

159



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

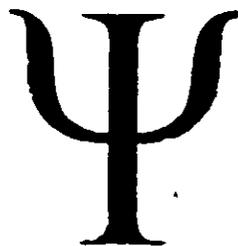
LA FAMILIA FRENTE AL VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GERARDO RESENDIZ JUAREZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. RAYMUNDO MACIAS AVILES

ASESORA: MTRA. JACQUELINE FORTES DE LEFF



MEXICO, D. F.

MAYO DEL 2000

278504



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**El mundo cambia dependiendo el lugar desde donde lo mires.
(Anónimo)**

**Cada quien tiene un ideal acerca de lo que va a encontrar a donde va. Yo
estoy convencido de que siempre hay más de lo que se ve.
(Delgadillo)**

La teoría es la que determina lo que podemos observar (Einstein)

DEDICATORIAS.

A mi familia y en especial a mis padres que han iluminado mi camino a lo largo de mi vida personal y profesional, y quienes han sido una fuente de apoyo incondicional, de amor, de aliento, compartiendo cada uno de mis logros como un logro propio.

A Rocío quien me enseñó a disfrutar de las grandes riquezas que encierran las cosas más simples, y que me ha motivado siempre a continuar en los momentos en que las situaciones parecían más negras con su amor y sus ideas.

A todas aquellas personas quienes sabiéndolo o no han sido parte importante de mi vida y en especial a las que han contribuido con este trabajo.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de Mexico por permitirme ser parte de ella, y de esta manera enriquecerme en lo personal, lo profesional y lo cultural.

Al Consejo Nacional de Control y Prevención del SIDA quien me permitió acercarme a las personas infectadas por el VIH/SIDA y que me facilitó la información necesaria acerca de este tema.

A la Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas de la Facultad de Psicología por su apoyo en el análisis estadístico.

Al Instituto de la Familia A.C. que apoyo en todo momento este trabajo con el personal que ahí labora y con material bibliográfico.

A la Sen. Ma. De los Angeles Moreno quien me motivó a terminar este proyecto antes de iniciar otros.

Al Dr. Raymundo Macías Avilés quien siempre tuvo un momento para escucharme y aconsejarme sobre los mejores caminos para llegar al fin que buscaba, y para quien no tengo palabras para agradecer los invaluable momentos llenos de riqueza profesional y personal que me donó.

A la Mtra. Jacqueline Fortes de Leff por sus constantes revisiones al texto y su estimulo para que este trabajo fuera parte del Congreso Nacional de Terapia Familiar.

A la Dra. Emma Espejel Aco, la Mtra. Alejandra Esquivel y Mtra. Raquel Lieberman que en todo momento estuvieron dispuestas a asesorarme sobre el uso de la Escala de Funcionamiento Familiar y en general sobre este trabajo.

A las Dras. Marcía Morales, Rosario Espinosa y Luisa Rossi que hicieron la revisión final del texto.

Al Lic. Benjamín Pelayo, la Lic. Mirna Varquera y la Lic. Monica Ledesma que siempre me facilitaron el trabajo con las personas infectadas por el VIH/SIDA y sus familias.

A la Mtra. María de Lourdes Monroy Tello por su colaboración en el análisis estadístico así como por las facilidades que me brindo para la impresión final de la tesis.

A las Mtras. Irma Von Wobeser y Claudia Mastache que contribuyeron con el capítulo de Terapia Familiar, pero sobre todo que me enseñaron a pensar en soluciones.

A la Mtra. Antonia Rentería quien me facilitó el espacio para la redacción y corrección de este trabajo.

Al Dr. Pedro López Camacho que me permitió colaborar con él en el trabajo clínico mientras yo continuaba realizando este trabajo.

A la Psic. Rocío Martínez Corona quien me auxilió en las labores de impresión y corrección del manuscrito, así como también con la organización general de este.

Al Sr. Sergio Reséndiz Ayluardo quien es mi padre, por su arduo trabajo en la revisión ortográfica de este trabajo.

A las Psics. Jania Martínez, Denia Rueda, y Nora Hernández por su colaboración en el trabajo de campo al visitar las casas de las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA.

A los Psics. Marco Bonaparte y Marcos Verdejo por su asesoría en los sistemas de cómputo.

A los miembros de mi familia y amigos que siempre me estimularon a seguir adelante.

Al último pero no en importancia a los pacientes y sus familias sin quienes no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

ÍNDICE.

	PÁGINA
Resumen	10
Introducción	10
Capítulo 1. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	14
1) ¿Qué es el SIDA?	14
2) Difusión de una nueva enfermedad	16
3) Teorías sobre el origen del SIDA	19
4) Proceso de la enfermedad	24
5) Factores relevantes en la historia natural del SIDA	35
6) Modos de transmisión	37
7) Tipos de Pruebas	38
8) Medicamentos	40
9) Aspectos Psicosociales	41
10) Programas Preventivos	46
Capítulo 2. La Familia	47
A) La familia en la historia del hombre	47
B) La familia en México	62
C) La familia como sistema	72
Capítulo 3. El sistema familiar y la enfermedad	86

	PÁGINA
Capítulo 4. Terapia Familiar Sistémica	100
A) Influencias Históricas	100
B) Los Pioneros	103
C) Dos fuertes influencias	118
D) Escuelas y Modelos en Terapia Familiar Sistémica	120
1) Modelo Ecológico	120
2) La Escultura Familiar	122
3) Terapia Breve del MRI	123
4) Terapia Estructural	126
5) Terapia Familiar Orientada a los sistemas problema	134
6) Terapia Estratégica	144
7) Modelo de Milán	147
E) La Terapia Familiar en Evolución	154
F) Nuevas Escuelas en Terapia Familiar Sistémica	160
1) Terapia enfocada a soluciones	160
2) Terapias colaborativas y conversacionales	163
3) Terapia Familiar Médica y Psicoeducacional	165
4) Terapia de los sistemas familiares internos	168
5) Terapia Narrativa	170
G) La Terapia Familiar en México	173

	PÁGINA
H) Otros dos modelos de evaluación	175
A) Esquema de Evaluación Dinámico Estructural	175
B) Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master	177
Capítulo 5. Método	182
1) Planteamiento del problema	182
2) Justificación	182
3) Objetivo	182
4) Hipótesis	182
5) Delimitación de variables (definición operacional)	182
6) Definición de variables conceptual	183
7) Sujetos	184
8) Muestra	184
9) Diseño	184
10) Tipo de estudio	185
11) Instrumento	185
12) Procedimiento	188
Capítulo 6. Resultados	189
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones	221
Bibliografía	230
Anexos	236

RESUMEN

En este estudio se investigaron las repercusiones en el funcionamiento familiar a causa de la infección por VIH/SIDA en un miembro de la familia. Se realizó un estudio descriptivo del funcionamiento de 22 familias con miembros infectados por el VIH/SIDA a través de la Escala de Funcionamiento Familiar que evalúa funcionalidad o disfuncionalidad y que para su análisis estadístico se trabajó el análisis de perfiles y la comparación de medias.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del hombre este ha tenido que enfrentarse con diversas enfermedades que obstaculizan su existencia. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una de ellas. El primer anuncio oficial de su existencia fue publicado el 5 de Junio de 1981 por el Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia (Grmek, 1992).

El SIDA es producto de un retrovirus que pertenece a la familia de virus que tienen la capacidad de elaborar DNA (ácido desoxirribonucleico) a partir del RNA (ácido ribonucleico), siendo su principal efecto destructor el ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas de sangre y tejidos (Miller, 1989). A la fecha es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo a pesar de él descubrimiento de agentes antirretrovirales y el mayor conocimiento de la patogénesis y la historia natural de la enfermedad (Ponce y del Río, 1996).

Esta enfermedad presenta por un lado una serie de manifestaciones propias como: manifestaciones orales, diarrea, síndrome de desgaste, manifestaciones dermatológicas, linfadenopatía, afección neurológica, fatiga intensa, fiebre inexplicable, escalofrío o sudoración nocturna intensa por varias semanas, pérdida de peso de mas de 5kg. en menos de dos meses, ganglios tumefactos en cuello y/o axilas, manchas o úlceras de color blanco cremoso en boca, garganta, vagina, pene o recto, acortamiento de la respiración, manchas de color rosa o morado planas o elevadas en cualquier parte de la piel, etc.; y por otro lado un sinnúmero de patologías asociadas: infecciones de vías respiratorias, tuberculosis, neoplasias oportunistas, infección por citomegalovirus, etc. (Ponce et al., 1996; Richardson, 1990).

RESUMEN

En este estudio se investigaron las repercusiones en el funcionamiento familiar a causa de la infección por VIH/SIDA en un miembro de la familia. Se realizó un estudio descriptivo del funcionamiento de 22 familias con miembros infectados por el VIH/SIDA a través de la Escala de Funcionamiento Familiar que evalúa funcionalidad o disfuncionalidad y que para su análisis estadístico se trabajó el análisis de perfiles y la comparación de medias.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del hombre este ha tenido que enfrentarse con diversas enfermedades que obstaculizan su existencia. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una de ellas. El primer anuncio oficial de su existencia fue publicado el 5 de Junio de 1981 por el Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia (Grmek, 1992).

El SIDA es producto de un retrovirus que pertenece a la familia de virus que tienen la capacidad de elaborar DNA (ácido desoxirribonucleico) a partir del RNA (ácido ribonucleico), siendo su principal efecto destructor el ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas de sangre y tejidos (Miller, 1989). A la fecha es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo a pesar de él descubrimiento de agentes antirretrovirales y el mayor conocimiento de la patogénesis y la historia natural de la enfermedad (Ponce y del Río, 1996).

Esta enfermedad presenta por un lado una serie de manifestaciones propias como: manifestaciones orales, diarrea, síndrome de desgaste, manifestaciones dermatológicas, linfadenopatía, afección neurológica, fatiga intensa, fiebre inexplicable, escalofrío o sudoración nocturna intensa por varias semanas, pérdida de peso de mas de 5kg. en menos de dos meses, ganglios tumefactos en cuello y/o axilas, manchas o úlceras de color blanco cremoso en boca, garganta, vagina, pene o recto, acortamiento de la respiración, manchas de color rosa o morado planas o elevadas en cualquier parte de la piel, etc.; y por otro lado un sinnúmero de patologías asociadas: infecciones de vías respiratorias, tuberculosis, neoplasias oportunistas, infección por citomegalovirus, etc. (Ponce et al., 1996; Richardson, 1990).

La enfermedad se ha diseminado rápidamente registrándose en México hasta el primero de Abril de 1998 un total de 4907 casos de mujeres y 30212 de hombres infectados haciendo un total de 35119 casos de personas infectadas (CONASIDA, 1998) siendo las principales vías de transmisión a través del semen, sangre, secreciones vaginales, y por vía transplacentaria (Sherr, 1992) considerándose así actividades riesgosas: transfusiones sanguíneas, el uso de drogas de administración intravenosa, la prostitución, y en general las relaciones tanto homosexuales y bisexuales como heterosexuales sin protección (Miller, 1989; Sander, 1990).

Además se han encontrado asociadas al VIH/SIDA diversas reacciones psicológicas como: depresión, ansiedad, temor, pensamientos suicidas, problemas psicosexuales, fantasías, egocentrismo, retraimiento, problemas psicosomáticos, estrés, pánico, estados obsesivos, paranoia, dificultades del pensamiento, trastornos del sueño, demencia, etc. (Miller, 1989; Sherr, 1992).

Kubler-Ross (1993) describió cinco etapas o fases por las que pasa el ser humano al enfrentarse a las enfermedades terminales, como puede ser el caso del SIDA y son: negación, aislamiento, ira, depresión y aceptación.

Aunque los estudios acerca de las reacciones psicológicas individuales son de vital importancia no debemos olvidar que la mayor parte del tiempo durante el proceso de enfermedad lo pasa el paciente en contacto con su familia (Walker, 1991) y que especialmente en el caso de los mexicanos se sienten seguros como miembros de una familia, pues en la familia tienden a ayudarse entre sí (Díaz Guerrero, 1994) siendo además la familia quien provee al ser humano de protección y de crianza, de realización y de expansión reproductiva, de reconocimiento y resguardo (Leñero, 1994), sin embargo no existen familias sin problemas, el vivir implica precisamente el ir resolviendo las vicisitudes o problemas a lo largo del ciclo vital (Macías en CONAPO, 1994). Por lo cual conocer la estructura de la familia y conceptualizar sus funciones ayuda a integrar mejor un diagnóstico así como ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación (Estrada, 1997).

La familia es entonces " un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve esta" (Espejel y cols., 1997) así como también nos permite tener una visión más amplia y completa del estado del paciente identificado.

Cuando en la familia hay un enfermo crónico o terminal hay un cambio en el interior de esta y en su entorno. En el interior esta dado por el sufrimiento y la limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado; el cambio en el entorno es debido a la incorporación del equipo médico y el sistema hospitalario (Robles, Eustace y Fernández, 1987).

Teniendo un miembro infectado por el VIH/SIDA los roles y las funciones de algunos o incluso de todos los miembros de la familia quizá deberán cambiar (Nord, 1996) y comúnmente los hombres apoyarán con recursos económicos y las mujeres se concentrarán en la atención del enfermo (Castro, Oroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997) encontrándose la familia extensa en ocasiones en posibilidad de dar apoyo (Nord, 1996).

Cada familia tiene distinta capacidad de procesar la información y distinta capacidad de adaptación (Robles et al., 1987) para tratar con la muerte, la crisis médica y financiera, el estigma social, el aislamiento y la falta de soporte emocional (Bor, 1990).

La familia en esta situación requiere flexibilidad para adaptarse a los períodos en que el paciente requiere cuidados y en que el paciente necesita reincorporarse a sus funciones (Walker, 1991).

Castro et al. (1997) describieron en un estudio cuatro etapas por las que pasa la familia del paciente con SIDA: 1) La vida previa a la enfermedad, 2) El encuentro con el VIH, 3) La convivencia con las personas que viven con VIH, 4) La sobrevivencia a las personas muertas por el VIH/SIDA.

Se han realizado también otros estudios en México acerca de la manera en que el paciente de SIDA percibe a su familia:

Cárdenas (1994) estudió a 71 personas, de estos 44 eran homosexuales infectados por VIH/SIDA y 27 eran heterosexuales también infectados por VIH/SIDA; y encontró que no existen diferencias significativas en la percepción del funcionamiento familiar (comunicación, relaciones, funcionalidad, resolución de problemas, organización, autonomía y disfuncionalidad) entre los dos grupos, aunque en el área de comunicación hay una diferencia marginalmente significativa en favor de los heterosexuales; y en las áreas de relaciones, funcionalidad y organización hay una ligera tendencia a un mejor funcionamiento en las familias heterosexuales. En el área de disfuncionalidad se encontró una diferencia en contra de las familias de los homosexuales.

González (1996) estudió a 11 hombres homosexuales y encontró que casi todos habían tenido cambios positivos como revalorizar a la familia, amigos, pareja y a la vida. Por familia consideraban a la familia nuclear, a la comunidad religiosa, amigos, la pareja, otros enfermos seropositivos y la comunidad homosexual. En general se encontró un buen funcionamiento familiar, con buena comunicación, buena resolución de problemas, están organizados, hay autonomía, aunque en pocos casos se habla en la familia acerca del SIDA. Además se encontró que se relacionaban mejor con las mujeres que con los hombres, y que la familia se unía más ante la infección. Se observó que los sujetos más deprimidos eran los que presentaban sintomatología, tenían mayor tiempo desde que se les dio el diagnóstico y percibían menor apoyo familiar o habían decidido aislarse.

Licea (1997) trabajó con 4 familias con un miembro con SIDA de las cuales entrevistó por separado a 10 miembros en total a lo largo de tres etapas:

1) Etapa pre-diagnóstico, en esta las familias se conceptualizaban como desestructuradas y desintegradas, así como también preexistía falta de comunicación en relación a la sexualidad, el SIDA y la muerte.

