

Evaluación Colaborativa como Intervención en el Tratamiento Familiar: Estudio De Caso²⁷

Iván López Beltrán

Universidad Vasco de Quiroga / México

Referencia Recomendada: López-Beltrán, I. (2011). Evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar: estudio de caso. *Revista de Psicología GEPU*, 2 (1), 164 - 180.

Resumen: En la psicoterapia familiar algunos modelos tienen como indispensable la evaluación mientras que otras no le dan un valor tan importante. El diagnóstico familiar se ha inclinado más al análisis sistémico y se ha alejado del psicodiagnóstico individual, como parte de sus principios de acción (Cibanal, 2004). Sin embargo algunas tendencias han preferido trabajar integralmente y en colaboración (Ackerman, 1994). El presente trabajo se enfocó en el modelo de evaluación colaborativa dentro del tratamiento familiar. Este modelo es una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006). Centra en la etapa de evaluación del tratamiento para un diagnóstico preciso, supervisar los progresos, el empleo de multi-disciplinas en el tratamiento y la colaboración con los pacientes, sus familias y otros (Frankel, 2009). El tipo de caso único, propio de la psicología (Kazdin, 2001), es descriptivo y exploratorio, seleccionada la muestra por conveniencia siendo una familia nuclear que asiste por iniciativa para resolver su motivo de consulta. El procedimiento llevó de seis sesiones de evaluación y dos sesiones de seguimiento después un semestre para supervisar los progresos mediante la instrumentación diagnóstica aplicada en la primera y la segunda etapa. El análisis de los resultados muestra que existe eficiencia del modelo colaborativo como intervención en el tratamiento familiar. Porque se reportan progresos de la fase de intervención a la fase de seguimiento, con una disminución importante de la sintomatología. En el funcionamiento familiar se dieron pocos cambios pero existentes, dentro de algunas áreas de la familia como el afecto. En las conductas de riesgo del paciente identificado se presentaron cambios muy favorables en las conductas problema de la escuela y el hogar, así como en el consumo alimenticio. Se pone por entredicho el factor del sesgo en la deseabilidad social, ya que existen algunos datos contradictorios en la información que proporcionó la familia sobre todo en la fase de seguimiento. Se propone este modelo de evaluación colaborativa para la replicación de casos similares, así como en el peritaje con familias, en el área psicopedagógico o en el campo de la investigación del tratamiento familiar. **Palabras Clave:** Evaluación Colaborativa, Tratamiento Familiar, Funcionamiento Familiar, Psicodiagnóstico, Conductas de Riesgo.

Recibido: 24/09/2010 Aprobado: 04/03/2011

Iván López Beltrán. Magister en Psicoterapia Familiar por la Universidad Vasco de Quiroga de México. Correo electrónico: psic.ivan@live.com

²⁷ El presente artículo procede de la investigación de tesis presentada por el autor para obtener el Grado de Maestría en Psicoterapia Familiar, de la Universidad Vasco de Quiroga, A.C. de Morelia, Michoacán, México, aprobada con Mención Honorífica el mes de Junio de 2010. Siendo los sinodales, el asesor de tesis el Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes, la Dra. Judith López Peñaloza y la Mtra. Alejandra Esquivel Camacho.

Introducción

Entre los autores de la literatura y práctica en la psicoterapia familiar, existen algunas variantes acerca de lo que es, debería ser o significa la evaluación o diagnóstico de la familia. Algunos enfoques otorgan menor ponderación, por ejemplo la terapia centrada en el problema de Haley (1980), terapia centrada en las soluciones de Shazer (1996), terapia narrativa de White y Epston (1980), enfoque triádico de Zuk (1982). Mientras que para otros, no se puede entender a la familia si no se cuenta con un buen diagnóstico inicial como terapia estructural de Minuchin (1990), la terapia integrativa de Ackerman (1994), el modelo McMaster de Epstein y cols. (1998), el genograma de McGoldrick y Gerson (1985). Sin embargo, todas consideran necesario tener un momento inicial de evaluación de la información que ofrecen los miembros de la familia.

Tradicionalmente el diagnóstico familiar se asocia con menos análisis de contenidos y diagnóstico de la psicopatología individual y más con la evaluación de interacciones y surgimiento de síntomas a partir de estas (Cibanal, 2004). Sin embargo, también importa el comportamiento individual (González, 2005) y trabajar con modelos integrales, para tener mejores resultados (Ackerman, 1994). Además es imprescindible denominar como intervención terapéutica a cualquier movimiento efectuado dentro de las sesiones de trabajo, de la primera sesión hasta la última, sobre todo en los estudios de caso único Kazdin, (2001); Feixas y Miró (en Rocha, 2000).

