

58
2º
U



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL PACIENTE CON
SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
HORACIO FERNÁNDEZ DE CASTRO TAPIA
JUAN ANTONIO GONZÁLEZ PUENTE

ASESOR: DRA. JOSSETTE BENAVIDES TOURRES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAG.

RESUMEN

1

INTRODUCCION

2

CAPITULO UNO
MEDICINA PSICOSOMATICA

6

CAPITULO DOS
LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

35

CAPITULO TRES
LA FAMILIA PSICOSOMATICA

93

CAPITULO CUATRO
SINDROME DE COLON IRRITABLE

116

CAPITULO CINCO
METODO

132

**CAPITULO SEIS
RESULTADOS**

138

**CAPITULO SIETE
DISCUSION Y CONCLUSIONES**

145

BIBLIOGRAFIA

151

APENDICES

157

RESUMEN

En 1978, Salvador Minuchin, al estudiar a las familias de pacientes psicósomáticos, encontró cuatro características que las distinguía: amalgamamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos.

El presente estudio pretende evaluar a las familias de pacientes con desórdenes gástricos psicósomáticos no incluidos en las diferentes muestras de las investigaciones realizadas con familias psicósomáticas.

Con ese propósito se aplicó el cuestionario FACES II, a fin de identificar la tipología familiar del paciente con Síndrome de Colon Irritable (SCI), a través de las escalas de adaptabilidad y cohesión, lo que también nos permite conocer el grado de funcionalidad del grupo familiar.

Los resultados obtenidos, al ser comparados con los pacientes con Litiasis Vesicular, no permiten precisar el tipo de funcionamiento familiar característico de los pacientes con SCI. Se discute sin embargo, la rigidez encontrada en la percepción del sistema familiar de los pacientes psicósomáticos.

DESCRIPTORES:

MEDICINA PSICOSOMATICA

TERAPIA FAMILIAR

SISTEMA FAMILIAR

FAMILIA PSICOSOMATICA

SINDROME DE COLON IRRITABLE

INTRODUCCION

Bajo el término "psicosomático" se agrupan diferentes concepciones en la etiología de diversos desórdenes fisiológicos. En general el enfoque psicofisiológico considera a los factores psicológicos estrechamente vinculados con el origen o la exacerbación de una condición física que tiene una patología orgánica demostrable. Este mismo criterio es empleado por el DSM III para referirse a los trastornos comúnmente denominados psicosomáticos y para los cuales se les define en esta tercera versión como: Factores psicológicos que afectan a las condiciones físicas.

Entre los trastornos psicosomáticos, los desórdenes gástricos ocupan un lugar singular, por la gran variedad de modalidades que el síntoma suele adoptar, y por la frecuencia en que se manifiesta entre las enfermedades más comunes atendidas por los médicos generales.

El Síndrome de Colon Irritable es considerado como uno de los padecimientos que se enmarca adecuadamente en la definición psicosomática, el diagnóstico de Colon Irritable se refiere a una condición más o menos crónica en la que hay períodos de cambios discernibles de los hábitos intestinales a menudo asociados con dolor.

El objetivo de este estudio, se concentró en investigar la relación posible entre las características familiares (tipología) y los desórdenes gástricos psicosomáticos.

En el sentido de este estudio, investigaciones precedentes definieron las características de los grupos familiares a los que pertenecen los pacientes que presentan síntomas psicosomáticos, acunando el término de la "familia psicosomática".

Desde este enfoque que considera al grupo familiar como un sistema, se pone mayor énfasis en las interacciones que en la vida intrapsíquica.

Autores como Sergio Henao (1985) afirman que el mantenimiento de la salud física depende de la calidad de las interacciones familiares.

En la investigación de la familia psicosomática, se ha intentado hallar los rasgos característicos de este tipo de familias. Gromlick (citado por López mercedes, 1986) identificó cinco componentes: 1) falta de cohesión, 2) rigidez de la estructura familiar, 3) afecto dominante depresivo, 4) incapacidad para la resolución de conflictos y 5) dificultad para manejar la pérdida de objeto.

Por su parte Minuchin (1978), el investigador que ha estudiado con mayor profundidad a la familia psicosomática, la definió a través de las siguientes cuatro características:

- 1) Amalgamamiento
- 2) Sobreprotección

3) Rígidez

4) Falta de resolución de conflicto.

Sin embargo, Martha Pardo (1984) al realizar una réplica de los estudios de Minuchin, en México, reportó que la única característica distintiva de la familia psicosomática mexicana era la falta de resolución de conflicto, pues las demás son comunes a nuestra sociedad.

En la presente investigación se aborda de nuevo el estudio de la familia psicosomática en pacientes con Síndrome de Colon Irritable, evaluando la tipología familiar a través del cuestionario FACES II, el cual nos permite conocer el grado de funcionalidad de los grupos familiares.

La estructura de esta investigación está conformada de la siguiente manera:

El primer capítulo aborda la perspectiva histórica de la medicina psicosomática, desde el pensamiento mágico más primitivo hasta las concepciones científicas más actuales.

En el segundo capítulo se presentan los antecedentes del enfoque sistémico a partir de la teoría de los sistemas generales y de las primeras aproximaciones al estudio de la familia.

El capítulo tercero se concentra en presentar los estudios realizados en relación a los trastornos psicosomáticos desde la perspectiva sistémica estructural de la terapia familiar.

En el capítulo cuarto se exponen los criterios del diagnóstico del Síndrome de Colon Irritable y las distintas aproximaciones teóricas y metodológicas dirigidas a la investigación del síntoma funcional y los factores psicológicos involucrados.

El capítulo quinto contiene el método de investigación y el procedimiento que se llevó a cabo en este estudio.

En el sexto capítulo se presentan la descripción de los resultados y el análisis estadístico que se realizó en esta investigación.

El capítulo séptimo expone la discusión y las conclusiones que se pueden derivar de este trabajo.

Al final se presenta la bibliografía y los apéndices que facilitan una mayor comprensión de la información considerada.

CAPITULO UNO
LA MEDICINA PSICOSOMATICA

1.1 ANTECEDENTES

La palabra psicossomático se deriva de los términos griegos "psique" (mente) y soma (cuerpo). Heinroth, internista y psiquiatra, fue el primero en emplear la palabra psicossomático en 1818 al referirse a los dos aspectos indivisibles del ser (Haynal, 1984). Cuatro años después Jacobi utilizó el término somato-psíquico al referirse a las enfermedades en las que el factor corporal modifica el estado psíquico (Martin, 1978).

El término empleado por Heinroth, fue el mismo que se incluyó en la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I, 1952), al agrupar a los trastornos "psicossomáticos", y en la segunda edición del DSM se denominaron a estos desórdenes como "trastornos psicofisiológicos vegetativos y viscerales" (DSM-II, 1968). Estos términos fueron modificados y en la tercera edición se utilizó la denominación "Factores psicológicos que afectan las condiciones físicas" (DSM-III). Los criterios de diagnóstico del DSM-III para estos desórdenes reconocen que los estímulos ambientales psicológicamente significativos están relacionados temporalmente con el inicio o exacerbación de una condición física que tiene una patología orgánica demostrable (DSM-III, 1980).

Aun cuando la interrelación entre la mente y el cuerpo ha atraído la atención del hombre de todos los tiempos, según Henri Ey (Haynal, 1984), la medicina ha oscilado a lo largo de su historia entre una tendencia dinámica y sintética, que estudia al hombre en su totalidad (escuela de Cos e Hipócrates) y una tendencia analítica específica y mecanicista (escuela de Cnide). Por lo anterior, al trazar la historia de la medicina psicosomática, es necesario remontarse al origen mismo de la medicina.

En las sociedades más primitivas (10,000 a.JC), se creía que las enfermedades eran causadas por poderes espirituales que se introducían en el cuerpo y que lo afectaban en su totalidad. La terapia indicada estaba dirigida a librar al poseído de estos malos espíritus, para lo cual se empleaba el exorcismo y la trepanación. Aparentemente, como lo refiere Sigerest (Sarason, 1975), en esta época se mantenía un enfoque holístico de los padecimientos humanos.

En las culturas de Egipto y Babilonia (2,500-500 a.JC), se creía que la enfermedad entraba en el organismo desde el exterior. En estas civilizaciones la religión dominaba la medicina y los tratamientos empleaban la voluntad y la sugestión para recuperar la salud (Kaplan, 1984).

Por su parte la civilización asiria (500 a.JC), consideraba que el origen de las enfermedades mantenía una estrecha relación con la condición moral y espiritual del enfermo.

Los textos asirios indicaban que la enfermedad se generaba en el interior del cuerpo y era el resultado de una conducta pecaminosa, por lo que se enfatizaba como forma de terapia la oración y el ofrecimiento de sacrificios (Ibid).

Posteriormente la cultura médica griega, representada por Hipócrates (460-370 a.JC) y sus seguidores, también sostenía que la enfermedad se originaba dentro del cuerpo, pero que se debía a un desequilibrio en los fluidos humorales. Los escritos hipocráticos vinculaban el temperamento a la enfermedad, así mismo se afirmaba que para curar a los enfermos era indispensable la observación, ya que de esta manera se podía conocer la totalidad del individuo.

Una generación más tarde, Platón (427-347 a.JC) agregaría: "El error presente extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu" (Ibid).

Aristóteles (384-322 a.JC) había observado que las emociones como la ira, el miedo y el gozo afectaban al cuerpo. Areteo señaló la alteración de las emociones como una de las seis causas principales de parálisis. Las emociones se convirtieron gradualmente en un factor de la psique hacia el que cada vez se prestó más atención (Ibid).

La medicina romana (130 a-200 d.JC) , cuyo máximo expo-

nente fue el médico griego Galeno, tuvo un carácter ecléctico fundamentada en los logros de la medicina griega. Galeno concebía al cerebro como el centro de las sensaciones, las ideas y la razón. No obstante el énfasis puesto sobre la mente durante este periodo, se mantuvo un enfoque holístico en la medicina (Ibid).

Durante los siguientes mil años después de la caída de Roma (500-1500 d.JC), las tribus noreuropeas que dominaron el territorio del imperio disponían de una pobre tradición médica, por lo que el fundamento heredado de la cultura greco-romana fue asumido por el enfoque mágico-religioso de la Iglesia Católica. El avance hasta entonces alcanzado se vio desbordado por el retorno a la creencia en poderes espirituales, demonios, brujas y el pecado. El mal estaba dentro y fuera de la persona; los enfermos debían consultar a un sacerdote o encomendarse a un santo y redimir su pecado, su falta de fe o sus malos impulsos a cambio de recuperar la salud. Decayó de esta forma el quehacer médico y la medicina se transformó en una pseudociencia (Ibid).

Fue hasta el Renacimiento (1500-1700 d.JC) cuando se renovó el interés en las causas y remedios naturales de las enfermedades. Muchos grandes pensadores replantearon las cuestiones científicas acerca del hombre y su ambiente.

El filósofo Rene Descartes tuvo una influencia significativa sobre la antigua cuestión de la interrelación mente-cuerpo.

Renunció a toda concepción anterior y replanteó el problema. La famosa frase de Descartes "Pienso, luego existo", dio base para su explicación lógica acerca de la existencia del espíritu, estableciéndose de esta manera el dualismo cartesiano, el cual sostiene que la mente es una entidad separada y distinta del cuerpo (Davidson, 1985).

Durante el Renacimiento y los siglos siguientes, el renovado interés por la matemática, la química y la física produjo una ampliación del conocimiento objetivo, y se aplicó nueva información de estos ámbitos a la medicina en los campos de la bioquímica y la bacteriología. Morgani (1682-1771) al estudiar el tejido revelado en la autopsia, mostró que un órgano trastornado podía producir la enfermedad y la muerte. Correlacionó los síntomas de la enfermedad con las alteraciones de los órganos y probó así que un desequilibrio de los fluidos corporales no podía ser la única causa de la enfermedad (Ibid).

Se multiplicaron los conocimientos relativos al soma, mientras que la psique fue desterrada del estudio científico. Gradualmente el sector de la psique que se denominaba "mente" llegó a ser estudiada únicamente por los filósofos, el alma por los teólogos, el cuerpo por los médicos y las emociones fueron ignoradas por todos. De hecho, la influencia psíquica sobre el soma fue rechazada como no científica; en consecuencia, eventualmente fue común tratar la enfermedad más que al paciente.

En el siglo XIX, el cisma mente-cuerpo llegó a su punto máximo. durante la época en que se desarrolló la fascinación por

los grandes descubrimientos fisicoquímicos y bacteriológicos: la época de la anatomía patológica y de la microbiología.

El soma final pasó a ser la célula; la célula sana se concibió como la fuente de la salud corporal, y la enferma, la fuente de la enfermedad. Rudolf Virchow (1821-1902), el patólogo alemán puso en evidencia, mediante trabajos de laboratorio, que la enfermedad tenía su origen en los trastornos de la célula. En primer término, mostró que en las células individuales tenía lugar un cambio en sentido patológico; a continuación se desarrollaba un cambio en la estructura de la célula; por último, podía apreciarse un trastorno fisiológico en las células componentes del tejido del órgano (Ibid).

Bajo este marco de la medicina somática no se formularon generalizaciones adecuadas que incluyeran las observaciones sobre la relación entre psique y soma, presentadas por investigadores virtualmente ignorados como Heinroth, Jacobi y Beaumont (Freedman, 1989).

No obstante el curso que delineaba la medicina, Mesmer demostró que podía modificarse la expresión de los síntomas físicos a través de lo que ahora llamamos "hipnosis". Su trabajo fue ampliamente criticado por la comunidad científica médica.

La hipnosis ganó aceptación en las últimas décadas del siglo XIX, cuando Charcot y Bernheim demostraron clínicamente que ciertas experiencias psicológicas podían perturbar el funcionamiento de diferentes sistemas del organismo y que

sólo la "influencia personal" del médico podía restablecerlo. Las investigaciones de Charcot sobre la histeria (1855), influyeron directamente en Sigmund Freud, quien reunificó la psique y el soma. Freud demostró la importancia de las emociones en la producción de los trastornos somáticos y psicóticos. Sus formulaciones psicoanalíticas iniciales detallaron el papel del determinismo psíquico en las reacciones somáticas de conversión. Su contribución holista iba más allá de la reintroducción de las interrelaciones psicósomáticas, ocupándose también de la relación médico-paciente. Freud desplazó estas relaciones del campo de la religión y la fe para analizarlas en función de unos mecanismos intelectualmente comprensibles. Recogiendo ideas abandonadas de la época clásica, Freud volvió a dignificar el estudio de las emociones y señaló sus relaciones con el soma, abriendo un nuevo campo en el estudio del ser humano.

1.2 TEORIAS PSICODINAMICAS DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Entre las aproximaciones que sin duda han realizado una notable contribución al estudio de los trastornos psicósomáticos, se destaca el psicoanálisis, al cual hay que reconocerle el mérito histórico de haber fundado una medicina psicósomática que trató de buscar en el síntoma psicósomático un sentido que fuera más allá de la pura exteriorización orgánica y que permitiera la

exteriorización del lenguaje corporal.

Freud se dedicó sólo rara vez de manera directa a los problemas de la enfermedad psicosomática. Y sin embargo, tuvo siempre plena conciencia de la presencia de componentes psíquicos en numerosas perturbaciones orgánicas, afirmando con mucha claridad que "...los fenómenos mentales y los fisiológicos ejercen la más potente influencia recíproca..." (Vidal, 1986), y retomó en muchas ocasiones el problema de lo que definió como "el salto misterioso desde la mente al cuerpo" (Ibid).

El primer interés de Freud por la génesis psíquica de los síntomas psicosomáticos aparece en sus trabajos sobre la histeria. Freud consideró los síntomas orgánicos de la histeria como el resultado de un proceso específico de represión al que llamó "conversión", introduciendo este concepto por primera vez en un escrito de 1894.

Freud dice:

"En los pacientes por mí analizados había existido salud psíquica hasta que se había presentado a su Yo una experiencia, una representación incompatible, es decir, un efecto tan penoso que el sujeto había decidido olvidarlo... En la histeria, la representación incompatible se hace inofensiva debido a que su 'suma de excitación es transformada en algo somático', proceso para el cual propongo el término de conversión" (Onnis, 1990).

Este salto de lo mental a la inervación somática, que tiene el efecto de volver inocuas las representaciones

incompatibles, aparecía como un caso especial de represión neurótica.

Para Freud la afectación somática se presentaba en la histeria de conversión, la cual tiene siempre una causa y significado psíquico primario; es decir, representa la expresión simbólica substitutiva de un conflicto inconsciente. Afecta a los órganos inervados sólo por el sistema neuromuscular voluntario o el sensoriomotor.

Este concepto de conversión fue recogido, sobre todo por algunos autores que intentaron extenderlo también a aquellos procesos somáticos a los cuales Freud consideraba inicialmente que no se les podía atribuir ningún significado particular desde el punto de vista del análisis psíquico.

George Groddeck en 1910, fue el primero en proponer una generalización del concepto de conversión histérica. Groddeck desarrolló una concepción que eliminaba toda diferenciación entre los eventos somáticos y psíquicos, según la cual el origen de los síntomas orgánicos debería ser entendido de manera análoga al trabajo onírico y a la formación del síntoma neurótico (Mancilla, 1980). Factores orgánicos como la fiebre y la hemorragia eran interpretados por Groddeck como síntomas de conversión, que representaban la expresión de fantasías inconscientes (Kaplan, 1984).

También Félix Deutsch retomó el concepto freudiano de

conversión pero trató de precisar su proceso a través de un principio formativo al que designó simbolización (Onnis, 1990).

De acuerdo con la idea de Freud, de que el sentido de realidad se deriva de la proyección de sensaciones del cuerpo sobre los objetos externos, Deutsch consideró que este fenómeno se producía en una fase temprana de la infancia, en la cual los objetos son vividos como partes separadas o perdidas del propio cuerpo; por lo que a través de un proceso de introyección o de simbolización se trata de reunificarlas en aquellas áreas somáticas que habían tenido un vínculo primario con el objeto (Ibid).

Deutsch amade que, cuando se da el caso de que se revive el conflicto ligado a la pérdida o la agresividad con respecto al objeto, cuando no haya disponible ningún objeto sustitutivo y no funcionen suficientemente los habituales mecanismos de represión, se verifica un proceso de conversión somática (Ibid).

Para Deutsch los trastornos del desarrollo temprano tales como: el trauma del nacimiento, la lactancia y la infancia son condicionantes de la enfermedad psicósomática (Kaplan, 1984). Otro importante autor que desarrolló un modelo teórico enfocado a identificar la especificidad en la etiología de los trastornos psicósomáticos fue Franz Alexander. Este autor introdujo la denominación neurosis vegetativa para distinguir la enfermedad psicósomática de los síntomas de conversión (Onnis, 1990).

De acuerdo con Alexander, las neurosis del sistema neurovegetativo serían los concomitantes fisiológicos de ciertas reacciones emocionales ante estímulos o tensiones específicas, y no tendría el valor de los síntomas de conversión, es decir, la resolución de los conflictos (Kaplan, 1984).

Junto con sus colaboradores del Instituto Psicoanalítico de Chicago propuso una hipótesis sobre la existencia de "un conflicto psicodinámico específico" para cada una de las siete enfermedades psicosomáticas que estudió: asma, úlcera péptica, colitis, artritis reumatoide, hipertensión arterial, tirotóxico-sis y neurodermatitis (Martin, 1975).

Los trastornos psicosomáticos serían el resultado de inervaciones erróneas ligadas al sistema neurovegetativo, el cual prepararía fisiológicamente al organismo para la lucha o la fuga en situaciones conflictivas difíciles, y almacenaría reservas durante el reposo (Haynal, 1984).

Para Alexander, existían a "grosso modo" dos tipos de manifestaciones de las enfermedades psicosomáticas: una es la expresión de tendencias hostiles agresivas (lucha-fuga) bloqueadas, es decir, que no se traducen en el comportamiento manifiesto; mientras que la otra es la expresión de tendencias a la dependencia y a la búsqueda de apoyos inhibidas (Ibid).

Según Alexander, si las dos tendencias de base, lucha-

retirada son bloqueadas, las respuestas del sistema nervioso simpático, pueden permanecer alerta para una eventual agresión o fuga, o bien las respuestas del sistema nervioso parasimpático pueden permanecer alerta para una mayor actividad vegetativa. Este prolongado estado de alerta y función puede producir trastornos fisiológicos y una probable patología de los órganos viscerales (Kaplan, 1984) .

Bajo esta misma línea de pensamiento, se desarrollaron diversas hipótesis por investigadores que tenían la esperanza de que la relación entre personalidad y enfermedad fuera tan específica que se pudieran definir tipos de personalidad según fuera su propensión a desarrollar una u otra enfermedad particular.

El principal defensor de esta concepción fue Flanders Dunbar, quien recopiló una impresionante cantidad de datos clínicos, intentando correlacionar los tipos de enfermedad de órganos específicos con perfiles particulares de personalidad (Cameron, 1988). Dunbar consideraba que las enfermedades psicosomáticas eran el resultado de una sobreactividad del sistema neurovegetativo y del sistema endócrino, en su intento por inhibir la descarga de la tensión psicológica.

Una de las labores realizadas por Dunbar consistió en la sistematización del estudio de los trastornos psicosomáticos, con lo cual se identificó a la medicina psicosomática como una rama distinta de la medicina. (Martin, 1978)

Otros psicoanalistas, por su parte, continuaron con el desarrollo de diversas hipótesis que permitieran identificar otros factores específicos de los trastornos psicósomáticos.

Grace y Graham en 1952, modificaron la hipótesis del conflicto específico de Alexander centrando su interés en las actitudes específicas del individuo cuando se enfrenta a situaciones conflictivas difíciles, y observaron que ante eventos de fuerte tensión se iniciaba una gran actividad fisiológica en determinados sistemas del organismo (Mancilla, 1980).

Las respuestas viscerales se interpretarían como reacciones defensivas desencadenadas por el organismo como medida de precaución, cuando las reacciones fisiológicas no son descargadas adecuadamente, darán como resultado las enfermedades psicósomáticas (Ibid).

Margolin (1953) concebía a los trastornos psicósomáticos como una forma de regresión a la reactividad visceral correspondiente a las primeras etapas de la infancia, siendo la enfermedad psicósomática una consecuencia de la insistencia de emplear estrategias de enfrentamiento que son fisiológicamente inmaduras en la edad adulta (Ibid).

Según Schur, bajo el efecto de fuertes tensiones y de la reactividad del conflicto inconsciente, los individuos (psicósomáticos), retrocedían en su forma de pensamiento de los procesos

secundarios a los primarios (simbolismo regresivo - pensamiento regresivo), mientras que paralelamente, aparecían la resomatización de sus respuestas (Haynal, 1984).

Otros estudios, como los reportados por la escuela de P. Marty, parten de la observación de los enfermos psicósomáticos al ser entrevistados, durante lo cual, estos pacientes muestran un pensamiento de tipo operatorio, dominado por contenidos concretos "razonables", y caracterizados por una pobre calidad de las fantasías en ocasiones inexistentes (Ibid).

En opinión de M'Uzan, David y Fain, representantes de esta escuela, los pacientes psicósomáticos son sujetos separados de su inconsciente e hiperadaptados a su entorno. Por ello, la regresión en este tipo de enfermos, es una regresión del Yo a un nivel defensivo primitivo, con fuertes tendencias autoagresivas que estos autores relacionan con el instinto de muerte (Ibid).

En su concepto, los trastornos psicósomáticos serían el producto de una detención en la evolución del pensamiento normal, más que el resultado de una inhibición neurótica.

Hasta este punto hemos considerado a algunos de los autores, entre los más destacados, que a partir de las teorías de Freud han tratado de interpretar los "significados" del síntoma psicósomático.

1.3 ESTUDIOS EXPERIMENTALES DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

En forma paralela al desarrollo de las teorías de Freud y de las hipótesis propuestas en relación a la psicogénesis de los transtornos psicósomáticos por los psicoanalistas de la época freudiana, otro grupo de destacados investigadores centraron su interés en los efectos perjudiciales que producían las emociones persistentes sobre el funcionamiento de los sistemas orgánicos.

Los trabajos de Pavlov sobre el reflejo condicionado, mostraron la relación que existe entre las respuestas viscerales con las señales que llegan a la corteza cerebral. Los principios derivados de estos hallazgos son la base de la teoría córtico visceral, la cual atribuye una importancia crítica a la regulación neurológica sobre la fisiología visceral y los transtornos de los diferentes sistemas (Haynal, 1984).

El crecimiento y desarrollo de esta medicina "córticovisceral" como se le llama, y la aceptación del principio psicósomático por la medicina soviética se debe, en gran parte, al influjo de los principios pavlovianos sobre la medicina en general y sobre la psiquiatría en particular. Este enfoque más fisiológico de la psiquiatría y psicología rusas ha servido para evitar el dualismo que se advierte en algunas teorías psicósomáticas occidentales.

Una de las primeras contribuciones dentro del área de la investigación fisiológica fue la realizada por Walter B. Cannon

(1920), cuya obra clásica estaba dedicada al alivio de las alteraciones en el funcionamiento de los sistemas orgánicos asociados con las emociones.

Aunque su interés principal estaba en los mecanismos fisiológicos de las emociones desde el punto de vista de su "utilidad" para el organismo, Cannon también extendió sus observaciones a lo que él llamó "transtorno emocional de las funciones corporales".

En su monografía "Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage" dedicó todo un capítulo a este tema, el cual introdujo con las siguientes palabras:

"Existen muchos sistemas en el cuerpo, cuyos servicios al organismo, debido al mal uso que se hace de ellos o al infortunio, se pueden alterar hasta el grado que en realidad resulten nocivos. De esta manera se establecen círculos viciosos causativos que pueden conducir a la muerte... El desarrollo de funciones patológicas en un sistema es bastante compatible con sus funciones normales... El problema que se presenta es el de procurar saber en qué condiciones o circunstancias sobreviene la transformación. Y por consiguiente, al examinar los cambios corporales que caracterizan a las emociones intensas, solemos admitir también que dichos cambios se pueden hacer tan persistentes que se convierten en una verdadera amenaza en lugar de un beneficio, y este contraste nos suele estimular también para procurar comprender a fondo como esta amenaza suele

aparecer" (Eysenk, 1983).

