

5  
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

EL CONFLICTO MARITAL COMO FACTOR  
CONTRIBUYENTE DEL SINTOMA EN UN MIEMBRO  
DE LA FAMILIA

TESIS CON  
FALLA DE CRISIS

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

LETICIA BUENDIA MAGNO

VICENTE CRUZ SILVA

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 1892



## **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.

# Indice

## Introducción

### CAPITULO I: LA FAMILIA COMO SISTEMA.

1.1	Concepto de familia. . . . .	6
1.2	Modelo familiar. . . . .	13
1.3	Estructura familiar. . . . .	19
1.3.1	Subsistema conyugal (holón conyugal) . . . . .	22
1.3.2	Subsistema parental (holón parental) . . . . .	24
1.3.3	Subsistema fraterno (holón de los hermanos). . . . .	26
1.4	El ciclo de vida de la familia . . . . .	28
1.4.1	La formación de la pareja (el encuentro) . . . . .	29
1.4.2	El nacimiento de los hijos . . . . .	30
1.4.3	La adolescencia de los hijos . . . . .	31
1.4.4	El re-encuentro. . . . .	32
1.4.5	La vejez . . . . .	34
1.5	Parámetros de funcionamiento familiar. . . . .	34

### CAPITULO II: EL PAPEL DE LA PAREJA EN EL SISTEMA FAMILIAR.

2.1	La relación de pareja. . . . .	41
2.2	El contrato matrimonial. . . . .	43
2.3	El ciclo de vida de la pareja. . . . .	50
2.3.1	Etapas de selección . . . . .	51
2.3.2	Etapas de transición y adaptación temprana. . . . .	52
2.3.3	Etapas de reafirmación como pareja y paternidad . . . . .	54
2.3.4	Etapas de diferenciación y realización. . . . .	56
2.3.5	Etapas de estabilización. . . . .	57
2.4	Satisfacción y conflicto marital . . . . .	58
2.5	Resolución del conflicto marital . . . . .	62

### CAPITULO III: FAMILIAS PSICOSOMATICAS.

3.1	Antecedentes . . . . .	66
3.2	Definición . . . . .	69
3.3	Patrones transaccionales . . . . .	72
3.3.1	Amalgamamiento . . . . .	72
3.3.2	Sobreprotección. . . . .	73
3.3.3	Rigidez. . . . .	74
3.3.4	Falta de resolución del conflicto. . . . .	74
3.4	Involucramiento del hijo en la solución del conflicto marital . . . . .	76
3.5	Elección y función del síntoma . . . . .	79
3.6	Mecanismos que la familia utiliza para evitar el conflicto . . . . .	81

#### CAPITULO IV: EL ASMA INFANTIL.

4.1	Antecedentes . . . . .	83
4.2	Incidencia del asma en la población. . . . .	85
4.3	Definición . . . . .	88
4.4	Evolución de la crisis de asma . . . . .	89
4.5	Factores desencadenantes de las crisis asmáticas . . . . .	92
4.5.1	Factores alérgicos . . . . .	92
4.5.2	Factores infecciosos . . . . .	95
4.5.3	Factores ambientales . . . . .	96
4.5.4	Factores Psicológicos. . . . .	97

#### CAPITULO V: INVESTIGACION.

5.1	Planteamiento del problema . . . . .	101
5.2	Objetivos. . . . .	102
5.3	Hipótesis teórica. . . . .	103
5.4	Hipótesis de trabajo . . . . .	103
5.5	Tipo de investigación. . . . .	104
5.6	Definición de variables. . . . .	104
5.7	Definición de términos . . . . .	105
	<u>METODO</u>	
5.8	Sujetos. . . . .	106
5.9	Escenario. . . . .	107
5.10	Instrumentos . . . . .	107
5.11	Procedimiento. . . . .	115

#### CAPITULO VI: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LA INVESTIGACION.

6.1	Características de los grupos de estudio . . . . .	118
6.1.1	Edad de los cónyuges . . . . .	118
6.1.2	Diferencia de edad entre los cónyuges. . . . .	119
6.1.3	Años de unión. . . . .	119
6.1.4	Estado civil . . . . .	120
6.1.5	Eccolaridad. . . . .	120
6.1.6	Ocupación. . . . .	121
6.1.7	Constitución familiar. . . . .	121
6.1.8	Número de hijos. . . . .	122
6.1.9	Edad del paciente identificado . . . . .	122
6.1.10	Sexo del paciente identificado. . . . .	122
6.1.11	Lugar que ocupa el paciente identificado en el subsistema fraternal. . . . .	123
6.2	Análisis de frecuencia en los instrumentos aplicados. . . . .	123
6.2.1	Cuestionario de Funcionamiento Familiar. . . . .	123
6.2.2	Escala de Satisfacción Marital . . . . .	124
6.2.3	Cuestionario de Evitación de Conflicto . . . . .	124
6.3	Estadística Inferencial: Acercamiento a la validación de hipótesis . . . . .	125

CAPITULO VII:	<u>DISCUSION</u>	
Cuestionario de Evitación de Conflicto . . . . .		142
Análisis de las hipótesis . . . . .		148
CAPITULO VIII:	<u>CONCLUSIONES</u>	157
<u>BIBLIOGRAFIA</u>		163
<u>ANEXOS</u>		166

# EL CONFLICTO MARITAL COMO FACTOR CONTRIBUYENTE DEL SINTOMA EN UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

Leticia Buendia Magno.

Vicente Cruz Silva.

FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

U N A M

Asesora: Lic. Irma Madrigal González.

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue estudiar la relación entre la forma de resolver el conflicto de la pareja y el efecto y función del síntoma en algún miembro de la familia. Para ello se utilizaron dos muestras independientes conformadas por 40 parejas respectivamente, la muestra de observación (familias psicósomáticas) y la muestra de contraste (familias asíntomáticas), con las siguientes características: estado civil casados o unión libre, clase social media baja y con hijos menores de 12 años. El diseño de investigación utilizado fue de tipo ex-post-facto de comparación entre grupos, siendo un estudio transversal y descriptivo. Se consideraron como VIs el funcionamiento familiar (FF), la satisfacción marital (SM) y la evitación de conflicto (EC), y como VDs el tipo de familia: psicósomáticas y asíntomáticas. Los datos fueron obtenidos a partir de la aplicación de tres instrumentos: un cuestionario de Funcionamiento Familiar, una Escala de Satisfacción Marital y un Cuestionario de Evitación de Conflicto. Se calculó la prueba t de Student para dos muestras independientes a fin de valorar las diferencias estadísticamente significativas en un nivel alfa de 0.05. Se encontró que hay una diferencia en la percepción de FF entre ambos grupos siendo mayor en las familias psicósomáticas; no se encontró una diferencia en los puntajes de SM y EC. A partir de un cálculo del coeficiente r de Pearson, se encontró que a mayor FF menor Insatisfacción Marital (IM) y menor EC; que a mayor IM mayor EC. De lo que se puede desprender que la SM se mantendrá a través de un decremento de la EC; si aumenta la EC, se decrementa el bienestar familiar; si aumenta IM se decrementa el bienestar familiar; si hay mayor IM y mayor EC se podría esperar que haya mayor exacerbación del síntoma; la existencia de IM en algunas de las áreas de la relación de pareja posibilita un conflicto que al mantenerse oculto fortalece la reaparición y mantenimiento del síntoma en alguno de los miembros de la familia.

Descriptores: Conflicto Marital, Satisfacción Marital, Evitación de Conflicto, Familias Psicósomáticas, Síntoma, Funcionamiento Familiar y Relación de Pareja.

## *Introducción*

Cuando una enfermedad se encuentra instaurada, la influencia de los factores físicos y psicológicos es inevitable. En enfermedades multifactoriales como el asma bronquial infantil, los factores orgánicos, particularmente de tipo alérgico, se encuentran combinados con factores de índole ambiental y psicológico.

El asma en el niño tiene una incidencia elevada, siendo actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, se considera que un 2-5% de la población infantil padece de asma con crisis frecuentes, desde temprana edad y que evoluciona hasta los 16 años, y que este porcentaje se ve incrementado en un 10-19% si se consideran los casos de asma del lactante. En los últimos 20 años, la frecuencia cada vez más elevada de las enfermedades alérgicas y del asma, ha llevado a considerarlas como problemas de salud pública en países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, España, Argentina y México (Bustos y Bracamonte, 1987; García, Callejas y Romero 1990; Gila y Martín, 1991 y Nouilhan y Datau, 1985)

El padecimiento de asma por parte de un infante altera su vida normal y la de su familia, es muy común que la vida en el hogar y todas las actividades se organicen en función de la enfermedad del niño, lo que puede acarrear interrupciones de la actividad escolar del niño y de la actividad de la familia.

Se considera como factores desencadenantes de las crisis asmáticas a los factores alérgicos, infecciosos, ambientales y psicológicos (Bustos y Bracamonte, 1987; Gila y Martín, 1991 y Nouilhan y Datau, 1985).

Es importante señalar que la reacción del paciente asmático frente al ambiente en que vive se encuentra en función de la contaminación que le rodea, la cual varía de acuerdo al área geográfica, a los factores meteorológicos como el viento, las lluvias, la presión atmosférica y el grado de inversión térmica.

En situaciones de angustia, ansiedad o temor, cualquier dificultad es vivida con intensidad y se considera que puede provocar directamente una crisis de asma o proporcionar las condiciones bajo las cuales otros factores actúen con mayor facilidad.

De esta manera, los conflictos emocionales pueden actuar sobre una predisposición orgánica establecida (vulnerabilidad), conduciendo al niño en este caso a expresar su emoción a través de su órgano más sensible: sus bronquios. Los cuales ahora se cierran como un medio de pacificación y de estabilidad (Minuchin, Rosman y Baker, 1978 y Pardo, 1984).

Por mucho tiempo los esfuerzos terapéuticos se han centrado en el paciente asmático, ya sea separándolo de la familia o tratándolo en forma individual como reflejo del pensar que la enfermedad tiene una causa única y que en el caso de las enfermedades psicosomáticas el factor emocional debe ser el único agente causante de la enfermedad; no se concebía la posibilidad de contemplar el contexto en el cual se presenta el síntoma.

Actualmente, el uso de un modelo teórico-práctico diferente, basado en una suposición de causalidad circular de acuerdo a las premisas de la Teoría General de los Sistemas ha permitido considerar a la familia como un sistema abierto y como el contexto natural del individuo, lo cual ha representado un adelanto en el entendimiento de este problema.

Investigaciones y prácticas terapéuticas inspiradas en el modelo sistémico comienzan a ser numerosas en el campo de la psicósomática, como es el caso del trabajo de Salvador Minuchin et al. (1978), en donde el interés por el estudio de las enfermedades psicósomáticas guiaron a Minuchin al estudio de las familias con un miembro psicósomático buscando un modelo más efectivo de tratamiento de las enfermedades psicósomáticas en niños.

El modelo propuesto por Minuchin et al. (1978) postula que determinados tipos de organización familiar están estrechamente relacionados al desarrollo y mantenimiento de síndromes psicósomáticos en niños y que sus síntomas juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar. Entre las características de las familias psicósomáticas se encuentran modelos interaccionales de sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, la incapacidad de resolver problemas, una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema (Minuchin y Fishman, 1984).

Dentro de este contexto familiar, el niño sintomático es involucrado en el conflicto de los padres. Cuando los padres no son hábiles para entenderse entre sí de manera directa, se unen en una preocupación de protección por su hijo enfermo, evitando de esta

forma el conflicto mediante una desviación de protección (Minuchin et al., 1978).

Desde este enfoque, el síntoma manifestado por el paciente no es un efecto pasivo de la disfunción del sistema interpersonal en el cual aparece, sino que asume un significado de comunicación y juega un papel activo en la regulación de la homeostasis del sistema familiar. Basado en esta perspectiva se plantea en la presente investigación el interés por estudiar la relación entre la forma de resolver el conflicto de la pareja y el efecto y la función del síntoma en algún miembro de la familia, en este caso del niño asmático.

De acuerdo a lo expresado anteriormente los objetivos que se persiguen son el estudiar la dinámica que se da dentro de las familias psicósomáticas y asintomáticas en la resolución de sus conflictos. Así como describir cómo el síntoma en el hijo es un elemento emergente para el equilibrio de la pareja y de la familia. Todo esto encaminado a principiar una serie de investigaciones en busca de alternativas de tratamiento para familias con miembros que padecen alguna enfermedad crónica, como por ejemplo el asma, anorexia, diabetes, etc.

Para tal fin el presente trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera:

El capítulo I intenta establecer el marco de referencia a partir del cual la familia es considerada como un sistema. Se introducen nociones básicas de la Teoría General de los Sistemas, una definición de la familia como sistema abierto, se proporciona una exposición del modelo familiar de la Terapia Estructural.

El capítulo II está dedicado a exponer el papel de la pareja en el sistema familiar, la importancia del contrato matrimonial, el ciclo de vida de la pareja, la trascendencia de la satisfacción y el conflicto marital, así como de las formas que presentan las parejas en la resolución de sus conflictos.

En el capítulo III se presenta el modelo de familias psicósomáticas propuesto por Salvador Minuchin.

El capítulo IV ofrece una visión del asma infantil como una enfermedad multifactorial.

El capítulo V contiene la Metodología empleada en el estudio.

En el capítulo VI se presentan los Resultados, así como el análisis estadístico de la investigación.

En el capítulo VII se lleva a cabo la Discusión de los resultados obtenidos, basando las explicaciones en el marco teórico sustentado.

Por último, en el capítulo VIII se exponen las conclusiones a las que se llegaron, así como las limitaciones y alcances del estudio.

# CAPITULO I

## *LA FAMILIA COMO SISTEMA.*

En los últimos treinta años, un nuevo enfoque ha representado un cambio de perspectiva dentro de las ciencias del comportamiento, el individuo ya no es percibido como mero receptor de información del medio, sino que ahora forma parte de una organización en donde transforma y es transformado por su entorno, a partir de secuencias repetidas de interacción adquiriendo así un carácter de sujeto activo. este enfoque es denominado sistémico.

Desde esta perspectiva un sistema puede ser definido como un conjunto de elementos en interacción en donde las características constitutivas de un determinado sistema depende de la relación específica dentro del complejo, y para conocer tales características se requiere no sólo de conocer las partes sino también las relaciones existentes entre ellas (Falcón, 1981).

De acuerdo a este enfoque los sistemas pueden ser catalogados como cerrados o abiertos, dependiendo del tipo de relación que establezcan con su ambiente. Se considera como sistemas cerrados a aquéllos sistemas en donde no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, tales como información, calor, material físico, etc. En los sistemas cerrados la entropía es siempre positiva (la entropía positiva es la medida de desorden que

hay en un sistema), por lo que el orden es constantemente destruido. En tanto que los sistemas abiertos son definidos como sistemas en donde existe un intercambio constante de material, energía e información con su ambiente, es decir, en los sistemas abiertos hay producción tanto de entropía positiva como importación de entropía que puede ser negativa (medida de orden u organización de un sistema), siendo su principal característica su equilibrio dinámico (denominado estado estable) (Falcón, 1981; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987).

De este modo, un sistema abierto se mantiene en relación con otros sistemas teniendo la posibilidad de funcionar como sistema mayor o menor, es decir, puede ser subsistema de un suprasistema, dependiendo del nivel de análisis.

Se expondrán a continuación algunas de las propiedades generales de los sistemas con la finalidad de facilitar una comprensión del sistema en general y del sistema familiar en particular.

Las relaciones entre los miembros de un sistema no son producto solamente de la suma de sus partes, sino de la interacción e interdependencia entre ellos (característica de no sumatividad), siendo el medio de intercambio entre los elementos la retroalimentación. De aquí se desprende que un sistema se comporta como totalidad cuando un cambio en uno de los elementos causa un cambio en todos los elementos que lo constituyen y, por lo tanto, en la totalidad.

La retroalimentación implica que de las salidas (output) de un sistema, una cierta cantidad es monitoreada de regreso como información (input) y de esta manera, a el sistema le es posible regular, estabilizar o dirigir sus acciones. Esta función de retroalimentación permite que la relación entre las partes de un sistema y su medio sea circular, es decir, las respuestas adquieren un carácter reforzador para las interacciones siguientes. A través de la retroalimentación el sistema logra mantener su equilibrio dinámico, logra adaptarse a partir de que la información procedente del medio regula sus variables esenciales, obligándolos a mantenerse dentro de sus límites (estado estable).

Se sabe que la retroalimentación puede ser positiva o negativa; la primera lleva al cambio, a la pérdida de estabilidad o de equilibrio. La segunda caracteriza al estado constante (homeostasis), desempeñando un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de las relaciones (Watzlawick et al., 1987). En otras palabras, en ambos casos parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como información acerca de dicha salida, pero en la retroalimentación negativa, esa información se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida. En tanto que en la retroalimentación positiva la misma información actúa como una medida para aumentar la desviación de la salida.

Mediante esta función homeostática, el sistema asegura tanto su continuidad como su crecimiento al permitirle adaptarse a las

demandas del medio ambiente regulando sus variables, obligándolas a mantenerse dentro de sus límites (homeostasis).

A partir del continuo intercambio con el ambiente, el sistema abierto puede ser considerado como un sistema vivo en donde este intercambio es el contexto dentro del cual su vida se organiza, se desarrolla, cambia y muere. Este sistema se encuentra compuesto de subsistemas o subunidades que juegan un papel importante en el establecimiento de las reglas y hábitos que conforman el todo organizado (sistema), mantienen entre sí una relación dinámica y están organizados alrededor de la ejecución de las funciones que son esenciales para la supervivencia del sistema total (Umbarger, 1983).

El concepto de sistema nos permite establecer la idea de organización en donde se posee un orden jerárquico, el cual es de dos tipos: de estructura (orden de las partes) y de función (orden del proceso). El primero se refiere a que un sistema es estructurado en una forma en la cual sus mismos elementos pueden ser sistemas al siguiente nivel inferior, los cuales son denominados como subsistemas de un sistema mayor; dichos subsistemas pueden ser constituidos, a su vez, por otros subsistemas y así sucesivamente. El segundo, el orden jerárquico de las funciones, se refiere a el orden que ha sido establecido por el sistema para la realización de los procesos que tiene que llevar a cabo.

Al ser el sistema gobernado por interacciones dinámicas de las partes que lo integran, dichas interacciones van fijando arreglos

y condiciones de comportamiento de la totalidad y, por lo tanto, van definiendo los límites del sistema. Estos límites o fronteras regulan el flujo de información y de energía que un sistema vivo requiere en su constante tarea de mantener un equilibrio armonioso con su contexto ambiental.

Los límites establecidos por un sistema pueden ser modificados y ampliados constantemente. El rango de estabilidad marcado por límites es aquella región en que las variables esenciales del sistema se mantienen dentro de sus límites de comportamiento.

Se puede observar en un sistema la subordinación progresiva de una de sus partes a otras partes más dominantes, las cuales influyen de una manera determinante en el comportamiento de la totalidad, a esta condición se le denomina centralización. Este fenómeno de centralización puede conducir al sistema a una unidad cada vez mayor dentro de sus partes, transformándolo en un sistema indivisible hasta volverlo prácticamente un sistema cerrado (Falcón, 1981).

Otro concepto importante para el entendimiento de los sistemas es el de mecanización. Es posible que un sistema, al ir evolucionando, empiece a presentar comportamiento en cadenas, el cual consiste en que sólo una parte de los elementos que componen el sistema (los cuales forman la cadena) se comportan de una manera aislada, pero al servicio de la totalidad, su función es la de restablecer el equilibrio del "todo" ante determinados factores que lo afectan provenientes de su medio ambiente, presentando conductas autónomas. Ante la presencia de estas conductas autónomas se dice

que el sistema se está mecanizando, esto significa que hay un incremento de especialización de los elementos que presentan dichas conductas.

Estos elementos (componentes de una cadena), a medida que se van especializando, se vuelven cada vez más irremplazables, por lo que la pérdida de uno de estos elementos puede llevar a la destrucción total del sistema, o a su completa reestructuración, que implicaría la construcción de un nuevo sistema.

Por último, una propiedad que pertenece solamente a los sistemas abiertos resulta ser la equifinalidad, la cual consiste en que un mismo estado final puede ser alcanzado mediante diferentes condiciones iniciales o diferentes procesos, ya que los resultados son determinados por la naturaleza de la organización.

En cualquier sistema cerrado el estado final está claramente determinado por las condiciones iniciales del sistema. Por el contrario, en los sistemas abiertos, el mismo estado final alcanzado por diversos sistemas, se consigue en diferentes condiciones iniciales, así como también a través de diferentes formas, esto se debe a que un sistema abierto logra el estado de estabilidad.

### 1.1 CONCEPTO DE FAMILIA.

La familia puede ser considerada como un sistema interaccional, a partir de que está formada por un conjunto de personas que se encuentran en interacción, constituyendo un tipo de agrupación social natural donde el ser humano puede satisfacer sus

necesidades básicas para subsistir, para desarrollarse y para relacionarse con el mundo circundante. De este modo, la familia se convierte en una matriz del desarrollo psicosocial que asegura la sobrevivencia del hombre como individuo y como especie.

La familia es como un sistema abierto en la medida en que está en interacción (retroalimentación) con su ambiente (la sociedad), encontrándose en constante transformación, conforme sus miembros se van desarrollando e interactuando con el ambiente, para responder a las demandas de éste, y a su vez conservar su estabilidad interna (homeostasis).

La retroalimentación permite a la familia regular el flujo e intercambio continuo de información y de energía que fluye entre ésta y su ambiente, es decir, permite informar a los miembros de la familia sobre el grado de conformidad o divergencia respecto del propósito general del sistema familiar.

El éxito adaptativo de la familia es alcanzado con mejores resultados cuando el sistema permanece estable y procesa información y energía de tal manera que puede mantener un estado relativamente constante de actividad (homeostasis o equilibrio sistémico), en donde toda desviación respecto de las normas de conducta permitida en la familia es "reducida". Sin embargo, esta noción de estado homeostático explica sólo una parte de lo que sucede en la vida familiar, la familia como todo sistema vivo se encuentra en una tensión dinámica en donde se alternan situaciones que presionan hacia el crecimiento y la posterior diferenciación,

y situaciones de reposo y congelamiento que le permiten tener un reposo en su tarea de crecimiento.

De esta manera, la utilización de nociones de homeostasis y crecimiento, permiten comprender tanto la unidad familiar como la diversidad del individuo, sin pasar por alto que todas las formas de vida se ven forzadas a cambiar pero manteniendo la regularidad y el equilibrio que les permitan conservar un intercambio adaptativo con el contexto ambiental, sin perder un sentido de mismidad.

De igual forma, la información y la energía son conceptos centrales en el proceso familiar. La información implica tanto las señales verbales y no verbales que indican en cada caso, sea una parte del sistema o éste en su totalidad, la medida en que cumplen ciertas metas o propósitos. En tanto que la energía es un fenómeno poco observable, que denota la fuerza emocional, la repetición y la desviación de cada señal informativa (Umbarger, 1983).

Por otra parte, la forma en que está distribuido el poder (liderazgo) entre los elementos del sistema está indicado por el concepto de jerarquía. La jerarquía en los sistemas familiares es elaborada por los miembros que los constituyen a través de la redundancia de comportamientos (secuencias repetitivas) que los conducen a realizar acuerdos, los cuales son la base de la organización, de ahí que la jerarquía sea un producto de la organización, siendo ambos conceptos inseparables (Falcón, 1981).

La familia, al cumplir diversas funciones, presenta más de un tipo de jerarquía y liderazgo que estará repartido en función de

las diferentes áreas, por lo que sus elementos pueden tener más jerarquía en unas áreas que en otras. estableciendo una organización donde los patrones de simetría y complementariedad estarán en alternancia.

Se pueden presentar problemas de jerarquía en una familia cuando las secuencias repetitivas (patrones de conducta) definen simultáneamente dos jerarquías distintas incompatibles con la misma función, o cuando la jerarquía es inestable debido a que las conductas indican un tipo de jerarquía en un tiempo y otra en otro momento. Tales situaciones conducirán al sistema a una constante inestabilidad y los problemas que se presentan estarán en proporción directa al número de jerarquías disfuncionales presentes.

Las reglas de organización de un sistema familiar tienen que modificarse a medida que sus elementos se van desarrollando e interactuando con el medio, con el fin de responder a las demandas de éste y a la vez conservar su estabilidad interna, de tal forma que el sistema se encuentre en "armonía" con su medio. Así, la familia va pasando por diversas etapas las cuales están en relación a la retroalimentación positiva que el sistema recibe de su ambiente y a la retroalimentación negativa que genera la familia.

De esta manera, la familia como sistema abierto tiene tanto producción de entropía positiva (medida de desorden de un sistema) como también la producción o importación de entropía que puede ser negativa (medida de orden u organización). Cuando una familia trata de conservar su estabilidad, elabora mecanismos para evitar el

incremento de entropía positiva (por ejemplo, impedir la separación de los miembros, ya sea por casamiento o estudios), lo cual repercutirá en su desarrollo y le impedirá responder a las demandas del medio. De tal suerte que el sistema se volverá disfuncional al comportarse como sistema cerrado y generará patología en los elementos que la forman, ya que tendrán que gastar gran parte de su energía (conducta homeostática) para conservar su estabilidad, generando una estructura que no responde a los requerimientos del ambiente, lo que puede llevar a la destrucción del sistema en su totalidad, o a través de la destrucción de sus elementos (Falcón, 1981).

El sistema familiar se comporta como una totalidad en la medida en que cada uno de sus miembros está relacionado de tal modo con los otros, que un cambio en uno de ellos provoca un cambio en todos los demás y sufre la influencia de éstos. Como ha sido señalado por Watzlawick et al. (1987), los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente ejerce por lo común algún efecto sobre los otros miembros, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social o incluso física.

En el desarrollo de la familia se puede observar cómo ésta evoluciona a niveles de organización más complejos cada vez: inicia con el matrimonio de la pareja, posteriormente vienen los hijos y después, con el transcurso del tiempo, el número de elementos decrece, hasta quedar la diada original compuesta por los esposos. De tal suerte que este proceso de segregación positiva permite a

los miembros de la familia cobrar autonomía de su sistema original con el fin de que puedan crear su propio subsistema (o sistema familiar), produciendo un nuevo nivel de orden y de complejidad, denominándose a esta cualidad del sistema como negentropía.

A lo largo de este proceso, el sistema desarrolla una homeostasis de tipo especializado, mediante la cual algunos de sus elementos se comportan de manera aislada ante una retroalimentación positiva, no interactuando todos los miembros de la familia. Esto es debido a que sólo se requiere que uno o unos cuantos se comporten de una manera determinada para que se restablezca el equilibrio del sistema, por estar dichas conductas "autónomas" al servicio de la totalidad (Falcón, 1981).

Cuando el sistema familiar produce este tipo de conductas, se dice que el sistema ha sufrido un proceso de mecanización a través de la especialización de funciones, lo cual implica que el sistema ha perdido, en algunas de sus áreas, su comportamiento de totalidad. Un ejemplo de este mecanismo en una familia es cuando un hijo es el elemento homeostático entre sus padres, al violar éstos determinadas normas, o acercarse a sus límites de tolerancia (retroalimentación positiva), el niño empieza a presentar conductas inadecuadas (retroalimentación negativa-mecanismo homeostático especializado), con la función de lograr desviar la atención hacia su persona, volviéndose él el problema, no la norma violada entre los padres y de esta forma restablecer el sistema.

A medida que se va especializando, dicho miembro de la familia se vuelve más indispensable para el sistema, por lo que su pérdida puede llevar a la destrucción de la familia, o bien, a que ésta busque nuevas configuraciones homeostáticas, lo que llevará a una reestructuración, generándose un cambio en la familia.

Las características de circularidad (retroalimentación) y automodificación, que posee la familia como sistema abierto, hacen que los "resultados" (los diferentes niveles de desarrollo que alcanza tanto la familia como sus elementos) no estén determinados tanto por las condiciones iniciales del sistema, como por la naturaleza del proceso.

Cuando el mismo estado final de dos o más subsistemas puede ser alcanzado mediante diferentes condiciones iniciales, o diferentes procesos, como por ejemplo en los sistemas familiares, se dice que son equifinales, lo que significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, debido a que lo decisivo es la naturaleza de la organización de cada uno. A pesar de las diferencias que existen entre familia y familia, van alcanzando y cumpliendo más o menos las mismas etapas en general, no obstante lo distinto de su organización.

De este modo, la familia, como todo organismo humano, no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo, que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través de ensayo y error, que permite a los diversos miembros experimentar lo que está tolerado en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación,

es decir, a la formación de una unidad sistémica (estructura familiar) regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones (Andolfi, 1977).

## 1.2 MODELO FAMILIAR.

Dentro del campo de la terapia familiar se ha desarrollado una diferenciación en los conceptos teóricos tradicionales que enmarcan las diferentes modalidades terapéuticas que se ponen en práctica. En esta disertación teórica y práctica tiene lugar el Enfoque Estructural de la Familia, cuyo objetivo es lograr el cambio familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, en donde el énfasis de la terapia está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción.

La terapia Estructural de Familia, fundada y desarrollada por Salvador Minuchin a finales de los 60's, es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social (la familia), intenta modificar la organización de la familia partiendo del supuesto de que al transformar la estructura del grupo familiar se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo, trayendo como resultado la modificación de las experiencias de cada individuo.

La teoría de la terapia se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales (Minuchin, 1979), el terapeuta familiar no basa sus concepciones en una personalidad "esencial" que permanecería

inmodificada a través de las vicisitudes de diferentes contextos y circunstancias. Su idea acerca de la concepción de la patología es mucho más amplia.

La terapia estructural se basa principalmente en tres axiomas:

"En primer lugar, la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los efectos de sus acciones pasadas.

El segundo axioma que subyace a este tipo de terapia es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. El tercer axioma es que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros" ( Minuchin, 1978, pp. 30-31).

Este enfoque proporciona un esquema conceptual del funcionamiento familiar que auxilia al terapeuta a analizar a una familia: En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. La

familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose de tal forma que pueda seguir funcionando.

En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exige una reestructuración (ciclo de vida). Es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a las fuentes de estrés del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos, suficientes para responder a los requerimientos cotidianos. La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración.

En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantenga una continuidad y fomente el crecimiento psicosocial de cada miembro, adaptándose al estrés y facilitando las reestructuraciones. Cuando una familia responde al estrés con rigidez, por lo general se manifiestan pautas disfuncionales, lo que puede llevarlos a terapia.

Una familia se encuentra regularmente sometida a dos tipos de presiones: una presión interna ocasionada por la evolución de sus miembros y de sus subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos necesarios para acomodarse a las instituciones sociales significativas (escuela, fábrica, barrio, instituto, etc.) que influyen sobre los miembros familiares.

La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de las relaciones

mutuas de los miembros de la familia, que facilitan su crecimiento mientras el sistema familiar conserva su continuidad. En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables.

Estos procesos transicionales de adaptación a la nuevas situaciones han sido considerados erróneamente como patológicos, debido a la falta de diferenciación y de angustia que caracteriza dichos procesos. Por lo que el enfoque de la familia como sistema social en transformación diferencia la naturaleza transicional de determinados procesos familiares y reserva la etiqueta de patológica a aquellas familias que frente a esas tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y de sus límites transaccionales y se resisten a toda exploración, estancándose o saltando en alguna fase.

Las situaciones de tensión que influyen sobre un sistema familiar pueden proceder de cuatro fuentes, de acuerdo a Minuchin (1979):

La primera se refiere al contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares. Cuando uno de los miembros se ve afectado por un estrés, regularmente los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o difundirse hacia el seno de toda la familia. Una de las funciones principales de la familia es proporcionar apoyo a cada uno de sus miembros. Un ejemplo de esta situación sería la pérdida de trabajo del padre, lo que ocasiona que los demás miembros de la familia tengan que

acomodarse estructuralmente de forma tal que asuman las tareas del miembro en cuestión en tanto éste se recupera y se reintegra a sus deberes.

La segunda alude al contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares. Esta situación se presenta cuando todo el sistema familiar se ve sobrecargado por los efectos de un cambio, por ejemplo de domicilio, o de ciudad, o de una depresión económica, y los recursos de la familia para hacer frente a esas situaciones se ven inutilizados en forma específica ya sea por la pobreza de recursos o por la discriminación de que sean víctimas.

La tercera se dirige a los diferentes momentos transicionales de la familia. En la evolución natural de cada familia se presentan algunas fases que requieren de la negociación de nuevas reglas familiares. Aparecen nuevos subsistemas (con el nacimiento del primer hijo, la adolescencia de los mismos, etc. ) y deben trazarse nuevas líneas de diferenciación. En este proceso, inevitablemente se plantean conflictos. Estos conflictos ofrecen una oportunidad de crecimiento a todos los miembros de la familia, pero, si no se llegan a resolver, estos problemas transicionales pueden plantear dificultades mayores. De manera ideal los conflictos serán resueltos por las negociaciones de transición y la familia se adaptara con éxito; sin embargo, existe una tendencia a mantener las antiguas pautas de comportamiento, que obstaculizan dichas negociaciones.

