



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé
Argentina

Santibáñez Fernández, Patricia; Henson Maldonado, Irving; Troncoso Gallardo, Eduardo
Utilización del Family Functioning Style Scale en Familias con un miembro Diagnosticado con
Trastorno Bipolar: Una mirada desde el paciente y la familia
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXII, núm. 3, noviembre, 2013, pp. 279-286
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281935590008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

UTILIZACIÓN DEL FAMILY FUNCTIONING STYLE SCALE EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO BIPOLAR: UNA MIRADA DESDE EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Patricia Santibáñez Fernández,
Irving Henson Maldonado
y Eduardo Troncoso Gallardo*

Resumen

Se describe y compara el estilo de funcionamiento de familias caracterizadas por tener un miembro diagnosticado con Trastorno Bipolar, desde la perspectiva de pacientes y familiares. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo exploratorio, con un diseño descriptivo-comparativo. La muestra estuvo constituida por 41 personas: 20 consultantes diagnosticados con Trastorno Bipolar y 21 familiares de estos. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue una traducción y adaptación del "Family Functioning Style Scale" de Dunst, Trivette y Deal (1988). Se observan diferencias significativas en la percepción del grupo de pacientes, donde los pacientes tienden a una evaluación más crítica de la realidad familiar.

Palabras claves: funcionamiento familiar, trastorno bipolar, familia, perspectiva sistémica.

Key words: family functioning, bipolar disorder, family, systemic perspective.

Introducción

El Trastorno Bipolar (T.B.) es un problema de salud que tiene grave impacto en la calidad de vida de quienes la padecen, siendo fuente importante de morbilidad y mortalidad (López y Murray, 1998).

Su incidencia se aproxima al 4% de la población adulta y suele aparecer entre los 15 y 19 años debutando en un 59% de los casos durante la niñez o adolescencia (Hirschfeld, Calabrese, Weissman, Reed, Davies, Frye, Keck, Lewis, McElroy, McNulty y Wagner, 2003).

La mayoría de los estudios existentes respecto del T.B., apuntan a descubrir factores genéticos asociados a la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad, se acepta que las influencias ambientales juegan junto con las genéticas, un papel fundamental en el T.B., lo que ha evidenciado la necesidad de

llevar a cabo otras investigaciones e intervenciones que complementen y faciliten el tratamiento farmacológico (Zubin y Spring, 1977; Linares y Campo, 2000).

Linares y Campo (2000) han observado que en las familias con un miembro con T.B. existiría una nutrición relacional deficitaria en la familia de origen.

En esta misma línea, un estudio de Holmgren, Lermenda, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela (2005) exploró el funcionamiento social al interior de estas familias. Señalan que sólo en una de cada cuatro a cinco familias habría un buen funcionamiento del subsistema conyugal, donde los principales temas de controversia se centran en la falta de aceptación de la enfermedad por parte de uno de los cónyuges, el reproche o la mutua culpabilización, aspectos relacionados a la educación formal del paciente, el extremado consentimiento o flexibilidad entregado por un cónyuge hacia un hijo con T.B. y la falta de acercamiento físico y afectivo.

Respecto a la interacción entre los subsistemas familiares, en aproximadamente la mitad de las fa-

* Patricia Santibáñez Fernández, Irving Henson Maldonado y Eduardo Troncoso Gallardo, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
E-Mail: psanti@ufro.cl
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 279-286
© 2013 Fundación AIGLÉ.

milias se aprecia un distanciamiento constante en la interacción de los hijos hacia el miembro que presenta T.B., ya sea este un hermano o uno de los padres. Cuando el paciente con T.B. es uno de los hijos, el escaso involucramiento afectivo por parte de los hermanos se debe a razones que incluyen: la no aceptación de la enfermedad, el distanciamiento físico, los sentimientos de sobreprotección desde los padres hacia el paciente y la estigmatización social de la enfermedad psiquiátrica.

Con relación a las normas y reglas familiares, estos autores destacan que los padres manifiestan especiales dificultades para fijar normas y límites respecto a pautas de alimentación y pautas de sueño-actividad.