2) Etapa del diagnóstico de SIDA, se manifestaron conductas obsesivas de limpieza, alejamiento físico con el infectado y sentimientos de rechazo, culpa, coraje, frustración y depresión. La familia entonces se unió y cerró los límites hacia el mundo exterior. Al menos dos personas mostraron cambios en esta etapa con respecto al uso de condón y las pláticas del SIDA en pareja.

3) Etapa final de la enfermedad, las madres y hermanas se encontraban molestas por que no todos cooperaban igual en la atención del enfermo y llegaban a desear que todo terminara con los sentimientos respectivos de culpa. Estas familias no hablaban de la muerte aunque esta fuera inminente.

En esta investigación las familias se encontraban desinformadas acerca del SIDA, sin educación sexual formal, con recursos económicos mínimos, escasa vinculación comunitaria e institucional, así como incapacitados para exigir sus derechos en la atención médica.

Resultan relevantes los estudios de la percepción de la familia por un sólo miembro de la familia o por varios miembros por separado, ya que como lo mencionan Vania Salles y Rodolfo Tuíran la familia es vivida y sentida de manera diferente según el género, la edad y la posición que los individuos guardan en relación con el parentesco (Solís, 1997). Pero es ya una necesidad básica evaluar a las familias de los enfermos con VIH/SIDA con un instrumento creado en México, validado y confiabilizado que permita evaluar simultáneamente a todos los miembros de la familia funcionando, lo cual arrojará importante información para planear intervenciones al enfermo, su familia y en el equipo de salud.

CAPÍTULO I: EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

1. ¿QUÉ ES EL SIDA?.

El ser humano ha sido atacado por múltiples enfermedades siendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) quizá la peor de ellas. Como muchas otras enfermedades es producto de un virus. Los virus son gérmenes que no tienen vida autónoma, que pueden reproducirse si se hallan en contacto con células vivas apropiadas. Son parásitos absolutos que en su mayoría están formados por proteínas y una molécula larga de DNA o ácido desoxirribonucleico (Grmek, 1992).

En el caso del SIDA este es causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que es un retrovirus, es decir, que de manera inversa a como actúan la mayoría de los virus este es capaz de generar ácido desoxirribonucleico o DNA a partir del ácido ribonucleico o RNA (Miller, 1989) debido a que posee una enzima específica llamada transcriptasa inversa, que permite que al penetrar en la célula infectada la enzima transcriba el RNA viral en DNA que penetra entonces en el aparato nuclear, o dicho de otra manera sintetiza una cadena complementaria de DNA moldeada sobre la cadena de RNA viral. (Grmek, 1992).

El VIH es un virus lento ya que evoluciona muy lentamente pero sin interrupciones mientras se encuentra en la persona infectada (Grmek, 1992).

Miller (1989) describe algunas propiedades estructurales de este virus:

1) Posee una envoltura muy vulnerable a la destrucción por calor, detergentes y solventes orgánicos como el alcohol.

2) Tiene un núcleo de proteínas y genes. Sus principales genes son el gen "gag" que elabora las proteínas centrales específicas del virus, el gen "env" que produce la envoltura del virus, el gen "pol" que forma la transcriptasa inversa, y el gen "tat" o transactivador que regula la replicación del virus.

3) Se considera que la estructura del virus cambia a medida que se transmite de una persona a otra, e incluso parece ser que el virus puede mutar mientras permanece en la misma persona infectada.

4) Su principal efecto destructor ocurre a través de su ataque y depresión a células inmunológicas específicas en sangre y tejidos. Es un virus que ataca a la parte del sistema inmunitario llamado de adaptación (Miller, 1989).

El VIH una vez que penetra en el cuerpo, se adhiere a la pared de las células CD4 (también llamadas linfocitos T colaboradores, células T4 o células T colaboradoras). Estos son glóbulos blancos cuya función es coordinar la defensa del sistema inmunitario contra diversas enfermedades. Estas células responden cuando encuentran en el cuerpo antígenos.

Ya que el VIH se adherió a las células CD4 penetra en ellas y a través de la transcriptasa inversa elabora DNA a partir de RNA. Entonces se rompe el filamento de DNA de la célula huésped (CD4) y se instala el DNA del VIH. Se incorpora el código genético del virus en el material genético de las células que infecta, lo cual las transforma en una fábrica para producir VIH (Bartlet y Finkbeiner, 1996; Miller, 1989; Richardson , 1990).El proceso de reproducción puede ser causado cuando las células CD4 infectadas reconocen otros antígenos y responden elaborando copias pero en esta ocasión del virus. Las células CD4 infectadas por VIH adquieren la capacidad de reproducirse más rápido (Miller, 1989).

El virus acaba por destruir las células CD4 y los nuevos virus producidos infectan a otras células CD4. A medida que las células CD4 se van infectando y destruyendo el sistema inmunitario se va debilitando, y una vez que el número de células CD4 disminuye se presenta el SIDA con su gama devastadora de infecciones y tumores (Bartlet y Finkbeiner, 1996; Miller ,1989 ; Richardson, 1990).

Normalmente las células CD4 actúan en conjunto con las células CD8 (llamadas linfocitos T supresores o células T8) que actúan suprimiendo el ataque del sistema inmunológico. Las células CD4 duplican en cantidad a las células CD8 en condiciones normales, pero en las personas con SIDA la relación entre estos dos tipos de células se invierte, resultando por un lado que existan menos células CD4 disponibles para combatir la infección y por otro que exista un exceso de células CD8 que actúan contra las CD4 que llevan a cabo su trabajo (Richardson ,1990).

Una hipótesis sobre la destrucción del sistema inmunológico de personas con SIDA se refiere a que el cuerpo reconoce sus propias células CD4 infectadas como el enemigo, entonces los mecanismos de defensa comienzan a producir anticuerpos contra estas células infectadas pero también se producirían contra células CD4 no infectadas, que tal vez son destruidas o quedan incapacitadas para funcionar de manera adecuada (Richardson, 1990).

El problema radica en que el VIH se constituye como parte integrante de la estructura genética de las células CD4, y no hay forma de eliminar el virus sin eliminar a la célula CD4 (Richardson, 1990).

2.DIFUSIÓN DE UNA NUEVA ENFERMEDAD.

Grmek (1992) describe el proceso de difusión de una nueva enfermedad llamada SIDA.

Hacia 1980 los médicos se dieron cuenta de una enfermedad que les parecía nueva, era una infección imposible de controlar, que se extendía inexorablemente y los afectados morían a pesar de los tratamientos más perfeccionados.

A fines de 1979 el doctor Weisman médico de los Angeles había observado en sus pacientes el incremento de casos del Síndrome Mononucléico con adelgazamiento y tumefacciones linfáticos. Se trataba de jóvenes del movimiento gay. Sufrían de diarrea, muguet oral y anal lo que tenía que ver con una falla del sistema inmunológico. Desde 1980 uno de ellos perdía peso y tenía dificultades respiratorias.

El Dr. Gottlieb en diciembre de 1980 observó dos pacientes similares, uno que tenía una disminución importante de linfocitos T cooperadores. Ambos tenían diagnóstico de Neumocitis y pertenecían al movimiento gay.

En mayo de 1981 en los Angeles el número de pacientes aumento a cinco y el 5 de junio de 1981 los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia dieron la descripción de cinco casos graves, todos eran homosexuales con Neumonía. Los cinco sufrían Candidiosis, Citomegalovirus y uno usaba drogas intravenosas. En tres de estos pacientes se hizo un estudio y se encontró disminución de linfocitos T de los cuales dos murieron. El primero murió en marzo de 1981.

En marzo de 1980 un joven de Nueva York sufría de agotamiento, adelgazamiento, períodos febriles y una consumación lenta de todo el organismo. La sospecha de un factor infeccioso fue cuando un amigo suyo presentó síntomas similares. El joven neoyorquino murió el 15 de enero de 1981.

En marzo de 1981 en Nueva York se conocían 8 casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes homosexuales, la cual no era una población común de esta enfermedad. De estos enfermos ya se habían muerto cuatro.

En abril de 1981 en San Francisco se dio el primer diagnóstico de Sarcoma de Kaposi, con síntomas de inmunosupresión y Neumocitis.

El Dr. Curran formó un equipo en junio de 1981 bautizado "Kaposi Sarcoma and Opportunistic Infections Task Force para aclarar la historia del enigmático mal que atacaba casi exclusivamente a los homosexuales.

El segundo comunicado se publicó en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) en de junio de 1981 que informaba a la comunidad médica que durante los últimos 30 meses se había diagnosticado Sarcoma de Kaposi en 26 hombres, 20 de Nueva York y 6 de California. Ocho de estos habían muerto en un período de menos de dos años, todos eran homosexuales con una edad promedio de 39 años, seis sufrían Neumonía, uno Toxoplasmosis y uno mas Meningitis por Criptococos. Doce resultaron infectados por Citomegalovirus.

Además habían surgido 10 casos de Neumocitosis, cuatro en los Angeles y seis en San Francisco. En Nueva York cuatro homosexuales padecían un herpes perianal grave.

El 3 de julio de 1981 Lawrence Altman cronista de New York Times publicó un artículo con el título "Cáncer raro observado en 41 homosexuales" y fue así como el publico no profesional fue informado de un fenómeno patológico curioso.

El 28 de Agosto de 1981 los Centers for Disease Control de Atlanta anunciaban que el número de casos había llegado a 108 enfermos. Los cuales eran hombres homosexuales o bisexuales en su mayoría, de estos el 40% había muerto y los otros parecían encaminados a la misma suerte.

El Dr. Frederick Siegal de Nueva York estudio 4 casos de Herpes, de estos 3 murieron y uno tenía Sarcoma de Kaposi con pronóstico nefasto, todos eran homosexuales con inmunodeficiencia adquirida. Los cuatro habían sido observados entre julio de 1979 y julio de 1981.

A fines de 1981 los investigadores de los Centers for Disease Control llegan a la conclusión de que el agente es infeccioso y se le dan varios nombres a la enfermedad: Neumonía Gay, Cáncer Gay, Peste Gay, GRID (Gay Related Inmune Deficiency) y Gay Compromise Síndrome. Su perfil nosológico de esta enfermedad fue descrito claramente en el curso de 1981.

El Dr. Gotlieb señala que en los examinados encontró que la relación entre las células CD4 y CD8 se encuentra invertida, y menciona que en los últimos tiempos encontró en dos hombres heterosexuales el síndrome , hallando en uno de ellos Citomegalovirus en el esperma.

Sin embargo el crédito del descubrimiento del virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses; cada equipo afirmaba haber descubierto diferentes gérmenes. En 1983 el grupo del Instituto Pasteur a cargo del Dr. Luc Montaigner llamaron al virus LAV o virus relacionado con Linfadenopatía, mientras que el grupo estadounidense a cargo del Dr. Roberto Gallo lo denominó HTLV-3 o virus Linfotrópico de células T humanas tipo 3.

Fue en mayo de 1986 cuando un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus recomendó que al virus del SIDA se le llamara Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH (Durham y Cohen, 1990; Richardson, 1990).

La incidencia del VIH/SIDA ha tenido un crecimiento asombroso. En Estados Unidos en septiembre de 1980 eran 129 casos, en noviembre de 1981 eran 159 casos, en enero de 1982 eran 259 casos, siendo en julio del mismo año 514 casos. Para este entonces se registraban casos en 15 estados siendo los tres focos iniciales: Nueva York, Los Angeles y San Francisco (Durham y Cohen, 1990; Grmek, 1992).

Hacia mayo de 1987 se habían publicado en todo el mundo más de 49,000 casos. En Estados Unidos había 36,000 casos registrados (Richardson, 1990).

Para diciembre de 1997 son 30.6 millones de personas en el mundo quienes viven con VIH/SIDA habiendo sido infectados en ese mismo año 5.8 millones de personas.

Hasta ahora el SIDA a causado 11.7 millones de defunciones desde el comienzo de la epidemia y tan sólo en 1997 hubieron 2.3 millones de defunciones por el SIDA. Para este mismo año se infectaban 16,000 personas diario siendo más del 90% en países en desarrollo. En América Latina 1.3 millones de personas viven con VIH/SIDA, de estas 180 000 personas se infectaron en 1997. Para esta misma zona 91,000 niños han quedado huérfanos a los 14 años o antes (ONUSIDA/ OMS, 1997).

En México para el primero de abril de 1998 son 35119 casos de VIH/SIDA de los cuales el 29.3% se encuentra en la Región Centro Oriente, el 28.4% en la Región Centro, el 22.9% en la Región Centro Occidente, el 12.6% en la Región Norte, el 6.1% en la Región Sur, y el restante 7% no esta especificado (CONASIDA, 1998)

De los 35119 casos, 30212 son hombres y 4907 son mujeres. De los casos de hombres infectados el 27.3% se infectó por vía homosexual, el 18.5% por vía bisexual, el 18.4% por vía heterosexual, el 3.4% por transfusión de sangre, el 9% por aspectos relacionados a la hemofilia, el 7% por uso de drogas intravenosas, el 1.1% por donación, el 8% por vía perinatal, el .7% por uso de Homo/ Drogas, y el 28.3% no esta documentado.

Del total de casos de mujeres infectadas el 36.3% se infectó por vía heterosexual, el 27.4% por transfusión, el 1% por donación, el 0.1% por aspectos relacionados al tipo de ocupación que desarrolla, el 4.3% por vía perinatal, el 0.6% por uso de drogas intravenosas y el 30.3% no esta especificado (CONASIDA, 1998).

3. TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DEL SIDA.

Es probable que retrovirus capaces de producir el SIDA existan desde hace décadas, siglos e incluso milenios, pero no es posible conocer por que hasta ahora se produjo la enfermedad.

Al parecer el SIDA se manifestaba en principio a través de dos epidemias, una causada por el VIH-1 que fue identificada por médicos estadounidenses en 2 focos, y la otra epidemia, es decir, la del VIH-2 encontrada en Africa Central en un sólo foco. Hasta ahora no se sabe si los estallidos de la epidemia en los continentes son independientes o uno provocó el otro (Grmek, 1992).

Grmek (1992) describe las principales teorías que se han desarrollado en torno al origen del SIDA:

a) Teoría de la infección de los monos.

Entre 1969 y 1981 cuatro epizotias habían diezmado una colonia de macacos, a los que se les diagnóstico linfoma maligno y se observaba depresión de la inmunidad con aparición de infecciones oportunistas por lo que se asoció con el SIDA. Al ser inyectados los tejidos en otros monos de la misma especie sufrían linfadenopatía generalizada y enfermedades oportunistas. De estos monos dos murieron y uno tuvo placas cutáneas similares al Sarcoma de Kaposi.

En 1987 se encontró que la responsable era una cepa llamada SIV la cual se encuentra en los monos cercopitecos (monos verdes) y en los monos mangabeys. Los monos infectados por esta cepa padecían una afección crónica menor que recordaba las formas menores del SIDA humano; pero a medida que el virus pasaba por el cuerpo de varios monos se hacia más virulento.

Es posible entonces que el SIDA venga de un antepasado que tenía características genéticas cercanas y que se perpetuaba en una población animal o humana, en donde había alcanzado una especie de equilibrio biológico y no necesariamente era un germen patógeno.

Aún no se sabe si la infección primordial se transmitió verticalmente tanto al hombre como a algunos monos desde sus antepasados, o si uno de los primates lo transmitió horizontalmente a los demás. Tampoco se puede asegurar si la infección inicial provino del hombre o del mono.

b) Otra teoría de los monos.

La infección por formas virales similar al VIH-2 es común en los monos africanos los cuales son cazados, manipulados y comidos. Algunos de estos ocasionalmente muerden a alguna persona. Así también en ciertas poblaciones de Zaire se comen su cerebro.

Por otro lado en algunas tribus se unta la sangre del mono en los muslos, el pubis y la espalda para estimular la actividad sexual. Por todo esto existen probabilidades de que se haya dado la transmisión en un pasado.

Además en la década de 1950 se intensificó el comercio de monos en Estados Unidos y Europa que eran utilizados en laboratorios muchas veces en intervenciones sangrientas.

Es posible que el germen haya pasado del mono al hombre dando nacimiento al VIH en su proceso de adaptación al hombre o bien que después de pasar al hombre paso por una serie de mutaciones hasta llegar al VIH. Esta hipótesis es más probable para el VIH-2.

c) Teoría Afro-Africana.

