

48  
11226  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL JURISDICCIONAL  
25-01-00  
CIUDAD DE GUAYMAS



Chetumal, Q. Roo

**CLINICA HOSPITAL B CHETUMAL, Q. ROO**

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN  
FAMILIAS CON PACIENTES PSICOSOMATICOS**

Trabajo de investigación que para obtener el diploma de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A**

*Dra. Laura Isabel González Ramayo*



**ISSSTE**

CHETUMAL, Q. ROO

1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

---

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B" CHETUMAL, Q. ROO

TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS CON  
PACIENTES PSICOSOMATICOS

Trabajo de investigación  
para obtener el diploma de

**Especialista en Medicina Familiar**

presenta:

**DRA. LAURA ISABEL GONZALEZ RAMAYO**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR

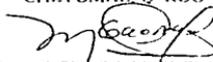
P R E S E N T A

DRA. LAURA ISABEL GONZALEZ RAMAYO

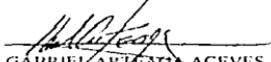
TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN  
FAMILIAS CON PACIENTES PSICOSOMATICOS



DR. OSIRIS OLMOS GRANADOS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
CHETUMAL, Q. ROO

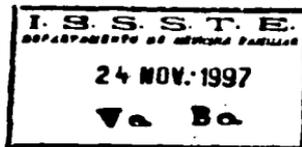


DR. MELCHOR LOPEZ GAONA  
ASESOR DE TESIS



DR. HECTOR GABRIEL ARRIAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I S S T E

CHETUMAL, Q. ROO  
NOVIEMBRE 1995



TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN  
FAMILIAS CON PACIENTES PSICOSOMATICOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA: LAURA ISABEL GONZALEZ RAMAYO

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~U.N.A.M.~~



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO

DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

~~DRA. M<sup>º</sup> DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~  
~~COORDINADORA DE DOCENCIA~~  
~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~  
~~U.N.A.M.~~

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLINICA HOSPITAL "B" CHETUMAL, Q. ROO**

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN  
FAMILIAS CON PACIENTES PSICOSOMATICOS**

**DRA. LAURA ISABEL GONZALEZ RAMAYO**

**DR. MELCHOR LOPEZ GAONA  
ASESOR DE TESIS**

*A mi esposo:*

*Juan por todo su apoyo, por su  
amor y por su paciencia.*

*A mi madre*

*A mis hermanos*

*y a mis sobrinos*

*Como muestra del amor  
que siempre les tendré.*

*A mis amigos:*

*Lic. Jorge España Novelo  
Dra. Wilma Molina Bermúdez  
Psic. Lourdes Sandoval Argueta*

*Mi más sincero y profundo agradecimiento por su  
dedicación y apoyo para la realización de este trabajo.*

## INDICE

MARCO TEORICO .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACION.....	16
OBJETIVO.....	18
HIPOTESIS.....	19
METODOLOGIA.....	20
VARIABLES DE MEDICION.....	22
CONSIDERACIONES ETICAS.....	23
RESULTADOS.....	26
ANALISIS DE RESULTADOS ENCONTRADOS.....	38
CONCLUSIONES.....	47
ANEXOS.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52

***“ Si la emoción no se libera —se fija en los  
órganos y trastorna su funcionamiento. La pena  
que puede expresarse mediante gemidos  
y llantos no se olvida con rapidez, mientras que  
la pena muda, que los es corazón  
continuamente, acaba por romperlo ”***

***( Henry Maudsley, The Physiology of Mind, 1876)***

## TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTA EN FAMILIAS CON PACIENTES PSICOSOMATICOS

### MARCO TEORICO

#### FAMILIA.

Desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con la mayor claridad posible; llegando incluso la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, a definir el concepto de familia, por intermedio del documento "M", número 44, como:

**EL CONJUNTO DE MIEMBROS DEL HOGAR, EMPARENTADOS ENTRE SI, HASTA UN GRADO DETERMINADO POR SANGRE, ADOPCION O MATRIMONIO.**

El consenso norteamericano la define como:

**LA FAMILIA ES UN GRUPO DE DOS O MAS PERSONAS QUE VIVEN JUNTAS Y ESTAN RELACIONADAS UNAS CON OTRAS, POR LAZOS CONSANGUINEOS DE MATRIMONIO O ADOPCION.**

En Canadá se define a la familia como:

**UN GRUPO COMPUESTO POR UN MARIDO, UNA ESPOSA, CON O SIN HIJOS, O UN PADRE O MADRE CON UNO O MAS HIJOS, QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO.**

Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por todo esto, que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad, pues conserva aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

La familia es un sistema racional en el cual los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirá en todos sus elementos, esto resulta evidente cuando se habla de salud familiar. (14)

Es por ello que la familia se transforma en el foco para el manejo de los problemas de salud, que derivan de su propio mal funcionamiento. La familia es pues, para el médico familiar, un recurso primordial para resolver problemas de salud en general, incluso cuando su causa se localiza fuera de la familia. Para hacer ésto, ejerce su actividad clínica y pone en juego aspectos normativos que le son exclusivos como:

- Otorgar una asistencia médica integral, fundamental y continua sin abandonar a sus pacientes.
- Tener como núcleo de desempeño la acción anticipatoria, por lo que además de diagnosticar, pronostica, siendo capaz de prever los eventos que vendrían a alterar la salud familiar.
- Realiza una evaluación de la dinámica familiar, aclarando que sin ser terapeuta de familias, debe ejercer, con elementos de la psicología médica, actividades concretas de orientación familiar.

Para llevar a cabo esto último hace uso del familiograma, instrumento que le permite conocer los patrones de comunicación y acercamiento de cada uno de los elementos que integra la familia, así como una serie de datos que le facilitan conocer la dinámica familiar. (13)

Otra forma de estudiar la familia es a través del modelo de función familiar de McMaster (MMFF), que ha evolucionado desde los años 50s hasta 1978, perfeccionado por Epstein, Bishop y Levin.

Este modelo estudia el impacto de la salud emocional y física así como los problemas de la familia; está basado en un sistema de aproximación y la apropiación de la teoría de los sistemas que se muestran en este modelo se resume como sigue:

- 1- Las partes de la familia se interrelacionan.
- 2- Una parte de la familia no puede ser entendida aisladamente del resto del sistema.
- 3- La función de la familia no puede ser entendida en su totalidad, simplemente por el entendimiento de cada una de sus partes.
- 4- Una estructura y organización familiar son factores determinantes para el comportamiento de los miembros de la familia.
- 5- Las transacciones parentales de un sistema familiar modelan el comportamiento de los miembros de la familia.

En el curso del cumplimiento de las funciones de la familia, encuentran una serie de eventos que resolver y que han sido agrupadas en tres áreas:

**A. AREA DE TAREAS BASICAS** que se ocupa de los eventos instrumentales como la alimentación, dinero o transporte.

**B. AREA DE DESARROLLO DE EVENTOS** que se entiende relacionando el tiempo, involucra las etapas de la infancia, adolescencia, edad madura y vejez.

**C. AREA DE LAS TAREAS PELIGROSAS** que se ocupa de crisis que resultan de enfermedad, accidente, pérdida de empleo, etc.

Se observa que las familias que no son capaces de superar estas áreas son las que más frecuentemente presentan problemas de mala adaptación y problemas clínicos crónicos.

El entendimiento de la estructura, organización y transacción parental de la familia se focaliza en seis dimensiones: **PROBLEMAS POR RESOLVER, COMUNICACIÓN, ROLES, RESPUESTA AFECTIVA, INVOLUCRACION AFECTIVA Y CONTROL DE COMPORTAMIENTO.** Todas ellas se describen en la siguiente tabla.

### MODELO McMASTER DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

#### **I. PROBLEMAS POR RESOLVER**

Dos tipos de problemas:

Instrumental y afectivo.

Siete pasos para el proceso:

1. Identificación del problema.
2. Comunicación del problema hacia la persona apropiada.
3. Desarrollo de acciones alternas.
4. Decisión de una alternativa.
5. Acción.
6. Monitoreo de acción.
7. Evaluación del suceso.

#### **II. COMUNICACIÓN**

Instrumental y afectiva.

Dos dimensiones independientes.

1. Clara y directa
2. Clara e indirecta

3. Enmascarada y directa
4. Enmascarada e indirecta.

### **III. ROLES**

Dos tipos de función familiar:

Necesaria y otras.

Dos áreas de función familiar:

Instrumental y afectivo.

Función de grupo:

#### **A. Instrumental**

1. Provisión de recursos.

#### **B. Afectivo**

1. Crianza y soporte
2. Gratificación sexual adulta.

#### **C. Mixto**

1. Desarrollo de habilidades
2. Sistema de mantenimiento y administración.

Otras funciones familiares:

Adaptada y maladaptada.

### **IV. RESPUESTA AFECTIVA (Conformidad)**

Dos grupos:

Bienestar emocional y emociones de emergencia.

### **V. INVOLUCRACION AFECTIVA**

Seis estilos identificados:

1. Abstención de involucramiento.
2. Involucramiento sin afectividad.
3. Involucramiento empático.
4. Sobreinvolucramiento.
5. Involucramiento narcisista.
6. Involucramiento simbiótico.