Los resultados del estudio precedente muestran la existencia de una alteración del funcionamiento familiar en familias con un miembro con T.B., hallazgo que es relevante al considerar que, desde la perspectiva biopsicosocial, el funcionamiento familiar es un factor de protección o riesgo para la salud de las personas, donde la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental (Weinreich e Hidalgo, 2004).

El funcionamiento familiar ha sido definido como la capacidad del sistema familiar para cumplir sus funciones esenciales, enfrentando cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las cuales atraviesa la familia, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en el que ella se desenvuelve (Espejel, 1997, en Retamales, Behn y Merino, 2004).

Dunst, Trivette y Deal (1988) elaboraron un modelo teórico de funcionamiento familiar que recibe la influencia de la teoría general de sistemas. Según este modelo, uno de los principales motivos que movilizan al ser humano son sus necesidades, constituyendo un grupo de fuerzas que afectan e influyen en el funcionamiento familiar y viceversa.

Para Dunst, Trivette y Deal (1988) los problemas en el ámbito familiar, no se limitan sólo a la cuestión de satisfacción o insatisfacción de necesidades, sino que además, ha de considerarse si el modo de conseguir dicha satisfacción, enriquece o no a la familia, permitiéndole funcionar con normalidad. Para estos autores, la combinación de recursos intrafamiliares empleados para la satisfacción de necesidades ha sido denominado "Estilo de Funcionamiento Familiar", el cual determina el modo de enfrentarse a los eventos vitales normativos y no normativos de una familia.

Sustentada en los antecedentes señalados, la presente investigación tuvo por objetivo describir y comparar el estilo de funcionamiento de familias caracterizadas por tener un miembro diagnosticado con Trastorno Bipolar, desde la perspectiva del pa-

ciente como también de los familiares. Lo anterior, buscó aportar en el conocimiento de cómo funcionan las familias con un miembro con T.B., e indagar si existen similitudes o discrepancias entre las percepciones de los pacientes índices y sus familiares.

Método

Muestra

En este estudio participaron 20 pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar, quienes en la actualidad reciben atención en la Unidad de Salud Mental del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz de la ciudad de Los Ángeles, y 21 familiares de estos, conformando un total de 41 personas que se distribuyeron en dos grupos.

Respecto al grupo 1 conformado por los pacientes, la edad fluctuó entre 17 y 60 años con un promedio de edad de 35 años. De estos, 17 son mujeres y 3 son hombres. El grupo 2 conformado por los familiares, estuvo constituido por 13 mujeres y 8 hombres. La edad de estos participantes fluctuó entre 15 y 67 años con una edad promedio de 39 años (ver Tabla 1).

Para la obtención del grupo 1, se invitó a participar a todos los consultantes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 15 años, haber sido diagnosticado con un Trastorno Bipolar y estar en tratamiento por profesionales de la Unidad de Salud Mental; además, se hizo extensiva la invitación a los familiares directos del paciente para la conformación del grupo 2. Los criterios de inclusión para este grupo fueron: tener mínimo 15 años de edad y ser familiar directo de un paciente participante del Grupo 1. No se definieron criterios de exclusión para ninguno de los dos grupos.

La muestra total quedó conformada por aquellos consultantes y familiares de éstos que aceptaron voluntariamente concurrir a la aplicación del instrumento de medición. Cabe indicar que existió un paciente en cuyo caso participaron dos familiares directos, decidiendo incluir a ambas personas por considerar que ello no afectaría de manera importante los resultados, considerando que se realizaría una comparación entre grupos.