El germen según Luc Montaigner podría provenir de una contaminación humana. El virus existía desde hace mucho tiempo en ciertas poblaciones africanas que viven aisladas sin provocar daño en ellas, se habían adaptado genéticamente al virus, lo toleraban y lo transmitían a través de las generaciones.

Después el virus pasó a poblaciones africanas más sensibles, ya que no lo habían encontrado antes y ahí apareció la enfermedad. Tampoco es imposible que el virus primitivo haya sufrido una mutación que lo volvió más virulento.

d) Teoría de las explosiones atómicas.

Ernest Stirling sostiene que el virus proviene de una mutación viral provocada por las explosiones atómicas experimentales.

El inicio de la epidemia en Africa Central y la actual prevalencia del SIDA se debe al aumento en la radiactividad en la zona ecuatorial por el descenso del Estroncio 90, elemento radiactivo que las lluvias y los vientos llevaron desde el Sahara, lugar donde se hacen las pruebas de armas nucleares francesas.

e) Teoría de los retrovirus.

Guy de Thé dice que en el hombre como otras especies animales existen uno o más retrovirus perfectamente adaptados y con muy raras consecuencias patológicas.

Pero por razones desconocidas ocurrió una recombinación genética entre un virus humano e hipotéticamente un retrovirus de los monos. Una recombinación genética ocurrida en el Africa Central, entre dos virus antiguos, uno proveniente de los simios y el otro del hombre, serían el origen de un nuevo virus altamente patógeno.

f) Teoría Africana.

La gran variabilidad de las cepas HTLV-1 (germen emparentado con el VIH) en ese continente es un signo de la antigüedad de su germen original y las tasas elevadas de seropositividad de Africa Central hacen pensar que el epicentro podría encontrarse ahí.

El Dr. Roberto Gallo menciona que la infección es reconocida en primer término al sur de Japón, a continuación en el período de 1982 y 1983 se comprobó que se había difundido en Estados Unidos, el Caribe, el Norte de Sudamérica y Africa.

Miyoshi demostró que los macacos japoneses eran portadores del virus STLV-1 (que es muy similar al HTLV-1) y refiere que en realidad era un virus animal el cual había pasado del macaco japonés al hombre. Después se encontró el virus del macaco japonés en Asia y Africa pero no en el Nuevo Mundo.

El Dr. Gallo propone que desde que la infección apareció en Africa se propagó a primates del Viejo Mundo, después los esclavos lo habrían propagado en América y Japón. Posiblemente algo similar habría pasado con el HTLV-3 o VIH.

Para Jay Levy el virus del SIDA es originario de Africa, y está presente en este continente desde hace mucho tiempo y se mantiene en un estado de patógenia equilibrado. Proviene de animales nativos de Africa Central o de poblaciones humanas que desarrollaron resistencias hacia se efecto patológico y pueden estar infectadas sin sufrir mayores daños.

William Haseltine menciona que el hombre occidental vive desde hace milenios vive separado del medio ambiente que lo formó inicialmente a él y a sus parásitos, por lo que ya no tiene resistencia innata a los múltiples agentes patógenos que afectan a primates de su patria original.

Aunque Katner, Pankey y Huminer dicen que el germen existe desde hace mucho en el mundo occidental y su estallido se debe a algunas modificaciones del modo de vida.

g) El SIDA como arma biológica.

El SIDA es una arma biológica estadounidense. La epidemia se inicio en Zaire debido a que en 1978 virólogos de Estados Unidos lo habrían llevado allí donde lo inocularon a sujetos negros ya sea intencionalmente o como error técnico. Por lo demás el virus habría escapado de los laboratorios en Estados Unidos donde fue creado. Esta información fue presentada en una revista soviética en 1985.

Posteriormente Jakob y Lilli Segal docentes de Berlín Oriental firmaban un informe que manifestaba que el virus solo podía haber sido constituido por manipulaciones genéticas. Decía que la primera aparición coincidía con la apertura del laboratorio P IV de Fort Detrick en Maryland cerca de Nueva York. Se especulaba que Roberto Gallo era uno de sus creadores.

Roland Ginard esta convencida de que el VIH es un montaje genético realizado por virólogos estadounidenses patrocinados por la CIA y el Pentágono; piensa que se combino el virus del visna con fragmentos del virus de la Leucemia o del HTLV-1 del Dr. Roberto Gallo.

Al parecer esta teoría no es posible sostenerla debido a que:

- 1) El virus del SIDA existía en la naturaleza desde antes de 1977 fecha en que se término el laboratorio P IV Fort Detrick.
- 2) Ningún sabio del mundo podía tener en esa fecha conocimientos biotecnológicos suficientes para crear el virus.
- 3) Si bien VIH-1 esta emparentado con el virus del visna, no puede ser derivado de él por mutación inducida o una recombinación genética.

h) Teoría de la difusión del SIDA.

La difusión del VIH-1 se produjo a través de tres focos: el primer foco en la costa este de los Estados Unidos en los estados de Nueva York y Florida, el segundo foco en la costa oeste en los estados de San Francisco y los Angeles. Estos dos focos seguramente están ligados, esto se demuestra debido a que su incidencia coincide con una red de relaciones homosexuales. Parece ser que la epidemia se extendió de la costa este a la costa oeste.

El tercer foco fue en Africa, pero no se sabe si el foco norteamericano ocasionó el africano o viceversa, o bien si los dos estallidos son independientes, o si surgieron por mutación biológica e incluso si el virus pasó del mono al hombre. Aunque es probable que los focos hallan sido favorecidos por factores particulares que provocaron la aparición independiente en lugares diferentes de dos cepas del VIH-1.

En principio el virus del SIDA se encontraba en áreas limitadas en Africa Central, pero al final de la década de 1970 alcanzo Haití, luego Europa y Estados Unidos. En Haití hubo un estallido de SIDA más o menos al mismo tiempo que en Estados Unidos. Los norteamericanos iban a Haití donde hay una gran proporción de prostitución de mujeres, hombres y niños; y los turistas acudían en busca de placer, mientras que los haitianos emigraban en busca de trabajo y asilo político.

Anteriormente en 1970 habían sido colaboradores en Zaire, al regresar a su patria más de 10 mil haitianos pudieron llevar consigo el virus a Haití para continuar su expansión hacia Estados Unidos.

El VIH de Haití es más parecido al norteamericano que al africano y es posible que haya sido introducido a Haití por el turismo homosexual norteamericano.

Otro posible foco puede ser Cuba debido a que muchos de sus habitantes participaron en Angola en la rebelión nacionalista de 1972 y muchos otros fueron vistos en Zaire en 1977. Posteriormente muchos cubanos fueron expulsados de su patria y llegaron a Estados Unidos entre ellos algunos homosexuales y veteranos de Angola.

Se considera también que miembros del PEACE CORPS enviados por el presidente Kennedy a Zaire pueden ser los portadores, aunque bien puede ser que los norteamericanos llevaron su peste blanca a los africanos.

i) Un enfoque histórico diferente.

Aún cuando el SIDA sea originario de Africa y el foco africano sea más antiguo que el norteamericano eso no excluye la posibilidad de la reintroducción en Africa de una cepa no autóctona y virulenta.

El SIDA en su forma epidémica es una enfermedad tan nueva en Africa como en América. En la segunda fase de la epidemia actual el mundo entero se infectó esencialmente a partir de las cepas norteamericanas.

Antes de la aparición del SIDA en homosexuales norteamericanos, las cepas africanas fueron introducidas en Europa varias veces y solo dieron lugar a infecciones esporádicas.

Es posible que el virus existe desde hace siglos manifestándose esporádicamente y se escapaba a la mirada de los médicos. En el pasado el virus era menos virulento y las vías de infección eran más reducidas.

4. PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Bartlet y Finkbeiner (1996) describen el proceso por el que pasa el ser humano una vez que hubo transmisión de VIH. Las principales etapas son:

1) INFECCIÓN AGUDA O PRIMARIA POR VIH.

El intervalo entre la transmisión del virus y los primeros síntomas de infección aguda duran en promedio de una a seis semanas. Entre el 50% y el 90% de las personas tienen los síntomas de infección aguda por VIH.

Después de que el VIH se transmitió, se traslada a los ganglios linfáticos más cercanos al sitio de infección, en donde se multiplica y en cuestión de días llega por el torrente sanguíneo a otros ganglios linfáticos donde se multiplica invadiendo la sangre con grandes cantidades de nuevos virus.

Con frecuencia existen 1,000,000 de virus por milímetro en la sangre. Estas concentraciones se acompañan de los síntomas por infección aguda. Entre los síntomas están la fiebre, sudores, malestar, dolor de cabeza, fatiga, dolor en todo el cuerpo, dolor en las articulaciones, dolor en la garganta, molestia al deglutir, crecimiento de ganglios linfáticos, salpullido en tórax, espalda y abdomen, cambios de humor, cambios de personalidad, irritabilidad y confusión, pérdida de movilidad temporal en brazos y piernas, y comúnmente el bazo se encuentra inflamado. Debido al parecido de esta etapa con la mononucleosis se le llama síndrome de tipo mononucleosis.

El conteo en la sangre muestra una baja en la cantidad de leucocitos. La prueba hepática puede mostrar hepatitis leve y el líquido cefalorraquídeo puede mostrar evidencia de meningitis. El análisis de sangre para anticuerpo es negativo pero se vuelve positivo en 3 a 10 semanas.

El análisis para detectar VIH (antígeno) es positivo al igual que el cultivo VIH y el RCP. Todas las pruebas que detectan VIH muestran altas concentraciones de este en sangre que disminuyen a medida que se forman los anticuerpos contra el virus.

La infección aguda puede durar de unos días a tres semanas. La fatiga puede durar semanas o meses. El sistema inmunitario después de rechazar la ayuda vuelve a la normalidad.

2) SEROCONVERSIÓN

Seis a doce semanas después de que el VIH penetra en el cuerpo, aparecen en el cuerpo anticuerpos contra el virus y en concentración suficiente como para dar resultado positivo en el análisis de sangre. Los médicos llaman seroconversión a la aparición de los anticuerpos.

En más del 95% los resultados para detectar anticuerpos son positivos en un período de tres meses después de la infección y más del 99% son positivos a los seis meses. Estos anticuerpos que produce el cuerpo reducen la concentración del VIH pero no lo eliminan del todo.

Otras defensas inmunitarias importantes son las células CD8 que son linfocitos que atacan tanto al VIH como a las células CD4 infectadas con este virus. Los anticuerpos y las células CD8 reducen las concentraciones de VIH hasta el punto en que el virus no se puede detectar, pero no lo erradican y concentraciones de VIH quedan en sangre, ganglios linfáticos y cerebro, por lo cual la persona permanece infectada y es capaz de transmitir el virus por el resto de su vida.

3) PERÍODO ASINTOMÁTICO.

Durante varios años las personas infectadas se sienten bien. La persona sólo se percata que posee la infección a través de un análisis que muestre anticuerpos. En la actualidad del 70% al 80% de los infectados se encuentran en esta etapa.

En este período el VIH se sigue reproduciendo a gran velocidad en los vasos y en la sangre. El VIH produce alrededor de mil millones de nuevos virus cada día. El promedio de esta etapa es de cinco a ocho años hasta que aparece la infección y ocho a diez años hasta que se diagnostica SIDA. La mayoría de las personas permanece asintomática durante cinco años o más.

El tratamiento es determinante en la rapidez de progresión de la enfermedad. Algunas permanecen durante años sin síntomas, con un número de células CD4 normal, e incluso algunas personas pasan tanto tiempo así que llegan a denominarse "No progresivos crónicos". Estas personas padecen la infección por VIH por lo menos desde hace 8 años, tienen un conteo normal de células CD4 y no han recibido tratamiento alguno contra el VIH.

Solo del 5% al 12% de los infectados son no progresivos crónicos. La falta de progresión puede deberse a que se hayan infectado de un virus frágil, de que tengan una respuesta inmunitaria fuerte, de la cepa específica del virus, de la edad de la persona, siendo en niños y personas de edad avanzada un progreso más rápido.

El retraso prolongado antes de que aparezcan los síntomas es debido a la enorme cantidad de células CD4. El sistema inmunitario además va reponiendo las células CD4 que pierde, pero a largo plazo las células van disminuyendo de manera gradual ya que la eficacia de reproducción del virus es mayor.

Una persona tiene normalmente 1,000 células CD4 por milímetro de sangre, (es decir, unas 100, 000, 000, 000, 000 células CD4 en el cuerpo) y no es vulnerable a las complicaciones hasta que la cantidad de células CD4 disminuye a 200 células por milímetro o menos.

Las complicaciones serias se dan cuando la cantidad de células están entre 50 y 100 por milímetro. En una persona infectada el número de células CD4 disminuye entre 50 y 80 por milímetro por año. Un 10% de los infectados tendrá un diagnóstico de SIDA antes de llegar a las 200 células CD4 por milímetro.

El conteo de células CD4 permite ver el progreso de la enfermedad, determinar el tratamiento más conveniente y evaluar el beneficio de los tratamientos utilizados. Es importante también el conteo de otras células en la sangre. La falta de glóbulos rojos trae consigo falta de oxígeno, se pierde energía, se siente cansancio, la baja de estas células es llamada anemia. La baja de glóbulos blancos se llama leucopenia y por otro lado la baja de plaquetas trae consigo un sangrado excesivo.

En esta etapa se puede revelar un trastorno llamado linfadenopatía generalizada persistente, que son ganglios que se inflaman de manera persistente. Un ganglio linfático inflamado significa por lo general que el sistema inmunitario esta combatiendo una infección. En este caso el VIH queda atrapado en los filtros de los ganglios y esto ocasiona el crecimiento.

Para que sea considerada linfadenopatía generalizada persistente los ganglios linfáticos hinchados deben estar en dos sitios del cuerpo durante seis meses o mas. Los ganglios son protuberancias de la piel, dolorosas y sensibles al tacto, pero también pueden estar inflamados y no ser visibles ni dolorosos.

Los ganglios linfáticos son los sitios de crecimiento rápido del VIH, y estos ganglios recuperan con frecuencia su tamaño normal. En las etapas tardías de la infección los ganglios inflamados pueden indicar una complicación como el Linfoma, la Tuberculosis, etc. Existen ganglios en distintas partes del cuerpo como nuca, mandíbula, parte delantera del cuello, axila, ingle, interior del tórax, abdomen, etc.

4) INFECCIÓN POR VIH SINTOMÁTICA TEMPRANA.

Es la etapa en la cual se presentan los primeros síntomas o trastornos de un sistema inmunitario debilitado. La infección sintomática temprana se llama en ocasiones complejo relacionado con el SIDA o CRS. Los trastornos son menos graves que los del SIDA comúnmente. En muchas personas se presentan infecciones crónicas que duran varias semanas o meses y que en la mayoría de las personas con VIH son pasajeras.

Por lo general las personas en esta etapa tienen menos de 300 células CD4 por milímetro y otros no muestran los síntomas hasta que la cuenta de células CD4 es inferior a 50.

Los principales síntomas de esta etapa son:

*ALGODONCILLO, que es una infección de la boca causada por el hongo *Candida Albicans* y consiste en placas blancas en la boca, a lo largo de las encías, en la parte interna de las carrillas o en la lengua. Es una de las infecciones más comunes en personas infectadas por VIH, el 80% de los infectados tendrán algodoncillo alguna vez. El algodoncillo tiende a recurrir cuando se suspende el medicamento.

*LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL (LVO).

Consiste en pequeñas protuberancias blancas en forma de vellosidades que se agrupan como si fuera un parche blanco en la lengua, en especial en los bordes. Es causada por el virus Epstein Barr. El común de las personas pueden estar infectadas aunque no lo advierten, pero cuando el sistema inmunitario se altera, el virus se reproduce y crea la leucoplasia vellosa oral.

Esta no es transmisible y altera casi de manera exclusiva a las personas infectadas por el VIH. Solo se trata si causa dolor. La aparición de la leucoplasia vellosa oral indica la supresión del sistema inmunitario y la probabilidad de desarrollar una complicación grave y SIDA en pocos años.