La cuarta se refiere al estrés generado por los problemas que implican las expectativas mutuas de cada uno de los miembros de la familia hacia los otros y hacia la misma familia (idiosincrasia). "Un terapeuta de familia debe tomar en cuenta todas las circunstancias y tener presente la posibilidad de que áreas determinadas de la familia den lugar a pautas transaccionales disfuncionales. Por ejemplo, una familia con un hijo con retardo mental puede haberse adaptado al problema planteado mientras el niño era pequeño. Pero la realidad del retraso, que los padres podían evitar cuando el niño era pequeño, debe ser enfrentado a medida que crece y que la disparidad de desarrollo entre él y los niños de su edad se hace más evidente" (Minuchin, 1979: p. 105).

Esta situación requiere de una adaptación del sistema familiar para poder asumir una nueva posición ante la situación.

La Terapia Estructural considera que la familia juega un papel importante en la configuración de la identidad de sus miembros; este sentido de identidad posee dos elementos, un sentido de pertenencia y un sentido de separación.

El sentido de pertenencia se da a través de la acomodación por parte del individuo a los grupos familiares y del acto de asumir las pautas de conducta en la estructura familiar, el cual se mantiene a lo largo de los diferentes acontecimientos de la vida.

La acomodación de la familia a las necesidades del individuo delimita áreas de autonomía que el experimenta como separación. Este sentido de separación y de individuación se logra mediante la participación del sujeto en los diferentes subsistemas y contextos

familiares, al igual que a través de su participación en grupos extrafamiliares. Así, el sentido de identidad de cada individuo se ve influido por su sentido de pertenencia a diferentes grupos.

De esta manera, la familia se constituye en la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, al tiempo que debe acomodarse a la sociedad y poder así garantizar de alguna manera la continuidad de su cultura. Por lo que la familia cambia a medida que cambia la sociedad.

### 1.3 ESTRUCTURA FAMILIAR.

En esencia el enfoque estructural de la familia se basa en el concepto de "que una familia no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros. Los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones" (Minuchin, 1979; p. 138).

Dicho en otros términos, los miembros de una familia se relacionan (interactuán) de acuerdo con ciertas disposiciones (conjunto invisible de demandas funcionales) que organizan los modos de sus transacciones; estas disposiciones, que por lo general no son establecidas en forma explícita, o siquiera reconocidas, constituyen un todo: La estructura de la familia.

Esta estructura familiar, organiza las formas en que interactúan los miembros de una familia a partir de las diferentes pautas transaccionales que se desarrollan (patrones de interacción). Las transacciones repetidas establecen pautas acerca

de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, apuntalando así al sistema.

De este modo una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Y la realidad de la estructura corresponde a un orden diferente de la realidad de los miembros individuales (Minuchin, 1979).

Las pautas transaccionales que regulan la conducta de los miembros de la familia, son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero de tipo genérico, que alude a las reglas universales que gobiernan la organización familiar (por ejemplo, la autoridad paterna, las relaciones de complementariedad entre los esposos, etc.) y el segundo sistema de coacción es idiosincrático, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Estas expectativas se originan de las negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, que se presentan en los acontecimientos diarios (lo que se espera del padre, de la madre, de los hijos). A menudo, la naturaleza de estos contratos originales ha sido olvidada, y muy posiblemente nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas permanecen (como una especie de piloto automático) en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional.

De esta forma el sistema familiar se mantiene a sí mismo. Y se resiste a cambios que van más allá de ciertos niveles, conservando las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo.

Sin embargo, para la existencia continua de la familia como sistema se hace necesario que la estructura familiar (entendida como totalidad) sea capaz de adaptarse a las circunstancias que cambian; dependiendo de una gama suficiente de pautas, de la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y de la flexibilidad para movilizarlas cuando sea necesario hacerlo. Facilitando así la posibilidad de responder a los cambios internos y externos, permitiendo encarar las nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Para cumplir con esta tarea es necesario que la familia se diferencie y desempeñe sus funciones a través de sus subsistemas. Estos subsistemas se pueden formar por generación, sexo, interés o función; así como también se puede considerar al individuo como subsistema en el interior de una familia (Minuchin, 1979).

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. A partir de su participación en cada subsistema incorpora diferentes relaciones complementarias, lo que posibilita el proceso de reciprocidad en las relaciones humanas.

"La organización en subsistemas de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado "yo soy", al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles" (Minuchin, 1979; p. 88).

A partir de las interacciones específicas con los demás se refuerzan los aspectos de la personalidad individual que resultan

apropiados al contexto. Y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en determinadas situaciones reforzando las respuestas de ellos. Se presenta un proceso circular y continuo de influjo, y refuerzo recíprocos, que tienden a mantener una pauta fijada.

Para ilustrar de qué manera la estructura cumple su función a, partir de los subsistemas, Minuchin (1979) describe las características de dichos subsistemas.

#### 1.3.1 Subsistema Conyugal (Holón conyugal)\*.

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos, hombre y mujer, se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia.

Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua; los nuevos compañeros traen consigo un conjunto de valores y expectativas tanto explícitas como no perceptibles, que deberán conciliarse con el paso del tiempo.

\* Minuchin y Fishman (1984), advierten del beneficio dentro de la terapia familiar de utilizar el término de "holón" para designar la unidad de intervención -el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad-, debido a que "cada holón es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella (la palabra holón, del griego holos (todo) con el sufijo <on> como en protón o neutrón que evoca una partícula o parte)" (pp.26-27).

La pareja debe desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido. Es decir, tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo.

Las pautas de interacción que poco a poco se van elaborando no suelen ser entendidas con conciencia, simplemente están dadas y forman parte de las premisas de la vida; son necesarias, pero no objeto de reflexión. Estas pautas establecidas gobiernan el modo en cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial.

Este subsistema conyugal puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera. Puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento.

En el proceso de acomodación mutua, los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecían latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno. Aunque también puede darse el caso de que ambos se inciten mutuamente los rasgos negativos. Los cónyuges pueden insistir en mejorar o preservar a su pareja y, a través de ese proceso descalificarlo.

Minuchin (1979) señala que esas pautas negativas pueden existir en las parejas comunes sin que necesariamente implique patología grave o motivaciones "malévolas" en ninguno de sus miembros.

Asimismo, este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos, ya que se constituye como su modelo de relaciones íntimas, que se manifiesta en las relaciones cotidianas. Es decir, lo que el niño presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior.

Por último, una de las tareas más importantes del subsistema conyugal es la fijación de límites que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos, procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se entrometan otros. Por lo que en terapia, esta necesidad obliga al terapeuta a proteger los límites que rodean al subsistema conyugal.

### 1.3.2 Subsistema Parental (Holón parental).

Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel en la formación familiar. Ahora las interacciones dentro del subsistema parental incluye las tareas de crianza de los hijos y las funciones de socialización; se inicia un proceso de diferenciación para desempeñar dichas tareas sin renunciar el mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

Se hace necesario trazar un límite que permita al acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales.

Cuando los niños son pequeños, predominan las funciones de alimentación, pero en la medida en que el niño desarrolla, tanto sus requerimientos de autonomía como la orientación, imponen

demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas por los otros, y desarrollara los modos más eficaces de comunicar lo que se desea, dentro de su propio estilo familiar. A partir de las respuestas de sus padres, y a partir de que éstas sean adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto. por lo que la relación de paternidad se convierte en un proceso difícil de acomodación mutua.

Resulta imposible que los padres protejan y guíen sin recurrir al mismo tiempo del control y la restricción. Minuchin (1979) señala que los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar. Por lo que el proceso de socialización es inevitablemente conflictivo.

El funcionamiento eficaz requiere que tanto padres como hijos asuman el hecho de que la utilización diferenciada de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental, este hecho se convierte en un laboratorio social para los niños, quienes aprenderán a negociar en situaciones de poder desigual.

Por lo que la tarea principal del subsistema parental, es la de modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Conforme el niño crece, se deben dar más oportunidades para que se tomen decisiones y controle así mismo, desarrollándose en forma autónoma.

La tarea primordial del terapeuta consiste en ayudar a los subsistemas a negociar sus diferencias y facilitar su mutua acomodación.

### 1.3.3 Subsistema Fraternal (Holón de los hermanos).

Si el subsistema parental representa un laboratorio de formación social donde se aprende a negociar en situaciones de poder desigual, el subsistema fraternal representa el laboratorio en donde el niño puede experimentar relaciones con sus iguales.

En este marco los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir entre sí. Asumen diferentes posiciones en sus relaciones mutuas, y estas posiciones asumidas en el subgrupo fraternal, promueven tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad, vivenciando a partir del acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema.

Posteriormente, cuando los niños se ponen en contacto con los diferentes grupos de iguales fuera de la familia, intentarán actuar de acuerdo con las pautas del subsistema fraternal. De su paso por los diferentes sistemas de compañeros de clase, de la escuela, y después del trabajo, aprenden formas alternativas de relación que más tarde incorporan al mundo fraternal.

Los límites del subsistema fraternal deben proteger a los niños de la interferencia de los adultos, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, a disponer de la libertad de cometer

errores en su exploración y de poder tener sus propias áreas de interés. En las diferentes etapas de su desarrollo el niño posee diferentes necesidades, capacidades cognitivas particulares, y sistemas de valores propios, por lo que el terapeuta debe conocer estas necesidades del desarrollo de los niños, y pueda ser capaz de apoyar el derecho del niño a la autonomía, sin menoscabar la autoridad de los padres.

De acuerdo a Minuchin (1979), una familia adecuadamente organizada presenta un conjunto de límites claramente definidos. Estos límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen dentro de las transacciones interpersonales.

La función de los límites es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas, y su nitidez es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los diferentes subsistemas el desarrollo de sus funciones sin las interferencias indebidas, pero también debe permitir el contacto entre los miembros de cada subsistema y los otros.

Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en algún subsistema, es afirmado en la libertad, oposición e interacción, o en la interferencia por parte de otro subsistema. Este proceso de

identidad del subsistema se facilita gracias a la protección que proporcionan los límites en la diferenciación del sistema.

#### 1.4 EL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

La familia no es una entidad estática, se encuentra en un proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Está sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera del sistema.

Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. El sistema evoluciona hacia una complejidad creciente. Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee la capacidad para adaptarse y cambiar, manteniendo su continuidad.

Las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia (homeostasis). Pero si estas fluctuaciones se amplían, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones (crecimiento).

El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes; y también hay períodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. Como consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se

elaboran tareas y aptitudes también nuevas (Minuchin y Fishman, 1984).

Lo esencial del proceso es que la familia tiene que atravesar ciertas etapas de crecimiento y envejecimiento al tiempo que debe enfrentar períodos tanto de crisis como de transición (Estrada, 1988; Macías, 1981; Minuchin, 1979 y Minuchin y Fishman, 1984).

#### 1.4.1 La Formación de la pareja (el encuentro).

La formación de la pareja es considerada como la primera etapa del desarrollo familiar. Al inicio de este período los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. Por ejemplo, rutinas para acostarse y levantarse, para comer juntos, para poner la mesa, etc.

En este proceso de mutua acomodación, la pareja debe armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos al tiempo que elaboran pautas transaccionales de complementariedad. Aprenden a enfrentar los conflictos que inevitablemente surgen cuando dos personas forman una nueva unidad, constituyéndose como una característica esencial de este período inicial, la elaboración de pautas viables para expresar y resolver los conflictos (Minuchin, 1979; Minuchin y Fishman, 1984).

Existe un aumento de tensión entre las necesidades del subsistema conyugal y las de cada uno de sus miembros, por lo que tienen que ser modificadas ahora las reglas que antes eran satisfactorias para cada individuo separadamente.

La pareja enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una nueva forma diferente de relacionarse con los demás (las familias de origen, los amigos, el mundo del trabajo, el vecindario y otros contextos importantes).

La tarea consiste en mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear un subsistema cuyas fronteras (límites) sean nítidas en la medida que permitan el crecimiento de una relación íntima de pareja.

En la formación de una pareja resultan muy significativas las dimensiones de la parte y el todo. Es decir, en este proceso cada cónyuge se experimenta a sí mismo como un todo que se encuentra en interacción con otro todo, por lo que para formar la nueva unidad de pareja cada uno tiene que convertirse en parte, de tal forma que cada individuo pierde individualidad pero gana en sentido de pertenencia.

#### 1.4.2 El Nacimiento de los hijos.

Con el nacimiento de un niño se inicia un cambio radical en la organización de la familia. Ahora, las funciones de la pareja entran en un proceso de diferenciación necesario para enfrentar los requerimientos del niño, de atención y alimento, a la vez que les permite encarar las restricciones impuestas al tiempo de los cónyuges.

El compromiso físico y emocional con el niño exige un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges; quienes tienen que modificar pautas y crear métodos adecuados para mantener el control

y al mismo tiempo alentar el crecimiento. Cuando nace otro hijo, se quiebran las pautas estables constituidas en torno del primero por lo que es necesario instituir un mapa más complejo y diferenciado de la familia, incluyendo ahora el subsistema fraterno.

Un nuevo cambio se produce cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, la familia ahora tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia. Toda la familia debe elaborar nuevas pautas.

El crecimiento del niño introduce nuevos elementos en el sistema familiar.

#### 1.4.3 La Adolescencia de los hijos.

De los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema.

Con la adolescencia, el grupo de pares adquiere mucho poder. El adolescente, al ponerse en contacto con otros adolescentes se percata de que la familia de sus amigos obedece a reglas diferentes, las cuales juzga más equitativas, lo que le lleva al cuestionamiento de su propia familia; por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres. La familia deberá negociar ciertos ajustes, y modificar ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que facilitar el contacto mutuo al tiempo que dejen en libertad al hijo para vivenciar ciertas experiencias.

Los hijos no son los únicos miembros de la familia que crecen y cambian. En la vida adulta existen momentos de pasaje que tienden a concentrarse en determinadas décadas, estos estadios influyen sobre los subsistemas (holones) de la familia y son influidos por éstos (Minuchin y Fishman, 1984).

Una nueva fuente de presión y de exigencias puede empezar a influir sobre la familia en esta etapa: los padres de los padres. En el preciso momento en que padres de mediana edad enfrentan con sus hijos problemas de autonomía y de apoyo, es posible que deban renegociar el ingreso en la vida de sus propios padres a fin de compensar la declinación de sus esfuerzos o la muerte de uno de los dos. Este desequilibrio leve que requiere de adaptación es característico de las familias durante buena parte de este estadio (Estrada, 1988).

Por último, en este estadio comienza el proceso de separación de los hijos y se inicia el re-encuentro de la pareja.

#### 1.4.4 El Re-encuentro.

En este cuarto estadio los hijos, ahora adultos jóvenes, han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos, y un cónyuge. Con la partida de los hijos la familia originaria vuelve a ser de dos miembros.

A pesar de que los miembros de la familia cuentan con una larga historia de acomodación y de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una clara reorganización cuyo eje será el modo en que los padres e hijos se quieren relacionar

como adultos. A esta fase se le conoce como "síndrome del nido vacío", expresión que se suele asociar al aislamiento y la depresión que la pareja experimenta cuando se queda sin ocupación, sus actividades de crianza han terminado (Estrada, 1988).

Se presentan en esta fase cambios sociales y familiares de gran importancia, por ejemplo:

- la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (Cónyuges de los hijos) en la familia.
- el nacimiento de los nietos.
- la muerte de la generación anterior.
- la jubilación.
- la declinación de la capacidad física que va acompañada casi siempre de quejas en uno mismo y en el compañero, así como la aparición de las enfermedades.
- el conflicto con las nuevas generaciones.
- el problema económico de los hijos que inician una nueva familia y el de la propia pareja.
- la necesidad de independizarse de hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

Este período se suele definir como una etapa de pérdida, pero puede también ser de desarrollo si los cónyuges, como individuos y como pareja aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños, sus expectativas para realizar actividades inalcanzables mientras debían dedicarse a la crianza de los hijos (Estrada, 1988).

#### 1.4.5 La Vejez.

De acuerdo a Estrada (1988) la vejez es una de las etapas menos conocidas; con sus grandes complejidades llenas de misterio y amenaza, resulta poco asequible a la mirada del investigador.

Regularmente se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos o a negarlos, lo que matiza las relaciones que se tienen con ellos.

Por lo general los problemas de una familia que están relacionados con la vejez, permanecen ocultos o negados.

Uno de los problemas que frecuentemente se encuentran es aquél de dos esposos ya viejos en donde él jubilado regresa a casa "para siempre" e invade los dominios que antes sólo fueron de su esposa, corriendo el riesgo de que lleguen a perder la estima y el respeto, y aparezcan la ansiedad, la tensión y los estados depresivos.

Otra problemática que se presenta en las parejas de viejos, es aquélla en que los mismos hijos no les permiten tener una intimidad adecuada. Frecuentemente se establece una sobreprotección de hijos a padres en donde no se les permite vivir en libertad bajo el pretexto de cuidarlos. El viejo se siente aprisionado, y puede desarrollar estados depresivos.

#### 1.5 PARAMETROS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

La familia como matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, moldea y programa la conducta de éstos constituyéndose en un modelo de las relaciones interpersonales, que se manifestarán en las interacciones cotidianas, proporcionándoles así un marco de

referencia. En ese sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno -la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo -la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura. Este doble proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico entre el aprendizaje y el crecimiento de la familia.

De acuerdo al enfoque Estructural de la familia todo tipo de tensión, sea originada por cambios dentro de la familia (intrasistémicos: el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un divorcio, la muerte de un miembro, etc.) o provenga del exterior (cambios intersistémicos: cambio de vecindario, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, etc.) vendrá a pesar sobre el sistema del funcionamiento familiar y requerirá de adaptación, en otras palabras, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y de consentir el crecimiento de sus miembros, por otro. Justamente en estas situaciones de cambios o presiones intra o intersistémicas se presentan la mayoría de las perturbaciones familiares.

Los modelos transaccionales que regulan el comportamiento de los miembros de la familia se mantienen por obra de dos sistemas de coacción. El primero comprende las reglas que rigen por lo general la organización familiar, es decir, la presencia de una jerarquía de poder, en la cual padres e hijos poseen diferentes niveles de autoridad, y de complementariedad de funciones, en la que los miembros de la pareja aceptan una interdependencia recíproca.

El segundo está representado fundamentalmente por las mutuas expectativas de cada miembro de la familia respecto de los demás. El origen de estas expectativas se encuentra en las negociaciones, explícitas e implícitas, sobre los eventos cotidianos.

Al conjunto de funciones que organizan el modo como interactúan los miembros de la familia se le llama estructura familiar. Existen cinco parámetros dentro de esa estructura que posibilitan al terapeuta darse una idea de la funcionalidad o disfuncionalidad del grupo familiar siempre consciente de que la estructura de éstos nunca se les manifiesta enseguida. Dichos parámetros son los siguientes.

**Límites.** La claridad y flexibilidad de los límites en el interior de la familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como resultado de ello, la distancia entre los miembros disminuye y los límites se esfuman, la diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de este tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de estrés.

Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos, la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas.

De acuerdo a Minuchin (1979), estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento, los cuales se refieren a un estilo transaccional o de preferencia por un tipo de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. La mayor parte de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados. Las operaciones en los extremos, sin embargo, señalan áreas de posible patología. La familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad. La familia desligada tiende a no responder cuando no es necesario hacerlo.

**Jerarquía.** La familia se organiza en varios niveles y la autoridad se manifiesta en diversas formas en cada contexto (esposo, madre, etc.).

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad, el individuo al entrar en contacto con los diferentes subsistemas, entra en diversas relaciones complementarias. Por ello, es importante que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo normal o funcional consiste en que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible.

En ocasiones, los padres delegan parte de su autoridad en uno de los hijos, que generalmente es el hijo mayor, para que supervise o corrija a sus hermanos. El hijo desempeña, entonces, funciones parentales. Tal situación puede ser funcional, siempre y cuando la delegación de autoridad sea explícita, temporal (p.ej. en ausencia

de los padres) y si estos no tratan de abdicar definitivamente sus funciones parentales.

**Alianza.** Una alianza es la asociación, abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.

Las alianzas más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación (entre esposos, entre hermanos) y del mismo sexo.

Cuando las alianzas son rigidamente persistentes o cuando se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero se dice que se trata de una asociación patológica en una triada rígida, llamada coalición (por ej. hijo y padre se alían en contra de la madre).

**Territorio o Centralidad.** Se refiere al espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto. En ocasiones la figura central es la misma que ocupa el puesto más alto en la jerarquía, pero esto no ocurre siempre necesariamente.

En algunos casos se refiere al miembro familiar que recibe mayor atención, por ejemplo los varones, por el solo hecho de serlo, reciben mayor atención de los padres mientras que las hijas por ser mujeres quedan un tanto marginadas, con menor territorio.

**Geografía o Mapa.** Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia en las actividades cotidianas, por ejemplo: al ir a dormir, al comer, al viajar en coche, etc.

Un mapa familiar es un esquema organizativo, es estático, por lo que no representa la riqueza de las transacciones de la familia, puesto que ésta se encuentra en constante movimiento.

No obstante, al ser una representación gráfica y sencilla de la organización de la familia, proporciona datos para entender la dinámica familiar.

Es importante señalar que una familia "normal" o funcional no puede ser distinguida de la familia "anormal" o disfuncional por la ausencia de problemas. La distinción que se podría hacer se encuentra más en términos de las estrategias que utilizan para resolver los problemas, del clima emocional de la familia, de la capacidad de cambio durante el curso del ciclo de vida de la familia y de la formación de fronteras o límites generacionales funcionales. Considerando desde luego los contextos socioeconómicos, culturales y comunitarios de las familias.

De tal manera, sólo en el proceso de coparticipar con una familia, explorar sus interacciones y vivenciar la estructura que la gobierna, se logrará conocer su modalidad de interacción.

## CAPITULO II

### *EL PAPEL DE LA PAREJA EN EL SISTEMA FAMILIAR.*

La decisión, la elección de pareja y la aceptación de la responsabilidad del matrimonio son consideradas cualidades importantes en el desarrollo personal. La elección de pareja es quizás una de las decisiones más importantes que se toman en la vida y de la cual depende en mucho el futuro.

El matrimonio sigue siendo una institución universal, apesar de que en la actualidad sus objetivos se han modificado con el paso del tiempo, por ejemplo actualmente el comportamiento sexual de muchos jóvenes no implica necesariamente un compromiso matrimonial, otros tantos optan por casarse con la intención de no tener hijos y por otra parte la justificación económica del matrimonio y de la familia parece que ha perdido relevancia (Bornstein y Bornstein, 1988).

El vivir en pareja sigue siendo entonces una práctica común hoy en día; las personas deciden casarse o vivir juntos cuando experimentan un conjunto de sentimientos positivos hacia la persona amada, entre estos sentimientos se encuentran el cariño, la comunicación, la protección, la intimidad, la pasión y el sufrimiento, o sienten la necesidad de compañía, o bien, las personas esperan obtener ciertos beneficios de la pareja y del matrimonio (expectativas previas). Estas exigencias asumidas

previamente están basadas en un sentido de satisfacción y felicidad y en una creencia de que "el amor lo puede todo" (Bornstein y Bornstein, 1988; Sager, 1976). Es decir, las parejas han adquirido en muchos casos nociones completamente fantaseadas, en donde estas expectativas no realistas e idealizadas nutren el desencanto temprano de la pareja.

## 2.1 LA RELACION DE PAREJA.

El matrimonio no es un estado estático sino una fase del ciclo vital del individuo en el que éste puede continuar creciendo y desarrollándose. Cuando la gente se casa, se lleva a cabo una mezcla de dos sistemas familiares, cada uno de los cuales es considerado como "correcto", lo que da origen muchas veces a una profunda perplejidad e incomprensión. De tal manera la elección de pareja se realiza de manera bilateral en donde ambos miembros se confabulan para llevar a cabo (Framo, 1985). De este modo cuando alguien se casa, no se casa simplemente con una persona, se casa con una familia.

Desde el punto de vista de la Terapia Familiar Estructural la pareja es considerada como un sistema vivo de tipo abierto, que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas. En donde la pareja se encuentra conformada por lo que es ella, más lo que es él, más lo que pasa entre ambos dando lugar a una relación o vínculo. Así, la pareja es más que la mera suma de las partes (Minuchin y Fishman, 1984).

De esta manera, la relación de pareja no puede ser considerada estática, ni está formada por dos personas inmóviles, sino que se presenta como una relación estrecha entre dos subsistemas móviles que juntos forman otro sistema (holón conyugal).

Dentro de este holón, la pareja tendrá como tarea uniformar los estilos y expectativas diferentes de ambos y elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto, creando reglas sobre la intimidad, las jerarquías y pautas de cooperación, elaborando secuencias constantes de conducta donde unas provocan las otras de manera circular, los actos de ella condicionan las respuestas de él y viceversa.

Una pareja no existe aislada del mundo externo, se encuentra inmersa en una comunidad que posee ciertos valores y reglas que le afectan y que a su vez se ven afectados por la pareja produciéndose de este modo un elevado intercambio de información entre el holón y el contexto, y en el interior del propio holón.

Las parejas pueden organizarse y llevar a cabo diferentes pautas de relación, entre las que podemos encontrar:

La relación simétrica. En donde ambos cónyuges comparten esencialmente iguales derechos y obligaciones, los problemas que aparecen con mayor frecuencia son los que se refieren a la competencia en donde dos personas con los mismos tipos de conducta esperan dar y recibir y ambos dan y reciben. En esta relación no se observa con claridad quién es el dominante y quién el dominado, se reducen al mínimo las diferencias de poder.

La relación complementaria. Este tipo de relación es considerada como la tradicional, en donde uno de los miembros predomina y manda y otro se somete y obedece, las diferencias de poder se aumentan al máximo. Las conductas entre los dos son diferentes, se rigidizan las posiciones de superior-inferior, se produce un resentimiento de la parte que complementa y sentimiento de soledad de la parte que manda. En este tipo de relación hay una clara distinción de funciones.

La relación paralela. En esta forma de relación ambos cónyuges alternan las transacciones simétricas y complementarias, intercambiando el poder de acuerdo a los contextos y situaciones cambiantes, es decir, en algunos contextos ella manda y en otros él. Para algunos autores se trata de la relación más favorable en nuestra cultura, los cónyuges pueden darse mutuo apoyo y pueden competir sanamente (Solario, 1989).

## 2.2 EL CONTRATO MATRIMONIAL.

Cuando dos personas comienzan a interactuar y establecer una relación continua, se comunican entre sí de forma verbal y no verbal, fijan las reglas básicas para su conducta y modos de comunicarse. Es en este proceso gradual pero ininterrumpido como se van convirtiendo en un sistema, en donde cada uno abriga un conjunto de expectativas con respecto al otro y a la relación en sí. Es decir, los esposos traen consigo sus respectivas expectativas individuales y al unirse en pareja o matrimonio crean un nuevo sistema dotado de un contrato propio.

Sager propone en 1976 el término de contrato matrimonial, en donde se utiliza la interacción marital como un instrumento para ayudar a cada cónyuge a superar sus fallas individuales y en donde se entiende por contrato individual los conceptos expresados y tácitos, concientes e inconcientes, que posee una persona con respecto a sus obligaciones conyugales y a los beneficios que espera obtener de su vida de pareja en general. Estos contratos abarcan todos los aspectos imaginables de la vida familiar: las relaciones con los amigos, los logros, poder, sexo, tiempo libre, dinero, etc. El grado en que el matrimonio satisface estas expectativas determina la calidad.

"Cada miembro de la pareja cree qué recibirá lo que quiere, a cambio de lo que él dará al otro. Pero como cada cual actúa basándose en un conjunto diferente de cláusulas contractuales, e ignorando el de su compañero, y como, además, esas cláusulas van cambiando con el tiempo -al alcanzar distintas etapas del ciclo vital y actuar fuerzas externas sobre la pareja como tal o sobre sus integrantes-, suele ocurrir que uno de los esposos modifique las cláusulas o reglas de juego sin discutir las y, ciertamente, sin el consentimiento del otro" (Sager, 1976, p.9).

El concepto de contrato matrimonial permite manejar las interacciones entre los miembros de la pareja, se busca comprender dichas interacciones en función de la congruencia, complementariedad o conflicto existente entre las expectativas y obligaciones recíprocas de los esposos.

Dentro de los contratos matrimoniales se encuentran tres categorías (Sager, 1976):

Categoría 1. Parámetros basados en la expectativas puestas en el matrimonio.

El acto de casarse, con o sin la confirmación efectiva de la iglesia o del estado, denota un importante grado de compromiso, no sólo con el compañero sino también con el matrimonio. Cada persona se casa con ciertos propósitos y objetivos específicos respecto del matrimonio.

Categoría 2. Parámetros basados en necesidades intra psíquicas y biológicas.

Se considera que algunas necesidades individuales son de origen biológico, en tanto que otras nacen del ambiente familiar y del medio cultural; y ambas pueden influir en las expectativas puestas en la relación marital. Por lo común, no hay una separación clara entre la categoría biológica y las dos últimas sino más bien una transición gradual con superposiciones.

Categoría 3. Parámetros que son focos externos del problema originados en las categorías 1 y 2.

Las quejas comunes que constituyen en sí el problema central, sino síntomas, describen posibles perturbaciones en las pautas de conducta transaccional en las parejas, pero no la causa subyacente (Sager, 1976).

Dichas conductas abarcan desde incomunicación, peleas constantes, necesidades emocionales insatisfechas, insatisfacción sexual, problemas económicos, problemas con los suegros y cuñados,

infidelidad, conflicto referentes a los hijos, cónyuge dominante, cónyuge desconfiado, alcoholismo y agresión física.

Tomando en consideración lo anterior, los contratos matrimoniales incluyen una o más de las siguientes áreas de expectativas:

1. Un compañero que sea fiel, devoto, amante y exclusivo.
2. Un sosten constante contra el resto del mundo.
3. Una compañía que asegure contra la soledad.
4. El matrimonio es en sí una meta más que un comienzo.
5. El matrimonio es una panacea contra el caos y la lucha de la propia vida ("casándonos todo será tranquilo y ordenado").
6. Una relación que debe durar "hasta que la muerte nos separe", por lo tanto es percibido como un compromiso a perpetuidad.
7. Una relación sexual lícita y fácilmente asequible.
8. La creación de una familia, y la experiencia de procrear y participar en el crecimiento y desarrollo de los hijos.
9. Una relación en donde la atención esta puesta en la familia, más que en un simple compañero.
10. La inclusión de otras personas dentro de la nueva familia: padres, hijos, amigos, etc.
11. Un hogar donde refugiarse del mundo.
12. Una posición social respetable.

13. Una unidad económica y social. Lo que contribuye a dar un sentido de continuidad, de planeamiento y construcción del futuro.
14. Una imagen protectora, que inspire deseos de trabajar, construir y acumular riquezas.

Es importante enfatizar que además de las expectativas que cada esposo tiene de lo que recibirá del matrimonio y que está dispuesto a darle, el sistema marital puede modificar las metas existentes o bien crear otras nuevas. Con frecuencia dicho contrato no es una declaración formal de lo que cada cónyuge puede esperar del otro, sino un conjunto no declarado de expectativas, que puede llevar a la pareja a actuar de acuerdo a contratos muy distintos e incongruentes.

Esta incongruencia puede llevar a que las expectativas de hombres y mujeres con respecto al rol que deben desempeñar dentro de la pareja llegen a ser diferentes y que las desavenencias conyugales mantengan una relación estrecha con las siguientes áreas (Sager, 1976):

1. Comunicación. Con cuanta franqueza y claridad se pueden intercambiar información entre ellos y sus mensajes puedan expresar abiertamente sus deseos y sentimientos.
2. Estilos de vida. La existencia o no de similitudes que llevan a la compatibilidad o a una lucha constante.
3. Familias de origen. Los límites difusos entre la pareja y las familias de cada uno facilitan la intromisión de éstas en la

dinámica de la pareja, lo que lleva a un resentimiento por parte de uno de los cónyuges hacia la familia del otro.

4. Crianza de los hijos. Quién asume la responsabilidad y ejerce la autoridad sobre los hijos.

5. Relaciones con los hijos. Qué alianzas se establecen con ellos y con qué fines.

6. Mitos familiares. El afán por presentar una imagen determinada de sí mismos, de su matrimonio y su familia.

7. Dinero. Cómo se administra el dinero y quién toma las decisiones en este rubro.

8. Sexo. La actitud individual en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, quien las inicia, qué medios utiliza y sobre todo fidelidad.