## VI. CONTROL DE COMPORTAMIENTO

Aplicado a tres situaciones:

1. Situaciones peligrosas
2. Encuentro y expresión de necesidades psicológicas, y manejo.
3. Comportamiento de la socialización interpersonal afuera y adentro de la familia.

Comportamiento determinado por cuatro estilos:

1. Rígido
2. Flexible
3. Laissez-faire
4. Caótico.(7)

Los sistemas interpersonales en la familia, pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta y la comunicación de cada persona afecta la de cada uno de los otros, y es a su vez afectada por éstas, y pueden verse contrarrestadas para mantener la estabilidad según que los mecanismos de retroalimentación sean positivos o negativos.

En psiquiatría existe una tentativa que apunta a considerar los síntomas como una de las múltiples formas de entrada al sistema familiar y no como una expresión de los conflictos intrapsíquicos. (17)

## TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

El concepto se remonta al origen de la propia medicina, en la prehistoria los malos espíritus constituían la primera fuerza, producían la enfermedad, la maldad existía fuera del individuo y entraba a su cuerpo para atacarlo, la enfermedad seguía siendo, por lo tanto algo espiritual.

Los sirios y los babilonios utilizaban la magia y los ritos orales y manuales para curar sus enfermedades, los dioses enviaban el dolor como castigo por error del ritual, en consecuencia, las personas con dolores se les instaba a que atendieran a sus almas, para examinar sus pecados, hasta que los sacerdotes los libraban de la enfermedad.

Para los judíos la enfermedad era el castigo sufrido por el pecado de desobedecer a Dios y sus leyes "mato y doy la vida, hiero y puedo sanar" advertía Dios .

Para los griegos las deidades eran portadoras de enfermedad y eran ellas las que sanaban; el espíritu y el cuerpo constituían una unidad

interrelacionada para curar el cuerpo humano hay que tener conocimiento de las cosas".

"Evitar el dolor es obra divina". (Hipócrates).

"Igual que no se puede curar los ojos sin la cabeza con todo el cuerpo, tampoco se puede curar el cuerpo sin el alma". (Platón).

Galeno refería que el alma se relaciona con el cerebro, centro de las ideas y de la razón.

El término de enfermedad psicosomática tiene su origen en 1818 como acuñación de Heinroth, reflejo de un modo de pensar de la literatura alemana de comienzos del siglo XIX.

Freud (1856-1939) reúne la psique y el soma utilizando el recuerdo como laboratorio de la psique, demostrando la importancia de las emociones en la producción de los trastornos somáticos y psíquicos.

Pero el movimiento psicosomático se desarrolla en los años 30's en el terreno limítrofe entre la psiquiatría y la medicina. Introdujo una amplia gama de métodos y una perspectiva interdisciplinaria en la consideración de los aspectos de la conducta humana.(15)

Así, en los últimos años se han presentado controversias en cuanto a los métodos para el diagnóstico de las enfermedades psicosomáticas o trastornos por somatización. De acuerdo al comportamiento de estas enfermedades es más apropiado utilizar la clasificación que plantea Filiberto Fuentenebro basada en los estudios de Lipowski, Alexander, Glasgow, Shapiro y otros, pues ofrece una perspectiva multidisciplinaria que se ajusta a las necesidades del presente estudio.

## **MEDICINA PSICOSOMÁTICA**

### **1. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES**

Enfermedad coronaria

Hipertensión arterial

### **2. TRASTORNOS RESPIRATORIOS**

Asma Bronquial

Síndrome de hiperventilación

### **3. TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS**

### **4. ARTRITIS REUMATOIDE**

### **5. TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS**

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo  
Enfermedad de Addison  
Síndrome de Cushing  
Alteraciones de la glándula paratiroides  
Hipoglucemia  
Diabetes

**6. TRASTORNOS GASTROINTESTINALES**

Trastorno esofágico  
Úlcera péptica  
Dispepsia funcional  
Intestino irritable  
Colitis ulcerosa  
Enfermedad de Crohn

**7. TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS**

Prurito  
Hiperhidrosis  
Urticaria  
Dermatitis atópica  
Alopecia Areata

**8. TRASTORNOS DE INTERÉS PSIQUIÁTRICO**

Delirio parasitario o dermatozoico  
Trastornos dermatológicos autoprovocados  
Tricotilomanía

**9. DOLOR CRÓNICO**

**10. CEFALÉAS**

Migraña recurrente y crónica  
Cefalea en racimo  
Cefalea tensional  
Cefalea postraumática  
Cefalea psicógena. (9)

**COMUNICACIÓN**

Desde el surgimiento de la humanidad, existe esta función básica, con un contenido y una forma determinados, y su historia, no es otra cosa que la historia de sus transformaciones.

Su estudio puede dividirse en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática. La primera abarca problemas relativos a transmitir

información, su interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido y redundancia. El significado constituye la preocupación central de la semántica, por último la comunicación afecta a la conducta y éste es su aspecto pragmático.

La comunicación es pues, un proceso dinámico en el que se comparten experiencias, emociones, conocimientos y que sobretodo provoca respuesta con una conducta que puede presentarse como adaptativa y socialmente aceptada o como un trastorno de la conducta que actualmente recibe el nombre de enfermedad psicosomática . (23)

Las tensiones pulsionales que persisten después del proceso de represión fuera de la conciencia dan lugar en unos casos a los síntomas somáticos, en otros a una modificación autoplástica de las funciones de los órganos o de las estructuras celulares. La enfermedad psicosomática es siempre la reacción de un individuo a una situación en la que no encuentra salida, es una especie de retirada organizada del Yo al servicio de la adaptación al medio social.

La persona intenta evitar una situación conflictiva generadora de tensión y lograr una reducción de ésta, mediante la formación de síntomas.

La teoría de la comunicación apunta a los síntomas como una de las múltiples formas de entrada a los sistemas y a diferencia del psicoanálisis, los interpreta como resultado del conflicto intrapsíquico. (26)

En aquellas familias psicosomáticas consideradas con estructuras rígidas se comprueba una mayor dicotomía cuerpo/mente, que puede conducir a la atemporalidad de los efectos y de las acciones. Se constatan reglas familiares fijas y casi inmutables, con pocas posibilidades de transformaciones ante nuevas situaciones displacenteras o placenteras. Inconscientemente los componentes de una familia, unos más que otros proyectan y disocian los problemas planteados en su seno, emergiendo de ésta situación un miembro robotizado al que se le rotula como "enfermo" o psicosomático.

El acceso a este peculiar contexto familiar pasa primero por investigar el tipo de comunicación verbal y paraverbal propios, habitualmente usados por aquellos. El integrante identificado utiliza explícita o implícitamente la "enfermedad psicosomática" como una forma disfrazada de comunicación.(1)

Así, los sucesos derivados de las relaciones interpersonales más cercanas y aquellas consideradas como indispensables y perturbadoras se relacionan inclusive con las formas de suicidio, pues casi todas las personas que han intentado suicidarse, habían informado que tenían problemas en sus relaciones interpersonales. (10)

Por lo tanto se encuentra menor salud cuanto mayor sea el respaldo a las premisas socioculturales, ya que es muy intolerante y poco elástico en su comunicación intra y extrapersonal. Todo esto condiciona tensión entre los elementos de una familia, misma que la mayor parte de las veces es manejada en forma inapropiada condicionando entonces procesos de somatización en alguno de ellos. (19)

La conducta social tiene cuatro niveles de complejidad que han sido analizados por Hinde:

1. El nivel básico de comunicación en la interacción cara a cara o el intercambio directo de señales entre organismos.
2. El número y cualidad de las interacciones define una relación diádica.
3. Del conjunto de las relaciones en un grupo emerge una estructura social.
4. La evolución temporal de ésta incluye la sociodinámica o si se quiere la Historia.

Todo comportamiento puede constituir una señal, aunque el sujeto no tenga la intención de transferir información, las posturas y múltiples movimientos no dirigidos hacia los otros, son señales que pueden informar sobre estados motivacionales. (6)

El hombre ha sido visto como la continuidad de dos tipos de información: genética y cultural; la primera es descrita como el material físicamente inherente; la segunda como el material conceptual que es aprendido del lenguaje y los modelos de comportamiento rutinario de la sociedad. (8)

Un concepto de somatización sugiere que en algunos individuos, los síntomas físicos son un idioma de expresión para manifestar su estado o su afección psicológica, ya que las preocupaciones preexistentes precipitan trastornos físicos como la lumbalgia. ( 2)

Don Jackson y Virginia Satir están interesados en esclarecer los vericuetos de la comunicación humana alrededor de las familias ya que cuando hay patología familiar, la comunicación afectiva es el área que se ve

**perturbada.** Una familia con salud se comunica de manera verbal, clara y directa y una familia perturbada se comunica de un modo nocivo.

Se entiende por comunicación nociva a aquella forma de interactuar en que el mensaje se encuentra truncado, por lo tanto las emociones, las experiencias se dan en forma distorsionada, generando actitudes de autoestima baja con sentimiento de angustia, cólera frustración y represión, que al sostenerse y vincularse a la personalidad va a generar alteraciones somáticas.