A partir de las investigaciones de Cannon, la medicina psicosomática logró ser uno de los fundamentos y modelos neurofisiológicos básicos. A través de la descripción de la compleja interacción entre las glándulas endócrinas y el sistema neuro vegetativo descubierta por Cannon, se demostró que la "tensión" emocional podía ser conducida a cualquier parte del cuerpo a través de las vías nerviosas correspondientes. El sostenía que situaciones generadoras de miedo, ira o enojo podían provocar cambios corporales importantes.

Cannon empleó el término homeostasis para referirse al mantenimiento del equilibrio dinámico del medio interno, lo que explicaría por los mecanismos de retroalimentación el proceso que permitiría mantener las constantes fisiológicas dentro de los rangos mínimos de variación frente a las influencias del medio ambiente (Chayo, 1987).

Los trabajos de Pavlov y Cannon constituyeron las primeras aproximaciones al estudio de los fenómenos psicofisiológicos y fueron la base sobre la cual se apoyaron posteriormente muchos investigadores.

Otro investigador sobresaliente que realizó valiosas aportaciones fue Hans Seyle.

Seyle procuró determinar el orden temporal de los sucesos

que ocurren durante la respuesta del cuerpo al estrés. Concibió a la reacción del estrés como esencialmente una respuesta normal de adaptación a una amenaza, la cual puede, no obstante, revestir características patológicas si el estrés es extraordinariamente intenso o prolongado. Su teoría de adaptación se concentra especialmente en el efecto del estrés en cuanto opera a través del eje córtico-pituitario-adrenal.

La esencia de la teoría es que se concibe la respuesta al estrés como una reacción trifásica, conocida como el "síndrome de adaptación", el cual según Seyle, sigue un curso predecible que implica cambios en el equilibrio de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH), segregada por la pituitaria anterior, y de los corticoides, hormonas de la corteza adrenal, ambas hormonas son segregadas como una respuesta estereotipada a una gran variedad de tensesores, tales como trauma, infecciones, estímulos nerviosos, etc. La respuesta normalmente es biológicamente útil porque ayuda al cuerpo a sobrevivir a las emergencias, por ejemplo, suprimiendo reacciones inflamatorias excesivas. Sin embargo, la estimulación continua de este mecanismo de adaptación puede conducir a su aniquilamiento, a una menor resistencia a la infección, o a cambios patológicos como alteraciones en el tamaño y constitución de la corteza adrenal. Los desórdenes a los que estos cambios dan origen constituyen, en opinión de Seyle, las enfermedades de adaptación (Eysenck, 1983).

Seyle reconoce tres etapas por las que el síndrome de adaptación suele proceder.

La primera es la reacción de "alarma" que se caracteriza por la secreción del ACTH, y por una mayor actividad de la corteza adrenal, Durante la segunda etapa, la de "resistencia", esta respuesta de adaptación alcanza un nivel óptimo. Finalmente, si persiste el estrés o si se hace extraordinariamente agudo, sobreviene una etapa de "agotamiento" en la que sobreviene una insuficiencia adrenal y el cuerpo pierde su capacidad normal de adaptación (Ibid).

Seyle describe el Síndrome General de Adaptación" (SGA) y el Síndrome Local de adaptación (SLA). Dice que los dos pasan por las mismas tres fases, distinguiéndose solamente en el grado en que se localiza la reacción. Así el SLA se refiere a la respuesta de una parte del organismo al estrés específicamente aplicado. Por su parte, el SGA no se restringe a una parte del cuerpo, sino que es sistemático, produciendo lesiones no sólo periféricamente sino también en el Sistema Nervioso Central. Por consiguiente, el SGA es más complejo y tiene una mayor trascendencia que el SLA como modelo para explicar la enfermedad psicósomática humana (Ibid).

No obstante la aportación que ha hecho Seyle sobre los mecanismos básicos del desorden psicósomático , la investigación a la que han conducido sus aportaciones teóricas es demasiado

vaga, por lo que ha dado base a numerosas especulaciones sobre la enfermedad psicosomática humana; en tanto, otras investigaciones con animales han adoptado un enfoque más empírico. Este segundo grupo de investigadores ha aplicado dos estrategias principales de investigación para producir enfermedad en los animales.

Una de ellas ha sido mediante una intervención directa en el cerebro, generalmente por estimulación o por lesión quirúrgica. La otra, mediante un estrés conductualmente inducido, de uno u otro tipo (SLA o SGA). En ambos casos la atención se ha enfocado a la patogenia de una enfermedad gastrointestinal.

El uso de la técnica de intervención de cerebro para producir en los animales anormalidades gastrointestinales tienen su origen en las primeras observaciones clínicas de que los pacientes operados de tumores cerebrales, desarrollaban después hemorragia mucosa o úlcera péptica (Cushing, 1932, citado por Eysenck, 1983).

En uno de los estudios experimentales, Watts y Fulton en 1935, compararon en monos los efectos de lesiones hechas en el hipotálamo con lesiones realizadas en algún otro lugar del tallo cerebral. Demostraron que las lesiones en el hipotálamo causaban, con mayor frecuencia que las otras lesiones, hemorragia mucosa y perforación gástricas, lo mismo que irregularidades cardíacas. Sin embargo, no lograron producir úlceras pépticas

crónicas en los animales. En otros dos estudios, Hoff y Sheehan, en ese mismo año, demostraron efectos similares en monos, y Keller (1936) en perros.

Este grupo de estudios junto con otros realizados en 1952, por French y sus colaboradores, que tenían por objeto sólo una clase de enfermedad, la del aparato digestivo, tienen implicaciones más amplias para la etiología de otros desórdenes psicofisiológicos. Esto permite establecer el control crucial del sistema nervioso autónomo y la existencia de vías nerviosas para la mediación de varias enfermedades, por ejemplo: hipertensión arterial, trastornos cardiacos y asma (Grossman, 1967, citado por Eysenck, 1983).

Como una alternativa a la intervención directa en el cerebro, el modo más común de provocar una enfermedad en los animales ha sido mediante alguna forma de tensión o estrés inducido conductualmente.

Históricamente, este tipo de investigación ha estado íntimamente vinculado con los estudios de neurociencia experimental en los animales. Sin embargo, los estudios que se suelen citar con mayor frecuencia son los de Brady y sus colaboradores (1958), estos famosos estudios son los llamados experimentos de "monos ejecutivos".

A monos acoplados por pares se les administraba choques eléctricos regulares que un miembro del par, el animal "ejecuti-

vo", podía evitar tanto para sí como para su compañero con sólo presionar una palanca. Se encontró que el estar varias semanas bajo este programa aumentaba la incidencia de úlcera en los animales ejecutivos, pero no en los que recibían pasivamente el choque. Sin embargo, el que se desarrollaran las úlceras dependía críticamente de la tasa de razón que se estableciera entre descanso y actuación de presionar la palanca. No aparecía ninguna úlcera cuando se implantaba lo que parecería ser programas muy angustiosos de 18 horas de actuación seguidas de 6 horas de descanso, o de 30 minutos de actuación y de 30 minutos de descanso. La razón óptima de un programa de evitación era la actuación superficialmente menos intensa de 6 horas, seguidas de 6 horas de descanso (Valdés, 1983).

Como una posible explicación de este descubrimiento, Brady sugirió que la ulcerogénesis dependía del hecho de que se imponga o no un estrés emocional a un ritmo biológico natural del organismo. Brady considera que una característica importante del estrés que se usó en sus experimentos era la coincidencia entre activar y desactivar el sistema nervioso y un ciclo natural de secreción gástrica. De manera independiente a esta explicación, el hecho de que la secreción de ácido aumente entre, y no durante, las sesiones de actuación indica que el carácter sostenido de la excitación inducida es crítica para la producción de úlceras (Eysenck, 1983).

Con anterioridad las investigaciones realizadas por Mahl en 1949 habian demostrado que una ansiedad aguda originaba una disminucion en la produccion del acido clorhidrico, en tanto que una exposicion constante a situaciones de ansiedad se correlacionaba con una elevacion de este mismo acido gastrico. Como esta acidez es precursora de la ulcera peptica, llego a la conclusion de que la ansiedad cronica de cualquier fuente era la variable asociada a los eventos implicados en la etiologia de los trastornos psicomaticos como un factor determinante, tanto en humanos como en animales (Kaplan, 1984).

Esta es la misma conclusion a la que llego Corson en 1976, cuya propia investigacion ha incluido otro factor importante: la inevitabilidad del estres; Corson opina que tal vez sea la exposicion cronica a estmulos angustiosos inevitables, lo que mas conduce a la patologia somatica (Eysenck, 1983).

Otras investigaciones utilizando los principios del condicionamiento clasico han intentado explorar el papel del S.N.C. en la integracion de la actividad de los organos internos.

Bykov y sus colegas emprendieron el examen de la gama de respuestas interoceptivas que se pudieran condicionar por los metodos ordinarios desarrollados por Pavlov. Una serie de experimentos realizados por el, demostró el condicionamiento

de la diuresis regulada hormonalmente de la secreción biliar y pancreática entre varias otras funciones endócrinas y fisiológicas (Haynal, 1984).

Los resultados anteriores sirvieron de base para un segundo grupo de experimentos destinados a demostrar la influencia de los estímulos interoceptivos recibidos por el sistema nervioso central sobre la conducta, o como lo explica Bykov:

"Como la corteza cerebral puede controlar, por medio de las conexiones temporales, la conducta del organismo dentro de su ambiente, y al mismo tiempo, debido exactamente a los mismos mecanismos y en conformidad con la reacción que se desarrolla hacia afuera, cambiar la actividad y estado de las vísceras, es natural esperar el fenómeno inverso, es decir, que los cambios en la actividad y estado de las vísceras produzcan mediante la corteza cerebral, cambios en la conducta del organismo con respecto a su ambiente" (cit. por Eysenck, 1983).

Metodológicamente, el someter a prueba esta posibilidad implicaba invertir el procedimiento ordinario de condicionamiento y combinar un estímulo indiferente (condicional) aplicado a un interoceptor con un estímulo exteroceptivo incondicionado.

Una investigación extensa subsiguiente completó este descubrimiento y demostró que los reflejos defensivos y alimentarios se podían condicionar a varios tipos de estimulación

interoceptiva, bajo los mismos principios de diferenciación, extinción, irradiación, etc., a los que están sujetos otros reflejos.

En investigaciones posteriores, para examinar más de cerca los mecanismos del cerebro que estaban de por medio, el fisiólogo húngaro G. Adám y sus colegas en 1967, extendieron sus procedimientos experimentales hasta incluir la estimulación intracerebral y técnicas de ablación. De esta manera, se ha demostrado en estudios con perros que la desincronización del EEG, producida por la estimulación directa de la formación reticular, puede ser condicionada a estímulos intestinales (Valdés, 1983).

Los estudios que acabamos de mencionar ilustran como la interocepción puede influir en la actividad nerviosas superior, por lo que para la medicina córtico-visceral, la especificidad del sintoma o de la enfermedad (transtornos psicofisiológicos), está determinada por la naturaleza de los reflejos condicionados que se establecen y por la capacidad de la corteza para mantener bajo control un correcto funcionamiento general. Cuando la corteza cerebral fracasa en su papel integrador, perturba la fisiología visceral y devuelve a la corteza aferencias anómalas que colaboran a su progresivo deterioro. Este círculo vicioso se inicia con la disfunción y culmina con la lesión (Ibid).

El estudio de los mecanismos básicos del desorden psicoso-

mático está instimamente vinculado con los diversos modos de respuesta de los individuos ante el estrés, desarrollando una enfermedad y no otra. No obstante, este nuevo grupo de investigaciones tiende a centrar su interés por dimensiones más limitadas de la personalidad.

En uno de los estudios más sistemáticos que examinaron extroversión-neuroticismo en relación con una amplia gama de enfermedades físicas, Sainsbury en 1960 administró el inventario de personalidad Maudsley a pacientes externos de un Hospital General. A los pacientes se les dividió en cuatro grupos: psicósomáticos, posiblemente psicósomáticos, controles y neuróticos. Sainsbury encontró que tanto el grupo de los psicósomáticos, como el de los posiblemente psicósomáticos tenían puntuaciones de neuroticismo más elevadas de lo normal; encontró también que los psicósomáticos, pero no los posiblemente psicósomáticos, eran posiblemente más introvertidos que los normales. Este autor llegó a la conclusión de que existían ciertos datos con los que se podía distinguir dos tipos de reacción psicósomática: los asociados con personalidades distímicas y los asociados con personalidades histéricas (Eysenck, 1983).

Los descubrimientos de Sainsbury de que en general los pacientes psicósomáticos tienen niveles de neuroticismo más elevado que el promedio los confirmaron Barendregt en 1961, y Bendin en 1963, los cuales usaron una versión hebrea de la escala

de Herón (Ibid).

Resultados similares fueron reportados por Mancilla en 1980 al comparar pacientes con trastornos gástricos psicossomáticos y de origen orgánico. Encontró que los pacientes psicossomáticos mostraban rasgos psiconeuróticos significativos de acuerdo con los puntajes del MMPI (Mancilla, 1980).

Otros estudios al comparar grupos de pacientes psicossomáticos con grupos no psicossomáticos han permitido identificar rasgos neuróticos en pacientes que padecen colitis ulcerosa e irritabilidad intestinal (Arapakis, 1986).

Almy reportó resultados similares al estudiar pacientes psicossomáticos con irritabilidad intestinal en los que prevalecieron síntomas psicológicos y rasgos neuróticos (Almy et al, 1987).

A la comprensión obtenida hasta entonces sobre los factores que intervienen en la etiología de los trastornos psicossomáticos es indispensable agregar la influencia que ejerce el ambiente social, para obtener una visión integral (bio-psico-social) de este fenómeno.

René Spitz dio mucha importancia a la relación madre-hijo en el desarrollo de la personalidad del niño y, en particular, en la génesis de las enfermedades psicossomáticas de la infancia. Para

Spitz, las perturbaciones de la personalidad de la madre pueden reflejarse negativamente en el hijo, ejerciendo sobre él una influencia psicológica nociva que se encuentra en la base de los síntomas del niño (Onnis, 1990).

G. Ammon, formula además el concepto de "madre psicopatológica" para definir el perfil de una figura materna que, a causa de sus propios conflictos no resueltos, y por un problema de identidad propio, obstaculiza el desarrollo de su hijo. Este autor afirma que las manifestaciones psicopatológicas deben ser consideradas como el resultado de una perturbación del proceso interpersonal madre-niño en el desarrollo psíquico y somático (Ibid).

Así, el énfasis se pone sobre las características de la personalidad de las madres descritas como sobreprotectoras, dominantes, ambivalentes e inconscientemente hostiles, y son todas estas actitudes maternas las responsables de la aparición de las perturbaciones en el desarrollo del niño, hasta de los síntomas psicopatológicos que presente.

A finales de la década de los años 50's, se fue abriendo el camino a la convicción de que no sólo la madre sino la familia entera es responsable, en gran medida, de la salud emotiva del niño. Así, toda una serie de investigaciones y de estudios se orienta hacia la exploración de las dinámicas intrafamiliares y de las influencias que éstas pueden ejercer, actuando como estresantes emocionales sobre la aparición de perturbaciones

psicosomáticas o de su persistencia en el niño (Joya, 1991).

Hasta este punto nos hemos ocupado del desarrollo que ha tenido el estudio de los trastornos psicofisiológicos, desde las concepciones más primitivas, examinando las distintas perspectivas científicas, desde el psicoanálisis, las aproximaciones psicodinámicas, los estudios experimentales psicofisiológicos y las primeras aproximaciones a los estudios que trascienden el plano individual al de las influencias del contexto social, bajo desarrollo del concepto de "sistema familiar" que describiremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO DOS

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Hasta mediados de siglo, la forma en que la Ciencia organizaba los fenómenos para su estudio se desprendía de un principio de causalidad lineal. Esto significaba considerar que un evento (A) determina un evento siguiente (B), y éste a su vez afecta a un tercero (C).

Los modelos causa-efecto, aplicados al campo de la Psicología, exigían la exploración de eventos pasados a fin de entender un fenómeno presente. Se consideraba que el entendimiento del pasado era un requisito indispensable para la modificación de una situación actual. El Psicoanálisis es un ejemplo de esta clase de modelos.

Sin embargo, a partir de la Segunda Guerra Mundial surgió una nueva epistemología, de la que se derivaba un modo diferente de estudiar los fenómenos naturales y los sociales. Esta nueva concepción conlleva la idea de una causalidad circular, donde los eventos se influyen recíprocamente.

Como lo afirma Casilda Penalver en su obra *Pedagogía Sistémica* (1979):

"Las posiciones sistémicas provocan el paso de un tipo de explicación causal, donde un fenómeno A anterior, es la causa de un fenómeno (B \leftarrow A); a una causalidad finalista, donde un fenómeno A es relacionado, de alguna manera a un fenómeno futuro (A \rightarrow B); y de ese tipo de explicación, todavía insuficiente, a

una explicación de la causalidad tiene ya un carácter intencional o teleológico (A \Leftrightarrow B). Este último tipo de causalidad se conoce con el nombre de causalidad circular o compleja" (pág. 57).

A pesar de que los pioneros en terapia familiar tuvieron una formación psicoanalítica, encontraron en los nuevos modelos nociones muy útiles para ser aplicadas al campo de la familia.

Dos de estos modelos tuvieron una influencia singular para el desarrollo de la terapia familiar: la Cibernética y la Teoría General de Sistemas. Ambos están estrechamente relacionados. A continuación se describen las características más sobresalientes de estos modelos y su empleo en la comprensión de los fenómenos familiares.

(A) Cibernética

La cibernética fue un término introducido por **Weiner** en 1948 para describir los sistemas regulatorios que operan por medio de circuitos de retroalimentación. Este proceso requiere de un receptor de alguna clase, un mecanismo central y un efector. Estos elementos están conectados para formar un circuito de retroalimentación.

La cibernética se basa en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio y procesamiento de la información siguen los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales.

Un buen ejemplo es un sistema central de calefacción controlado termostáticamente. El termostato es el receptor; constantemente mide la temperatura en el lugar que tiene que ser

calentado. Está conectado a un mecanismo central, el calentador. El sistema se enciende cuando la temperatura baja a un cierto nivel, se prende el calentador y el calor se distribuye, a través de los canales del efector, al área que va a ser calentada. Cuando la temperatura alcanza otro nivel predeterminado, ocurre el proceso inverso y el calentador se apaga (Toates, 1982).

Este proceso da una ilustración de "homeostasis" -la tendencia de los sistemas, al menos algunos de ellos, a mantenerse a sí mismos en un estado fijo, estable.

El concepto de homeostasis fue desarrollado por **Walter B. Cannon** en su obra "La sabiduría del organismo", publicado originalmente en 1932, en la que principalmente se refiere a los mecanismos corporales que mantienen en equilibrio al medio interno. Cannon también extrapola estos principios biológicos al campo social (Lilienfeld, 1991).

Muy pronto en el desarrollo de la terapia familiar algunas de las ideas de la cibernética fueron adoptadas por los terapeutas tratando de entender los procesos fijos, pero disfuncionales, que ocurrían en las familias que veían. Las dificultades experimentadas por muchas familias cuando enfrentaban la necesidad de hacer cambios "eran explicadas" diciendo que los mecanismos homeostáticos en el sistema tendían a mantener el status quo, antes que permitir que ocurrieran los cambios necesarios (Barker, 1986).

La retroalimentación puede ser negativa o positiva. La negativa es la información que utiliza un sistema para disminuir

las desviaciones de salida con respecto a patrones ya establecidos (como en el ejemplo de la calefacción). Desempeña un papel muy importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad y relaciones de un sistema.

La retroalimentación positiva ocurre cuando la misma información recibida actúa como medida para aumentar la desviación de salida. Este tipo de retroalimentación conduce al cambio, es decir, a la pérdida de la estabilidad y del equilibrio.

La retroalimentación positiva probablemente sea más conocida por el término común de "círculo vicioso". Los sistemas biológicos exhiben con mucha frecuencia este tipo de proceso. Por ejemplo, si un cuerpo pierde una gran cantidad de sangre, esto disminuye el abastecimiento de sangre al corazón, lo cual lo debilita. En consecuencia el corazón bombea con menor eficiencia lo que a su vez hace disminuir aún más la cantidad de sangre que va al corazón, y así sucesivamente (Toates, 1982).

La retroalimentación positiva a menudo opera dentro de un cierto rango mientras que la retroalimentación negativa llega a operar en los límites del rango, como con una pareja en la que los miembros se ponen progresivamente más enojados con el otro hasta que se alcanza una cierta intensidad máxima, pero que se detiene antes de llegar a la violencia física o al menos antes del asesinato. En tales familias frecuentemente hay periodos de regulación por retroalimentación positiva, los cuales están limitados por la retroalimentación negativa. Un cambio en la

relación de los involucrados implica que también hay un cambio en los límites regulatorios del sistema de control. Una contribución a la cibernética es la "teoría del control" de McFarland, postulada en 1971. Esta considera no solamente mecanismos de retroalimentación, sino también de anticipación regulatoria (control "feedforward"). Este último tipo de actividad regulatoria está gobernado por factores que son independienyes de los resultados de la actividad. Los procesos feedforward el plan deliberado y consciente diseñado para alcanzar una meta futura (Barker, 1986).

Algunos autores consideran que la cibernética presenta un modelo superficialmente atractivo para el entendimiento de algunos de los fenómenos que observamos en las familias, pero que está lejos de ser una teoría adecuada para el funcionamiento familiar.

Las ideas de la cibernética y de la Teoría del Control han contribuido al desarrollo de una epistemología para el trabajo con familias.

(B) Teoría de sistemas y su aplicación a la terapia familiar

La Teoría general de sistemas fue propuesta por von Bertalanffy como una teoría de la organización de las partes dentro del todo. Von Bertalanffy (1968, pág.55) definió un sistema como "un complejo de elementos interactuantes". Hall y Fagan (1956) definieron el mismo concepto de una manera ligeramente diferente. Definieron un sistema como "un conjunto de

objetos juntos; así como las relaciones entre dichos objetos y entre sus atributos". Bertalanffy desarrolló su teoría a partir de la biología, pero sus alcances se extienden a los sistemas físicos, biológicos o sociales.

La Teoría General de Sistemas resulta de una gran utilidad científica, ya que proporciona una gran cantidad de conceptos, tales como totalidad, mecanización, centralización, etc., que se pueden aplicar a diferentes áreas del conocimiento, como lo son las Ciencias Naturales, las Matemáticas, la Psicología, y la Sociología.

A esto se refiere Von Bertalanffy cuando afirma que:

"...aparecen aspectos, correspondencias e isomorfismos generales comunes a los "sistemas". Tal es el dominio de la Teoría General de Sistemas; de hecho tales paralelismos e isomorfismos aparecen -a veces inesperadamente- en "sistemas" del todo distintos por lo demás..." (Von Bertalanffy, 1976).

Sistemas, suprasistema y subsistemas.

Un importante concepto derivado de teoría de sistemas es la relación entre sistemas, subsistemas y suprasistemas. Todos los sistemas vivientes están compuestos por subsistemas. De modo que si una familia es el sistema bajo estudio, se encontrará que consiste de varios individuos o grupos de individuos que funcionan como subsistemas; también puede haber los subsistemas de hijos y el de las hijas, o subsistemas consisitentes en los hijos mayores y en los menores. Estos subsistemas tienen también sus subsistemas. (Ejemplos de los subsistemas que existen dentro

de la familia son descritos con mayor detalle en el siguiente capítulo).

Los suprasistemas a los que las familias pueden pertenecer incluyen la familia extensa, el vecindario, la feligresía, etc. Estos a su vez son parte de suprasistemas mayores, si consideramos a las naciones, los grupos de naciones y la Tierra misma. La Tierra es, por supuesto, parte de un sistema más grande (Barker, 1986).

El sistema en el cual los terapeutas familiares usualmente se concentran es, obviamente, la familia. Los terapeutas familiares también están interesados en los subsistemas y, usualmente, en los suprasistemas de las familias que están tratando.

Puede haber problemas en un patrón de un subsistema familiar. Un patrón que está asociado frecuentemente con problemas es el involucramiento excesivo (o "amalgamamiento") de la madre y el hijo y un subinvolucramiento de los padres entre sí. En ese caso los dos subsistemas están poco delimitados.

Límites

Cada sistema tiene un límite, el cual lo demarca de su alrededor. Los sistemas vivientes tienen límites físicos fácilmente identificables, constituidos por piel, membranas mucosas, la corteza de los árboles, y demás. Los límites psicológicos y emocionales de los sistemas no son visibles de la misma manera, pero son igualmente importantes. Controlan los intercambios emocionales, la cercanía y las acciones conjuntas. El límite entre un subsistema y otro es caracterizado por el

intercambio emocional restringido, comparados con los que existen entre individuos dentro de un subsistema. Consideraciones similares se aplican a los límites entre sistemas y suprasistemas.

Algunas familias tienen límites relativamente impermeables, así que están bastante aisladas del ambiente social en el cual existen. Otras tienen límites muy permeables y pueden ser indebidamente susceptibles a eventos y cambios en su ambiente social más amplio. Los límites de todos los sistemas abiertos son, en cierto grado, semipermeables, de modo que permiten el paso de algunas cosas y no de otras. Por estos medios se mantienen la integridad de la familia y su distinción del medio circundante.

Los subsistemas, por supuesto, también tienen límites. A menudo es importante para el terapeuta familiar trabajar sobre los límites de los subsistemas como parte de la terapia, particularmente cuando se usa un enfoque estructural. Los límites son definidos principalmente por la comunicación que ocurre entre ellos, aunque mucha de la comunicación es no verbal y se refiere a aspectos emocionales más que a los cognitivos (Barker, 1986). Los límites familiares internos también son reconocibles por las diferentes reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares:

"Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistemas parentales) suelen diferir de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Los límites entre

la familia y el ambiente externo son determinados por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan hacia los otros miembros de la misma y hacia las personas que no pertenecen a la familia" (Simon et al, 1988, pág. 213).