Es importante preguntar si existe la plausibilidad de integrar la evaluación multiaxial y la evaluación colaborativa como parte de la intervención familiar o sistémica. Lo anterior se fundamenta en los antecedentes de diversos autores en la terapia familiar que se apoyan en conceptos, tipologías o constructos que ellos generaron para formarse un diagnóstico en múltiples campos (Epstein et al. 1983; Mc Goldrick & Gerson, 1985; Minuchin, 1990; Ackerman, 1994; Umbarger, 1999). Pero también existen modelos psicométricos o instrumentos de evaluación que analizan áreas o situaciones de la familia como funcionamiento (Espejel, 1997; Smilkistein, 1978), la estructura como el Genograma (McGoldrick & Gerson, 1985), el modelo McMaster (Epstein, et al., 1983), el modelo FACES (Green, Harris, Forte y Robinson, 1991; Olson et al., 1985; Olson et al. 1991, Olson, 2000) la resiliencia familiar (Walsh, 2003; Walsh, 2004; Lopez), de ambiente familiar (Moos, & Moos, 1994) sucesos familiares (Beavers & Hampson, 1990) y hasta su análisis proyectivo como el Test del Dibujo de Familia (Corman, 1967). Todo ello otorga un puente interdisciplinario entre el diagnóstico familiar y el no familiar. Por lo tanto, se ha visto que los modelos de evaluación más tradicionales pueden aplicarse en uno nuevo de tipo familiar. Este método se denomina: evaluación colaborativa.

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

En el método de evaluación colaborativa se plantea el efecto terapéutico de las pruebas psicológicas usadas con los pacientes (Finn 1996; Fisher, 2000). En estas se destaca la capacidad de la familia de ser retroalimentada con las evidencias reportadas con base en los resultados de los instrumentos (Frankel, 2009). La evaluación colaborativa es una alternativa a la evaluación psicológica (Chalmers, 2006).

Asimismo bajo el método colaborativo cobra sentido la significancia social de la práctica clínica, porque otras instancias cercanas o profesionales que participan en la consulta o en el caso apoyan la práctica terapéutica (Frankel, 2009), y en este caso pueden coadyuvar a disminuir la sintomatología o problemática en la familia y/o en el paciente identificado.

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

El campo de la terapia familiar requiere de una nueva perspectiva diferente a los modelos tradicionales en la investigación (Rocha, 2008). Es así, que la intervención familiar puede incluir novedades, tal es la evaluación colaborativa presentada como marco de la presente investigación, que pueda otorgar desde el primer movimiento, un efecto terapéutico evaluable como intervención haciendo uso de instrumentos (Finn, 1996; Fisher, 2000; Hernández-Cervantes, 2007).

Planteamiento del Problema

De esta forma, las preguntas de investigación son las siguientes: ¿Es posible integrar un modelo de evaluación colaborativa con un modelo de intervención familiar? Y de ser así... ¿Cuál es la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar?

Con base a lo anterior los propósitos de este trabajo fueron: 1. Determinar la eficacia de la evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar; 2. Caracterizar a la familia en la intervención del tratamiento familiar; 3. Determinar el psicodiagnóstico del niño en la intervención del tratamiento familiar; 4. Evaluar la funcionalidad de la familia en la intervención del tratamiento familiar y 5. Evaluar las conductas de riesgo del niño en la intervención del tratamiento familiar.

Método

Hipótesis y variables: Las hipótesis son **H1-** La evaluación colaborativa es eficiente como intervención en el tratamiento familiar. **H0-** La evaluación colaborativa no es eficiente como intervención en el tratamiento familiar. **HA-** La evaluación colaborativa es parcialmente eficiente como intervención en el tratamiento familiar. Las variables son: Del participante 'caracterización familiar' y psicodiagnóstico del paciente identificado. Independiente 'evaluación colaborativa'. Dependientes 'funcionamiento familiar' y 'conductas de riesgo'.

Sujetos: La selección de la muestra se hizo por conveniencia. Mediante una solicitud de una familia nuclear que asiste a la intervención para una consulta particular.