En este sentido se han descrito cuatro estilos de comunicación nociva y una forma de comunicación fluida o niveladora, éstos son:

#### **APLACADOR (MINUSVALIDO)**

Se caracteriza porque nunca esta en desacuerdo, inseguro de sí mismo, recurre a la aprobación de los demás, se siente responsable, por todo lo que salga mal, acepta cualquier crítica, su actitud es de mártir, con frecuencia siente náuseas, dolor en el cuello y cefalea por lo que recurre a la enfermedad para justificarse.

#### **AGRESIVO (ACUSADOR)**

Es aquel que encuentra defectos a todos, adopta actitudes de superioridad, es tan tiránico como sea posible, el sentimiento interno tensa músculos y órganos, la tensión arterial aumenta, respira con inhalaciones cortas o aguanta la respiración, la piel se encuentra enrojecida y la voz es ronca. Su actitud interna y externa, termina por enfermar órganos y sistemas.

#### **CALCULADOR (SUPER RAZONABLE)**

A estos individuos se les exige que siempre digan lo correcto, que no demuestren emoción, que no respondan; es otra forma represiva que impide manifestar los sentimientos genuinos lo que crea tensión continua del sistema musculoesquelético, ya que se concentra en impedir todo movimiento.

#### **DISTRACTOR (IRRELEVANTE)**

Intenta llamar la atención sin importar los extremos a los que tenga que llegar, pues se siente irrelevante, su sentimiento interno es de aturdimiento; esta ocupado en mover la boca, el cuerpo, los brazos y las piernas, se

asegura de no ser concreto, ignora las preguntas; siente una terrible soledad, falta de propósitos.

#### **NIVELADORA (FLUIDA)**

En este tipo de comunicación todas las partes del mensaje siguen una misma dirección: Las palabras hacen juego con la expresión facial y el tono de voz. Las relaciones son más fáciles, libres y sinceras y la gente percibe menos amenaza para su autoestima. Es pues la forma de comunicación ideal ya que es total y no parcial. (22)

No existen estudios previos que relacionen directamente las enfermedades psicosomáticas con el tipo de comunicación nociva, sin embargo, la inquietud de profundizar en el tema ha sido abordado por expertos de la materia como Paulin Watzlawick "La teoría de la comunicación concibe un síntoma como un mensaje no verbal: No soy yo quien quiere o no quiere esto, sino algo fuera de mi control, por ejemplo mis nervios, mi ansiedad el alcohol, la educación que he recibido o mi esposa". (24)

El asma es una de las enfermedades sobre la cual se han realizado muchos trabajos de investigación para estudiar sus características como padecimiento psicosomático.

En uno de ellos se realizaron entrevistas a 100 niños asmáticos y a sus familiares en el centro alergológico de la clínica pediátrica de la Universidad de Roma y los resultados evidenciaron claramente la presencia de modelos interactivos típicos repetidos con problemas de comunicación y fuertemente disfuncionales que confirman ampliamente las características descritas por Salvador Minuchin: El aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación del conflicto, las superposiciones comunicativas que impiden la individuación de identidades; todos los mensajes, la gestualidad, las actitudes del cuerpo, la expresión de las emociones tienden a ese objetivo.

En este estudio un 30% de las familias declaran que la aparición de crisis asmática se ve facilitada por la concurrencia de factores emocionales; pero sólo el 3.9% de los pediatras valoran las tensiones emocionales entre los factores desencadenantes, como resultado, la demanda se orienta en un sentido estrictamente médico y farmacológico por lo que el 60% de los casos no parece presentar ninguna mejoría significativa. (20)

Basándose en lo anterior Minuchin trató a 7 pacientes asmáticos con uso de esteroides, él llevó cabo terapia familiar y observó que entre los 10 y 22 meses ocurrió remisión de síntomas evitando el uso de esteroides y la frecuencia de accesos de asma disminuyó considerablemente.

Asimismo, se presentó el caso de una niña de 7 años de edad que acudía al hospital Infantil de México, por cursar con asma de difícil control (hasta 5 veces a la semana) se llevó a cabo una terapia familiar por tres años. Se logró disminuir la frecuencia de las crisis y los cambios que aparecieron en la dinámica familiar la hicieron más funcional. Entre los problemas detectados se observó:

- No habían límites bien establecidos y existía dificultad para comunicar sus ideas y sentimientos.
- Los afectos eran reprimidos .
- La paciente identificada mantuvo mutismo selectivo con el terapeuta.
- Todos los integrantes de la familia reprimen su agresión.
- Todos se comunican con mensajes oscuros e indirectos.

Durante el proceso terapéutico se favoreció la comunicación y la expresión afectiva, se fijaron límites claros y se resolvieron problemas instrumentales por lo que la frecuencia de las crisis asmáticas disminuyó hasta una vez cada 4 meses.(4)

Un evento que apoya lo dicho es el resultado de la investigación que reporta que el asma intratable mejora con la conversación terapéutica, este evento se basó en los trabajos de Foucault que dice que a través del discurso se pueden producir cuerpos dóciles, por medio de un proceso disciplinario, en el que se expresan los problemas físicos o emocionales, tomando en cuenta el contexto, la historia y la cultura de cada familia, para crear su propia conversación terapéutica.

Esta familia de teoristas terapéuticos han descrito cómo el significado y la mente humana son fenómenos intersubjetivos contruidos a través del lenguaje y del discurso. ( 21)

En cuanto a la diabetes, la familia del paciente diabético se ve envuelta en su enfermedad, deben aceptar una serie de limitaciones y romper con expectativas, pero además, prevalece la autodestrucción, negación, manipulación y encubrimiento de otros conflictos familiares (Boheman, Popkin, 86). Los olvidos en las dosis de insulina, las alteraciones en la dieta o el generar condiciones propias para una crisis, hace al paciente

vulnerable a procesos depresivos, convirtiendo al padecimiento en un lenguaje y organizador de su vida familiar.(3)

El médico familiar debe actuar entonces como canal de comunicación, al hacer posible la verbalización de la culpa y sentimientos, busca entonces la forma de intercambio entre cada uno de los miembros de la familia y el paciente identificado; así se produce una adaptación más sana y de este modo se previene la somatización por una mala adaptación a la enfermedad crónica. (18)

Un estudio interesante en 60 parejas examina la asociación entre la complejidad cognitiva y la habilidad para comunicarse y el resultado muestra que esta asociación es más grande entre las parejas con conflictos que en las que no presentan conflictos, lo que sugiere que el conflicto puede haber actuado como motivador en el ejercicio de la comunicación la cual se reportó como menos efectiva. (5)

Los pacientes expresan su dolor y usan el lenguaje somático para describir sus dificultades ya sea físicas o emocionales, típicamente estos pacientes manifiestan resistencia a la ayuda profesional. El lenguaje de somatización es parte de una conducta aprendida que funciona en las enfermedades crónicas, sus fluctuaciones depende de otros médicos o de situaciones emocionales tensas como la represión en la comunicación. (16)

En los últimos 11 años la somatización es considerada un serio problema del sistema de salud por el sufrimiento que lleva a los pacientes y a sus familias, lo intratable de algunas enfermedades, la frustración que causa a los médicos y el gasto en tratamientos médicos innecesarios .

Muchos pacientes y sus familias sienten que no pertenecen a la comunidad de salud de los cuales ellos dependen, sienten que sus problemas y protestas son inhabilitadas sobre todo cuando son referidos a una clínica de salud mental, por esta razón se niegan a acudir a esta clínica, pues son llamados histéricos, resistentes, altamente complacientes, adictos al rol de enfermo, adicto a las drogas o con desorden en su personalidad. Esto es descrito muy bien por Anderson (1992) que proporciona una estructura comunicacional para un diálogo fructífero, sobretodo cuando las personas consideradas como somatizadores se sienten abatidos, humillados o devaluados; está basado en proporcionar nuevas formas de comunicación, con sistemas más abiertos entre el paciente y su familia y entre éstos y el médico. (11)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de las enfermedades psicosomáticas, alcanzaría según los autores, del 20 al 50% de la clientela del médico general o de un especialista en medicina interna. Esta estadística hecha en los países europeos donde las condiciones de vida son comparables a las de Francia, Alemania e Inglaterra, dan cifras que se acercan al tercio.

En efecto en la república federal de Alemania se ha podido estimar que hay 8 millones de pacientes psicosomáticos, en el amplio sentido de la palabra (Wesiak); se comprenderá que el peso del tratamiento recaiga en médicos familiares y no en los psiquiatras.

Según Schab y Warheit, en las clases trabajadora hay hasta un 30% de enfermedades psicosomáticas y en la clase alta solamente un 9%, lo que revela el incremento de la motivación para tener una buena salud si las condiciones de vida son satisfactorias.

Esta diferencia se explica igualmente por el hecho de que el lenguaje corporal tiene un papel cuanto más importante, cuanto menores son las posibilidades para la expresión verbal.