Sistemas abiertos y sistemas cerrados

Von Bertalanffy (1968) distinguió a los sistemas abiertos de los cerrados. Los sistemas cerrados son aquellos en los cuales no hay interacción con su ambiente circundante, como en una reacción física o química en un envase cerrado. Tales sistemas obedecen a leyes diferentes de las que obedecen los sistemas abiertos.

Un concepto muy relacionado con la distinción entre los sistemas abiertos y los cerrados es el de entropía. La entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, o la falta de un modelo en la estructuración de un sistema. La entropía negativa, o negentropía, se refiere en términos generales al grado de orden u organización de un sistema... (Simon, et. al. 1988). También se define a la entropía como la tendencia a alcanzar el estado más simple y menos ordenado posible de cualquiera que haya sido la situación inicial.

Los sistemas cerrados muestran entropía. De este modo, si dos gases que no reaccionan químicamente entre sí son introducidos en un envase cerrado, el resultado será una mezcla completa y difusa de los dos. Una vez que se completa este proceso se dice que el sistema está en un estado de "equilibrio".

Los sistemas abiertos, tales como las familias, en contraste,

no muestran entropía. Son abiertos en el sentido de que intercambian material con su medio ambiente; mediante las entradas y salidas de materiales a través de los límites externos se producen cambios de componentes. Las concepciones previas sobre el estado de equilibrio que mantiene un organismo dan lugar a la idea de un estado constante. El ambiente de la mayoría de los sistemas abiertos, sin embargo, está propenso a cambiar. También puede haber alteraciones en las características de los límites. Estas propiedades de los sistemas abiertos hacen posible el cambio y la evolución.

Para comprender el concepto de sistema abierto debemos tener en cuenta la definición que hacen Hall y Fagen del medio ambiente:

"Para un sistema dado, el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema" (Hall y Fagen, 1956).

Sin embargo la distinción entre medio y sistema no siempre es fácil de realizar; en algunos casos resulta difícil determinar si un elemento pertenece al medio ambiente o al sistema que se está analizando. La distinción es, de hecho, arbitraria. No obstante, **Watzlawick** et al (1987) consideran que esta característica representa una ventaja de esta teoría:

"El carácter evasivo y flexible de este concepto de sistema-medio o sistema-subsistema explica en considerable medida la eficacia de la teoría de los sistemas generales para estudiar los sistemas vivos (orgánicos), ya sea biológicos , psicológicos o

interaccionales..." (pág. 118).

Lilienfeld (1991) afirma que la idea del sistema abierto es toda una nueva concepción científica:

"El concepto de un sistema abierto que se mantiene a sí mismo en un estado constante, representa una divergencia con los conceptos de la física clásica, que principalmente consideró sistemas cerrados. De acuerdo con la segunda ley de la termodinámica, un sistema cerrado finalmente debe lograr un estado de equilibrio con un máximo de entropía y un mínimo de energía libre. Pero bajo ciertas condiciones, un sistema abierto puede mantenerse en un estado constante" (pág. 33).

Algunas propiedades de los sistemas

Jerarquía Cualquier sistema puede ser subdividido en subsistemas, y éstos a su vez pueden ser ordenados jerárquicamente, como lo señala Von Bertalanffy: "El organismo vivo es un orden jerárquico de sistemas abiertos. Lo que se impone como estructura duradera en un determinado nivel está sustentado, de hecho, por un intercambio continuo de componentes en un nivel inmediato inferior" (Von Bertalanffy, 1976.)

Segregación progresiva: Hay sistemas en los que, a través de la interacción de sus elementos en el tiempo, decrecen y pasan de un estado de totalidad a un estado de independencia de los elementos; a este proceso se le denomina "segregación progresiva" (Falcón, A. 1981).

Mecanización: Se refiere al proceso de evolución de un sistema en el cual los elementos que lo componen van funcionando

progresivamente de una manera más diferenciada. Falcón (op. cit.) afirma: "...Ante la presencia de estas conductas autónomas, decimos que el sistema se está mecanizando".

Dichos componentes, conforme se van especializando, se hacen cada vez más irremplazables, por lo que "...la pérdida de uno de estos elementos puede llevar a la destrucción total del sistema que, en cierta forma, es la construcción de un nuevo sistema" (Ibid.)

Equifinalidad. La equifinalidad es la capacidad de los sistemas abiertos para mantener el mismo estado estable con diferentes suministros. Es decir, la organización y la estructura de un sistema son independientes de sus condiciones iniciales. Lo contrario ocurre en los sistemas cerrados, donde el resultado final es una función directa de las condiciones iniciales.

De este concepto también se deriva el corolario de que no sólo condiciones iniciales distintas pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas", lo que implica que cuando se analiza una interacción, el origen de la misma no es tan importante como su forma de organización (Watzlawick, et al, op. cit.)

Un ejemplo del concepto de equifinalidad lo es la química corporal. La concentración de la mayoría de los electrolitos y otros componentes químicos permanece dentro de límites estrechos independientemente de la ingestión de alimentos. Esto es a causa de los mecanismos regulatorios que involucran los riñones, los pulmones y otros órganos.

Similarmente, las familias tienden a tener un conjunto de métodos de funcionamiento, independientemente de lo que pase a su alrededor o de qué información o estimulación venga del exterior. A pesar de que el principio de equifinalidad parece tener relevancia para la manera en que las familias funcionen, en nuestros días en término no es muy usado en la literatura de la terapia familiar (Barker, 1984).

Centralización El estado primitivo de un sistema es aquel en el que la conducta de éste resulta de la interacción equipotencial de sus partes. Pero también se puede dar en un sistema la subordinación progresiva de una de sus partes a otras partes más dominantes. Esto ocurre cuando un elemento se transforma en la parte líder de un sistema. Se dice entonces que el sistema se encuentra centralizado alrededor de dicho elemento (falcón, op. cit.).

Totalidad y No Sumatividad Las partes de un sistema no actúan independientemente, sino como un todo: a esto se le conoce como Principio de Totalidad. Su complemento es el la noción de No Sumatividad, la que establece que un sistema no puede entenderse como la mera suma de sus partes (Waltzlawick, Beavin y Jakson, 1987).

Conceptos y autores principales en el estudio de la familia Los primeros años de la terapia familiar

La terapia familiar se desarrolló después de la Segunda Guerra Mundial. A pesar de que la importancia de las familias de pacientes psiquiátricos había sido reconocida previamente por algunos psiquiatras, su respuesta había sido frecuentemente remover a los pacientes de sus familias con el objeto de tenerlos en un espacio lejos de posibles efectos adversos del ambiente de sus familias.

Freud, cuya influencia fue considerable en los años de la preguerra, creyó que los problemas de sus pacientes neuróticos databan de interacciones enfermizas infantiles con sus padres. Los problemas que sus pacientes tenían en sus relaciones con sus padres fueron tratados en el contexto de la "relación de transferencia" - esto es, una relación que se desarrollaba entre el paciente y el terapeuta y que representaba esa relación entre paciente y uno de sus padres (Barker, 1986). Era en este contexto que los conflictos neuróticos se resolvían.

Un ejemplo de ello es el caso del "Pequeño Hans", donde se ilustra la importancia que Freud adjudicaba a la relación padre-hijo en la formación de un síntoma fóbico. Aunque la terapia se lleva a cabo a través del padre, no puede considerarse un ejemplo de terapia familiar, como lo hacen notar Verdeja y Cisneros (1991).

Fueron precisamente los terapeutas con entrenamiento psicoanalítico de los primeros en considerar la aproximación

familiar a los desórdenes psiquiátricos. Nathan Ackerman fue notable entre esos pioneros. La publicación de su libro "Psychodynamics of Family Life" (Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares", 1988), originalmente editado en 1958, marcó un punto importante en el desarrollo de la terapia familiar. Ackerman afirma en este libro que él llegó a la terapia familiar a partir del psicoanálisis. Discute los méritos de la aproximación familiar para el tratamiento de los desórdenes emocionales, pero también hace referencia al psicoanálisis y al uso de la terapia individual. Ackerman (1988) señaló que mientras que los psiquiatras "habían adquirido eficiencia en el estudio retrospectivo de la enfermedad mental, en el examen minucioso de las historias familiares... ellos no habían aún cultivado una habilidad equivalente en el estudio de los procesos familiares en el aquí y el ahora" (Ibid.) Continúa diciendo que, a través de adquirir habilidades al trabajar con grupos familiares completos, se llegaría a tener "una nueva dimensión para nuestros 'insights' dentro de la enfermedad mental como un proceso progresivo que cambia con el tiempo y con las condiciones de la adaptación del grupo".

En Ackerman también se advierte una evolución en su modo de considerar la terapia. Es evidente un considerable desarrollo para su segundo libro "Treating the Trouble Family" publicado en 1966 ("Psicoterapia de la familia neurótica", 1986). Esta es una obra sobre el tratamiento de "la familia como un organismo entero". Es un tratado que señala los asuntos principales perti-

nentes al tratamiento de las familias. También contiene ejemplos clínicos, en los cuales se describe el tratamiento de la familia con un miembro esquizofrénico. Es también en este trabajo donde desarrolla el concepto de "chivo expiatorio", es decir, el miembro de la familia que es sacrificado para expiar la culpa de los demás.

Ackerman no fue el único pionero de la terapia familiar. De acuerdo a Nichols (1984), **John Elderkin Bell** "puede haber sido el primer terapeuta familiar". Bell, sin embargo, no publicó descripciones de su trabajo sino hasta los primeros años 60's, y su libro "Family Therapy" no apareció sino hasta 1975.

Muchos otros grupos de investigadores y de terapeutas estuvieron también activos en los EEUU. en los 50's, la mayoría de ellos ocupados con la investigación y/o tratamiento de esquizofrénicos y sus familias. En 1952 **Gregory Bateson** obtuvo una concesión para estudiar la comunicación y sus diferentes niveles; a él se le unieron en 1953 **Jay Haley** y **John Weakland**, más tarde en ese mismo año, un psiquiatra, **William Fry**. En 1954 el grupo obtuvo otra concesión que los llevó a implementar el "Proyecto para el estudio de la esquizofrenia". **Don Jackson** se unió a este grupo como consultante y como supervisor de psicoterapia con esquizofrénicos. El trabajo de este grupo ha tenido una profunda influencia en el pensamiento de muchos terapeutas familiares. **Bateson** (1977) y sus colegas introdujeron el concepto de "doble-vínculo" en 1956, el cual consideraron como un importante rasgo de la comunicación que ocurre en las familias

de esquizofrénicos. El marco teórico de este grupo de investigadores lo constituyen la Teoría de la Información de Shanon y Weaver, y la Teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Russell.

Bateson y sus colegas postularon que una persona con diagnóstico de esquizofrenia tiene dificultades en tres áreas de discriminación: 1) asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que se reciben; 2) asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que se emiten verbal o no verbalmente, y 3) asignar el modo comunicacional correcto a los pensamientos, sensaciones y percepciones propios (Ibid.).

La relación entre los fenómenos de doble vínculo y la esquizofrenia fue explicada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1987) de la siguiente manera:

"Cuando el doble vínculo es de larga duración, posiblemente crónico, se convertirá en una expectativa habitual y autónoma con respecto al carácter de las relaciones humanas y al mundo en general, una expectativa que no requiere otro refuerzo (...) La conducta paradójica impuesta por el doble vínculo (...) es a su vez, de un carácter de doble vínculo, y esto termina por producir un modelo de comunicación autoperturbadora. La conducta del comunicador más abiertamente perturbado, si se examina aisladamente, satisface los criterios clínicos de esquizofrenia" (pág. 200).

Es de este modo que se genera una nueva teoría de la esquizofrenia opuesta a la concepción psiquiátrica, ya que parte

da la premisa de que la esquizofrenia es una respuesta adaptativa a un sistema de comunicación familiar (Gómez de León del Río, 1983).

El Mental Research Institute (MRI) fue fundado por Don Jackson, en Palo Alto, en 1959. Los miembros del equipo del Instituto fueron también pioneros notables en el campo de la terapia familia y el MRI continúa funcionando en la actualidad.

Theodore Lidz, empezó estudiando a las familias de pacientes esquizofrénicos en el Johns Hopkins Hospital, en Baltimore, en 1941, y más tarde publicó un examen de cincuenta familias (citado en Barker, 1986?). El notó una alta prevalencia de hogares rotos y relaciones familiares seriamente perturbadas.

Lyman Wynne, otra importante figura, empezó a estudiar las familias de esquizofrénicos poco después de que se unió al equipo del National Institute of Mental Health en 1952. En 1972 se convirtió en profesor del Departamento de Psiquiatría en la Universidad de Rochester, New York, pero continuó estudiando a las familias de esquizofrénicos hasta su reciente retiro. Introdujo los conceptos de "pseudo-mutualidad" y "pseudo-hostilidad".

La pseudo-mutualidad (Barker, 1986) surge cuando un individuo siente la necesidad de una relación con alguien -quizá a causa de un fracaso en otras relaciones o, en un niño, a causa de tempranas experiencias penosas de angustia de separación. Una persona que se involucra en una relación pseudo-mutua trata de mantener la idea o sentimiento de que él o ella satisfacen las

necesidades de la otra persona -en otras palabras que hay una relación mutua y complementaria. De este modo aquellos involucrados en una relación de pseudo-mutualidad están predominantemente preocupados por ajustarse uno al otro a expensas de sus propias identidades. La mutualidad genuina, en contraste, prospera por encima de las divergencias. Los cónyuges en la relación encuentran agrado en el crecimiento del otro. Cada uno tiene un real deseo del crecimiento del otro y del cumplimiento de deseos y expectativas. En la pseudo-mutualidad hay una dedicación solamente al sentido del cumplimiento recíproco, no a su realidad.

La pseudo-hostilidad (Ibid.), como la pseudo-mutualidad es solamente un fenómeno superficial. La relación aparentemente emocional, en este caso la hostilidad, es un sustituto para una relación verdadera e íntima, la cual está ausente.

El propio autor lo explica de esta manera:

"...(se observaron) primero estas modalidades de relacionalidad en familias con miembros esquizofrénicos, pero hay fenómenos similares de diversos grados de intensidad que están generalizados. A diferencia de las familias funcionales/sanas, aquellas familias presentan una estructura rígida de asignación de roles ... y cualquier desviación de esa estructura provoca ansiedad sobre la posibilidad de controlar la proximidad y la distancia. Como consecuencia, la espontaneidad, el entusiasmo, el humor y la originalidad dentro del contexto familiar son considerados como actitudes amenazantes. En casos extremos,

cualquier cosa que entre en conflicto con la estructura establecida de la asignación de roles de la familia debe ser excluida. Esto se traduce en una impermeabilidad característica de las fronteras familiares percibidas con respecto al medio exterior. La única información que se deja penetrar en el sistema familiar es la que confirma la estructura existente de "seudomutualidad o seudohostilidad" (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, pág. 331).

Wynne et al (1965) también introdujeron la idea del "cercos de hule". Este es el límite psicológico flexible en la familia, uno que mantiene a los miembros individuales de la familia confinados dentro de la estructura de roles de la familia, así que los niños no tienen las experiencias normales y necesarias con gente ajena al grupo familiar. En vez de eso hay un continuo esfuerzo por mantener a la familia como un sistema social autosuficiente. Los límites del sistema familiar se mueven, si es necesario, como una cerca de hule, de modo que los miembros no lo puedan abandonar psicológicamente, aun a pesar de que los sentimientos y las ideas aceptables dentro de la familia puedan transformarse constantemente.

En otras palabras:

"... los esfuerzos tendientes a mantener una frontera de conducta no pueden perdurar en los sistemas vivientes, en crecimiento, como las familias, que son subsistemas que participan del marco mayor de la sociedad. Para mantener el mito familiar de la autosuficiencia y la relacionalidad armoniosa, los

miembros de la familia interpretan y vivencian las fronteras familiares como si fueran continuas pero inestables, que se extienden para incorporar a las personas, experiencias y conductas que concuerden con ella y son complementarias, y se contraen para expulsar a las que no pueden ignorarse, parecen amenazantes o son no-complementarias. Así, algunos de los miembros de la familia biológica pueden ser excluidos psicológicamente y condenados al ostracismo, mediante el abandono, a veces, de un paciente identificado en un hospital (fuera del cerco de hule); algunas personas, que no son miembros de la familia como, por ejemplo, los terapeutas, pueden ser cooptados por el sistema familiar y sus reglas (dentro del cerco de hule). Tanto en el caso de la expulsión como en el de la incorporación, las nuevas experiencias actúan como 'perturbaciones' a las cuales la familia se adapta sin modificar su organización ..." (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, pág. 54).

Este concepto de cerco de hule es otro ejemplo de una idea que surgió a partir de la observación de familias con miembros esquizofrénicos, pero que más adelante se encontró también en otros tipos de familias.

Carl Whitaker, un psiquiatra psicoanalíticamente orientado, desarrollando su propia y muy personal aproximación a la terapia. De acuerdo a Napier (1980). **Carl Whitaker** es ubicado dentro de la "Escuela Existencialista" de terapia familiar, ya que una de sus ideas centrales es la de que el ser humano sufre emocionalmente porque su percepción del mundo está muy

restringida; su concepto teórico más importante es el de la Expansión Experiencial; en este sentido su línea es analítica y trabaja con amplias redes familiares. Minuchin (1990) afirma que "... el Dr. Whitaker incorporó en sus técnicas de tratamiento libertad para utilizar los estados emocionales e incluso los procesos irracionales del terapeuta para atacar la rigidez de las defensas de los miembros familiares" (pág. 17).

Ivan **Boszormenyi-Nagy**, otro psicoanalista que se volvió terapeuta familiar, fundó el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, en Filadelfia, en 1957. Este se convirtió en un gran centro pa: el estudio de familias. Desarrolló una aproximación a la terapia familiar que prestó particular atención a aspectos multi-generacionales de la terapia familiar. Como Whitaker, Boszormenyi-Nagy y sus colegas hicieron un uso extensivo de la co-terapia, la práctica de tener dos terapeutas en el cuarto con la familia que está siendo tratada. Boszormenyi-Nagy (1965) editó el libro "Intensive Family Therapy", que contenía una variedad de contribuciones examinando mucho de la escena de la terapia familiar contemporánea (citado en Barker, 1986). Boszormenyi-Nagy se propuso estructurar un enfoque psicodinámico de la terapia familiar tratando de aplicar la teoría psicoanalítica a los conceptos del funcionamiento familiar como sistema (Gómez de León del Río, 1983).

Otros dos importantes pioneros fueron **Murray Bowen** y el psiquiatra británico **Ronald Laing**; ambos empezaron a estudiar a las familias de esquizofrénicos a mediados de los 50's. Bowen

(1960) desarrolló el concepto de esquizofrenia como un proceso que requiere de tres generaciones para desarrollarse. Típicamente, dijo, los abuelos eran "relativamente maduros pero sus inmadureces combinadas eran adquiridas por el hijo más unido a la madre" (Bowen, 1960, pág. 354). Cuando ese hijo se casaba con un cónyuge igualmente inmaduro, se repetía el mismo proceso en la siguiente generación. El resultado era un niño muy inmaduro mientras que los otros eran mucho más maduros. Bowen creyó que ese hijo es mucho más propenso a desarrollar esquizofrenia en un intento de adaptarse a las demandas del crecimiento. A esto se le conoce como la Teoría Trigeneracional (Gómez de León del Río, 1983).

Bowen (1960) también notó una distancia emocional considerable o "divorcio emocional" entre los padres de pacientes esquizofrénicos. Notó que estos padres tenían dificultad con cuestiones de dominación y de sumisión y que frecuentemente no podían tomar decisiones. De este modo tendían a evitar la responsabilidad. Usualmente el conflicto parental se había iniciado dentro de los primeros días o semanas del matrimonio. A pesar del deseo consciente de que sus hijos crecieran y se desarrollaran normalmente, los padres eran incapaces de evitar el hacer cosas para que sus hijos se mantuvieran en esa posición desvalida; esto es, una situación de "doble-vínculo". Bowen vio las relaciones madres-hijos como cruciales. La formulación de Bowen ofrece el prospecto de ayudar a estas familias a través de la terapia familiar, la cual él considera como un procedimien-

to más efectivo y más rápido que la terapia individual -no obstante de ser difícil y largo.

Laing también estudió a las familias de esquizofrénicos, empezando en los 50's. Sus hallazgos concernientes a los primeros once pacientes y sus familias fueron reportados por Laing y Esterson en 1964 y sus ideas también fueron establecidas en un capítulo titulado "Mystification, confusion and conflict" (Laing, 1965; citado por Barker, 1986). Pone gran énfasis en el concepto de "mistificación". El término puede ser usado tanto para describir el "acto" de mistificación como el "estado" de mistificación. El estado de mistificación es aquel en el que se está confundido y obscurecido (clouded). La persona mistificada se siente enmascarada en las situaciones y las encuentra oscuras. El acto de mistificación es el realizado por otros para causar este estado en la persona. La persona puede o no estar alerta de estar confundida, e incluso puede no "sentirse" mistificada.

Laing considera que en cierto grado la mistificación ocurre en la vida cotidiana. La gente a veces niega la experiencia de otros y la reemplaza con la suya propia. Una madre puede usar un camino "directo" para decirle a su hijo que vaya a la cama diciendo, por ejemplo, que es la hora de acostarse o que es su función determinar cuando él debe irse a la cama; o bien puede usar una manera "mistificada" diciendo, por ejemplo: "estoy segura de que te sientes cansado, querido, y que deseas irte a la cama, ¿no es así?" Aquí un mandato es disfrazado como una expre-

sión de solicitud y preocupación. Esto atribuye al niño sensaciones, tales como la fatiga, la cual quizá no tenga. Laing cree que la mistificación es especialmente poderosa cuando una persona parezca tener el derecho de determinar la experiencia de otra.

La mistificación, es de este modo un medio a través del cual una persona trata de controlar a otra. La persona que está tratando de lograr control no utiliza medios directos, pero en cambio atribuye opiniones, sentimientos o valores a la otra persona. La mistificación "... dificulta al sujeto saber 'quién' es él, 'quién' es el otro y cuál es la situación 'en' la que están ambos. La persona no sabe ya 'dónde está' " (Laing, 1982).

Laing vincula su concepto de mistificación con las ideas de Wynne y de Lidz. Considera que la función de mantener los roles estereotipados a expensas de la realidad, también se encuentra en los procesos de la pseudo-mutualidad y la pseudo-hostilidad. También sirve para ajustar a una persona dentro de un molde como el que describen Lidz et al (1958). Los padres son impermeables a las necesidades emocionales de sus hijos y en vez de eso preservan su propia integración al mantener "su rígida preocupación acerca de quiénes son y quiénes deberían ser, quiénes son y quiénes deberían ser sus hijos, y la naturaleza de la situación que caracteriza su vida familiar" (pág. 351). La impermeabilidad a las necesidades de los hijos y el enmascaramiento de situaciones perturbadoras en la familia, los cuales están descritos por Lidz y sus colegas, son concomitantes comunes de la mistificación.

Laing opinaba que:

"...los conceptos de mistificación y doble vínculo se superponen pero no son sinónimos. 'La distinción esencial reside en que a la persona mistificada, a diferencia de lo que ocurre con la persona que tiene un doble vínculo, puede quedarle una manera 'correcta' de experimentar y de actuar relativamente inequívoca. Esto que puede ser correcto experimentar o un modo correcto de actuar puede implicar, desde nuestro punto de vista de investigadores y terapeutas, un engaño de las posibilidades de autorrealización de la persona, pero es posible que la persona en cuestión no lo siente así de ningún modo'" (citado por Simon, Stierlin y Wynne, 1988).

Gerald Zuk (1987) resume los elementos más sobresalientes de la terapia familiar en la década de los cincuenta:

"...(la terapia familiar) no produjo resultados convincentemente mejores en la esquizofrenia, pero parecía tener su propio mérito en otros terrenos ... Ninguno de los dos principales enfoques teóricos antagónicos, ni el psicoanalítico ni el comunicacionista, lograron una clara victoria en las varias pruebas por la supremacía ... La introducción con éxito de las drogas psicotrópicas para controlar los síntomas de la esquizofrenia redujo el interés en los enfoques psicoterapéuticos. La terapia familiar sobrevivió al creciente desinterés en la psicoterapia debido a que prometía ser un método para tratar otros desórdenes mentales o emocionales" (pág. 72).

Los sesentas

La mayoría de los investigadores mencionados anteriormente continuaron su trabajo con familias en los 60's, aunque **Bateson**, quien nunca fue un terapeuta familiar, dejó esta área para dedicarse a estudiar la comunicación entre animales. Trabajó en el Oceanographic Institute, en Hawaii, hasta su muerte en 1980. A los pioneros se unieron muchos nuevos investigadores en el campo de la terapia familiar. Primero revisaremos la continuación de la obra de los pioneros, y después consideraremos las contribuciones de algunos de los nuevos investigadores.

Jackson, en el MRI, continuó desarrollando métodos de tratar a las familias. A pesar de que tenía entrenamiento psicoanalítico, progresivamente se concentró en el estudio y tratamiento de los procesos inter-personales, más que en la psicopatología individual. Introdujo el término "redundancia conductual (o comunicacional)", para describir la forma en que los miembros de la familia, desarrollan patrones repetitivos de interacción. El describió tales conceptos como mecanismos homeostáticos -los medios por los cuales las familias mantienen una manera relativamente constante de funcionamiento-complementariedad/simetría, procesos 'quid pro quo' y, por supuesto, el doble-vínculo. También distinguió entre "normas" - reglas que no son reconocidas abiertamente, pero que pueden ser observadas cuando se estudia el funcionamiento de la familia; "valores" - reglas que son reconocidas conscientemente; y "mecanismos homeostáticos", los cuales son reglas acerca de cómo

se aplican las normas y los valores. Llamó metareglas a estas reglas acerca de las reglas. (Barker, 1986).