*HERPES ZOSTER O HERPES.

Consiste en la aparición de ampollas dolorosas llamadas herpes y es causada por el virus que produce la varicela. Aparece cuando la persona padece estrés o tiene un sistema inmunitario debilitado, pero a veces se activa sin razones aparentes. El herpes permanece de manera constante en el organismo de las personas que padecieron varicela, pero permanece controlado por los mecanismos normales; pero el herpes se presenta cuando el equilibrio se ve alterado como en el caso de la infección por VIH.

El síntoma usual consiste en grupo de lesiones pustulosas o ampollas llenas de agua que siguen la trayectoria de un nervio y en consecuencia forman una línea en la piel. Las ampollas pueden aparecer en la cara, tórax, abdomen o pierna, por lo general son en un lado y son dolorosas.

No es una enfermedad que ponga en peligro la vida y comúnmente se cura sola, pero el dolor es muy intenso y dura semanas e incluso meses después de que desaparecieron las ampollas o cuando solo quedan cicatrices. El herpes puede aparecer cuando la cantidad de CD4 es alto y no implica necesariamente debilitamiento del sistema inmunitario.

*PROBLEMAS GINECOLÓGICOS.

Los principales problemas son infecciones vaginales por hongos y cáncer cervical. De hecho el cáncer cervical se considera determinante de SIDA, por lo que las mujeres infectadas con VIH deben hacerse el frotis de Papanicolau cada 6 a 12 semanas. También es común la inflamación pélvica.

Las infecciones vaginales por hongos o vaginitis son comunes en las mujeres, el 50% de las que no tienen infección por VIH presentan esta infección en alguna época de su vida. La manifestación usual es el exudado vaginal con aspecto de queso cottage y purito que puede ser molesto.

Las infecciones vaginales en mujeres infectadas con VIH son más frecuentes y graves, y es menos probable que desaparezcan con el tratamiento. Puede aparecer en cualquier etapa pero es más difícil de tratar cuando la cuenta de CD4 es baja.

*PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPÁTICA (PTI).

Produce anticuerpos que atacan las plaquetas, o bien deja de producirlas. Los síntomas son el exceso de moretones y hemorragias excesivas. Las encías sangran con el cepillado y las cortadas pequeñas tienen un sangrado intenso, además pueden aparecer manchas rojas en las piernas que son diminutas hemorragias.

Es una infección mucho más común en personas infectadas por el VIH. La mayoría de las personas no se da cuenta que las tiene hasta que son descubiertas por estudios rutinarios.

*PNEUMONÍA POR NEUMOCOCOS.

Es una infección de pulmón y la bacteria que la produce es el neumococo. Las personas que la contraen no tienen necesariamente bajas sus defensas inmunológicas; pero en las personas con VIH es más grave y 100 veces más frecuente.

En ocasiones se previene con la vacuna contra neumococos, aunque quienes tienen cantidades de CD4 inferiores a 350 responden mal a la vacuna. Una vez que la enfermedad se halla en el organismo puede tratarse con antibióticos y cuando recurre repetidas veces se considera diagnóstico determinante de SIDA.

*TUBERCULOSIS (TB).

Es causada por una bacteria llamada Mycobacterium Tuberculosis. La bacteria causa una infección que permanece latente durante años y cuando bajan las defensas inmunitarias se produce la enfermedad, aunque puede producir la enfermedad cuando las defensas inmunitarias son relativamente potentes. Con frecuencia la tuberculosis ocurre temprano en el curso de la infección, cuando la cantidad de CD4 es relativamente alta y la persona se encuentra relativamente sana.

Es casi 100 veces más probable que se infecten las personas infectadas con el VIH que se exponen a la bacteria de tuberculosis y también es 100 veces más probable que sea tuberculosis activa con síntomas de fiebre crónica, pérdida de peso, fatiga y tos que produce esputo. Hay una cepa agresiva que ha tenido que atacarse de manera especial ya que es resistente a muchos medicamentos.

Las personas deben estar aisladas y las visitas deben entrar con mascarillas debido a lo infecciosa que es. Se debe tomar el ciclo completo de medicamentos (durante 9 meses), de no ser así la enfermedad recurre y la cepa se hace más resistente.

5) INFECCIÓN POR VIH SINTOMÁTICA, TARDÍA O SIDA.

Se refiere a la inmunosupresión grave, es decir, al debilitamiento grave de las defensas inmunitarias del cuerpo. Su definición incluye a toda persona con infección VIH y una cantidad CD4 menor que 200 por milímetro. Casi el 10% de las personas con infección tienen un diagnóstico determinante de SIDA.

Las complicaciones determinantes de SIDA más comunes son las infecciones oportunistas. La mayoría de estas son causadas por microbios a los que todo el mundo esta expuesto, pero un sistema inmunitario debilitado es incapaz de combatirlos. Las más comunes son la *Pneumocystis Carinii* y el Sarcoma de Kaposi.

Esta es la única etapa que por ley federal debe informarse. El SIDA es la etapa de la infección por VIH que rebasa la supresión inmunitaria.

A continuación se describen los principales trastornos:

*NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII. (PCP).

Es una infección de pulmón causada por un microbio llamado *Pneumocystis Carinii*. Este parásito se encuentra en los pulmones de casi todas las personas aunque el microbio se puede encontrar en otras partes del cuerpo. El parásito no causa problemas a menos que la balanza entre el sistema inmunitario y el microbio se incline hacia este último.

Más del 95% de las personas que poseen esta enfermedad están infectados por el VIH. A medida que la cantidad CD4 disminuye, *Pneumocystis Carinii* esta menos controlado. En casi 30% de las personas infectadas con VIH es el primer diagnóstico determinante de SIDA. Sin tratamiento preventivo el 80% de las personas con VIH desarrollaran *Pneumocystis Carinii*.

La enfermedad evoluciona con lentitud y puede ser grave. Es necesario el tratamiento preventivo en personas con cantidades inferiores a 200 células CD4.

Es la causa más común de muerte en las personas infectadas por VIH.

*SARCOMA DE KAPOSÍ.

Es un tumor de los vasos sanguíneos que debe su nombre al dermatólogo húngaro que lo describió por primera vez llamado Moricz Kaposi. El tumor es de color púrpura o negro e indoloro.

En las personas infectadas por VIH el tumor crece con mayor rapidez y aparece en otras partes del cuerpo además de las piernas, incluso en los órganos internos. También puede desarrollarse en el aparato digestivo donde provoca dolor abdominal o diarrea; en los ganglios linfáticos produce inflamaciones dolorosas en cuello, axilas o ingles; en los pulmones causa dificultad para respirar, tos con esputo, o acumulaciones de líquido que reducen la capacidad respiratoria; en el cerebro provoca convulsiones; también puede aparecer en el hígado y paladar. Los tumores crecen de manera simultánea en distintos sitios, tanto en la piel como en los órganos internos.

Es el segundo diagnóstico inicial determinante de SIDA y es 20,000 veces más frecuente en personas con VIH. Entre el 20% y 25% de las personas con VIH padecen Sarcoma de Kaposi, pero es más frecuente en hombres homosexuales con VIH. El Sarcoma de Kaposi era más común en los primeros años en que surgió el SIDA, posiblemente se trate de una enfermedad de transmisión sexual y las prácticas sexuales con precaución se han ampliado.

El Sarcoma de Kaposi es producido por el herpesvirus del Sarcoma de Kaposi o herpesvirus 8. El pronóstico es muy bueno ya que con frecuencia quienes lo tienen poseen una defensa inmunitaria menos baja. El tratamiento suele hacerse por razones de estética o para aliviar síntomas desagradables.

El tratamiento puede ser maquillaje, inyección de medicamentos antitumorales, radiación, y quizá quimioterapia si hay bloqueo linfático o si el sarcoma se encuentra en los órganos internos.

***INFECCIONES POR MYCOBACTERIUM AVIUM (CMA), (MCA) o (MAI-MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLULARE).**

En las personas con SIDA se distribuye por todo el cuerpo; puede estar en pulmones, ganglios linfáticos, bazo, hígado, sangre, médula ósea, tubo gastrointestinal prácticamente en cualquier órgano.

Del 30% al 50% de las personas con SIDA desarrollan CMA, por lo general cuando la cantidad de CD4 es menor a 50. Los síntomas dependen del órgano infectado en el tracto gastrointestinal puede ocasionar diarrea, en la médula ósea disminución en el conteo sanguíneo (adicional al efecto del VIH), en el pulmón ocasiona neumonía, en los ganglios linfáticos ocasiona hinchazón y en el hígado ocasiona hepatitis. En muchos casos son solamente síntomas de una infección diseminada como fatiga, fiebre y pérdida de peso.

Es fácil detectarlo en la sangre pero puede ser difícil de tratar ya que se vuelve resistente, y aunque el común de la gente responde bien al tratamiento muchos no toleran los medicamentos.

Esta bacteria se encuentra en el suelo y los depósitos de agua que son las fuentes de infección. No se transmite de persona a persona.

***ENCEFALITIS POR TOXOPLASMA.**

Es una infección del cerebro que produce deterioro neurológico y convulsiones. La encefalitis es causada por el parásito llamado toxoplasma gondii que se encuentra en las heces de los gatos y la carne insuficientemente cocida. Una vez que el parásito entra en el cuerpo permanece toda la vida.

Esta enfermedad la desarrollan entre el 10% y el 15% de las personas con SIDA. Se detecta a través de una prueba sanguínea de anticuerpos contra el toxoplasma. Prospera cuando las defensas inmunitarias han disminuído sobre todo cuando hay menos de 100 células CD4.

No se transmite de una persona a otra. Los síntomas usuales son dolor de cabeza, fiebre y un síntoma neurológico como una convulsión o dolor en un brazo o pierna. La encefalitis por toxoplasma responde bien a antibióticos, e incluso mejora rápidamente pero recurre cuando se deja el tratamiento.

*CRIPTOCOCOS

Es causada por el hongo *Cryptococcus neoformans* que se presenta en distintas partes del cuerpo, incluso en pulmones y cerebro donde es más perjudicial. Es la causa más común de meningitis en personas con SIDA, entre el 8% y 10% de quienes tienen SIDA desarrollan meningitis criptocócica.

Este hongo esta en todo el mundo pero no se sabe como se transmite, aunque se sabe que no se transmite de una persona a otra. Los síntomas usuales son dolor de cabeza, fiebre, y se presentan con una cantidad de CD4 menor a 100. Para su diagnóstico se necesita punción raquídea. En ocasiones se puede prevenir con medicamentos, pero una vez que se contrae el tratamiento debe continuarse toda la vida ya que es recurrente.

*INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CMV).

Es un microbio que una vez infecta queda latente en el cuerpo. En general del 60% al 90% de las personas son portadoras del CMV. La infección inicial no causa síntomas o son insignificantes, pero cuando las defensas inmunitarias disminuyen el virus prolifera. Debido a que reside en las células de la sangre se expande por todo el cuerpo.

En las personas con infección por VIH sintomática tardía provoca enfermedad en muchos órganos diferentes siendo los más comunes los ojos, el intestino y el sistema nervioso. Un 30% de las personas con SIDA desarrolla infección por CMV cuando las cantidades de CD4 son inferiores a 50. La forma más común de la enfermedad es la retinitis, es decir, la inflamación de la retina del ojo. Con el tratamiento que se aplica se previene la pérdida de la visión.

Puede producir también encefalitis (infección en cerebro), esofagitis (infección del esófago), radiculopatía (infección del sistema nervioso), enteritis (infección del intestino delgado) o colitis (infección del colón).

El CMV es difícil de tratar e imposible de curar. Se transmite por contacto sexual y por la sangre, y no por contacto ocasional. Las mujeres embarazadas no deben cuidar a personas infectadas por el CMV ya que puede ocasionar una enfermedad seria en el feto.

***INFECCIÓN POR HERPES SIMPLE.**

Se presenta en dos formas: infección en la boca o en la región genital aunque puede diseminarse a otros sitios del cuerpo. Cuando afecta la boca el contagio es a través del contacto oral aunque no tenga úlceras visibles. Si la infección esta en los genitales se transmite a través de relaciones sexuales aunque la persona infectada no presente úlceras.

En la primera exposición causa ampollas acuosas, dolor y fiebre. La infección se cura pero el virus permanece en los nervios cercanos y se reactiva periódicamente. Cuando se reactiva en la boca produce fuegos o herpes labial y si se reactiva en los genitales produce úlceras en estos o en la región anal, pero estas reactivaciones son menos graves que la infección inicial. El herpes labial ocurre en épocas de estrés, cuando hay fiebre, en los períodos de menstruación y por exposición al sol. El 50% de las personas ha padecido herpes en la boca, y del 20% al 30% en los genitales. El herpes permanece de manera latente.

En personas con VIH las infecciones herpéticas que duran más de un mes son diagnóstico determinante de SIDA. Las infecciones se vuelven más frecuentes y graves; y su aparición se debe a la baja de defensas inmunitarias. El tratamiento alivia un brote de úlceras, pero el alivio es temporal, no elimina el virus del herpes, no cura la infección y ni previene su transmisión. Cuando hay brotes con frecuencia se administra continuamente el tratamiento.

***CRIPTOSPORIDIOSIS.**

Esta afección se debe al parásito de cryptosporidium y su principal síntoma es la diarrea. La infección ocurre por beber agua contaminada o por contacto con animales o personas infectadas por este, sin embargo la fuente de infección no es muy clara. Comúnmente se recuperan en una o dos semanas.

Las personas con VIH son susceptibles y son la mayor parte de los casos. Las personas con SIDA tienen los mismos síntomas que quienes no están infectados pero la enfermedad es crónica y tiende a durar meses o años. La diarrea grave y prolongada complica los problemas de pérdida de peso y desnutrición. Entre el 5% y el 10% de las personas con SIDA desarrolla esta enfermedad y no hay un tratamiento especialmente eficaz.

***SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES.**

Son los síntomas generales que suelen acompañar a las enfermedades crónicas y que incluyen pérdida de peso, debilidad crónica, diarrea, fiebre y fatiga. En las personas infectadas por VIH son síntomas crónicos que no desaparecen y se vuelven síntomas constitucionales de la infección por VIH temprana cuando persisten por lo menos durante un mes y suele ocurrir cuando la cantidad de CD4 es menor a 200.

Pérdida de Peso.

Una razón de esta es que la fiebre, cualquier infección oportunista activa y la infección por VIH en sí misma pueden aumentar el índice metabólico del cuerpo, entonces el motor trabaja con mayor rapidez y se queman calorías a un ritmo más rápido. Otra razón es la inanición, es decir, que las personas no consumen suficientes calorías.

Puede deberse también a la falta de apetito, depresión, úlceras en la boca o pérdida del sentido del gusto. Algunos tiene inanición por diarrea grave (el alimento pasa por el tubo digestivo sin absorberse. El tratamiento depende de la causa de la pérdida de peso, pero el peso que se gana con fármacos es grasa y no proteínas.

Diarrea.

A veces se debe a un microbio infeccioso que se identifica con pruebas de laboratorio aunque puede deberse a la propia infección por VIH, al síndrome de intestino irritable o a un microbio que no puede detectarse ni tratarse.

Fiebre.

Puede deberse a una infección oportunista o al VIH. Aunque no existe una temperatura particular que se considera normal para todas las personas suele aceptarse que los 37.5 grados centígrados son el límite normal de lo superior especialmente durante el día.

Los aumentos rápidos de temperatura pueden ir precedidos de escalofríos, que son intentos del cuerpo de conservar el calor, mediante la constricción de los vasos sanguíneos por donde se disipa el calor. Puede ir acompañada de sudores nocturnos intensos, que a la vez se acompañan de fiebre.

La combinación de fiebre, escalofríos y sudores nocturnos es común en las etapas tardías de la enfermedad por VIH. La fiebre que excede 38.3 grados centígrados y que se acompaña de estremecimiento indica la presencia de otra infección distinta a la causada por el VIH.

El 80% de las fiebres en pacientes con infección VIH ocurre por una infección que puede diagnosticarse y tratarse. La persona con fiebre que no tiene una infección específica tratable puede controlarse.