Las comparaciones transculturales han aclarado la influencia del entorno sobre las enfermedades del individuo, así las reacciones psicosomáticas y la tendencia a la somatización de conflictos psicosociales, se encuentra en todas las civilizaciones, incluidas las preliterarias. De hecho se han podido deducir que las distintas formas de criar a los niños, el estilo de comunicación y la "personalidad de base" desempeña un papel en la elección de ciertas enfermedades psicosomáticas, así como en la manera de responder al stress. Por ejemplo, en la población italiana las enfermedades funcionales del tracto gastrointestinal están más fuertemente representadas que en las poblaciones nórdicas; en cambio la migraña disminuye de frecuencia del norte al sur de Europa. Esto puede explicarse por el ideal educativo y la introversión en el norte de Europa.

Para Gröen los tabúes sociales contra la agresividad manifiesta, sería menos rígidos en las sociedades primitivas, y ello facilitaría la explosión de conflictos abiertos, expresión de miedo y cólera. El individuo se encuentra

entonces forzado a recurrir a su propio cuerpo como un instrumento de expresión simbólica.(12)

En base a la experiencia de la consulta diaria en la clínica del ISSSTE, se ha podido constatar que muchos de los pacientes que demandan consulta lo hacen tres o cuatro veces al mes por síntomas como cefalea, dolor, lumbalgia o descompensación de enfermedades crónico degenerativas.

En estos pacientes se descarta mediante estudios de laboratorio y gabinete alguna causa orgánica por lo que se considera un diagnóstico alternativo, una causa psicósomática. Ellos mismos tienen expresiones recurrentes de limitaciones en su capacidad de comunicación.

Ante esta situación, se presentó la necesidad de precisar los factores de comunicación familiares que pudieran estar participando como variables en el desarrollo de estas enfermedades psicósomáticas.

## JUSTIFICACION

Pacientes con cefalea, hipertensión arterial, lumbalgia, artritis reumatoide , colitis, asma, diabetes no insulino dependiente, enfermedad acido péptica, dolor precordial paroxístico benigno, prurito psicopático y otras condiciones patológicas de curso crónico, son precipitadas o exacerbadas por estímulos psicológicos. Todos ellos son enfermos que constituyen un contingente importante de la población que asiste con frecuencia a los hospitales, generando costos elevados a la infraestructura económica de las instituciones de salud y desviando los recursos materiales.

También implica costos para la empresa donde laboran ya que se incapacitan frecuentemente para trabajar ya sea a través de incapacidades continuas o prolongadas, esto afecta el aparato productivo y económico no sólo de la empresa sino también del país.

En el núcleo familiar se presentan problemas en el subsistema conyugal, el sujeto continuamente enfermo no satisface las necesidades propias, ni llena las expectativas de su pareja, como lo indican los estudios de Balint, esto crea distanciamiento y enojo en el otro, al mismo tiempo, cuando surgen conflictos familiares se autolimita y se autoincapacita para enfrentarlos y resolverlos, este continuo, genera entonces otros problemas de comunicación o de disfunción familiar e inclusive podría conducir a alguno de sus miembros al alcoholismo o a la drogadicción.

Además, los hijos aprenden esta forma de comportamiento, como lo expresa Bandura en 1977 en su teoría de imitación de modelos pues si bien, la enfermedad les permite quejarse o evadir los problemas, ellos a su vez en su vida adulta, repetirán el mismo patrón de comportamiento, lo cual crea toda una generación de personas improductivas y dependientes con ruptura de su propia estructura familiar y social.

La importancia de este estudio radica en hacer llegar la información a los médicos de consulta externa para optimizar su papel como médicos familiares cumpliendo con uno de los objetivos primordiales como es la identificación del problema y posteriormente tratamiento o canalización adecuada, ya que muchos médicos desconocen la frecuencia de estas enfermedades y carecen de capacidad para identificarlos.

**La trascendencia de este estudio radica en que correlaciona directamente la enfermedad psicosomática y la mala comunicación en términos objetivos, la irritación y la molestia que causa la falta de expresión del pensamiento, del ser y del sentir provocan síntomas y éstos enfermedad. Todo esto conduce al conflicto y a disminuir la capacidad para vivir armoniosamente y si partimos del hecho de que todo nace en la familia, esta investigación reviste importancia porque no sólo nos permite el análisis de la interacción familiar sino que también abre nuevas perspectivas para apoyar, educar y habilitar a la familia, de este modo crear personas más fuertes y congruentes, además de que se realiza el papel y función del médico familiar dándole el marco y contexto de su práctica real el diario vivir.**

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación que existe entre la comunicación nociva como factor predisponente en el desarrollo y desencadenamiento de las enfermedades psicósomáticas en los ámbitos familiares y de trabajo.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los estilos de comunicación nociva como factor de interacción negativa en la familia.
2. Disminuir a nivel institucional la inversión que implica los numerosos estudios invasivos a que son sometidos los pacientes con trastornos psicodiagnóstico para canalizar esos recursos a otras formas de psicodiagnóstico y tratamiento como la intervención psicoterapéutica y a través de esto, reincorporar a los pacientes a una vida productiva y mentalmente más sana.
3. Si se observa en forma directa la comunicación entre el individuo enfermo y los otros seres significativos de su vida, es posible identificar configuraciones de comunicación que encierran importancia para el diagnóstico y permiten planificar la estrategia más apropiada para la intervención terapéutica.
4. Conocer que tipo de comunicación es más frecuente en relación al nivel de escolaridad, edad, sexo y el número de personas con las que conviven y saber de que modo estas variables intervienen en la dinámica familiar.

## HIPOTESIS

**Existe una relación importante entre patrones de comunicación nociva en el núcleo familiar y el desarrollo de enfermedad psicosomática; entonces si hay una comunicación fluida y niveladora se logra una disminución de los síntomas de una enfermedad psicosomática. Es decir, a mejor comunicación menor incidencia de enfermedad psicosomática; en las familias con una comunicación adecuada se espera observar menos enfermedad psicosomática.**

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación con un diseño observacional, transversal, prospectivo y comparativo (del 10 de abril de 1995 al 17 de Octubre de 1995).

### POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Se llevo a cabo con pacientes del primer nivel de atención de la consulta externa del la clínica-hospital "B" del ISSSTE de Chetumal, Q. Roo. (del 10 de Abril de 1995 al 17 de Octubre de 1995).

### TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se eligió a la población que consulta en el módulo No.1 y a partir de la fecha de inicio del estudio, se seleccionó al azar a las 50 primeras personas en las que se demostró trastornos psicósomáticos y a las primeras 50 personas en quienes se demostró padecimiento orgánico en un universo de 5 000 personas. La etiología se determinó con examen físico completo, estudios de laboratorio, Rx y con interconsultas a médicos especializados.

### CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con diagnóstico (de médico psiquiatra) de angustia, depresión, neurosis, o con personalidad tipo "A".
2. Pacientes que toman antidepresivos o ansiolíticos bajo prescripción médica psiquiátrica y que además presentan uno o más trastornos como hipertensión hiperreactora, cefalea tensional, prurito psicopático o diabetes no insulino dependiente descompensada. En todos ellos se realizaron estudios de ECG, EEG, TAC, SEGD, Colon por Enema, Mielografía, Urografía excretora y placas simples de abdomen y tórax, de acuerdo a la patología reportada y con el fin de descartar un problema orgánico. Además, se solicitó la valoración de médicos especialistas para cada caso.
3. Pacientes de ambos sexos.
4. Pacientes de 16 a 76 años de edad.

**CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Pacientes en cuya primera consulta a medicina familiar se les diagnostica como neuróticos sin el apoyo de un psiquiatra o que no tiene un seguimiento adecuado de su padecimiento.
2. Pacientes con diagnóstico psiquiátrico de angustia, depresión o neurosis que no presentaron ningún trastorno orgánico o somatoforme.
3. Pacientes con enfermedad primaria que den origen a otros trastornos orgánicos como en el caso de las cardiopatías o nefropatías con hipertensión.

**CRITERIOS DE ELIMINACION**

1. Pacientes que no hayan consultado en el último año y que no tienen antecedentes.
2. Todos aquellos que se encuentran recibiendo psicoterapia de apoyo por psicólogo o por psiquiatra.
3. Pacientes que durante el estudio y el tratamiento prescrito decidan por su cuenta acudir a terapia de apoyo.

## VARIABLES DE MEDICION

### VARIABLE DEPENDIENTE

Comunicación nociva y sus características como son baja autoestima, frustración, cólera y represión.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Enfermedad psicósomática (úlceras pépticas, cefalea tensional, lumbalgia, colitis, HTAS hiperreactora, taquicardia paroxística benigna, asma y psicodermatosis). También se consideraron como variables la edad, el sexo, la escolaridad y el número de personas con las que conviven, para determinar de qué modo estos factores pueden intervenir entre la comunicación y la enfermedad psicósomática.

### PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizó una encuesta de 29 preguntas diseñadas por dos psicólogos de acuerdo a la definición que Virginia Satir tiene de los estilos de comunicación, estas preguntas fueron cerradas, con respuestas de falso o verdadero sin considerar la respuesta de "no lo sé" por creer que estas fueron lo suficientemente claras, de hecho en la aplicación de las encuestas ningún paciente dejó una pregunta sin contestar.

Las variables se identificaron a través del expediente, después de aplicar a los pacientes la encuesta (anexo), posteriormente se compararon los dos grupos con el fin de conocer qué estilos de comunicación prevalecen en cada uno, y si éstos son determinantes para el desencadenamiento o permanencia de una alteración en un paciente con enfermedad psicósomática.