Instrumento

En este estudio se utilizó una traducción y adaptación del "Family Functioning Style Scale" (F.F.S.S.), instrumento desarrollado por Dunst, Trivette y Deal (1988) para medir aspectos positivos del funcionamiento familiar o fuerzas familiares. La traducción fue realizada por dos profesionales bilingües expertos, generando una versión preliminar que fue comparada con la versión española del mis-

Tabla 1. Caracterización de la muestra

	GRUPO PACIENTES	GRUPO FAMILIARES
Participante		
Paciente	20	21
Padre	-	1
Madre	-	8
Hermano	-	1
Esposo (a)	-	3
Hijos (as)	-	8
Género		
Mujer	17	13
Hombre	3	8
Estado civil		
Soltero (a)	8	5
Casado	8	12
Conviviendo	1	1
Separado de hecho	3	3
Tipo de familia		
Nuclear completa	15	15
Monoparental materna	5	6

mo instrumento (Polaino-Lorente y Martínez, 1998). Tras esta comparación, se elabora una escala adaptada de Estilo de Funcionamiento Familiar (E.E.F.F.), la que fue utilizada en este estudio.

El instrumento E.E.F.F. evalúa las creencias que una familia tiene respecto de sus fuerzas, capacidades y competencias, y cómo éstas son utilizadas para movilizar sus recursos y redes de apoyo con el objetivo de satisfacer sus necesidades en respuesta a una crisis y/o estrés.

Esta escala está compuesta por 26 ítems cuyos contenidos hacen referencia a 12 categorías que definen a una familia fuerte. Estas doce categorías se organizan en tres dimensiones que según los autores, representan diversos, aunque no independientes, aspectos del estilo de funcionamiento familiar: Identidad familiar, Información compartida por todos sus miembros y Movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento (Polaino-Lorente y Martínez, 1998).

La dimensión de Identidad Familiar integra y evalúa cinco aspectos de las fuerzas familiares:

- El compromiso en la búsqueda del bienestar y desarrollo óptimo de cada persona y del grupo familiar.

- La apreciación de las cosas grandes y pequeñas que los miembros de la familia hacen bien y el grado de estimulación para hacerlo mejor.

- El empleo de tiempo para estar y hacer cosas, formales o informales, en familia.

- El propósito para hacer frente a los problemas y seguir adelante en los malos tiempos.

- La congruencia entre familiares en el empleo de recursos para la satisfacción de necesidades familiares.

- La dimensión de Información compartida íntegra y evalúa sólo dos aspectos de las fuerzas familiares:

- La comunicación positiva con los demás familiares.

- Las reglas, valores y creencias familiares que configuran las expectativas acerca de lo que es deseable y aceptable.

- Por último, la dimensión de Movilización de recursos y estrategias de afrontamiento íntegra y evalúa cinco aspectos de las fuerzas familiares:

- El repertorio de estrategias de afrontamiento y apoyo social disponible para enfrentar los eventos vitales, normativos o no.

- Las habilidades en la solución de problemas y en la evaluación de ciertas opciones respecto a la satisfacción de necesidades.
- Optimismo, entendido como la percepción de lo positivo en los distintos aspectos de la vida, incluyendo la habilidad para entender la crisis y los problemas como una oportunidad para aprender y crecer.
- Flexibilidad y adaptabilidad en los roles que son necesarios para conseguir los suficientes recursos con que satisfacer las necesidades.
- El equilibrio entre el empleo de recursos familiares internos y externos para aprender y adaptarse al ciclo vital.

La escala puede ser completada por un miembro o por toda la familia e incluye afirmaciones que el participante debe contestar, de acuerdo con el modo en que el contenido de cada afirmación sea característico de su familia. Cada ítem del instrumento es valorado en una escala tipo Likert de cinco puntos.

Respecto a la confiabilidad del instrumento, Dunst y Trivette (1988) analizaron la consistencia interna del instrumento obteniendo un coeficiente alpha de Cronbach de 0,92, y una correlación del mismo valor al realizar bipartición. Además, existe fuerte evidencia respecto de la validez de la escala, con estudios de validez de criterio, predictiva y discriminante.

Diseño

El presente estudio exploratorio utilizó metodología cuantitativa, con un diseño de tipo descriptivo-comparativo.

Procedimiento

Los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, así como sus familiares fueron contactados personal y telefónicamente. Se les explicó el

objetivo del estudio y quienes aceptaron, firmaron una carta de consentimiento en que se explicitaba su participación anónima y voluntaria. La aplicación del instrumento se realizó tanto de manera colectiva como individual.