Jackson fue también co-autor, con **Paul Watzlawick** y **Janet Beavin**, colegas del MRI, de "Pragmatics of Human Communication" ("Teoría de la Comunicación Humana" Watzlawick et al, 1987), un importante libro que expone mucho de lo que ha sido descubierto en el MRI acerca de la comunicación humana, especialmente en familias. Jackson murió en enero de 1968, a la edad de 48 años.

Jay Haley, un miembro original del grupo de Bateson, también realizó importantes contribuciones para el crecimiento de la terapia familiar durante los 60's, como de hecho lo ha continuado haciendo desde entonces. Había sido influido por la obra de **Milton Erickson**, acerca de la cual escribió más tarde en su libro "Terapia No-convencional" (Haley, 1989), aparecido originalmente en 1973. **Haley** desarrolló un enfoque directivo a la terapia con familias, viendo muchos de los problemas familiares como causados por jerarquías confusas o disfuncionales. Como muchos terapeutas familiares, Haley nunca tuvo en alta consideración el logro de insights de sus clientes; para él, la necesidad principal es conseguir que la familia haga algo que les ayude a cambiar su habitual - aunque disfuncional- modos de interacción.

Bowen expandió el rango de su trabajo clínico, así que trató a las familias de los niños con otros problemas diferentes a la esquizofrenia. Haciendo eso descubrió que muchos de los procesos que él y otros observaron en las familias de esquizofrénicos también se encontraban en otras familias. Bowen también describió

lo que llamó "Masa indiferenciada del Ego familiar", observando que en muchas familias con problemas, los miembros están de tal manera amalgamados que no hay un reconocimiento de lo propio, como si carecieran de identidades separadas (Verdeja y Cisneros, 1991). Simon et al (1988) afirman que:

"(...) este concepto implica un tipo específico de trastorno de la individuación. Algunos de los hermanos en un sistema familiar son capaces de alcanzar una diferenciación casi completa de la familia, mientras que otros logran una diferenciación menor. El que se vuelve psicótico es un ejemplo del que alcanza un nivel de diferenciación y no es tratado por los demás como si pudiera llegar a ser autónomo..."(pág. 225).

Bowen describió el proceso de "triangulación", un concepto que ha jugado una parte importante en el pensamiento de los terapeutas familiares. La triangulación ocurre cuando un tercer miembro es atraído hacia las transacciones entre dos personas, a menudo un matrimonio. En lugar de comunicarse directamente, la pareja se comunica a través de la tercera persona "triangulada", quien puede ser un hijo. De modo que un cónyuge puede expresar sus quejas acerca del otro a un hijo, quien entonces encara el problema de cuál bando tomar, o de hecho cómo reaccionar generalmente. Esto puede tener como resultado que el hijo se vuelva indebidamente ansioso, o que actúe de una manera antisocial, o desarrollando otros problemas. Al mismo tiempo, los asuntos con los cuales se enfrentan los padres permanecen sin resolverse (Barker, 1986). Esta es la razón de que las

técnicas terapéuticas de Bowen apunten a promover la diferenciación del Self (Verdeja y Cisneros, 1991).

De acuerdo a Minuchin (1990):

"... Bowen es uno de los innovadores en el terreno de la terapia familiar. Hace más de diez años Bowen hospitalizaba ... (a) familias enteras de pacientes esquizofrénicos para estudiar a la familia como factor etiológico. Ultimamente Bowen ha incorporado en el entrenamiento a la familia de origen del estudiante a terapeuta. El requiere que sus estudiantes vuelvan a sus familias de origen, exploren el pasado familiar hasta donde haya trazas históricas, y que traten de producir cambios favorables en las relaciones de los miembros de su familia. Esta técnica se ha difundido y es utilizada en otros centros" (pág. 17).

Ackerman continuó como un líder del movimiento de terapia familiar a través de los 60's. En 1961, junto con Jackson, fundó "Family Process", el primer periódico dedicado a la terapia familiar, y que aún es pre-eminentemente en este campo. Haley fue el primer editor del periódico, posición que ocupó hasta 1969 (Braverman, 1986).

Ackerman publicó, en 1966, "Treating the Troubled Family" ("Psicoterapia de la familia neurótica, 1986), en el que define muy bien su postura respecto a cuál debe ser la función del terapeuta familiar:

"... (el terapeuta familiar) integra su conocimiento y su manejo del 'self' de una manera particular. El es un observador-

participante: se muestra activo, abierto, fluido, directo y, en ocasiones, rudo. Se sumerge directamente en el conflicto familiar para activar e influir los procesos interaccionales; se aleja para objetivar sus experiencias, para examinar y evaluar los acontecimientos significativos; luego vuelve a entrar. Sopesando y equilibrando las fuerzas emocionales sanas y enfermas, apuntala la salud y contrarresta la enfermedad al variar su función en etapas cambiantes del proceso familiar" (pág. 107).

Murió en 1971, pero es conmemorado en el nombre del Ackerman Institute de la Ciudad de Nueva York.

A lo largo de los 60's **Wynne** y **Boszormenyi-Nagy** continuaron con su trabajo en el National Institute of Mental Health (NIMH) y en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, respectivamente. **Bowen**, no obstante, dejó su posición como jefe de investigación familiar en el NIMH, tomando Wynne su puesto. Los tres continuaron su obra en líneas similares a las que habían establecido en los 50's. En el año de 1965 se publicó el libro "Intensive Family Therapy", editado por Boszormenyi-Nagy y Framo. En esta obra **Wynne** distinguió la "terapia familiar exploratoria" de la de otros tipos. En la terapia familiar exploratoria los terapeutas intentan aclarar y resolver las dificultades estructurales intrafamiliares. Wynne recomienda este tipo de terapia a aquellas familias "... en las que los linderos (límites) entre la familia nuclear, la familia amplia y la red social están delineados y organizados estrechamente. A la inversa, la terapia está contraindicada en el caso de las

familias cuyos linderos son débiles o inexistentes ..." (Zuk, 1987, pp. 50-51).

Respecto a Boszormenyi-Nagy, Minuchin (1990) dice:

"... ha desarrollado una teoría ética de la familia (...). Nagy en su libro "Invisible Loyalties" propone un sistema ético de obligaciones familiares que se desarrolla a través de las generaciones. El sugiere que el tratamiento incluya por lo menos tres generaciones con el objetivo de la liberación individual a través del 'pago' de las obligaciones interfamiliares" (pág. 16).

Virginia Satir, fue una autora y terapeuta de gran trascendencia en la década de los sesenta. Se reunió con Jackson poco después de que él fundara el MRI. Su libro "Terapia Familiar Conjunta ("Conjoint Family Therapy", aparecido originalmente en 1967) ha influido a muchos terapeutas. Ella pone un énfasis especial en la comunicación de sentimientos en las familias y, más que cualquier otro terapeuta familiar, se interesó también en la personalidad y el desarrollo de los individuos en la familia y en los procesos psicodinámicos detrás de su comportamiento. Satir estaba particularmente interesada en cómo la gente selecciona a sus parejas, y en los efectos de la auto-estima en este proceso. Ella misma describe su técnica de la siguiente manera:

"Para comprender el significado del síntoma, debo ver cómo encaja en el sistema familiar. Creo que las pautas conductuales de una familia guardan relación con ese sistema. Es por eso que suelo ver a toda la familia durante las primeras sesiones. Más tarde quizá tome unidades diferentes y las trate por separado,

pero siempre aclaro que lo hago dentro del marco de la familia como un todo, y nunca aislo una unidad por ser la más 'enferma'. Generalmente, al principio atiendo a los padres solos, pues entiendo que siempre que hay un hijo perturbado, la relación conyugal ha sido desplazada en la relación padre-hijo. (...) Mis objetivos terapéuticos son muy ambiciosos. No basta con 'remendar' a la familia. Deseo prevenir la enfermedad y, asimismo, facilitar el enriquecimiento de las posibilidades de cada persona " (en Haley y Hoffman, 1976, pág. 98m).

Virginia Satir ha desarrollado una técnica terapéutica llamada "escultura de familia", en la cual "...los miembros del grupo familiar transforman sus emociones y percepciones de la familia en un cuadro vivo en que todos expresan en posiciones estáticas o movimientos corporales una metáfora en tres dimensiones de la visión familiar" (Minuchin, 1990, pp. 16-17).

Una figura muy importante que surgiría en los 60's fue **Salvador Minuchin**. Nativo de Argentina, psiquiatra entrenado psicoanalíticamente, se fue a trabajar a Nueva York con delincuentes juveniles en la Wiltwyck School for Boys. Pronto se dio cuenta de las limitaciones de los métodos de entonces para tratar a estos jóvenes y a sus familias, la mayoría de barrios pobres urbanos. Junto con un grupo de colegas, desarrolló métodos para trabajar con ellas. Su enfoque innovador, publicado conjuntamente con cuatro colegas en el libro "Families of the Slums" (Minuchin, et al, 1967), fue probablemente responsable de que le ofrecieran la dirección de la Philadelphia Child Guidance

Clinic. Bajo su dirección, se transformó de ser una clínica tradicional para la orientación de niños a ser uno los centros de terapia familiar más avanzados del mundo (Barker, 1986).

Minuchin también fue responsable del desarrollo de la escuela estructuralista de terapia familiar. Esta ha sido una contribución trascendente al desarrollo de este campo. Minuchin y otros terapeutas estructurales están particularmente interesados en cómo las familias están organizadas en secciones, o subsistemas, y en los límites entre estas partes; también en los límites entre la unidad familiar que está siendo estudiada y la comunidad.

Los subsistemas más importantes dentro de una familia suelen ser: el subsistema conyugal, que se forma cuando dos adultos se unen con el objeto de formar una familia; el parental, que surge con la llegada del primer hijo, pero que sigue incluyendo solamente a la pareja, si bien con nuevos roles, y; el subsistema fraterno, que incluye a los hermanos.

Los terapeutas que usan este modelo ven los problemas familiares relacionados a su estructura.

Este autor señala que:

"...La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema ... Las pautas

transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia" (Minuchin, 1990, pág.86).

Dentro de una familia los límites entre los subsistemas pueden ir de un extremo de rigidez, hasta un extremo en el que los límites son difusos, pasando por un punto medio en este continuo en el que los límites son claros. Cuando los límites son muy rígidos, la familia tiende a ser desligada, ya que la interacción entre subsistemas es mínima, lo que la hace poco funcional. Aquí es donde se encuentran aquellas familias en las que los miembros están poco interesados en lo que les pasa a los demás. El otro extremo es igualmente disfuncional, pues al ser los límites demasiado difusos, la familia tiende a ser amalgamada, con mucha intromisión de los miembros de un subsistema en otro. Esto no da oportunidad de que los miembros más jóvenes se desarrollen de una manera independiente, creándoles problemas de individuación. En este punto encontramos a aquellas familias en las que los miembros están sobreinvolucrados en los problemas de los demás.

Puede haber una estructura que no permita el funcionamiento satisfactorio, por ejemplo la falta de un límite apropiado entre los subsistemas parental y de los hijos. Es debido a esto que:

"...A menudo un terapeuta opera como un delineador de límites, que clarifica los límites difusos y abre los límites excesivamente difusos. Su evaluación de los subsistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia en función del cual

orienta sus intervenciones terapéuticas" (Minuchin, 1990, pág. 92).

El enfoque estructural es ya evidente en "Families of the Slums" (Minuchin, et al, 1967), pero quizá fue expuesto en su forma clásica en "Familias y terapia familiar" (Minuchin, 1990). Para Minuchin, la familia está sometida a presiones tanto internas como externas, que la obligan a una constante adaptación. Las externas se refieren a las demandas de la sociedad que está sufriendo rápidas transformaciones; las internas están relacionadas con el propio desarrollo de la familia dentro de su ciclo vital. De modo que al mismo tiempo que la familia debe adaptarse ante nuevas demandas, debe también procurar un ambiente estable en el cual los miembros más jóvenes puedan crecer. Es por ello que un terapeuta no debe creer en el mito de que una familia normal es aquella en la que se vive en armonía, cooperando mutuamente y sin irritación. Por el contrario, el terapeuta debe tener en mente que una familia normal siempre estará enfrentando los problemas que le ocasionan las presiones antes señaladas. Es decir: "... la familia normal no puede ser distinguida de la anormal por la ausencia de problemas..." (Ibid. pág. 85).

Minuchin trabajó durante mucho tiempo con familias de pacientes con desórdenes psicósomáticos. De su trabajo y de los resultados que obtuvo se hablará en un capítulo posterior en esta tesis.

Otra importante contribución de Minuchin a la terapia familiar

fue su defensa del uso del espejo uni-direccional. Hasta el advenimiento de la terapia familiar, los terapeutas raramente observaban el trabajo de los demás; aun los terapeutas en entrenamiento se limitaban a reportar a sus supervisores lo que ellos creían que había sucedido durante sus sesiones terapéuticas. Los terapeutas familiares han abierto el proceso, tanto por la práctica común de tener observadores mirando y escuchando a través del espejo uni-direccional, como con el uso del video, que permite que la terapia sea revisada, si es necesario, repetidamente. Minuchin desempeñó una parte importante en este desarrollo. La mayoría de las técnicas utilizadas por Minuchin aparecen en su obra "Técnicas de terapia familiar" (Minuchin y Fishman, 1987). Por apartarse del objetivo del presente trabajo, no se exponen aquí.

Aunque la terapia familiar se desarrolló primariamente en los EEUU, hubo desarrollos importantes en todas partes, principalmente en Europa. Los más significativos son los que tuvieron lugar en Italia, y que serán revisados en la próxima sección.

Los setentas

La terapia familiar, en la década de los setentas, fue aceptada progresivamente, al menos en cierta forma, en la mayoría de los centros psiquiátricos. Los terapeutas familiares también empezaron a dirigirse a un rango más amplio de desórdenes; había menos énfasis en los esquizofrénicos y sus familias, a pesar de que éstos aún eran tratados y estudiados, especialmente en

ciertos centros.

La mayoría de los centros en los que había sido desarrollada, practicada y enseñada la terapia familiar en los 60's continuaron su labor en los 70's, pero surgieron muchos otros nuevos. A consecuencia de la muerte de Ackerman en 1971 el Family Institute, el cual él lo había fundado, fue renombrado como el Ackerman Institute, y ha continuado hasta nuestros días como un centro de excelencia. Donald Bloch se convirtió en su director y siguió siéndolo durante la década. Lynn Hoffman y Peggy Papp fueron notables miembros del equipo del instituto durante los 70's. Papp en 1977 editó "Family Therapy: Full Length Case Studies", un libro en el que se presentaban los trabajos de doce prominentes terapeutas familiares, incluida ella misma; cada uno contribuía con el relato del tratamiento de una familia. El libro proporciona una visión panorámica de la terapia familiar en los 70's, e ilustra efectivamente la amplia diversidad de aproximaciones usada por los terapeutas en aquella época. Hoffman en 1981 escribió "Fundamentos de Terapia Familiar" (1990), el cual estudiaba comprensiblemente el estado de la terapia familiar cuando los setentas estaban por terminar.

La Philadelphia Child Guidance Clinic, bajo el liderazgo de Salvador Minuchin, se convirtió en uno de los centros de terapia familiar más importantes del mundo durante los 70's. "Familias y terapia familiar" (Minuchin, 1991), aparecido originalmente en 1974, se convirtió en el libro de texto para aquellos que deseaban aprender el enfoque "estructural" en terapia familiar.

La Clínica de Orientación Infantil estaba asociada cercanamente con el Children's Hospital de Filadelfia, y esto les facilitaba el estudio conjunto de niños con desórdenes psicossomáticos y sus familias. Esto llevó al libro "Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context" (1978), que escribió Minuchin con Bernice Rosman y Lester Baker. La obra de Minuchin y sus colegas sobre problemas psicossomáticos fue importante al definir algunos de los vínculos entre desórdenes en sistemas familiares y la medicina. De esta obra se hablará con más detalle en la siguiente sección del presente trabajo.

Haley pasó muchos años en la Philadelphia Child Guidance Clinic antes de irse a Washington, DC, donde, con su esposa Cloe Madanes, fundó el Family Institute of Washington, DC. También establecido en Washington, DC, por **Murray Bowen**, era el Georgetown Family Center, el cual enseña el sello de Bowen en la teoría de la terapia familiar.

El Center for Family Learning fue fundado en 1973 por **Philip Guerin**, un antiguo estudiante de Bowen. Está localizado en New Rochelle, Nueva York, y es uno de los centros de entrenamiento de terapia familiar que emergió en los 70's. Guerin, en 1972, también fue editor y co-autor de "Family Therapy: Theory and Practice" (citado en Braverman, 1986).

Durante los 70's, y desde entonces, **Murray Bowen** continuó refinando su teoría. También dejó de tratar a las familias de esquizofrénicos, aplicando más bien sus métodos a un rango más amplio de problemas, generalmente sin que hubiera involucrado

algún miembro psicótico en la familia. Wynne, por otra parte, continuó estudiando esquizofrénicos y sus familias y formó un equipo de investigadores altamente productivo en la Universidad de Rochester (Wynne et al, 1982). El y sus colegas también señalaron el importante aspecto de la relativa "invulnerabilidad" de algunos niños al estudiar la "presencia de patrones de comunicación saludables y otros aspectos de las familias con un funcionamiento sano que pueden coexistir con relaciones familiares perturbadas y, de hecho, pueden reducir el riesgo de una psicopatología severa y promover un desarrollo sano o aun superior en un descendiente" (Wynne et al, 1982). En su terapia Wynne llegó a combinar un enfoque sistémico con el uso de métodos estratégicos y psicoeducativos.

En Canadá, **Epstein** y sus colegas formaron el Departamento de Psiquiatría en la McMaster University, Hamilton, Ontario, un importante centro para la práctica y enseñanza de la terapia familiar. Con sus colegas Duane Bishop y Sol Levin Epstein desarrolló a partir del Family Categories Schema, el Modelo McMaster de Familia Funcional, y más tarde, el Modelo McMaster de Terapia Familiar (Barker, 1986).

Durante los setentas también tuvieron lugar desarrollos importantes en Europa, especialmente en Italia y en Gran Bretaña. En Milán **Mara Selvini Palazzoli** jugó un papel crucial al establecer el Instituto para el Estudio de la Familia. Fue fundado en 1967 pero tuvo su impacto más importante en los 70's. Palazzoli era uno de los cuatro psiquiatras psicoanalíticamente

entrenados quienes se convirtieron en el "Grupo de Milán". Los otros eran Gianfranco Cecchin, Giulana Patra y Luigi Boscolo. Estuvieron muy influidos por el trabajo de los terapeutas de Palo Alto, especialmente por Bateson y Watzlawick y sus colegas. Sus principales contribuciones aparecen descritas en su obra "Paradoja y contraparadoja" (1991). (El libro fue originalmente publicado en italiano en 1975).

El Grupo de Milán hizo contribuciones importantes a la terapia familiar en los 70's, incluyendo el entendimiento que nos proporcionaron de las familias severamente perturbadas descritas en su libro. Estas contribuciones incluyen: sus técnicas de "entrevista circular" y "questionamiento triádico", por el cual los terapeutas le preguntan a un tercer miembro de la familia acerca de qué pasa entre los otros dos; su concepto de desarrollar hipótesis acerca del funcionamiento de una familia en avance de la entrevista y entonces planear preguntas para poner a prueba esas hipótesis; y una manera de mirar a las familias generalmente más altamente sistémica.

Otra aportación importante de este grupo es el concepto de connotación positiva. Implica conferir una valoración positiva, no sólo al síntoma del paciente identificado, sino también a las pautas de conducta que lo rodean (de Shazer, 1989).

Otra característica de la Escuela de Milán es que trabaja en equipo, donde una pareja heterosexual de terapeutas labora con la familia, mientras que otros dos terapeutas observan a través del espejo unidireccional. Los observadores y los terapeutas discuten

cada sesión, y hacen a la familia prescripciones de tipo paradójico; el tratamiento se lleva a cabo en 10 sesiones con intervalos mensuales (Braverman, 1986).

En **Roma Maurizio Andolphi** inició trabajando con familias en los primeros 70's, y en 1974 fundó la Sociedad Italiana de Terapia Familiar. En 1979 fue capaz de publicar un excelente libro basado sistémicamente "Family Therapy: An Interactional Approach". En éste, Andolphi, en apariencia exitosamente, expone la aplicación de las "teorías y experiencias clínicas que han sido desarrolladas en estados Unidos" al contexto italiano. De su obra parece que los sistemas familiares y sus problemas son muy parecidos en todo el mundo, o al menos en el mundo occidental (Barker, 1986).

Una figura muy importante de la década de los 70's fue **Milton Erickson**. Erickson no era un terapeuta familiar, sino un psiquiatra. No obstante, tuvo una gran influencia sobre muchos de los pioneros en terapia familiar. Este terapeuta hizo mucho uso de la hipnosis en su práctica profesional, y estudió los fenómenos hipnóticos a lo largo de su extensa carrera. Fundó la American Society of Clinical Hypnosis y fue el primer editor del "American Journal of Clinical Hypnosis". Influyó grandemente a **Haley**, quien estudió con él y escribió "Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson" (1989); publicado originalmente en 1973, donde hace una descripción de cómo trabajaba Erickson.

La importancia de Erickson en el desarrollo de la terapia familiar es debida a su interés en los procesos interpersonales en los que sus pacientes estaban comprometidos, y a su uso de métodos estratégicos de tratamiento. La psicoterapia psicodinámica tradicional explora y trata de resolver los conflictos reprimidos de los individuos. Este modelo es de un valor limitado para tratar con sistemas familiares. El objetivo del terapeuta familiar es más bien conseguir que los miembros de la familia hagan algo diferente -interactuar cada uno de una manera diferente- y así era como Erickson enfocaba muchos de los problemas clínicos con los cuales era confrontado. Además encontró, como muchos terapeuta familiares lo han hecho también, que decirle a la gente lo que tiene que hacer no siempre funciona. Pueden ser necesarios métodos indirectos -o "estratégicos", incluyendo paradojas.

La influencia de Erickson en el panorama de la terapia familiar ha sido, sin embargo, indirecta. El mismo escribió poco sobre el tema, y sus innovadoras ideas fueron desplegadas principalmente por quienes estudiaron con él, notoriamente Haley y Jackson. Es conveniente aclarar que Erickson desarrolló sus ideas en los 50's y 60's, pero sólo hasta los 70's tuvieron la divulgación necesaria para influir en el desarrollo de las terapias sistémicas.

Los ochentas

Es difícil hacer un balance de lo que ha ocurrido en terapia familiar durante la década que recientemente terminó. Sin

embargo, Barker (1986) afirma que en los 80's se consolidó el enfoque sistémico en el campo de la terapia familiar:

"Ahora parece que la terapia familiar ha establecido un lugar seguro entre los métodos del tratamiento psiquiátrico. El enfoque sistémico a los problemas humanos ha probado por sí mismo ser valioso. La historia de la terapia familiar hasta la fecha proporciona evidencia amplia de que considerar y modificar las interacciones de las personas, cualquier cosa que eso signifique, puede ser una valiosa forma de tratar una variedad de problemas. Hasta que surgió el enfoque familiar lo que había tratado y estudiado la psiquiatría concernía mucho a los individuos y muy poco a sus contextos ecológicos. Este desequilibrio está siendo corregido; a veces los terapeutas particulares se han esmerado en una dirección o en otra, pero ahora están probablemente más cercanos de un balance apropiado de lo que lo han estado antes" (pág. 17).

Un síntoma de la aceptación del enfoque sistémico es la aparición de la revista "Family Systems Medicine", surgida a partir de 1983, cuyo editor es Donald Bloch. En esta publicación confluyen la terapia familiar, la teoría de sistemas y la medicina.

De acuerdo a Barker (op. cit.), es muy probable (y de hecho ha comenzado a ocurrir) que el enfoque sistémico trascienda el campo de la terapia familiar para ser aplicado a otras áreas. El enfoque sistémico también parece estar extendiéndose a otros campos más allá de la terapia familiar.

La terapia familiar en México

Es durante los años sesentas que se inicia la terapia familiar en México, cuando algunos psiquiatras regresan de Canadá y Estados Unidos a nuestro país.

El primero de ellos es el Dr. **Raymundo Macías**, quien había recibido entrenamiento en terapia familiar con Nathan Epstein, en Montreal Canadá. En 1969 comienza a impartir seminarios a nivel de doctorado en la Universidad Autónoma de México. En ese mismo año **Epstein** imparte en México conferencias sobre terapia familiar y colabora en el diseño del primer programa de especialización en terapia familiar en la Universidad Iberoamericana. El curso es dirigido por R. Macías.

En 1973, se forma el Instituto de la Familia A.C. (IFAAC), teniendo en su comité fundador a: **Raymundo Macías, Lauro Estrada, Roberto Derdez, Leopoldo Chagoya, Mariano Barragán, Sara Mekler y Luis Lenero.**

En 1975, **Mariano Barragán y Luz Teresa Millán** se separan del IFAAC y crean el Instituto Mexicano de la Familia A.C. (IMFAC).

En el currículum de la **Asociación Mexicana de Psicoanálisis en Grupo (AMPAG)** se ha abierto un taller de familias.

En 1980, las **Dras. Martha Pardo y María Luisa Velasco** inician la Maestría en Terapia Familiar en la **Universidad de las Américas**, la cual tiene una orientación fundamentalmente estructuralista.

Poco después, en 1984, el Dr. Ignacio Maldonado y la Dra. Estela Troya fundan el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C. (ILEF), en donde se conjuntan aspectos psicoanalíticos, sistémicos y de teoría social.

La Dra. Ma. Blanca Moctezuma, junto con J. Molina y E. Fernández, crean el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C. (I.M.T.B.), en 1986. Sus bases conceptuales son la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación.

Ese mismo año, las Dras. María Luisa Velasco, Elena Guerra y Gloria Orantes fundan el Instituto de Terapia Familiar "Cencalli", donde se imparte la especialidad en Terapia Familiar con enfoque sistémico estructural y estratégico.

En 1987, el Dr. Jesús Alberto Gómez y las psicólogas Patricia Alarcón y Marisela Blancas, crean el Centro de Psicoterapia Breve de México, S.C. (C.P.B.M), con enfoque estratégico.