9. Valores. Los valores generales con respecto a las prioridades (por ejemplo: dinero, educación, hogar, otras relaciones con terceros, etc.).

10. Amistades. La actitud, acuerdos y reglas para establecer amistades con otros, por ejemplo: compañeros de trabajo, personas del sexo opuesto, antiguas amistades, etc.

11. Roles. Las tareas y responsabilidades que se esperan que cumplan cada uno de ellos, por ejemplo responsabilizarse de los hijos, el trabajo doméstico, las relaciones sexuales, la planeación de las próximas vacaciones, etc.

12. Intereses. Acuerdos en intereses mutuos y respeto a la divergencias de intereses.

Por último, desde el punto de vista de Sager, en el establecimiento de los contratos intervienen niveles distintos de conciencia:

**Nivel 1. Conciente y expresado.**

En este nivel se sitúan las expectativas que cada cónyuge comunica al otro, en un lenguaje claro y comprensible. Por lo general, los aspectos recíprocos de estas expectativas no se expresan o reconocen. En el momento de casarse algunos individuos no saben que esperar del matrimonio y, por lo tanto, no pueden expresarlo.

**Nivel 2. Conciente no expresado.**

Se presentan aquí los planes, expectativas, creencias, etc. que cada cónyuge se ha abstenido de comunicar al otro generalmente por miedo o vergüenza; lo cual representa la única diferencia entre el contenido de este nivel y del nivel 1. En algunas personas sus expectativas concientes expresadas sólo sirven para atraer a la persona al matrimonio; pero una vez formalizada la unión todas las expectativas previas se cancelan, y se expresan otras nuevas que tal vez, el cónyuge no podrá satisfacer.

**Nivel 3. No conciente.**

Este nivel abarca aquellos deseos o necesidades (a menudo contradictorios y poco realistas) que escapan al conocimiento conciente del cónyuge. Pueden ser similares o contrarios a las necesidades y expectativas de los niveles 1 y 2, o estar en conflicto con ellas.

### 2.3 EL CICLO DE VIDA DE LA PAREJA.

En años recientes el estudio de las familias y de las parejas ha hecho evidente que éstas recorren un proceso de desarrollo, y que gran parte del sufrimiento y los síntomas se manifiestan cuando dicho proceso se altera.

En el estudio de este proceso se han formulado una serie de modelos que enfatizan diferentes aspectos de éste (Estrada, 1988; Haley, 1980; Lemaire, 1986; Martin, 1976; Minuchin y Fishman, 1984; y Solorio, 1989).

En el presente apartado se retoma el modelo propuesto por Solorio (1989), el cual plantea el proceso estructurado por cinco etapas en donde se exponen las características fundamentales de cada una de las fases, abarcando desde el momento de la selección hasta la vejez de la pareja.

El modelo propuesto no pretende ser único, ni mucho menos rígido; pretende proporcionar elementos que faciliten el análisis de la vida en pareja, considerando su proceso evolutivo no en aislado sino en el contexto en que se da pudiendo ser afectado por situaciones fuera del control de la pareja, por ejemplo problemas económicos, de salud, muerte, etc.

Es importante destacar que las cinco etapas que se sugieren a continuación se presentan por separado para una mejor comprensión, sin embargo, los límites entre una y otra etapa no son muy claros y la duración de cada una es variable. En el estudio de cada etapa se proponen tres líneas de análisis (Solorio, 1989):

Intimidad. Se entiende por ésta las oscilaciones en distancia geográfica y emocional a través del proceso de vida compartida. Responde a la pregunta ¿qué tan cerca?, ¿qué tan lejos?.

Jerarquía o poder. Se entiende por éste cómo se asume el mando en términos de la organización de un sistema de manera equitativa, flexible e intercambiable de acuerdo a las necesidades del propio sistema. Responde a las preguntas ¿quién manda?, ¿quién obedece?, ¿quién toma decisiones? o cómo ocurre esto.

Límites. Se entiende por límites las reglas que definen quiénes y cómo participan en las relaciones interpersonales; su función es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas que componen el sistema. Su claridad es fundamental para el buen funcionamiento.

### 2.3.1 ETAPA DE SELECCION.

La duración de esta etapa es muy variable. Regularmente ésta se desarrolla partiendo de una necesidad individual o de una serie de expectativas que cada miembro de la pareja espera satisfacer en el otro. La generalidad de las parejas sostienen que la base de la selección o elección de la pareja se presenta en el hecho de estar enamorados, lo cual dificulta el entendimiento de esta situación ya que el concepto de enamoramiento y/o amor no siempre tiene la misma significación para todas las personas y resulta complicado de definir.

Esta etapa se caracteriza por el romanticismo, la persona amada es idealizada y la apreciación objetiva se ve disminuida. Es

común que en esta etapa cuando se presentan conflictos los enamorados no tienen posibilidades para observar la dimensión de éstos y los matizan de las fantasías de su desaparición regularmente mágica en el futuro, por ejemplo es común escuchar: "ya cambiará cuando estemos juntos", "yo le quitaré ese hábito", "Yo lo cuidaré y le daré todo lo que necesita", "mi cariño lo va a cambiar", etc.

La reciprocidad de sentimientos multiplica los lazos entre los dos integrantes de la pareja, organizando un "nosotros" que conforma el sentimiento de pertenencia necesario para iniciar la separación de las familias de origen.

### 2.3.2 ETAPA DE TRANSICION Y ADAPTACION TEMPRANA.

Se considera que esta etapa se presenta del 1er. al 3er. año de convivencia. En este periodo la tarea principal es la adaptación y transición a una nueva forma de vida. La forma de la relación aún no se encuentra claramente definida, se presenta una relación en donde dos personas que vienen de dos familias con distintas costumbres, valores, tipos de comunicación, etc. y que perciben la vida de distintas maneras de acuerdo a sus mapas representativos de "su realidad", se encuentran unidos por un lazo afectivo común. La vida de pareja supone una reorganización interna de cada uno de sus integrantes, por lo cual esta es una etapa de acoplamiento y negociación.

Es de gran importancia en este periodo de "luna de miel" para los integrantes de la pareja, la elaboración de sus relaciones

internas y asimismo la constitución de una especie de identidad de pareja, la cual se inicia en este momento. Esto implica que cada integrante de la pareja podía sentirse atraído o interesado por el otro, pero su individualidad carecía de conciencia del nuevo sistema que se está formando, por lo que, la fase de transición y adaptación introduce una toma de conciencia del proceso de grupo. En este momento tiene lugar una fusión entre los miembros de la pareja, los límites entre ellos se hacen difusos, se esperaría que empezaran a establecerse límites definidos hacia los otros (familias de origen, amigos, etc.) permitiendo la estructuración de la pareja (Lemaire, 1986).

Los límites en esta etapa no han sido todavía adecuadamente marcados con respecto a la separación de las familias de origen, por lo tanto se corre el riesgo de tener intromisiones del mundo exterior que amenazarán la vida de la pareja, por ejemplo cuando se presta la ayuda económica de los padres, cuando van a vivir a la casa de los suegros, etc. La solución de este conflicto implicaría que la pareja fuera capaz de asumir pensamientos y actuaciones independientes de su familia de origen en beneficio de ella misma y en defensa de su fortaleza interna. Cualquier sometimiento a algún núcleo familiar anterior por cualquiera de los miembros puede obstaculizar la unión de la nueva pareja.

En el área de la intimidad encontramos una fragilidad en la falta de reglas claras, no se conoce qué es lo permitido y que no. Las primeras reglas de intimidad empiezan a ser negociadas y abarcan muy diversos problemas.

Las reglas que se forman poco a poco se van solidificando, conduciendo a una definición más clara de lo que se permite y de lo que se prohíbe en la intimidad.

En el ámbito del poder los conflictos se presentan por la dificultad que implica la predominancia de lo posible sobre lo deseado. En el momento en que se empieza a formar este nuevo sistema, el conflicto se da cuando cada uno de los miembros por separado supone, desea y necesita de que el otro se adapte, acomode y viva como el primero espera. Cuando ese otro no reacciona a lo que su compañero demanda empieza a querer cambiarlo para que se adapte a sus necesidades y expectativas. El compañero, al sentir las maniobras del otro para controlarlo; también busca transformar al otro con todos sus recursos y habilidades.

Es común que los conflictos se formen a partir de que se van imponiendo reglas de juego tácitas cada uno en contra del otro, terminando éstas en contra de los dos, sin nunca haberlas discutido abiertamente.

### **2.3.3 ETAPA DE REAFIRMACION COMO PAREJA Y PATERNIDAD.**

Se estima que esta fase se desarrolla entre el 3er. y 8vo. año de unión. Esta etapa se encuentra matizada por la incertidumbre de lo acertado o no de la elección de la pareja. La solución a estas dudas conduce a una reafirmación de la estabilidad de la pareja o al planteamiento de la separación.

En la mayoría de los casos surge en la pareja el deseo de mantener viva y recíprocamente alentada la idealización y

satisfacción mutuas, algunas de estas reacciones tienen graves inconvenientes a largo plazo para la pareja, por cuanto le impide preparar, a través de una fase crítica, la organización de nuevos vínculos. Una especie de apego al pasado, facilitado por el carácter maravilloso de ese recuerdo, puede entonces demorar la adaptación de la pareja a las fases nuevas de su existencia, y a veces dejar aparecer demasiado tarde la necesidad de una renovación (Lemaire, 1986).

En este periodo la mayor parte de las parejas se inician en la tarea de ser padres, lo que produce un cambio en el sistema, se contraen nuevos compromisos económicos y emocionales entre ellos y el mundo exterior.

La intimidad en este momento se profundiza ayudada por las reglas conseguidas en la etapa anterior. Sin embargo, las dudas acerca de lo acertado de la elección hacen que la intimidad tenga aspectos de ambivalencia.

En esta época, es cuando puede surgir la posibilidad de vincularse con un tercero, llámese éste trabajo, alcohol, amante, los mismos hijos, etc.

En el área de poder se espera que ya se tengan reglas claras que determinen quién y cómo se organiza la pareja, lo que da pie a que se relacionen de tres modos diferentes: relación simétrica, relación complementaria y relación paralela.

Una violación de los límites frecuente en esta época es la que se plantea con la llegada de los hijos ya que regularmente una

pareja disfuncional hará uso de mecanismos de evasión e involucrará a los hijos en sus problemas.

Generalmente, los límites con las familias de origen se encuentran ya definidos.

#### 2.3.4 ETAPA DE DIFERENCIACION Y REALIZACION.

Esta etapa se presenta entre el 8vo. y 15vo. año de unión. El tema principal en este periodo está centrado en la definición de quién es cada uno en la relación, la aceptación de la selección del compañero y el logro de lo que ambicionaba. Las dudas planteadas en la etapa anterior muchas veces se resuelven, lo que trae consigo que la pareja se establezca y con esto se presenta la oportunidad de lograr un mayor desarrollo y realización personal.

La tarea consiste en una recapitulación, se evalúan los éxitos y los fracasos, y se buscan nuevas metas. El conflicto surge cuando existen diferencias marcadas en lo que cada esposo percibe como "éxito", con la consiguiente pugna entre el éxito individual y la permanencia en el matrimonio (Martin, 1976).

En la intimidad se observa que ésta se profundiza notablemente en las parejas que han ido resolviendo sus conflictos, en tanto que en las parejas disfuncionales, es en esta época cuando se consolida un alejamiento gradual y progresivo, hasta convertirse en dos perfectos extraños a pesar de seguir viviendo juntos.

El poder sufre variaciones, sobre todo porque los hijos empiezan a contar con alguna importancia en el proceso de la toma

de decisiones y es frecuente que alguno de los padres forme alianzas provocando desequilibrios en la jerarquía ya establecida.

Cuando las parejas no han consolidado algún tipo de relación, ya sea simétrica, complementaria o paralela se pueden presentar conductas desde apáticas o frías, o bien, se muestran interesadas en el exterior pero no hacia la pareja.

En términos ideales los límites deberían permitir la aceptación de lo compartido y lo individual. Sin embargo, lo que puede suceder si hay un vacío entre la pareja, es que se rigidicen las fronteras con respecto al mundo externo para mantener una fachada de unión, lo que es denominado por algunos como "fortaleza", en donde los límites tan rígidos con el exterior producen un aislamiento casi total en la pareja (Solario, 1989).

#### 2.3.5 ETAPA DE ESTABILIZACION.

Este periodo comprende del 15vo. año en adelante. Se presentan en ambos miembros las etapas de transición de la vida, la tarea es apoyarse y ayudarse uno al otro en la lucha por la productividad y la realización frente a las amenazas de la vejez. Cristalizándose esto en la mayor parte de los casos en un proceso de renegociación de prioridades que finalmente conducen a una estabilización de ambos. En esta etapa se presenta el cuestionamiento y la duda respecto de los aciertos y errores del pasado.

Los conflictos surgen básicamente alrededor de valores diferentes que implicarían diferentes evaluaciones de lo logrado. Se presentan conflictos acerca de la pérdida de atractivo y

habilidades físicas, que pueden activar viejas dudas de lo adecuado de la selección del cónyuge y que trae consigo el frecuente desenlace de triángulos amorosos con relaciones extramaritales.

La intimidad en este periodo se encuentra gradualmente amenazada por el proceso de envejecimiento y por la monotonía que habitualmente se presenta junto con el proceso de estabilización.

El poder y su equilibrio pueden variar con la salida de los hijos del hogar. Esto afecta sólo si los hijos hacían alguna alianza de poder con alguno de los miembros de la pareja en contra del otro.

#### 2.4 SATISFACCION Y CONFLICTO MARITAL.

Como se ha podido observar en el sistema conyugal, dos individuos, hombre y mujer, se unen y pasan a integrar un sistema nuevo y cualitativamente distinto. La satisfacción o insatisfacción marital depende de la proporción entre conductas agradables y desagradables que se desarrollan en la relación. En donde la percepción y expectativas que se tienen del matrimonio juegan un papel importante al influir en los valores y objetivos de cada miembro.

Cuando la vida marital es un valor fundamental para los cónyuges, sobre todo al inicio de la relación (galanteo, noviazgo, luna de miel, etc.) los intereses y las actividades de los componentes de la pareja tienden a coincidir ampliamente. Sin embargo, tras un periodo corto de vida común, los intereses de los cónyuges se pueden desarrollar por vías muy divergentes, trayendo

un cambio en la relación. Lo cual es observado cuando los miembros de la pareja ya no tienen intereses, actividades y valores en común, comienza entonces un proceso de alejamiento recíproco.

Así, en el proceso de acomodación entre los miembros de la pareja, se presentan ciertas situaciones que pueden conducir al origen de conflictos (crisis). Cuando éstos no son atendidos, los problemas quedan sin resolver, manteniéndose encubiertos; posibilitándose que éstos se transformen en síntomas posteriormente, o bien, ante una mínima provocación pueden quedar al descubierto entremezclándose probablemente con los nuevos conflictos. Si esto sucediera la pareja se mantendría estancada en el conflicto irresuelto anterior.

Cabe señalar que "un proceso de crisis es un proceso dinámico, necesario, fundamental y no obligatoriamente el punto de partida de un desentendimiento o de una ruptura, regularmente es el instrumento mismo a través del cual la pareja va a reestructurar su funcionamiento propio" (Lemaire, 1986, p. 194).

De ahí que en la relación de pareja el conflicto sea parte indispensable y el evitarlo, ignorarlo o exagerarlo es menoscabar la posibilidad de una armonía conyugal, afectando la satisfacción de la relación.

De acuerdo a Lemaire (1986) y Solorio (1989) la pareja posibilita el conocimiento de sí mismo, ya que a partir del compañero se descubren aspectos desconocidos o desapercibidos, por lo que el crecimiento en pareja sólo se da a partir del conflicto

marital, en donde éste se convierte en un ingrediente para el crecimiento personal, familiar y de pareja.

De este modo, la posibilidad de negociar ante un conflicto podría facilitar la mejora de los modos de comunicación entre los miembros de la pareja permitiéndole a cada uno comprender las aspiraciones secretas del otro a partir de la contraposición de sus propias aspiraciones. De esta manera se potencializa una menor distancia entre lo "real" (lo que se tiene) y lo "imaginado" (lo que se quiere), convirtiéndose en un importante medio de adaptación y retroalimentación, lo cual puede incrementar la satisfacción en la relación.

En 1970, Berger y Kerllen definieron la satisfacción marital como una relación construida por los miembros de la diada marital, planteando que no es lo que sucede en el matrimonio sino como lo definen los miembros lo que es relevante para el estudio de la relación marital (Pick y Andrade, 1988).

Sager, en 1976, plantea que la dinámica contractual es un poderoso determinante individual dentro del matrimonio y la relación marital, las percepciones erróneas y las expectativas no realistas contribuyen a acentuar la insatisfacción marital; la posibilidad de una negociación y elaboración de contratos matrimoniales más aceptables contribuye a que la relación se transforme y las interacciones entre los esposos aumente en congruencia y complementariedad.

Pick y Andrade (1988) describieron la satisfacción marital como el grado de favorabilidad (actitud) hacia aspectos del cónyuge

y de la interacción conyugal, los resultados de su investigación apoyan el argumento de estudiar a la satisfacción marital de manera multidimensional. Reportan diferencias de satisfacción marital en el ciclo de desarrollo de la pareja, en relación a la interacción marital y no en aspectos emocionales y estructurales del cónyuge (como consecuencia de que la interacción marital es un aspecto que puede verse más afectado por causas externas a las características propias de cada miembro de la pareja). Asimismo los hombres reportan mayor satisfacción que las mujeres. También se observó que el número de hijos (3 ó más) afecta a la satisfacción marital. La organización, la dedicación, el tiempo, las reglas que se requieren en familias con muchos hijos es muy diferente a las que se necesitan cuando la pareja vive sola. En función de dichas evidencias se apoya el modelo de decremento lineal de la satisfacción marital, en donde los índices altos de satisfacción conyugal son alcanzados en los primeros estadios de la relación siendo menoscabada en las subsiguientes etapas.

Andrade, Pick y Díaz-Loving (1988), expusieron la importancia del tiempo de la relación y la edad de las parejas en aspectos tales como llevarse bien con su pareja y sentirse aburrido con su relación, encontrando en decremento en las satisfacción con la relación a medida que se tiene más tiempo y mayor edad, lo cual coincide con otros estudios (Pick y Andrade, 1988), así como la diferencia encontrada entre hombres y mujeres, en donde las mujeres se sienten más aburridas en su relación de pareja que los hombres.

En estudios recientes (Lewis, 1988) se propone que la interacción marital debería ser estudiada en términos de la calidad marital, considerada desde una perspectiva más amplia que la mera satisfacción marital.

Por lo tanto, la satisfacción marital tiene una estrecha relación con el nivel de agrado (favorabilidad) que experimentan los integrantes de la pareja en el momento de su interacción en las diferentes áreas de su vida conyugal, principalmente, en relación con la interacción conyugal.

El tiempo, la edad de la relación, el número de hijos, el nivel de aburrimiento y llevarse bien son factores que afectan la relación marital, así como las percepciones erróneas y las expectativas no realistas, lo cual contribuye a el establecimiento de conflictos maritales que facilitan que la satisfacción se decremente en forma lineal.

Desde este punto de vista la habilidad que posea la pareja para manejar el conflicto marital y el sentimiento negativo que lo acompaña se plantea como esencial para el éxito de la relación. Sin esta habilidad los conflictos que se originen permanecerán sin resolver y muy probablemente producirán un desgaste en la satisfacción marital.

## 2.5 RESOLUCION DEL CONFLICTO MARITAL

Cuando una pareja no logra proporcionarse a sí misma refugio y apoyo en los momentos que así lo requiere, la tarea de

acomodación y complementariedad se ve impedida y la aparición de conflictos resulta inevitable.

La disposición que posea la pareja para manejar y resolver sus conflictos a lo largo de su desarrollo matizará las pautas de funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. Propositivamente, los conflictos serán resueltos a partir de las diferentes negociaciones que realicen los miembros de la pareja. La negociación se convierte en una habilidad necesaria para la funcionalidad de la pareja y de la familia, permite ceder parte de la individualidad de los miembros en beneficio del grupo, facilitando así la organización y regulación de las relaciones que consigan la continuidad de la familia.

De este modo los conflictos ofrecen una oportunidad de crecimiento para los miembros y para el grupo, pero, si no se resuelven, los problemas pueden plantear dificultades mayores. No todas las parejas encuentran fácilmente llegar a la negociación en los momentos que se necesita y la resolución de los conflictos no se alcanza.

Lidz, Cornelison, Fleck y Terry (1988) plantearon dos conceptos para referirse a los déficits que se presentan en el cumplimiento de los requisitos necesarios para lograr un buen matrimonio: cisma y sesgo marital.

En el sesgo marital una grave psicopatología de uno de los miembros de la pareja domina el hogar, pero el otro convive con la "imaginación distorsionada" de aquél, disfrazando el conflicto potencial y "creando una atmósfera irreal en la cual lo que se dice

y se admite es distinto de lo que se hace y siente realmente" (Simon, Stierlin y Wynne, 1988; p.66).

En el cisma marital los cónyuges no logran una reciprocidad de roles, cada uno busca obligar al otro a ajustarse a sus expectativas, pero encuentra resistencia; hay una contienda por desvalorizar la imagen de uno de ellos ante los otros miembros de la familia, se observa una lucha simétrica por dominar, que sólo puede resolverse recurriendo a un tercero. Generalmente este tercero es el hijo que asume el rol de paciente identificado conformando lo que Minuchin (1979) denomina triada rígida y que representa una forma que la pareja encuentra para pseudo resolver sus diferencias.

El término triada rígida permite describir tres tipos de estructuras familiares en los cuales "el límite entre el subsistema parental y el niño se vuelve difuso y el límite relacionado con la triada padres-hijos, que debería ser difuso, se hace inadecuadamente rígido" (Minuchin, 1979; p.154).

En el primer tipo de triangulación rígida denominada triangulación como tal, cada padre requiere el apoyo del hijo en su conflicto con el otro. Cada vez que el hijo se une a uno de ellos, se le definirá automáticamente como si atacase al otro, viéndose expuesto a una "lealtad conflictiva" (Simon, et al., 1988).

En el segundo tipo de triada, coalición padre-hijo, uno de los padres se asocia con el hijo apoyándolo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor. Esta situación tiene el efecto de

unir a un padre con el niño en una coalición transgeneracional rígida.

En una triangulación de este tipo el conflicto subyacente entre los cónyuges es apenas reconocido como tal, el fuerte lazo entre el hijo y su compañero parental de coalición puede tener consecuencias graves para el desarrollo del primero.

Por último el tercer tipo de triada rígida, desviación de conflictos, permite la evitación del estrés del subsistema conyugal a partir de la definición del hijo como "enfermo" o "malo", manteniendo a la pareja en una armonía ilusoria.

Cuando los padres definen al hijo como "malo" se justifica el ataque al niño, quien es considerado como la causa de los problemas familiares. Esta situación es definida como una desviación-ataque (Simon et al, 1988).

En las triadas donde se le califica al hijo como "enfermo" o "débil", los padres se unen para protegerlo, lo que es denominado triadas "desviantes-protectoras" (Hoffman, 1987).

De este modo, los problemas que presentan los hijos, pacientes identificados, suelen tener un efecto estabilizante en la relación de los padres; de esta manera los progenitores pueden ocultar sus conflictos tras la preocupación compartida por el bienestar del hijo.

## CAPITULO III

### *FAMILIAS PSICOSOMATICAS.*

#### 3.1 ANTECEDENTES.

A lo largo de la historia de las investigaciones sobre los síndromes psicossomáticos, los modelos médico, psicodinámico y conductual han sido las principales líneas de estudio.

Por mucho tiempo los esfuerzos terapéuticos fueron adaptados a los modelos lineales de enfermedad psicossomática. El paciente fue visto como un "receptáculo y portador" de la enfermedad.

En algunos estudios las formulaciones psiquiátricas de los problemas en cada caso fueron similares: los pacientes tuvieron dificultad en el manejo del "estrés", ellos tendieron a internalizar la angustia, y resultaban un poco inmaduros en su habilidad para hacer frente a situaciones difíciles. Por lo que se sugería que una excitación emocional de su psique conducía de forma causal y directa a una descompensación de su estado físico (Minuchin, Rosman y Baker, 1978).

Las tensiones externas y el perfil de personalidad del paciente fueron vistos como los factores clave. Consecuentemente los esfuerzos terapéuticos para tratar al paciente en una línea individual se circunscribían en hacerlo entender y expresar sus emociones de manera más apropiada y ayudarlo a adquirir mejores capacidades para hacer frente al estrés.

La importancia de la familia se comenzó a reconocer pero solamente en una manera inespecífica. Se consideraba al medio familiar como uno de los varios factores nocivos que inciden sobre el paciente. La diferencia entre la facilidad de control del paciente psicossomático en el hospital y la imposibilidad del control del paciente en casa, condujo a la conclusión de que el medio ambiente familiar era de algún modo dañino.

En contraste con estas aproximaciones individualmente orientadas, el proyecto de Salvador Minuchin et al. (1978) incluye los componentes extraindividuales del proceso psicossomático el cual siempre había sido considerado periférico a los marcos conceptuales individuales.

El interés hacia el estudio de las enfermedades psicossomáticas guiaron a Minuchin et al. al estudio de las familias con un miembro psicossomático buscando un modelo más efectivo de tratamiento de las enfermedades psicossomáticas en niños. "Nuestro paradigma, un modelo sistémico, explora la influencia pasada de los miembros de la familia en el desarrollo de los síntomas, asimismo explora la influencia de los miembros de la familia en el mantenimiento de esos síntomas en el presente" (Minuchin et al., 1978; p.9).

Minuchin et al. (1978) estudiaron los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicossomáticas: 11 familias con pacientes anoréxicas, 9 con niños diabéticos psicossomáticos, y 10 con hijos asmáticos.

Este estudio permitió representar diferentes tipos de enfermedades psicósomáticas, distinguiendo entre desórdenes psicósomáticos "primarios" y "secundarios".

En los desórdenes primarios, una disfunción fisiológica se encuentra ya presente, en éstos se incluyen los desórdenes metabólicos como la diabetes y diatesis alérgica como la encontrada en el asma.

El componente psicósomático se encuentra situado en la exacerbación emocional del síntoma ya disponible. De este modo, un niño cuyos ataques severos representan una exacerbación del desorden subyacente como respuesta al estímulo emocional más que a la estimulación fisiológica, puede ser denominado como psicósomático. De ninguna manera esto implica una etiología psicológica para la enfermedad emocional.

Por otro lado, en los desórdenes secundarios dicha disfunción fisiológica predisponente no puede ser demostrada. El elemento psicósomático es aparente en la transformación de los conflictos emocionales en síntomas somáticos. Estos síntomas pueden cristalizar en una enfermedad severa y debilitante como la anorexia nerviosa.

El síntoma elegido puede así ser determinado diferencialmente en estas dos instancias.

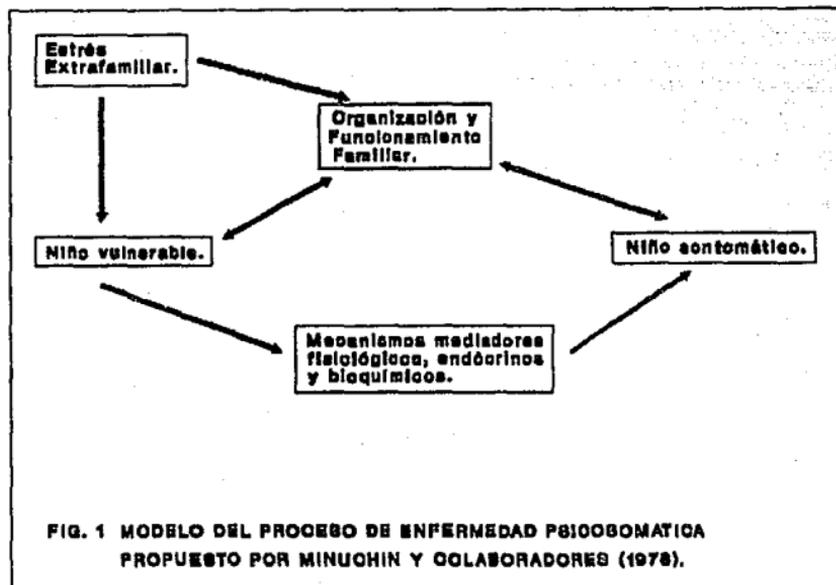
Minuchin y su equipo se cuestionaron si los pacientes con desórdenes primarios o secundarios podrían diferir en términos de su organización y dinámica familiar. Sin embargo, después del trabajo con estas familias comenzaron a creer que ciertos patrones

transaccionales parecían ser característicos de estas familias y que además diferían en sus patrones transaccionales de familias con enfermos "normales".

De estas observaciones que se llevaron a cabo se propuso un modelo de funcionamiento de las familias psicósomáticas que se detallará enseguida.

### 3.2 DEFINICION.

El modelo propuesto por Minuchin et al. (1978) postula que determinados tipos de organización familiar están estrechamente relacionados al desarrollo y mantenimiento de síndromes psicósomáticos en niños; y que los síntomas psicósomáticos de los niños en cuestión juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar. Por lo tanto el síntoma es definido no solamente por la conducta de un miembro de la familia sino también por la interrelación de todo los miembros de la familia, es decir, la acción de una parte, es simultáneamente, la interrelación de otras partes del sistema.(fig. 1)



Minuchin y Fishman (1984) denominaron como familias psicósomáticas a aquellas familias cuya queja que motiva la demanda de servicio es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia. Su estructura incluye una excesiva insistencia en los cuidados. Y la familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias podemos señalar modelos interaccionales de sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad

para resolver problemas, una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

Este modelo establece que tres factores en conjunción son necesarios para el desarrollo de enfermedades psicosomáticas en niños (Pardo, 1984):

1) El niño se encuentra fisiológicamente vulnerable, es decir, se encuentra presente una disfunción orgánica específica. La presencia de la vulnerabilidad fisiológica se encuentra relacionada a factores hereditarios en la familia. Generalmente más de un miembro de la familia presenta un desorden similar.

Se plantea que el elemento psicosomático descansa en la exacerbación del síntoma potencial.

2) La familia de estos niños presentan 4 características transaccionales que proveen el contexto para utilizar la enfermedad como un modo de comunicación.

Ninguna de estas características sola parece suficiente para despertar y fortalecer los síntomas psicosomáticos. Sin embargo, este grupo de patrones transaccionales es considerado como característico de un proceso familiar que estimula (fortalece) la somatización.

Dichas pautas transaccionales son conocidas como amalgamamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflicto.

3) El niño enfermo juega un papel muy importante en los patrones de evitación de conflicto de la familia, dicha función es una fuente importante de reforzamiento para sus síntomas.

### 3.3 PATRONES TRANSACCIONALES.

3.3.1 AMALGAMAMIENTO. Se refiere a una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares, los miembros de la familia se encuentran sobreinvolucrados recíprocamente. Lo que trae como consecuencia implicaciones en todos los niveles estructurales: familiar, subsistema e individual.

En un amalgamamiento alto, los cambios en un miembro de la familia o en la relación entre dos miembros tiende a repercutir a través de todo el sistema familiar. Por ejemplo: un conflicto diádico puede poner de manifiesto una cadena de alianzas dentro de la familia completa a medida que otros miembros son involucrados. O un miembro de la familia puede retransmitir los mensajes de otro a un tercero, bloqueando así la comunicación directa.

Los límites de los subsistemas en las familias amalgamadas son difícilmente diferenciados, débiles y fácilmente ignorados. Esta situación conduce a la realización inadecuada de las funciones de los subsistemas. Por ejemplo, la relación de los esposos es subordinada a la realización de sus funciones paternas. Cuando los límites son transgredidos, los niños pueden llegar a comportarse inapropiadamente paternas hacia sus propios padres o hermanos. O también un niño puede unirse voluntaria o involuntariamente a uno de los padres en contra del otro en la toma de decisiones.

En un sistema amalgamado la diferenciación interpersonal es pobre. En todas las familias, los miembros individuales son

regulados por el sistema familiar. Pero en las familias amalgamadas lo individual pierde peso en el sistema. Los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que el funcionamiento en vías de diferenciación individual es radicalmente impedido. El compartir y unión excesivos termina en una carencia de privacidad. Cada miembro de la familia se introduce en los pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de los demás miembros.

Todos estos problemas de amalgamamiento están reflejados en la percepciones pobremente diferenciadas que tienen los miembros de la familia respecto de los demás y, usualmente, de sí mismos (Minuchin et al., 1978).

**3.3.2 SOBREPOTECCION.** La sobreprotección de la familia psicósomática se muestra en el alto grado de preocupación de los miembros de la familia por el bienestar de todos. Este interés no está limitado a el paciente identificado o a el área de enfermedad. Las respuestas de alimentación y protección son constantemente evocadas y suministradas.