Instrumentos: Algunos de los instrumentos utilizados se muestran a continuación:

1. *Observación.* Se fundamenta en la observación participante (Hernández-Sampieri, 2007) donde el observador interactúa con los sujetos observados.
2. *Entrevista inicial.* Basada en el modelo familiar (Andolfi, 1993), que consta de cuatro estadios: a) social: se recibe a la familia y socializa con ella, b) focalización del problema: se define la situación o motivo de consulta, c) interactivo: se les pide a los familiares que hablen entre sí, d) objetivo de la terapia: formulación concreta de los logros deseados.
3. *Manual para la escala de funcionamiento familiar.* (Espejel, 1997). Consta de 40 reactivos que evalúan nueve áreas: Territorio o centralidad, roles, jerarquías, límites, modos de control de conductas, alianzas, comunicación, afectos y psicopatología. Cada área incluye de 3-5 preguntas. Familiograma Datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones. Se aplico para discriminar sensiblemente la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia.
4. *The family Apgar* (Smilkstein, 1978). Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10. Revisa cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

5. *Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (Chips)* (Rooney et al., 2001). Realizada para sondear la presencia de trastornos en el paciente identificado. Es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, que detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos.
6. *Rating scales for use in drug studies with children: Conners, C.E. Teacher's Questionnaire & C.C.I; Parent's Questionnaire* (Conners, 1973). Dos cuestionarios que exploran la conducta del niño en la escuela y en el hogar. Sus respuestas están escaladas del 0-3. El cuestionario en la escuela cuenta con 28 reactivos, mientras que el segundo, una adaptación de los Drs. De la Peña y Almeida tiene 100 ítems.
7. *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)*. (Hathaway & McKinley 1989) Adaptación al español de Lucio (1994). Consta de 567 reactivos de respuesta Verdadero o Falso ordenado de manera que permiten la calificación de las escalas básicas, de contenido y suplementario. Proporciona tres perfiles acorde con el número de escalas. Fue aplicado a los padres de familia para revisar patrones de personalidad y trastornos emocionales de los padres de familia.
8. *Manual y guía de Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (house, tree, person)* (Buck, 1995). Es una técnica proyectiva que consigna el dibujo de una casa, un árbol y una persona. Se realizó para evaluar la relación simbólica del hijo con el padre y la madre, siendo estos últimos las figuras de árbol y casa respectivamente.
9. *Test Gestáltico Viso-Motor* (Bender, 1968). Son 9 tarjetas con figuras geométricas que se administran, iniciando con la figura A, y posteriormente del 1 al 8. Este se aplicó para determinar el nivel de maduración del paciente identificado y los desajustes emocionales (Koppitz, 1975).
10. *Test del dibujo de la Familia* (Corman, 1967). Aplicado para evaluar el estado emocional del paciente identificado respecto a su ambiente familiar. La técnica consiste sencillamente en solicitar al niño que dibuje una familia.
11. *Test Gráfico del Dibujo de un Animal*. (Maganto, 1987). La técnica consiste en solicitar al niño que dibuje cualquier animal que desee. Para este caso se adaptó mencionando que primero dibujara el animal que le gusta, segundo, el que le disgusta y finalmente el que quiere ser. Se utilizó para evaluar la maduración y conflictiva actual, además de analizar la identificación con los tipos de animales dibujados.
12. *The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family*. (Epstein et al. 1983) El modelo integra seis dimensiones del funcionamiento familiar: Resolución de Problemas, Comunicación, Roles, Respuesta Afectiva, Involucramiento Afectivo, Control de Conducta. Describe las propiedades de estructura y organización del grupo familiar y los patrones de transacción de los diferentes miembros.
13. *Genograma* (McGoldrick & Gerson, 1985). Permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el

cual está cursando la familia. Se grafica mediante símbolos geométricos y se obtiene en la entrevista o en los datos de identificación familiar.

14. *Diagnóstico Estructural* (Umberger, 1999). Herramienta que sirve para representar por medio de diagramas la estructura de la familia. Se maneja con símbolos que confeccionan el mapa estructural, utilizados para las fronteras, alianzas, desviación de conflictos, etc.

15. Se utilizaron otros documentos para recabar información tanto en el sistema familiar como en el paciente identificado, estos fueron: información antecedente, índice de masa corporal, cuestionario de consumo alimentación, de horario familiar, de identificación familiar y de evaluación del tratamiento.