El Modelo Circumplejo de Sistemas Matrimoniales y Familiares

Tipologías familiares

A partir de los estudios sobre los patrones de comunicación dentro de las familias esquizofrénicas en los inicios de la década de los 50's, surgió en muchos investigadores un afán por encontrar formas de comunicación vinculadas con determinados síntomas. Los resultados de estos estudios se convirtieron en la base para la creación de tipologías familiares.

Un ejemplo de este tipo de investigaciones lo fue el estudio de Singer y Wynne publicado originalmente en 1963 (referido por Hoffman, 1990). En él se analizaron protocolos de la prueba de Rorschach aplicados a padres de adolescentes, así como las entrevistas respectivas. Después de dicho análisis se pudo hacer una clasificación de los problemas de los adolescentes, estableciendo las siguientes categorías: Autista /Esquizofrénico, Neurótico /Reservado y Delincuente /Simulador.

A pesar de que el trabajo de Singer y Wynne tuvo una gran repercusión en el ámbito de la investigación familiar, poco a poco se fue abandonando la idea de que las tipologías familiares estaban asociadas a síntomas precisos. En lugar de ello, se intentaron establecer tipologías basadas en atributos o secuencias de interacción.

En una tipología creada por Jackson (citada por Hoffman, op. cit.) se clasificaba a las parejas de acuerdo a dos variables: grado de satisfacción marital y longevidad (o duración de la relación). De este modo se podían obtener cuatro tipos de

matrimonio: estable-satisfactorio, inestable-satisfactorio, estable-satisfactorio e inestable-insatisfactorio.

Posteriormente Jackson, en su obra "Mirages of Marriage" (1968), propuso tres modos de interacción básicos: simétricos, complementarios y una mezcla de estos dos caracterizada por el equilibrio. Estas categorías fueron concebidas originalmente por Bateson. En la obra "Pragmatics of Human Communication" (Jackson, et al., "Teoría de la comunicación humana", 1987), Jackson ilustra con ejemplos clínicos y literarios estas formas de interacción. Hoffman (op. cit.) critica esta clasificación por considerarla descriptiva pero poco explicativa (pág. 75).

Otra clase de tipologías son las estructurales, las que surgieron a finales de la década de los 50's. Estas presentan la característica de considerar cómo está organizada la familia.

En su obra "Families of the Slums" (1969), Salvador Minuchin tipificó estructuralmente a las familias en dos categorías: amalgamadas y desvinculadas. En el primer grupo de familias se da una gran indiferenciación en sus miembros, además de tener límites muy difusos entre sus subsistemas. Respecto a su manera de interactuar, las familias amalgamadas presentan dos rasgos característicos (y muy vinculados entre sí): la triangulación de los conflictos, es decir la incapacidad de interactuar diádicamente, involucrando siempre a un tercer miembro; y la inestabilidad de las coaliciones, esto es que no siempre se alían los mismos miembros (Hoffman, op. cit.). El segundo grupo, está formado por familias muy desunidas. Se caracterizan por que la

madre se encuentra aislada, sin apoyos en la familia extensa y sin amistades. Generalmente esto resulta en una conducta muy radical de la madre: o se manifiesta apática, o bien incurre en agresiones inclusive físicas. También se distinguen por la gran separación que existe entre el subsistema paterno y el subsistema fraterno, como si los padres no fueran capaces de responsabilizarse del comportamiento de sus hijos.

En general, las taxonomías de la familia conllevan la gran dificultad de incorporar los conceptos de cambio (Simon et al, 1988).

Modelos familiares

Toda tipología familiar se deriva de un enfoque que determina cuáles son las variables que deben considerarse al evaluar a una familia. Algunos de estos enfoques están sistematizados dentro de modelos que representan la estructura y/o el funcionamiento familiar.

El Modelo de Funcionamiento familiar de McMaster es uno de los más conocidos. Fue creado en la década de los 70's, por Nathan Epstein y sus colaboradores con objeto de definir la salud y la patología de la familia. Para ello considera las siguientes dimensiones: 1) solución de problemas; 2) comunicación; 3) roles; 4) respuesta afectiva; 5) vinculación afectiva, y 6) control de la conducta (Simon, op cit.). La familia es calificada en cada dimensión de acuerdo al grado de eficacia que presente. Si la familia resulta muy eficaz en todas las dimensiones, esto significa que facilita el desarrollo y el mantenimiento de todos

sus miembros en los niveles biológico, psicológico y social.

Otro importante modelo es el Sistémico de Beavers. Este modelo considera dos dimensiones. La primera es la adaptabilidad, y se refiere a la capacidad de cambio del sistema. La segunda, se refiere al estilo de interacción que prevalece en la familia. La interacción puede ser centripeta, es decir, vuelta hacia adentro para lograr satisfacciones; centrifuga, o vuelta hacia el mundo exterior; o bien, la interacción puede ser una combinación de estos dos estilos.

Otro modelo igualmente relevante es el Circumplejo. Por ser éste la base de la presente investigación, se revisará más detalladamente en el siguiente apartado.

El Modelo Circumplejo

El Modelo Circumplejo de Sistemas Matrimoniales y Familiares se desarrolló con el propósito de salvar la distancia que existe entre la investigación, la teoría y la práctica en el campo de la terapia familiar (Olson, 1986, pág. 337).

Olson y sus colaboradores deseaban crear una clasificación que sirviera de marco teórico para el terapeuta permitiéndole hacer un diagnóstico más sistemático y establecer metas terapéuticas más específicas. A la vez, deseaban crear una herramienta para organizar la investigación en el campo de la terapia familiar (Ibid).

Los objetivos específicos que tuvieron los autores al desarrollar el modelo fueron los siguientes (Olson, Russel, Sprenkle, 1979):

1.- Identificar y describir las dimensiones centrales de la cohesión y adaptabilidad.

2) Demostrar la utilidad de las dimensiones de adaptabilidad y cohesión, reduciendo la gran diversidad de conceptos involucrados en el proceso familiar.

3) Indicar cómo las relaciones pueden distribuirse con el balance dinámico entre constancia y cambio (dados por la dimensión de adaptabilidad) y entre el amalgamamiento y la desarticulación (implícitos en la dimensión de cohesión).

4) Demostrar que estas dimensiones resultan de una aplicación útil y concreta de la teoría de sistemas a los procesos familiares.

5) Describir en forma clara y directa a la familia como un grupo, en vez de considerar sólo aspectos diádicos o individuales.

6) Proporcionar una nueva forma de integración de conceptos de lo individual como sistema, con conceptos del sistema marital y familiar.

7) Explicar cómo los sistemas familiares pueden adaptarse a situaciones de crisis dadas por su evolución dentro de su ciclo vital.

8) Proporcionar un marco de referencia que pueda ser aplicado a la intervención clínica y programas educativos de parejas y familias (citado por Briones, 1990, pp. 91-92).

Olson y sus colaboradores intentaron desarrollar una tipología familiar que fuera útil para determinar qué enfoque

terapéutico es el más adecuado para los diferentes tipos de familias. Así, por ejemplo, se podría recomendar la terapia estructural para familias amalgamadas, o la conductual para familias caóticas. Hasta la fecha, empíricamente no se ha comprobado la hipótesis de que cierto enfoque terapéutico es más eficaz para determinado tipo de problema o síntoma familiar (Olson, 1986, pág. 337).

Al crear esta tipología, los autores intencionalmente evitaron clasificar al sistema familiar en base a la psicología individual o al síntoma de un miembro familiar (familias delincuentes, familias psicósomáticas, etc.) (Olson, et al., 1979, pág. 17).

Olson y sus colaboradores hicieron un análisis factorial de 50 conceptos desarrollados para describir la dinámica matrimonial y determinaron que estas variables de funcionamiento familiar se agrupan bajo dos dimensiones principales: cohesión y adaptabilidad. En una revisión del modelo en 1983, la dimensión de comunicación se integró al modelo como "dimensión facilitadora", sintetizando en una sola dimensión dos variables facilitadoras que se habían manejado originalmente como creatividad familiar y "apoyo familiar" (Olson et al, 1983, p.71).

Definiciones de las dimensiones del Modelo Circumplejo.

a.) Cohesión:

La cohesión familiar evalúa el grado de separación o

conexión entre los miembros familiares (...) [y] se define como: el enlace emocional que los miembros familiares tienen entre sí (Olson et al, 1985, p.3).

La definición tiene dos componentes: los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.

La dimensión de cohesión se mide a través de las variables de: enlace emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

Existen cuatro niveles de cohesión, que comprenden el desapego, es decir una cohesión muy baja, que caracteriza a las familias desvinculadas; la separación, que implica una cohesión entre baja y moderada, propio de las familias llamadas precisamente separadas; la conexión, con un nivel de cohesión que va de moderada a alta, que es el que se encuentra en las familias conectadas; y el apego excesivo, con una cohesión muy alta, que caracteriza a las familias amalgamadas.

Respecto a los efectos que tienen los distintos niveles de cohesión, Simon et al (op. cit.) indican lo siguiente:

"Si el grado de cohesión es alto, predominan las fuerzas centrípetas y la modalidad transaccional del vínculo, y se produce un apego excesivo. En estas condiciones es difícil que los miembros de la familia logren un nivel adecuado de individuación (...) según las reglas del medio social que circunda al sistema familiar. Cuando no existe tal vínculo y predominan las fuerzas centrífugas, la modalidad transaccional

culmina en la expulsión de los miembros de la familia y el desapego" pág. 72).

En cambio, los niveles centrales representan un balanceado grado de cohesión familiar, lo cual es más adecuado para un efectivo funcionamiento familiar y un desarrollo individual óptimo.

b.) Adaptabilidad:

La adaptabilidad familiar (cambio) mide la flexibilidad y la capacidad de cambiar (...) y se define como: la habilidad de un sistema matrimonial o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación para responder al estrés de situaciones o de desarrollo (Olson et al, 1979, pág.12).

Las variables específicas usadas para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control y disciplina), estilo de negociación, roles relacionales y reglas relacionales (Ibid).

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos) (Olson et al, 1979).

Un nivel de adaptabilidad muy bajo corresponde a una familia rígida; una adaptabilidad de moderada a baja es característico de una familia estructurada; en la familia de tipo flexible se da una adaptabilidad de moderada a alta; mientras que una familia

caótica está definida por un nivel de adaptabilidad muy alta (Briones, op. cit.).

c.) Comunicación:

La comunicación familiar es una dimensión facilitadora del movimiento en las otras dos dimensiones, y que permite a las parejas y a las familias compartir sus necesidades y preferencias al relacionarse con la cohesión y la adaptabilidad (Simon, op. cit.).

"Las habilidades de comunicación positiva (por ejemplo la empatía, el escuchar reflexivamente, el hacer comentarios apoyadores) capacita a las parejas y a las familias para compartir entre ellos sus necesidades cambiantes y sus preferencias en cuanto a la cohesión y a la adaptabilidad. Las formas de comunicación negativa (por ejemplo, los dobles mensajes, los dobles vínculos y la crítica minimizan la capacidad de la pareja o de los miembros familiares de compartir sus sentimientos y de esta manera restringen su movimiento en estas dimensiones) (Olson et al, 1983, p. 71).

El Modelo Circumplejo califica cuatro niveles de cohesión y cuatro niveles de adaptabilidad. La cohesión se clasifica como: desligada, separada, conectada y amalgamada. La adaptabilidad se clasifica como: rígida, estructurada, flexible o caótica (Olson, 1986).

La cohesión separada y la cohesión conectada se consideran dimensiones moderadas o balanceadas, mientras que la desligada y la amalgamada se consideran niveles extremos. La adaptabilidad

estructurada y la flexible se consideran dimensiones moderadas, mientras que la rígida y la caótica se consideran niveles extremos. Al cruzar estas dimensiones ortogonalmente, se crean 16 tipos de familias que se clasifican en tipos balanceados, medianos y extremos. Los cuatro centrales son balanceados, los ocho tipos rango-medio que son extremos en una dimensión y equilibrados en otra se consideran moderados, y los cuatro tipos extremos en ambas dimensiones se consideran tipos extremos. Originalmente, los niveles balanceados de cada dimensión se hipotetizaron como los más viables para familias sanas y las áreas extremas se postularon como los niveles más problemáticos (Ibid).

Al hablar de balance, no se debe suponer que porque una familia cae dentro de las dos áreas centrales, su comportamiento es siempre moderado. Estas familias también pueden tener conductas extremas, pero al situarlas dentro de los tipos balanceados, se considera que su conducta típicamente cae dentro de los parámetros balanceados (Olson et al, 1979).

"El ser balanceada significa que la familia puede tener experiencias en los extremos de la dimensión cuando es apropiado pero que no funcionan típicamente en estos extremos por largos periodos de tiempo (...) Contrariamente, los tipos de familia extremas, tienden a funcionar sólo en los extremos y no son alentados a cambiar la forma en que funcionan como familia (p. 18).

Los autores comentan que los primeros teóricos en el campo de la terapia familiar enfatizaron la importancia de la

homeostasis o estabilidad del sistema y la rigidez de la familia. Más recientemente, se ha hecho hincapié sobre las características de cambio que posee un sistema.

El sistema necesita tanto de estabilidad como de cambio. Sin las propiedades de estabilidad, el sistema se destruiría, pero sin las propiedades de cambio y la posibilidad de adaptarse a cambios en el mundo que la rodea, desaparecería la familia. así, necesita de ambas propiedades. La habilidad de cambiar cuando es apropiado distingue a las familias funcionales de las disfuncionales (Olson et al, 1983).

Los autores del Modelo Circumplejo han intentado evaluar diversos aspectos del funcionamiento familiar, creando instrumentos que miden comunicación, satisfacción familiar, fuerzas familiares, calidad de vida, conflicto en diferentes diadas familiares, estilos de adaptación, cambios significativos en el ciclo vital y aspectos de crianza y enriquecimiento familiar. Este grupo de instrumentos es ejemplo de un esfuerzo por abarcar a todos los miembros familiares, y de evaluar diferentes dimensiones significativas coordinadas dentro de un modelo teórico, para poder así hacer una evaluación a nivel interaccional (Olson et al, 1985).

Con base teórica en el Modelo Circumplejo, se diseñó un cuestionario denominado FACES II, el cual permite establecer una clasificación funcional de las familias; las siglas de este instrumento provienen de su nombre en inglés: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales.

En su versión actual el cuestionario consta de 30 reactivos de los cuales 16 corresponden a la dimensión de cohesión y 14 a la adaptabilidad. La combinación de los cuatro niveles de cada una de estas dimensiones define 16 tipos de sistemas familiares. Estos últimos a su vez pueden ser agrupados en tres categorías: Central, la cual comprende 4 tipos de familia, que representa los sistemas familiares más funcionales; Media, formada por 8 tipos de familia, que son aquellas que funcionan de manera parcialmente adecuada; Extrema, integrada por 4 tipos de familia, representa los sistemas familiares más disfuncionales.

El instrumento ha sido utilizado en varias oportunidades en México; el primero en emplearlo fue Nolasco, al comparar la estructura familiar y el rendimiento académico. Posteriormente, Rebeca Braverman, lo empleó al establecer la relación entre la tipología familiar con aspectos psico-socio-pedagógicos. Por su parte, Pilatowski, utilizó el cuestionario FACES II al estudiar los efectos del rompimiento matrimonial. (Estudios citados por Briones, 1990).

Lo anterior ha demostrado la utilidad que ofrece este instrumento en el estudio de las características de los grupos familiares, al integrar los conceptos de la Teoría General de los Sistemas en términos manejables para el diagnóstico clínico y la investigación.

CAPITULO TRES

ESTUDIOS ACERCA DE LA FAMILIA PSICOSOMATICA

En este capítulo se abordarán, en primer término, los trabajos de Salvador Minichin sobre la familia psicossomática, ya que son el antecedente más importante de nuestra investigación.

En seguida se hará una revisión de las primeras investigaciones realizadas con respecto a las familias de los pacientes psicossomáticos.

Por último, se sintetizan los estudios recientes en este campo.

Uno de los autores más importantes en el estudio de la familia psicossomática fue Salvador Minuchin (1978).

Mientras trabajaban con diabéticos, Minuchin y sus colaboradores empezaron a estudiar y a tratar niños con asma cuyo curso clínico era más severo que el que el que podía ser explicado por la enfermedad orgánica. Por esa misma época empezaron también a ver casos de anorexia nerviosa.

En un principio, pretendieron distinguir entre desórdenes psicossomáticos "primarios" y "secundarios". En los primarios, una disfunción fisiológica ya está presente. Esto incluye desórdenes metabólicos como la diabetes y la diátesis alérgica tal como la encontraron en el asma. El elemento psicossomático yace en el exacerbamiento emocional de un síntoma ya dado. Así, un niño con diabetes que tiene ataques de ketoacidosis desencadenados por un evento emocional puede ser considerado como un "diabético psicossomático". Igualmente, un

nino con asma cuyos ataques recurrentes y severos representan un exacerbamiento del desorden subyacente en respuesta a estímulos emocionales más que más que fisiológicos puede ser llamado "asmático psicossomático". Esto de ninguna manera implica una etiología psicológica para la enfermedad original. En los desórdenes psicossomáticos secundarios, ninguna disfunción física predisponente puede ser demostrada. El elemento psicossomático se manifiesta en la transformación de conflictos emocionales en síntomas somáticos. Estos síntomas pueden cristalizar en una enfermedad severa y debilitante como la anorexia nerviosa.

Se preguntaron si los desórdenes primarios o secundarios podrían también diferir en términos de su dinámica y organización familiares. Sin embargo, cuando trabajaron en terapia con las familias de los niños que presentaban esos diferentes problemas psicossomáticos, empezaron a darse cuenta de que ciertos patrones transaccionales parecían ser característicos de todas las familias. La familia de un diabético psicossomático funcionaba de una manera muy parecida a la de un anoréxico o a la de un asmático psicossomático. Pero el funcionamiento de estas "familias psicossomáticas" diferían marcadamente del funcionamiento de las familias de diabéticos normales quienes acudían a terapia por otros problemas. La observación clínica les permitió finalmente desarrollar un modelo exploratorio de la familia psicossomática.

Cuatro características del funcionamiento general de la familia surgieron de tales observaciones. De acuerdo a estos autores, ni una de estas características sola parece suficiente

para activar y reforzar los síntomas psicosomáticos. Pero el grupo de patrones transaccionales es característico de un proceso familiar que fomenta la somatización. Las cuatro características familiares son amalgamamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflicto.

Amalgamamiento se refiere a una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares. Esto tiene implicaciones a todos los niveles: familia, subsistema, e individuo. En una familia muy amalgamada y sobreinvolucrada, los cambios en un miembro de la familia o en la relación entre dos miembros repercute en todo el sistema. En estas familias es frecuente que un miembro retransmita mensajes de otro a un tercero, bloqueando la comunicación directa.

Los límites en los subsistemas están pobremente diferenciados, y son débiles. Esta situación resulta en el inadecuado desempeño de las funciones de los subsistemas. Por ejemplo, la relación de los esposos está subordinada al sostenimiento de las funciones parentales. O el control parental de los niños es inefectivo. Cuando los límites son cruzados, los niños pueden actuar inapropiadamente parentales hacia los padres o hermanos. O un niño puede ser puesto contra el otro en la toma de decisiones.

En un nivel individual, la diferenciación interpersonal es pobre en un sistema amalgamado. Los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que el funcionamiento en formas individualmente diferenciadas está radicalmente dificultado. La excesiva tendencia a compartir todo resulta en

una falta de privacidad. Los miembros de la familia se entrometen en los pensamientos y sentimientos de los demás.

La sobreprotección en la familia psicósomática se observa en el alto grado de preocupación que muestran los miembros de la familia por el bienestar de los demás. Esta preocupación no está limitada al paciente identificado o al área de la enfermedad sino que constantemente se presentan respuestas de cuidado y protección. Los miembros de la familia son hipersensibles a los signos de angustia, que señalan la proximidad de niveles peligrosos de tensión o conflicto. En tales familias, la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía de los hijos, su competencia, e intereses por actividades fuera de la seguridad de la familia. Las familias rígidas están fuertemente comprometidas a mantener el status quo. Experimentan gran dificultad en los periodos en los que son necesarios el cambio y el crecimiento. Por ejemplo, cuando un niño llega a la adolescencia en una familia funcional, su familia puede cambiar sus roles y sus patrones transaccionales de modo que permitan el incremento de autonomía apropiada a la edad mientras aún preservan la continuidad de la familia. Pero la familia de un niño psicósomáticamente enfermo insiste en retener los métodos acostumbrados de interacción. Estas familias son altamente vulnerables a eventos externos, tales como cambios de empleo o la pérdida de un pariente. Casi cualquier evento externo puede sobrecargar sus mecanismos disfuncionales de interacción, precipitando la enfermedad. Los miembros niegan tener ningún otro

problema que el de la enfermedad psicosomática.

La rigidez y la sobreprotección del sistema de la familia psicosomática, combinadas con la mutua y constante transgresión característica de patrones transaccionales patológicamente amalgamados, hacen que los umbrales de conflicto para esas familias sean muy bajos. Generalmente se utiliza un rígido código ético o religioso como racionalización en la evitación del conflicto. Como resultado, los problemas son dejados sin resolver, para amenazar una y otra vez, continuamente activando los circuitos de evitación del sistema.

El estudio de Salvador Minuchin fue sin lugar a dudas un hito muy importante en la investigación del sistema familiar del paciente psicosomático. No obstante, la labor de Minuchin estuvo precedida por otras investigaciones sobre la familia psicosomática, las cuales se iniciaron en los años sesenta, junto con los estudios realizados en torno a las familias de los esquizofrénicos.

Durante este periodo, conforme se consideraba la dinámica familiar de los desórdenes psicosomáticos, los procesos interpersonales ganaron preminencia sobre los intrapsíquicos. El foco de las investigaciones pasó a ser: ¿Sobre la base de qué acciones recíprocas la familia como un todo preserva su estabilidad? ¿Qué significado tiene la conducta psicosomática descrita en el contexto relacional?

Ya no existe un descuido de estas cuestiones y ahora la literatura relevante indica un creciente interés. Desde que

Richardson (citado por Wirsching et al, (1985) introdujo el lema programático "los pacientes tienen familia", y Kellner escribió acerca de la "salud familiar perturbada", nuestro entendimiento de la dinámica familiar y de la terapia familiar de la enfermedad psicosomática se ha vuelto más sofisticado.

Weakland, el originador del término "somática familiar", notó en 1977, que se le había dado poca atención a este concepto en la literatura.

Los desórdenes psicosomáticos finalmente captaron la atención con el "leitmotiv" "la esquizofrenia y la familia". Las enfermedades, en particular la colitis ulcerosa, anorexia nerviosa, asma bronquial, diabetes juvenil, así como el cáncer, están siendo estudiados desde la perspectiva de la dinámica familiar (Wirsching et al, 1985).

Meissner (1974) presenta una reseña de las primeras investigaciones realizadas en torno a la familia psicosomática.

La evidencia discutida en el artículo de Meissner parece apuntar a una dirección relativamente consistente. Un estudio anterior sobre la dinámica familiar y su influencia en las enfermedades psicosomáticas llevó a la formulación de que el sistema familiar afectivo es el constructo que enlaza estos cabos de evidencia. La aproximación, de acuerdo a este autor, puede ser sumariada en los siguientes puntos:

- 1.- El paciente es una persona relativamente inmadura, cuya inmadurez es directamente proporcional al grado de involucramiento emocional en la interacción afectiva familiar.

2.- A través de este involucramiento emocional el paciente es capturado en el sistema afectivo de la familia, el cual está constituido por los involucramientos emocionales de los miembros de la familia inmediata.

3.- El funcionamiento del involucramiento individual depende del balance de fuerzas emocionales dentro del sistema familiar. Su propia inseguridad básica e inestabilidad es compensada y más o menos estabilizada a través de interacciones emocionales con otros miembros del sistema familiar.

4.- Ciertos eventos emocionales significativos pueden perturbar el balance de interrelaciones emocionales dentro del sistema familiar y crear desorganización dentro del sistema afectivo; esto afecta al paciente en un nivel emocional profundo, ya que la estabilización de la labilidad emocional del propio paciente es lograda a través y depende del balance dentro del sistema.

5.- La desorganización o el rompimiento emocional en el sistema familiar pueden precipitar crisis emocionales en tales miembros profundamente involucrados. Con el retiro de los apoyos emocionales, los individuos carecen de suficientes recursos propios para mantener el nivel adecuado de funcionamiento en todos los niveles. Consecuentemente el individuo responde con una forma de descompensación. En la enfermedad psicósomática, la descompensación es específicamente somática, i.e., expresada en términos de disfunción somática.

Esta formulación se enfoca en el impacto sobre el miembro involucrado y afectado del sistema familiar, pero también dirige nuestra atención a el patrón de involucramiento e interacción dentro de la familia misma. Esta información enfatiza que la unidad de análisis, y la unidad con la cual el proceso psicossomático puede estar significativamente relacionado, es el sistema familiar mismo. El sistema familiar no es coextensivo con el grupo familiar, ni como familia nuclear ni como familia extensa, sino que es un sistema estructurado dentro del cual el balance de vectores emocionales está relacionado íntimamente con el funcionamiento de los miembros involucrados.

Dentro de este sistema operan mecanismos homeostáticos para producir ajustes. Jackson (citado por Meissner, 1974) observó redundancias de comportamiento en el grupo familiar e infirió reglas o "acuerdos de relación" las cuales operaban en un nivel inconsciente dentro del sistema familiar. Las reacciones psicossomáticas son una forma de respuesta dentro de un sistema familiar que opera de acuerdo a reglas rígidas. Haley (citado por Meissner, 1974, estudiando secuencias de quién habla después de quién, mostró que las familias con un miembro desviado - tanto psiquiátricamente (e.g. esquizofrénico) o fisiológicamente (e.g. colitis ulcerosa) - demostraron patrones homeostáticos relativamente fijos y rígidos. Similarmente, en familias de niños con colitis ulcerosa, Jackson (Ibid.) encontró patrones restrictivos de expresión, principalmente cuando involucraban desacuerdo o mensajes negativos. Mientras tales patrones de

ajuste y comunicación homeostáticos desordenados tengan una validez descriptiva, esta formulación y la anterior proponen que tales mecanismos operan en el contexto de un sistema familiar afectivo subyacente, el cual se vuelve relativamente cerrado y así fuerza al sistema a mantener y adaptar el equilibrio interno por estos medios patológicos.