## CONSIDERACIONES ETICAS

### DECLARACION DE HELSINKI

#### INTRODUCCION

El médico tiene por misión natural la protección de la salud del hombre, función que desempeña en plenitud de sus conocimientos y de su conciencia.

En su declaración de Ginebra, la Asociación Médica Mundial constriñe al médico a considerar como su preocupación fundamental la salud del hombre; por otra parte, el código internacional de deontología médica le prohíbe que dé ningún consejo o adopte cualquier medida que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano, a menos que estén justificados por el interés directo del enfermo.

La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los métodos de diagnóstico, terapéuticos y profilácticos entrañan riesgos. Los mismos cabe decir *a fortiori* de la investigación biomédica.

El progreso de la medicina requiere investigaciones que en último término deben basarse en parte en la experimentación en el hombre.

En el terreno de la investigación biomédica, conviene establecer una división fundamental entre la investigación médica efectuada en un paciente con fines esencialmente diagnóstico o terapéutico y aquella cuya finalidad esencial es puramente científica y no posee ningún valor diagnóstico o terapéutico directo para el sujeto.

La ejecución de investigaciones susceptibles de afectar el medio ambiente requiere especial precaución; por otra parte se respetará siempre el bienestar de los animales empleados en la investigación.

En atención a que, para el progreso de la ciencia y para el bienestar de la humanidad doliente, se ha hecho indispensable aplicar al hombre los

resultados de las experiencias de laboratorio, la Asociación Médica Mundial ha formulado las recomendaciones que siguen con objeto de que sirvan de norma a todos los médicos que realicen trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos. Estas recomendaciones serán objeto de una revisión regular en el futuro. Importa poner de relieve que las normas que figuran en este cuerpo doctrinal no se propone otra finalidad que servir de guía deontológica a los médicos de todo el mundo y que nada les exime de su responsabilidad penal, criminal y ética con respecto a las leyes de sus propios países.

### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

1. Los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos deberán conformarse a los principios científicos generalmente reconocidos y basarse en pruebas de laboratorio y ensayo en animales practicados debidamente, así como en un conocimiento profundo de la bibliografía científica.
2. Debe respetarse siempre el derecho de cada individuo a salvaguardar su integridad personal. Habrá de adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto y para reducir al mínimo las repercusiones del estudio en la integridad física y mental del sujeto y en su personalidad.
3. En todo trabajo de investigación sobre seres humanos, se informará debidamente al posible sujeto de los objetivos, los métodos, las ventajas previstas y los posibles riesgos inherentes al estudio, así como de las incomodidades que éste puede acarrear. Habrá de informarse al sujeto de que si lo desea, puede abstenerse de participar en el estudio y de que libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento. El médico deberá obtener de ser posible por escrito, el consentimiento del sujeto, que este podrá otorgar o negar libremente, una vez debidamente informado.
4. En la obtención del consentimiento consciente para el proyecto de investigación, el médico habrá de obrar con particular precaución si el sujeto se encuentra en un relación de dependencia respecto de él o puede consentir por coacción. En ese caso deberá obtener el conocimiento "informado" un médico que no participe en la

investigación y que sea independiente por completo de esa relación oficial.

**III INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA CON  
SUJETOS HUMANOS  
(INVESTIGACION BIOMEDICA NO CLINICA)**

1. Los sujetos deberán ser voluntarios, lo mismo si se trata de personas sanas que de pacientes cuya enfermedad no guarda relación con la experimentación proyectada.
2. En las investigaciones con seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad jamás deberá prevalecer por encima de las consideraciones relacionadas con el bienestar del sujeto.(25)

Por todo lo anteriormente expuesto no fue necesaria la carta de consentimiento pues no se atentó contra la integridad física o psíquica de paciente.

La encuesta se realizó en forma confidencial teniendo presente que se registraría la cédula de afiliación en caso de requerir verificación a través de expedientes.

## RESULTADOS

Los resultados reportan que en ambos grupos, el grado de escolaridad observado con mayor frecuencia, fué el de secundaria (gráfico 1 y 2).

El número de personas con quienes conviven en el grupo control, fué de más de 5 y en el grupo enfermo de 4 (gráfico 3 y 4), lo cual nos habla de que en nuestra cultura todavía predominan las familias con numerosos miembros.

En cuanto al estado civil, en ambos grupos los casados se manifestaron como aquellos que presentan tanto enfermedades orgánicas como psicósomáticas (gráfico 5).

Igualmente en los dos grupos el sexo femenino sobresalió (gráfico 6), en la edad comprendida entre los 40 y 50 años en el grupo psicósomático y entre los 30 y 40 años en el grupo control (gráficos 7 y 8).

La descripción de los tipos de comunicación indican que en el grupo control 32 se comunican en forma adecuada y 18 en forma nociva, de éstos, 8 corresponden al modo de comunicación Super Razonable, 7 al Irrelevante, 2 al Agresivo, y al Minusválido uno. En el grupo psicósomático solo 20 se comunican en forma adecuada y 30 en forma nociva, y por orden de frecuencia los tipos de comunicación son: la Super Razonable con 13 pacientes, el Agresivo con 8, el Irrelevante con 6 y el Minusválido con 3 (gráfico 9).

En el grupo control las enfermedades que se presentan por orden de frecuencia son: lumbalgia(20) 40%, colitis (13) 26%, cefalea (3) 6%, HTAS (3) 6%, D.M. no insulínica (3) 6%, asma (3) 6%, A.R. (2) 4%, enfermedad ácido péptica (2) 4% y dolor precordial paroxístico benigno (1) 2% (gráfico 10).

En el grupo psicósomático las enfermedades fueron: cefalea (20) 40%, colitis (11) 22%, HTAS (7) 14%, lumbalgia (4) 8%, A.R. (2) 4%, D.M. (1) y prurito psicopático (1) 2% (gráfico 11).

A continuación se exponen en forma de gráficos los resultados obtenidos en cada una de las variables.

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMÁTICOS  
DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD  
GRUPO CON ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA**

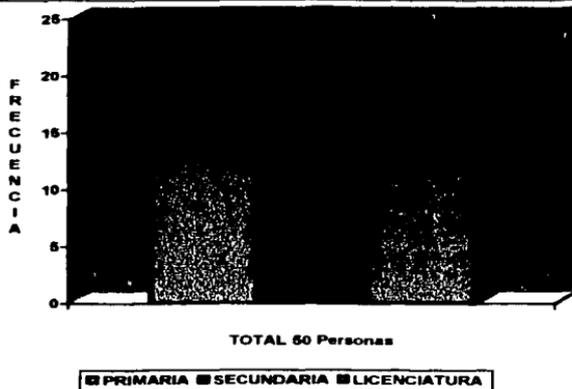


GRAFICO I

FUENTE: E.E.C.E.F.P.P.

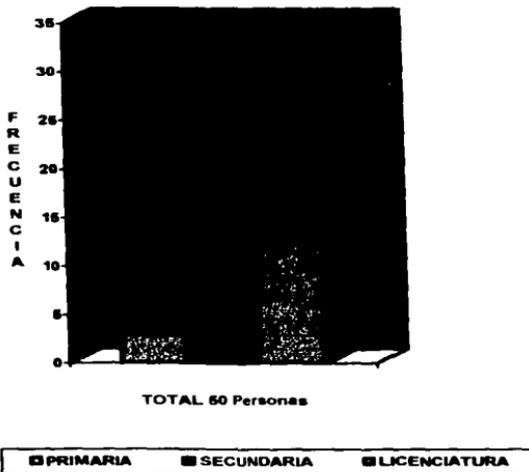
(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMOMATICOS  
DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD  
GRUPO CONTROL**

---



**GRAFICO 2**

**Fuente: E.E..C.E.F.P.P.**

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).  
Clínica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.  
Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR NUMERO DE PERSONAS CON QUE  
CONVIVEN  
GRUPO CON ENFERMEDAD PSICOSOMATICA**

---

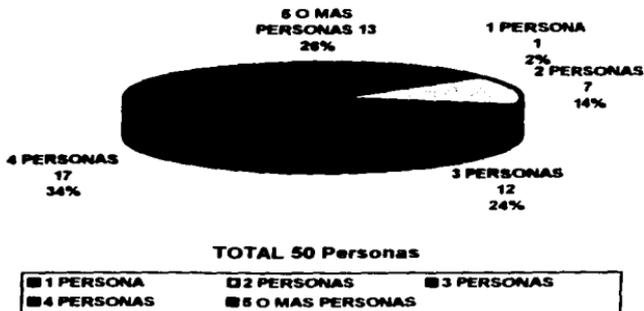


GRAFICO 3

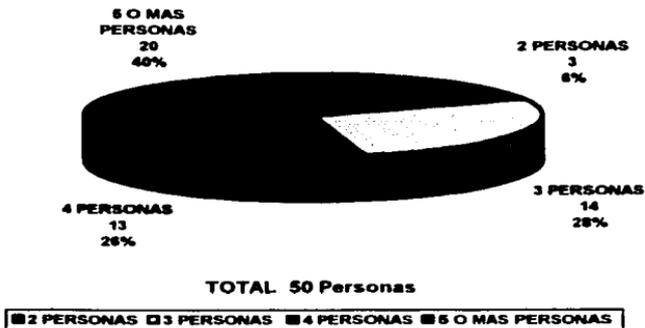
Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familia con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR NUMERO DE PERSONAS CON QUE  
CONVIVEN  
GRUPO CONTROL**