Fatiga

Sus efectos son intensos y las causas son diversas como infecciones oportunistas, depresión, anemia y demencia asociada al VIH. Muchos casos de fatiga no tienen una causa clara y puede achacarse a la infección por VIH cuando la cantidad de CD4 es baja. Casi todas las causas de fatiga pueden tratarse a menos que se deba al VIH en sí.

Es común que fiebre, tos y diarrea acompañen a una infección oportunista.

Ritmo del SIDA.

El 50% de las personas infectadas con VIH tiene el primer diagnóstico determinante de SIDA al cabo de 10 años después de la seroconversión. Menos del 1% progresa rápidamente de la seroconversión al diagnóstico determinante de SIDA en menos de un año. Del 10% al 17% de los infectados permanecen bien cuando menos durante 20 años sin tratamiento.

El curso de la infección por VIH después de un diagnóstico determinante de SIDA es variable, lo que se debe a las diferentes cepas del virus y a las diferencias en la eficacia de la respuesta inmunitaria. El ritmo puede retardarse con tratamientos que previenen complicaciones, estimulan el sistema inmunitario y combaten el VIH.

5. FACTORES RELEVANTES EN LA HISTORIA NATURAL DEL SIDA.

Velásquez y Darío (1996) describieron algunos factores que influyen en la Historia Natural del SIDA.

a) En el período prepatogénico cuando los individuos no han sido infectados por el VIH influyen:

*Factores ecológicos

Se refiere a que una alta prevalencia de infectados incrementa el riesgo individual de contagio entre los miembros de la población.

*Factores sociales.

La manera en que se aborda y se ejerce la sexualidad en la población, elevan o disminuyen el riesgo de adquirir la infección entre sus individuos. Sociedades que generen y refuerzan conductas sexuales saludables y seguras reducen el riesgo de contagio.

*Factores individuales.

Algunas conductas y hábitos asumidos por los individuos incrementan el riesgo de contagiarse con el VIH, entre ellos se destacan contactos sexuales inseguros, la exposición de psicoactivos y drogas ilegales, y la imprevisión de accidentes.

*Factores biogenéticos.

No se ha demostrado que se asocie la infección a un patrón genético, pero se ha encontrado que los hemofílicos, los individuos que presentan lesiones mucocutáneas abiertas al exterior y quienes presentan enfermedades de transmisión sexual de carácter ulcerativo son más propensas a la infección. A nivel de salud pública se debe atender a los no infectados para determinar su nivel de riesgo y reducir su probabilidad de contaminación.

b) En el período patogénico asintomático el individuo se encuentra infectado y tiene una elevada probabilidad de desarrollar algunas complicaciones.

*Complicaciones orgánicas, como son diversas infecciones.

*Complicaciones psíquicas, como ansiedad, depresión, etc.

*Complicaciones sociales como discriminación, rechazo, disminución del respaldo social, disminución de la productividad social y reducción de la capacidad laboral.

El riesgo de desarrollar estas complicaciones parece asociado a:

-La exposición a otros factores que alteran la relación virus- hospedero. La infección por otros agentes aumenta el riesgo de desarrollar SIDA.

-Reinfección, que puede acelerar la activación del VIH y la aparición de síntomas.

-Los eventos que estimulen la respuesta inmunológica celular, ya que con la replicación de linfocitos y macrófagos se replica también el virus.

- La historia psicosocial previa, ya que muchas complicaciones dependerán de las habilidades y mecanismos previos de adaptación, de la presencia de otros problemas emocionales y de la capacidad de autocuidado.

-La funcionalidad del grupo social para enfrentarse a la epidemia, ya que esto contribuye en la aparición, aumento o disminución de complicaciones individuales contribuyendo en la aparición de problemas psicosociales e interfieren con el cuidado y efectividad de los servicios asistenciales.

-La cobertura y calidad de la red de servicios modifica substancialmente el desarrollo de la enfermedad si se detectan e interviene precozmente en las complicaciones, lo que impide que se deteriore el bienestar del infectado asintomático.

c) En el período patogénico sintomático el virus activo destruye las células infectadas e interfiere con los procesos del sistema inmune.

Las complicaciones orgánicas dependerán de la experiencia previa en infecciones persistentes y agentes oportunistas, de su exposición a estímulos inmunológicos, de su estado nutricional y de la presencia de otras enfermedades concomitantes.

Las complicaciones psíquicas y sociales dependen de las habilidades y mecanismos previos de adaptación, de la presencia de otros problemas emocionales y de su capacidad de autocuidado.

La funcionalidad del grupo social para enfrentarse al enfermo y para participar en el tratamiento condicionan la aparición o disminución de complicaciones.

La cobertura y calidad de la red de servicios puede controlar las complicaciones del enfermo y mejorar su calidad de vida de manera variable.

6. MODOS DE TRANSMISIÓN.

La Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1995) a través de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana especifica las formas en que se transmite este:

- A) Por contacto sexual con persona infectada por el VIH.
- B) Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes.
- C) Por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados.
- D) De una madre infectada a su hijo, durante el período perinatal por vía transplacentaria, por contacto con sangre o secreciones en el canal de parto, o a través de la leche materna.
- E) Por trasplante de órganos y tejidos contaminados

Los grupos de la población con mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH son:

I) Aquellos que realizan prácticas sexuales de alto riesgo:

- a) Hombres y mujeres que tienen varios compañeros sexuales independientemente de su preferencia sexual.

b) Hombres y mujeres que padecen una enfermedad de transmisión sexual.

c) Compañeros sexuales de:

- 1) Personas con VIH/ SIDA.
- 2) Personas que a su vez tienen varios compañeros sexuales.
- 3) Transfundidos entre 1980 y 1987.
- 4) Usuarios de drogas intravenosas.
- 5) Hemofílicos.

II) Usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.

III) Aquellos expuestos a condiciones de alto riesgo:

a) Hemofílicos y transfundidos entre los años de 1980 y 1987.

b) Personas transfundidas después de 1987 con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.

c) Hijos nacidos de mujeres ya infectadas con VIH/ SIDA:

IV) Se encuentran sometidos a condiciones de bajo riesgo:

a) Personal de salud o personas que atienden a pacientes y que presentan cortaduras, punciones accidentales con agujas contaminadas, o salpicadura de sangre o secreciones.

b) Personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas por sangre, como las usadas en Acupuntura y tatuajes.

7. TIPOS DE PRUEBAS.

La Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1995) describen los criterios para considerar a una persona como infectada por el VIH y las pruebas que se utilizan en su detección:

Se considera una persona infectada por el VIH o seropositiva aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y una prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes sintomáticos que nieguen factores de riesgo.

Los estudios de laboratorio que se utilizan son:

A) Pruebas de tamizaje: cuyo objetivo es encontrar la presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma. Se utilizan los siguientes métodos:

*Ensayo Inmunoenzimático (ELISA).

*Aglutinación Pasiva.

B) Pruebas suplementarias: cuyo objetivo es buscar la presencia de anticuerpos contra el VIH en suero o plasma. Se utilizan los siguientes métodos:

*Inmunolectrotransferencia (Prueba de Western Blot).

*Inmunofluorescencia.

*Radioinmunoprecipitación (RIPA).

C) Pruebas suplementarias: cuyo objetivo es determinar la presencia del virus o algún componente del mismo. Se utilizan los siguientes métodos:

*Cultivo de virus

*Determinación de antígeno viral

*Reacción en cadena de la polimerasa para determinar el RNA viral o el DNA proviral.

Algunos autores han descrito brevemente el funcionamiento de 3 de las pruebas más conocidas (Grmek, 1992; Miller, 1989; Richardson, 1990; Sande y Volberding, 1992).

El ensayo inmunoenzimático.

En esta prueba la sangre del paciente se pone en competencia para unirse con antígeno en un pequeño foso con un antisuero VIH humano que se ha unido a enzima. Se incluyen en la mezcla aditivos (un substrato). Si hay anticuerpo en la sangre del paciente, no se convierte el substrato a su producto final (una mezcla transparente indica que la sangre está infectada) y si no hay infección la sangre se tinte. Es un test muy sensible, es decir, que pocos casos realmente positivos se le escapan.

La Prueba de Inmunolectrotransferencia (Western Blot).

Es un análisis por electroforésis y su objetivo es identificar las inmunoglobulinas que se fijan por la incubación de proteínas virales con el suero ensayado. Se puede detectar la presencia del DNA proviral hibridándolo con sondas moleculares. Es una prueba con mayor especificidad, es decir, que menos casos negativos aparecen como positivos. Es una prueba más cara que requiere personal especializado. El inconveniente de todos los test que detectan anticuerpos es que la seroconversión no opera sino hasta semanas o meses después de la infección.

EL Test de Amplificación génica llamado PCR (Polymerase Chain Reaction) permite comprobar la presencia de cantidades ínfimas del genoma viral. El test da positivo muy rápidamente después de la infección.

8.MEDICAMENTOS.

Se han desarrollado distintos fármacos para combatir el VIH. Entre ellos se encuentran los antivirales, pero estos medicamentos con frecuencia no diferencian entre las células infectadas y las sanas; otra dificultad es que muchos de estos medicamentos no llegan a líquido cefalorraquídeo o cerebro y el VIH es capaz de infectar estas áreas. Un problema más es que el VIH se inserta en el código genético de las células que infecta y para eliminarlo se deben destruir las células que infecta.

Sin embargo se han conseguido algunos avances: el fármaco Ribavirin retrasa la producción de VIH; los fármacos Sumarin, HPA- 23 y Ansamacyn logran una disminución en la cantidad de virus presente.

También se han estudiado fármacos que refuerzan el sistema inmunológico; algunos como el Interferon refuerzan la inmunidad, mientras otros como la Ciclosporina suprimen el sistema inmunológico.

Por otro lado se investiga la posibilidad de que trasplantes de médula ósea aunado a tratamiento con retrovirales se restablezca la función inmunológica en algunos pacientes con SIDA.

El fármaco AZT o Azidotimidina detiene la multiplicación del virus pero no lo destruye y puede traer efectos secundarios importantes como anemia. Prolonga la vida de personas con SIDA o con Complejo Relacionado al SIDA avanzado (Richardson, 1990).

La estrategia para tratar a personas con infección por VIH es un ataque por dos frentes: uno contra el VIH que se llama terapéutica antirretrovirica y el segundo ataque consiste en prevenir las complicaciones mediante el uso de antibióticos y vacunas.

Se han alcanzado algunos beneficios con los tratamientos:

1.Las cantidades de VIH en el cuerpo pueden reducirse de 1,000,000 de virus por milímetro a 10,000, es decir, una disminución del 90%.

2.Es posible aumentar del 50% al 100% la cantidad de células CD4. Es factible detener la disminución progresiva en la cantidad de células CD4, o cuando menos retrasarla.

3.El tiempo entre la infección por VIH y el desarrollo de un trastorno determinante de SIDA puede alargarse.

4.Las complicaciones pueden prevenirse, y si ocurren pueden controlarse o por lo menos retardarse.

5.La vida, incluso la productiva con una alta calidad, puede prolongarse. (Bartlet y Finkbeiner, 1996).

La revisión de los tipos de medicamentos en este apartado no es exhaustiva debido a la velocidad con que la actual tecnología desarrolla nuevas opciones de tratamiento.

9.ASPECTOS PSICOSOCIALES.

Velásquez y Darío (1996) describen tres epidemias asociadas al SIDA:

La primera epidemia se remonta a 1981 con los primeros casos de SIDA, donde se describió la enfermedad como transmisible sexualmente y circunscrita a un grupo poblacional.

En 1985 la aplicación de pruebas serológicas a población asintomática hicieron evidente la segunda epidemia.

La tercera epidemia quedó constituida por el malestar, la disfuncionalidad y sufrimiento que el SIDA genera entre los individuos y los grupos sociales no infectados. Esta tercera epidemia esta constituida por cuatro dimensiones:

1) El impacto emocional.

Se refiere a la depresión, culpa, agresividad, represión de la sexualidad y los sentimientos de abandono que afectan a los contactos sociales, familiares y sexuales de infectados y enfermos. Incluye el miedo irracional de la población general con respecto al SIDA.

2)El impacto social.

Expresado en tres dimensiones:

a)La desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado como parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades que pueden desmoronarse al paso de la epidemia. Esto puede ser causado por la muerte, pérdida o enfermedad de personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo y por otro lado puede ser ocasionado por reacciones disfuncionales y conflictos que surgen en el interior frente a la posibilidad o evidencia de que uno de sus miembros este infectado o exista riesgo de que lo este.

b)La discriminación de grupos e individuos considerados por otros como de mayor riesgo, se encuentren infectados o no, constituye una de las manifestaciones más disfuncionales de la tercera epidemia. Las medidas discriminatorias imponen sufrimientos adicionales innecesarios a los infectados y a grupos de individuos seronegativos, y los obligan a refugiarse en una subcultura, donde se hacen menos accesibles al alcance de los servicios preventivos.

c)La crisis de estructuras ideológicas que han debido modificar sus posiciones y contenidos presionados por el avance del SIDA. Estas crisis se caracterizan por profundas reformulaciones sobre el significado y la practica de aspectos como la sexualidad, la calidad de vida, la ética, la moral, los derechos humanos, las condiciones de trabajo, la educación, la asistencia médica, la enfermedad, la familia y el papel del Estado frente a la salud.

3)El impacto económico.

Generada por el elevado costo de los servicios que demanda un enfermo de SIDA y por la enfermedad o pérdida de individuos económicamente productivos. El impacto de esta crisis recae sobre la familia y el gobierno. La epidemia reduce la productividad económica de los países y las familias, además genera pérdida de producción del trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar.

4)Impacto sobre los sistemas de servicio.

Lo cual se manifiesta a través de cuatro aspectos:

a)El deterioro de los indicadores de Salud Pública, generando un incremento en las tasas de mortalidad infantil, materna y general. Se presenta una reducción en la esperanza de vida al nacer y un aumento de los días de incapacidad y de las tasas de invalidez.

b)Crisis financiera

Se refiere a la incapacidad para atender adecuadamente el problema a nivel financiero.

c)Crisis tecnológica.

Es debida a que se requiere la aplicación de tecnologías complejas que implican un alto costo que puede exceder la disponibilidad de los recursos sanitarios.

d)Crisis de los agentes de salud.

Debido por un lado a la complejidad y mal pronóstico de la enfermedad que hace pensar en la inutilidad de cualquier esfuerzo y por otro por la percepción de esta enfermedad por parte de los trabajadores de la salud como una fuente de riesgo profesional de carácter transmisible y mortal, y cuyo manejo es más difícil por cuanto los pacientes pertenecen a grupos humanos configurados al margen de las normas y los valores sociales.

Son algunos los problemas que sirven de raíz a esta epidemia y que preexistían a ella:

*El miedo irracional a la muerte.

*El miedo irracional al contagio.

*La disfuncionalidad en el abordaje y el ejercicio de la sexualidad.

*Las discriminaciones y desigualdades sociales.

*La disfuncionalidad de las estructuras sociales para responder a las necesidades de los individuos y al bien común.

Aspectos Sociales.

La epidemia ha afectado todos los sectores de la sociedad y a todas las instituciones: familia, empresa, gobierno, escuela, iglesia, ejército y comunidad en general. También ha influido profundamente en la práctica científica, médica y asistencial en el mundo entero. El SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana.

Por la relación que tiene esta infección con la sexualidad, la sangre, drogas ilegales y la muerte evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales, ya que la identificación del virus y sus formas de transmisión científicamente demostradas no son suficientes para disipar la sensación de misterios y temor de las personas.

El SIDA ha modificado el ejercicio de la sexualidad, el amor, las relaciones humanas, suscitando gran cantidad de debates al respecto. La epidemia ha despertado en la sociedad conciencia de que existen prácticas sexuales diferentes produciendo en algunos una actitud abierta de comprensión y tolerancia, y en otros aumentando la aversión hacia quienes viven su sexualidad fuera de las normas culturales.

El consumo de drogas encuentra terreno fértil en sociedades donde los índices de desempleo, violencia, falta de vivienda y el maltrato al menor son elevados; y este comportamiento incrementa los riesgos de infección por VIH.