Se estimó la confiabilidad del instrumento a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach y posterior a ello, se calcularon los puntajes promedios de las 3 dimensiones de la E.E.F.F. con sus respectivas categorías, tanto para el grupo de pacientes como de familiares. Se compararon las medias con una prueba t para muestras independientes.

Resultados

Respecto a la confiabilidad de la EFF aplicada en el presente estudio, se obtuvo un valor Alfa de 0,90. En cuanto a la confiabilidad de las diferentes dimensiones del instrumento, en Identidad familiar se observó un alpha de 0,87, en Información compartida un valor alpha de 0,80, mientras que para la dimensión Movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento se obtuvo un alpha de 0,90.

A continuación, se describirán resultados obtenidos para cada una de las 3 dimensiones, con las respectivas categorías que la conforman.

En la dimensión Identidad Familiar se observa un puntaje promedio de 35,85 para el grupo de pacientes y de 42,05 para el grupo de los familiares, encontrándose una diferencia significativa entre ambos grupos ($t = -2,80, p < 0,01$). Dentro de esta dimensión, los resultados para las categorías Compromiso,

Apreciación, Tiempo, Propósito y Congruencia, se presentan en la tabla 2.

Respecto de la dimensión Información compartida por todos sus miembros, el grupo de pacientes obtiene una media de 12,95, mientras que el grupo de los familiares presenta un valor medio de 15,33, observándose que ambos grupos difieren significa-

Tabla 2. Resultados del grupo de pacientes y el grupo de familiares en la dimensión Identidad Familiar y sus categorías

DIMENSIÓN Y CATEGORÍAS	PACIENTES		FAMILIARES		PRUEBA T	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Valor t	Sig,
Identidad Familiar	35,85	4,24	42,05	5,03	-2,80	0,009**
Compromiso	7,60	1,88	8,0	1,55	-0,75	0,462
Apreciación	7,20	1,79	8,10	1,79	-1,90	0,067
Tiempo	6,65	2,32	8,43	1,50	-2,90	0,007**
Propósito	7,40	2,23	9,05	0,97	-3,04	0,005**
Congruencia	7,00	2,34	8,4	1,47	-2,41	0,022*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

tivamente entre ellos ($t = -2,11$, $p < 0,05$). Dentro de esta dimensión, los resultados para las categorías Comunicación y Expectativas de rol, se presentan en la tabla 3.

En la dimensión Movilización de recursos y estrategias de enfrentamiento de las dificultades, se observa un puntaje promedio de 38,85 para los pacientes, y un valor medio de 47,57 para el grupo de familiares, existiendo una diferencia significativa en las medias de ambos grupos ($t = -3,64$, $p < 0,001$). Los resultados para las categorías Afrontamiento, Apoyo Social, Solución de problemas, Optimismo, Flexibilidad y Equilibrio, se presentan en la tabla 4.

Discusión

Un primer elemento que consideramos relevante de mencionar, tiene relación con el escaso número de investigaciones existentes en la actualidad respecto al funcionamiento familiar en familias que tienen un miembro con T.B., aspecto que nos hace considerar que este estudio puede ser un pequeño e importante aporte, ya que se centra en conocer los aspectos resilientes de estas familias, favoreciendo

así, el trabajo basado en sus fortalezas, capacidades y competencias.

Al realizar el análisis de resultados, se observa que la confiabilidad del instrumento utilizado es elevada, tanto en la escala total como en las tres dimensiones que mide. Este hallazgo coincide con los valores de confiabilidad obtenidos por Dunst y Trivette (1988) para la escala original.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos por ambas muestras, se observa que los familiares evalúan de manera más favorable el funcionamiento familiar, tanto en relación a identidad familiar información compartida entre sus miembros, como la capacidad de movilizar recursos y estrategias de afrontamiento.

Respecto a la Identidad Familiar, tanto los pacientes como los familiares arrojan puntajes por sobre la mediana en esta dimensión, sin embargo, las valoraciones que hacen respecto de algunas categorías que definen la identidad familiar son distintas.