**GRAFICO 4**

**Fuente: E. E.C.E.F.P.P.**

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).  
Clínica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.  
Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL**

---

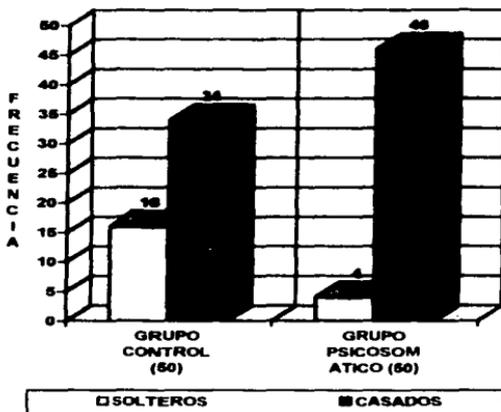


GRAFICO 5

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicossomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMOMATICOS  
DISTRIBUCION POR SEXO**

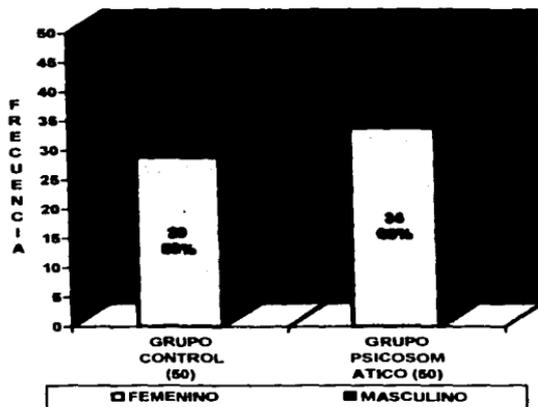


GRAFICO 6

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

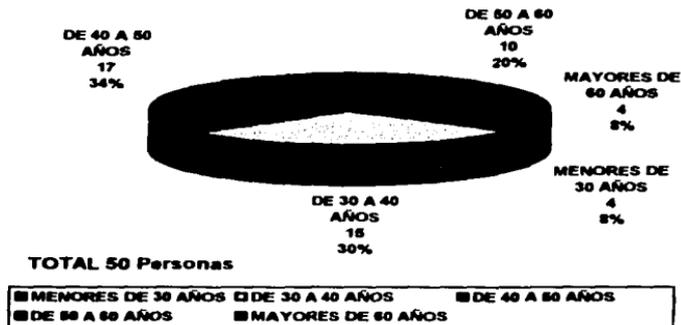
(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicossomáticos).

Clínica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR EDADES  
GRUPO CON ENFERMEDAD PSICOSOMATICA**

---



**GRAFICO 7**

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

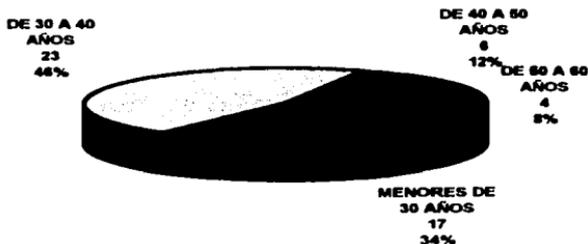
(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicosomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre de 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR EDADES  
GRUPO CONTROL**

---



**TOTAL 50 Personas**

■ MENORES DE 30 AÑOS	□ DE 30 A 40 AÑOS
■ DE 40 A 50 AÑOS	■ DE 50 A 60 AÑOS

**GRAFICO 8**

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMOMATICOS  
DISTRIBUCION POR EL TIPO DE COMUNICACIÓN**

---

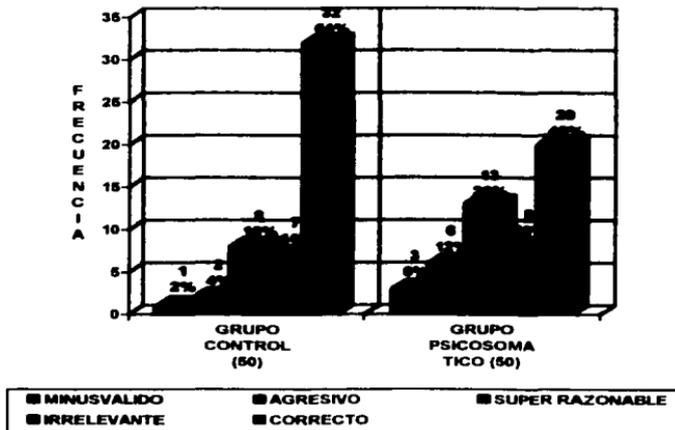


GRAFICO 9

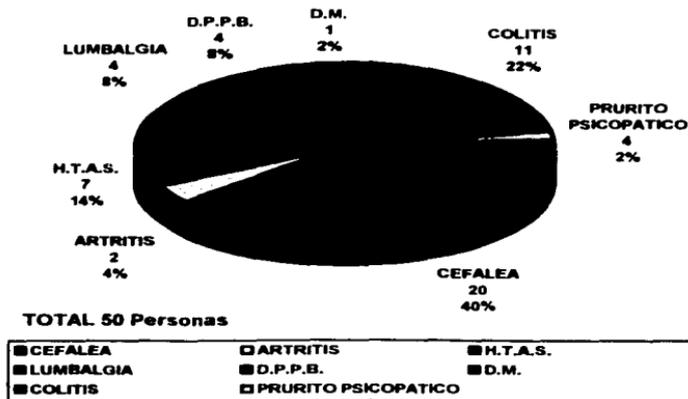
Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicossomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR ENFERMEDAD  
GRUPO PSICOSOMATICO (ESTUDIO)**



**GRAFICO 10**

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

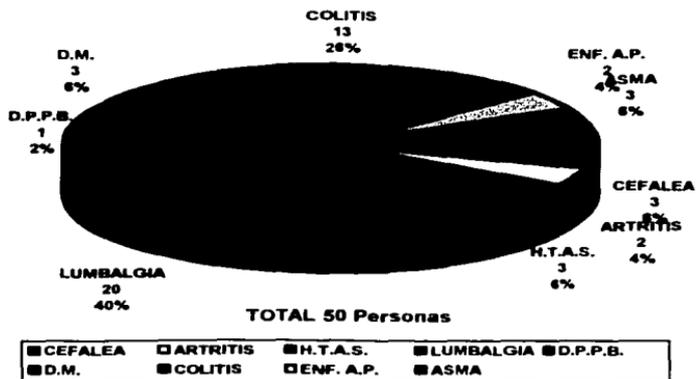
(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clínica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1999

**TIPOS DE COMUNICACION QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS  
CON PACIENTES PSICOSOMATICOS  
DISTRIBUCION POR ENFERMEDAD  
GRUPO CONTROL**

---



**GRAFICO 11**

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital ISSSTE. Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

## **ANALISIS DE RESULTADOS ENCONTRADOS**

**El modelo matemático utilizado para el análisis de datos es Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) ya que permite comparar las proporciones entre dos grupos.**

**A continuación se exponen las tablas con el análisis correspondiente.**

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS CON PACIENTES  
PSICOSOMATICOS**

CUADRO No. 1

<b>ANALISIS COMPARATIVO ENTRE TIPOS DE COMUNICACIÓN Y ENFERMOS PSICOSOMATICOS</b>						
<b>ENFERMOS PSICOSOMATICOS</b>	Minusválido	Agresivo	Super Razonable	Irrelevante	Equilibrado	Total
Sin Enf. Psicosomática	2% No. 1	4% No.2	16% No.8	14% No.7	64% No.32	50
Con Enf. Psicosomática	6% No.3	12% No.6	26% No.13	16% No.8	40% No.20	50
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: E. E. C. E. F. P. P

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicossomáticos)

Clinica hospital del ISSSTE Chetumal, Q. Roo.

Noviembre de 1995.

En el cuadro No. 1 el 64% de 50 pacientes sin enfermedad psicósomática se comunican en forma equilibrada y sólo un 40% de 50 pacientes con enfermedad psicósomática se comunican de modo equilibrado, con un nivel de significancia de 0.13 y un porcentaje de comparación de 7.03.

El tipo de comunicación nociva que prevalece es el de Super Razonable con 16% y el irrelevante con 14%, en el grupo control. En el grupo que si presentó enfermedad psicósomática prevaleció la comunicación nociva con 60%, entre ellas, la comunicación Super Razonable sobresale con 26% y el Irrelevante con 16% de 50 pacientes.

Esto significa que en este estudio se demuestra que el tipo de comunicación que prevalece en las familias con un paciente psicósomático es el de tipo nocivo. Esto evidencia claramente modelos interactivos típicos repetidos con problemas de comunicación y fuertemente disfuncionales que confirman ampliamente las características descritas por Salvador Minuchin. Las superposiciones comunicativas como es el estilo de comunicación nociva Super Razonable, tienden hacia ese objetivo.