El costo social que debe asumir la persona infectada incluye la pérdida de empleo, de los amigos, de los familiares, del compañero sexual, de la propia sexualidad y en general de las relaciones afectivas, además de la pérdida del esquema corporal. Estas situaciones afectan el estado emocional del paciente repercutiendo en todo su desempeño social y productivo (Velásquez y Darío, 1996).

Aspectos Psicológicos.

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH/ SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de la vida, como son: edad, género, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia; y de aspectos sociales: la familia, relaciones interpersonales, habilidades de comunicación; y aspectos relacionados con la enfermedad: medicamentos, tratamiento, dolor físico, complicaciones, seguridad social, asistencia, deterioro físico, deterioro psicológico y tiempo de sobrevida (Velasquez y Darío, 1996).

Kübler- Ross (1993) ha descrito una serie de etapas por las que pasa el individuo al conocer su diagnóstico, estos estadios no necesariamente siguen una secuencia rígida, sino que pueden omitirse o aparecer en desorden. Estos estadios son:

a) Choque

Es la primera reacción del individuo frente al diagnóstico. Puede existir temor a revelar su orientación sexual, con el consiguiente derrumbamiento de su imagen, el miedo a afrontar una enfermedad que se ha asociado con conductas estigmatizadas, acompañadas del rechazo y abandono de su familia, amigos y compañeros además del posible deterioro físico llevándolo a pensar en el suicidio como única solución.

b) Negación.

La cual actúa como mecanismo de defensa, protegiendo al individuo de acercarse a una realidad que en ese momento es caótica. Esta defensa cumple la función de conservar fuera de la percepción consciente la existencia de realidades desagradables. La negación va cediendo lenta y parcialmente para dar cabida a otras respuestas como la rabia o la depresión. En esta etapa el paciente puede repetir sus exámenes en varios laboratorios o negar que está infectado. A lo largo de este estadio el paciente puede buscar el aislamiento.

c) Depresión.

El infectado manifiesta apatía por actividades rutinarias, retraimiento, pérdida de la atención, la concentración y la memoria, y alteraciones de las funciones neurovegetativas en general. El cuadro puede obedecer a una depresión reactiva o ser una manifestación primaria del Sistema Nervioso Central, por lo cual es importante hacer un buen diagnóstico. La depresión crece cuando aumentan las pérdidas como la pérdida de independencia, del control sobre el cuerpo y la autonomía, y en la medida en que el paciente le va quitando valor a los objetos y a las cosas presenta pérdida de interés por el entorno. Puede haber ideas suicidas.

d) Rabia e ira.

Obedece en muchas ocasiones a las pérdidas que el individuo debe afrontar. En muchas ocasiones se manifiesta contra el equipo de salud y en muchas otras a través de la impotencia por no poder hacer que sus familiares y amigos adopten conductas protectoras frente a la infección o hacia la ineficacia de algunos programas preventivos. La ira puede canalizarse contagiando a individuos no infectados.

e) Negociación o Pacto.

El infectado pacta con Dios, con el médico, con la enfermera, con el amigo o con el psicólogo la ampliación de un período de vida útil para poder terminar actividades inconclusas, alcanzar metas propuestas, terminar estudios o realizar viajes. El individuo vuelve a retomar la actividad rutinaria, tanto física como intelectual.

f) Aceptación.

El paciente manifiesta la aceptación del diagnóstico, la enfermedad y la muerte. Este período se altera por el estado clínico del paciente. El asintomático hará este proceso mucho más lento que el sintomático. En la etapa terminal el enfermo puede parecer sereno y poco interesado (Kübler, 1993; Velásquez y Darío, 1996).

Además se han encontrado diversas reacciones psicológicas asociadas al VIH/SIDA (Bartlet Y Finkbeiner, 1996; De Vita, Hellman y Rosenberg, 1990; Miller, 1989; Sherr, 1992):

Ansiedad, ataques de pánico, depresión (retraimiento, depresión de ánimo, pérdida de intereses, sentimientos de inutilidad y culpa, baja autoestima, desesperanza, pérdida de energía, apetito y peso, retardo y fatiga), trastornos del sueño, problemas psicosexuales, miedo, temor, rechazo, ira, ideas de suicidio, suicidio, trastorno obsesivo compulsivo, paranoia, demencia, fantasía y egocentrismo.

Pueden estar presentes algunos problemas psicósomáticos (síntomas corporales): cefaleas, dolores de nuca, calambres musculares, boca seca, falta de respiración, palpitaciones, indigestión y náuseas, dolor bajo de espalda, sudoración, agitación o temblor físico fino, agitación vesical e intestinal, estreñimiento, visión borrosa y dolores de tipo reumático. Si ya sufrían dolor la depresión puede empeorarlo.

En los apartados anteriores hemos descrito algunas de las características de los suprasistemas (factores sociales) y los infrasistemas (factores psicológicos) en relación al SIDA, pero será en otro capítulo donde se aborden los mesosistemas (factores familiares), debido a que son materia central de este escrito.

10. PROGRAMAS PREVENTIVOS.

Velásquez y Darío (1996) mencionan tres programas necesarios:

1) Programa de prevención primaria del SIDA, que serían programas dirigidos a reducir la aparición de casos nuevos de infección, con orientación y asistencia personalizadas, así como el mejoramiento de la calidad de los servicios.

2) Programas de prevención secundaria, que estaría dirigido a reducir la incidencia de complicaciones entre los infectados, que comprenden actividades de diagnóstico, e intervención médica y psicológica sobre los infectados, sus contactos sociales y sexuales.

3) Programas de prevención terciaria, dirigido a rehabilitar física, psicológica, social y ocupacionalmente a los enfermos de SIDA, que puede extenderse a sus contactos sociales y sexuales afectados. Incluye fisioterapia, recuperación nutricional, psicoterapia, terapia ocupacional y terapia sexual.

CAPÍTULO 2.-LA FAMILIA.

A)LA FAMILIA EN LA HISTORIA DEL HOMBRE.

El hombre ha pasado por varias etapas a lo largo de su historia, estas han sido descritas por algunos autores (Engels, 1989; Morgan, 1980). Dichos autores hacen referencia a tres épocas principales en la historia del hombre:

A) Salvajismo.

1)Estadio inferior. Es la infancia del género humano, el principal progreso de esta época es la formación del lenguaje articulado. Probablemente este período duro muchos milenios pero no se puede demostrar por testimonios directos, pero si se acepta que el hombre procede del reino animal debemos aceptar ese estado transitorio.

2) Estadio medio. Comienza con el empleo del pescado como alimento y el uso del fuego. Con este nuevo alimento los hombres se hicieron independientes del clima y los lugares. Los toscos instrumentos de piedra pertenecen a esta etapa. La población de nuevos lugares y el activo afán de nuevos descubrimientos vinculado a la posesión del fuego, condujeron al empleo de nuevos alimentos y también a la caza que con la invención de las primeras armas (la maza y la lanza) llego a ser un alimento suplementario ocasional. La antropofagia surge en este estadio para subsistir largos periodos de tiempo ante la incertidumbre de las fuentes de alimentación.

3) Estadio superior. Nace con la invención del arco y la flecha gracias a los cuales la caza es una manera regular de conseguir alimento y el cazar se vuelve una actividad normal. Ya existe indicio de residencia fija en aldeas y cierta maestría en la producción de medios de subsistencia. Con esto se consigue el material necesario para construir viviendas.

En el período del salvajismo predomina la apropiación de productos que la naturaleza da ya hechos, las producciones artificiales del hombre están destinadas a facilitar esa apropiación.

B) Barbarie.

1) Estadío inferior. Empieza con la introducción de la alfarería donde se recubren con arcilla las vasijas. Se domestican y se crían animales así como se cultivan las plantas. El mundo oriental poseía casi todos los animales domesticables y todos los cereales para el cultivo menos el maíz. En el mundo occidental solo existía un mamífero domesticable y esto solo en la zona sur, y por otra parte tenía solo un cereal para el cultivo que era el maíz. Debido a estas condiciones distintas la población de cada mundo se desarrolla de manera distinta y los estadios particulares son diferentes.

2) Estadío medio. En el oeste comienza con el cultivo de las hortalizas por medio del riego. Vivían en casa de madera, en aldeas protegidas por empalizadas. Las tribus del noroeste se hallaban en el estadío superior del estado salvaje.

Pero los pueblos de Nuevo México: mexicanos, centroamericanos y peruanos de la época de la conquista se hallaban en el estadío medio de la barbarie, vivían en casa de adobe y piedra, cultivaban en huertos que era su principal fuente de alimentación. Habían domesticado algunos animales como la llama. Sabían labrar los metales menos el hierro, por lo cual no podían prescindir de sus herramientas de piedra. La conquista española interrumpió su desarrollo.

En el este, dicho estadío comienza con la domesticación de animales para el suministro de leche y carne, mientras el cultivo permaneció desconocido hasta avanzado el período. La domesticación de animales, la cría de ganado y la formación de grandes rebaños parece ser la causa de que los arios y los semitas se apartasen del resto de la masa de los bárbaros. Es más que probable que el cultivo de los cereales naciese de la necesidad de proporcionar forrajes a los animales antes que para alimentar al hombre.

La evolución superior de algunos pueblos (arios y semitas) tal vez se deba a la abundancia de carne y leche en su alimentación, en cambio otros pueblos (como los de Nuevo México) se veían reducidos a una alimentación casi únicamente vegetal. Estos últimos tienen el cerebro más pequeño. En este estadío desaparece la antropofagia que sobrevive solo como un rito o sortilegio.

2) Estadío Superior. Comienza con la fundición del hierro. Este estadío supera a todos los anteriores en cuanto a los progresos de la producción. Introduce la división del trabajo entre la agricultura y los oficios manuales. Aparece el arado de hierro tirado por animales, se talan los bosques y se transforman en tierras de labor y en praderas con la ayuda del hacha y la pala de hierro. Con el cultivo de los campos ya se logran reunir grandes cantidades de gentes bajo una misma dirección. En general en el período de la barbarie aparecen la ganadería y la agricultura, y se aprende a incrementar el trabajo de la naturaleza por medio del trabajo humano.

C) Civilización.

Inicia con el invento de la escritura alfabética. El hombre sigue aprendiendo a elaborar los productos naturales. Es el período de la industria y el arte. Se agrega una tercera división al trabajo: la de los mercaderes que se ocupan del cambio de los productos. Con esta clase surge la moneda acuñada. Se introduce la propiedad privada de la tierra y la sociedad queda dividida en clases.

La civilización es el estadio de desarrollo de la sociedad en el que surge la división del trabajo, el intercambio entre individuos que de ella deriva, y la producción mercantil que abarca a una y otra alcanzaba su pleno desarrollo y ocasionan una revolución en toda la sociedad anterior. La esclavitud alcanza su desarrollo máximo a través de la servidumbre y el trabajo asalariado.

Los párrafos anteriores describen en general la historia de la humanidad aunque nos parece pertinente aclarar que se retoma a estos autores por consideración histórica a sus escritos aún cuando por falta de veracidad en lo que respecta a sus estudios de la familia es preciso recurrir a otras fuentes (R. Macías, comunicación personal, Julio, 1999). Por lo que a continuación se presenta la síntesis de la familia a través de la historia basada en otros autores:

a) Antigüedad.

En las sociedades esclavistas los estratos superiores mantuvieron un tipo de familia y las capas inferiores de esclavos y castas, otra. Parece ser que la familia consanguínea respondió en la historia a condiciones de debilidad de un determinado grupo. Cuando la organización política de una tribu era fuerte, la unidad conyugal respondía a las necesidades del núcleo marital y filial. Cuando el gobierno pierde fuerza para dar seguridad a todo el grupo cada unidad familiar tiene que dotarse a sí misma una equivalente organización política para su defensa y seguridad. Es entonces cuando la familia adopta una forma más amplia propia de un grupo de trabajo con su sistema de autoridad política al interior. Las uniones conyugales quedan entonces condicionadas a las normas de relación consanguínea.

Predominante era el hombre quien asumía formalmente el poder familiar, así como el poder político y religioso del grupo. Lo favorecen su condición física superior y la situación biológica de la mujer más ligada al embarazo, al parto y a la crianza que a la lucha y la cacería. La institución religiosa viene a reforzar esta situación prepotente del hombre dándole una calificación sagrada a la norma familiar.

b) Edad Media Occidental.

El sistema feudal en Europa refuerza una situación de familia consanguínea, debido a que había quedado desprovista de la antigua protección que tenía durante el auge del Imperio Romano. El crecimiento de las ciudades medievales y el sistema que da importancia a la propiedad de la tierra provocaron nuevos ajustes familiares.

La nobleza reafirma por una lado el tipo de familia consanguínea, por que de esto depende la continuidad de su posición dominante y de prestigio. La herencia es una institución que acompaña a la familia nobiliaria. Los matrimonios se concierten en función de negociaciones entre familias enteras.

Los siervos rurales experimentan situaciones variantes entre familia conyugal y familia consanguínea. Finalmente las condiciones de vida imponen con el advenimiento de la agricultura intensiva, una forma familiar consanguínea en la cual el núcleo familiar es, de hecho un grupo de trabajo. Pero aún en esta situación la familia consanguínea coexiste con la conyugal pues en principio sólo uno de los hijos hereda la propiedad familiar paterna. A medida que la herencia se democratiza y se reparte entre todos, la familia conyugal adquiere una mayor fuerza como sistema ideal.

Con el artesano y el trabajador, la familia conyugal es la base de la producción aunque mezclada con rasgos de consanguinidad, imitados de las familias nobles y acomodadas. La situación va evolucionando y al emerger la clase pequeño burguesa, origen de nuestras actuales clases medias, el modelo ideal de familia conyugal asciende de prestigio con los valores del liberalismo individualista que son favorecedores del tipo conyugal en unidades separadas entre sí.

c) Modernidad.

Con la industrialización y el crecimiento de la cultura moderna urbana y tecnológica, la civilización occidental exalta el valor de la familia conyugal también como un principio biológico- natural. Adquieren importancia el amor conyugal, derivado del amor romántico individual, el puritanismo sexual, el derecho de filiación y la herencia directa de los hijos, la libertad para la elección personal de trabajo, etc. La familia restringida y conyugal se vuelve el modelo natural de esta civilización. El desarrollo de este modelo originado en la pequeña burguesía europea queda en muchas ocasiones a nivel formal y simbólico, pues las relaciones primarias familiares aparecen frecuentemente con un sentido diferente ligadas al régimen semifeudal establecido y muy lentamente superado. Formas mixtas entre consanguínea y conyugal caracterizan al panorama actual de la familia en el mundo (Leñero, 1983).

La familia junto con el uso de instrumentos y el lenguaje fueron los inventos más significativos de la evolución humana. En lo que respecta a la familia en este desarrollo histórico no se sabe si los antepasados adquirieron las bases de la vida familiar antes o después de que alcanzaron la condición humana a través del lenguaje (Gough en Llobera, 1976), son oscuros tanto los orígenes de la familia como las etapas que ha atravesado en el curso de su desarrollo (Linton en Anshen, 1974), tampoco se sabe si su aparición fue de una vez por todas o si surgió en diversos lugares y en diversas ocasiones (Gough en Llobera, 1976). Sin embargo, la familia ha acompañado al hombre a lo largo de muchos años en su historia (Leñero, 1983).

Los testimonios de estudio de la familia provienen de tres fuentes:

*La vida física y social de los primates no humanos, pero sobre todo los grandes monos que son los parientes más próximos al hombre.

*Los utensilios y lugares de refugio del hombre prehistórico y de los protohumanos.

*La vida familiar de los cazadores y recolectores de productos silvestres que han sido estudiados en la actualidad (Gough en Llobera, 1976).