Ambos grupos están de acuerdo en que existiría un alto compromiso en la búsqueda del bienestar y el desarrollo óptimo de cada persona y del grupo familiar; así también, compartirían que en sus familias

Tabla 3. Resultados del grupo de pacientes y el grupo de familiares en la dimensión Información compartida por todos sus miembros y sus categorías

DIMENSIÓN Y CATEGORÍAS	PACIENTES		FAMILIARES		PRUEBA T	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Valor t	Sig,
Información compartida	12,95	4,24	15,33	2,83	-2,11	0,043*
Comunicación	6,40	2,54	8,00	1,79	-2,32	0,026*
Expectativas de rol	6,55	1,90	7,33	1,96	-1,30	0,202

* $p < 0,05$

Tabla 4. Resultados del grupo de pacientes y el grupo de familiares en la dimensión Movilización de recursos y estrategias de afrontamiento ante las dificultades y sus categorías

DIMENSIÓN Y CATEGORÍAS	PACIENTES		FAMILIARES		PRUEBA T	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Valor t	Sig
Movilización recursos y estrategias	38,85	9,55	47,57	4,99	-3,64	0,001**
Afrontamiento	5,70	1,95	6,81	1,57	-2,01	0,051*
Apoyo Social	6,15	2,80	8,19	1,57	-2,86	0,008**
Solución de problemas	6,35	2,21	8,10	1,37	-3,02	0,005**
Optimismo	6,65	1,95	8,33	1,06	-3,40	0,002**
Flexibilidad	7,95	2,06	8,90	1,09	-1,84	0,076
Equilibrio	6,05	1,99	7,24	1,18	-2,31	0,028*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

se aprecian tanto los grandes como los pequeños logros.

Las principales diferencias estarían dadas por la creencia, por parte del grupo de familiares, de la existencia de una mayor positividad para hacer frente a los problemas y seguir adelante; así como también, la percepción que como familia dedican mayor tiempo para estar y hacer cosas juntos. En este sentido, la percepción discrepante que tiene el paciente respecto al tiempo que la familia dedica para estar junta, puede estar relacionada en parte con lo planteado por Holmgren, Lermenda, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela (2005), quienes señalan que entre algunos miembros de estas familias existiría un distanciamiento constante en la interacción, así como falta de acercamiento físico y afectivo.

En relación con la Información que es compartida por los miembros de la familia, se observan diferencias significativas entre los pacientes y los familiares, ya que estos últimos percibirían la existencia de una mayor disposición de la familia para compartir sus pensamientos y sentimientos, así como para escuchar las diferentes posturas cuando existen desacuerdos. En este sentido, es probable que el paciente tenga expectativas más altas en cuanto a la acogida y validación que la familia hace respecto a los sentimientos y pensamientos expresados.

Respecto a las reglas, valores y creencias familiares que configuran las expectativas acerca de lo que es deseable y aceptable, no se encontraron diferencias significativas entre la percepción de ambos grupos.

Pensando que en una familia los acuerdos en las expectativas de rol establecen directrices compartidas respecto a las normas y comportamientos que son aceptables, y que por ende permiten un adecuado funcionamiento familiar, el hallazgo antes señalado llama la atención al compararlo con lo planteado por Holmgren, Lermenda, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela (2005), quienes encontraron que en estas familias existen dificultades para fijar límites y normas. Puede ser interesante para futuras investigaciones, explorar en mayor profundidad el ámbito de las expectativas de rol para obtener resultados que cuestionen o confirmen estos hallazgos, lo que sería favorecido al contar con un mayor número de personas participantes.

En cuanto a los resultados respecto a la Movilización de recursos y estrategias de afrontamiento, esta dimensión fue la que presentó diferencias más notorias entre el grupo de pacientes y familiares.