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS CON PACIENTES  
PSICOSOMÁTICOS**

**CUADRO No. 2**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DISTRIBUCIÓN POR EDADES Y ENFERMOS PSICOSOMÁTICOS</b>						
<b>EDAD*</b>						
	Menores 30 a.	30-40 a.	40-50 a.	50-60 a.	+60	Total
Sin Enf. Psicosomática	No.17 34%	No.23 46%	No.6 12%	No.4 8%	No.0 0.0%	50 50.0%
Con Enf. Psicosomática	No.4 8%	No.15 30%	No.17 34%	No.10 20%	No.4 8%	50 50.0%
<b>TOTAL</b>	21 21.0%	38 38.0%	23 23.0%	14 14.0%	4 4%	100 100.0%

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital del ISSSTE de Chetumal, Q. Roo.

Noviembre de 1995.

En el cuadro No. 2 la edad que prevalece en el grupo sin enfermedad psicósomática, fué entre los 30 y 40 años con 23 pacientes; después los menores de 30 años con 17 pacientes y de último entre 50 y 60 años con 4 pacientes.

En el grupo con enfermedad psicósomática prevaleció en primer lugar el grupo etáreo entre 40 y 50 años, en segundo lugar entre 30 y 40 años, y en tercer lugar entre 50 y 60 años; en igual proporción los menores de 30 y los mayores de 60 años con 4 pacientes cada uno.

Aparentemente el grupo etáreo que mejor se comunica son los mayores de 60 años, y de éstos, los 4 que sí presentaron enfermedad psicósomática, es probable que utilicen este padecimiento como forma disfrazada de comunicación, hecho que ha sido descrito en 1994 por Nancy Bacon.

En el grupo sin enfermedad psicósomática los menores de 40 años presentaron más problemas en su comunicación ( 17 +23= 40 pacientes de 50).

En términos generales se observó que los pacientes menores de 50 años tienen la tendencia a comunicarse en forma nociva.

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS CON PACIENTES  
PSICOSOMÁTICOS**

**CUADRO No. 3**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EDAD Y TIPOS DE COMUNICACION</b>						
<b>Edad</b>	<b>-30</b>	<b>30-40</b>	<b>40-50</b>	<b>50-60</b>	<b>+60</b>	<b>Total</b>
Minusválido	No.0 0.0%	No.2 5.3%	No.1 4.3%	No.1 7.1%	No.0 0.0%	No.4 4.0%
Agresivo	No.1 4.8%	No.3 7.9%	No.2 8.7%	No.1 7.1%	No.1 25.0%	No.8 8.0%
Super Razonable	No.4 19.0%	No.7 18.4%	No.7 30.4%	No.2 14.3%	No.1 25.0%	No.21 21.0%
Irrelevante	No.5 23.8%	No.5 13.2%	No.5 21.7%	No.0 0.0%	No.0 0.0%	No.15 15.0%
Equilibrado	No.11 52.4%	No.21 55.3%	No.8 34.8%	No.10 71.4%	No.2 50.0%	No.52 52.0%
Total	No.21 21.0%	No.38 38.0%	No.23 23.0%	No.14 14.0%	No.4 4.4%	No.100 100.0%

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos).

Clinica hospital ISSSTE .Chetumal, Q. Roo.

Noviembre 1995.

En el cuadro No. 3 la comunicación del Minusválido se encuentra representado por una minoría (4 pacientes) en comparación con los otros estilos de comunicación nociva en menores de 60 años, es mas frecuente en la edad comprendida entre los 30 y 40 años (2 pacientes).

El agresivo ocupa el tercer lugar y la edad en la que predomina es entre los 30 y 40 años; el Super Razonable en primer lugar sobresale con 21 pacientes en la edad comprendida entre los 30 y 40 años (7 pacientes) y entre los 40 y 50 años (7 pacientes); por último el irrelevante en se manifestó como la segunda forma de comunicación nociva prevaleciendo en los menores de 50 años, siendo 15 pacientes de 100 en total.

En términos generales la edad en la que se reportan mas problemas de comunicación es entre los 30 y 40 años que esta representado por 21 pacientes, de aqui la importancia del estudio, ya que, aunque Virginia Satir y Don Jackson han descrito los cuatro estilos de comunicación, hasta la fecha no han descrito en que edad prevalece ni que tipo de comunicación es mas frecuente de acuerdo a sus estudios, sin embargo este análisis no es contundente porque la muestra no es suficiente como para generalizar; tendrían que hacerse un estudio con una muestra mas representativa para llegar a datos más concretos.

**TIPOS DE COMUNICACIÓN QUE SE PRESENTAN EN FAMILIAS CON PACIENTES  
PSICOSOMÁTICOS  
CUADRO No. 4**

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TIPO DE COMUNICACIÓN Y ENFERMEDAD</b>											
<b>ENFERMEDAD</b>											
<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>ASMA</b>	<b>CEFALEA</b>	<b>LUMBALGIA</b>	<b>COLITIS</b>	<b>A.R.</b>	<b>D.P.B.</b>	<b>H.T.A.S</b>	<b>D.M.</b>	<b>P.P.</b>	<b>A.P.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MINUSVÁLIDO</b>	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	4
<b>AGRESIVO</b>	0	4	2	0	1	0	1	0	0	0	8
<b>SUPER RAZONABLE</b>	1	6	4	5	1	0	1	2	1	0	21
<b>IRRELEVANTE</b>	0	3	6	2	0	3	0	0	0	1	15
<b>EQUILIBRADO</b>	2	9	12	15	2	1	8	2	0	1	52
<b>TOTAL</b>	3	23	24	24	4	5	10	4	1	2	100

Fuente: E.E.C.E.F.P.P.

(Encuesta para detectar estilos de comunicación que prevalecen en familias con pacientes psicósomáticos)

Clinica hospital del ISSSTE Chetumal, Q. Roo.

Noviembre de 1995.

En el cuadro No. 4 en la columna de los totales se muestra que el tipo de comunicación Minusválida estuvo representado por 4 pacientes, el agresivo por 8, el Super Razonable con 21 y el Irrelevante con 15, la comunicación equilibrada por 52 pacientes de un total de 100 elementos. En cuanto a las enfermedades el asma estuvo representado por 3 pacientes, la cefalea por 23, la lumbalgia y la colitis por 24 cada uno, la artritis reumatoide por 4 pacientes, el dolor precordial paroxístico benigno (D.P.P.B.) por 5 pacientes; la Hipertensión arterial sistémica (H.T.A.S.) por 10 pacientes, la Diabetes mellitus por 4, el Prurito Psicopático (P.P.) por un paciente y la enfermedad ácido péptica (A.P.) por 2 pacientes de un total de 100.

La intención de este cuadro es señalar que prevalece la comunicación nociva en enfermos que presentan trastornos psicossomáticos; los padecimientos que se manifestaron como tales son principalmente la cefalea, la colitis y la lumbalgia, y los tipos de comunicación que más frecuentemente se encuentran relacionados son el Super Razonable y el Irrelevante.

Esto significa que los pacientes que padecen cefalea o colitis pueden tener un tipo de comunicación Super Razonable y aquellos que con frecuencia padecen cuadros de lumbalgia sin afectación orgánica se comunican de modo Irrelevante.

Analizado de otro modo podría pensarse en base a este estudio que los pacientes que frecuentemente hacen cuadros de cefalea y colitis se mueven en un medio en donde se comunican de un modo tal que se les exige que siempre digan lo correcto, que no demuestren emoción, que no respondan y a quienes se les impide toda manifestación de sentimientos que son las características del Super Razonable.

En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes y la hipertensión arterial, aquí se observó que la forma de comunicación que prevalece en ellos es el modo equilibrado.

## CONCLUSIONES

Se pudo identificar que entre las causas predisponentes de enfermedad psicósomática se encuentran los cuatro estilos de comunicación nociva, que de mayor a menor grado de afectación son: Super Razonable, Agresivo, Irrelevante y Minusválido; el estudio realizado revela que existe una correlación entre éstos y la enfermedad psicósomática (Cefalea, Lumbalgia, Colitis, Artritis, Dolor Precordial Paroxístico Benigno, Hipertensión Hiperreactora, Enfermedad ácido péptica o Diabetes no insulino dependiente), con **nivel de significancia de 0.13 y un porcentaje de comparación de 7.03.**

Se observó que las personas que se encuentran en un ambiente donde existe una comunicación Super Razonable, tendrán mayor tendencia a desarrollar enfermedades de carácter psicósomático como cefalea y colitis en comparación a otro que se desenvuelve en un ambiente de comunicación Minusválida.

También se obtuvieron una serie de datos que nos pueden funcionar como elementos de detección en pacientes con posibilidades de desarrollar enfermedad psicósomática como es el caso de la cefalea y la lumbalgia con respecto al sexo femenino en una edad comprendida entre los 40 y 50 años.

Si nosotros conocemos el tipo de comunicación en una familia podemos esperar determinados trastornos somatoformes, o si después de minuciosos estudios detectamos a un paciente psicósomático, podemos investigar su comunicación, si ésta es mala, se podría incorporar a un proceso educativo para mejorar este aspecto, en otras palabras, este estudio ofrece la posibilidad de considerar otras opciones en el manejo de un padecimiento analizado desde un punto de vista orgánico.