Procedimiento: El proceso de intervención se basó en una fase inicial de intervención y una de seguimiento. En la primera sesión se realizó la entrevista familiar inicial donde efectuándose el encuadre y obteniendo los datos de identificación. Se informó el motivo de consulta y observándose la interacción sistémica, se recabó la información antecedente. Esta fase de intervención inicial constó de seis sesiones, donde se aprovecharon los diversos instrumentos evaluativos. En la segunda sesión se trabajó con el paciente identificado y la familia, en los instrumentos del Genograma, el Test del Dibujo de la Familia, el H-T-P y el cuestionario de Connors "reporte del padre". La tercera sesión se aplicó el Test Gestáltico Visomotor, el Test Gráfico del Dibujo del Animal y los datos del cuestionario de consumo alimenticio, en esta se aprovechó para solicitar el consentimiento informado. La cuarta sesión se trabajó con la familia aplicando el Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar, el APGAR familiar, se tomó el Índice de Masa Corporal y se solicitó que se entregará a la escuela el Cuestionario de Connors "conducta en la escuela". En la quinta sesión se solicitó a los padres de familia que contestaran en MMPI-2, mientras que con el hijo se trabajó en el ChiPS y se describió la estructura familiar con el Modelo McMaster y el Diagnóstico Estructural. Cabe señalar que sesión tras sesión se calificaban e interpretaban las pruebas, así como se analizaron los resultados. En la última sesión se retroalimenta a la familia con un documento, donde se indicaron las áreas fuertes y de conflicto encontradas y se dieron las sugerencias de seguimiento.

Por otro lado, se realizó una fase de seguimiento previamente pactada en la última sesión, se llevó en dos sesiones, para replicar la mayoría de los instrumentos que sirvieran como datos comparativos de la línea base. En esta fase se hicieron algunas modificaciones o reducciones a diversos test, que comprendieran lo sustancial de ellos, pero que a su vez alcanzara el tiempo para obtener los resultados. En la primera sesión se aplicó una versión reducida del ChiPS, esto es de los trastornos que tuvieron síntomas o un cuadro completo, el test H-T-P, el Test de Dibujo de la Familia, el APGAR familiar y los cuestionarios de Connors citados. En la segunda sesión de seguimiento se aplicó la Escala de

Funcionamiento Familiar, el horario familiar, el Test Gestáltico Visomotor y se midió el Índice de Masa Corporal y el consumo alimenticio.

Tipo y diseño de estudio: El tipo de estudio es de caso único. N=1, descriptivo y exploratorio. El diseño de estudio es no experimental de tipo longitudinal bajo la metodología de la evaluación colaborativa.

Análisis de Resultados

Los resultados se arrojan según las variables, bajo un formato resumen de la investigación:

Variables del Participante

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

- Caracterización familiar

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

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

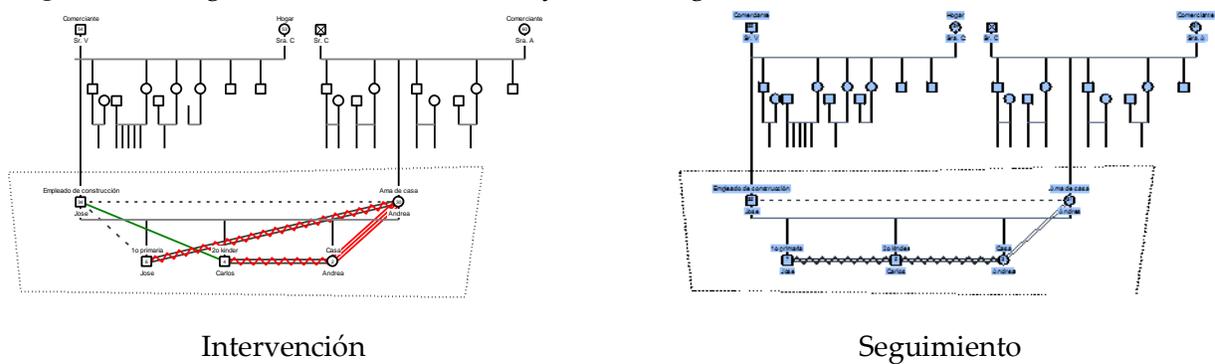


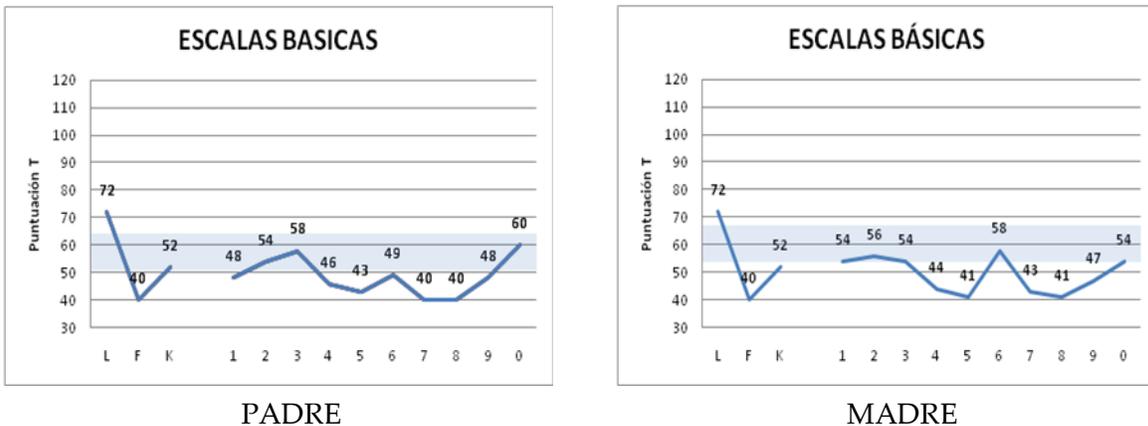
Tabla 1. Datos sociodemográficos básicos de la familia

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

- Perfil de personalidad de los padres.

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

Figura 2. Escalas Básicas del padre y madre.



- Psicodiagnóstico del paciente identificado.

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

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

Ejes	Intervención	Seguimiento
Eje I	<p>F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01].</p> <p>F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21]</p> <p>F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]</p>	<p>F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01].</p> <p>F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21]</p>

	F40.2 Fobia específica [300.29] Tipo Situacional.	
Eje II	Z03.2 No hay diagnóstico [V7109].	Z03.2 No hay diagnóstico [V7109].
Eje III	Obesidad Tipo II EII . Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico 277.7	Obesidad Tipo II EII . Antecedentes directos de Diabetes e Hipertensión, abuelos de ambos padres. Síndrome metabólico 277.7
Eje IV	-Problemas relativos al ambiente social: <i>Temor a salir a la calle.</i> -Problemas relacionados con la enseñanza: <i>Cambio de institución y transición escolar</i>	Ninguno
Eje V	55	71

Variables Dependientes

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

- Funcionamiento de la Familia

Los resultados se resumen a continuación (Ver Figura 3 y Figura 4). Se considera el test gráfico proyectivo del Dibujo de la Familia (Ver. Figura 5).

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

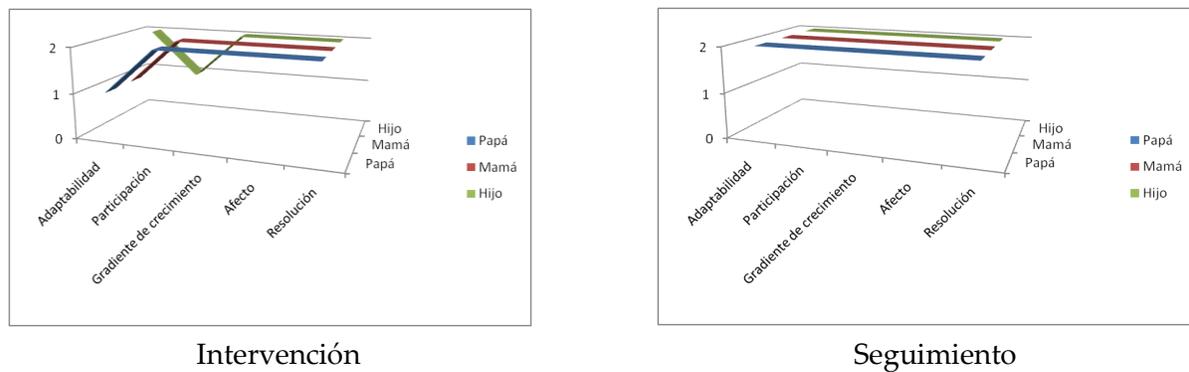


Figura 4. Escala de Funcionamiento Familiar: fase intervención y fase de seguimiento.

