b) pp 162-166
- 34) Kernberg, OF (1976). La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979, pp 115-118; 120-122.
- 35) Kernberg, OF (1984). Trastornos Graves de la Personalidad. Ed. El Manual Moderno, México, 1987. a) pp 46-47 b) pp 23-45 c) pp 54-59 d) pp - 206-209.
- 36) Knobel, M. (reimp. 1987). El síndrome normal de la adolescencia. En: La - Adolescencia Normal. A. Aberastury y M. Knobel . Ed. Paidós, México, pp - 44-109.
- 37) Lidz, T. (1969). El adolescente y su Familia. En: Psicología Social de la Adolescencia. G.Caplan, S. Leboyici comp. Ediciones Hormé SAE. Buenos Aires, 1973, pp 81-86.
- 38) Mahler, M. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. Basic Books, New York, 1975, a) pp 229-230 b) pp - 107-108.
- 39) Mandelbaum, A. (1980). "Family Characteristics of Patients with Borderline and Narcissistic Disorders". Bull. Menn. Clinic, 1980, 44, 2:201-211.
- 40) Marcelli D., Braconnier A. (1986). Manual de Psicopatología del Adolescente. Ed. Masson, México, 1986 a) pp 29-33 b) pp 339-341;261 c) pp -- 257-268;209.
- 41) Masterson, JF (1967). El Dilema Psiquiátrico del Adolescente. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972, a) pp 53-62 b) pp 74-78 c) pp 79-89. d) pp 30-43
- 42) Menninger, W. (1988). "Introduction: The Crises of Adolescence and Aging". Bull. of Menn. Clinic, 1988, 52:190-197.
- 43) Metcalf, AW (1984). Desarrollo del Niño y el Adolescente. En: Psiquiatría General, H. Goldman, comp. Ed. El Manual Moderno, México, 1987, pp 74-77.
- 44) Minuchin, S. (1974). Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa, México, -- 1986, a) pp 174-177 b) pp 80-197 c) pp 211-216 d) 330-332 e) pp - 343-344.

- 45) Paris J., Nowlis D., Brown R.(1988). "Developmental Factors in the Outcome of Borderline Personality Disorder". *Comprehensive Psychiatry*, 1988, 29, 2:147-150.
- 46) Prado Huante, H. (1986). "La psicopatía como defensa en la Adolescencia". *Cuadernos de Psicoanálisis, APM, México*, 1986, 19, 1 y 2, 100-110.
- 47) Rinsley, DB (1980). "The Developmental Etiology of Borderline and Narcissistic Disorders". *Bull Menn. Clinic*, 1980, 44, 2: 127-134.
- 48) Rinsley, DB (1980*). "Diagnosis and Treatment of Borderlines and Narcissistic Children and Adolescents". *Bull. Menn. Clinic*, 1980, 44, 2:147-170.
- 49) Riojas, E. (1985). "Diagnóstico Integral con Grupos Interdisciplinarios.- Consideraciones dinámicas". *Cuadernos de Psicoanálisis, APM, México*, 17--18, 3, 4--1, 2, 1984-1985.
- 50) Rivelis de Paz, L. (1978). *Adolescencia. Crisis de desimbiotización*. En: *Adolescencia*. A. Aberastury y col. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1978, pp 247-250.
- 51) Roelfose R., Middleton M.R.(1985). "The Family Functioning in Adolescence Questionnaire: a measure of psychosocial family health during Adolescence". *Journal of Adolescence*, 1985, 8:33-45.
- 52) Rosenthal G., Knobel M. (reimp, 1987). *El pensamiento en el adolescente y en el adolescente psicopático*. En: *La adolescencia normal*. A. Aberastury y M. Knobel, Ed. Paidós, México, pp 142-155.
- 53) Shapiro, RL (1969). *La autonomía del Yo adolescente y la Familia*. En: *Psicología Social de la Adolescencia*. G. Caplan, S. Lebovici comp. Ed. Hormé SAE, Buenos Aires, 1973, pp 87-92.
- 54) Steinhauer, PD (1984). "The Process Model of Family Functioning" *Can. J. Psychiatry*, 1984, 29, 2:77-88.
- 55) Wallace, AFC, Fogelson RD (1960). *La lucha por la identidad*. En: *Terapia Familiar Intensiva*. Boszormenyi-Nagy y Framo comp. Ed. Trillas, 1976, pp 434-442.
- 56) Young JG, O'Brien JD, Gutterman EM, Cohen P (1987) "Research on the Clinical Interview". *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psych.*, 1987, 26, 5:613-620.