Identificar a los pacientes psicósomáticos y observar en forma directa la comunicación entre el enfermo y los otros seres significativos de su vida proporciona a los médicos configuraciones de comunicación que encierran importancia para el diagnóstico y permiten planificar la estrategia más apropiada para la orientación y si esto no es posible, canalizar al terapeuta especializado.

Esta investigación tiene la finalidad de proporcionar al médico familiar un enfoque preventivo y educativo en el campo de la salud familiar, ya que si se detecta a tiempo un paciente con enfermedad psicósomática y comunicación nociva, es posible limitar el daño y rehabilitar a la familia dando a conocer los estilos de comunicación, a través de la difusión como son los programas de capacitación con los que cuenta el ISSSTE, dirigido, en este caso a los pacientes identificados de la consulta externa de medicina familiar.

Estudiar a un paciente psicósomático y su comunicación dentro del contexto familiar y social es poner en práctica la medicina familiar, es un instrumento que nos permite tratar a las familias en forma integral, de este modo si a estos pacientes se les previene, se les trata y se les canaliza en forma adecuada necesariamente se reducen los costos que implica el uso de numerosos estudios invasivos.

Corroborando las aseveraciones de Virginia Satir acerca de que todos sabemos indagar e investigar prácticamente todo; hoy, nuestro desafío es desarrollar seres humanos con valores -morales, éticos y humanistas- que puedan utilizar, de manera eficaz, este desarrollo; y, subrayando los principios de Henry Maudsley en los albores del siglo veinte y finales del diecinueve "Si la emoción no se libera...se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento. La pena que puede expresarse mediante gemidos y llantos no se olvida con rapidez, mientras que la pena muda, que roe el corazón continuamente, acaba por romperlo"

Arnulfo Irigoyen nos proporciona otro instrumento como lo es el famiogramas que nos permite conocer los patrones de comunicación y acercamiento de cada uno de los elementos que integran la familia, al mismo tiempo, Griffith sugiere nuevas formas de comunicación con sistemas más abiertos entre el paciente y su familia y entre éstos y el médico; por otra parte Zulaika apunta a los síntomas como una de las múltiples formas de entrada a los sistemas.

El conocimiento más profundo de la génesis de enfermedades psicósomáticas en relación a los tipos de comunicación y la consideración de su presencia en la consulta diaria atraerán más la atención del tratante con la posibilidad de que en el proceso de interacción se conduzca a un autoanálisis con mayor frecuencia, lo que redundaría en un beneficio adicional.

ESTA TESIS NO DEBE  
SER DE LA BIBLIOTECA

49

**Este proceso también resulta benéfico para el paciente, para la familia para la Institución y por supuesto para el médico familiar, ayudando al especialista a dirigir sus baterías a quién realmente lo requiere.**

## ANEXO

## ENCUESTA

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste cierto (C) o falso (F) según sea la respuesta. Trate de contestar todas, y si duda, pregunte. Contesto según como actuaría si Usted se encontrara en esta situación.

1. Le gusta que las personas decidan por Usted.( )
2. Le teme a la soledad.( )
3. Prefiere cambiar de opinión para evitar discutir entre familiares.  
( )
4. Casi siempre dice sí a las peticiones de sus compañeros. ( )
5. Se siente responsable cuando las cosas salen mal en su núcleo familiar.  
( )
6. Le gusta que la gente le tema.( )
7. Le gusta que se realice lo que Usted manda en el momento en que lo solicita.( )
8. Señala con el dedo a la persona cuando habla con ella.( )
9. Prefiere mandar que ser mandado. ( )
10. Le disgusta que le digan lo que tiene que hacer.( )
11. Cree que la gente hace cosas constantemente para molestarlo.( )
12. Por lo general tiene que levantar la voz para que la gente le haga caso.  
( )
13. Se siente tenso durante todo el día.( )
14. Cuando algo no le parece se siente Usted agresivo.( )
15. Le gusta que la gente piense que Usted siempre tiene la razón( )
16. Cree que si guarda sus sentimientos las personas no abusarían de Usted.( )
17. Cree que es mejor dar explicaciones que dejar las cosas como están.( )
18. Para que las cosas salgan bien Usted debe dirigir a la gente.( )
19. Cree que la mayoría de la gente es floja.( )
20. Le gusta que su punto de vista siempre sea tomado en cuenta.( )

21. Prefiere no mostrar sus emociones a la gente con la que trabaja. ( )
22. Considera que su trabajo es mejor que el de los demás.( )
23. Es capaz de hacer algo fuera de lo común para que la persona que quiere se fije en Usted.( )
24. Le molesta que la gente piense que Usted es aburrido.( )
25. Teme a los comentarios negativos que la gente hace de Usted.( )
26. Se esmera en ser servicial con sus amigos o familiares.( )
27. Le gusta ser el centro de atención de una reunión.( )
28. Cuando habla mueve mucho las manos, los brazos y gesticula con frecuencia.( )
29. No le molesta que las personas tomen decisiones por Usted.( )

Edad:                      Sexo:                      Escolaridad:                      No. de Personas con las que convive:

Enfermedad psicósomática:

Gracias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANTONUCCIO, O.N. Enfermedad psicossomática de la vejez. Geriátrika. Vol. 6 (9), 433. 1990.
2. BACON, Nancy, Steven Bacon, et al. Somatization Symptoms in chronic low back pain patients. Psychosomatic Medicine. 56: 118-127. 1994.
3. BOHENHERT, Popkin. Psychological issues in treatment of severely Noncompliant Diabetics. Psychosomatics 27 (1) 25-36. 1991.
4. CALDERON, Froylán. Terapia familiar y asma bronquial. Psicoterapia y Familia. 4:1, 29-36. 1991.
5. DENTON, Wayne, Burlesson Brant et al. Association of interpersonal cognitive complexity with communication skill in Marriage. Moderatin effects of marital distress. Family Process. 34: 101-111. 1995.
6. DIAZ, José L. La textura cognitiva del comportamiento. Salud Mental. Vol. 15: 3-11. 1992.
7. EPSTEIN, Nathan, Duane Bishop et al. McMaster model of family function. A view of the normal family. Canadian Family Physisian. 115-139. 1994.
8. FABREGAS, Horacio. Culture and Psychosomatic Tradition. Psychosomatic Medecine. 54:56, 561-566. 1992.
9. FUENTENEbro, Filiberto, Carmelo Vázquez. Medicina Psicossomática, Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Vol. 1 Edit. Interamericana Mc Graw'Hill 597-637. 1991.
10. GOMEZ, Alejandra, Fernando Lagos y cols. Condicionamiento psicossocial de la conducta del suicidio. Salud Mental. Vol. 14(1). 1990.
11. GRIFFITH, James, Melissa Griffith. When patients Somatize and Clinicians Stigmatize. Journal of strategic and sistemic therapies. 9:34-42. 1990.
12. GROEN, J. Social change and psychosomatic disease in society stress and disease. Vol. 1 Oxford Univ. Press. London. 234-270. 1991.
13. IRIGROYEN, Arnulfo, F.Gómez y cols. Elementos del diagnóstico familiar. Diagnóstico familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana. 5-11.1994.

14. IRIGOYEN, Arnulfo. M.A. Fernández y cols. La familia. Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana.3-8. 1995.
15. KAPLAN, Harold. Factores psicológicos que afectan las condiciones físicas. Trastornos psicósomáticos. Tratado de psiquiatría. Vol. II. Edit. Salvat. 1908-1101. 1990.
16. McDANIEL, Susan, Jeri Hepworth et al. Medical family therapy with somaticizing patients: The cocreation of therapeutic stories. Family Process. 33: 349-361. 1995.
17. MESTRE, Vicenta. Frias Dolores. Mejora de la autoestima en el consultorio de medicina familiar. Psicología general y aplicada 49 (2), 279-290. 1995.
18. PATTERSON, Joan, Ann Garwick. Levels of meaning in family. Stress theory. Family Process. 33:287-304, 1994.
19. PEREZ, Elsa. R. Laguna y cols. Las premisas histórico culturales y la salud mental. Salud Mental. Vol.5 (2). 1992.
20. RISSO, M. Reppety P. Cronicata e Crinificazione. Pensiero Científico. 84:78-95, 1991.
21. TOWNS, Alison. Asthama, power, and therapeutic conversation. Family Process. 33 : 161-174. 1994.
22. SATIR, Virginia. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. De Pax. México. 94-114. 1991.
23. WATZALAWICK, Paulin, Janet Helmick y cols. Teoría de la comunicación humana. Edit. Hender. 23-24. 1985.
24. WATZALAWICK, Paulin, Janet Helmick y cols. Teoría de la comunicación humana. Edit. Hender. 86-91. 1985.
25. WERTHEIME, E. Protection of human subjects policies and procedures federal register. National Commissions for the protection. 30:393-395. 1993.
26. ZULAIKA, Calvo. Gómez Castillo. La enfermedad como expresión de los ancianos. Apuntes de la teoría de la comunicación y la medicina psicósomática. Psicogeriatría. Vol. 6 (3):339.1990.