Meissner (Ibid.) opina que el sistema afectivo familiar debe ser considerado como la estructura dentro de la cual se elabora el proceso psicósomático. El paciente externaliza a través de sus síntomas la patología que es inherente al sistema familiar. Es correcto decir que hay un estado en este proceso en el que todos los miembros involucrados del sistema familiar son pacientes potenciales. Cuando el sistema es llevado a un desequilibrio por un evento emocionalmente perturbador, el desequilibrio altera el ajuste emocional y la adaptación emocional de los miembros involucrados. Estos aspectos conflictivos se expresan en una variedad de sintomatologías -en algunas el realineamiento de vectores emocionales precipita la inestabilidad emocional, depresión, ansiedad, u otra psicopatología; en otras el realineamiento precipita desórdenes psicósomáticos.

Sin embargo, algunos autores que han estudiado recientemente el tema muestran algún grado de desacuerdo, principalmente respecto a la preminencia de las cuatro características halladas por Minuchin y sus colaboradores.

Por ejemplo, en una investigación realizada por Kog, Vertommen y Vandereycken (1987), se trató de evaluar la presencia

de las cuatro características en una muestra de pacientes bulímicos y anoréxicos.

Estos autores se cuestionaron, en primer lugar, si la tipología de Minuchin se aplicaba a una muestra más larga y más diferenciada de familias con desórdenes alimenticios. Distinguieron varios tipos de familias en dicha muestra, algunos de los cuales se acercaban al modelo de Minuchin de familia psicossomática; sin embargo, otras familias mostraban clases de interacción menos extremas e incluso opuestas. La selección de la muestra de Minuchin, de acuerdo a Kog et al (ibid.) no parece ofrecer una explicación para su caracterización familiar más coherente dado que ellos encontraron que las familias, independientemente de la edad de la paciente o el tipo de desorden en el comer, estaban extendidas sobre una gama más extensa que la descrita por Minuchin. En otras palabras, ni la sintomatología ni la edad de la paciente parecían estar conectadas con un tipo particular de funcionamiento familiar. De este modo, estos investigadores hipotetizaron que Minuchin, al concentrarse más en las posiciones extremas en las dimensiones de interacción, puso una atención selectiva de conductas que se refieren a estas posiciones extremas.

Kog et al (ibid) señalan que en la medición del funcionamiento familiar son importantes las posiciones menos extremas porque las habilidades de la familia son datos importantes en la terapia, y recomiendan que, antes de que se pueda generalizar esta tipología familiar, se debe investigar una

muestra más grande y más diferenciada de familias, especialmente familias "normales" donde no hay un portador de un síntoma individual o familias con una patología completamente diferente.

Otro hallazgo importante en este estudio fue el de evidencia considerable de imbricación en los conceptos del modelo de Minuchin. Se comprobó que "sobrepotección" es un concepto poco coherente e imbricado por la falta de validez discriminante y convergente.

Sin embargo, coincidieron con Minuchin al encontrar evidencia empírica para los conceptos de "límites", "adaptabilidad" y "conflicto" cuando fueron medidos con métodos conductuales, es decir de observación de tareas.

En otro estudio que revisa las características psicosociales de los pacientes psicósomáticos y sus familias, Michael Wirsching, y Helm Sierling (1985) analizan los patrones familiares de interacción en varios grupos de familias psicósomáticas. Lo más sobresaliente de esta investigación es el hallazgo de tres tipos de familias psicósomáticas: amalgamadas, divididas y separadas. A continuación se presenta un resumen de este estudio.

Un análisis diferencial de las familias psicósomáticas revela una gran variación, particularmente desde la perspectiva de vínculos ocultos. Al menos se pueden describir tres patrones básicos prototípicos 1) la familia amalgamada; 2) la familia dividida; y 3) la familia desintegrada.

Familias amalgamadas

Estas familias parecen ser las más frecuentemente descritas por los investigadores y terapeutas de familias psicossomáticas, como lo ilustra el trabajo ya mencionado de Minuchin y sus colegas (op. cit.). Las familias amalgamadas se caracterizan por límites débiles o no desarrollados entre los miembros individuales y las generaciones. Cada miembro de la familia está implicado en los asuntos de los otros. La regla es: "Nosotros somos una familia unida y vemos al mundo con los mismos ojos". Cada uno sabe lo que el otro piensa, siente, o cree y, en consecuencia, cada uno puede hablar por el otro. Las alianzas abiertas rara vez son permitidas, difícilmente son posibles las definiciones de las relaciones y los conflictos son negados. Nadie en la familia se establece abiertamente a sí mismo como responsable y a cargo de la misma. Esto es apoyado por un estilo de expresión tan general y tan poco comprometido que los significados pueden ser tergiversados, y nadie sabe exactamente lo que se está diciendo.

La fusión dentro de la familia casi siempre va acompañada por un aislamiento de la familia como un todo del mundo exterior. De esta manera, la familia se asemeja a un sistema cerrado que no le permite a nadie entrar o salir. Fuerzas de enlace operan a todos los niveles psicológicos. La sobreprotección a menudo resulta en un completo auto-sacrificio. Las fuerzas de enlace también se manifiestan como fuertes intrusiones mutuas en los sentimientos y en los pensamientos de los otros en el mismo grado

que fue visto en las familias con miembros esquizofrénicos. Finalmente, las fuerzas de enlace mantienen a estas familias juntas por generaciones. La familia es muy impotente, y la lealtad y el compromiso de uno con otro son categóricamente requeridos. El radio entre la autorización y la responsabilidad, el cual determina la contabilidad del debe y el haber en la familia, se carga al lado de la responsabilidad. Se da mucho, se recibe poco, y nada se demanda.

Kog y sus colaboradores afirman que el funcionamiento en esta clase de familias tienen como su meta, en su mayor parte, la conservación de estas características familiares y son desproporcionadamente conservadoras: continúan como antes, orientando a uno a sus padres y abuelos, y, por encima de todo, permanecen en el grupo familiar. Si un miembro abandona a la familia, otro toma su lugar y renuncia a sus planes y necesidades sin discusión. Se sobreponen a las pérdidas a través de una rápida substitución del que haya fallecido o se haya ido. El dolor desatendido o abortado resulta después en una carga psicológica para estas familias ya de por sí amalgamadas.

Familias divididas

Las familias divididas muestran un patrón transgeneracional que combina elementos de lazos idealizantes y fusionadores con un aislamiento negligente y con devaluación. En este tipo de familias las mujeres hablan acerca de lo buenos y amorosos que eran sus padres, y cómo, en contraste, sus madres eran terribles y malas. Uno lo daba todo, nunca defraudaba la confianza puesta

en él; la otra era punitivamente estricta, fría, prohibitiva y rechazante. De acuerdo a estos autores, las pacientes de este tipo de familia permanecían en casa para complacer al padre bueno, apoyarlo y, quizá, moverlo en dirección al divorcio. El punto de vista de los pacientes acerca de la familia generalmente es convincente para el entrevistador, particularmente cuando, ya que después de muchos años, la entrevista clínica puede despertar sentimientos intensos de rabia y rebeldía.

Las obligaciones por lealtad hacia el padre "malo" son anuladas por las deficiencias de ese padre, mientras que, en contraste, la lealtad al padre idealizado continúa aún con mayor intensidad. Algunos de estos pacientes parecen resignados, después de experiencias de este tipo en su familia de origen, a ceder a los deseos de su propia familia. Algunos han permanecido sin pareja porque no han querido abandonar a su padre (o a su madre). El desarrollo de la familia parece estancado a través de las generaciones. Aquellos que se casan a menudo escogen una pareja que se asemeja a la imagen del padre idealizado. La relación está basada en el deseo conjunto de tener un mejor matrimonio que el de los propios padres de uno y crear una familia armónica. El deseo se manifiesta con mayor fuerza cuando ambos miembros de la pareja vienen de familias divididas.

Sin embargo, la decepción parece trágicamente inevitable. A pesar de todas las intenciones conscientes, surge una compulsión a repetir el viejo patrón de la familia dividida. Ciertos conflictos parecen preprogramados inconscientemente: la relación

está basada en la idealización mutua y en el esfuerzo hacia la total armonía. Esto puede proceder con pequeñas dificultades siempre que "el malo" permanezca fuera de la familia y mientras que haya unidad en defenderse del enemigo externo (i.e., el padre "malo"). Así, la dificultad de aceptar los sentimientos ambivalentes conduce eventualmente a un cambio que va de la idealización a las descalificaciones intensas. El pensamiento maniquista predominante y los procesos de separación que siguen al principio de todo-o-nada implican que las diferencias de opinión triviales y los conflictos mundanos sean experimentados de una manera distorsionada y exagerada. En cuanto surge el sentimiento de que la pareja es como el padre "malo", la crisis se vuelve inminente.

Otro elemento importante que pueden precipitar los desarrollos particularmente destructivos dentro del campo relacional fue enfocado por Boszormenyi-Nagy (1988) con el concepto "legado de lealtades divididas", y este concepto es retomado por Kog et al para su descripción de familias divididas. En una lealtad dividida, las obligaciones por lealtad hacia el padre devaluado, son traicionadas en favor del otro padre, creando sentimientos de culpa, los cuales posteriormente obstaculizan una vida feliz. Por ejemplo, el hombre alcohólico que maltrata a su familia como lo hizo su propio padre, exonera a su padre. Frecuentemente el blanco de sus ataques es su pareja, quien substituye al padre idealizado, el cual explota la lealtad del hijo en la batalla contra "el malo". La tragedia de tal

legado radica en el efecto sobre los hijos, quienes nuevamente son confrontados con una imagen parental dividida. Ellos también son forzados a construir un frente común contra el "padre malo" que no cumple con sus obligaciones. También ellos son delegados a substituir a la pareja y batallar contra "el malo".

Las familias divididas se pueden distinguir de las amalgamadas en muchos aspectos. Más que presentar una apariencia de armonía, las familias divididas están a menudo fragmentadas o dominadas por crisis continuas. Mientras que en las familias amalgamadas una crisis en el desarrollo precipita la enfermedad, en las familias divididas el comienzo de un nuevo curso de enfermedad está asociado frecuentemente con desacuerdos fuertes y amenazas. Las disfunciones de los miembros de la familia raramente se limitan sólo a síntomas psicósomáticos, sino que comprenden un amplio espectro de desórdenes conductuales, incluyendo adicción y delincuencia. Generalmente, todos los hijos en estas familias están seriamente perturbados. En ocasiones esto aparece como si solamente el cuidado del niño enfermo creara una breve tregua y redujera la tensión.

Familias desintegradas

Estas familias difícilmente son descritas como psicósomáticas. En lugar de lazos fusionados, actitudes de sobreprotección y de evitación de conflictos, los rasgos predominantes de estas familias son el aislamiento, el descuido, y las obligaciones de lealtad muy rudimentarias. Los conflictos son parte de la vida diaria y son fieramente expresados. Como en

las familias divididas, todos los miembros, especialmente los niños, usualmente están perturbados de modo neurótico, delictivo, o psicosomático. Sin embargo, el desarrollo y la dinámica de estas familias son considerablemente diferentes del patrón previamente descrito.

Las familias desintegradas están formadas por la unión entre un miembro de la pareja que está vinculado fuertemente a su familia de origen y otro miembro que fue rechazado por su familia de origen. Este último está en busca de afecto, pertenencia y calidez, lo que le faltó en su familia de origen, y desea entrar a una "buena familia". El miembro de la pareja vinculado a su familia intenta cumplir el legado de unión y sentido de la familia del hogar parental a través del matrimonio. Al mismo tiempo, el miembro vinculado, con la ayuda del miembro aparentemente independiente, busca escapar de las coerciones del hogar parental. Son ejemplo de ello las mujeres que se casan con un hombre desafortunado, el cual no tenía amor en su hogar, o los hombres que desean rescatar a una mujer con un pasado terrible.

En realidad, tales matrimonios a menudo fracasan. Al principio, las profecías de otros, i.e., que el matrimonio no durará, apoyan la unión. Sin embargo, a largo plazo, las reservas, particularmente aquellas de los padres amalgamados, resultan una pesada carga. Este es el caso cuando los reclamos mutuos de los miembros de la pareja se complementan de una manera mucho menos adecuada que al principio. Tanto el miembro vinculado como el rechazado, tienen las mismas expectativas desusualmente

altas: ser mimados, reconocidos y confirmados. Ambos tienen dificultades para dar, compartir y mantener un diálogo constructivo.

Los hijos en estas familias a menudo soportan la carga de proveer el amor que no es provisto por la pareja. Muchos niños son concebidos antes del matrimonio con el objeto de cimentar la unión y forzar la boda contra las reservas de la familia de origen. No obstante, después del nacimiento se vuelve claro que el niño no puede dar lo que se espera de él. Por el contrario, el hijo demanda mucho cuidado, empatía y amor. En este punto, muchos matrimonios se separan tan abruptamente como fueron formados. El miembro rechazado (esquizoide) emprende una nueva búsqueda de la felicidad relacional y se va sin preocuparse de nuevo por su familia. El miembro vinculado frecuentemente regresa al hogar de sus padres con el hijo en una relación de hermanos.

Si, a pesar de todas las dificultades, el matrimonio perdura, los miembros generalmente experimentan una continua y profunda desilusión del otro miembro. El rechazado sigue su propio camino y apenas si parece pertenecer a la familia. El vinculado, trascendiendo los límites generacionales, continúa una relación intensa con sus padres. Los hijos de tales familias están expuestos a una alternancia brusca entre modos fusionantes y modos rechazantes que perturban su confianza en su ambiente y que los vuelve propensos a la enfermedad desde una edad temprana, a menudo crónicamente. En esta última constelación, la terapia es la más difícil y el pronóstico es el más pobre.

Además de describir patrones de funcionamiento familiar distintos a los que presenta Minuchin, Kog et al buscaron la correlación entre estos tipos familiares y las distintas clases de enfermedades psicosomáticas.

En efecto, una comparación de sus grupos de investigación (29 familias con un adolescente padeciendo desde asma bronquial y/o neurodermatitis y 26 familias en las cuales hay un adolescente con úlcera, colitis o ileitis) mostró que las tres constelaciones relacionales variaron en frecuencia de acuerdo a la enfermedad básica.

Lo más prominente fue la familia amalgamada, tal como se enfatiza en la literatura, a las cuales pertenecía el 44% de los casos. Sin embargo, la organización de la familia amalgamada es característicamente primaria en el grupo de enfermedades gastrointestinales. Casi dos tercios (62%) de estas familias exhibieron un patrón de enlace. En el grupo de asma-neurodermatitis se encontraron las familias divididas en casi la mitad de todos los casos (41%). El enlace se vio sólo en los subsistemas. El tercer patrón, el de las familias desintegradas comprendió de un cuarto a un tercio de todos los casos en ambos grupos de diagnóstico de la población. Debe notarse que este tipo de organización familiar, el cual tiene el peor pronóstico, apenas ha sido discutido hasta ahora en la literatura sobre psicosomática.

Revisando estos resultados, sus autores consideran que existen diferencias significativas en la estructura familiar de

varios grupos de enfermedades. Más aún, los grupos de diagnóstico no son homogéneos con respecto a un patrón dominante. La "familia psicósomática" per se no existe. Hay, más bien, un conglomerado de situaciones relacionales las cuales, de un modo u otro parecen incrementar la susceptibilidad a la enfermedad. Estas circunstancias relacionales, empero, también pueden ser encontradas en otros tipos de desórdenes psicológicos.

Además, no debe considerarse que los hallazgos de Minuchin sean válidos para todas las culturas. Es por ello que la Dra. Matha Pardo (1984) realizó una investigación semejante a la de Minuchin pero con una muestra de familias mexicanas con niños asmáticos.

La investigación llevada a cabo en el Hospital Infantil de México, aportó resultados importantes. Contrariamente a lo postulado por Minuchin en los Estados Unidos, las familias mexicanas, tanto psicósomáticas como no-psicósomáticas presentaban niveles similares de amalgamamiento, rigidez y sobreprotección. Únicamente las familias psicósomáticas presentaban niveles significativamente elevados de evitación de conflicto.

Los hallazgos mostraron claramente que, en efecto, la influencia cultural fue determinante, por lo que se puede esperar que en general la familia mexicana presentará niveles similares de amalgamamiento, rigidez y sobreprotección, y que éstas no serán suficientes para producir síntomas. Solamente cuando el elemento crítico, la evitación de conflicto, está presente en grado

elevado, se desencadena la sintomatología psicósomática.

Los mecanismos que con mayor frecuencia utilizaron las familias para evitar el conflicto, observados en el estudio mexicano, fueron:

- Señalar a alguien como culpable de los problemas familiares.

- cambiar, terminar o desviar los temas acerca de los problemas.

- Bromear reír, distraer o interrumpir ante temas problemáticos.

- Callarse o negarse a participar en las conversaciones en las que se abordan problemas.

- Negar que se tienen problemas o minimizarlos.

- Amenazar con dejar a la familia si se tratan problemas.

De este estudio se concluyó la existencia de una relación directa entre una estructura familiar determinada y la presentación y exacerbación de las crisis asmáticas.

Otros investigadores se preguntaron qué tan eficiente era el Modelo Circulejo para discriminar entre familias psicósomáticas y familias no-psicósomáticas. Tal fue el propósito del estudio de Lynn S. Walker, Joseph McLaughlin y John W. Green (1988). Los hallazgos no apoyaron la esperada relación curvilínea entre sintomatología y las dimensiones del FACES II adaptabilidad y cohesión.

En este estudio, el Modelo Circumplejo, tal como lo mide el FACES II, no discriminó familias de adolescentes con diagnóstico

de enfermedad funcional de familias de adolescentes saludables. A pesar de varias aproximaciones para utilizar el Modelo Circumplejo (dividiendo a las familias dentro del tipo Rígida-amalgamada contra todos los demás; el cuadrante del Modelo de Alta Cohesión / Baja Adaptabilidad contra todos los demás; los tipos familiares extremos contra los medios y balanceados y los cuatro cuadrantes del Modelo), no se encontró ninguna relación entre las clasificaciones del Modelo Circumplejo y los diagnósticos de los adolescentes de saludable versus enfermo funcional. Es posible que el pequeño tamaño de la muestra empleada haya limitado la posibilidad de hallar una asociación entre grupo diagnóstico y tipo familiar. Aun así, no hubo indicaciones en estos datos de tendencias hacia la significancia en la dirección predicha por el Modelo Circumplejo.

Una posible explicación para hallazgos propuesta por los autores es que el grupo funcional puede haber diferido en algunas maneras de las familias estudiadas por Minuchin. En efecto, Minuchin se centró en tres desórdenes particulares -asma, diabetes y anorexia nerviosa- pero no examinó específicamente los síndromes funcionales que caracterizaron a la muestra estudiada por Walker et al. De acuerdo a Minuchin (op. cit.), sin embargo, las características de la familia "psicosomatogénica" tales como el amalgamamiento y la rigidez son aplicables a través de las variedades de desórdenes psicósomáticos, incluyendo los desórdenes psicósomáticos "primarios" en los cuales un trastorno fisiológico está presente y es exacerbado por factores

psicológicos, y los desórdenes psicosomáticos "secundarios" en los que no hay ningún trastorno físico predisponente sino que los conflictos emocionales son transformados en síntomas psicosomáticos. En consecuencia, tanto los desórdenes estudiados por Minuchin y aquellos examinados en la investigación de Walker et al, caen dentro de la definición amplia de desorden psicosomático. De este modo, aunque sea posible que el modelo de Minuchin haya sido suficientemente ampliado, también hay razón para esperar que la definición de familias psicosomáticas se aplicaría a las familias de adolescentes somatizadores de este estudio.

Una segunda interpretación del hallazgo de que las familias funcionales no fueran del tipo Rígido-amalgamado es que el FACES II no mida adecuadamente las características que Minuchin y sus colegas han observado clínicamente. Esto podría ser debido al instrumento particular o a los problemas inherentes a la evaluación de funcionamiento familiar con cualquier instrumento de auto-reporte. Los hallazgos reportados aquí sugieren que puede haber una discrepancia entre los constructos de rigidez y amalgamamiento como se define clínicamente y tal y como es medido por el FACES II.

CAPITULO CUATRO SINDROME DE COLON IRRITABLE

Los trastornos gastrointestinales constituyen, junto con las cefaleas, las enfermedades psicosomáticas más frecuentes de la clientela de la medicina general (Haynal, 1984). Sin embargo, ninguna otra función corporal refleja mejor las complejas interrelaciones existentes entre el psique y el soma que el sistema gastrointestinal (Kaplan, 1984).

La relación entre las emociones y las funciones gastroduodenales (secreción, motilidad) se han puesto en evidencia en numerosas experiencias humanas. Spitz, por ejemplo, achaca a una excesiva y ansiosa solicitud maternal el trastorno que Spock denominó el "cólico de los tres meses" y cuyo tratamiento era el chupete.

En razón de esta interrelación, las primeras fases del desarrollo de la psicobiología del organismo humano han sido denominadas (por el psicoanálisis) con términos que se refieren al conducto gastrointestinal: oral y anal (Kaplan, 1984). La elección de estos términos condensados refleja las inherentes relaciones de la ingesta, asimilación y expulsión con el significado de los alimentos, así como de los sucesos psicológicos.

Se han recopilado innumerables datos que muestran la presencia de cambios identificables y mesurables de las funciones gastrointestinales, desde un extremo a otro del conducto, relacionados con sucesos psicológicos (Donald Oken, referido por

Kaplan). Entre los principales trastornos que ocurren con relación a la ingesta, a las funciones digestivas y a la eliminación, así como a los cambios del apetito, podemos citar: los trastornos del esófago; la esofagitis, el reflujo esofágico, la acalasia, y la úlcera esofágica.

A nivel epigástrico están las úlceras pépticas; la úlcera gástrica, la úlcera duodenal y sus antecedentes: la gastritis y la gastroduodenitis.

A nivel digestivo bajo, se encuentran la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn o enterocolitis regional, el síndrome de colon irritable, y la incontinencia fecal. Además podemos mencionar, a las náuseas, los vómitos, la anorexia nervosa, la bulimia y otras variantes de los trastornos del apetito que mantienen una estrecha relación con los sucesos vitales y los estados emocionales que tienen lugar en la vida cotidiana.

Entre los desórdenes a nivel digestivo bajo, enfocaremos nuestra atención en el trastorno conocido como: el Síndrome de Colon Irritable. Otros de los nombres que ha recibido este síndrome son: Síndrome del intestino irritable (IBS, Intestinal Bowel Syndrome), colitis mucosa, colitis espástica, diarrea nerviosa, neurosis de colon y disnergia intestinal.

Los rasgos centrales que caracterizan a esta enfermedad son: intenso dolor abdominal acompañado por la alternación de diarrea y estreñimiento y en algunos casos distensión abdominal. El diagnóstico de intestino irritable se refiere a una condición

más o menos crónica en la que hay alteración psicofisiológica de la función intestinal. Esta alteración es producto de cambios en la regularidad en las ondas de contracción que activan al colon, que al volverse desiguales, impiden que las sustancias de desecho sean eliminadas del aparato digestivo a un ritmo normal (regular).

Son comunes las exacerbaciones y remisiones de los síntomas mencionados, pero no tiene lugar un deterioro progresivo. Tampoco se desarrollan lesiones grandes o histopatológicas, a excepción de la irritación anal secundaria y las hemorroides. Al contrario de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, la diarrea o el estreñimiento son una consecuencia primaria de la de la inflamación intestinal. Estos síntomas son primarios y van acompañados de alteraciones características de la motilidad intestinal.

Bajo diferentes enfoques se ha emprendido el estudio del Síndrome de Colon Irritable, reportando valiosos hallazgos en la comprensión de los factores fisiológicos, psicofisiológicos, de las características psiquiátricas y psicológicas de los pacientes, así como de los tratamientos que han sido probados en el alivio de esta enfermedad.

Describiremos por principio la anatomía y fisiología del sistema digestivo particularmente la sección intestinal en donde se localiza el colon.

Anatomía. Comenzando en el ciego, el segmento del intestino grueso que se extiende hasta el borde inferior del hígado es el

colon ascendente, el cual al hacerse horizontal se convierte en el colon transversal. Este se dobla hacia abajo y se convierte en el colon descendente, el cual se continúa con una parte curva del intestino grueso que se halla en el interior de la pelvis, llamada colon sigmoide. (Guyton, 1969).

Fisiología. Además de la eliminación de excremento, el colon tiene otras funciones, de las cuales la más importante es la absorción de agua y de electrolitos. La mayor parte de esta absorción se realiza en la porción ascendente. (Ibid.)

En la actualidad no hay un acuerdo general sobre la innervación de la mitad derecha del colon. Muchos investigadores competentes piensan que las fibras motoras del ciego y del colon ascendente y el primer tercio del colon transversal están abastecidas por el nervio vago. Otros son de la opinión de que todo el colon está abastecido por el flujo del sacro.