APPENDIX

Dimensions, characteristics, significance for adolescent development, and item description of FFAQ

Dimensions	Family functioning characteristics	Significance for adolescent development	Item	Number
Structure	Leadership	Healthy models of adult authority	Each of my parents is a leader in some areas of our family life	1
	Coalitions/parental bond	Model of good marriage	My parents have (or had) a happy marriage	12
	Roles	Acceptance of responsibilities	In our family, everyone helps with the chores	23
	Internal boundaries	Need for privacy	I need more privacy in my family	33
	External boundaries	increasing independence from family	In our family we don't spend our free time together	2
	Mother-adolescent relationship	Respect for and acceptance of individuality	My mother cares about me and accepts me the way I am	13
	Father-adolescent relationship	Respect for and acceptance of individuality	My father cares about me and accepts me the way I am	24
Affect	Expressiveness	Expression of feelings	We show that we care for each other in our family	34
	Empathy	Feeling of being supported and understood by family	My family sympathizes and understands when I feel sad	3
	Trust	Mutual trust	My parents don't trust me	14
	Share feelings	Acceptability of both positive and negative feelings	I feel free to share inner feelings with members of my family	25
	Emotional security	Sense of belonging	I wonder if my parents really love me	35
	Acknowledgement/affirmation of others	Sensitivity to other people	We say "thank you" to each other in our family	4
	Family mood	Positive, pleasant environment	We have a relaxed atmosphere at home	15

Dimensions	Family functioning characteristics	Significance for adolescent development	Item	Number
Communication	Clarity and directness	Encourage clear messages	Members of our family are encouraged to say what they really mean	26
	Assertiveness	Appropriate self-assertion	We feel free to express our opinions in our family, but we consider each other's feelings	36
	Listening skills	Encourage active listening	If you say something in our family, people ignore you	5
	Positive feedback	Value of positive feedback	We encourage and praise each other's efforts and successes in our family	16
	Negotiation	Opportunities to practise negotiation	Members of our family are encouraged to work together in dealing with family problems	27
	Problem solving	Model for practice in problem solving	Our family is good at sorting out our disagreements	37
	Decision making	Participation in decision making	My parents let me help decide about matters that affect us all as a family	6
Behaviour control	Discipline	Clear limits	Punishment is fair in our family	17
	Balance, leniency/severity	Appropriate degree of control	In our family you can get way with anything	28
	Democracy	Recognition of growth towards adulthood	We are encouraged to speak for ourselves in our family	38
	Protection	Behaviour control in potentially harmful situations	In a risky situation it is more important for me to do what my friends want, than to please my parents	7

[APPENDIX (continued)]

Dimensions	Family functioning characteristics	Significance for adolescent development	Item	Number
	Sexuality	Acknowledgement and guidance of sexual development	I feel uncomfortable discussing sex with my parents	18
	Aggression control	Self-control when angry	People in my family get so angry they throw things	29
	Adaptability of control	Encouragement of autonomy	My parents still treat me like a child and not like a maturing person	39
Value transmission	Affiliative attitude towards human encounter	Respect for other people	My parents treat people with dignity and respect	8
	Ethical values	Encouragement of moral behaviour	Honesty is important in our family	19
	Value growth and development	Increasing autonomy	My parents allow me to choose my own clothes and hairstyle	30
	Overall mature philosophy of life	Model for coherent and appropriate system of values	My parents have a sensible outlook on life	40
	Achievement orientation	Development of abilities to full potential	My parents want me to try my best whatever I do	9
	Significance of life	Development of own value system	My parents encourage me to talk about my views on sexual freedom, politics, etc. even when their views are different from mine	20
	Religious values	Development of transcendent values	My parents encourage me to consider religion important in my life	31
External systems	Recreational and sporting activities	Encouragement of effective use of body	My parents encourage me to be physically fit	41
	Friends	Exercise of social skills outside family	My parents are unhappy about my friendships with the opposite sex	10