Fue el grupo de familiares quienes hacen una mejor valoración respecto del optimismo, la capacidad de afrontamiento que creen disponer para hacer

frente a los eventos vitales normativos o no, la solución de problemas y el equilibrio entre el empleo de recursos familiares internos y externos. Esto puede dar cuenta que habría una menor satisfacción en los pacientes en cuanto a las competencias y fortalezas de sus familias, en lo que se refiere a la utilización de los recursos y modos de afrontar las dificultades que se les presentan.

Se evidencia que los familiares tienen una percepción más favorable respecto a las habilidades con que cuentan como familia para la solución de problemas, como también respecto al apoyo social percibido. Este resultado podría hacer comprensible que también perciban un alto nivel de optimismo con relación a distintos aspectos de la vida, no así los pacientes. Este punto, en particular, nos llama fuertemente la atención ya que considerando la gravedad y cronicidad que implica el diagnóstico nosológico dado, a priori esperábamos que las familias percibieran menos fortalezas.

Respecto de la percepción que ambos grupos tienen del repertorio de estrategias de afrontamiento de la familia, cabe destacar que mostraron una valoración comparativamente más baja que en otras categorías. Esto nos hace considerar la importancia que tiene para la intervención clínica que las familias y los terapeutas reconozcan y potencien los aspectos resilientes con que cuentan, y en base a ellos, puedan construir estrategias de afrontamiento que les faciliten enfrentar de mejor forma los eventos vitales que se le presenten.

Otro aspecto que nos parece interesante destacar, se refiere a que tanto el grupo de pacientes como de familiares, consideran que sus familias tienen un alto grado de flexibilidad y adaptabilidad en los roles, lo que en teoría les favorecería al momento de buscar los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, si se considera el resultado obtenido respecto de la percepción de afrontamiento familiar, cabe cuestionarse si esta flexibilidad es utilizada por ellos como un recurso al momento de enfrentarse a dificultades, cuestionamiento que podría dar pie a nuevos estudios.

Conclusiones

Intentado construir una caracterización del estilo de funcionamiento de familias que tienen un miembro con T.B., y teniendo en consideración que esta construcción sólo representa una mirada de muchas posibles, podemos señalar que son familias que se perciben a sí mismas comprometidas en la búsqueda del bienestar de sus miembros, sintiendo que en algunos momentos son capaces de adaptarse a diferentes roles con el objetivo de lograr satisfacer sus necesidades familiares.

Parecen tener un fuerte sentido de pertenencia, con un alto nivel de lealtad hacia su familia. Comparten reglas, valores y creencias familiares, que esperarían orientaran el actuar de cada uno de sus integrantes, y son capaces de reforzarse mutuamente cuando ellos tienen logros.

Algunos de sus miembros tendrían una visión más positiva respecto a las fortalezas, capacidades y competencias con que cuenta la familia, quienes posiblemente son los que participan de manera más activa en la búsqueda del bienestar familiar, facilitando así la existencia de momentos de mayor estabilidad. Esta búsqueda de bienestar, también tendría la función de mantener la valoración positiva del sistema familiar.

Los pacientes índices de estas familias se caracterizarían por tener un menor nivel de satisfacción de sus necesidades, y con ello un importante nivel de frustración, lo que les llevaría a ser altamente críticos respecto al tiempo que como familia dedican para estar juntos, a las estrategias que utilizan para enfrentar los problemas que se les presentan y al nivel de apoyo que reciben por parte de otras personas que no integran el núcleo familiar.

En contrapartida, quienes visualizan positivamente el funcionamiento familiar, se van retroalimentando, apareciendo el paciente índice como el elemento caotizador del sistema familiar, y por ende, como el responsable de los problemas relacionales que puedan emerger.

A pesar de ello, la familia percibe que se movilizan para hacer frente a los problemas, llegando ésta a tener un nivel de satisfacción importante frente a su movilización. Ante esto, el paciente tendería a sentir que en esta familia no se escuchan las demandas como él esperaba que ocurriera, dando lugar a nuevas frustraciones.

Lo anterior, llevaría a los pacientes a presentar inestabilidad emocional, ya que son capaces de ver recursos familiares pero pese a ello, sentir que no se da respuesta a sus necesidades, manifestándose así los síntomas que son propios del trastorno.