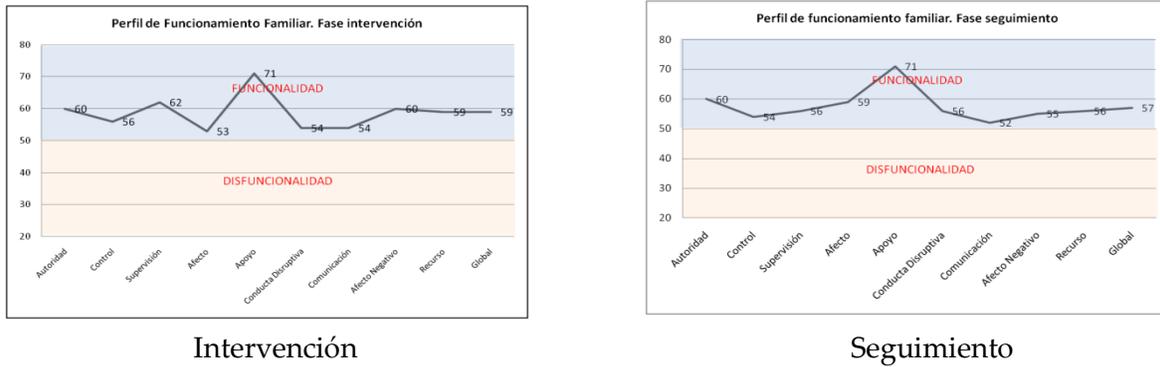
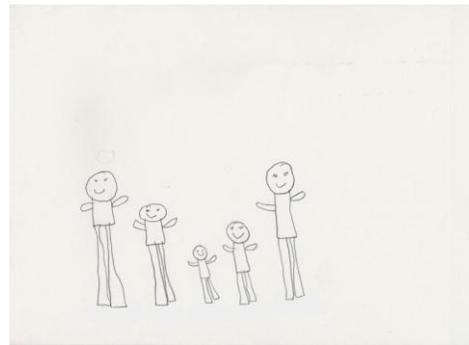


Figura 5. Test de la Familia en fase de intervención y seguimiento



Intervención



Seguimiento

- Conductas de riesgo

Los resultados se resumen en la conducta en el hogar y escolar (ver Figura 6). Así como en el índice de masa corporal (ver Figura 7).

Figura 6. Escala de Connors: conducta en la escuela y en el hogar. Intervención y seguimiento.

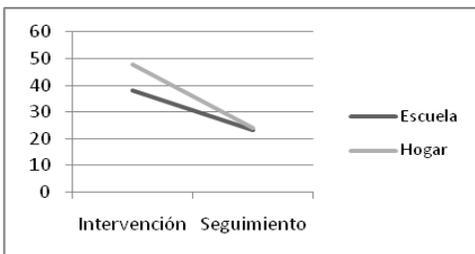
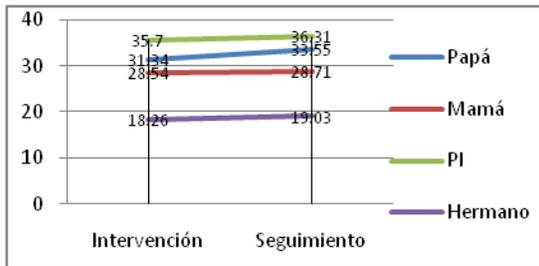


Figura 7. Índice de Masa Corporal: intervención y seguimiento.



Discusión y Conclusiones

La evidencia del presente trabajo señala la viabilidad para integrar la evaluación colaborativa como modelo de tratamiento familiar. Puesto que observamos eficiencia comparando la fase pre-test (de intervención) con la fase pos-test (de seguimiento). Se comprobó que hubo cambios progresivos y positivos que repercutieron en el sistema familiar y en el paciente identificado.

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

La caracterización y el funcionamiento familiar también mostraron cambios, tanto en la estructura como en la dinámica de relaciones familiares se registra que el padre aumento su cercanía hacia el paciente individualizado y hacia el segundo hijo, esto hace pensar que su involucramiento afectivo fue mayor en la familia. La madre tuvo un desapego tipo simbiótico hacia su hija menor que permitió repartir más equitativamente su energía hacia los demás miembros de la familia. Se demuestran los cambios en la funcionalidad familiar, vistas con el Apgar Familiar, la Escala de Funcionamiento Familiar, el Modelo Mc Master) y el modelo Estructural (estos últimos no registrados en este resumen). La desviación del

conflicto observada en la fase de intervención entre los padres desaparece en el seguimiento. Esto ya se observaba con la teoría del chivo expiatorio (Zuk, 1982; Ackerman en Zuk & Nagy, 1985; Palazzoli et al., 1986). De la fase de intervención a la fase de seguimiento cambió positivamente el afecto según la medición del funcionamiento familiar, esta sugerencia se había planteado en el documento entregado a la familia en la fase de intervención.