Dimensions	Family functioning characteristics	Significance for adolescent development	Item	Number
	Cultural activities	Aesthetic development	Family members enjoy art and/or literature	21
	Economic structure	Motivation towards future success	My parents want me to get the best qualifications I can	11
	Economic structure	Training for economic independence	My parents are very interested in my future job and career	32
	Economic structure	Training in economic management	My parents want me to save money	22
	Community activities	Participation in community life	Family members belong to clubs and organizations	42

FAMILY FUNCTIONING IN ADOLESCENCE QUESTIONNAIRE
(FFAQ)

CLAVE _ _ _ _

FECHA _ _ _ _

EVALUADOR _____

PUNTAJE T. _____

casi siempre	frecuentemente	algunas veces	rara vez
--------------	----------------	---------------	----------

Cada uno de mis padres es el encargado de algunas áreas de nuestra vida familiar.

En nuestra familia no pasamos nuestro tiempo libre juntos.

Mi familia simpatiza y entiende cuando me siento triste.

Nos decimos "gracias" en nuestra familia.

Si alguien dice algo en nuestra familia, lo ignoran.
(alguien externo)

Mis padres me dejan ayudar a decidir sobre cosas que nos afectan a todos como familia.

En una situación arriesgada es más importante para mí hacer lo que mis amigos quieren, que complacer a mis padres.

Mis padres tratan a la gente con dignidad y respeto.

Mis padres quieren que dé lo mejor de mí en cualquier cosa que yo haga.

A mis padres no les gusta que tenga amistades del sexo opuesto.

Mis padres quieren que obtenga las mejores calificaciones que pueda.

Mis padres son un matrimonio feliz.

Mi mamá se preocupa por mí y me acepta como soy.

Mis padres no confían en mí.

	casi siempre	frecuentemente	algunas veces	rara vez
Hay un ambiente relajado en casa (de "relax")				
Nosotros motivamos y alabamos los esfuerzos y éxitos de cada uno de la familia.				
Los castigos son suaves en nuestra familia.				
Me siento incómodo(a) hablando de sexo con mis padres.				
La honestidad es importante en nuestra familia.				
Mis padres me alientan a hablar sobre mis puntos de vista con respecto a temas como libertad sexual, política, etc. aún cuando sus puntos de vista son diferentes a los míos.				
Los miembros de la familia disfrutan del arte y/o la literatura.				
Mis padres quieren que ahorre dinero.				
En nuestra familia, todos ayudamos al quehacer de la casa.				
Mi padre se preocupa por mí y me acepta como soy.				
Me siento libre de compartir mis íntimos sentimientos con miembros de mi familia.				
Los miembros de nuestra familia son animados a decir lo que realmente quieren decir.				
Los miembros de nuestra familia son incitados a trabajar juntos para encargarse de problemas familiares.				

casi siempre

frecuentemente

algunas veces

rara vez

En nuestra familia se puede participar con o en cualquier cosa. (alguien externo)

La gente de mi familia se enoja tanto que tira cosas.

Mis padres me aconsejan al escoger mi ropa y mis cortes de pelo.

Mis padres me encaminan a considerar a la religión como -- parte importante de mi vida.

Mis padres están muy interesados en mi futuro trabajo y en mi carrera.

Necesito más privacidad en mi casa.

Nosotros nos hacemos saber que nos preocupamos por cada -- uno en nuestra familia.

Me pregunto si mis padres realmente me quieren.

Nosotros nos sentimos libres de expresar nuestras opinio-- nes en nuestra familia, pero tomamos en cuenta los senti-- mientos de cada uno de nosotros.

Nuestra familia es buena para arreglar nuestros desacuerdos

Nos alientan para hablar de nosotros mismos en nuestra fa-- milia.

Mis padres aún me tratan como niño(a) y no como a una per-- sona que madura.

	casi siempre	frecuentemente	algunas veces	rara vez
Mis padres tienen un sensato concepto de la vida.				
Mis padres me incitan a tener buena salud física.				
Los miembros de la familia pertenecen a clubs y/o diversas organizaciones.				
I.- _____ II.- _____ III.- _____ IV.- _____ V.- _____ VI.- _____				