Los miembros de la familia son hipersensibles a las señales de estrés, que denotan la aproximación de niveles peligrosos de tensión o conflicto. En tales familias, la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo del niño de autonomía, competencia, e intereses o actividades fuera de la seguridad de la familia.

El niño en cuestión, particularmente el niño enfermo psicósomático, siente una gran responsabilidad por proteger la familia. Para el niño enfermo, la experiencia de ser capaz de proteger a la

familia usando los síntomas puede ser un mayor reforzamiento para la enfermedad (Minuchin et al., 1978).

**3.3.3 RIGIDEZ.** La rigidez, para Minuchin, es el aspecto que caracteriza más constantemente a los sistemas patológicos.

La familia rígida es particularmente resistente al cambio. Generalmente se presenta como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente; niega por lo tanto la necesidad de un cambio en el interior del sistema.

Sus relaciones con el exterior son particularmente escasas y la familia se aferra a la conservación de la propia homeostasis.

En los periodos cuando el cambio y el crecimiento son necesarios, estas familias experimentan una gran dificultad. Así, cuando un niño en una familia que funciona efectivamente llega a la adolescencia, su familia puede cambiar sus reglas y patrones de transacción que permitan una autonomía progresiva de acuerdo a la edad, mientras que la familia preserva su continuidad. Sin embargo, en la familia de un niño psicósomático se insiste en retener los métodos acostumbrados de interacción. Los intentos por parte de los hijos que amenazan cambiar no son permitidos.

Estas familias son altamente vulnerables a eventos externos; casi cualquier evento externo puede sobrecargar sus mecanismos de enfrentamiento disfuncionales lo que lleva una rigidez en las reglas precipitando así la enfermedad.

**3.3.4 FALTA DE RESOLUCION DEL CONFLICTO.** La rigidez y la sobreprotección del sistema familiar psicósomático combinadas con

las constantes invasiones mutuas, características de patrones transaccionales patológicamente amalgamados, hacen que estas familias presenten un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto.

De esta manera se ponen en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo que se presente, ocultándolo para que no estalle nunca abiertamente.

Generalmente un fuerte código religioso o ético es usado como una racionalización para la evitación del conflicto. Como resultado, los problemas son dejados sin resolver, lo que ocasiona que amenazen una y otra vez, activando continuamente los circuitos de evitación del sistema.

Usualmente los modos de evitar el conflicto de la familia psicósomática dependen de su funcionamiento y estructura idiosincrática. A menudo un esposo es un evitador, cuando el no evitador trae a colación áreas de dificultad, el evitador tiende a evitar la confrontación que conduciría a la aceptación del conflicto y, tal vez, su negociación, lo que podría resultar doloroso. O también, el esposo simplemente sale de la casa cuando el otro trata de discutir un problema.

Muchas familias psicósomáticas niegan la existencia de cualquier problema, se encuentran altamente investidas en consenso y armonía. En tanto que otras familias difieren abiertamente, pero las constantes interrupciones y cambios de tema confunden algún punto conflictivo antes de que éste salga a la luz. Los miembros de la familia se movilizan rápidamente para mantener bajo control el conflicto. Ellos logran este control a través de maniobras de

distracción o cambio de posición que hacen difuso el problema. Por lo que una característica de estas familias es su inhabilidad para confrontar sus diferencias hasta el punto de negociar la resolución de sus conflictos.

En un estudio posterior con familias psicósomáticas mexicanas, Pardo (1984) encontró que de tales características sólo la evitación de conflicto caracteriza a este tipo de familias en México ya que las demás, a consideración de la autora, forman parte de los rasgos culturales.

### 3.4 INVOLUCRAMIENTO DEL HIJO EN LA SOLUCION DEL CONFLICTO MARITAL.

Visto desde este punto de vista (transaccional) el síntoma del paciente adquiere un nuevo significado dentro de la familia convirtiéndose en regulador del sistema familiar. Dentro de la investigación de Minuchin et al. (1978) se hizo evidente que el factor clave de soporte del síntoma es el involucramiento del niño en el conflicto de los padres. Convirtiéndose esta condición en la quinta característica de las familias psicósomáticas.

Dentro de este contexto familiar, el niño sintomático es involucrado en el conflicto de los padres de maneras específicas. Cuando los padres no son hábiles para entenderse entre sí de manera directa, estos se unen en una preocupación de protección por su hijo enfermo, evitando de esta forma el conflicto mediante una desviación de protección. O un conflicto marital es transformado

en un conflicto de padres en relación al niño enfermo y su manejo. En algunas familias, el niño es enganchado para que tome el lugar de uno de los padres, o se introduce a sí mismo como un mediador o ayudante.

La efectividad del síntoma en la regulación de estabilidad interna de la familia refuerza tanto la continuación del síntoma como de los aspectos particulares de la organización familiar en la cual emergió.

Se han observado ciertos patrones característicos de comportamiento afines al conflicto que involucran al niño. Las familias pueden moverse de un extremo a otro de estos patrones, pero uno tiende a predominar. Dichos patrones son triangulación, coalición padre-hijo y desviación (Minuchin et al., 1978):

**TRIANGULACION.** En la triangulación el niño es colocado en posición tal que no puede expresarse libremente sin tomar partido por alguno de sus padres en contra del otro.

**COALICION PADRE-HIJO.** En este patrón el niño tiende a moverse dentro de una coalición estable con un padre en contra del otro. El rol del padre excluido varía de acuerdo al grado en que él o ella trata de desbaratar la coalición.

En estos dos patrones la diada de esposos se encuentra claramente dividida en una oposición o en conflicto, y el niño está abiertamente presionado para aliarse con un padre en contra del otro.

**DESVIACION.** En la desviación la diada de esposos se presenta ostensiblemente unida. Los padres sumergen los conflictos en una

postura de protección o de culpa hacia su hijo enfermo, quien es definido como el único problema a que se enfrenta la familia. En algunas familias los padres requieren que el niño les asegure que ellos son buenos padres o que los una en la preocupación por la familia. Los padres ocasionalmente oscilan entre su preocupación por el hijo enfermo y su exasperación por las cargas que él les impone "por no tratar de ayudarse a sí mismo" (Minuchin et al., 1978).

Generalmente sus preocupaciones como padres absorben a la pareja, tanto que todos los signos de contienda marital o aún diferencias menores son suprimidas o ignoradas.

Estos tres patrones de involucramiento no son en ningún modo clasificaciones familiares por sí mismas. Estos describen secuencias transaccionales que ocurren en respuesta al conflicto familiar. Tales secuencias, las cuales a menudo ocurren en familias que funcionan efectivamente, están dentro del amplio rango de métodos que las familias usan para hacer frente al conflicto. Sin embargo, las familias que se encuentran dentro del rango normal pueden cambiar a otros métodos de confrontación y negociación del conflicto. Las familias con un hijo psicossomático llevan a cabo secuencias mal adaptativas una y otra vez. Ya que ellos están usualmente operando bajo condiciones de estrés y tensión, el niño es frecuentemente involucrado en el papel de difusor del conflicto (Minuchin et al., 1978; Pardo, 1984; y Onnis, 1990).

### 3.5 ELECCION Y FUNCION DEL SINTOMA.

La elección del síntoma se encuentra relacionada a la historia y al tipo de organización familiar (Minuchin et al., 1978; Pardo, 1984). Frecuentemente, otros miembros de la familia han presentado un malestar de tipo psicossomático. Los miedos hipocondríacos y la excesiva preocupación por las funciones orgánicas del cuerpo son comunes.

Un niño que presenta una vulnerabilidad fisiológica crece dentro de una familia que usa su enfermedad como un punto de concentración o una estrategia para difuminar el estrés o ambos. Por lo tanto la familia se convierte en tierra fértil para el desarrollo y utilización del síntoma. La autonomía del niño es reducida por la preocupación abusiva de los otros miembros de la familia.

La negación de sí mismo por el beneficio de otros, y el alto valor por el autosacrificio y la lealtad familiar caracteriza el contexto en el cual el niño se desarrolla. Los miembros de la familia muestran una preocupación especial por la acomodación mutua sin fricción, esto produce un ambiente en el cual las diferencias son sumergidas.

Este patrón de equilibrio (homeostasis) familiar con su énfasis en la lealtad, protección y evitación del conflicto es desafiado en las diferentes etapas de la familia y del desarrollo de sus miembros, específicamente en aquellas crisis normales del desarrollo en las cuales los miembros de la familia deben tomar

decisiones vitales acerca de las diferentes fuentes de estrés que amenazan la estabilidad de la unidad familiar.

Este desequilibrio inevitable es frecuentemente el "evento precipitante" para el incidente psicossomático. Todos los miembros de la familia son movilizadoss para proteger el sistema y proteger o coacer al miembro cuya angustia o necesidad de cambio esta amenazando a los patrones transaccionales acostumbrados.

El niño, sintiendo la tensión dentro del sistema, responde con síntomas que pueden ser utilizados como un mecanismo de desviación. La familia se une en la preocupación y protección hacia el niño recompensando el síntoma.

Una vez que el síntoma (asma, diabetes psicossomática, anorexia nerviosa, etc.) ha aparecido, éste llega a estar fijado cambiando la organización familiar.

Desafiados por la cronicidad, la impredecibilidad, y la cualidad amenazante de vida de la enfermedad, los miembros de la familia responden incrementando su control de protección al niño enfermo.

La concentración sobre el niño sintomático maximiza su autovaloración como un paciente, con una consecuente utilización de su enfermedad como un importante instrumento para transacciones interpersonales. Padres y hermanos se sienten explotados por las demandas del "niño y su enfermedad" e incrementa su control de protección. El niño se siente protegido y victimado e incrementa su dependencia de los miembros de la familia (Pardo, 1984; Onnis, 1990).

Si este proceso continua por un periodo sustancial, el niño puede ser considerado como incompetente en muchas áreas del funcionamiento vital, por lo tanto, incrementa sus demandas dependientes. Así, la retroalimentación (feedback) familiar a los síntomas del niño llega a ser un proceso autónomo que mantiene al síntoma (Minuchin et al., 1978).

Minuchin después de tratar a familias con niños psicossomáticos, afirmó que cuando la organización familiar cambia, el niño psicossomático mejora gradualmente (Minuchin, 1979; Minuchin et al., 1978).

### **3.6 MECANISMOS QUE LA FAMILIA UTILIZA PARA EVITAR EL CONFLICTO.**

Normalmente cuando las familias o parejas, presentan una baja tolerancia al conflicto adoptan patrones que evaden desacuerdos o previenen la resolución del conflicto utilizando diferentes mecanismos de evitación (Minuchin et al., 1978; Pardo, 1984); dentro de los cuales podemos mencionar los siguientes:

1. **SEÑALAR UN CULPABLE.** Se refiere a la actitud de atribuir a alguien la responsabilidad de los problemas de la pareja o de la familia.
2. **CAMBIOS DE TEMA.** Hace alusión a la actitud de desviar la comunicación de problemas, introduciendo un tema diferente al que se esta tratando, o involucrando a una tercera persona en la discusión sin responsabilizarlo del problema.

3. **NO TOMAR LOS PROBLEMAS SERIAMENTE.** Consiste en la actitud que asume un miembro en el momento en que se discuten los problemas de la pareja o de la familia. Ya sea haciendo bromas o adoptando una actitud sarcástica e irónica.

4. **NEGAR O MINIMIZAR LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS.** Se refiere a la actitud de restar importancia a los problemas de la pareja o de la familia, menospreciándolos o negando su presencia en la dinámica familiar.

5. **NO PARTICIPACION.** Se relaciona a la actitud de negarse a participar en los conflictos y en la búsqueda de soluciones a los problemas.

6. **AMENAZANDO DEJAR A LA FAMILIA.** Alude a la actitud de algún miembro de la familia de disgustarse y/o alejarse si se comienza a hablar de problemas.

Cabe recordar que las familias tienen configuraciones y estructuras diferentes, y como la forma influye sobre la función, reaccionarán frente a los obstáculos de acuerdo a las modalidades que les viene impuestas por su configuración. Esta indicará las posibles áreas funcionales y los posibles eslabones débiles dentro de su ordenamiento estructural.

# CAPITULO IV

## EL ASMA INFANTIL

### 4.1 ANTECEDENTES.

Durante los últimos 20 años, la frecuencia del asma y de las enfermedades alérgicas ha ido incrementándose de una forma importante; se calcula que actualmente un 10% de la población de los países industrializados sufre de este tipo de enfermedades, lo que plantea un problema de salud pública (Nouilhan y Dutau, 1985).

Los niños no se libran de ello y el asma y sus manifestaciones representan en la población infantil la afección crónica más frecuente. Se calcula que tan solo en el Instituto Nacional de Pediatría se atienden a más de 2000 casos al año (García, Callejas y Romero, 1990), en el caso de la presente investigación se atendieron 160 casos en el Hospital Regional Clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el transcurso de los 6 meses que duró la captación de la muestra de estudio.

El asma bronquial infantil está caracterizada por la dificultad de expulsar el aire, y se considera una enfermedad multifactorial en donde los factores orgánicos, específicamente de tipo alérgico, se encuentran combinados con factores de índole ambiental y psicológico, condición que permite considerar a el asma como una enfermedad psicosomática cuando no es posible controlarla a través de la sola intervención médica, abandonando la idea de que un

trastorno pueda ser referido exclusivamente a una etiología biológica o psicológica.

La búsqueda de un modelo efectivo de tratamiento de las enfermedades psicósomáticas en general y del asma en particular representa una profunda preocupación, y una difícil tarea, por encontrarse el estudio de los desórdenes psicósomáticos matizado por problemas sustanciales tanto en el plano metodológico interpretativo como operativo. Se observa que los modelos médico, psicodinámico y conductual han representado las principales líneas de estudio.

Dentro de las explicaciones de estos modelos se especifican tres componentes fundamentales: el biológico, el psicoemotivo y el socioambiental, en donde, dependiendo de la atención que depositen sobre uno de estos componentes (descuidando frecuentemente los otros o en ocasiones, se trata de relacionarlos); se plantea un criterio de concatenación lineal, es decir, se establece una causalidad al modo de eslabones sucesivos de una cadena, de tal manera que uno es definido como la "causa" del que le sigue en el tiempo, esta acción es lo que se ha denominado causalidad lineal de la enfermedad.

Para cualquiera de estos modelos resulta claro que elegir alguno de estos tres componentes como punto de partida, en una cadena lineal permitirá explicar y operacionalizar a su vez la estrategia o estrategias terapéuticas utilizadas, recurriendo a hipótesis "somatogénicas", "psicogénicas" o "sociogénicas" de la enfermedad psicósomática (Onnis, 1990).

Por consiguiente, estas posturas han impuesto, inevitablemente, interpretaciones reductivas de la enfermedad psicósomática al proponer concepciones mecanicistas, en donde se recurre a operaciones analíticas por fragmentación y división, incurriendo en un error de simplificación, confundiendo la parte con el todo (cuando el todo no es la mera suma de las partes). Lo que conduce a una limitación en la conceptualización del problema.

En años recientes, la búsqueda de una visión que refleje la complejidad de los fenómenos observados, como en el caso de los desórdenes psicósomáticos, la coparticipación simultánea de los múltiples componentes que entran en juego y específicamente la correlación entre los mismos componentes, ha permitido progresar en el entendimiento del problema. Es en especial el modelo sistémico el que en los últimos años ha suscitado un interés y aplicación importante en el sector de las ciencias humanas y más específicamente, en el campo de la psicósomática (Minuchin et al., 1978; Pardo, 1984 y Onnis, 1990).

#### 4.2 Incidencia del asma en la población.

Es importante señalar que las cifras de incidencia varían según los distintos autores, el país en el que se lleva a cabo la investigación y el método empleado para el diagnóstico y la recolección de datos.

El asma en el niño tiene una incidencia elevada, siendo en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente en la infancia (Bustos y Bracamonte, 1987; Gila y Martín, 1991; Nouilhan y Dutau, 1985).

El asma con crisis frecuentes, que se presenta en la edad temprana y que evoluciona hasta los 16 años, afecta a un 2-5% de la población infantil. Este número se incrementa hasta un 10-19% si se consideran los casos de asma del lactante.

Se estima que en los Estados Unidos hay de 6 a 8 millones de asmáticos, de los cuales un millón y medio son niños. En Francia, tomando como base la cifra de 14 mil a 35 mil asmáticos, y de 70 mil a 133 mil pacientes que sufren alergias de distintos tipos. En Gran Bretaña se ha observado en un periodo de 11 años, el aumento de casos de asma en los niños siendo éste de un 22% (Nouilhan y Dutau, 1985).

En España se calcula que las cifras de incidencia oscilan entre 4 y 5%, hallándose en las grandes aglomeraciones urbanas y en zonas industriales una mayor frecuencia, que puede llegar al 10% (Gila y Martín, 1991).

En México, aun cuando no existen datos estadísticos al respecto, se estima que en hospitales como el Instituto Nacional de Pediatría se atienden al rededor de 2885 pacientes al año, con la manifestación más seria del padecimiento: la crisis de asma bronquial. Observándose una relación entre los niveles de contaminación y la alta incidencia de asma bronquial (García, Callejas y Romero, 1990).

El asma, al ser una enfermedad crónica y recidivante\*, altera la vida normal del niño y de su familia, es habitual que la vida del hogar comience a girar alrededor del niño, y todas las actividades se organicen en función de la enfermedad del pequeño; trayendo consigo un impacto social importante debido a la alteración de la vida escolar del niño, las interrupciones de la actividad laboral de la familia cercana para brindarle atención al niño; ocasionando también un elevado número de consultas en medicina de urgencias, medicina ambulatoria y hospitalización.

El asma afecta más a menudo a los niños que a las niñas, ya que en general se da la cifra de una niña afectada por cada dos niños asmáticos.

En lo que respecta a la edad de aparición del asma se presentan grandes divergencias: de un 10-50% de los casos, las primeras crisis se presentan durante el primer año de vida; y un 85-95% de los casos se presentan antes de los 5 años de edad. El asma de aparición tardía, después de los 10 años de edad, es mucho más rara (menos del 10% de los casos).

En un 49-75% de los casos se encuentran antecedentes alérgicos familiares, con ligero predominio en la rama materna (se habla de una herencia alérgica). Se estima que, además de los factores genéticos, intervienen numerosos factores procedentes del medio ambiente (García, Callejas y Romero, 1990).

\* Término médico que se refiere a la aparición de una afección o enfermedad después de terminada la coexistencia.

#### 4.3 Definición.

El asma ha sido considerada como una enfermedad respiratoria (bronquial) que se manifiesta en forma de crisis caracterizada por la dificultad para expulsar el aire, acompañada de ruidos parecidos a silbidos producidos por el aire al pasar por los bronquios estrechados (sibilancias) y de estertores respiratorios. Durante la crisis asmática, existe una obstrucción bronquial difusa, pero repartida de forma desigual que afecta los bronquios grandes o pequeños. Esta obstrucción es debida a diversos mecanismos: engrosamiento (edema) de las células de la mucosa que revisten las paredes bronquiales, obstrucción de la luz bronquial por un moco claro y viscoso, y espasmo de los músculos bronquiales, que en los niños representa la principal causa de obstrucción (fig. 2) (Bustos y Bracamonte, 1987; Gila y Martín, 1991; Nouilhan y Dutau, 1985).

Cuando el asma es de aparición reciente, la obstrucción de las vías respiratorias es reversible y probablemente no va acompañada de lesiones anatómicas importantes. Sin embargo, cuando el paciente posee una historia de crisis asmáticas remota, la repetición de estas crisis y las afecciones subsiguientes ocasionan lesiones bronquiales irreversibles: engrosamiento del músculo liso, densificación de la membrana basal submucosa, proliferación importante de las células y de las glándulas mucosas. La obstrucción bronquial ocasiona un aumento de la resistencia bronquial al paso del aire espirado (expulsado) (Nouilhan y Dutau, 1985).

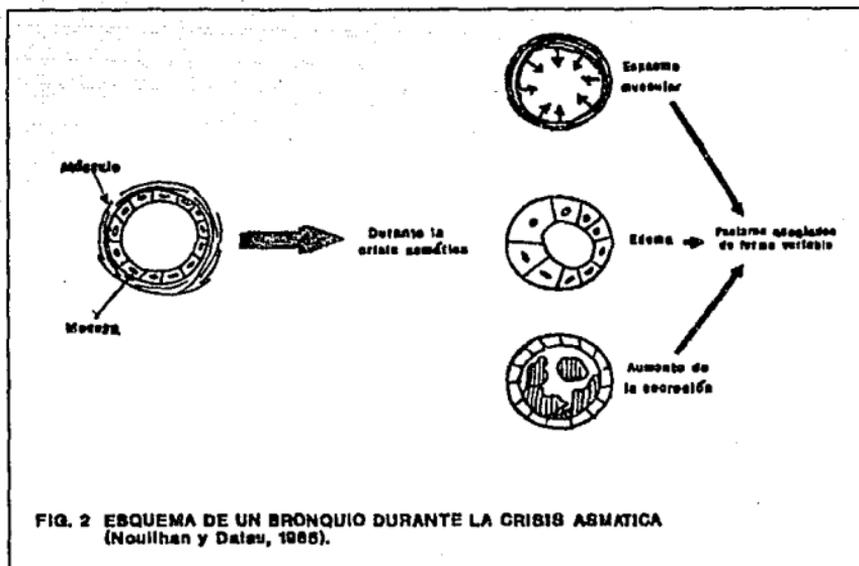


FIG. 2 ESQUEMA DE UN BRONQUIO DURANTE LA CRISIS ASMÁTICA (Nouilhan y Dales, 1966).

Así, el trastorno respiratorio con sibilantes que caracteriza a esta enfermedad es la consecuencia de factores tan distintos como la alergia, las infecciones y el clima psicoafectivo, hechos que se asocian de forma variable, de tal manera que cada niño asmático es distinto de los demás.

#### 4.4 Evolución de las crisis de asma.

La evolución de la crisis asmática puede tomar diversas formas. Algunas veces, las crisis se suceden en intervalos cortos (ataque de asma), por ejemplo cada noche, o con mayor frecuencia, las crisis se encadenan la una a la otra, de tal modo que no se presentan intervalos libres entre ellos, tratándose entonces en lo

que se denomina status asmático. El cuadro clínico que se presenta es una grave afección respiratoria aguda, que puede poner en peligro inmediato la vida del niño. Pero, generalmente el trastorno respiratorio cede espontáneamente o bajo el influjo del tratamiento. El mecanismo esencial del status asmático es la obstrucción bronquial, cuya distribución e intensidad son variables.

La obstrucción bronquial puede quedar limitada a determinadas zonas, pudiendo ser incompleta y estar repartida desigualmente; o bien puede afectar a la totalidad del pulmón. La ventilación en el primer caso permite establecer una compensación más o menos satisfactoria al presentar zonas mal ventiladas y otras hiperventiladas; en tanto que en el segundo caso la ventilación es defectuosa, el paciente elimina mal el gas carbónico y se oxigena deficientemente, lo que produce en la sangre una disminución de la concentración de oxígeno y una tasa elevada de gas carbónico.

El tratamiento de este status asmático solamente puede realizarse en un ambiente hospitalario. Cada vez es mayor la tendencia a considerar como status asmático en potencia las crisis severas de asma o ataques de asma, cuando ésta no cede frente a los tratamientos prescritos a domicilio por el médico o pediatra.

Resulta por lo tanto importante conocer cuáles pueden ser las causas más susceptibles de desencadenar un status asmático. Nouilhan y Dutau (1985) proponen como causas desencadenantes: las infecciones respiratorias, los abusos o errores terapéuticos y

otras causas accesorias (dentro de las cuales se encuentran los factores psicológicos).

La infección respiratoria es el factor más frecuente, se presenta en uno de cada dos casos, generalmente se trata de infecciones rinofaríngeas o bronquiales, víricas o bacterianas que no han sido cuidadas.

Los errores o abusos terapéuticos son numerosos, se ha encontrado que en uno de cada seis casos el abuso de aerosoles a base de sustancias simpaticométicas, lleva a que los medicamentos dejen de ser eficaces. Entre otros se señalan: la interrupción brusca de un tratamiento a base de cortisona, un accidente alérgico, la administración intempestiva de oxígeno a un enfermo en estado grave de afección respiratoria y, por último, la administración de calmantes o de medicamentos que impiden toser.

Los otros factores que de acuerdo a Nouilhan y Dutau (1985) inciden más raramente son: mecánicos (el tórax), quirúrgicos (intervención quirúrgica en la rinofaringe) y psicológicos (un trauma psicoafectivo)(sic).

Es conveniente señalar que detrás de un trastorno respiratorio con sibilantes pueden esconderse afecciones que no guardan ninguna relación con el asma, como por ejemplo: la inhalación de un cuerpo extraño (cacahuates, pequeñas piezas de juguetes, fragmentos de hueso, etc.); la presencia de un reflujo gastroesofágico (debido al fallo de los sistemas de cierre del estómago); la presencia de mucoviscidosis (afección grave en la que se asocia una lesión pulmonar y "bronquitis recivantes"). La mayor parte de las otras

afecciones que se presentan pueden ir asociadas al asma alérgica, facilitando su desarrollo o su mantenimiento, lo cual puede ser el caso de la inhalación pasiva del humo de cigarro, algunas deficiencias en las defensas inmunitarias de las bronconeumopatías bacterianas o víricas, la compresión de la tráquea, etc. Por este motivo algunos autores proponen la inclusión de todas estas afecciones bajo el término genérico de "síndrome asmático", que es un cuadro muy amplio que abarca afecciones de naturaleza diversa, pero que tienen la capacidad de provocar un entorpecimiento del paso del aire espiratorio por los bronquios.

#### 4.5 Factores desencadenantes de las crisis asmáticas.

##### 4.5.1 Factores alérgicos.

La razón por la cual un niño está sensibilizado frente a una sustancia, mientras que otro niño no lo está, no se ha esclarecido aún. Se recurre a veces a la explicación de una predisposición hereditaria para desarrollar cualquier tipo de alergia. Algunos autores señalan que de cada diez niños asmáticos, 8 ó 9 tienen familiares de enfermedades alérgicas (Bustos y Bracamonte, 1987); en tanto que otros encontraron antecedentes familiares de enfermedades alérgicas en el 89% de los niños asmáticos (Gila y Martín, 1991). Se coincide en que lo que se hereda no es el tipo de alergia sino la predisposición para padecer cualquier enfermedad de tipo alérgico.

De acuerdo a Gila y Martín (1991) la carga genética y la herencia tienen relación con la edad de aparición del asma en el

niffo, e incluso con la gravedad de la misma, de modo tal que a mayor componente hereditario, más pronto se manifiesta la herencia (en general en los primeros años de vida) y más grave es la forma clínica del asma.

Cuando una sustancia extraña se introduce en un organismo, las consecuencias que se tienen son variables: o bien no ocurre nada, el organismo tolera la sustancia extraña; o bien el organismo produce unos anticuerpos que reaccionan específicamente con esta sustancia antigénica. La unión de este antígeno y del anticuerpo correspondiente origina a su vez, o bien una protección, de modo tal que cuando la misma sustancia vuelva a ser introducida, será neutralizada; o bien se origina una forma particular de reacción, que se presenta solamente en algunos individuos, mostrando manifestaciones alérgicas, generalmente perjudiciales para ellos. Este mecanismo es el que se presenta en muchos casos de asma.

De este modo, a consecuencia del contacto con sustancias muy diversas, que son inofensivas para la mayoría, estos individuos fabrican unos anticuerpos especiales llamados inmunoglobulinas E (Ig E) o reaginas. Estos anticuerpos, se fijan a determinadas células reciben el nombre de células sensibilizadas. Cuando se produzca un nuevo contacto con el alérgeno, liberarán unos productos muy activos que provocarán el espasmo de los bronquios. Como se puede observar, el organismo se defiende de una manera desfavorable.

Las sustancias desencadenantes de las manifestaciones clínicas del asma infantil, están representadas por los alérgenos inhalados o neumcalérgenos.

El polvo doméstico comprende una mezcla compleja, se encuentra formada principalmente por ácaros (Dermatophagoides) pero también por los pelos de animales domésticos, fibras vegetales, escamas de piel, mohos, cenizas, etc., lo que representa un mosaico de alérgenos.

Se considera que el polvo doméstico y los ácaros representan el principal alérgeno en los niños, que junto con la sensibilización a las plumas, son responsables de un 75% aproximadamente de las sensibilizaciones.

Los pelos de animales (fanelas), principalmente de gato más que de los perros, los pelos de hamster, pelo de conejo, pelos de caballo o de animales bovinos, así como la caspa, la saliva y orina de estos animales, representan el 3% de los casos.

El polen de gramíneas, de cereales, de árboles o de plantas pueden provocar un asma estacional, pero generalmente ocasionan la fiebre del heno, representan el 6-10% de los casos.

Los mohos comprenden a aquellos hongos atmosféricos nocivos que se encuentran en habitaciones húmedas, y los hongos rurales tienen una intervención indiscutible, aunque poco frecuente en el 7% de los casos de asma infantil.

Los microbios como el estreptococo, el neumococo y el estafilococo, así como algunos alimentos y algunos tipos de

levaduras como la candida albicans, pueden también tener efectos alergenizantes.

Bustos y Bracamonte (1987) proponen que todo niño asmático es, básicamente, un niño alérgico como consecuencia de una falla inmunológica (demasiada producción de inmunoglobulinas E "Ig E").

#### 4.5.2 Factores infecciosos.

Los episodios de ahogo del niño se presentan a menudo en el transcurso de infecciones de las vías respiratorias, estas infecciones son provocadas a menudo por virus aunque algunas veces la infección es producida por bacterias.

El niño asmático se infecta con mucha facilidad. Cuando es pequeño es común que se enferme de las anginas y de adenoiditis, que tenga infección del oído y catarro de repetición. Cuando es mayor, de sinusitis y bronquitis. Siempre se observa una marcada dificultad para liberarse de cada infección.

El modo en como actúa la infección no es aún muy claro. Puede ser que se altere el revestimiento de los bronquios, facilitando la penetración de los alérgenos, o actúe directamente sobre las mucosas respiratorias dando lugar a una inflamación y al espasmo bronquial.

La presencia de una infección puede reconocerse: 1) Si se presentan crisis de malestar respiratorio con fiebre; 2) O si en el transcurso de una asma ya antigua, aparece una mucosa purulenta, que indica la presencia de una sobreinfección bronquial generalmente bacteriana.

Muchos especialistas consideran que los virus y las bacterias no son más que unos elementos desencadenantes, entre otros muchos.

#### 4.5.3 Factores ambientales.

Es un hecho que los cambios de clima influyen directamente en la evolución del asma, por lo menos en su evolución inmediata. Los éxitos de las curas climáticas de altitud comunes en Europa (mejoría del 80% de los casos en las primeras semanas) son una buena prueba de ello. Cuando se estudian las circunstancias climáticas que preceden a las crisis, se comprueba que el tiempo húmedo, las nieblas y los periodos de depresión barométrica que preceden la crisis asmática.

Por otro lado, en los climas con un elevado grado de humedad y temperatura es frecuente el asma producido por ácaros y hongos, que en estas condiciones encuentran el medio ideal para reproducirse. En climas continentales lluvias y temperaturas extremas, predomina el asma producido por pólenes. En el clima de montaña, con altura superior a mil metros sobre el nivel del mar, es excepcional la alergia a ácaros y es poco frecuente el asma infantil.

Es importante señalar que la reacción del asmático frente a el ambiente en que vive está también en función de la contaminación que le rodea. La intensidad de la contaminación ambiental varía según las áreas geográficas, factores metereológicos como el viento, el régimen de lluvias, la presión atmosférica o el grado de humedad. Por lo tanto, la incidencia de asma es mayor en las

grandes ciudades que en las zonas rurales, quizás esto explique el por qué del aumento de enfermos de las vías respiratorias.

#### 4.5.4 Factores psicológicos.

Cuando una enfermedad se encuentra ya instaurada, la influencia de los factores físicos y psicológicos es inevitable. En enfermedades multifactoriales como el asma bronquial infantil, los factores orgánicos, particularmente de tipo alérgico, se encuentran combinados con factores de índole ambiental y psicológico. Condición que permite considerar al asma como una enfermedad psicosomática, en los casos en donde no es posible controlarla a través de la sola intervención médica, lo que constituye del 10-12% de los casos (Onnis, Tortolani y Cancrini, 1986).

En situaciones de angustia, de ansiedad o de temor, cualquier dificultad es vivida con intensidad y puede provocar directamente una crisis de asma o crear las condiciones para que los otros factores actúen con mayor facilidad.

De este modo los conflictos emocionales pueden actuar sobre una predisposición orgánica (vulnerabilidad), conduciendo al niño a expresar su emoción a través de su órgano más sensible: sus bronquios, los cuales, a partir de un mecanismo alérgico o infeccioso, ya "saben cerrarse", y ahora se cierran como un medio de pacificación y de estabilidad.