Aunque no se muestran los test gráficos proyectivos se menciona que existieron recurrencias en las carencias de afecto físico y patrones de identificación hacia lo agresivo. En estos dibujos cabe señalar un aspecto que tiene importancia cardinal en el estudio de caso, la corporeidad. En los proyectivos se observan figuras delgadas, siendo que en la realidad existe una evidente obesidad en los padres y el paciente identificado y esto es ratificado en la medición del índice de masa corporal (IMC), el paciente identificado tiene un alto riesgo futuro de trastorno en la alimentación, mismo que se reportó en el documento a los padres.

Las familias con trastornos de alimentación son sistemas centrípetos, moralistas y con mucho apoyo, evitadoras de conflictos y encubridoras, estos rasgos son muy evidentes en los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Apgar Familiar, la medición del consumo alimenticio (que no aparece en el presente resumen), la deseabilidad social de la escala de mentira del perfil de personalidad de ambos padres. Todo esto pone por entredicho el factor de deseabilidad social establecido en Beavers y Hampson (1990) y Hernández (2007).

Se repite que los recursos de la evaluación colaborativa son útiles y eficientes, los cuales van desde la capacidad empática de la relación entre pacientes y terapeuta (Fisher, 2000; Chalmers, 2006; Finn, 2009). Tomando en cuenta el poder catártico del contexto terapéutico, así como el efecto terapéutico de los instrumentos (Finn 1996, Fisher, 2000; Hernández-Cervantes, 2007) que posteriormente sirvan de retroalimentación para evidenciarles a los pacientes su nivel de avance (Frankel, 2009). Finalmente, mediante la significancia clínica que posee este método, el cual se apoya de las instancias de influencia hacia el paciente (escuela o profesores, instituciones o profesionistas de la salud, etc.) que podrán colaborar en el tratamiento favoreciendo a la familia, en este caso y también al clínico (Frankel, 2009). Como primera limitación se señala la ausencia de la replicación en el diseño de caso único. Una importante limitación del estudio es que existe carencia de instrumentos integrales, completos y profundos que midan bastas áreas en el sistema familiar. Si bien el Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1997) se acerca mucho a ello su enfoque parece más estructural.

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

Las contribuciones de este modelo de intervención podrán aplicarse en varias ramas de estudio y trabajo. En primera instancia en la psicoterapia individual y la psicoterapia familiar como repeticiones sistemáticas de forma que se perfeccionen, depurando algunos instrumentos repetitivos o bien adecuándolo a las necesidades de la evaluación perseguida o motivo de consulta presentado por el cliente o los clientes. Se pueden realizar en los peritajes psicológicos con familias, en el ámbito de lo civil o incluso en el ámbito legal. Otra área que resultaría beneficiada sería en un departamento psicopedagógico o bien en una institución educativa que cuenten con un psicólogo calificado para aplicar los diferentes instrumentos.

Puede replicarse sistemáticamente para investigación de estudios de casos semejantes y finalmente, para la intervención laboral y comunitaria en un nivel familiar bajo tutela de psicólogos laborales o sociales que sepan emplear este método clínico, que les provea datos diagnósticos y la eficiencia terapéutica que se ha discutido como hipótesis.

Si revisamos estas contribuciones a las áreas señaladas, todas tienen la característica de una intervención breve que requiere contratos cortos o tiempos precisos en su desempeño, que a su vez arroje resultados eficientes en colaboración con otros procesos que estuviesen realizándose en paralelo al intervenido con este modelo.

Concluyendo en las hipótesis implicadas podemos decir que la evaluación colaborativa mostró eficacia como intervención en el tratamiento familiar, en este caso se aprueba la hipótesis de investigación (H1). Así, la validez interna del estudio es evidente.