Es importante señalar que la presente investigación pretendió acercarse de manera exploratoria a una realidad que ha sido poco estudiada, y en este sentido, no busca obtener conclusiones definitivas. Entre las limitaciones del estudio se encuentra el pequeño tamaño muestral utilizado, el no control de variables como edad, género, comorbilidad, entre otros, y especialmente nuestros propios sesgos al momento de describir y discutir los resultados obtenidos. En este último aspecto, podemos señalar que uno de los autores de este estudio, trabaja directamente con pacientes con trastorno bipolar, lo que implica que éste cuente con una opinión de las fami-

lias provenientes de la atención clínica que brinda. En el caso de los dos restantes autores, ambos trabajan en servicios de salud familiar, lo que permite prever que sus sesgos están más orientados a mirar recursos y problemas familiares, más que la patología diagnosticada.

Considerando la relevancia del tema estudiado, nos parece importante que en el futuro puedan realizarse otras investigaciones, que permitan desde una perspectiva relacional dar mayor comprensión respecto a cómo el estilo de funcionamiento familiar se relaciona con el Trastorno Bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

- Callol, A., Colacios, L., Larburu, I. y Ramirez, C. (2002). Trastornos afectivos: Estudio exploratorio de los factores relacionales y aproximación a una posible intervención diferenciadora. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat de Barcelona, Escola de Terapia Familiar. Extraído el 15 de Agosto de <http://www.santpau.es/santpau/etf/webesp/Factores%20relacionales%20en%20trastornos%20afectivos.pdf>.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. y Verma, S.K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (3), 247-252.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. En: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Dore, G. y Romans, S. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67 (1-3), 147-158.
- Dunst, J. y Trivette, C. (1988). A family system model of early intervention with handicapped and developmentally at-risk children. En: D. Poweoo (Ed.), *Parent education as early childhood intervention: emerging directions in theory, research, and practice*. Ablex, NJ: Norwood.
- Dunst, C., Trivette, C. y Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books, Inc.
- Retamales, J., Behn, V. y Merino, J. (2004). Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año. *Ciencia y enfermería*, 10 (1), 23-30.
- Hidalgo C. y Carrasco, E. (2004). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Hirschfeld, R., Calabrese, J., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., Frye, M., Keck, P. Jr., Lewis, L., McElroy, S., McNulty, J. y Wagner, K. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1, 53-9.
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, M., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43 (4), 275-286.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- López, A. y Murray, C. (1998). The global burden of disease. *Nature Medicine*, 4, 1241-1243.
- Perlick, D., Clarkin, J.F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. y Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Ediciones Rialp.
- Weinreich, M. e Hidalgo, C. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psyche*, 13 (1), 33-42.
- Zubin J. y Spring B. (1977). Vulnerability-A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977 (86), 103-126.
- Williams, R., Lindgren, H., Rowe, G., Van Zandt, S. y Stinnett, N. (1985). *Family strenghts 6: enhacement of interaction*. Departamente of Human Development and the Family, Center for Family Strengths, University of Nebraska: Lincoln, N.E.

Recibido: 6-5-12

Aceptado: 30-11-12

Abstract: The present study describes and compares the family functioning style of families that are characterized to have a member diagnosed with a Bipolar Disorder, from the perspective of the patient as well as his family members, giving information about the family identity, the information that is shared between the members of the family, and the capacity to use there resources and copying strategies in different difficulties. To achieve the objectives we therefore did a explorative research with quantitative methods, incorporating a comparative descriptive design. The sample was conformed by 20 patients diagnosed with a Bipolar Disorder and 21 members of there families making a total of 41 persons. The instrument used to recollect the information was a translation and adaptation of the "Family Functioning Style Scale" from Dunst, Trivette and Deal (1988). The study shows that there are important differences between the group of patients and the group of family members, referring to the three dimensions that conform the Family Functioning Style, observing that the patients tend to make a more critical evaluation of the families reality comparing to the family members.