Se han llevado a cabo diversas investigaciones con el fin de observar la influencia del factor emocional en el asma, en donde se ha destacado la intervención de las relaciones familiares en el

surgimiento y mantenimiento del síntoma asmático (Onnis et al., 1986).

En estos estudios se observó:

- En los niños asmáticos una mejoría al estar separados de sus familias por un periodo corto de hospitalización, a pesar de ser expuestos a altas concentraciones de polvo doméstico.

- Cambios en el ritmo de la actividad respiratoria de los niños asmáticos al escuchar la voz grabada de la madre.

- Diferentes dinámicas familiares en donde existía una actitud parental insatisfactoria hacia estos niños caracterizada con sobrerrechazo, demanda de perfección y sobreprotección; estas actitudes fueron consideradas los precursores psicológicos y emocionales en la aparición de ataques asmáticos.

- La separación de los niños de sus familias, a partir de su reubicación en una familia sustituta, redujo el número de crisis por la mitad pero una vez que el niño regresó a su familia de origen los ataques asmáticos resurgieron rápidamente con la misma intensidad y frecuencia.

- De acuerdo a la actitud interactiva y afectiva que los padres manifiestan hacia los niños, las dinámicas familiares fueron clasificadas como predominantemente sobreprotectoras, predominantemente rechazantes y ambivalentes.

Aún cuando estos estudios demostraron la influencia de la situación familiar en la emergencia y perpetuación del asma, los resultados clínicos de las intervenciones terapéuticas intentadas por los autores no fueron satisfactorias.

Dichas intervenciones basadas en la separación del niño de la familia ("parentectomy") apoyada con terapias individuales (que buscaban la reestructuración de la personalidad del niño durante la hospitalización) sólo resultaron una mejoría transitoria que fue siempre reversible con el regreso del niño a su núcleo familiar, en donde las reglas y dinámicas permanecían totalmente inmodificadas (Peshkin y Friedman, 1986).

Estas investigaciones representan una evidencia de peso de que en los estudios en donde se considera que los componentes del fenómeno se encuentran en una relación rígida de causa-efecto, lleva a pensar a la familia como un agente causal dañino, sin evaluar la cercana interdependencia e interinfluencia recíproca entre las características familiares.

Consecuentemente, las intervenciones terapéuticas se han centrado en el niño, ya sea separándolo de la familia o tratándolo en forma individual, y jamás consideraron al núcleo familiar entero. De tal suerte, se tiende a pensar que la enfermedad tiene una causa única, y que en el caso de las enfermedades psicósomáticas debe ser el factor emocional el único agente causante de la enfermedad y no se concibe la posibilidad de contemplar el contexto en el cual se presenta el síntoma.

Recientemente el uso de un modelo conceptual diferente, basado en una suposición de causalidad circular de acuerdo a las premisas de la teoría general de los sistemas, ha permitido progresar en el entendimiento de este problema. En este modelo el síntoma manifestado por el paciente no es un efecto pasivo de la disfunción

del sistema interpersonal en el cual aparece, sino que asume un significado de comunicación y juega un papel activo en el mantenimiento de la homeostasis de las características disfuncionales del sistema.

De acuerdo a Onnis et al. (1986), las investigaciones y prácticas terapéuticas inspiradas en el modelo sistémico comienza a ser numerosas en el campo de la psicósomática. Entre ellas es necesario citar los trabajos de Jackson y Yalom (1986) sobre familias con miembros que padecen de colitis ulcerosa; Selvini-Palazzoli (1986) sobre familias con pacientes anoréxicos; Minuchin, Baker y Rosman (1986), Minuchin et al. con pacientes con pacientes diabéticos, anoréxicos y asmáticos, entre otros.

## CAPITULO V

### INVESTIGACION

#### 5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El clima emocional en la familia se encuentra en continuo desarrollo, la identidad, los valores y las expectativas cambian con el tiempo.

En los diferentes períodos de crecimiento de los miembros de la familia (de niños a adolescentes y luego adultos) se le requiere a ésta que se adapte y reestructure constantemente.

La habilidad que posea para mejorar sus dificultades a lo largo de su desenvolvimiento, marcará la pauta de funcionalidad o disfuncionalidad de la misma, determinando el destino emocional, cognoscitivo y adaptativo de sus integrantes. Por lo que el dar y recibir de las relaciones familiares constituye el centro crucial que consolida o merma la salud mental de sus elementos.

Para algunas familias resulta difícil encontrar una respuesta alternativa a las presiones internas provocadas por el crecimiento de sus miembros y subsistemas, y a las presiones exteriores originadas en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas (como la escuela, el trabajo, grupo de amigos, etc.).

De tal manera que en la búsqueda de bienestar, o bien enfrentan el problema a través de acciones paliativas que permitan

controlar los efectos potenciales nocivos mientras se otorga a sí misma un periodo más largo para encontrar una solución; o, incapaces de enfrentarlo, involucran a otro elemento o subsistema con el fin de desviar o sumergir el problema a costa del primero. El tipo de alternativa utilizado depende y contribuye a la estructura y organización de cada familia.

En las familias en donde las parejas tienden a evitar el conflicto mediante el involucramiento de otro miembro, se ponen en juego ciertos mecanismos que hacen que se esconda el conflicto. En este proceso la persona involucrada responde a la tensión que afecta al sistema familiar a través de su "síntoma", jugando de esta manera el papel de elemento homeostático cuya función es garantizar que el sistema familiar no se desintegre (Minuchin, 1979).

El síntoma protege a la familia y a la pareja principalmente de la ansiedad que provoca el conflicto no resuelto, desviando la atención sobre el síntoma, el cual es visto como el único problema que existe.

Por lo expresado anteriormente, el interés de este trabajo radica en estudiar cuál es la relación entre la forma de resolver el conflicto en la pareja y el efecto y función del síntoma en algún miembro de la familia. Lo cual se lleva a cabo a partir de la aplicación del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, la Escala de Satisfacción Marital y el Cuestionario de Evitación de Conflicto.

## 5.2 OBJETIVOS.

- Estudiar la dinámica que se da dentro de las familias psicósomáticas y asintomáticas en la resolución de sus conflictos.
- Describir cómo el síntoma en el(los) hijo(s) es un elemento emergente para el equilibrio de la pareja y de la familia.

## 5.3 HIPOTESIS TEORICA.

El síntoma no es único producto de las experiencias personales del individuo sino, también, es resultado de las relaciones interpersonales dentro del sistema familiar.

## 5.4 HIPOTESIS DE TRABAJO.

H 1 : Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por familias psicósomáticas y familias asintomáticas en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

H 2 : Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por familias psicósomáticas y familias asintomáticas en la Escala de Satisfacción Marital.

H 3 : Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por familias psicósomáticas y familias asintomáticas en el Cuestionario de Evitación de Conflicto.

Si la existencia de insatisfacción en alguna(s) de las áreas de la relación de pareja fortalece la aparición del



**VARIABLES DEPENDIENTES:** Tipo de Familia.  
-Familia Psicósomática.  
-Familia Asintomática.

**VARIABLES CONTROLADAS:** -Estado Civil: Casados o unión libre.  
-Clase Social: Media-Baja.  
-Familias que no cuenten con hijos adolescentes.  
-Edad del paciente asmático (de 3 a 12 años).

#### 5.7 DEFINICION DE TERMINOS.

**Satisfacción Marital:** "Es la actitud subjetiva hacia la interacción y aspectos del cónyuge" (Pick y Andrade, 1988).

**Evitación de Conflicto:** "Se refiere a la baja tolerancia al conflicto, las familias usan muchos mecanismos para huir de los problemas dejándolos sin resolver (...) los cuales amenazan una y otra vez, activando continuamente los circuitos de evitación del sistema" (Pardo, 1984).

**Confrontación de conflicto:** Es la actitud en la cual la familia busca la solución a sus problemas a través de la negociación.

**Familia Psicossomática:** Se refiere a las familias cuya "... queja que motiva la demanda es un problema psicossomático de alguno de los miembros de la familia" (Minuchin y Fishman, 1984).

**Familia Asintomática:** Aquellas familias que no presenten ningún miembro con un padecimiento psicossomático u otro síntoma.

### M E T O D O

#### 5.8 SUJETOS.

La muestra estudiada fue de tipo incidental encontrándose constituida por 40 parejas que acudieron al Hospital Regional Clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social debido a que tenían un hijo(a) bajo supervisión médica por un padecimiento de asma, seleccionados de acuerdo a las siguientes características:

- Que el padecimiento de asma haya sido reportado clínicamente en el expediente médico como psicossomático.
- Estado civil: Casados o vivir en unión libre.
- Clase social: Media-baja.
- Que el niño tenga una edad escolar de 3 a 12 años.
- Se excluyeron a las familias que contaban con hijos mayores de 12 años (adolescentes).

Se tomó como referencia un grupo de comparación de 40 parejas con características similares al grupo de investigación, excepto por el requerimiento de la ausencia del padecimiento psicossomático, en este grupo las características fueron:

- Estado civil: Casados o vivir en unión libre.
- Clase social: Media-baja.
- Que tuvieran al menos un hijo en edad escolar de 3 a 12 años.
- Que no tuvieran algún miembro que padezca de asma o de otro tipo de enfermedad psicosomática.
- Que no tuvieran algún miembro de la familia bajo supervisión médica.
- Se excluyeron aquellas familias con hijos adolescentes.

#### 5.9 ESCENARIO.

La investigación se llevó a cabo en el área de consulta externa del departamento de Inhaloterapia, dentro de la clínica 25 (IMSS).

Para el grupo de comparación, se contactaron a las parejas en las escuelas circunvecinas a la clínica 25, en donde se les solicitó su colaboración para posteriormente entrevistarlos en sus domicilios.

#### 5.10 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación consisten en un cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Atri, 1987), el cual fue utilizado con el objeto de contar con un punto de referencia para poder comparar el funcionamiento de las familias psicosomáticas y asintomáticas; una Escala de Satisfacción Marital (Pick y Andrade, 1988), la cual fue

utilizada para obtener el grado de satisfacción-insatisfacción de ambos grupos de parejas; y por último se requirió de un instrumento que evaluara el nivel de Evitación de Conflicto que pudieran presentar dichas parejas; sin embargo, no se pudo contar con alguno que se adecuara a las necesidades de la investigación, motivo por el cual se precisó de la elaboración de dicho cuestionario.

**-Evaluación del Funcionamiento Familiar (E.F.F.).**

Este cuestionario de acuerdo a la autora (Atri R.,1987), evalúa la percepción de un miembro de la familia acerca de su funcionamiento familiar, facilitando la identificación de áreas de conflicto.

El instrumento tiene una estructura multifactorial de seis factores:

1er. factor: Involucramiento afectivo funcional  
(17 reactivos).

2do.factor:Involucramiento afectivo disfuncional  
(13 reactivos).

3er.factor:Patrones de comunicación disfuncionales  
(4 reactivos).

4to. factor: Patrones de comunicación funcionales  
(3 reactivos).

5to. factor: Resolución de problemas (3 reactivos).

6to. factor: Patrones de control de conducta (2 reactivos).

Este instrumento fue sometido por su autora a análisis estadístico reportándose una confiabilidad de .92 a través del alpha de Crombach, y un alto grado de validez obtenido a través del análisis factorial, no reportado.

Las opciones de respuesta son:

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

Con valores de 1 a 5 respectivamente para los factores 1, 4, 5 y 6, e inversamente (de 5 a 1) para los factores 2 y 3; mayor puntaje indica mayor grado de funcionamiento (véase anexo 1).

#### -Escala de Satisfacción Marital (E.S.M.).

La Escala de Satisfacción Marital diseñada por Pick S. y Andrade P. (1988). Se encuentra validada y confiabilizada en una muestra de 244 sujetos seleccionados al azar de ocho colonias de la ciudad de México elegidas también al azar, correspondientes al nivel socioeconómico medio. Reportando altos grados de consistencia interna medidos a través de la prueba Alpha de Crombach para cada una de las subescalas:  $\alpha = .90$  para la satisfacción con la interacción conyugal (factor I con 10 ítems).  $\alpha = .81$  para la dimensión de satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (factor II con 5 ítems). y  $\alpha = .85$  para la satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge (factor III con 9 ítems).

Las opciones de respuestas son:

- Me gusta como esta pasando.
- Me gustaría que pasara algo diferente
- Me gustaría que pasara muy diferente.

Con valores de 1, 2 y 3 respectivamente, en donde, los puntajes bajos significan mayor satisfacción (véase anexo 2).

-Cuestionario de Evitación de Conflicto (C.R.C.).

Con el fin de evaluar el nivel de evitación de conflicto en las parejas de estudio se procedió a elaborar un cuestionario de actitudes de acuerdo a la metodología propuesta por Nadelsticher (1983), entendiendo como actitud la predisposición hacia un objeto y/o hacia una situación.

La medición de las actitudes se basa principalmente en la teoría de Juicio Comparativo de Thurstone en el que se establece la posibilidad de cuantificar toda experiencia subjetiva (Nadelsticher, 1983).

El método utilizado en este cuestionario corresponde al de Rangos Sumarizados de Likert. Se elaboró una base de reactivos favorables al objeto medido: la evitación de conflicto.

La evitación de conflicto se refiere a la actitud que asume la familia o la pareja, a partir de su baja tolerancia al conflicto, adoptando patrones que evaden desacuerdos o previenen la resolución del conflicto utilizando los siguientes mecanismos de evitación: 1. Señalar un culpable, 2. Cambios de tema, 3. No tomar los problemas seriamente, 4. Negar o minimizar la existencia de

problemas, 5. No participación, y 6. Amenazando dejar a la familia (Pardo. 1984).

La base de reactivos fue sometida a jueceo por parte de expertos en el tema con el fin de descartar aquellos reactivos que no discriminaran al objeto medido (Validez de Contenido); se eliminó al juez 5, debido a que sus valoraciones no diferenciaban los reactivos placebos (véase anexo 3).

Se seleccionaron aquellos reactivos que obtuvieron un índice de discriminación arriba de 75%, quedando un total de 40 reactivos (véase planilla de jueceo, anexo 4).

Posteriormente se elaboró un cuestionario piloto de 72 reactivos, 40 favorables, 30 desfavorables y 2 placebos, trabajando con 5 alternativas de respuesta, que son las siguientes:

- a) Nunca.
- b) Rara vez.
- c) Pocas veces.
- d) Frecuentemente.
- e) Siempre.

Las opciones se califican del 1 al 5 respetando la favorabilidad de la pregunta (Nunca=1, Rara vez=2, Pocas veces=3, Frecuentemente=4, Siempre=5) y a la inversa en las preguntas desfavorables.

Las afirmaciones favorables y desfavorables, así como los reactivos placebo, se dispusieron al azar dentro de la estructura del cuestionario (véase anexo 5).

El cuestionario piloto se aplicó a 160 sujetos (40 parejas psicósomáticas, 40 parejas asintomáticas).

Posteriormente se llevó a cabo la codificación de los reactivos del cuestionario, obteniéndose puntajes totales por cada sujeto. Estos se ordenaron de menor a mayor puntaje.

Se seleccionaron el 25% de los sujetos con los puntajes más altos y el 25% de los sujetos con los puntajes más bajos, quedando un 50% de sujetos (80 sujetos). Se eliminaron los cuestionarios con los puntajes intermedios (tibios).

Se procedió a realizar el análisis de cada afirmación calculando la razón  $t$  (Student) para cada una de ellas. En donde, si el puntaje  $t$  era mayor o iguala 1.75 se aceptaba el reactivo para conformar parte del cuestionario final. Y si el puntaje  $t$  era menor a 1.75 se rechazaba la afirmación.

De las 70 afirmaciones, 63 obtuvieron una  $t$  mayor a 1.75 y 7 la obtuvieron menor a 1.75 (véase anexo 6).

De ahí que se contó con un amplio margen para seleccionar las afirmaciones del cuestionario final, observando que la mitad fueran favorables y la otra mitad desfavorables, además de cuidar que se cubrieran las 6 áreas propuestas con un igual número de reactivos.

Al término de la selección quedaron 35 reactivos entre favorables y desfavorables, y se elaboraron 5 reactivos placebo, quedando un total de 40 reactivos los cuales se distribuyeron al azar en el cuestionario final (véase anexo 7).

Generalmente es recomendable aplicar el cuestionario final a una segunda muestra para poder calcular la confiabilidad general así como la validez del instrumento. Sin embargo, por las características de la investigación y del acceso a la muestra de estudio (familias psicósomáticas), solamente se pudo aplicar una sola vez el instrumento, motivo por el cual se vio la necesidad de retomar aquellas respuestas que correspondieran a los reactivos seleccionados, a fin de poder calcular los puntajes totales de cada caso, estableciendo un estudio piloto y terminal a la vez.

Con el objetivo de calcular la confiabilidad del instrumento se procedió a la estimación del coeficiente Alpha de Crombach, obteniéndose un alpha de  $\alpha = .9241$ , siendo muy cercana a 1, por lo que la confiabilidad del instrumento es alta.

Por otro lado, con el objetivo de calcular la validez interna del cuestionario se procedió a investigar la existencia de algún patrón de relación en el grupo de variables de estudio (Nunnally, 1987). Para tal tarea se llevo a cabo un análisis factorial utilizando el paquete estadístico SPSS/PC Versión 3.0 .

A través de una rotación de tipo varimax se obtuvieron 9 factores rotados, encontrando que dichos factores son ortogonales, independientes entre sí.

Se eligieron los 5 primeros factores los cuales agrupan el mayor número de reactivos, y explican el 67.61% de la varianza, el Factor I el 32.5%, el Factor II el 8.44%, el Factor III el 8.12%, el Factor IV el 8.63% y el Factor V el 9.92% .

Por lo tanto, se considera que se obtiene una alta validez interna (de constructo) en la estructura del cuestionario.

Los factores fueron definidos de acuerdo con el contenido de los reactivos que los componen: Factor I: Indiferencia, se refiere a la actitud de ignorar cualquier situación que implique la presencia de conflictos; Factor II: Culpar a otro, se refiere a la actitud de depositar en otro la responsabilidad de solucionar los problemas; Factor III: Confrontación, alude a la actitud de asumir la responsabilidad conveniente y enfrentar los problemas; Factor IV: Abstención, se refiere a la actitud de negarse a participar en la solución de los problemas; Factor V: Minimizar el problema, alude a la actitud de dar poca importancia al problema.

Los criterios para seleccionar los reactivos que conformarían cada factor fueron los siguientes: (1) que el reactivo tuviera una carga factorial mayor a .30 y (2) que la carga del reactivo fuera mayor en un factor que en otro (véase anexo 8).

Los factores elegidos agruparon a los reactivos del cuestionario original de la siguiente manera:

FACTOR I : reactivos 3, 4, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 20, 26, 27,  
28, 29, 36 y 37.

FACTOR II : reactivos 13, 19, 33, 34 y 38.

FACTOR III : reactivos 2, 22, 31 y 35.

FACTOR IV : reactivos 18, 24 Y 39.

FACTOR V : reactivos 5, 17 y 32.

Eliminándose los reactivos 1, 9, 12, 21 y 25, ya que el porcentaje de varianza explicada por estos, resultaba irrelevante.

Finalmente el cuestionario de evitación de conflicto quedó conformado por 30 reactivos entre favorables y desfavorables y 5 reactivos placebo (ver anexo 9).

### 5.11 PROCEDIMIENTO.

#### I. Grupo de Observación: Familias Psicósomáticas.

Se llevaron a cabo visitas a las salas de pediatría (urgencias y 2o. piso) del Hospital Regional Clínica 25 (IMSS), con el fin de detectar a todos aquellos niños con diagnóstico de padecimiento asmático. Posteriormente, durante la hora de visita, se contactaba a los padres de los niños y tras una breve entrevista se observaba si cumplían con los criterios de inclusión (anteriormente citados). Una vez seleccionados se les explicaba los objetivos de la investigación, del siguiente modo: "Nos encontramos realizando una investigación acerca de las características de la familia del niño asmático, la información que se obtenga será utilizada en beneficio del tratamiento del niño asmático a fin de poder elaborar nuevas formas de tratamiento para la enfermedad del niño". "Los datos que nos proporcionen serán absolutamente confidenciales y anónimos, y se utilizarán únicamente para los fines de esta investigación y en beneficio de la salud de su hijo y de su familia".

Después se procedió a tomar sus datos generales (véase anexo 10), para posteriormente aplicarles los 3 cuestionarios, brindándoles las siguientes instrucciones:

-Nos interesa que las respuestas sean lo más sinceras posibles y que las contesten de manera individual sin consultarse entre sí.

-Si se les presenta alguna duda en cualquier pregunta, pueden hacérsela saber a fin de que podamos clarificar o explicar dicha pregunta.

-Es muy importante que resuelvan en su totalidad los cuestionarios, ya que la información proporcionada es vital para el estudio.

Se les entregó los cuestionarios conforme iban terminando de contestar, el orden en que se les entregaron fue el siguiente: 1-C.E.C.; 2-E.F.F. y 3-E.S.M..

Al terminar se les pidió, si querían, expresar algún comentario o duda, después de la cual se cerraba la sesión de aplicación con la siguiente instrucción: " Las damos las gracias por su participación, agradecemos las molestias que se tomaron al asistir en este día, así como el tiempo que nos brindaron".

Todas las sesiones se llevaron a cabo en el área de Inhalo terapia en donde se les acomodaba separados para que pudieran resolver los cuestionarios de manera independiente. El tiempo de captación de la muestra de observación fue de 6 meses.

## II. Grupo de Contrastación: Familias Asintomáticas.

Se eligieron al azar una escuela primaria y una preescolar ubicadas en la zona circunvecina a la clínica 25.

Se les explicó a los directores de ambas escuelas el objetivo del estudio, y se les solicitó la ayuda necesaria para realizar una junta con los padres de familia. Con la ayuda de algunos profesores se seleccionaron a los alumnos que cumplieran con los requisitos para ser incluidos en la muestra. Una vez con los padres de familia se les explicó cual era el objetivo del estudio y se les invitó a participar.

Con los padres que accedían a participar se concertaba una cita en sus domicilios respectivos, con el fin de aplicar los cuestionarios a ambos padres. Una vez con ellos se les proporcionaron las mismas instrucciones que con los padres de los niños hospitalizados.

Una vez obtenidas las muestras de parejas se procedió a la codificación y calificación de los instrumentos. Posteriormente se realizó el análisis estadístico.

Se utilizó el análisis de frecuencia para poder estudiar las características generales de los dos grupos, de observación (familias sintomáticas) y de contraste (familias asintomáticas) (Levin, 1979; Kerlinger, 1983).

Se calcularon las pruebas  $t$  de Student para dos muestras independientes, así como un análisis de varianza, para cada instrumento utilizado. Se empleó el paquete estadístico SPSS/PC Versión 3.0 .

## CAPITULO VI

### *PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO DE LA INVESTIGACION.*

En el presente capítulo se muestran los diferentes análisis estadísticos descriptivos e inferenciales llevados a cabo, cuyos resultados proporcionan una idea más amplia de la muestra de estudio.

A continuación se presentan las variables estudiadas individualmente para su análisis descriptivo.

#### 6.1 Características de los grupos de estudio.

##### 6.1.1 Edad de los cónyuges.

La muestra final de las familias psicósomáticas estudiadas quedó constituida por 80 sujetos (40 parejas). Las edades en las que se distribuyó esta muestra fueron de 23 a 49 años, en donde el 33.75% tenía una edad de 27 a 30 años; el 25% de 31 a 34 años y el 17.5% en los rangos de 23 a 26 años y de 35 a 39 años y sólo el 6.25% tenía una edad de 40 a 49 años, identificando un pico en la curva ligeramente sesgada a la izquierda de la edad promedio de la muestra (31 años). Asimismo el 55% de las mujeres tenía una edad de 23 a 30 años y el 67.55 de los hombres una edad de 27 a 34 años (Véase fig. 3).

La muestra de comparación quedó conformada por 80 sujetos. Los rangos de edad que se presentaron fueron los siguientes: de 21 a 26 años el 16.25%, de 27 a 30 años el 26.25%; de 31 a 34 años el 23.75%; de 35 a 39 años el 26.25% y de 40 a 44 años el 7.5% (Véase fig. 3).

#### 6.1.2 Diferencia de edad entre los cónyuges.

Se halló que en las parejas de las familias psicósomáticas las diferencias en las edades entre los esposos fueron las siguientes: el 15% de las parejas no tuvo ninguna diferencia de edad, el 20% tuvo un año de diferencia, el 15% dos años de diferencia, el 20% presentaron una diferencia de 3 años, él 10% una diferencia de 4 años, el 12.5% 5 años y con 6 años de diferencia el 5% (Véase fig.4).

El 25% de la muestra de comparación no obtuvo ninguna diferencia de edad; el 15% obtuvo una diferencia de un año; el 10% mostró una diferencia de dos años; el 7.5% una diferencia de 3 años; un 10% tuvo una diferencia de 4 años, el 12.5% tuvo 5 años de diferencia y finalmente el 20% presentaron diferencias de 6 a 16 años (Véase fig. 4).

#### 6.1.3 Años de unión.

Se encontró en la muestra de familias psicósomáticas que las parejas que tenían de 4 a 5 años eran el 17.5%, de 6 a 7 años el 20%, de 8 a 9 años el 20%, de 10 a 11 años el 25%, de 12 a 13 el 15% y sólo un 2.5% tenían 30 años de casados (Véase fig. 5).

Los rangos de años de unión de las parejas del grupo de comparación fueron los siguientes: de 4 a 5 años el 12.5%, de 6 a 7 años el 25%, de 8 a 9 años 22.5%, de 10 a 11 años 17.5% de 12 a 13 años 17.5% y de 13 a 16 años 7.5% (Véase fig. 5).

#### 6.1.4 Estado civil.

El 90% de la muestra de observación entrevistada reportó estar casados por el civil y el 10% restante vivir en unión libre (Véase fig. 6).

De las parejas entrevistadas de las familias asintomáticas el 92.5% eran casados y sólo un 7.5% vivían en unión libre (Véase fig.6).

#### 6.1.5 Escolaridad.

En esta variable se advierte que en la muestra de observación el 36.25% tenía estudios de primaria completa y 7.5% de primaria incompleta. El 16.25% tenía estudios de secundaria completa y un 2.5% secundaria incompleta, también se observa que el 13.75% tenía estudios de nivel técnico y un 11.25% tenía estudios de bachillerato. Sólo un 5% de la muestra tenía estudios de licenciatura incompleta (Véase fig. 7).

En el grupo de contraste se halló que 1.25% de los sujetos tenían primaria incompleta y un 21.25% tenían primaria completa, un 8.75% tenía estudios de secundaria incompleta y un 23.75% secundaria completa, el 12.5% tenía estudios de nivel técnico en tanto que el 3.75% tenía bachillerato incompleto y con bachillerato.

completo el 8.75%; el 5% tenía licenciatura incompleta y el 12.5% licenciatura completa, por otro lado un 2.5% tenía estudios de maestría (Véase fig. 7).

#### 6.1.6 Ocupación.

Se encontró que el 38.75% de la muestra de familias psicósomáticas se dedica a las labores del hogar, el 26.25% son empleados, en tanto que el 21.25% son obreros y/o trabajadores manuales y 12.5% trabaja por su cuenta (Véase fig. 8).

Los sujetos de las familias asintomáticas que se dedican a las labores del hogar representan el 38.75%, los empleados representan un 41.25%, los obreros constituyen un 5% y los que trabajan por su cuenta forman un 15% (Véase fig. 8).

#### 6.1.7 Constitución familiar.

El 55% de las familias de observación (familias psicósomáticas) se encontraron constituidas por padres e hijos únicamente por lo que se les denominó familia tipo nuclear, un 40% incluía a otros parientes por lo que se les definió como familias de tipo extensa y el 5% restante fueron familias con un segundo matrimonio por lo que se les consideró familias de tipo reconstituida (Véase fig. 9).

El 55% de la muestra de contraste fueron familias nucleares, el 42.5% familias extensas y el 2.5% familias reconstituidas (Véase fig.9).

#### 6.1.8 Número de hijos.

En su mayoría la muestra de observación presenta el 75% con 2 y 3 hijos, un 12.5% con un solo hijo y 12.5% con 4 y 6 hijos (Véase fig. 10).

El 60% de las familias asintomáticas tenían 2 hijos, el 22.5% 3 hijos, el 7.5% tenían 4 y por último el 10% tenían un solo hijo (Véase fig.10).

#### 6.1.9 Edad del Paciente Identificado.

Los rangos de edad en los que se distribuyó el grupo de pacientes identificados (niños asmáticos) fueron de 3 a 11 años de edad, en donde el 37.5% tenía una edad de 3 a 4 años, el 32.5% tenía una edad de 5 a 6 años, el 15% tenía de 7 a 8 años, el 10% una edad de 9 a 10 años y un 5% una edad de 11 años (Véase fig.11).

#### 6.1.10 Sexo del Paciente Identificado.

Se obtuvo una muestra total de 40 niños, de los cuales 24 son varones y 16 son mujeres, lo que representa que en la muestra el 60% son varones y el 40% son mujeres (Véase fig. 12).

### 6.1.11 Lugar que ocupa el Paciente Identificado en el subsistema fraternal.

En esta variable sobresale un porcentaje de 35% de hijos mayores; un 22% ocupaba el lugar intermedio (sandwich); un 15% era el segundo de dos hermanos, otro 15% era el menor de 3 o más hermanos y por último el 12.5% eran hijos únicos (Véase fig. 13).

## 6.2 Análisis de Frecuencia en los instrumentos aplicados.

### 6.2.1 Cuestionario de Funcionamiento Familiar.

En la muestra de parejas del grupo de observación se advierte que el 60% de los sujetos obtuvieron puntajes de 127 a 168 . El 36.25% obtuvieron puntajes de 169 a 210 ; y el 3.75% restante de la muestra obtuvieron puntajes de 85 a 126, esto es, Funcionamiento Familiar Mediano. Asimismo se halló una media de 159.975, la desviación estándar de 21.435 y una varianza de 459.45.

En el grupo de comparación el 51.25% de los sujetos obtuvieron puntajes de 127 a 168 y el 48.75% obtuvieron puntajes de 169 a 210. De igual manera la media obtenida por este grupo fue de 169.288, la desviación estándar de 17.049 y una varianza de 290.66 .

Es importante anotar que a mayor puntaje en el cuestionario se considera una percepción de mayor Funcionamiento Familiar.

Como se podrá observar en ambos grupos la percepción que se tiene de la familia se encuentra entre puntajes altos de funcionamiento (para el grupo de observación el 96.25% y para el grupo de comparación el 100% respectivamente) (Véase fig. 14).

### 6.2.2 Escala de Satisfacción Marital.

En esta escala el 10% de la muestra del grupo de observación obtuvo un puntaje de 55 a 67 ; el 11.25% obtuvo un puntaje de 49 a 54; el 7.5% obtuvo puntajes de 43 a 48 ; otro 7.5% obtuvo puntajes de 37 a 42 ; un 30% más obtuvo puntajes de 31 a 36 y por último el 33.75% obtuvo puntajes de 24 a 30 . Asimismo se halló una media de 37.65, una desviación estándar de 11.048 y una varianza de 122.05.

En tanto que en el grupo de comparación el 6.25 de la muestra obtuvo puntajes de 55 a 60 ; el 7.5% obtuvo puntajes de 49 a 54 ; un 8.75% obtuvo puntajes de 43 a 48 ; un 15% obtuvo puntajes de 37 a 42 ;el 25% obtuvo puntajes de 31 a 36 y por último el 37.5% obtuvo puntajes de 24 a 30 . Por otro lado se obtuvo una media de 35.825, una desviación estándar de 9.310 y una varianza de 86.67.

Como se podrá advertir en ambas muestras más del 60% (observación 62.5%; comparación 63.75%) de los sujetos se encuentran en los rangos más bajos lo que indica un grado de satisfacción marital alta (Véase fig. 15).

### 6.2.3 Cuestionario de Evitación de Conflicto.

En el grupo de familias Psicosomáticas el 16.25% de los sujetos obtuvieron puntuaciones que van de 98 a 130 (Alta Evitación de Conflicto), en tanto que un 23.75% obtuvo puntajes de 74 a 97 (Mediana Evitación de Conflicto). Y por último, el 60% de esta muestra obtuvo puntajes de 49 a 73 (Baja Evitación de Conflicto).

La media obtenida fue de 55.51, la desviación estándar de 21.036 y la varianza fue de 442.51 .

Por otro lado, en el grupo de familias de comparación el 6.25% de la muestra obtuvo puntajes de 98 a 121 (Alta Evitación de Conflicto), un 22.55% obtuvo puntuaciones de 74 a 97 (Mediana Evitación de Conflicto) y el 71.25% obtuvo puntajes de 49 a 73 (Baja Evitación de Conflicto). En este grupo la media obtenida fue de 51.0, la desviación estándar fue de 16.151 y la varianza observada fue de 260.85 (Véase fig. 16).