Por lo que sabemos de la organización de las sociedades humanas que viven en los niveles inferiores de desarrollo económico y tecnológico, lo más prudente es suponer que incluso los primeros representantes de nuestra especie tenían relaciones sexuales bastante permanentes. Es probable que la mayoría de estas uniones fuesen monógamas, como en todas las sociedades de que se tiene testimonio. Es probable que existiera cierto elemento de casualidad en las relaciones sexuales mitigado por un profundo sentimiento de celos en ambos sexos, sin embargo el número de esposas no estaba regulado de manera formal. Seguramente ninguna mujer en edad de procrear permanecía sin relaciones sexuales durante mucho tiempo y si había más mujeres que hombres en el grupo los mejores cazadores absorbían el excedente, si ocurría el caso contrario, con un exceso de hombres los sobrantes se ligaban a un grupo familiar y podían compartir los favores de la mujer si mostraban la sumisión y la gratitud correspondiente al verdadero marido (Linton en Anshen, 1974).

Esta organización pudo servir de punto de partida para el desarrollo de todas las formas familiares pero no parece probable que el orden de aparición de estas formas fuese regular. Ha habido una serie de evoluciones locales que han seguido caminos diferentes para alcanzar objetivos diferentes, sin embargo la familia conyugal como unidad funcional fue la primera que se integro en las estructuras sociales (Linton en Anshen, 1974).

La adecuación de la familia conyugal a determinadas características innatas de nuestra especie demuestra que este tipo de familia es muy antigua en la historia humana. La diferencia entre el ciclo reproductivo humano y el período de dependencia de los hijos nos permite ver como en condiciones naturales las mujeres tienden a producir hijos en intervalos de 18 meses, por término medio, en cambio el período de la dependencia de los hijos respecto de los adultos se puede fijar en unos diez años. Es difícil ver como podría haber sobrevivido una especie de no haber existido relaciones permanentes que asegurasen a la hembra el auxilio del varón en el cuidado de los hijos.

No hay pruebas de un instinto paternal en la especie. El grupo formado por el padre, la madre y los descendientes se mantiene unido por la vinculación del padre a la madre, por la dependencia física del hijo respecto a la madre y por la dependencia emocional que se desarrollan durante el período infantil. La asociación del padre y el hijo es secundaria y proviene de su interés común por la madre y de su residencia común con ella. En este sentido, es paralela la asociación entre los hermanos, que se basa también en la dependencia común respecto a la madre y en la residencia común. El hecho de que estas relaciones sean más o menos fortuitas no impide que constituyan una ocasión para el desarrollo de los mutuos ajustes de personalidad y de fuertes vínculos de afecto (Linton en Anshen, 1974).

Existe un instinto maternal que lleva a la madre a cuidar a sus hijos y que hacen que encuentren en dichas actividades una profunda satisfacción; también existen impulsos psicológicos que explican por que un hombre puede sentir afecto por lo hijos de una mujer con la que vive y cuyo crecimiento presencia paso a paso, aún en el caso de creer que no haya tomado parte alguna en la procreación (Levi-Strauss en Llobera, 1976).

La familia se impuso por que satisfacía las necesidades de cuidado prolongado de la prole y permitía que los hombres cazaran con armas en grandes extensiones de terreno. La división sexual del trabajo se basó en una división prehumana rudimentaria que ponía la función de defensa a cargo del hombre y el cuidado de los hijos a cargo de la madre normalmente (Gough en Llobera, 1976).

Las consideraciones sexuales no tiene una importancia fundamental para el matrimonio pero el aspecto económico es primordial en todas las sociedades (Levi-Strauss en Llobera, 1976). La familia puede dar a sus miembros una considerable seguridad emocional y una respuesta muy completa en las relaciones personales íntimas, es decir, puede satisfacer en gran parte sus necesidades psicológicas. Pero la única necesidad que no puede satisfacer es la sexual, esto debido a los tabúes del incesto (Linton en Anshen, 1974).

La prohibición general del incesto especifica como regla general, que las personas consideradas como padres e hijos, ó hermano y hermana, incluso nominalmente, no pueden tener relaciones sexuales y mucho menos pueden casarse unos con otros. Esta prohibición establece una dependencia mutua entre familias, obligándolas, con el fin de perpetuarse a sí mismas, a la creación de nuevas familias.

La humanidad tiene por requisito para la formación de una familia, la existencia previa de otras dos familias, una que proporciona a un hombre otra que proporciona a una mujer y con el matrimonio iniciarán una tercera familia y así sucesivamente. Entre los humanos una familia no podría existir sino existiera la sociedad (Levi- Strauss en Llobera, 1976).

Aunque la familia apareció probablemente al mismo tiempo que la humanidad, ni la familia ni las formas familiares concretas están determinadas genéticamente (Gough en Llobera, 1976). Aunque casi todas las sociedades reconocen tanto el agrupamiento conyugal como el consanguíneo, muchas de ellas dan la preferencia a uno u otro (Linton, 1977). Dichos agrupamientos responden a estructuras distintas:

La familia conyugal es proveniente de la naturaleza biológica misma. Esta constituida por un grupo íntimo y fuertemente organizado en función de los lazos conyugales de los cuales se derivan los descendientes inmediatos básicamente.

La familia consanguínea se constituye por un grupo más o menos amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo, es decir las relaciones padres- hijos, las que existen entre hermanos, entre parientes colaterales, todas en función del vínculo sanguíneo. La relación sexual y marital tiene que seguir pautas prioritarias de la comunidad consanguínea, y dichas normas se derivan de la línea de descendencia (Leñero, 1983).

Ambas sirven a la sociedad para asegurar asociaciones prolongadas entre individuos del sexo opuesto. Por un lado a través de la atracción sexual entre adultos y por otro a través de las relaciones asexuales formadas durante la niñez y reforzándolas durante la edad adulta. Estas asociaciones asexuales se establecen más fácilmente entre individuos que crecen dentro de una misma unidad funcional de familia, es decir, entre hermanos y hermanas, seanlo realmente o estén considerados así por la sociedad. Así pues la asociación de los adultos, que es el núcleo necesario de cualquier familia como unidad funcional, puede basarse en una relación conyugal o consanguínea (Linton, 1977).

Son tan numerosas las funciones familiares que pueden realizar a la vez la familia conyugal y consanguínea que para evitar conflictos las sociedades delimitan con gran claridad las actividades de cada una de ellas (Linton en Anshen, 1974).

a) Familia conyugal.

En la familia conyugal existen una serie de pautas de comportamiento muy ligadas a las características fisiológicas y psicológicas de nuestra especie, por lo cual es difícil pensar como podría haber sobrevivido sin este tipo de organización.

Dichos factores fisiológicos se vieron reforzados por factores psicológicos en los primeros momentos de la historia de la humanidad. Cuando el hombre encuentra un compañero que satisface sus necesidades de seguridad en sus relaciones personales, de compañía congenial y las sexuales se le valora y se le retiene aunque la curiosidad sexual pueda conducir a infidelidades ocasionales (Linton en Anshen, 1974).

El matrimonio de parejas (lo que supone la existencia de hogares familiares) apareció con el desarrollo de métodos complejos de cazar, de cocinar, de prepara alimentos, y de construir refugios es decir con una plena división del trabajo (Gough en Llobera, 1976); se prepara a los hombres para ciertas actividades y a las mujeres para otras de tal manera que pueden constituir una unidad casi autosuficiente para la producción y el consumo. Solo en épocas recientes se ha iniciado el resquebrajamiento de la interdependencia económica de los sexos. Sin embargo en muchas ocasiones incluso los cónyuges que no congenian se mantienen juntos por la necesidad de la contribución de cada uno de ellos a su comodidad física individual (Linton en Anshen, 1974).

El grupo conyugal se basa en una presunción de permanencia, el individuo medio establece una relación duradera con algún individuo del sexo opuesto ,de edad, por lo menos madura. Los individuos que han de formar el núcleo de la nueva familia conyugal lo hacen con sus personalidades y hábitos ya completamente formados y siempre habrá un período de ajuste antes de que la nueva unidad de familia pueda empezar a funcionar con eficacia. Por otro lado esta familia se debilita y se interrumpe temporalmente tan pronto uno de los hijos se casa y abandona a la familia.

Normalmente donde la unidad conyugal constituye la unidad funcional, se otorga al esposo el control formal de esta unidad. Esta condición tiene muchas probabilidades de ser una consecuencia del dominio masculino establecido biológicamente y el hombre tiene toda la libertad en estas circunstancias.

Las familias conyugales están estrictamente limitadas en tamaño y se acaban con la muerte de los padres que originalmente las crearon, eso quiere decir que los ancianos quedaran sin sustento y que el individuo no tendrá suficientes recursos. El corto período de duración de las familias conyugales las convierte en instituciones poco convenientes para la posesión tanto de propiedad como de privilegios (Linton, 1977).

El tipo de familia basado en el matrimonio monógamo, en el establecimiento independiente de la pareja, en la relación afectuosa entre padres e hijos es patente en las sociedades que parecen haber permanecido en el nivel cultural más simple. No tiene otra estructura social más que la familia basada en la monogamia. De hecho el matrimonio monógamo es mucho más frecuente que el polígamo. Los pocos casos de familia no conyugal (incluso en su forma polígama) establecen sin duda que la alta frecuencia del tipo de agrupación conyugal no deriva de una necesidad universal. (Levi- Strauss en Llobera, 1976).

Los tipos de organización que más lejanos parecen de la familia conyugal, no se dan en las sociedades más salvajes y arcaicas sino en formas de desarrollo social relativamente recientes y extremadamente elaboradas. Dondequiera que la familia conyugal se ve invalidada por otros tipos de organizaciones, esto sucede por lo común en sociedades muy especializadas y complejas, y no como acostumbra creerse en los tipos mas simples y primitivos de sociedad (Levi- Strauss en Llobera, 1976). Es entonces posible considerar a las sociedades que organizan sus familias sobre la base consanguínea como ejemplos de un punto más elevado de evolución (Linton, 1977).

El modelo de familia nuclear- conyugal es el prototipo de familia del siglo XX. Es la unidad doméstica formada por padre, madre e hijos solteros, y posee una pequeña intimidad formada por personas de una generación y media, ya que se espera que los hijos sólo permanezcan hasta su juventud inicial y se considera por otro lado natural que los viejos vivan solos, o con algún hermano soltero separado o viudo de su pareja. Se busca que esta familia realice plenamente su autonomía, plantea el anonimato de cada familia frente a los vecinos y los extranjeros y se focaliza en el matrimonio que la constituye y del que depende toda la dinámica. Su fundamentación esta en el amor siempre vivo de los esposos que debe ser mantenido aun después de su experiencia progenitora y a través de su tercera edad, durante toda la vida independientemente de los hijos (Leñero, 1994).

La familia nuclear basada en la ideología liberal da lugar a una semidemocratización de la autoridad hogareña para admitir el poder compartido. Primeramente se había tratado de recluir a la mujer en el ámbito cerrado del hogar, para después por necesidad o por búsqueda del desarrollo personal, el mismo modelo permite que la mujer trabaje fuera de la casa y contribuya así al mantenimiento del hogar. La crisis de esta familia es evidente cuando pide a sus miembros reducidos en número, una dedicación extraordinaria para atender las miles de necesidades de la vida cotidiana y con ello asegurar el orden físico y moral del hogar autónomo, esto hace que tengan que aparecer instituciones que ayuden a la familia a cumplir sus funciones y que estas sean controladas por establecimientos ajenos a la familia. De esta manera la familia puede ir perdiendo su sentido integrador y su pretendida autosuficiencia nuclear (Leñero, 1994).

Linton (Llobera, 1976) describe las variantes de la familia conyugal en el caso del matrimonio plural la cual se presenta en tres formas:

*El matrimonio en grupo, es tan raro que no es necesario preocuparse de ella, sobre todo porque no parece tener funciones que no puedan realizarse igualmente por las uniones monógamas.

*La poliandria (pluralidad de maridos), es rara pero parece relacionarse directamente con las condiciones económicas. La mayoría de pueblos no civilizados practican un cierto control de nacimientos, y el método más simple es el infanticidio de hembras. En los grupos que disponen de recursos naturales limitados, este método se aplica hasta el punto que da lugar a un fuerte exceso de varones adultos sobre las hembras.

Esto no basta para producir la poliandria, pero cuando las condiciones son tan duras que el trabajo de un solo varón no basta para mantener a una mujer y a los hijos, es muy probable que se desarrolle esta forma de matrimonio. Cuando la tensión económica es muy fuerte puede desarrollarse como forma de matrimonio en sociedades donde el número de los dos sexos sea aproximadamente el mismo. En los sectores económicos atrasados el segundo marido se acostumbra presentar como huésped o pupilo.

*La poliginia (pluralidad de mujeres) es mucho más común y las razones de su aparición parecen más complejas. La frecuencia de este tipo de apareamiento entre los primates subhumanos parece indicar que nuestra propia especie tiende a adoptarlo, a causa de la superioridad física y de la mayor consistencia del interés sexual de los machos. Si esta predisposición existe, se ve reforzada por el hecho de que en la mayoría de las sociedades el número de mujeres adultas es superior al de los hombres. Esto es debido a la mayor mortalidad infantil de los varones y a la mayor peligrosidad de las ocupaciones a las que se dedican.

Excepto en las sociedades en las que los hombres se dedican a la guerra o a actividades extremadamente peligrosas, el exceso de mujeres no es nunca muy grande y el matrimonio polígamo tiende a limitarse a los varones situados en los niveles económicos y de prestigio superiores. Incluso en las sociedades que consideran la poligamia como la forma ideal de matrimonio, la mayoría de las familias son monógamas por la fuerza de las circunstancias.

Para las personas que crecen y se educaban con varios padres o madres, según el caso, a cada uno de los cuales puede dirigirse para buscar una compensación emocional o para la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. Se desarrolla en el una multiplicidad de vinculaciones más que una exclusiva lo que explica como en la edad adulta pueda compartir un marido o una mujer.

La mujer que es esposa única en una sociedad polígama pronto se ve sobrecargada de trabajo y desea la llegada de otras esposas que la puedan ayudar. Tanto en la familia poligínica como en la poliándrica existe normalmente una esposa jefe o un marido jefe que domina a los cónyuges del mismo sexo y organiza sus actividades. En muchos casos el individuo es el único esposo o esposa verdadera, los restantes cónyuges del mismo sexo se consideran concubinas. El matrimonio polígamo da pocas ventajas a los varones además de las sexuales, o bien sus esposas no llegan a ponerse de acuerdo o se ponen de acuerdo demasiado bien. En el primer caso la presiones y las contradicciones no le permiten vivir en paz y en el segundo las esposas y los hijos tienden a formar un grupo cerrado del cual esta en gran parte excluido.

b) Familia consanguínea.

Se caracteriza por ser un grupo familiar residente en un sólo hogar- a veces con subunidades por los menos de tres generaciones biológicas: padres, hijos casados, nietos, e incluso por algún otro pariente o participante incorporado a la familia. Esta basada en el principio del respeto y la lealtad al lazo consanguíneo. El matrimonio queda condicionado a él y no al revés. El papel de todos sus miembros obedece al compromiso con los de su sangre (Leñero, 1994).

La familia se desintegra cuando entran en conflicto los hermanos entre sí, pero sobre todo cuando se quiebran las relaciones paterno- filiales; no tanto cuando las parejas conyugales se rompen o cuando uno de ellos se muere. Hay dentro de esta familia varias figuras masculinas y femeninas, paternas y maternas, fraternales y de parentesco diverso, que dan apoyo y constituyen modelos plurales de formación y de socialización interna y integrada. Todos deben compartir la suerte de la familia en las buenas y en las malas. La economía común permite concentrar el patrimonio familiar. No es posible para los miembros aislarse y oponerse al consenso del grupo, ni considerar que un triunfo personal sea sólo suyo.

Cualquier decisión trascendente para alguien del grupo debe ser concebida y tomada en cuenta por toda la familia como unidad, o por el jefe como su representante. Incluso la emigración, el matrimonio, el cambio de trabajo, la atención a la salud, la compra o venta de un bien importante, y la experiencia sexual de cada uno de ellos. No reconocer lo anterior y faltar a la lealtad con el grupo puede significar la mayor afrenta. Esta familia ha ido desapareciendo en su forma más característica pero se mantiene en distintas modalidades.