Dimensiones, características, significancia en el desarrollo

Dimensiones

Características del funcionamiento familiar

Estructura

Límites internos

Límites internos

Límites internos

Composición del subsistema marital

Funcionalidad

Cohesión parental

Liderazgo

Desempeño de las tareas familiares

del adolescente y descripción de los items del TECF

Significancia en el desarrollo del adolescente	# Item
--	--------

Necesidad de privacidad.	5
--------------------------	---

Definición de los diferentes subsistemas.	6
---	---

Definición de los diferentes subsistemas.	7
---	---

Las separaciones pudieran ser vistas como abandonos con represión del coraje el cual se pudiera proyectar en el cony <u>u</u> ge y/o hijos traduciéndose en dificultades para integrar in <u>t</u> royecciones "buenas" y "ma-- <u>l</u> as" en las fases de desarrollo.	8
--	---

Modelo de un buen matrimonio.	1
-------------------------------	---

Modelo sano de autoridad en el adulto.	2
--	---

Provisión de las necesidades económicas y morales. Capaci <u>d</u> ad para hacerse de los recur <u>s</u> os necesarios para superar las crisis que se presentan en el ciclo vital familiar.	3
---	---

Rol idiosincrático mal adaptativo familiar.

Afecto

Involucramiento

Empatía

Expresión

Apoyo/Seguridad emocional

Comunicación

Directividad y claridad

Contenido instrumental

Resolución de problemas

Toma de decisiones

102112189

Focalización del paciente sobre, quien la familia descarga conductas y/o sentimientos hostiles, - antisociales y sexuales, sirviendo de "unificador" familiar respondiendo a las necesidades de - otros a expensas de las propias.	4
Falta de involucramiento afectivo por parte de los padres para con la familia por sentimientos de infidelidad para con la familia de origen sin lograr diferenciación y autonomía que sirvan - como base al desarrollo del adolescente.	9
Sentimientos de ser comprendido en la familia.	10
Expresión de sentimientos entre ellos.	11
Sentimiento de pertenencia	12
Emisión de mensajes hacia la persona específica.	13
Interés por la mecánica de la vida diaria.	14
Modelo para realizar la resolución de problemas.	15
Participación en la toma de decisiones.	16

Control de la conducta

Disciplina

Protección

Sexualidad

Control de la agresión

Transmisión de valores

Actitudes de cohesión entre los es
posos

Actitudes de asociación a través de
encuentros humanos

Madurez cabal de la filosofía de -
la vida

Valores religiosos

Sistemas externos

Actividades comunitarias

Estructura económica

Actitud de la familia hacia otros
sistemas

Actividades culturales

Límites claros.	17
Control de la conducta en situaciones "beligrosas" que se <u>presen</u> ten en el medio social.	18
Reconocimiento y guía en el <u>desa</u> rrollo sexual.	19
Autocontrol ante sentimientos de ira.	20
Respeto mutuo.	21
Respeto intrasistémico familiar.	22
Modelo coherente y apropiado de un sistema de valores.	23
Desrrollo de valores trascenden <u>tes</u> .	24
Participación en la vida <u>comuni</u> taria.	25
Motivación hacia un futuro exitoso. Preparación para una independencia económica.	26
Idiosincracia familiar (en contacto o no con la realidad ex <u>terna</u>).	27
Desarrollo estético.	28

TEST DE EVALUACION DE CARACTERISTICAS FAMILIARES
(TECF)

CLAVE _____ FECHA _____
 ENT. FAM. _____ VIS. DOM. _____ PAC. _____
 EVALUADOR _____ PUNTAJE _____

0.- ausente
 1.- rasgos
 2.- importante
 3.- muy importante

Problemas entre los esposos (luchas de poder, rol pasivo de uno o ambos)

Liderazgo parental disfuncional.

Dificultad de los padres para definir el plan familiar a seguir para con los hijos.

El paciente identificado funciona como "chivo emisario".

Padres invadiendo la privacidad de los hijos.

Coalición de los hijos con algún progenitor en contra del otro.

Hijos haciendo funciones parentales (y/o interacciones incestuosas)

Experimentación de traumas en la infancia temprana del paciente identificado desde el subsistema marital: muerte de un progenitor, divorcio, suicidio, alcoholismo o adultos como progenitores sustitutos.

Uno o ambos esposos están atados a su familia de origen.

En la familia existen bandos de "buenos" y "malos" con dificultades para interrelacionarse.

Cuando alguien no se siente o no funciona bien, los demás no se enteran.

No se sienten parte de una familia unida.

Proyección de las diferencias conyugales en los hijos, haciéndolos blanco de las agresiones que a ellos (los padres) correspondería.