### 6.3 Estadística Inferencial: Acercamiento a la validación de Hipótesis.

Con el fin de comprobar las hipótesis propuestas en el estudio se procedió a calcular las pruebas t de Student para dos muestras independientes a fin de valorar una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las muestras y análisis de varianza para poder contar con una decisión global única acerca de las diferencias significativas entre las medias. Para tal motivo se empleó el paquete estadístico SPSS/PC Versión 3.0 .

Se manejó como variable constante cada uno de los cuestionarios utilizados, confrontándose contra la variable grupo para conocer, de esta manera, sus efectos y validar o rechazar las hipótesis propuestas (Kerlinger, 1988; Levin, 1979; Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bente, 1975) (véanse tablas 1 y 2 ).

Tabla 1. Prueba T de Student.

Hipótesis Nula	Razón T Obtenida	Prob.	G.L.	Razón T Esperada	Resolución
HO 1	-3.041	0.05	158	1.960	Se rechaza.
HO 2	1.130	0.05	158	1.960	Se acepta.
HO 3	1.52	0.05	158	1.960	Se acepta.

Tabla 2. Prueba Análisis de Varianza.

Hipótesis Nula	Razón F Obtenida	Prob.	G.L.	Razón F Esperada	Resolución
HO 1	9.249	0.05	1/158	3.84	Se rechaza.
HO 2	1.277	0.05	1/158	3.84	Se acepta.
HO 3	2.316	0.05	1/158	3.84	Se acepta.

Al tener como resultado únicamente la existencia de las diferencias significativas mas no con exactitud la dirección de estas diferencias se optó por calcular el grado de asociación entre las variables a partir de un coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), para cada grupo (véase tablas 3 y 4 ).

Tabla 3. Correlación de Pearson grupo de observación.

Relación entre las variables	r Obtenida	r Esperada	Prob.	G.L.	Resolución
CFF Vs. ESM	-0.3597	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Neg.
CFF Vs. CEC	-0.4943	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Neg.
ESM Vs. CEC	0.7060	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Pos.

Tabla 4. Correlación de Pearson grupo de comparación.

Relación entre las variables	r Obtenida	r Esperada	Prob.	G.L.	Resolución
CFF Vs. ESM	-0.328	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Neg.
CFF Vs. CEC	-0.4609	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Neg.
ESM Vs. CEC	0.7453	0.2172	0.05	78	Corr. Sig. Pos.

# EDAD DE LOS CONYUGES

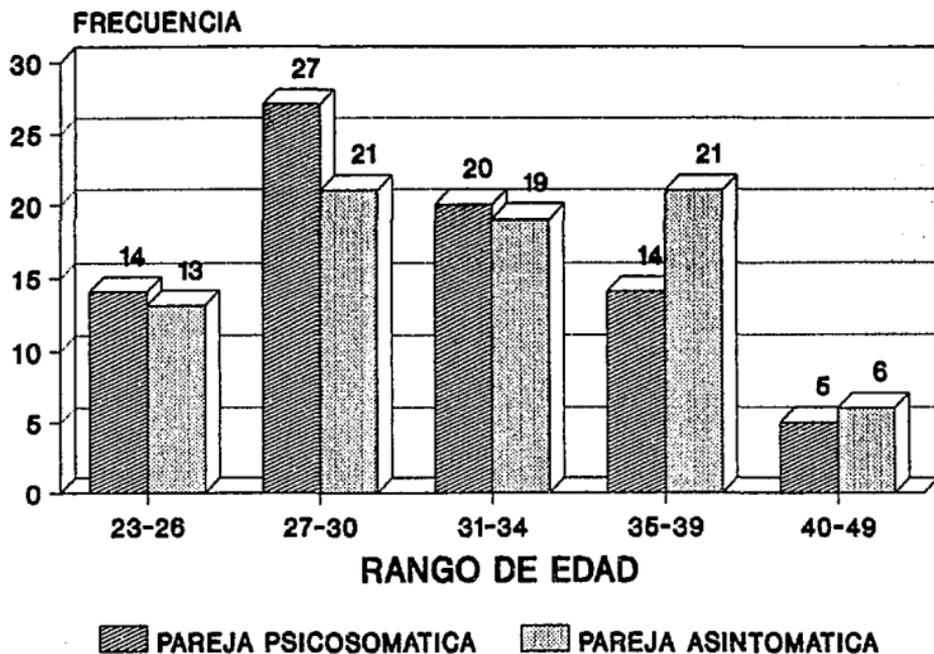


FIG. 8 FRECUENCIA DE EDAD POR GRUPO.

# DIFERENCIA DE EDAD

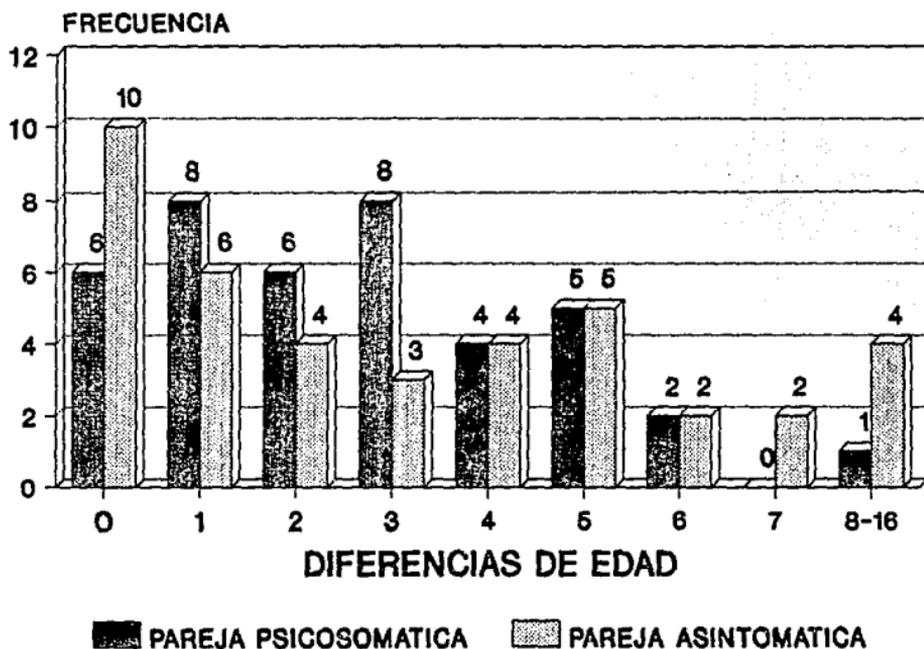


FIG. 4 DIFERENCIAS DE EDAD POR GRUPO.

# AÑOS DE UNION

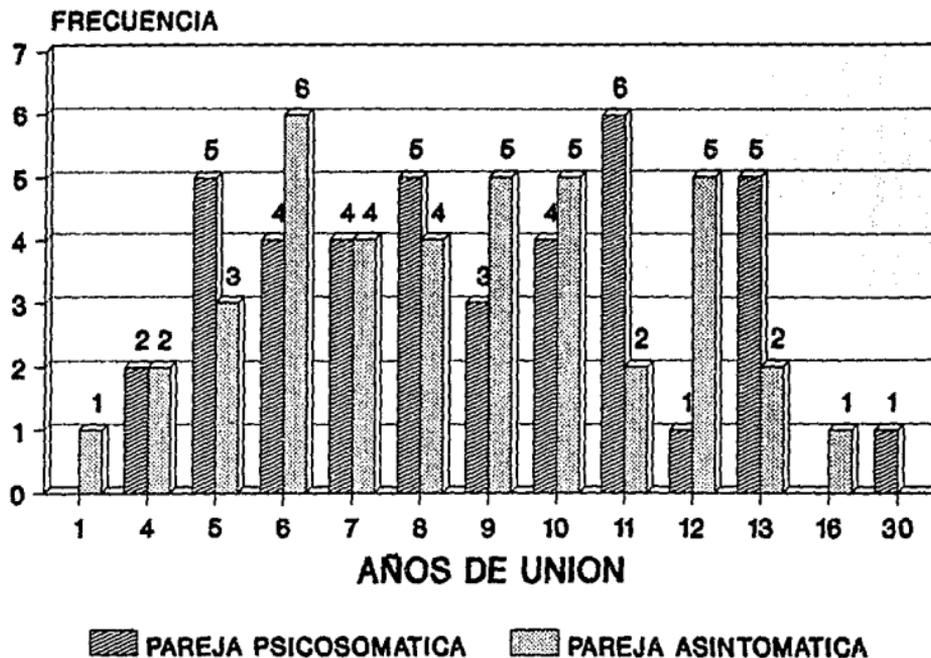


FIG. 6 AÑOS DE UNION POR GRUPO.

# ESTADO CIVIL

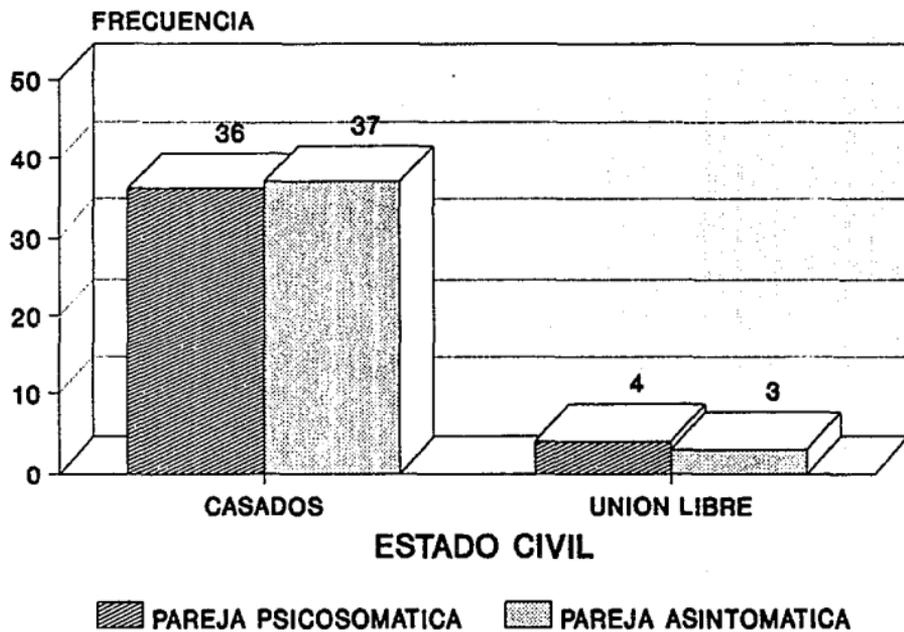
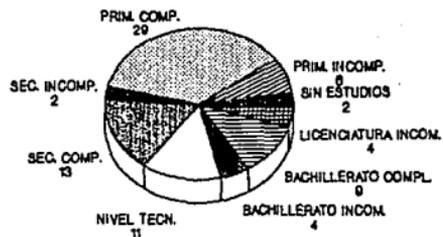
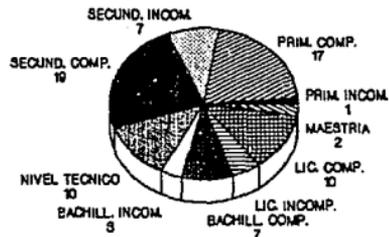


FIG. 6 ESTADO CIVIL POR GRUPO.

**ESCOLARIDAD  
FAMILIAS PSICOSOMATICAS.**



**ESCOLARIDAD  
FAMILIAS ASINTOMATICAS.**



**FIG. 7 ESCOLARIDAD POR GRUPO.**

### OCUPACION FAMILIAS PSICOSOMATICAS



### OCUPACION PAREJAS ASINTOMATICAS

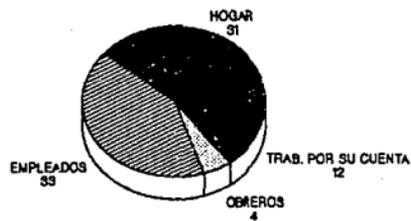


FIG. 8 OCUPACION POR GRUPO.

# CONSTITUCION FAMILIAR.

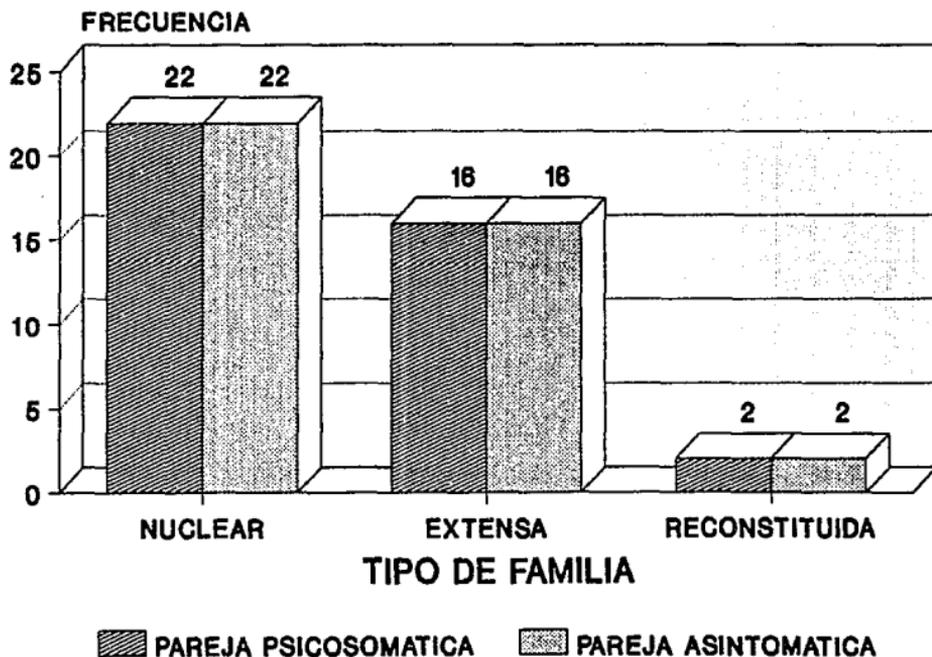


FIG. 9 CONSTITUCION FAMILIAR POR GRUPO.

# NUMERO DE HIJOS

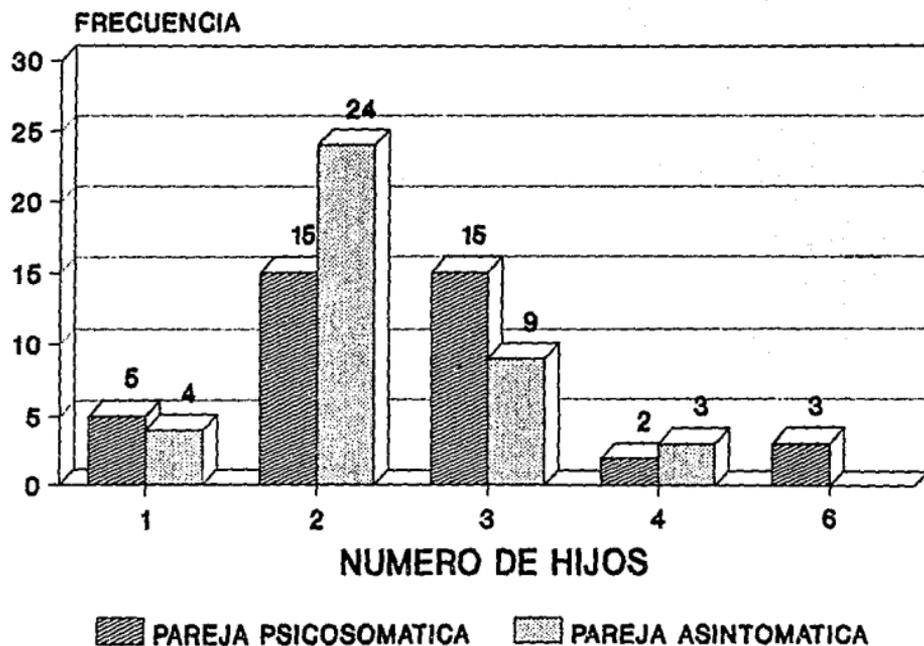


FIG. 10 NUMERO DE HIJOS POR GRUPO.

# PACIENTE IDENTIFICADO

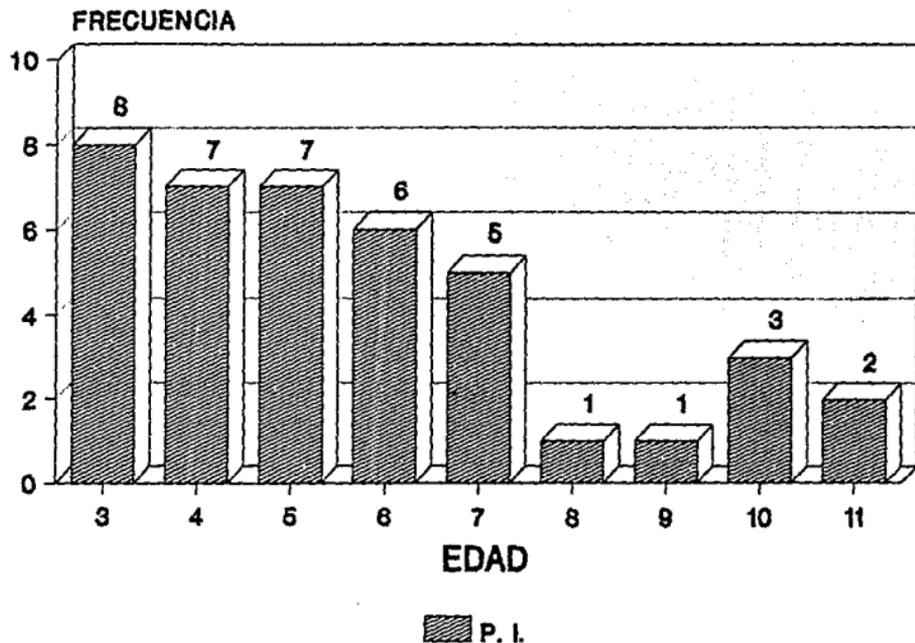


FIG. 11 EDAD DEL PACIENTE IDENTIFICADO.

## PACIENTE IDENTIFICADO

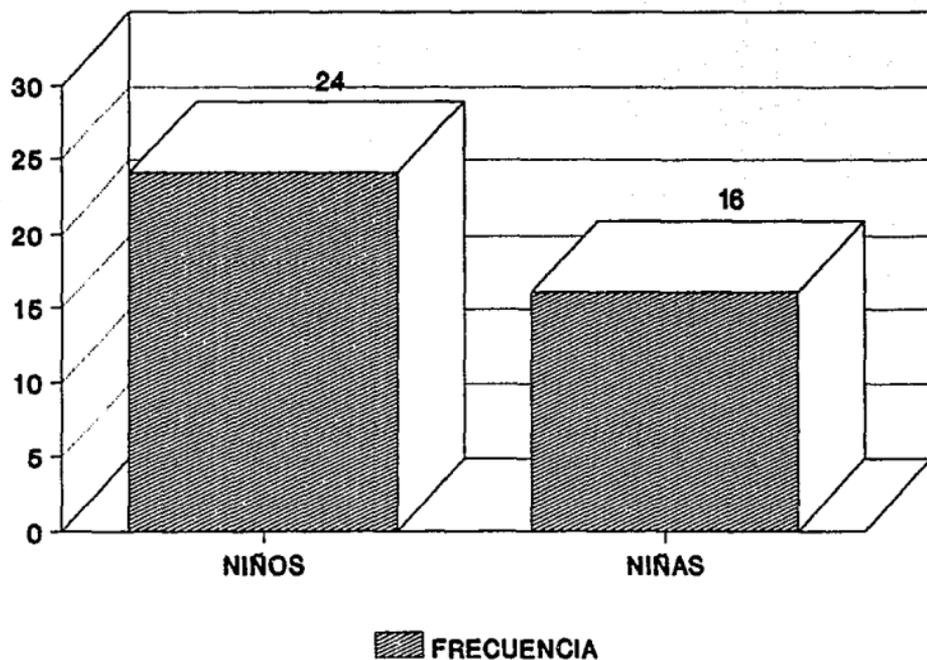


FIG. 12 SEXO DEL PACIENTE IDENTIFICADO.

# PACIENTE IDENTIFICADO

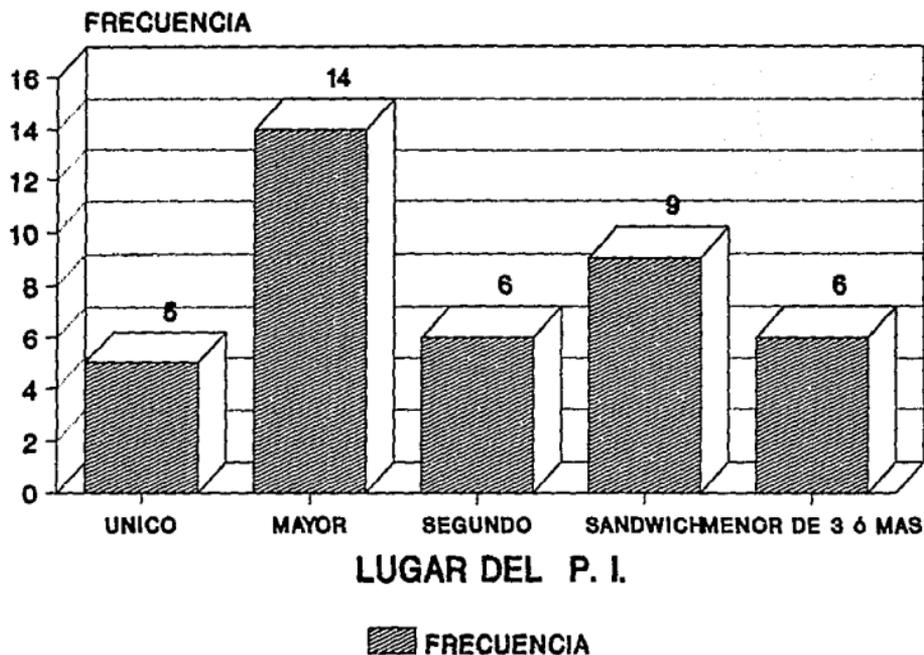


FIG. 18 LUGAR DEL PACIENTE IDENTIFICADO EN EL SUBSISTEMA FRATERNAL.

# FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

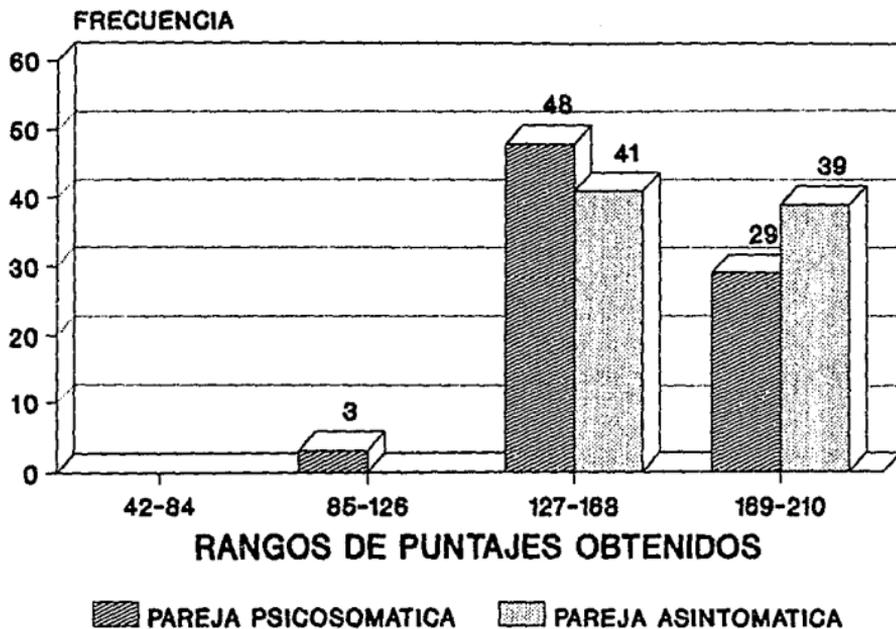


FIG. 14 PUNTAJES OBTENIDOS EN CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR GRUPO.

# SATISFACCION MARITAL

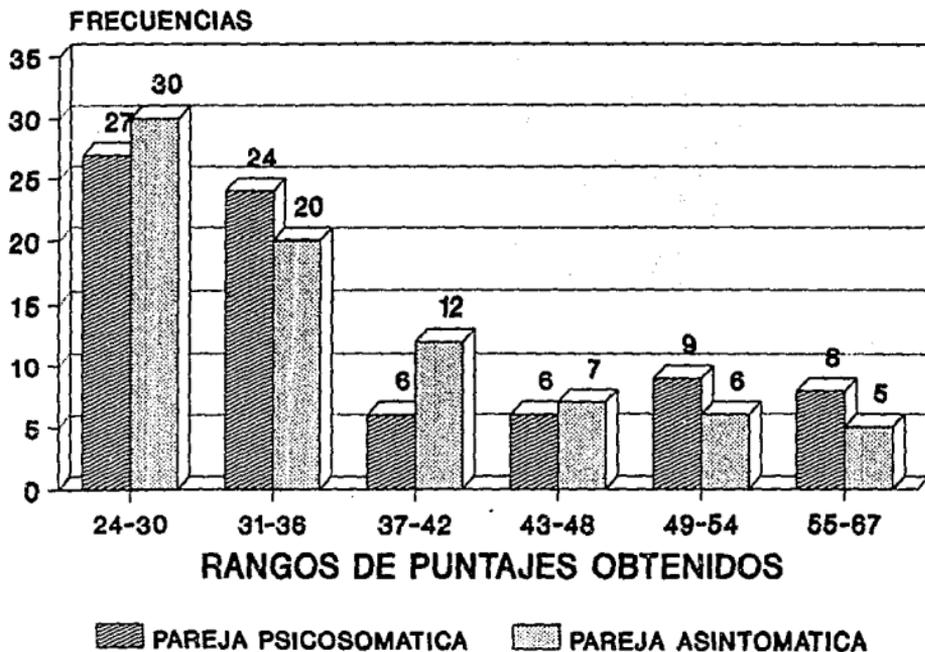


FIG. 15 PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE SATISFACCION MARITAL POR GRUPO.

# EVITACION DE CONFLICTO

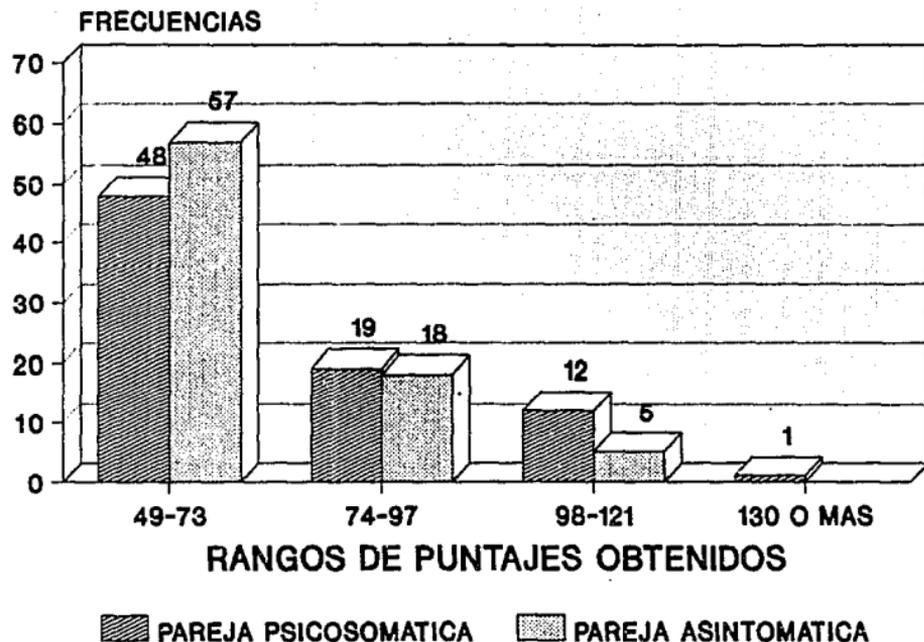


FIG. 16 PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE EVITACION DE CONFLICTO POR GRUPO.

## *CAPITULO VII*

### *DISCUSION*

El objetivo del presente capítulo es analizar los resultados obtenidos, basando las explicaciones en el marco teórico sustentado en la investigación.

En primer lugar se procederá a discutir los resultados obtenidos en la construcción del instrumento de evitación de conflicto, para posteriormente analizar las hipótesis de trabajo.

#### **Cuestionario de Evitación de Conflicto.**

Los patrones de conducta de la familia psicossomática han sido estudiados por Minuchin et al. (1978) en los Estados Unidos; quien describe cuatro características (amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación de conflicto) en el proceso familiar que fortalecen el síntoma psicossomático.

En 1984 Pardo M., realizó una investigación en donde estudió a familias psicossomáticas mexicanas, llegando a la conclusión de que la familia psicossomática mexicana se caracteriza por presentar altos niveles de evitación de conflicto, señalando que las características mencionadas por Minuchin podrían ser consideradas cualidades culturales en estas familias, de ahí que la evitación de

conflicto pueda considerarse una característica relevante que fortalece el síntoma psicossomático.

En el caso concreto de este estudio, a partir de la necesidad de contar con un instrumento que hiciera posible medir los diferentes niveles de evitación que presentan las parejas con un hijo psicossomático, se elaboró un Cuestionario de Evitación de conflicto, y así poder estudiar la relación que existe entre la evitación y la satisfacción marital y familiar y, consecuentemente, su influencia en el síntoma.

En el estudio realizado por Pardo (1984), se identificaron a partir de sus observaciones una serie de conductas que caracterizan a la evitación de conflicto: señalar a alguien como responsable de sus problemas, cambiar de tema, distracciones e interrupciones, no tomar los problemas seriamente, negar o minimizar la existencia de problemas, no participar y amenazar dejar a la familia si se comienza a hablar de problemas.

En la presente investigación y en base a estas conductas, se elaboró el cuestionario piloto, el cual fue aplicado a los sujetos de análisis, los datos obtenidos fueron utilizados tanto para validar el instrumento como para la comprobación de hipótesis. Lo cual podría representar una limitación en el estudio, ya que al no poder contar con una nueva muestra de familias psicossomáticas para aplicar el cuestionario final, se optó por utilizar las respuestas que ya se tenían de los reactivos seleccionados, adecuándolos al nuevo orden de la estructura del cuestionario.

Se obtuvo la validez de construcción a través del análisis factorial, el cual permitió agrupar aquellas variables que conforman el instrumento en factores que están midiendo lo mismo.

El análisis factorial reportó 9 factores principales, seleccionando 5 de ellos, a partir de una rotación varimax (Nie et al., 1975), debido a que explicaban el mayor porcentaje de la varianza total del instrumento. Tales factores fueron definidos de acuerdo con el contenido de los reactivos que los componen: Factor I: Indiferencia, se refiere a la actitud de ignorar cualquier situación que implique la presencia de conflictos; Factor II: Culpar a otro, se refiere a la actitud de depositar en otro la responsabilidad de solucionar los problemas; Factor III: Confrontación, alude a la actitud de asumir la responsabilidad conveniente y enfrentar los problemas; Factor IV: Abstención, se refiere a la actitud de negarse a participar en la solución de los problemas; Factor V: Minimizar el problema, alude a la actitud de dar poca importancia al problema.

Por tal motivo, en el presente trabajo se proponen estos factores como componentes que configuran la baja tolerancia al conflicto.

Basado en un interés de los investigadores, se procedió a llevar a cabo un análisis estadístico de los resultados obtenidos en el cuestionario de evitación de conflicto, aún cuando esto no era un objetivo de la investigación.

Al llevar a cabo el análisis en cada grupo, a través de una prueba t de Student con un nivel  $\alpha = 0.05$ , se encontró que existían

significativas entre los miembros de las parejas del grupo de familias psicosomáticas en los factores I y V.

-Se observó la existencia de una diferencia significativa en el factor I: Indiferencia. En este factor las mujeres reportan una actitud de mayor indiferencia que los hombres ( $\bar{x}=29.85$  vs.  $\bar{x}=23.67$ ).

En el factor V, minimizar el problema, se encontró una diferencia significativa por parte de las mujeres quienes presentan una actitud de mayor minimización del problema que los hombres ( $\bar{x}=7.75$  vs.  $\bar{x}=6.02$ ).

Las mujeres y los hombres de este grupo no presentaron una diferencia estadísticamente significativa en los factores II, III y IV.

En tanto que en el grupo de contrastación no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en los puntajes para cada factor.

Por último, se calculó un coeficiente de correlación de Pearson (r) para observar el grado de asociación que presentaron los factores en cada grupo, encontrándose las siguientes relaciones:

Grupo de familias psicosomáticas:

1. Se obtuvo un coeficiente r de .6743, lo que señala una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor II.
2. Se obtuvo un coeficiente r de .6221, lo que indica una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor III.

3. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .6408, lo que denota una correlación moderada positiva entre el factor II y el factor IV.

4. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .5384, lo que señala una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor V.

5. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .5047, lo que indica una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor IV.

6. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .4064, lo que señala una correlación moderada positiva entre el factor II y el factor III.

7. Se obtuvieron coeficientes de correlación débiles pero positivas en los demás factores.

Grupo de familias asintomáticas:

1. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .7214, lo que denota una correlación positiva moderadamente fuerte entre el factor I y el factor II.

2. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .4644, lo que indica una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor V.

3. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de .4621, lo que señala una correlación moderada positiva entre el factor I y el factor III.

4. Como en el caso de las familias psicósomáticas, se obtuvieron correlaciones débiles y positivas en las demás combinaciones de los factores.

Observando lo anterior, se puede concluir que:

- Existe una correlación moderada y positiva entre el factor I y los factores II, III, IV y V, por lo que se podría esperar que

a mayor indiferencia mayor culpabilización de otro, mayor abstención, mayor minimización del problema y, en el caso de la confrontación, que esta sea menor.\*\*

- Existe una correlación moderada y positiva entre el factor II y los factores III y IV, por lo que se podría esperar que entre más se culpe a otro, mayor abstención y mayores puntajes en el factor de confrontación.

- Si aumenta la indiferencia, se aumentará la actitud de culpar a otro, se confrontará menos, se abstendrá en participar en la solución de problemas y se minimizará más los problemas.

- Si aumenta la culpabilización a otro, se aumentará la actitud de negarse a participar en la solución de los problemas (abstención) y decrecerá la confrontación de problemas.

Por lo general los conflictos a los que se enfrentan el sistema familiar y/o subsistema conyugal son demandas de tipo extra o intrafamiliar; las cuales representan un reto y una oportunidad de crecimiento a partir del desarrollo de nuevas pautas interaccionales que permitan superar la condición conflictiva alcanzando un orden superior de organización. Sin embargo, esto no siempre resulta así, cuando los conflictos son percibidos como una amenaza a la estabilidad del sistema familiar, la presencia de pautas rígidas no permiten la evolución de nuevas posibilidades, por lo que la existencia de alguna situación conflictiva es negada o evitada.

\*\* Recordemos que el factor III, confrontación, se encuentra en términos desfavorables, es decir, que en lugar de medir a la evitación de conflicto de forma directa lo hace de manera inversa, puntajes altos en este factor, denotan menor confrontación.

Así, al no enfrentar sus conflictos, éstos continúan irresueltos y ocultos, en tanto que la tensión va en aumento hasta que se presentan las condiciones bajo las cuales el conflicto reaparece fortalecido o disimulado en otro problema.

Investigaciones al respecto han encontrado como patrón común el involucramiento del hijo en la solución del conflicto marital (Minuchin et al., 1978; Pardo, 1984).

Dentro de este contexto familiar, el niño ahora sintomático es involucrado en el conflicto de los padres a partir de una triangulación o coalición padre-hijo o desviación.

De esta manera, las preocupaciones como padres absorben a la pareja en tal medida que las señales de enfrentamiento marital o aún diferencias menores son suprimidas o ignoradas.

#### **Análisis de las hipótesis.**

El análisis de las hipótesis comprende dos partes: primero se realiza una exposición de la toma de decisiones para cada caso; y segundo una explicación de lo que esto implica de acuerdo a los objetivos de la investigación.

H01. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las familias psicósomáticas y asintomáticas en el Cuestionario de Funcionamiento Familiar.

Se rechaza la hipótesis nula, se advierte que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes

obtenidos por las familias psicossomáticas y las asintomáticas ( $\bar{x}=159.975$  vs.  $\bar{x}=169.288$ ). De lo cual se desprende que las familias asintomáticas reportan una percepción de funcionalidad familiar mayor a diferencia de las familias psicossomáticas.

H02. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las familias psicossomáticas y asintomáticas en la Escala de Satisfacción Marital.

Es importante señalar que los puntajes altos en este instrumento denotan insatisfacción marital, es decir, a mayor satisfacción puntajes bajos, a mayor insatisfacción puntajes altos.

Se acepta la hipótesis nula, se observa que no existe indicio de alguna diferencia estadísticamente significativa entre las medias obtenidas por los grupos de estudio en la Escala de Satisfacción Marital ( $\bar{x}= 37.65$  vs.  $\bar{x}=35.825$ ).

H03. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por las familias psicossomáticas y asintomáticas en el Cuestionario de Evitación de Conflicto.

Se acepta la hipótesis nula, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios obtenidos en el Cuestionario de Evitación de Conflicto entre las familias psicossomáticas y las familias asintomáticas ( $\bar{x}= 65.7$  vs.  $\bar{x}=60.0$ ).

A fin de poder contar con una decisión global única (Levin, 1979) acerca de si existe una diferencia significativa entre las dos medias muestrales disminuyendo de alguna forma el error alpha (rechazar  $H_0$  cuando debe ser aceptada), se puso en práctica el análisis de varianza, encontrando los siguientes resultados:

HO1. Se rechaza la hipótesis nula, y aceptamos la hipótesis de investigación, particularmente, podemos concluir que las familias psicósomáticas y las asintomáticas difieren respecto a la percepción que se tiene acerca de su funcionamiento.

HO2. Se acepta la hipótesis nula, se puede atribuir la diferencia entre las medias muestrales, sobre la Escala de Satisfacción Marital, a un error de muestreo más que a una diferencia real en las dos poblaciones de estudio.

HO3. Se acepta la hipótesis nula, no existe una diferencia significativa entre los promedios muestrales, obtenidos en el Cuestionario de Evitación de Conflicto, por parte de los dos grupos de familias estudiados. Las diferencias en las medias observadas pueden ser atribuidas a un error de muestreo.

Con el objetivo de conocer el grado de asociación que presentaron las variables estudiadas, se calculó un coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) observándose las siguientes relaciones:

1. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de  $-0.359$  para la condición I de análisis (familias psicósomáticas) y un coeficiente  $r$  de  $-0.328$  para la condición II de análisis (familia asintomática), los cuales señalan una correlación negativa débil entre las variables Funcionamiento Familiar y Insatisfacción Marital.

2. Se obtuvo un coeficiente  $r$  de  $-0.494$  para la condición I de análisis y un coeficiente  $r$  de  $-0.4609$  para la condición II, lo que indica, también, una correlación negativa pero moderada entre las variables Funcionamiento Familiar y Evitación de Conflicto.

3. Se obtuvo un coeficiente  $r = 0.7060$  para la condición I de análisis y un coeficiente  $r$  de  $0.7453$ , lo que denota la existencia de una correlación positiva moderadamente fuerte entre las variables de Insatisfacción Marital y Evitación de Conflicto.

Examinando lo anterior, se puede considerar que en el desarrollo de la vida conyugal y familiar, el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente.

Con el nacimiento de los hijos se inicia un cambio radical en la organización familiar, la pareja requiere de una evaluación y modificación de las pautas familiares que le permiten tener acceso a los hijos como padres y que puedan excluir a éstos de las relaciones conyugales. Lo cual implica un sacrificio de la relación conyugal a cambio del bienestar de la familia, poniendo en evidencia algunos aspectos de su vida de pareja, tales como el bienestar y la satisfacción marital, áreas de conflictos, etc.

En el caso concreto de este estudio, se observa en ambos grupos de familias que los niveles de satisfacción marital y evitación de conflicto fueron semejantes, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Este hallazgo se puede explicar en parte por las características que como familias comparten ambos grupos: misma etapa del ciclo vital familiar (familias con hijos pequeños), similar número de hijos, semejante nivel socioeconómico (clase media baja) y misma cultura.

En ambos grupos la satisfacción en su relación de pareja puede vincularse probablemente con el hecho de que en esta etapa del

ciclo vital tiene que ver más con sus obligaciones de padres, que en detenerse a considerar la calidad de su relación, lo que los lleva a percibir la satisfacción en términos de los roles asumidos y las tareas necesarias para el bienestar de la familia.

De igual manera, en relación a la evitación de conflictos, no se encontró una evidencia estadísticamente significativa, lo cual podría llevar a considerar que en ambas familias la presencia de desviación de conflictos es similar.

Por último, la percepción que se tiene de sus relaciones familiares (bienestar) es alta, siendo esta percepción mayor en las familias asintomáticas.

Por otra parte, a partir del análisis del grado de asociación de las variables estudiadas se puede concluir que:

- Existe una correlación negativa débil entre las variables de Funcionamiento Familiar y Satisfacción Marital, por lo que se podría esperar que en la medida en que se presente mayor funcionamiento (bienestar) familiar habrá menor insatisfacción marital.

- Existe una correlación negativa moderada entre las variables de Funcionamiento Familiar y Evitación de conflicto, por lo que se podría esperar que a mayor funcionamiento menor evitación de conflicto.

- Existe una correlación positiva moderadamente fuerte entre las variables de Insatisfacción Marital (puntajes altos en la escala de satisfacción Marital) y evitación de conflicto, por lo

que se podría esperar que a mayor insatisfacción mayor evitación de conflicto y viceversa. Por lo tanto:

a) La satisfacción marital se mantendrá a través de un decremento de la desviación de conflicto.

b) Si aumenta la desviación de conflicto, se decrementa el bienestar familiar.

c) Si aumenta la insatisfacción marital se decrementa el bienestar familiar.

d) Si hay mayor insatisfacción y mayor evitación de conflicto se podría esperar que haya mayor exacerbación del síntoma. Desde este punto de vista la exacerbación del síntoma puede ser entendida como una condición bajo la cual un síntoma es detonado y mantenido a pesar de los intentos por controlarlo.

- La existencia de insatisfacción en alguna de las áreas de la relación de pareja posibilita un conflicto, que al mantenerse oculto fortalece la reaparición y mantenimiento del síntoma (exacerbación) en alguno de los miembros de la familia, aceptándose la última hipótesis de trabajo.

Contemplando lo anterior se procedió a realizar un análisis intragrupo para cada muestra, con el fin de observar si se encontraba una diferencia estadísticamente significativa entre los integrantes de la pareja (entre mujeres y hombres), respecto a cada uno de los instrumentos aplicados.

Al realizar el estudio en cada grupo, se encontró que existían diferencias significativas entre los miembros de las parejas del

grupo de observación (psicosomáticos), en tanto, que en el grupo de contrastación no se encontró ninguna diferencia significativa.

Se observó la existencia de una diferencia significativa entre la percepción del Funcionamiento Familiar reportada por las mujeres y la reportada por los hombres en el grupo de observación. En este rubro, los hombres reportan una percepción de mayor funcionamiento que las mujeres ( $\bar{x}=165.475$  vs.  $\bar{x}=154.475$ ) (Véase la tabla 5).

En la escala de Satisfacción Marital se encontró una diferencia significativa por parte de las mujeres, quienes presentan más insatisfacción en su relación de pareja que los hombres ( $\bar{x}= 40.90$  vs.  $\bar{x}= 34.44$ ) (Véase la tabla 5).

Los resultados obtenidos en la Escala de Satisfacción Marital concuerdan con otros estudios, en donde se ha encontrado que los hombres tienden a estar más satisfechos que las mujeres en su relación y que la satisfacción decrece con el tiempo (Andrade, Pick y Díaz, 1988; Pick y Andrade, 1988, Rivera, Díaz y Flores, 1988).

Por otro lado, se observó una diferencia en el cuestionario de Evitación de Conflicto en donde las mujeres demostraron más evitación de conflicto que los hombres ( $\bar{x}= 60.27$  vs.  $\bar{x}= 50.75$ ) (Véase la tabla 5).

Tabla 5. Diferencias entre las medias (T de student).

Hipótesis de las $\bar{x}$	Razón T Obtenida	Prob.	G.L.	Razón T Esperada	Resolución
Iguals	-2.36	0.05	78	2.00	Se rechaza
Iguals	2.74	0.05	78	2.00	Se rechaza
Iguals	2.07	0.05	78	2.00	Se rechaza

No obstante que estos resultados parecen indicar, desde un punto de vista lineal (causa-efecto), que la mujer pudiese ser un elemento que contribuye a la formación de un hijo sintomático, no explican por sí solos el entendimiento de este problema. Desde el modelo sistémico, que presupone una causalidad circular, el síntoma manifestado por el paciente no es un efecto pasivo de la disfunción del sistema interpersonal en el cual aparece, sino que adquiere un significado de comunicación, jugando un papel muy activo en el mantenimiento de la homeostasis de las características disfuncionales del sistema. Por lo que la diferencia encontrada entre los hombres y mujeres del grupo psicósomático evidencia el hecho de que es importante considerar el contexto en el cual se presenta el síntoma.

De esta manera al realizar un estudio hacia dentro de los grupos (análisis intragrupal) se puede notar una diferencia entre los dos conjuntos de parejas. Dicha diferencia radica en que al parecer los miembros de las parejas (esposo-esposa) del grupo de contrastación tienen percepciones similares de su situación familiar, en tanto, que en el grupo de observación las percepciones de los miembros de la pareja son diferentes, por ejemplo los hombres reportan mayor funcionamiento (bienestar) familiar, mayor satisfacción marital y menor evitación de conflictos que las mujeres. De ahí que se pueda establecer la existencia de una diferencia entre estos dos grupos de familias.

Con fundamento en estos hallazgos se puede plantear lo siguiente:

- A lo largo del desarrollo de la vida familiar, la pareja enfrenta una serie de crisis que les requiere un "sacrificio" de su relación en pro del sistema total: la familia.

- Este hecho evidencia la necesidad de una habilidad de negociación por parte de la pareja, que le permita continuar su desarrollo familiar, es decir, la pareja tiene que ceder parte de su identidad para contribuir al desarrollo familiar.

- Se pone en evidencia también que ante la imposibilidad de enfrentar y negociar estas crisis, la pareja tenga que recurrir a la asignación de un miembro de la familia como equilibrador de la ruptura intersubstema.

- Se observan dos grupos de familias que poseen morfologías únicas, pero, aunque desarrollan patrones similares, reglas, etc., su estructura se manifiesta como única y distinta.

- A pesar de las diferencias entre familia y familia, ellas alcanzan y cumplen más o menos las mismas etapas en general, aunque con estrategias diferentes.

- Por lo que se apoya el principio de equifinalidad: un mismo resultado no necesariamente significa los mismos orígenes, es decir, diferentes patrones interaccionales conducen a efectuar más o menos las mismas etapas de desarrollo.

## *CAPITULO VIII*

### *CONCLUSIONES*

El estudio de los conflictos maritales y de su relación con la exacerbación de un síntoma, desde una postura estructural sistémica de las familias, nos permite plantear las siguientes conclusiones:

- La familia es un sistema abierto en la medida en que se encuentra en un intercambio continuo de información y de energía con su ambiente. El proceso de retroalimentación permite a la familia regular este flujo e intercambio.

- El éxito adaptativo de las familias es alcanzado cuando se procesa la información y energía de tal forma que pueda mantenerse un estado relativamente constante de actividad (homeostasis), en donde toda desviación de las normas permitidas en la familia son reducidas.

- Las crisis o situaciones conflictivas representan tanto para el individuo como para la familia un reto y una oportunidad de crecimiento.

- Cuando los conflictos son percibidos como una amenaza a la armonía familiar, el sistema se rigidiza buscando reducir la desviación de las conductas aceptadas en ella, lo que representa un gasto de energía para el sistema en busca de la estabilidad.

- La evitación de conflictos, o también denominada desviación, representa para la familia un mecanismo que le permite reducir la

tensión y estabilizar al sistema cuando éste se enfrenta a una crisis (conflicto) producto del intercambio continuo de información con su ambiente.

- La evitación de conflictos permite una "tregua" al desarrollo familiar dando un respiro (reposo) a su tarea de crecimiento y permitiendo que la familia desarrolle nuevas pautas interaccionales. Sin embargo, cuando esta "tregua" se prolonga, la tensión generada va en aumento hasta que se presentan las condiciones bajo las cuales el conflicto reaparece fortalecido o disimulado en otro problema. Es precisamente en esta última condición cuando un síntoma es involucrado y definido como el único problema que aqueja a la familia.

- De acuerdo a los hallazgos de la presente investigación, la evitación o baja tolerancia al conflicto se encuentra configurada por 5 factores: Factor I: Indiferencia, se refiere a la actitud de ignorar cualquier situación que implique la presencia de conflictos; Factor II: Culpar a otro, se refiere a la actitud de depositar en otro la responsabilidad de solucionar los problemas; Factor III: Confrontación, alude a la actitud de asumir la responsabilidad conveniente y enfrentar los problemas; Factor IV: Abstención, se refiere a la actitud de negarse a participar en la solución de los problemas y Factor V: Minimizar el problema, alude a la actitud de dar poca importancia al problema.

- La evitación de conflicto guarda una correlación positiva moderadamente fuerte con la insatisfacción marital y una

correlación negativa moderada con el funcionamiento familiar, de lo que se puede desprender lo siguiente.

- La satisfacción marital se mantendrá a través de un decremento de la desviación de conflicto.

- Si aumenta la desviación de conflicto, se decrementa el bienestar familiar.

- Si aumenta la insatisfacción marital se decrementa el bienestar familiar.

- Si hay mayor insatisfacción y mayor evitación de conflicto se podría esperar que haya mayor exacerbación del síntoma.

- La existencia de insatisfacción en alguna de las áreas de la relación de pareja posibilita un conflicto que al mantenerse oculto fortalece la reaparición y mantenimiento del síntoma (exacerbación) en alguno de los miembros de la familia.

Por tal razón se puede considerar que la existencia de insatisfacción en alguna de las áreas de la relación de pareja, posibilita un conflicto que, al mantenerse oculto, fortalece la reaparición y mantenimiento del síntoma (uso del síntoma como solución del conflicto) en alguno de los miembros de la familia, lo que hace probable que esta área insatisfecha sea ignorada y se centre la atención en el "síntoma", lo cual facilita que ahora las dificultades se presenten en términos de la función parental. El síntoma ahora se ve investido como un elemento que equilibra y mantiene la unión familiar.

Retomando lo anterior el síntoma y su persistencia pueden ser considerados como resultado de las relaciones en el contexto

familiar y no como único producto de las experiencias personales del individuo.

Por lo que en el manejo del asma infantil el considerar a la familia, no como agente causante sino como contexto en el cual el síntoma mantiene y regula la unión familiar, resultaría importante para el éxito del tratamiento. Desde luego, no se niega la relación de los factores alérgicos, infecciosos y ambientales en la aparición de esta enfermedad pero se destaca la importancia que tiene el factor psicológico en la exacerbación del síntoma.

Por lo tanto los objetivos planteados en la presente investigación, estudiar la dinámica que se da dentro de las familias psicósomáticas y asintomáticas en la resolución de sus conflictos y describir cómo el síntoma en el hijo es un elemento emergente para el equilibrio de la pareja y de la familia, fueron alcanzados.

Es necesario señalar que las conclusiones llevadas a cabo no son de ningún modo definitivas dadas las limitaciones del estudio: La muestra utilizada fue de tipo incidental y ex-post-facto por lo que no se pudo mantener un control sobre las variables independientes del estudio.

Las observaciones realizadas fueron hechas en familias que se encontraban en la misma etapa del ciclo de vida familiar (Familias con hijos pequeños), y que estaban situadas más o menos en el mismo nivel socioeconómico (clase media-baja) Por lo que no se pueden generalizar las conclusiones a familias en otra etapa del ciclo de vida y nivel socioeconómico.

En cuanto al instrumento elaborado (cuestionario de evitación de conflicto) se obtuvieron una validez y confiabilidad altas, sin embargo, al no disponer de una segunda muestra de aplicación el estudio tuvo que ser piloto y terminal.

De ahí que las conclusiones derivadas de esta investigación se circunscriban únicamente a las muestras de este estudio.

No obstante las limitaciones anteriormente mencionadas, es importante destacar que esta investigación sobresale por proporcionar información acerca del aspecto psicológico del asma infantil, del conflicto marital, su relación con la exacerbación y mantenimiento del síntoma, así como de la evidencia de que la evitación de conflicto no es un mecanismo patológico per se, sino que contribuye a mantener la homeostasis familiar dando un respiro a la familia y/o pareja en su tarea de crecimiento. Sin embargo, cuando la evitación se vuelve una pauta rígida resulta contraproducente para el sistema familiar.

Asimismo se corroboró que el síntoma tiene una función dentro del sistema, sea esta de homeostasis o de comunicación, por lo que se apoyan los resultados de investigaciones realizadas por Salvador Minuchin et al. (1978) y Martha Pardo (1984).

Por otro lado, es importante resaltar que en el tratamiento del asma infantil, el tomar en consideración el contexto en donde tiene lugar el síntoma y la función que éste desempeña en aquél pudiera permitir una mayor comprensión del problema y un mejor tratamiento del mismo.

Se sugiere llevar a cabo investigaciones sobre el estudio del conflicto marital en donde se consideren distintas etapas del ciclo de vida de la familia, así como estudios comparativos con diferentes problemas psicosomáticos.

Por otra parte, se sugiere llevar a cabo investigaciones en el estudio de la familia, la relación de pareja, la satisfacción marital y la evitación de conflicto, desde una perspectiva sistémica.

Se sugiere también la elaboración de programas encaminados a la conformación de un cuerpo multidisciplinario dirigido al tratamiento del asma infantil y otros padecimientos psicosomáticos, en donde se considere a las familias de los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M. (1977). Terapia familiar. México: Paidós.
- Andrade, P., Pick, S. y Díaz-Loving, R. (1988). Indicadores de la satisfacción marital. En: La psicología social en México. Vol.2, México: AMEPSO.
- Atri, R. (1987). Confiabilidad y validez del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. Tesis de Maestría. México: UDLA.
- Bornstein, P. y Bornstein, M. (1988). Terapia de pareja: enfoque conductual-sistémico. Madrid: Pirámide.
- Bustos, G. y Bracamonte, F. (1987). El niño asmático (5ª ed.). Buenos Aires: Galerna.
- Estrada, L. (1988). El ciclo vital de la familia (2ª ed.). México: Posada.
- Falcón, A. (1981). Introducción al análisis interaccional de la familia. Tesis de Licenciatura en Comunicación. México: UIA.
- Framo, J.L. (1985). Matrimonio y terapia marital. En: Andolfi, M. y Zwerling I. (eds.). Dimensiones de la terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- García, H., Callejas, E. y Romero, A. (1990). Relación entre la contaminación atmosférica y la presencia de crisis asmática en la población infantil del área metropolitana, dentro del I.N.P. México: Instituto Nacional de Pediatría. (Monografía).
- Gila A. y Martín, M. (1991). El niño asmático. Barcelona: Martínez Roca.
- Haley, J. (1980). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. México: FCE.
- Jackson, D.D. y Yalom, I. (1986). Family research on the problem of ulcerative colitis. En: Onnis, L., Tortolani, D. y Cancrini, L. Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process. (25), pp. 107-122.
- Kerlinger, F.N. (1983). Investigación del comportamiento. México: Interamericana.

- Lemaire, J. (1986). La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura. México: FCE.
- Lewis, J. (1988). The transition to parenthood: II. Stability and change in marital structure. En Family Process, (27), pp. 173-284.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social (2ª ed.). México: Harla.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. y Terry, D. (1988). The intrafamiliar en environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. En: Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. Vocabulario de terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.
- Macías, R. (1981). El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica. En: Primer simposium sobre la dinámica y la psicoterapia de la familia. México: IFAC.
- Martin, P. (1976). Manual de terapia de pareja. Buenos Aires: México.
- Minuchin, S. (1979). Familia y terapia familiar. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., Baker, L. y Rosman, B. (1986). A conceptual model of psychosomatic illness in children. En: Onnis, L., Tortolani, D. y Cancrini, L. Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process. (25), pp. 107-122.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Cambridge: Harvard University Press.
- Nadelsticher, A. (1983). Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Nie, N., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K. y Bente, D.H. (1975). Statistical Package for the Social Sciences (2ª ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Nouilhan, P. y Datau, G. (1985). El niño asmático. Barcelona: Herder.
- Nunnally, J. (1987). Teoría psicométrica. México: Trillas.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Barcelona: Paidós.

Onnis, L., Tortolani, D. y Cancrini, L. (1986). Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. En: Family Process. (25), pp. 107-122.

Pardo, M. (1984). A systems approach towards understanding mexican psychosomatic families. Tesis de Doctorado. Columbia Pacific University.

Peshkin, M. y Friedman, I. (1986). Residential asthma treatment center in the United States and problems in relation to them. En Onnis, L., Tortolani, D. y Cancrini, L. Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process. (25), pp. 107-122.

Pick, s. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la escala de satisfacción marital. En: Psiquiatría. Enero-abril. (4). México: Psiquiatría.

Rivera, S., Díaz, R. y Flores, M. (1988). La distancia entre el querer (ideal) y el tener (real) como predictor de la satisfacción con la relación de pareja. En: Psicología social en México. Vol.II. México: AMEPSO.

Sager, C. (1976). Contrato matrimonial y terapia de pareja. Buenos Aires: Amorrortu.

Selvini-Palazzoli, M. (1986). Self-starvation. En: Onnis, L., Tortolani, D. y Cancrini, L. Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process. (25), pp. 107-122.

Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (1988). Vocabulario de terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.

Solorio, G. (1989). Etapas de la pareja: características, conflicto y manejo. En: Centro de Estudios Sociales y Económicos de México. (eds.). Manejo de conflictos familiares: Diferentes técnicas terapéuticas. México: CES y EM.

Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Buenos Aires: Amorrortu.

Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1987). Teoría de la comunicación humana (6ª ed.). Barcelona: Herder.

**\*\* A N E X O S \*\***

## CUESTIONARIO K.F.F.

Por favor lea cuidadosamente estas instrucciones antes de contestar.

A continuación se le presentan una serie de enunciados los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Marque con una "X" en número que mejor se adecúe a su respuesta, de acuerdo a la siguiente escala:

- ( 5 ) TOTALMENTE DE ACUERDO.
- ( 4 ) DE ACUERDO.
- ( 3 ) NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO.
- ( 2 ) EN DESACUERDO.
- ( 1 ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

1.Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2.Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
3.En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	1	2	3	4	5
4.En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
5.Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
6.En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
7.Me siento apoyado(a) por mi familia.	1	2	3	4	5
8.Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
9.En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
10.Si estoy enfermo mi familia me atiende.	1	2	3	4	5

## ANEXO 1

11. En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
12. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	1	2	3	4	5
13. Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
14. Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
15. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
16. Cuando me enojo con algún miembro de mi familia se lo digo.	1	2	3	4	5
17. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.	1	2	3	4	5
18. En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
19. Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
20. Me molesta que mi familia me cuente problemas.	1	2	3	4	5
21. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
22. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
23. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.	1	2	3	4	5
24. En mi casa cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
25. Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
26. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
27. En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5

28.Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
29.En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas.	1	2	3	4	5
30.Cuando se me presenta algún problema me paraliza.	1	2	3	4	5
31.Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5
32.En casa, mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
33.No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
34.En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas.	1	2	3	4	5
35.En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	1	2	3	4	5
36.En mi casa, logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37.En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	1	2	3	4	5
38.En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.	1	2	3	4	5
39.Si falla una decisión intentamos otra alternativa.	1	2	3	4	5
40.Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.	1	2	3	4	5
41.En mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos.	1	2	3	4	5
42.Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO E.S.M.

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera le gusta, o no, lo que está pasando.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste cada una de las preguntas en base a la siguiente lista de opciones:

ME GUSTA COMO ESTA PASANDO ( 1 )  
 ME GUSTARIA QUE PASARA ALGO DIFERENTE ( 2 )  
 ME GUSTARIA QUE PASARA MUY DIFERENTE ( 3 )

1.El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio.	1	2	3
2.La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito.	1	2	3
3.El grado al cual mi cónyuge me atiende.	1	2	3
4.La frecuencia con que mi cónyuge me abraza.	1	2	3
5.La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia.	1	2	3
6.La comunicación con mi cónyuge.	1	2	3
7.La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas.	1	2	3
8.La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales.	1	2	3
9.El tiempo que dedica a mí.	1	2	3
10.El interés que mi cónyuge pone en lo que yo hago.	1	2	3
11.La forma como se porta cuando está triste.	1	2	3
12.La forma como se comporta cuando está enojado.	1	2	3

## ANEXO 2

13.La forma como se comporta cuando está preocupado.	1	2	3
14.La forma como se comporta cuando está de mal humor.	1	2	3
15.La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales.	1	2	3
16.El tiempo que dedica a sí mismo.	1	2	3
17.La forma como se organiza mi cónyuge.	1	2	3
18.Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge.	1	2	3
19.La forma como pasa su tiempo libre.	1	2	3
20.La puntualidad de mi cónyuge.	1	2	3
21.El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud.	1	2	3
22.El tiempo que pasamos juntos.	1	2	3
23.La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas.	1	2	3
24.Las reglas que mi cónyuge hace para que sigan en casa.	1	2	3

## C . E . C .

El presente cuestionario tiene por objetivo evaluar los diferentes niveles de evitación de conflicto en familias con un niño sintomático. A fin de poder utilizarlo en la investigación de la Tesis de Licenciatura: "El Conflicto Marital como factor contribuyente del síntoma en un miembro de la familia".

Agradecemos su interés y veracidad en el presente cuestionario ya que su colaboración es valiosa para el estudio.

Instrucciones: Le rogamos que al contestar mantenga siempre presente la definición ofrecida, ya que es la que cada pregunta pretende medir.

Si de acuerdo a las definiciones proporcionadas de los diferentes mecanismos de evitación, considera que los reactivos se aproximan más a cada definición usted podrá tachar los puntajes más altos. De no ser así, los puntajes bajos denotarán poca o nula relación con la definición.

Enfatizamos que la Evitación del Conflicto se refiere a la actitud que asume la familia o la pareja, a partir de su baja tolerancia al conflicto, adoptando patrones que evaden desacuerdos o previenen la resolución del conflicto. Utilizando los siguientes mecanismos de evitación:

1. Señalar un culpable.
2. Cambios de tema.
3. No tomar los problemas seriamente.
4. Negar o minimizar la existencia de problemas.
5. No participación.
6. Amenazando dejar a la familia.

**1. SEÑALAR UN CULPABLE:** Se refiere a la actitud de atribuir a alguien la responsabilidad de los problemas de la pareja o de la familia.

1. Desde la enfermedad de mi hijo, en casa nos encontramos desesperados.	0	25	50	75	100
2. Mi esposo(a) no muestra interés en resolver nuestros problemas.	0	25	50	75	100
3.La situación en la casa no marcha bien porque mi esposo(a) no colabora.	0	25	50	75	100
4.La enfermedad de mi hijo me demanda mucho esfuerzo.	0	25	50	75	100
5.A pesar de la enfermedad de mi hijo la familia se mantiene unida.	0	25	50	75	100
6.La enfermedad de mi hijo dificulta algunas tareas en la casa.	0	25	50	75	100
7.Mi hijo está enfermo porque es el más débil de nosotros.	0	25	50	75	100
8.No recibo apoyo por parte de mi esposo(a) en el cuidado de los niños.	0	25	50	75	100
9.Mi hijo es muy sensible a los cambios de temperatura.	0	25	50	75	100
10.Tanto la familia de mi esposo(a) como la mía, no nos ayudan.	0	25	50	75	100

11.Me disgusta que me dejen solo(a) en el cuidado de los niños.	0	25	50	75	100
12.La enfermedad de mi hijo es consecuencia de un inadecuado tratamiento médico.	0	25	50	75	100
13.La familia de mi esposo(a) se entromete en nuestros problemas.	0	25	50	75	100
14.La enfermedad de mi hijo afecta nuestra relación de pareja.	0	25	50	75	100
15.Mi hijo no colabora en su cuidado, por lo tanto no sana.	0	25	50	75	100
16.Me desespera la pasividad de mi pareja.	0	25	50	75	100
17.Con la enfermedad de mi hijo, mi esposo(a) se ha alejado de nosotros.	0	25	50	75	100

**2. CAMBIOS DE TEMA:** Se refiere a la actitud de desviar la comunicación de problemas, introduciendo un tema diferente al que se está tratando, o involucrando a una tercera persona en la discusión sin responsabilizarlo del problema.