En el individuo sano, los contenidos intestinales son propulsados a través del colon en un ritmo relativamente constante para el individuo. Normalmente la comida alcanza el ciego en tres o cuatro horas después de abandonar el estómago. El material atraviesa el colon por un número de mecanismos. En el ciego, los movimientos producidos por la respiración impelen la comida hacia el colon ascendente. Aquí el material se mueve hacia adelante al colon transversal como una columna. En el colon transversal y en el descendente hay contracciones que persisten a lo largo de varias horas. En adición a estos movimientos, hay un alargamiento y un acortamiento sucesivos del colon

transversal. No obstante, el mecanismo aislado más importante en la iniciación de la evacuación es el movimiento masivo, el cual es similar a las contracciones que ocurren en el intestino delgado. Estos movimientos vacían el colon transversal, llevando la materia fecal a almacenarse en el colon descendente y en el pélvico (o sigmoide). Desde allí es forzada a desplazarse hacia el recto con otro movimiento masivo. Este tipo de movimientos se inician comúnmente por la ingestión de comida, la cual es el estímulo para el reflejo gastro-cólico. Cuando el recto de distiende con materia fecal, los receptores en la pared son estimulados y los impulsos pasan a centros de la espina sacra. La vía aferente va de los nervios pélvicos al colon descendente, al colon pélvico, al recto y a los esfínteres internos, y de los nervios pudendos al esfínter anal externo, y a los músculos estriados del recto. Estos dos mecanismos operan a un nivel vegetativo. Un nivel más alto para la defecación con conexiones corticales se localiza en la médula oblongada.

Las facultades de absorción del colon dependen del buen estado de la mucosa y del volumen, carácter y ritmo al que el material llega del intestino delgado. Ni una mucosa atrofiada, ni una hipertrofiada absorberán tan eficientemente como una normal.

La motilidad intestinal esta a cargo del sistema nervioso vegetativo, la actividad parasimpática promueve la absorción de los alimentos, en tanto que la actividad simpática tiende a disminuir los movimientos gastrointestinales y retardar la

absorción. Los cambios transitorios de los hábitos intestinales, una diarrea o un estreñimiento moderados son un suceso común en las épocas de cambio de vida y estrés emocionales. La reacción clásica de "combate-huida" en los animales va acompañada del cese de la actividad intestinal, a menudo precedida por un vaciamiento de los contenidos intestinales (Donald Oken, op cit).

Contrariamente a la idea común, la diarrea va asociada a hipomotilidad intestinal, tanto en el síndrome de colon irritable como en otras afecciones. Los segmentos inactivos del intestino sirven como canales abiertos a través de los cuales tiene lugar un paso acelerado de los contenidos intestinales impelidos desde arriba. Por otra parte los episodios de dolor coinciden frecuentemente con la hipermotilidad (Ibid).

Estos cambios en la motilidad pueden tener lugar tanto en el intestino delgado como en el grueso; por ello resulta apropiado denominar a este transtorno como síndrome intestinal. Diversos estudios han mostrado que muchos de estos pacientes tienen una alta respuesta a los fármacos parasimpaticomiméticos. Por último, los hallazgos indican que los pacientes con síndrome de colon irritable tienen un menor umbral de dolor a los cambios de la motilidad intestinal.

Los síntomas de los desórdenes funcionales del intestino van desde el sentimiento de hartazgo y malesta: después de comer o beber hasta dolores abdominales severos. El dolor es usualmente más notable en la parte inferior del abdomen. Ordinariamente, la defecación o la expulsión de gases

producen un aligeramiento temporal de los síntomas. La náusea es un síntoma frecuente, y algunos individuos no son capaces de comer un platillo de dimensiones moderadas sin experimentar una desagradable sensación de hartazgo y distensión. (Clark y Cumley, 1972).

Muchas personas tienen la idea de que están constipadas cuando en realidad no lo están. Como resultado, se forman el hábito de tomar laxantes y enemas los cuales causan los síntomas del colon irritable. Es infundado el concepto de que la defecación debería ocurrir después de la comida o de que las evacuaciones copiosas son necesarias, pero muchos individuos están obsesionados con la noción de que sus intestinos no se mueven con la frecuencia suficiente. De hecho, muchas de esas personas suscriben las siguientes ideas: que la retención de material de desecho en el cuerpo más allá de un día es perjudicial para la salud; que si los intestinos no se mueven durante un día ellos deben hacer algo al respecto, que el colon es un tubo de desagüe para ser vaciado tan pronto como sea posible; que el periodo de latencia del intestino que sigue después de una purga es un signo de constipación y que solamente puede ser curado con más purgas; y que muchos de los síntomas comunes, como el dolor de cabeza, la fatiga y el vértigo, pueden ser tratados con purgantes.

Una debilidad del funcionamiento normal del intestino y el desarrollo de una inestabilidad progresiva en los hábitos intestinales siempre van después de la administración

habitual de agentes laxantes. La incidencia de hemorroides es mucho mayor en usuarios de laxantes que en otras personas.

Los dolores de cabeza, la fatiga y otras manifestaciones que acompañan al malestar emocional generalmente tienen bases emocionales o "nerviosas". Una sensación de enfermedad, de extenuación e incluso de desmayo que precede o sigue a un movimiento intestinal a menudo es descrito por las personas afectadas. Este fenómeno se asemeja a un shock leve en las personas particularmente inestables. (Clark y Cumley, 1972).

Usualmente el diagnóstico de los médicos de síndrome de colon irritable está hecho sobre la base de la historia personal del hábito de los laxantes, hábitos dietéticos, tensión emocional y dolor abdominal generalizado o inferior. Una persona que tiene esos síntomas puede tener una enfermedad orgánica. Esto debe ser decidido por el médico debido a que estos mismos síntomas podrían ser indicadores de un conjunto de condiciones más serias. La evidencia de cáncer puede ser desechada por hallazgos negativos en los exámenes de rayos X y proctoscopia; sin embargo, se puede realizar una cirugía exploratoria en algunos casos para cerciorarse del diagnóstico. La diverticulitis y la colitis ulcerosa se pueden detectar por rayos X y proctoscopia también. El cáncer estomacal y el del páncreas también pueden precipitar el dolor abdominal.

Sin embargo, la mayoría de los casos de colon irritable no son el resultado de una enfermedad orgánica. Como un paso inicial en el tratamiento el paciente debe aliviar su mente de la

ansiedad concerniente a cualquier otra enfermedad orgánica. El paciente debería adaptarse para obtener movimientos intestinales satisfactorios sin el uso de laxantes. Ordinariamente, no hay dano en esperar o incluso una semana a que las heces desciendan al recto. (Ibid.)

Algunas personas son incapaces de evacuar al intestino normalmente a causa de una pérdida del reflejo defecatorio normal. Los supositorios de glicerina usados en intervalos regulares a menudo son útiles en reestablecer el reflejo; esto debería ser usado bajo prescripción médica. En pacientes con colon irritable el descanso es de gran valor; pero en pacientes con músculos abdominales laxos se recomienda el ejercicio. La cantidad de reposo depende de la severidad de los síntomas. Cuando el dolor es severo, lo más deseable es el permanecer en cama. Para el paciente promedio son adecuadas muchas horas de sueño nocturno y quizá una siesta o un periodo de descanso en la tarde. Es aconsejable la aplicación de calor al abdomen con toallas calientes. (Clark y Cumley, 1972).

El esfuerzo principal debe dirigirse hacia la restauración del funcionamiento normal del intestino. El manejo dietético del desorden intestinal está basado en la variedad de efectos laxantes de los distintos alimentos. Todo lo que estimula los movimientos peristálticos puede producir espasmos y desórdenes funcionales en un intestino sensible; en consecuencia la dieta debe ser ajustada a la sensibilidad o irritabilidad del intestino. Todos los alimentos estimulan la actividad intestinal

y de este modo son laxantes en cierto grado. Realmente no existen alimentos que provoquen constipación, pero hay marcadas diferencias en los efectos de diferentes alimentos. Las dietas irritantes del intestino incluyen jugo de naranja, trigo y café. La mejor manera de manejar los problemas intestinales es mantener una dieta en la cual la comida irritante y laxante se evita. Con este método generalmente es posible mantener un funcionamiento normal en unos cuantos días y aliviar el malestar, pero la dieta debe mantenerse por unas semanas antes de regresar al menú habitual. Muchas personas deben mantener las restricciones dietéticas permanentemente, si quieren vivir con comodidad.

No hay razón para que el dolor y el malestar persistan cuando se normaliza el funcionamiento del intestino. Si el dolor continúa, entonces debe considerarse la asociación con otra enfermedad orgánica, o el involucramiento de un factor emocional.

En este campo han sido numerosos los intentos por identificar los distintos factores psicológicos que mantiene estrecha relación con la etiología y evolución de los diferentes trastornos psicósomáticos.

Estas aproximaciones se han ocupado de correlacionar diferentes perfiles de personalidad con este trastorno intestinal, de esta manera los estudios clínicos han caracterizado a estos pacientes como sujetos neuróticos, neurasténicos, "nerviosos", histéricos, hipocondríacos, emocionalmente inestables, obsesivo-compulsivos y deprimidos.

Lo anterior nos muestra que estos pacientes, tienen una tendencia a sufrir formas moderadas de psicopatología no específica.

En apoyo de lo anterior, los resultados de un estudio en con un grupo de 170 pacientes que presentaban diversas patologías psicósomáticas gastrointestinales, revelaron que los rasgos que identificaban a estos sujetos eran, el neuroticismo, la depresión, elevados niveles de ansiedad y tendencia a la reacción obsesivo- fóbica (Karkina, M. V; Marilov, V. V., 1984)

En un estudio para conocer el papel del estrés en los mecanismos psicofisiológicos del colon en pacientes con síndrome de colon irritable se comparo a un grupo de pacientes con este diagnóstico con pacientes saludables. Los resultados indicaron que aún cuando no se encontraron diferencias significativas en los estados de motilidad, los puntajes obtenidos en las escalas de Hipocondriasis, Histeria y Depresión del MMPI, pudieran sugerir el aprendizaje en la producción de los síntomas clínicos y de los cambios fisiológicos en los pacientes con síndrome de colon irritable (Welgan, et al 1985).

Otra investigación que se realizó en este sentido comparó el estado mental y los perfiles de personalidad de pacientes con síndrome de colon irritable con pacientes que padecen úlcera péptica, de acuerdo con los resultados, los dos grupos no se diferenciaron significativamente, sin embargo en los pacientes con colon irritable se encontraron elevados puntajes en rasgos de neuroticismo e introversión al ser evaluados con el Inventario de

Personalidad de Eysenck (Dinan, et al 1991).

También los esfuerzos por identificar un estado emocional específico ha permitido revelar que las emociones predominantes en estos pacientes son: ansiedad, resentimiento, culpa y depresión.

Las formulaciones psicodinámicas se han centrado en definir los síntomas del síndrome intestinal como manifestaciones de dos aspectos de las pulsiones anales y las defensas contra ellas. La diarrea ha sido vinculada a la agresividad, liberación y cesión y el estreñimiento a lo contrario. Los estudios de Alexander hablan indicado el significado con relación a los dos síntomas de la siguiente manera: retención y obstinación eran características de los pacientes con estreñimiento; agresión, hipercompensación y esfuerzos de rendimientos en los pacientes con diarrea.

Un estudio clínico controlado enfocó su atención sobre diferentes trastornos somáticos con componentes psicológicos en estos pacientes se empleo la teoría psicoanalítica para explicar los conflictos psíquicos subyacentes y el significado de los síntomas somáticos. Además se discutió la aplicabilidad de otras técnicas terapéuticas rentre las que se destacan la terapia grupal y la terapia familiar de confrontación (Petzold, et al 1977).

En el área de la medicina psicosomática se han probado diversos tratamientos dirigidos a resolver la etiología del síndrome de colon irritable, en este marco se han atendido

estados emocionales como la ansiedad y la depresión con el empleo de fármacos ansiolíticos, y con antidepresivos tricíclicos.

En un estudio realizado con el propósito de investigar la relación entre colon irritable y depresión usando la escala de Zung, se comparó el efecto de antidepresivos y placebo. Los resultados muestran un efecto positivo del fármaco tricíclico sobre los síntomas depresivos y las molestias gastrointestinales (Heefner, et al 1978).

Otras investigaciones han reportado mejorías similares en pacientes con trastornos gastrointestinales, que presentaban síntomas ansiedad diagnosticados como desórdenes de pánico, en el tratamiento se emplearon medicamentos ansiolíticos, después de lo cual se observó una reducción de los síntomas gastrointestinales (Noyes, et al 1990).

También el empleo de técnicas de retroalimentación biológica, han conseguido la regularización de los hábitos intestinales y la eliminación del dolor.

Para demostrar el valor de las técnicas conductuales como tratamiento de las enfermedades psicósomáticas gastrointestinales se administro un tratamiento conductual a dos grupos de pacientes diagnosticados con colitis ulcerosa y síndrome de colon irritable, en ambos grupos se realizó una evaluación previa de personalidad y de los niveles de ansiedad, posteriormente se empleó la técnica de entrenamiento autógeno; el seguimiento efectuado mostró un decremento significativo de la ansiedad y de

los síntomas clínicos que presentaban los pacientes (Cabras et al, 1985).

Otra técnica que ha sido empleada en pacientes con desórdenes gastrointestinales ha sido el psicodrama en terapias de grupo. Esta técnica ha sido combinada con entrenamiento de relajación, para tratar a pacientes con dispepsia gástrica y síndrome de colon irritable. El objetivo de este estudio era reducir los estadios de ansiedad que presentaban los sujetos. Los resultados muestran que los pacientes con colon irritable al adquirir una nueva conducta, la de autorelajación, pudieron controlar mejor sus síntomas (Arn, I., et al 1989).

En todos estos casos se ha reconocido el factor psicológico como el elemento desencadenante de la disfunción intestinal, lo que confirma la interrelación entre los desórdenes intestinales funcionales con estímulos de carácter emocional.

LITIASIS VESICULAR

Para contrastar la muestra de pacientes con Síndrome de Colon Irritable, a sugerencia del equipo médico de la Unidad de Epidemiología Clínica, se utilizó a un grupo de pacientes con Litiasis Vesicular. Este grupo de comparación ofrece las ventajas de compartir algunas similitudes con el de Colon Irritable (como veremos más adelante), y de ser un padecimiento en el que los factores psicológicos no se encuentran tan directamente involucrados, es decir, que podríamos hablar de una enfermedad casi completamente somática. Además, se trataba de una población

accesible dentro de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México.

La litiasis vesicular, también es conocida como colelitiasis o llanamente como cálculos biliares.

Aunque no disponemos de las cifras de incidencia en nuestro país, se sabe que en Estados Unidos 5 millones de hombres y 15 millones de mujeres sufren de esta enfermedad, y que los cálculos biliares se encuentran hasta en 25% de la necropsia del mundo occidental (Watts, 1985), lo que nos da una idea de su frecuencia.

Los cálculos de colesterol son los más comunes y contienen 75% de colesterol monohidratado por peso. Los cálculos pigmentados contienen básicamente pigmentos biliares (bilirrubinato de calcio y bilirrubina no conjugada) y menos de 10% de colesterol.

Los factores predisponentes son la obesidad, la diabetes, la disfunción del íleon, la cirrosis, las infecciones biliares y cualquiera de las enfermedades hemolíticas crónicas (por ejemplo, anemia hemolítica autoinmune o eliptocitosis congénita).

Por lo menos el 50% de los cálculos no producen síntomas, sobre todo cuando permanecen en la vesícula biliar. Si emigran y obstruyen los conductos cístico o biliares comunes pueden llegar a producir cólicos biliares, náusea, vómito e ictericia.

Entre las complicaciones más comunes de la colelitiasis se incluyen la colecistitis crónica, la coledocolitiasis, la pancreatitis y la cirrosis biliar secundaria.

El tratamiento consiste en extirpar quirúrgicamente los cálculos, es decir, la colecistectomía. También, estos pacientes pueden ser tratados con sales biliares, especialmente con ursodeoxicólico (ibid, p. 303).

CAPITULO CINCO

METODO

TIPO DE INVESTIGACION

Se trató de un estudio ex-post facto y de tipo observacional, ya que se llevó a cabo una evaluación de eventos que tuvieron lugar sin que se manipularan directamente las variables involucradas.

Fue una investigación de tipo transversal, ya que se hizo una sola evaluación para cada sujeto, sin que hubiera un seguimiento.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, ya que no se pretendió dar una explicación al fenómeno observado.

La investigación consistió en una comparación de dos muestras independientes, teniendo como grupo experimental a los pacientes con Síndrome de Colon Irritable (grupo psicósomático) y como grupo control a los pacientes con Litiasis Vesicular (grupo no psicósomático).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aun cuando ha quedado establecida la relación entre algunos trastornos gastroenterológicos con diversos síntomas psiconeuróticos, no se ha reconocido la influencia que el grupo familiar ejerce en la etiología de ciertos desórdenes gástricos psicósomáticos. Por lo que la presente investigación pretende identificar:

?Cuál es la tipología familiar de los pacientes con Síndrome de Colon Irritable, considerando los factores de adaptabilidad y cohesión?

HIPOTESIS

HIPOTESIS CONCEPTUAL

Las familias de pacientes psicósomáticos serán de una categoría diferente de las de pacientes no-psicósomáticos, de acuerdo a sus niveles de adaptabilidad y cohesión .

HIPOTESIS DE TRABAJO

H1: La frecuencia relativa de familias centrales, medias y extremas es significativamente diferente (con un nivel de confianza del 95%) para el grupo de pacientes con Síndrome de Colon Irritable (pacientes psicósomáticos) y para el grupo de pacientes con Litiasis Vesicular (pacientes no-psicósomáticos).

H0: La frecuencia relativa de familias centrales, medias y extremas no es significativamente diferente (con un nivel de confianza del 95%) para el grupo de pacientes con Síndrome de Colon Irritable (pacientes psicósomáticos) y para el grupo de pacientes con Litiasis Vesicular (pacientes no-psicósomáticos).

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Tipo de familia (Medido de acuerdo al protocolo de la prueba FACES II). Se obtiene a través de los puntajes en las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad.

Se clasifica en tres grandes categorías, de acuerdo a su nivel de funcionamiento:

a) Central, dada por puntajes medios en ambas dimensiones. Esta categoría comprende los siguientes tipos familiares: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuradamente separada y estructuradamente conectada.

La categoría central implica un buen nivel de funcionamiento familiar.

b) Media, dada por puntajes medios en una dimensión y extremos en la otra. Comprende los siguientes tipos: caóticamente separada, caóticamente conectada, rígidamente conectada, rígidamente separada, flexiblemente desvinculada, flexiblemente amalgamada, estructuradamente desvinculadas y estructuradamente amalgamada.

En esta categoría se ubican las familias con un nivel de funcionamiento parcialmente adecuado.

c) Extrema, dada por puntuaciones extremas tanto en la dimensión de Adaptabilidad como en la de Cohesión. Abarca los siguientes tipos familiares: caóticamente desvinculada, caóticamente amalgamada, rígidamente amalgamada, rígidamente desvinculada.

Aquí se ubican las familias más disfuncionales.

VARIABLE DÉPENDIENTE

Tipo de enfermedad (de acuerdo al diagnóstico dado por el equipo médico de las unidades de Gastroenterología y de Epidemiología Clínica):

Psicosomática: Síndrome de Colon Irritable. Transtorno de la parte baja del sistema digestivo caracterizado por los siguientes

rasgos: intenso dolor abdominal acompañado por la alternación de diarrea y estreñimiento y en algunos casos distensión abdominal. El diagnóstico de colon irritable se refiere a una condición más o menos crónica en la que hay alteración psicofisiológica de la función intestinal.

No-psicosomática: Litiasis Vesicular (o colelitiasis): este trastorno consiste en la obstrucción de los conductos biliares por cálculos (ya sean de colesterol o pigmentados).

SUJETOS

Se estudió una muestra total de 69 pacientes, remitidos a las unidades de Gastroenterología y de Epidemiología Clínica del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, durante un periodo de 10 meses, que comprendió de febrero a noviembre de 1991. Para el grupo experimental se incluyeron 19 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable. Para el grupo control se emplearon 50 pacientes con diagnóstico de Litiasis Vesicular. La muestra, para ambos grupos, estuvo conformada por sujetos mayores de 18 años.

La muestra del grupo de pacientes psicosomáticos fue seleccionada por el equipo médico de la Unidad de Epidemiología Clínica, de tal manera que para la presente investigación sólo nos fueron remitidos aquellos sujetos que tenían un diagnóstico confirmado. Del mismo modo, los pacientes que conformaron la muestra del grupo control fueron remitidos por el personal médico de la Unidad de Gastroenterología, una vez que el diagnóstico fue corroborado.

ESCENARIO

Tanto la entrevista como la aplicación del FACES II se efectuaron en un cubículo adecuado dentro de la Unidad de Gastroenterología y de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital General de México de la S.S.

INSTRUMENTOS

Se empleó el cuestionario FACES II, que está integrado por dos escalas para la evaluación de la adaptación y la cohesión familiares. Este instrumento consta de 30 reactivos, de los cuales 16 corresponden a la dimensión de cohesión y 14 a la dimensión de adaptabilidad. (En los apéndices 2 y 3 se describen los rasgos relacionados en cada uno de los niveles de las dimensiones de adaptabilidad y cohesión, respectivamente).

El FACES II tiene su base teórica en el Modelo Circumplejo creado por David L. Olson, Candyee Russel y Douglas S. Sprenkle.

(Se anexa un cuestionario en el apéndice 1.)

Complementariamente se realizó una entrevista dirigida, con el fin de ratificar los criterios de inclusión.

PROCEDIMIENTO

A los pacientes que acudieron a la Unidad de Gastroenterología del Hospital General que cumplieran con los criterios de inclusión señalados anteriormente, y una vez que se les hubo confirmado el diagnóstico, se les citó en una ocasión diferente a la de su cita médica, para que se les entrevistara y para aplicarles el cuestionario FACES II. Estas aplicaciones

fueron realizadas por los dos psicólogos encargados de la presente investigación. En todos los casos se le informó al paciente el objetivo del estudio y que los datos que proporcione serán tratados en forma confidencial.

Al final de la sesión se les agradeció a los pacientes su colaboración.

En una etapa posterior se procedió a la calificación de los cuestionarios, y a la tabulación de los datos obtenidos dentro de la escala FACES II.

Una vez clasificados los datos, se empleó la prueba estadística conocida como U de Mann-Whitney, para dos muestras independientes, ya que el nivel de medición de las variables es de tipo nominal (variable dependiente -tipo de enfermedad-) y de tipo ordinal (variable independiente -tipo de familia/nivel de funcionalidad-).

Por último, se elaboró la discusión de los resultados en base a los antecedentes teóricos.

CAPITULO SEIS

RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

La muestra de 69 pacientes estuvo constituida de la siguiente manera:

19 sujetos conformaron el grupo experimental (pacientes psicósomáticos diagnosticados con Síndrome de Colon Irritable).

Y 50 sujetos conformaron el grupo control (pacientes no-psicósomáticos diagnosticados con Litiasis Vesicular).

SEXO

La muestra de los pacientes del grupo experimental estuvo compuesta por 14 mujeres que representan el 73.68 % y por 5 hombres que representan el 26.31 % de este grupo.

En tanto que la muestra de los pacientes del grupo control estuvo compuesta por 44 mujeres que representan el 88 % y por 6 hombres que representan el 12 % de este grupo. (Gráfica 1).

EDAD

La edad de los pacientes de ambos grupos estuvo comprendida entre los 19 y 78 años.

Para el grupo experimental la edad de los sujetos fue de los 21 a los 65 años, con una media de 41.42 y una desviación estándar de 12 años siete meses.

Para el grupo control la edad de los sujetos fue de los 19 a los 78 años, con una media de 47.8 y una desviación estándar de 14 años 1 mes.

ESTADO CIVIL

El estado civil de los pacientes del grupo experimental fue el siguiente:

3 sujetos eran solteros lo que representa el 15.7 % , 14 sujetos estaban casados lo que representa el 73 % , hubo un divorciado y un viudo lo que representa el 5.2 % respectivamente.

Por su parte el grupo control estuvo conformado por 4 solteros que representan el 8 % , 38 estaban casados lo que representa un 76 % , 4 sujetos estaban divorciados y 4 viudos, lo que representa 8 % en cada una de esta categorías. (Gráfica 2).

ESCOLARIDAD

La escolaridad para el grupo experimental estuvo compuesta de la siguiente forma:

De los 19 pacientes de esta muestra, 4 sujetos no habían cursado la primaria, 8 cursaron diversos grados de la primaria, 4 cursaron la educación secundaria o algún estudio técnico y 3 sujetos cursaron el nivel de bachillerato.

Los 50 pacientes del grupo control tenían los siguientes grados: 24 sujetos no habían cursado la educación primaria, 12 cursaron diversos grados de primaria, 13 sujetos alcanzaron algún grado de educación secundaria o estudios técnicos a este nivel y sólo 1 contaba con el nivel de bachillerato. (Gráfica 3).

TIPOLOGIA FAMILIAR

-A nivel descriptivo-. Los tipos de familias de los pacientes de acuerdo con la clasificación de funcionalidad del modelo

circumplejo en extremas, medias y centrales, se conformó de la siguiente manera:

Para el grupo experimental, los tipos de familias fueron:

7 pacientes provenían de familias extremas, lo que representa un 36.8 % ; 9 de familias medias, lo que representa un 47.3 %; y 3 pacientes pertenecían a familias de tipo central lo que representa un 15.7 % . (Gráfica 4).

Para el grupo control, 13 pacientes refirieron ser parte de familias extremas, lo que representa un 26 % ; 23 pertenecían a familias medias, lo que representa el 46 % y 14 formaban parte de familias centrales lo que representa el 28 % de esta muestra. (Gráfica 4).

De acuerdo a la clasificación que establece 16 tipos de familia como resultado de la combinación de las categorías de las dimensiones de adaptabilidad (caótica, flexible estructurada y rígida), con las categorías de la dimensión cohesión (desvinculada, separada, conectada y amalgamada). Las muestras de pacientes se ubicaron en el cruce de las siguientes categorías:

Para el grupo experimental, los tipos de familias referidos por los pacientes estuvieron compuestos por: una familia desvinculada-estructurada (5.26 %), 7 familias desvinculadas-rígidas (36.84 %), una familia separada-caótica (5.26 %), una familia separada-flexible (5.26 %), 2 familias separadas-rígidas (10.52 %), 2 familias conectadas-estructuradas (10.52 %), 3 familias conectadas-rígidas (15.78 %), y 2 familias de tipo amalgamada-flexible (10.52 %). (Cuadro 1).