Por otro lado, para la validez externa tendrán que considerarse los diferentes escenarios, tipos de gente, etc. (Kazdin, 2001). Se cree que abordando la intervención familiar mediante un modelo que establece tiempos muy breves, como es el caso de muchas corrientes de tratamiento familiar, resultaría complicado aprobar la misma hipótesis, ya que la evaluación se supeditaría a los tiempos de trabajo en consultorio o fuera de él, a la saturación del trabajo del especialista, el cansancio o impaciencia de la familia por

encontrar un abordaje más vivencial que solamente la aplicación de instrumentos proyectivos o psicométricos, así como al tiempo destinado para cada uno de los casos si estos siguieran todo el modelo aplicado para esta investigación. Si es así, entonces sería la “Ha” la hipótesis más pertinente, porque a veces será factible la eficiencia y a veces podría no mostrar la misma significancia clínica o tamaño del efecto.

Referencias

Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Buenos Aires: Hormé.

Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.

Beavers, W. R. & Hampson, R. B. (1990). *Successful Families: Assessment and Intervention*. New York: W.W. Norton.

Bender, L. (1968). *Test Gestáltico Viso-Motor*. Buenos Aires: Paidós.

Buck, J. N. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica del Dibujo H-T-P*. México: Manual Moderno.

Cibanal, L. (2004). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Escuela Universitaria de Alicante: Club Universitario.

Chalmers, J. B. (2006). *Collaborative Assessment: An Alternative to Psychological Evaluation*. Vermont Center for Collaborative Assessment. Recuperado el 15 de Enero 2010 de www.somewareinvt.com/vcca/coassessment.htm

Conners (1973). *Rating scales for use in drug studies with children*. C.E. Teacher's Questionnaire & C.C.I; Parent's Questionnaire Psychopharmacological Bulletin.

Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Kapelusz.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Mc-Master Model of Family Functioning: a view of the normal family. En: Walsh, F. *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press.

Espejel E. (1997). *Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de Tlaxcala.

Estrada, I. L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. Grijalbo: México.

Finn, S. (1996). *Using the MMPI-2 as a Therapeutic Intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Fisher, C. (2000). Collaborative, Individualized Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 74, (1).

Frankel (2009). *About the Collaborative Treatment Method For Psychology, Psychiatry, and Psychotherapy*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2009 de <http://www.collaborativepsychology.com/CCP-Fact-Sheet.pdf>

Green R., Harris R., Forte J., & Robinson, M. (1991). Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 Families. *Family Process*, 30 (1), 55-75.

González, V. M. (2005). La terapia familiar. *Revista Avances*, 75 (1).

Haley J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (2005). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)*. Adaptación al español: Emilia Lucio Gómez-Maqueo. México: Manual Moderno.

Hernández-Cervantes, Q. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida*. Tesis doctoral no publicada. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández-Sampieri, R. (2001). *Metodología de la investigación*. 2ª. ed. México: McGraw-Hill.

Kazdin A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.

Koopitz, E. (1975), *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.

Maganto, C. (1987). *Test Gráfico del Dibujo de un Animal. Evaluación Madurativo-Mental y Emocional en niños de 6 a 13 años*. Barcelona: Servei d'Informacio y Publicacions - Universidad de Barcelona.

Lopez, P. J. (s.f.). *Resiliencia Familiar ante el duelo*. Tesis de Doctorado inédita. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología.

McGoldrick & Gerson (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S., & Fishman (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Moos, R., & Moos, B. (1994). *Family Environment Scale Manual: Development, Applications, Research - Third Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.

Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2003). Circumplex Model of marital and family systems. In: F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (3a ed.). New York: Guilford.

Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St Paul, MN: University of Minnesota, Family Social Sciences.

Olson, D. H., & Watson-Tiesel, J. (1991). *FACES III: Linear scoring and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Family Social Science.

Palazzoli, Boscolo, Cechin, & Prata (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.

Rocha, J. (2000). Algunas consideraciones sobre la metodología cuantitativa y cualitativa en la terapia familiar. En: *La terapia familiar en Mexico Hoy*. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapias breves*, Barcelona: Paidós.

Smilkstein, G. (1978). *The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians*. *Journal of Family Practice*, 6 (6), 1231-1239

Rooney M., Fristad, M., Weller E & Weller R. (2001). *Entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes (ChIPS)*. México: Manual Moderno.

Umbarger, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Walsh, F. (Ed) (2003). *Normal Family Process*. New York: Guilford Press. (3rd. Ed).

Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

White, & Epston, D. (1980) *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona: Paidós.

Zuk, G. (1982). *Psicoterapia Familiar: Un enfoque triádico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Zuk, G., & Boszormeny-Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.