1. Cuando trato de hablar de algún problema con mi esposo(a), él(ella) cambia de tema.	0	25	50	75	100
2. Cuando hablamos de problemas, mi esposo(a) comienza a hablar de mi familia.	0	25	50	75	100
3. Cuando comenzamos a discutir nuestros problemas, terminamos platicando de otra cosa.	0	25	50	75	100
4. Cuando mi esposo(a) no quiere hablar de problemas, cambio el tema.	0	25	50	75	100
5. Cuando trato de hablar del problema de mi hijo, mi esposo(a) platica de otras cosas.	0	25	50	75	100
6. Cuando mi esposo(a) y yo discutimos algún problema, interviene otra persona.	0	25	50	75	100
7. Cuando le pido a mi esposo(a) que me ayude con el cuidado de nuestro hijo, él(ella) habla de sus problemas.	0	25	50	75	100
8. Cuando mi esposo(a) y yo discutimos un problema, no llegamos a ningún acuerdo.	0	25	50	75	100
9. Cuando quiero hablar de problemas mi esposo(a) habla de cosas diferentes.	0	25	50	75	100
10. No puedo discutir problemas importantes con mi pareja, porque él (ella) los evade.	0	25	50	75	100

**3. NO TOMAR LOS PROBLEMAS SERIAMENTE:** Se refiere a la actitud que asume un miembro en el momento en que se discuten los problemas de la pareja o de la familia. Ya sea haciendo bromas o adoptando una actitud sarcástica e irónica.

1. Cuando hablo de problemas con mi esposo(a) él(ella) comienza a regañar a los niños.	0	25	50	75	100
2. Cuando hablo de algo que me molesta, mi esposo(a) se distrae.	0	25	50	75	100
3. Mi esposo(a) siempre exagera los problemas.	0	25	50	75	100
4. Cuando quiere hablar de dificultades con mi esposo(a), él (ella) me interrumpe y se va.	0	25	50	75	100
5. Mi esposo(a) ignora lo que yo pienso.	0	25	50	75	100
6. Cuando hablo con mi esposo(a) no puedo dejar de hacer las cosas que estoy haciendo.	0	25	50	75	100
7. Mi esposo(a) bromea tanto, que no sé cuando está hablando en serio y cuando en broma.	0	25	50	75	100
8. Mi esposo(a) hace bromas cuando quiere hablarle de algo que me molesta.	0	25	50	75	100
9. En mi familia existe un sentimiento de unión.	0	25	50	75	100
10. Mi esposo(a) nunca toma en serio nuestros problemas.	0	25	50	75	100
11. En casa, la mayoría se burla cuando alguien dice lo que siente.	0	25	50	75	100
12. Cuando hablamos de problemas mi esposo(a) empieza a hacer bromas.	0	25	50	75	100

**4. NEGAR O MINIMIZAR LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS:** Se refiere a la actitud de restar importancia a los problemas de la pareja o de la familia; menospreciándolos o negando su presencia en la dinámica familiar.

1. Mi pareja no deja de hablar del problema de nuestro hijo.	0	25	50	75	100
2. Mi pareja y yo estamos de acuerdo en que tenemos problemas.	0	25	50	75	100
3. En nuestra familia no existen los problemas.	0	25	50	75	100
4. En mi casa hay problemas, pero no son tan importantes como la enfermedad de mi hijo.	0	25	50	75	100
5. A mi familia le gusta la armonía, por lo que no hay problemas.	0	25	50	75	100
6. En nuestra familia hay algunos problemas pero no son importantes.	0	25	50	75	100
7. Mi esposo(a) habla de problemas que no existen.	0	25	50	75	100
8. El problema más importante al que nos enfrentamos en la enfermedad de mi hijo.	0	25	50	75	100
9. En nuestra familia todos los problemas son resueltos.	0	25	50	75	100
10. Mi esposo(a) toma decisiones exageradas.	0	25	50	75	100
11. En mi familia existe armonía.	0	25	50	75	100
12. Mi esposo(a) se preocupa demasiado de los problemas.	0	25	50	75	100
13. Mi pareja piensa que me ahogo en un vaso de agua.	0	25	50	75	100
14. Entre mi esposo(a) y yo no existen problemas.	0	25	50	75	100

**6. NO PARTICIPACION:** Se refiere a la actitud de negarse a participar en los conflictos y en la búsqueda de soluciones a los problemas.

1. Cuando mi esposo está de mal humor no hablo de problemas con él(ella).	0	25	50	75	100
2. A mí no me gusta participar en la solución de los problemas familiares.	0	25	50	75	100
3. Prefiero callarme cada vez que se discuten los problemas familiares.	0	25	50	75	100
4. A mi esposo(a) se le ocurre hablar de problemas cuando tengo cosas que hacer.	0	25	50	75	100
5. Cuando no tengo respuestas en una discusión, prefiero retirarme.	0	25	50	75	100
6. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	0	25	50	75	100
7. No es necesaria mi participación en la solución de problemas.	0	25	50	75	100
8. A mi esposo(a) no le gusta hablar de los problemas entre nosotros.	0	25	50	75	100
9. Para no tener problemas con mi esposo(a), prefiero no decirle lo que pienso.	0	25	50	75	100
10. En las discusiones generalmente me quedo hablando solo(a).	0	25	50	75	100
11. Cuando mi esposo(a) dice algo con lo que no estoy de acuerdo, prefiero callarme para no hacer más grande el problema.	0	25	50	75	100
12. Para no crear problemas prefiero no discutir.	0	25	50	75	100

13. Es obligación de mi esposo(a) solucionar nuestros problemas.	0	25	50	75	100
14. Mi esposo(a) no toma en serio mis opiniones, por lo que prefiero no discutir con él(ella).	0	25	50	75	100
15. Cuando trato de hablar de algo que me molesta, mi esposo(a) se sale.	0	25	50	75	100

**6. AMENAZANDO DEJAR A LA FAMILIA:** Se refiere a la actitud de disgustarse y/o alejarse con algún miembro de la familia si se comienza a hablar de problemas.

1.Me preocupa, que no me platiquen sus problemas en mi casa.	0	25	50	75	100
2.No puedo discutir problemas importantes con mi pareja.	0	25	50	75	100
3. Cuando discutimos nuestros problemas, mi esposo(a) y yo terminamos peleando.	0	25	50	75	100
4.Todos se molestan en la casa cuando algien comienza a hablar de problemas.	0	25	50	75	100
5.En mi casa espetamos nuestras propias reglas de conducta.	0	25	50	75	100
6.Temo que si discuto un problema con mi esposo(a), él(ella) se vaya de la casa.	0	25	50	75	100
7.Me molesta que el resto de la familia se entere de mis problemas.	0	25	50	75	100
8.Me cuesta trabajo mantener a mi familia contenta.	0	25	50	75	100
9.Me preocupa que mi familia se de cuenta que estoy triste por la situación familiar.	0	25	50	75	100
10.Hay momentos en los que no quisiera saber nada de los problemas familiares.	0	25	50	75	100
11.Me molesta hablar de problemas.	0	25	50	75	100
12.Cuando le hablo de problemas a mi esposo(a), se molesta.	0	25	50	75	100

**G R A C I A S**

TABLA DE JUECEO PARA LOS REACTIVOS DEL C. E. C.

AREA DE ESTUDIO	NUMERO DE REACTIVO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	MEDIA OBTENIDA
1. SEÑALAR UN CULPABLE	1	25	25	50	75	25	43.75
	2	50	75	100	75	0	75
	3	100	100	100	100	0	100
	4	100	50	25	25	25	50
	* 5 *	50	25	75	25	75	43.75
	6	75	50	100	25	0	62.5
	7	100	75	25	25	0	56.25
	8	75	100	100	25	0	75
	9	25	50	25	0	25	25
	10	75	25	100	25	0	56.25
	11	100	50	75	25	0	62.5
	12	75	50	100	50	50	68.75
	13	100	100	100	75	25	93.75
	14	100	75	100	75	25	87.5
	15	100	25	100	25	0	62.5
	16	100	75	100	75	0	87.5
	17	75	100	75	100	0	87.5
2. CAMBIAR DE TEMA	1	100	100	100	100	0	100
	2	50	75	100	100	25	81.25
	3	100	75	75	100	25	87.5
	4	100	100	100	75	25	93.75
	5	100	100	100	100	25	100
	6	100	75	100	100	0	93.75
	7	50	100	100	75	25	81.25
	* 8 *	25	0	50	0	50	18.75
	9	100	100	100	100	25	100
	10	100	100	100	25	25	81.25

\* \* REACTIVO PLACERO.

TABLA DE JUECEO PARA LOS REACTIVOS DEL C. E. C.

AREA DE ESTUDIO	NUMERO DE REACTIVO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	MEGIA OBTENIDA
3. NO TOMAR LOS PROBLEMAS SERIAMENTE	1	0	0	0	0	0	0
	2	0	75	25	25	25	31.25
	3	100	75	25	50	25	62.5
	4	50	0	25	25	25	18.75
	5	50	0	0	0	25	12.5
	6	50	100	25	25	25	50
	7	100	100	75	100	0	93.75
	8	100	100	100	100	0	100
	9 **	0	0	0	0	50	0
	10	100	100	100	75	25	93.75
	11	75	100	100	100	25	93.75
	12	100	100	100	100	0	100
4. MEGAR O MINIMIZAR LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS	1	25	100	0	25	0	37.5
	2 **	25	25	0	0	75	12.5
	3	75	100	100	100	50	93.75
	4	100	100	100	50	25	87.5
	5	0	100	100	75	50	68.75
	6	75	100	100	25	25	75
	7	100	75	100	50	25	81.25
	8	0	25	100	0	0	31.25
	9	50	100	100	75	50	81.25
	10	50	50	50	25	50	50
	11	75	100	50	50	50	50
	12	100	50	100	25	50	68.75
	13	100	75	100	75	0	87.5
	14	0	100	50	100	50	62.5

\*\* REACTIVO PLACEBO.

---

 TABLA DE JUECEO PARA LOS REACTIVOS DEL C. E. C.
 

---

AREA DE ESTUDIO	NUMERO DE REACTIVO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	MEDIA OBTENIDA
5. NO PARTICIPACION	1	50	75	75	50	25	62.5
	2	0	100	100	75	25	68.75
	3	75	100	100	100	75	93.75
	4	100	75	100	75	50	87.5
	5	50	100	75	75	25	75
	** 6 **	0	25	0	0	50	6.5
	7	75	75	75	100	0	81.25
	8	100	100	50	100	0	87.5
	9	50	100	100	100	25	87.5
	10	50	100	0	100	0	62.5
	11	75	100	100	100	25	93.75
	12	25	100	100	75	25	75
	13	75	100	75	25	50	68.75
	14	50	75	100	75	25	75
	15	100	75	100	100	0	93.75
6. AMENAZANDO DEJAR A LA FAMILIA	1	0	0	100	0	50	25
	2	0	50	25	25	25	25
	3	50	100	25	50	25	56.25
	4	75	100	100	75	50	87.5
	** 5 **	0	75	25	25	50	31.25
	6	100	100	75	75	0	87.5
	7	50	75	75	25	75	56.25
	8	75	50	25	0	0	37.5
	9	50	75	25	25	50	43.75
	10	75	25	100	75	50	68.75
	11	50	50	75	100	50	68.75
	12	75	100	75	75	25	81.25
PROMEDIO		63.43	72.01	72.10	57.10		

\*\* REACTIVO PLACEBO.

## CUESTIONARIO E. C.

Por favor lea con cuidado cada uno de los enunciados y señale con una "X" el paréntesis que mejor se adecúe a su respuesta.

	NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1. Cuando le hablo de problemas a mi esposo(a), se molesta.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Cuando mi esposo(a) y yo platicamos algún problema no lo hacemos delante de otra persona.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Cuando mi esposo(a) dice algo con lo que no estoy de acuerdo, prefiero callarme para no hacer más grande el problema.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Cuando mi esposo y yo discutimos algún problema, interviene otra persona.	( )	( )	( )	( )	( )
5. No puedo discutir problemas importantes con mi pareja porque él (ella) los evade.	( )	( )	( )	( )	( )
6. A mi esposo(a) le interesa platicar de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
7. No es necesaria mi participación en la solución de los problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
8. A mi esposo(a) no le gusta hablar de los problemas entre nosotros.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Yo participo en la solución de los problemas familiares.	( )	( )	( )	( )	( )
10. En mi casa hay problemas pero no son tan importantes como la enfermedad de mi hijo.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Cuando mi esposo(a) no quiere hablar de problemas, cambio el tema.	( )	( )	( )	( )	( )

	NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRECUENTE MENTE	SIEMPRE
12. En casa, la mayoría se burla cuando alguien dice lo que siente.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Cuando hablamos de problemas mi esposo(a) empieza a hacer bromas.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Cuando hablamos de problemas mi esposo(a) comienza a hablar de mi familia.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Cuando quiero hablar de problemas mi esposo(a) habla de cosas diferentes.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Mi pareja piensa que me ahogo en un vaso de agua.	( )	( )	( )	( )	( )
17. En mi familia tratamos de darle el valor justo a cada problema.	( )	( )	( )	( )	( )
18. La enfermedad de mi hijo afecta nuestra relación de pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
19. Mi esposo(a) se preocupa por el bienestar de mi hijo y de toda la familia.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Me interesa participar con mi esposo(a) en la búsqueda de soluciones.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Mi esposo(a) no muestra interés en resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
22. Mi esposo(a) es acertado para indicar algún problema.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Mi esposo(a) hace bromas cuando quiero hablarle de algo que me molesta.	( )	( )	( )	( )	( )

	MUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRECUENTE MENTE	SIEMPRE
24.La familia de mi esposo(a) nos ayuda cuando lo necesitamos.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Cuando no estoy de acuerdo con lo que dice mi esposo(a) se lo digo.	( )	( )	( )	( )	( )
26.En mi familia consideramos que todos los problemas requieren atención.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Mi esposo(a) nunca toma en serio nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
28.A mi esposo(a) y a mi nos interesa resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Cuando trato de hablar del problema de mi hijo, mi esposo(a) platica de otras cosas.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Todos se molestan en la casa cuando alguien comienza a hablar de problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Mi esposo(a) habla de problemas que no existen.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Mi esposo(a) no toma en serio mis opiniones, por lo que prefiero no discutir con él (ella).	( )	( )	( )	( )	( )
33.En nuestra familia todos los problemas son resueltos.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Algunos problemas resultan difíciles de resolver para nuestra familia.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Mi esposo(a) se preocupa por el bienestar de nuestros hijos.	( )	( )	( )	( )	( )

	NUMCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRE- CUENTE MENTE	SIEMPRE
36. A mi esposo(a) se le ocurre hablar de problemas cuando tengo cosas que hacer.	( )	( )	( )	( )	( )
37. No recibo apoyo por parte de mi esposo(a) en el cuidado de los niños.	( )	( )	( )	( )	( )
38. En casa, todos respetamos los sentimientos de cada uno de nosotros.	( )	( )	( )	( )	( )
39. Tanto mi esposo(a) como yo estamos dispuestos a resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
40. Cuando le pido a mi esposo(a) que me ayude en el cuidado de nuestros hijos, él(ella) habla de sus problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
41. Cuando comenzamos a discutir nuestros problemas, terminamos platicando de otra cosa.	( )	( )	( )	( )	( )
42. Me desespera la pasividad de mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
43. Para no crear problemas prefiero no discutir.	( )	( )	( )	( )	( )
44. Con la enfermedad de mi hijo, mi esposo(a) se ha alejado de nosotros.	( )	( )	( )	( )	( )
45. Mi esposo(a) y yo acostumbramos platicar acerca de nuestras diferencias de opinión para llegar a un acuerdo.	( )	( )	( )	( )	( )
46. Mi esposo(a) y yo nos apoyamos mutuamente en el cuidado de los niños.	( )	( )	( )	( )	( )

	NUUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
47. En mi familia tenemos dificultades que tratamos de resolver.	( )	( )	( )	( )	( )
48. Cuando trato de hablar de algo que me molesta, mi esposo(a) se sale.	( )	( )	( )	( )	( )
49. Cuando hablo con mi esposo(a) de algún problema, él(ella) está atento a lo que le digo.	( )	( )	( )	( )	( )
50. Cuando no tengo respuestas en una discusión, prefiero retirarme.	( )	( )	( )	( )	( )
51. La situación en la casa no marcha bien porque mi esposo(a) no colabora.	( )	( )	( )	( )	( )
52. La participación de todos los miembros de la familia es importante para la solución de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
53. En mi familia acostumbramos hablar entre todos de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
54. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	( )	( )	( )	( )	( )
55. Temo que si discuto un problema con mi esposo(a), él(ella) se vaya de la casa.	( )	( )	( )	( )	( )
56. Cuando tenemos un problema, a mi esposo(a) le interesa encontrar la solución adecuada.	( )	( )	( )	( )	( )
57. Mi esposo(a) bromea tanto, que no sé cuando está hablando en serio y cuando en broma.	( )	( )	( )	( )	( )
58. Prefiero callarme cada vez que se discuten los problemas familiares.	( )	( )	( )	( )	( )

	RARA	POCAS	VEZ	VECES	NUNCA	SIEMPRE
--	------	-------	-----	-------	-------	---------

59. Cuando trato de hablar de algún problema con mi esposo(a), él(ella) cambia de tema.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

60. En nuestra familia no existen los problemas.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

61. En nuestra familia hay algunos problemas pero no son importantes.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

62. La familia de mi esposo(a) se entromete en nuestros problemas.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

63. Puedo contar con mi esposo(a) para hablar de nuestros problemas.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

64. Es difícil que hablemos de otras cosas cuando discutimos algún problema.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

65. Para no tener problemas con mi esposo(a) prefiero no decirle lo que pienso.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

66. Me gusta la forma de ser de mi pareja.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

67. Cuando mi esposo(a) me pide que hablemos de algún problema le proporciono toda mi atención.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

68. La buena relación entre mi esposo(a) y yo depende de nosotros.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

69. Con la ayuda de mi esposo(a) en la casa todo marcha bien.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

70. Cuando hablo con mi esposo(a) de algo que me molesta, él(ella) me presta atención.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

	RARA	POCAS	PER- CIENTE	
NUNCA	VEZ	VECES	MENTE	SIEMPRE

71. En mi familia existe un sentimiento de unión.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

72. Mi esposo(a) y yo tomamos en serio nuestros problemas.

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

RAZON T CALCULADA PARA CADA REACTIVO DEL C. E. C.

NUMERO DE REACTIVO	T DE STUDENT OBTENIDA	FAVORABILIDAD	AREA
63	13.74	POSITIVA	V
53	12.38	NEGATIVA	VI
32	9.58	POSITIVA	U
31	9.58	POSITIVA	I
78	9.28	NEGATIVA	III
15	8.18	POSITIVA	II
45	8.58	NEGATIVA	U
66	8.23	NEGATIVA	I
5	8.89	POSITIVA	II
63	7.85	NEGATIVA	U
21	7.69	POSITIVA	I
42	7.68	POSITIVA	I
22	7.58	NEGATIVA	IV
39	7.58	NEGATIVA	I
38	7.14	NEGATIVA	III
43	7.88	POSITIVA	V
46	6.82	NEGATIVA	I
6	6.81	NEGATIVA	VI
37	6.81	POSITIVA	I
38	6.75	POSITIVA	VI
69	6.68	NEGATIVA	I
59	6.68	POSITIVA	II
23	6.59	POSITIVA	III
1	6.58	POSITIVA	VI
58	6.14	POSITIVA	V
67	6.00	NEGATIVA	V
48	5.63	POSITIVA	V
41	5.54	POSITIVA	II
14	5.43	POSITIVA	II
17	5.36	NEGATIVA	IV

NUMERO DE REACTIVO	T DE STUDENT OBTENIDA	FAVORABILIDAD	AREA
28	5.33	NEGATIVO	II
12	5.32	POSITIVO	III
58	5.28	POSITIVO	V
27	5.19	POSITIVO	III
8	5.18	POSITIVO	V
48	5.08	POSITIVO	II
56	4.88	NEGATIVO	II
25	4.74	NEGATIVO	V
26	4.69	NEGATIVO	IV
16	4.64	POSITIVO	IV
49	4.63	NEGATIVO	II
11	4.46	POSITIVO	II
62	4.43	POSITIVO	I
57	4.40	POSITIVO	III
28	4.33	NEGATIVO	V
18	4.23	POSITIVO	I
13	4.88	POSITIVO	III
53	4.88	POSITIVO	VI
72	3.95	NEGATIVO	III
3	3.72	POSITIVO	V
68	3.63	POSITIVO	IV
36	3.61	POSITIVO	V
24	3.59	NEGATIVO	I
35	3.42	NEGATIVO	II
31	3.25	POSITIVO	IV
4	3.15	POSITIVO	II
29	3.89	POSITIVO	II
19	3.89	NEGATIVO	I
44	3.87	POSITIVO	I
52	2.92	NEGATIVO	V

ANEXO 6

RAZON T CALCULADA PARA CADA REACTIVO DEL C. E. C.

NUMERO DE REACTIVO	T DE STUDENT OBTENIDA	FAVORABILIDAD	AREA
3	2.91	NEGATIVO	V
7	2.98	POSITIVO	V
58	1.94	NEGATIVO	I
61	1.43	POSITIVO	IV
47	1.33	NEGATIVO	IV
18	-0.17	POSITIVO	IV
64	-0.82	NEGATIVO	II
34	-2.09	NEGATIVO	IV
33	-6.94	POSITIVO	IV
2	BASE NEG.	NEGATIVO	II

## CUESTIONARIO E. C.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y SEÑALE CON UNA "X" EL PARENTESIS QUE MEJOR SE ADECUA A SU RESPUESTA.

	NUNCA	PARA VEZ	POCAS VECES	FRE-- CUENTE MENTE	SIEMPRE
1. En nuestra familia no existen los problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Mi esposo(a) es acertado para indicar algún problema.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Tanto mi esposo(a) como yo estamos dispuestos a resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
4. A mi esposo(a) le interesa platicar de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Para no crear problemas prefiero no discutir.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Puedo contar con mi esposo(a) para hablar de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Para no tener problemas con mi esposo(a) prefiero no decirle lo que pienso.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Cuando quiero hablar de problemas mi esposo(a) habla de cosas diferentes.	( )	( )	( )	( )	( )
9. En mi familia acostumbramos hablar entre todos de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
10. En mi familia todos cooperamos en el quehacer de la casa*.	( )	( )	( )	( )	( )

\* Inactive placebo.

	NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	VEZ— CUMENTE	SIEMPRE
11. Mi esposo(a) y yo nos apoyamos mutuamente en el cuidado de los niños.	( )	( )	( )	( )	( )
12. A mi esposo(a) y a mí nos interesa resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
13. No puedo discutir problemas importantes con mi pareja porque él (ella) los evade.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Me desespera la pasividad de mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
15. En mi familia existe un sentimiento de unión*.	( )	( )	( )	( )	( )
16. En casa, la mayoría se burla cuando alguien dice lo que siente.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Mi esposo(a) hace bromas cuando quiero hablarle de algo que me molesta.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Mi esposo(a) no muestra interés en resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
19. Todos se molestan en la casa cuando alguien comienza a hablar de problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Cuando hablo con mi esposo(a) de algún problema, él(ella) está atento a lo que le digo.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Mi esposo(a) habla de problemas que no existen.	( )	( )	( )	( )	( )
22. En mi familia consideramos que todos los problemas requieren atención.	( )	( )	( )	( )	( )
23. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente*.	( )	( )	( )	( )	( )

\* Reactivo placebo.

	RARA VEZ	POCAS VECES	FRE- CUENTE MENTE	SIEMPRE
--	-------------	----------------	-------------------------	---------

24. La situación en la casa no marcha bien porque mi esposo(a) no colabora. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
25. Mi pareja piensa que me ahogo en un vaso de agua. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
26. Cuando hablo con mi esposo(a) de algo que me molesta, él(ella) me presta atención. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
27. Mi esposo(a) y yo acostumbramos platicar acerca de nuestras diferencias de opinión para llegar a un acuerdo. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
28. Cuando tenemos un problema, a mi esposo(a) le interesa encontrar la solución adecuada. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
29. Cuando trato de hablar de algún problema con mi esposo(a), él(ella) cambia de tema. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
30. A mi esposo(a) y a mi nos gusta ver televisión juntos\*. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
31. En mi familia tratamos de darle el valor justo a cada problema. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
32. Mi esposo(a) bromea tanto, que no sé cuando está hablando en serio y cuando en broma. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
33. Temo que si discuto un problema con mi esposo(a), él(ella) se vaya de la casa. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

\* Esactivo placebo.

	HUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRE- CUENTE MORTE	SIEMPRE
34. Cuando le hablo de problemas a mi esposo(a), se molesta.	( )	( )	( )	( )	( )
35. Mi esposo(a) y yo tomamos en serio nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
36. Me gusta la forma de ser de mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
37. En casa, todos respetamos los sentimientos de cada uno de nosotros.	( )	( )	( )	( )	( )
38. Cuando mi esposo(a) me pide que hablemos de algún problema le proporciono toda mi atención.	( )	( )	( )	( )	( )
39. Mi esposo(a) no toma en serio mis opiniones, por lo que prefiero no discutir con él (ella).	( )	( )	( )	( )	( )
40. A mi familia le gusta salir los fines de semana*.	( )	( )	( )	( )	( )

\* Reactivo placebo.

## CARGAS FACTORIALES DE LOS REACTIVOS EVITACION DE CONFLICTO

<u>INDIFERENCIA</u>	I	II	III	IV	V
Items					
3. Tanto mi esposo(a) como yo estamos dispuestos a resolver nuestros problemas.	.59	.16	.32	.03	-.00
4. A mi esposo(a) le interesa platicar de nuestros problemas.	.59	.15	.29	.16	.09
6. Puedo contar con mi esposo(a) para hablar de nuestros problemas.	.77	.21	.22	.12	.08
7. Para no tener problemas con mi esposo(a) prefiero no decirle lo que pienso.	.40	.14	.05	.32	.32
8. Cuando quiero hablar de problemas mi esposo(a) habla de cosas diferentes.	.66	.22	.14	.11	.27
11. Mi esposo(a) y yo nos apoyamos mutuamente en el cuidado de los niños.	.66	.21	.15	.11	.12
14. Me desespera la pasividad de mi pareja.	.52	.39	-.08	.13	.31
16. En casa, la mayoría se burla cuando alguien dice lo que siente.	.55	.15	.04	.25	.22
20. Cuando hablo con mi esposo(a) de algún problema, él(ella) está atento a lo que le digo.	.77	.16	.18	.07	.11
26. Cuando hablo con mi esposo(a) de algo que me molesta, él(ella) me presta atención.	.80	.17	.08	.11	.00

	I	II	III	IV	V
27. Mi esposo(a) y yo acostumbramos platicar acerca de de nuestras diferencias de opinión para llegar a un acuerdo.	.44	.17	.39	.14	.09
28. Cuando tenemos un problema, a mi esposo(a) le interesa encontrar la solución adecuada.	.66	-.11	.07	.16	.04
29. Cuando trato de hablar de algún problema con mi esposo(a), él (ella) cambia de tema.	.70	.25	.03	.04	.19
36. Me gusta la forma de ser de mi pareja.	.58	.30	.14	.03	.21
37. En casa, todos respetamos los sentimientos de cada uno de nosotros.	.53	.32	.14	-.00	.02

CULPAR A OTRO

## Items

13. No puedo discutir problemas importantes con mi pareja porque él(ella) los evade.	.43	.56	.02	.22	-.02
19. Todos se molestan en la casa cuando alguien comienza a hablar de problemas.	.19	.71	.14	.12	.09
33. Temo que si discuto un problema con mi esposo(a), él(ella) se vaya de la casa.	.32	.43	.03	.31	-.19
34. Cuando le hablo de problemas a mi esposo(a), se molesta.	.43	.62	-.05	.08	.12
38. Cuando mi esposo(a) me pide que hablemos de algún problema le proporciono toda mi atención.	.17	.54	.31	.11	-.04

<u>CONFRONTACION</u>	I	II	III	IV	V
Items					
2. Mi esposo(a) es acertado para indicar algún problema.	.17	.16	.54	.25	.00
22. En mi familia consideramos que todos los problemas requieren atención.	.04	.23	.61	-.04	.27
31. En mi familia tratamos de darle el valor justo a cada problema.	.18	.03	.63	.24	.06
35. Mi esposos(a) y yo tomamos en serio nuestros problemas.	.39	-.02	.69	-.06	.12

<u>ABSTENCION</u>					
Items					
18. Mi esposo(a) no muestra interés en resolver nuestros problemas.	-.04	.09	.15	.77	.16
24. La situación en la casa no marcha bien porque mi esposo(a) no colabora.	.33	.21	.04	.59	-.00
39. Mi esposo(a) no toma en serio mis opiniones, por lo que prefiero no discutir con él(ella).	.28	.10	.01	.64	-.03

<u>MINIMIZAR EL PROBLEMA</u>					
Items					
5. Para no crear problemas prefiero no discutir.	.33	.09	-.25	.27	.38
17. Mi esposo(a) hace bromas cuando quiero hablar de algo que me molesta.	.19	.18	.14	.04	.73
32. Mi esposo(a) bromea tanto, que no sé cuando está hablando en serio y cuando en broma.	.16	-.09	.16	.05	.78

## CUESTIONARIO K. C.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y SEÑALE CON UNA "X" EL PARENTESIS QUE MEJOR SE ADECUA A SU RESPUESTA.

	NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRE- CUENTE MENTE	SIEMPRE
1. Mi esposo(a) es acertado para indicar algún problema.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Tanto mi esposo(a) como yo estamos dispuestos a resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
3. A mi esposo(a) le interesa platicar de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Para no crear problemas prefiero no discutir.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Puedo contar con mi esposo(a) para hablar de nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Para no tener problemas con mi esposo(a) prefiero no decirle lo que pienso.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Cuando quiero hablar de problemas mi esposo(a) habla de cosas diferentes.	( )	( )	( )	( )	( )
8. En mi familia todos cooperamos en el quehacer de la casa*.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Mi esposo(a) y yo nos apoyamos mutuamente en el cuidado de los niños.	( )	( )	( )	( )	( )
10. No puedo discutir problemas importantes con mi pareja porque él (ella) los evade.	( )	( )	( )	( )	( )

\* Reactivo placebo.

	NUNCA	RARA VEZ	POCAS VECES	FRECUENTE MENTE	SIEMPRE
11. Me desespera la pasividad de mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )
12. En mi familia existe un sentimiento de unión*.	( )	( )	( )	( )	( )
13. En casa, la mayoría se burla cuando alguien dice lo que siente.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Mi esposo(a) hace bromas cuando quiero hablarle de algo que me molesta.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Mi esposo(a) no muestra interés en resolver nuestros problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Todos se molestan en la casa cuando alguien comienza a hablar de problemas.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Cuando hablo con mi esposo(a) de algún problema, él(ella) está atento a lo que le digo.	( )	( )	( )	( )	( )
18. En mi familia consideramos que todos los problemas requieren atención.	( )	( )	( )	( )	( )
19. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente*.	( )	( )	( )	( )	( )
20. La situación en la casa no marcha bien porque mi esposo(a) no colabora.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Cuando hablo con mi esposo(a) de algo que me molesta, él(ella) me presta atención.	( )	( )	( )	( )	( )

\* Reactivo placebo.

	RARA VEZ	POCAS VECES	PRE- CUEMTE MENTE	SIEMPRE
--	-------------	----------------	-------------------------	---------

- |  |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 22. Mi esposo(a) y yo acostumbramos platicar acerca de nuestras diferencias de opinión para llegar a un acuerdo. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23. Cuando tenemos un problema, a mi esposo(a) le interesa encontrar la solución adecuada.                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 24. Cuando trato de hablar de algún problema con mi esposo(a), él(ella) cambia de tema.                          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25. A mi esposo(a) y a mí nos gusta ver televisión juntos*.  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 26. En mi familia tratamos de darle el valor justo a cada problema.  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 27. Mi esposo(a) bromea tanto, que no sé cuando está hablando en serio y cuando en broma.                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28. Temo que si discuto un problema con mi esposo(a), él(ella) se vaya de la casa.                               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29. Cuando le hablo de problemas a mi esposo(a), se molesta.   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30. Mi esposo(a) y yo tomamos en serio nuestros problemas.   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

\* Inactivo placido.

	RARA	POCAS	FRE-	
NUNCA	VEZ	VECES	CUENTE	SIEMPRE
			MENTE	

31. Me gusta la forma de ser de mi pareja. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
32. En casa, todos respetamos los sentimientos de cada uno de nosotros. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
33. Cuando mi esposo(a) me pide que hablemos de algún problema le proporciono toda mi atención. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
34. Mi esposo(a) no toma en serio mis opiniones, por lo que prefiero no discutir con él (ella). ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
35. A mi familia le gusta salir los fines de semana\*. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

\* Reactivo placebo.

## FICHA DE IDENTIFICACION

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Estado civil de la pareja: \_\_\_\_\_

No. de años de unión de la pareja: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda:

a) Propia.                      b) Rentada.                      c) Prestada.

d) Otro: \_\_\_\_\_

No. de habitaciones con que cuenta la casa habitación:

Con que servicios cuenta: \_\_\_\_\_

## MIEMBROS QUE INTEGRAN LA FAMILIA.

N O M B R E S      P A R E N T E S C O      S E X O      E D A D      E S C O L A R I D A D      O C U P A C I O N

1.

2.

3.

4.

5.

6.