Para el grupo de control los tipos de familias fueron: 5 familias desvinculadas-estructuradas (10 %), 10 familias desvinculadas-rígidas (20 %), 2 familias separadas-caóticas (4 %), 3 familias separadas- flexibles (6 %), 4 familias separadas-estructuradas (8 %), 7 familias separadas-rígidas (14 %), una familia conectada-caótica (2 %), 5 familias conectadas-flexibles (10 %), 2 familias conectadas-estructuradas (4 %), 5 familias conectadas-rígidas (10 %), 3 familias amalgamadas-caóticas (6 %), una familia amalgamada-flexible (2 %), y familias amalgamadas-estructuradas (4 %). (Cuadro 2).

ANÁLISIS INFERENCIAL

Se empleó la prueba estadística no-paramétrica denominada " U de Mann-Whitney ", para dos muestras independientes, con variables a nivel nominal (v. dependiente; diagnóstico) y nivel ordinal (v. independiente; tipos de familias).

Esta prueba fue empleada para contrastar los puntajes obtenidos en las variables de adaptación, cohesión, tipología familiar y grado de funcionalidad en los tipos de familia.

Los resultados encontrados en el nivel de adaptación fueron los siguientes:

GRUPO	FRECUENCIA DE DATOS	SUMA DE RANGOS
CONTROL	50	1909.5
EXPERIMENTAL	19	505.5
M-Whitney Test	634.5	

Con un nivel de significancia de 0.0321

Los resultados encontrados en el nivel de cohesión fueron:

GRUPO	FRECUENCIA DE DATOS	SUMA DE RANGOS
CONTROL	50	1820.0
EXPERIMENTAL	19	595.0
M-Whitney Test	545.0	

Con un nivel de significancia de 0.3465

Los resultados encontrados en los tipología familiar fueron:

GRUPO	FRECUENCIA DE DATOS	SUMA DE RANGOS
CONTROL	50	647.5
EXPERIMENTAL	19	1767.5
M-Whitney Test	492.5	

Con un nivel de significancia de 0.8123

Los resultados encontrados en el grado de funcionamiento familiar fueron:

GRUPO	FRECUENCIA DE DATOS	SUMA DE RANGOS
CONTROL	50	1670.0
EXPERIMENTAL	19	745.0
M-Whitney Test	395.0	

Con un nivel de significancia de 0.2468

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula que establece que:
H0: La frecuencia relativa de familias centrales, medias y extremas no es significativamente diferente (con un nivel de confianza del 95%) para el grupo de pacientes con Síndrome de

Colon Irritable (pacientes psicossomáticos) y para el grupo de pacientes con Litiasis Vesicular (pacientes no-psicossomáticos).

Dado que en nuestras muestras la dimensión de adaptabilidad fue la única en la que se hallaron diferencias estadísticamente significativas, se extrajo una media de rangos de los puntajes obtenidos a través del FACES II en dicha escala.

Para el grupo de pacientes no psicossomáticos la media de rangos fue de 38.19, lo que la ubica en la categoría de familia estructurada. Para el grupo psicossomático, la media de rangos fue de 26.605, es decir que se encuentra dentro de la categoría de familia rígida, por lo que al factor de adaptabilidad se refiere.

Olson et al han elaborado un esquema de funcionamiento familiar para los distintos niveles de adaptabilidad. En el nivel inferior, correspondiente a la familia rígida, se encuentran los siguientes conceptos interrelacionados:

En lo que a **asertividad** se refiere, la familia rígida muestra un estilo pasivo o bien agresivo.

Su tipo de **control** es generalmente el de un líder autoritario.

La **disciplina** es autocrítica y demasiado estricta.

La **negociación** es limitada, por lo que hay una pobre resolución de problemas.

En los roles se observa rigidez y una estereotipación de éstos.

Por lo que respecta a las reglas, éstas son rígidas. Hay demasiadas reglas explícitas y muy pocas reglas implícitas.

En conclusión, nuestra muestra de pacientes con Síndrome de Colon Irritable, dado el promedio de rangos que presenta, tienden a mostrar estas características.

CAPITULO SIETE

DISCUSION

Los resultados de la presente investigación muestran que no hay una tipología característica de la familia de origen del paciente con Síndrome de Colon Irritable.

Se puede observar que la mayoría de los casos del grupo experimental caen dentro de la categoría de familia rígida estructurada. Sin embargo, no es posible afirmar que los rasgos propios de esa categoría, tal como lo propone el Modelo Circumplejo, sean los que distinguen a la familia del paciente con S.C.I., pues las diferencias no son significativas con respecto al grupo control. Es decir, son rasgos que ambos grupos comparten.

Los datos obtenidos muestran, no obstante, una diferencia en una de las dimensiones que comprende el modelo: las familias de pacientes funcionales tienden a ser menos adaptables, esto es, más rígidas.

La rigidez es una de las cuatro características halladas por Minuchin en su investigación clásica sobre familias psicósomáticas. Como se recordará, las otras tres son: amalgamamiento, sobreprotección y evitación de conflicto.

Los dos últimos rasgos mencionados no son susceptibles de ser medidos a través de la metodología que se empleó en el presente trabajo. El amalgamamiento, en cambio, debería reflejarse en un mayor nivel de cohesión.

Cabe preguntarse entonces por qué las puntuaciones en la dimensión de cohesión no fueron más elevadas.

Una primera posible respuesta la encontraríamos en el hecho de que nuestra muestra era diferente a la estudiada por Minuchin. Como se mencionó en el tercer capítulo del marco teórico, Salvador Minuchin se concentró en familias de pacientes anoréxicos, diabéticos y asmáticos. La estructura familiar de pacientes con padecimientos gástricos poco se ha estudiado.

No obstante, de acuerdo al modelo de Minuchin, tal diferencia no se reflejaría en un tipo de estructura familiar con otras características. Debe tenerse en cuenta la concepción que hace dicho autor de lo que es un padecimiento psicósomático y su distinción en padecimientos psicósomáticos primarios y secundarios: "...distinguimos entre desórdenes psicósomáticos 'primarios' y 'secundarios'. En los primarios, una disfunción fisiológica ya está presente. Esto incluye desórdenes metabólicos como la diabetes y la diátesis alérgica tal como la encontramos en el asma. El elemento psicósomático yace en el exacerbamiento emocional del síntoma ya existente... En los desórdenes psicósomáticos secundarios, ninguna disfunción física predisponente puede ser demostrada. El elemento psicósomático se manifiesta en la transformación de conflictos emocionales en síntomas somáticos..."

Consideramos que la generalización que hace Minuchin debería comprender también a padecimientos psicósomáticos gástricos como el Síndrome de Colon Irritable.

Otro punto a tener en cuenta se refiere a que la muestra que aquí se ha estudiado de pacientes con problemas funcionales es muy restringida. En efecto, una muestra de 19 pacientes no permite sacar conclusiones determinantes respecto a una tipología familiar específica, ni tampoco en lo referente al grado de funcionalidad-disfuncionalidad encontrado.

Es necesario tener presente la posibilidad de que estudiando una muestra más numerosa se obtengan diferencias mayores entre ambos grupos. Un estudio de esta naturaleza pondría a prueba la tendencia aquí observada de una menor adaptabilidad para las familias de los pacientes psicósomáticos.

Una interpretación cuidadosa de los datos requiere que consideremos el tipo de medición que se ha empleado en el presente trabajo, y que difiere del utilizado en el estudio de Minuchin. En este tercer, se eligió un método de observación directa del comportamiento de la familia. En contraste, debido a la naturaleza propia de esta investigación, optamos por la aplicación de un cuestionario, esto es, por un método de autoreporte.

Como mencionamos en el tercer capítulo del marco teórico, existen razones para creer que los resultados obtenidos con los métodos de autoreporte diferirán de los obtenidos por un método observacional.

En un artículo reciente, Elly Kog, Hans Vertommen y Walter Vandereycken (1987), afirman que el modelo de interacción familiar de Minuchin y sus colaboradores no puede ser probado con

un método de autoreporte "...porque involucra características conductuales sistémicas..." (pág. 231). En su estudio, dichos autores encuentran que el método de autoreporte que utilizaron media características más globales tales como "cohesión", "desorganización" y "conflicto", y no tan específicas como las características señaladas por Minuchin.

Este aspecto ha sido señalado por otros autores, como Oliveri, M.E., y Reiss (1984); o por Beavers, Hampson, y Hulgus (1984), quienes indican que la cohesión tal como se define en un instrumento de autoreporte "probablemente tenga poco o nada en común con definiciones clínicas u observacionales" (p.402).

Otra fuente de divergencias podría hallarse en la aplicación del instrumento en particular, en este caso el Cuestionario FACES II. En una investigación en la que se empleó este cuestionario, para discriminar entre familias de adolescentes saludables y familias de adolescentes con problemas somáticos funcionales, Lynn S. Walker, Joseph McLaughlin y John W. Green (1988), no encontraron una relación curvilínea entre sintomatología y las dimensiones del FACES II adaptabilidad y cohesión.

En conclusión, nuestra muestra de pacientes con Síndrome de Colon Irritable, dado el promedio de rangos que presenta, tienden a mostrar las siguientes características, extraídas de un esquema de funcionamiento familiar elaborado por Olson et al para los distintos niveles de adaptabilidad. En el nivel inferior, correspondiente a la familia rígida, se encuentran los siguientes conceptos interrelacionados:

En lo que a **asertividad** se refiere, la familia rígida muestra un estilo pasivo o bien agresivo.

Su tipo de **control** es generalmente el de un líder autoritario.

La **disciplina** es autocrítica y demasiado estricta.

La **negociación** es limitada, por lo que hay una pobre resolución de problemas.

En los **roles** se observa rigidez y una estereotipación de éstos.

Por lo que respecta a las **reglas**, éstas son rígidas. Hay demasiadas reglas explícitas y muy pocas reglas implícitas.

Limitaciones.

Como se señaló en el apartado anterior, la muestra de 19 pacientes con Síndrome de Colon Irritable fue muy reducida como para sacar conclusiones definitivas. Asimismo, un estudio que abarcara a otros padecimientos gástricos psicosomáticos permitiría generalizar los resultados.

Otra limitación importante es la del instrumento. Sugerimos, para futuras investigaciones, métodos de medición basados en la observación directa del comportamiento, o bien el empleo de un cuestionario que permita conocer características más concretas del funcionamiento familiar, tales como sobreprotección, comunicación, límites, etc.

Sugerimos que, en futuras investigaciones, se estudien muestras menos heterogéneas con respecto a la edad. Esta puede ser una variable importante, ya que el recuerdo que los sujetos

tengan de su familia de origen puede distorsionarse con el transcurso del tiempo.

Asimismo, el estudio de muestras donde el número de sujetos de cada sexo sea más equitativo, puede arrojar datos importantes para la comprensión de la familia psicosomática.

Esperamos que esta investigación estimule el interés por el estudio del funcionamiento familiar en poblaciones distintas, lo cual, sin duda, contribuirá a una mejor comprensión de la influencia que ejerce el grupo familiar en la calidad de vida de los individuos.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Almy, Th., Rothstein, R. I., "Irritable bowel syndrome: classification and pathogenesis". Annual Review of Medicine. 1987, vol. 38.

Ackerman, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1988.

Ackerman, N. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1986.

Arapakis, G., Liketsos, C.G., Gerolymatos, K., Richardson, S.C. "Low dominance and high intropunitiveness in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome". Psychoterapy & Psychosomatics. 1986, vol 46 (4).

Arn, I., Theorell, T. Psychodrama Group Therapy for Patients with Funtional Gastrointestinal Disorders. Psychosomatic Psychotherapy. 1989, 51 (3), pp. 113-119.

Barker, Ph. Basic Family Therapy. Oxford University Press, 1986.

Bertalanffy, V.L. Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica. México, 1986.

Boszormenyi-Nagy, I., Framo, L.F. (rec.) Terapia Familiar Intensiva. Ed. Trillas. México, 1988.

Bowen, M. Psicoterapia Familiar de la Esquizofrenia en el Hospital y en la Práctica Privada. En (Boszormenyi-Nagy, I., Framo, L.F. (rec.), 1988).

Braverman, R. Tipología Familiar Relacionada con Aspectos Psico-socio-pedagógicos. Tesis de maestría en Psicología. U.N.A.M. México, 1986.

Briones, Ana Isabel Ruiz. La Tipología Familiar como Característica Contribuyente en la Enuresis Infantil. Tesis de licenciatura U.D.L.A. México, 1990.

Cameron, D. Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Ed. Trillas, México, 1988.

Clark, Randolph. L., Cumley, Russell, W. The Book of Health. Reinhold Co. London, 1972.

Chayo Bigio, T. El enfoque psicossomático: una visión integral del hombre y la enfermedad. Tesis UDLA. México, 1987.

Davidson, G.C., Neale, J.M., Psicología de la conducta anormal. Ed. Limusa, México, 1983.

Dinan, T.G., O' Keane, V. A Comparison of the Mental Status, Personality Profiles and Life Events of Patients with Irritable Bowel Syndrome and Peptic Ulcer Disease. Act of Psychiatry Scand. July, 1991, 84 (1), pp. 26-28.

de Shazer, S. Pautas de Terapia Familiar Breve. Ed. Paidós. Barcelona, 1989.

Eysenk, H.J. Manual de psicología anormal. Ed. Manual Moderno, México, 1983.

Falcón, A. Introducción al Análisis Interaccional de la Familia. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México, 1981.

Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B. J. Compendio de psiquiatría. Ed. Salvat, Barcelona.

Gómez de León del Río. Tesis Universidad de las Américas, 1983.

Guyton, Arthur. Function of the Human Body. Sounders Company. London, 1969.

Haley, J., Hoffman, L. Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1989.

Haley, J. Terapia No-convencional. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1989.

Haynal, A., Pasini, W. Manual de medicina psicosomática. Ed. Masson. Barcelona-México. 1984.

Joya Laureano Lilia. Colon irritable y personalidad. Psicología al día. Julio de 1991, pág.4.

Kaplan, H. I., Sadock, B.J. Tratado de psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona, 1984.

Karkina, M.V., Marilov, V.V. Some Functional Psychosomatic Diseases of the Gastrointestinal Tract. Zhurnal Nevropatologii i Psikiatrii. 1984, 84 (9), pp. 1339-1345.

Kog, Elly., Vertomen, Hans., Vandereycken, Walter. Minuchin's Psychosomatic Family Model Revised. Family Process. 1987, 26, 235-253.

Laing, R. Mistificación, Confusión y Conflicto. En (Boszormenyi-Nagy, I., Frano, L.F. (rec.), 1988.

Lilienfeld, R. Teoría de Sistemas. Ed. Trillas. México, 1991.

Mancilla Gómez Blanca Elena. El M.M.P.I. en la detección de psicopatología en dos grupos de pacientes con enfermedades gastroenterológicas. Tesis de licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México, 1980.

Martin, M.J. "Psychosomatic medicine: A brief history" Psychosomatics. Nov., 1978, 19.

Meissner, W.W. Family Process and Psychosomatic Disease. Journal of Psychiatry in Medicine. 1974, 5, 411-420.

Minuchin, S., Fishman. Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Gedisha. México, 1987.

Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context. Harvard University Press, 1978.

Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G., Rosman, B.L., Schumer, B.G. Families of the Slums. Basic Books. Nueva York, 1967.

Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisha. México, 1990.

Nichols, M.P. Family Therapy: Concepts and Methods. Gardner Press. Nueva York, 1984.

Olson, D.H., Sprenkle, D., Russell, C.S. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Family Process. 18 (1), 3-28, 1979.

Olson, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. "Circumplex Model of marital and family systems: VI. Theoretical update." Family Process, 22, 69-83, 1983.

Onnis, L. La familia psicossomática. Ed. Paidós. Barcelona, 1990.

Palazzoli, M.S., Boscob, L., Cecchin, G., Prata, G. Paradoja y Contraparadoja. Ed. Gedisha. México, 1991.

Pardo, Martha., García, Martha. A Systems Approach Towards Understanding Mexican Psychosomatics Families. 1984.

Penalver, C. Pedagogía Sistemica. Ed. Harla. México, 1979.

Petzold, Ernst., Reindell, Achim. Psychosomatic Diagnosis and Therapy with Heart Attack. West Germany Praxis of Psychoterapie. 1977, Jun, 22 (3), pp. 109-115.

Sarason, I.G. Psicología anormal. Ed. Trillas. México, 1975.

Simon, F.B., Stierlin, H., Wynne, L.C. Vocabulario de Terapia Familiar. Ed. Gedisha. Buenos Aires, 1988.

Toates, F.M. Regulación, Teoría del Control y la Construcción del Modelo. En Apuntes de Motivación y Emoción. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1984.

Vidal, G., Alarcón, R.D. Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.

Valdés, M.M., Flores, F.T., Tobena, P.A., Massana, R.J. Medicina Psicossomática. Ed. Trillas. México, 1983.

Verdeja, R.R., Cisneros, A.S. Terapia Familiar con Adictos a Drogas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, 1991.

Walker, Lynns., McLaughlin, Joseph., Greene, John. Functional Illness and Family Functioning: A Comparison of Healthy and Somaticizing Adolescents. Family Process, 1988, 27, 317-320.

Watts, David. Manual de Terapéutica Médica. Ed. Manual Moderno. México, 1985

Watzlawick, P., Beavin, J.B., Jackson, D.D. Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Herder. Barcelona, 1987.

Weakland, J.H. Family Somatics. Family Process, 1977, 16, 263-273.

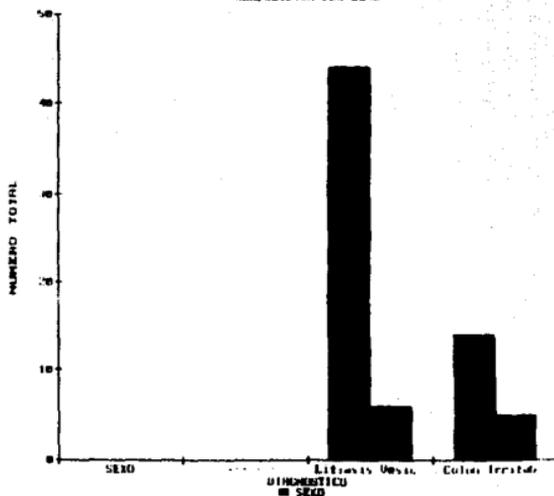
Wirsching, Michael y Stierlin, Helm. Psychosomatics Family Systems Medicine. 1985, 3, 6-16.

Zuk, G. Psicoterapia Familiar. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

A P E N D I C E S

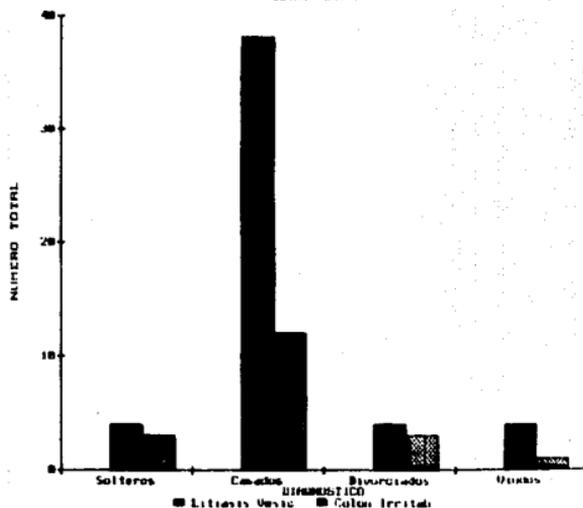
GRAFICA 1

COMPOSICION POR SEME



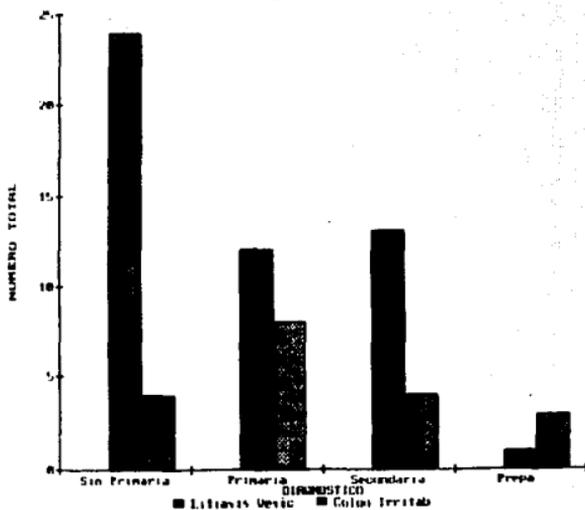
GRAFICA 2

ESTADO CIVIL



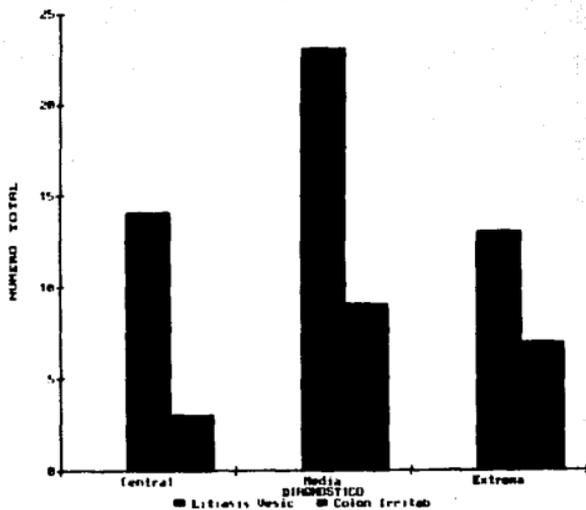
GRAFICA 3

ESCOLARIDAD



GRAFICA 4

PLAN: LUPIN ERNO



TIPOLOGIA FAMILIAR
DE LOS
PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL **
C O N E S I O N

	Desvinculada 47.9 ó menos	Separada 48.0 -56.0	Conectada 56.1- 64.0	Amalgamada 64.1 ó más
Caótica 52.0 ó más	0	1 5.26%	0	0
Flexible 45.1- 52.0	0	1 5.26%	0	2 10.52%
Estructurada 38.0 -45.0	1 5.26%	0	2 10.52%	0
Rígida 37.9 ó menos	7 36.84%	2 10.52%	3 15.78%	0

** PACIENTES PSICOSOMATICOS, DIAGNOSTICADOS CON SINDROME DE COLON IRRITABLE

TOTAL DE SUJETOS: 19

TIPOLOGIA FAMILIAR
DE LOS
PACIENTES DEL GRUPO CONTROL *
C O H E S I O N

	Desvinculada 47.9 ó menos	Separada 48.0 -56.0	Conectada 56.1- 64.0	Amalgamada 64.1 ó más
Caótica 52.0 ó más	0	2 4%	1 2%	3 6%
Flexible 45.1- 52.0	0	3 6%	5 10%	1 2%
Estructurada 38.0 -45.0	5 10%	4 8%	2 4%	2 4%
Rígida 37.9 ó menos	10 20%	7 14%	5 10%	0

* PACIENTES ORGANICOS, DIAGNOSTICADOS CON LITIASIS VESICULAR

TOTAL DE SUJETOS: 50

ADAPTABILIDAD

I N S T R U M E N T O
CUESTIONARIO FACES II

No. de encuesta _____

Fecha _____

Sexo _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a situaciones familiares.

Teniendo en cuenta lo que sucedía en su familia de origen, usted puede responder a cada una de las preguntas, utilizando la siguiente escala :

- 1.- Casi nunca.
- 2.- De vez en cuando.
- 3.- Algunas veces.
- 4.- Frecuentemente.
- 5.- Casi siempre.

Estas opciones aparecerán después de cada pregunta. Señale la que considere que corresponde más a su situación familiar.

Si tiene alguna duda, por favor manifiéstela.

1) Los miembros de la familia se apoyaban unos a otros en momentos difíciles.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

2) En nuestra familia a cada quien le era fácil exponer su opinión.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

3) Era más fácil discutir problemas con gente de fuera que con los miembros de la misma familia.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

4) Cada miembro de la propia familia aportaba algo en las decisiones familiares más importantes.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

5) Nuestra familia acostumbraba reunirse en el mismo cuarto.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

6) Los niños tenían voz y voto en cuanto a su propia disciplina.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

7) Nuestra familia acostumbraba a hacer actividades en conjunto.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

8) Los miembros de la familia discutían los problemas y se sentían bien acerca de las soluciones.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

9) En nuestra familia cada quien escogía su propio camino.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

10) Nos rotábamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

11) Los miembros de la familia conocían respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

12) Era difícil saber cuáles eran las reglas que se seguían en nuestra familia.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

13) Los miembros de la familia consultaban a los otros miembros sobre las decisiones que tenían que tomar.

1. CASI NUNCA (). 2. DE VEZ EN CUANDO (). 3. ALGUNAS VECES ().
4. FRECUENTEMENTE (). 5. CASI SIEMPRE ().

- 14) Los miembros de la familia decían lo que querían.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 15) Cuando pensábamos en hacer actividades como familia, teníamos dificultades.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 16) Cuando había que resolver problemas, se aceptaban las sugerencias de los niños.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 17) Los miembros de la familia se sentían muy cercanos los unos a los otros.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 18) La disciplina era justa y razonable en nuestra familia.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 19) Los miembros de nuestra familia se sentían más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

- 20) Nuestra familia intentaba nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 21) Los miembros de la familia aceptaban lo que la familia decidía hacer.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 22) En nuestra familia todos compartíamos responsabilidades.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 23) Los miembros de la familia acostumbraban compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 24) Era difícil conseguir que se cambiaran las reglas en nuestra familia.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().
- 25) Los miembros de la familia se evitaban unos a otros cuando estaban en la casa.
- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

26) Cuando surgían problemas toda la familia se comprometía a resolverlos.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

27) Aprobábamos a los amigos de cada quien.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

28) Los miembros de la familia tenían expresar sus pensamientos.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

29) En la familia se formaban alianzas en vez de actuar como familia total.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().

30) Los miembros de la familia compartían intereses y pasatiempos unos con otros.

- 1.CASI NUNCA (). 2.DE VEZ EN CUANDO (). 3.ALGUNAS VECES ().
4.FRECUENTEMENTE (). 5.CASI SIEMPRE ().