Linton (1977) refiere la importancia de la familia consanguínea:

La mayoría de las dificultades relativas a la función en la familia de tipo conyugal desaparecen cuando el núcleo de la familia está formado por un grupo de hermanos y hermanas carnales o socialmente considerados como tales. En estas unidades no se pierde el tiempo en el ajuste de las personalidades adultas. Esta tarea comienza con el nacimiento y se completa durante el período de formación de individuos. Cuando los hermanos y hermanas ya están listos para ocupar sus puestos en la unidad familiar, todos los problemas del dominio y adaptación han sido resueltos.

Por medio de la ascendencia unilineal la familia consanguínea logra una continuidad que la capacita admirablemente para la ejecución de todas las funciones. Puede asegurar el sostenimiento de los ancianos y un apoyo adecuado para sus miembros, y por otra parte está mejor adaptada que la familia conyugal para todas las actividades de explotación que requieren la cooperación de un gran número de individuos. Además su continuidad la convierte en la institución ideal para la conservación de la propiedad y los privilegios, así como para ser un punto de referencia de adscripción de status individual.

Las familias organizadas sobre una base consanguínea pueden ejecutar las mismas funciones que las que lo están sobre una base conyugal si se exceptúa la satisfacción de las necesidades sexuales y de la reproducción. La familia consanguínea puede constituir una unidad funcional por lo que concierne a la sociedad, pero es de menos satisfacción emotiva para el individuo que la unidad conyugal.

Hay una correlación entre la línea de ascendencia de cualquier sociedad y el lugar de residencia de los cónyuges. La ascendencia matrilineal normalmente corresponde a la residencia matrilocal, mientras que la ascendencia patrilineal normalmente corresponde a la residencia patrilocal.

Linton (Anshen, 1974) hace una breve distinción entre las sociedades matriarcales y patriarcales:

En las sociedades matriarcales las funciones relativas al cuidado de los hijos tanto pueden realizarse por el hermano de la madre como por el marido. De hecho los matrimonios parecen menos estables en las sociedades en que la mujer sigue viviendo en su propio grupo consanguíneo y sus hijos se consideran miembros de este.

En las sociedades patriarcales se ha desarrollado un complicado aparato para asegurar la continuidad del matrimonio, especialmente en las sociedades donde la mujer abandona su propio grupo consanguíneo y pasa a vivir en el de su marido. Parece ser esto debido al interés de la familia del marido por los hijos. Una madre es mucho más necesaria que el padre para su beneficio y mucho más difícil de reemplazar. Uno de los mecanismos más corrientes para asegurar su presencia continua es el pago de un precio por la esposa. Cuando la familia de la mujer acepta el precio, sus miembros no vuelven ya a acogerla excepto en casos de malos tratos extremos, por que si la vuelven a acoger han de suministrar otra mujer que la sustituya o devolver el dinero.

Se ha descrito que en las sociedades organizadas sobre la base de la consanguinidad, cuando las familias de los cónyuges viven cerca una de otra, el dominio real de los cónyuges en las relaciones matrimoniales se reduce al mínimo. De existir se otorga al cónyuge del que los hijos derivan su posición familiar y con cuya familia ha de vivir normalmente el grupo conyugal (Linton, 1977).

Hay una decadencia casi total de la familia consanguínea como una unidad funcional, debido a las posibilidades de movilidad espacial y social, a causa de la revolución tecnológica. Y cuando un hombre tiende a arreglárselas mejor sin parientes tiende a ignorar los vínculos del parentesco. Por otra parte el individuo se ha alejado de su familia consanguínea debido a la apertura de nuevas zonas y el desarrollo de medios de transporte.

La familia consanguínea es una creación social artificial, en cambio la familia conyugal es una unidad biológica que difiere en muy poco en sus cualidades esenciales, de las unidades similares que podemos observar en un gran número de especies de mamíferos (Linton en Anshen, 1974).

Son muchas la variantes de estructura familiar que se pueden dar en cada sociedad, pero existen una serie de funciones mas o menos universales que debe cumplir la familia. Macías (CONAPO, 1994) señala algunas:

- 1.-Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia de sus miembros (alimentación, protección, etc).
- 2.-Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales
- 3.-Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
- 4.-Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
- 5.-Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
- 6.-Estimula el aprendizaje y la creatividad.
- 7.-Es transmisora de valores, ideología y cultura.

Además de estas funciones cada sociedad selecciona y señala a sus familias un número determinado de otras funciones específicas que deben cumplir en dicha sociedad (Linton, 1977). Al hablar de familia se ven involucrados algunos conceptos acerca de su estructura que es importante definir.

Conceptos estructurales de la familia.

Macías (CONAPO, 1994) describe algunas de las características particulares de las familias:

- a) Familias con descendencia patrilineal: se refiere a las familias en que el recién nacido queda adscrito a la familia del padre, como ocurre comúnmente en nuestra cultura.
- b) Familias con descendencia matrilineal: se refiere a las familias en que el recién nacido queda adscrito a la familia de la madre. Puede verse este caso en nuestra cultura con las madres solteras.
- c) Familias patrinominales: son familias en que se lleva el apellido del padre.
- d) Familias matrinominales: son familias en que se lleva el apellido materno.
- e) Familia patriarcal: es el padre o la figura masculina quien ejerce manifiestamente el poder (como lugar de residencia, manejo o posesión de los bienes, manejo del patrimonio familiar, etc).
- f) Familia matriarcal: es la madre o la figura femenina quien ejercerá el poder.
- g) Familia matricéntrica: la figura central en el acontecer emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales de esa familia es la madre.
- h) Familia patricéntrica: la figura central en el acontecer emocional de ese grupo de convivencia y en las relaciones interpersonales de esa familia es el padre.
- i) Familia extensa: incluyen por lo menos dos o más troncos generacionales completos, de dos generaciones distintas, bajo el mismo techo.
- j) Familia semiextensa: cuando conviven bajo el mismo techo de una familia nuclear otros miembros, uno o más con o sin lazos de consanguinidad, sin llegar a constituir otro tronco generacional completo.

k) Familia extendida: se refiere al resto de los familiares, de la parentela, que constituyen parte de la red de apoyo social del núcleo de convivencia familiar, pero con los que no se convive bajo el mismo techo y no se comparten cotidianamente los recursos de subsistencia.

Espejel y cols. (1997) describen algunos tipos de estructuras familiares:

Familia primaria nuclear: familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.

Familia primaria semiextensa: es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

Familia primaria extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

Familia reestructurada familiar: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.

Familia reestructurada semiextensa: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

Familia reestructurada extensa: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges, ha tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o de ella.

Familia uniparental nuclear: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.

Familia uniparental semiextensa: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.

Familia uniparental extensa: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que vive con su familia de origen.

En general en la unidad familiar hay tres manifestaciones presentes (Leñero, 1994):

*El fenómeno vincular de la sangre, que da lugar al parentesco entre personas descendientes de un progenitor común, y en particular a la existencia de las relaciones entre padres e hijos, y a la parentela en general.

*El fenómeno de afinidad, manifestado principalmente a partir del impulso sexual y afectivo; el cual implica de una manera u otra, la búsqueda de la pareja marital, pero también la vinculación entre las familias de los dos miembros de la pareja o de los asimilados en el espacio familiar.

*La unidad habitacional que constituye el espacio residencial en el que vive cotidianamente cada unidad doméstica, durante lapsos más o menos permanentes.

Es importante resaltar que en todas las sociedades se reconoce la existencia de ciertas unidades cooperativas compactas, organizadas internamente, intermedias entre el individuo y la sociedad total a la que pertenece- El pertenecer a una de estas unidades significa adquirir una serie de derechos y obligaciones específicas para el individuo con respecto a otros miembros y también una serie de actitudes bien definidas (Linton, 1977).

A la dinámica de los pueblos le corresponde los derechos de conformación sociocultural en sus propios estilos de subsistencia y vida familiar y con ello una legítima preservación o un posible cambio de sus modelos. Más allá de una imposición rígida. Al interior de las regiones se mantienen ámbitos sociohistóricos cambiantes, sobre todo en las zonas de alta recepción migratoria, de modernización infraestructural, así como en su desarrollo económico y en sus experiencias sociopolíticas específicas. Todo ello se refleja en la formación diversificada de las familias (Leñero, 1994).

B) LA FAMILIA EN MÉXICO.

Gonzalez (Solís, 1997) describe cuatro etapas por las que ha pasado la familia mexicana, las que retomaremos a continuación:

La familia mexicana.

En la época prehispánica la familia era una célula social caracterizada por su solidez. Las peculiaridades variaban de acuerdo al estrato social.

Entre los macehuales la familia era monógamica vinculada por fuertes lazos a una institución gentilicia llamada "calpulli". A través de los núcleos familiares formados por el padre, la madre y los hijos, los calpulli crecían y se reproducían, asegurando para la sociedad la fuerza de trabajo y las relaciones necesarias para la producción de los bienes que el sistema requería.

El adulterio suponía la muerte para los dos que lo cometían, aplastándoles la cabeza a pedradas pero la mujer era previamente estrangulada. El marido que matará a su mujer aún cuando la encontrara en delito flagrante, era castigado con la pena capital.

La clase dominante estaba constituida por familias nobles que eran todas de naturaleza poligámica. Esta característica les permitía permanecer en la cúspide social. De la familia noble nacían aquellos que se encargarían de la administración y el gobierno de la comunidad. A través de la familia se legitimaba el poder; esta institución era el conducto a través del cual sus miembros adquirían los cimientos de un prestigio, que era individualmente acrecentado y consolidado a través de la guerra y el sacerdocio, y que los podía llevar a los más altos puestos de la administración.

Por medio de la educación familiar se transmitían las costumbres, la religión y se les enseñaba las labores del campo y de la casa respectivamente. El matrimonio era considerado un asunto que se resolvía entre familias. En cuanto los padres habían elegido a la esposa de su hijo, una anciana hacía los arreglos necesarios entre las familias.

El esposo podía tener tantas esposas secundarias como le conviniese. El hombre era el jefe indiscutible de la familia y este vivía en un ambiente completamente patriarcal. La mujer no estaba tan postergada, ella conservaba sus propios bienes, podía hacer negocios confiando sus mercancías a los negociantes ambulantes o ejercer algunas profesiones: sacerdotisa, partera, curandera, en las cuales disfrutaba de una gran independencia.

El abandono del domicilio conyugal causaba la disolución del matrimonio. Los tribunales podían autorizar a un hombre para repudiar a su mujer probando que era estéril o descuidada en sus tareas del hogar. La mujer por su parte podía quejarse de su marido y obtener una sentencia favorable si llegaba a convencer al tribunal de que el hombre no suministraba lo necesario, la golpeaba o de que había abandonado a los hijos. En este caso el tribunal le confiaba la patria

potestad y los bienes de la familia se distribuían por partes iguales entre los dos excónyuges. La mujer divorciada quedaba en libertad de contraer nuevo matrimonio.

La familia novohispana.

Después de la conquista el matrimonio monogámico fue implantándose y la nobleza indígena comenzó a sufrir descalabros relacionados con el proceso de reproducción. Una mujer no podía tener el número de hijos que acostumbraba. Además estos núcleos se vieron afectados por las epidemias, la mortalidad infantil y los decesos de la guerra de conquista.

Los españoles se casaban con españoles, los indios con indios, los negros con negros, los nobles con nobles, los plebeyos con plebeyos y los esclavos con esclavos. Pero a fines del período colonial una cuarta parte de la población total de la Nueva España era de raza mezclada.

Los españoles trajeron consigo una estructura de parentesco extensa donde la identificación con tíos, primos y sobrinos era tan importante como con padres y hermanos, en la cual las relaciones a través de la mujer, se reconocían tanto como las que existían a través del varón. La identidad familiar determinaba el lugar que ocupaba un individuo en la sociedad y la lealtad familiar era el más alto valor de la sociedad.

La regulación del matrimonio y la vida familiar correspondía a la iglesia. La libre elección del cónyuge y la cohabitación de los esposos eran dos de los preceptos que regían el sacramento del matrimonio. Según el patrón cristiano la familia era una comunidad santificada por el matrimonio constituida por el padre, la madre y los hijos. El fin primordial de la célula familiar era la descendencia de la cual los progenitores debían cuidar en lo moral y lo económico, y educarla para el engrandecimiento de la iglesia y para el servicio de la corona.

El pilar de esta organización era el varón que tenía la patria potestad y a la vez era el depositario del derecho divino que le permitía dirigir a la prole y llevarla por el camino del bien. La madre debía ayudar a su cónyuge en las tareas de dirección de los hijos, ella también poseía verdaderos derechos educativos. Los hijos tenían que amar, venerar, obedecer y respetar a sus progenitores, sobre todo mientras vivieran bajo la autoridad paterna y vinculados al tronco familiar de origen.

La iglesia planteaba la autonomía de los hijos casados y su derecho a resolver sus vivencias conyugales. No cabía la desvinculación del tronco familiar de origen, pues los vástagos y su descendencia estaban ligados a él por medio de los lazos del parentesco. Los padres debían proveer a los hijos de lo financieramente necesario.

Existieron uniones ilegítimas o de mutuo acuerdo en diversos grados pero el matrimonio era una institución significativa para ligar a las personas al orden social. La igualdad entre los cónyuges era una cuestión importante pero estaba condicionada por la pasión y una cierta permisividad, que variaba de acuerdo a la calidad de la persona. Las reglas del matrimonio variaban según el género. Las mujeres aparecen como dependientes del status de los hombres.

La cuestión del consentimiento y la selección de la pareja vario de acuerdo con el tiempo, la localidad, la clase y el grupo étnico. Es posible que entre familias indígenas el arreglo entre padres fuera algo común. Los intereses familiares fueron una importante consideración también entre familias de la alta clase media y la aristocracia.

El abandono marital era frecuente durante el período colonial. El hombre se trasladaba a otra ciudad, a las minas o a las haciendas en busca de trabajo y prolongaba su regreso o no regresaba si le era posible. Así mismo se le facilitaba la evasión de responsabilidades económicas. frecuentemente el hombre buscaba amante, procurando pasar desapercibido de las autoridades eclesiásticas.

La familia en la época de independencia.

Las familias se veían desmembradas ya que se tenían que trasladar junto con sus hijos a donde el padre de familia tuviera que pelear, puesto que la sociedad estaba en rebeldía. Son las propias madres las que apoyaban esta lucha armada, ya que la situación que en esos momentos vivían como familia era muy difícil, cuando no eran peones de hacienda entonces vivían pobremente de su raquítico cultivo familiar. Eran familias separadas donde padres e hijos servían de peones y la madre e hijas de servidumbre; y cansadas de esta situación se dieron a la lucha en la cual ellas eran las principales promotoras de este movimiento.

La familia en el México contemporáneo.

A principios del siglo XX la esperanza de vida de una pareja era apenas superior a 10 años. La guerra, las epidemias y el trabajo precoz arrasaron con los infantes. Había rígidas normas sociales y una fecundidad difícil de controlar, en tanto los desvíos de la conducta eran ocultados o castigados.

En el campo, la sobrevivencia y la explotación se confundía con el matrimonio y la esposa que fallecía de inmediato era reemplazada. Las segundas nupcias en el hombre eran más frecuentes que ahora, creando situaciones de poligamias sucesivas. Pero el futuro de esta familia se caracterizaba por un importante incremento en el número de hombres divorciados que viven solos, ya que la custodia de los hijos no les es concedida; y por un aumento de mujeres divorciadas que también viven solas con sus hijos. Las rupturas de las parejas sin hijos son más numerosas y finalmente hay un aumento de las familias monopaterales y de las parejas que viven en unión libre, y en las que al menos uno de los dos es divorciado.

En general México por la naturaleza de su proceso de formación histórica es un país de aculturación, en donde se han encontrado y se han fusionado, primero culturas indígenas de diverso nivel de desarrollo, después la cultura hispánica con la indígena, y posteriormente la cultura mestiza con la moderna, principalmente la francesa el siglo pasado y la anglosajona este siglo (Leñero, 1983).

Para alcanzar el mestizaje cultural predominante que pudiera decirse generó a la familia mexicana moderna, en su actual diversidad, es preciso aludir por un lado al origen indígena como sustrato antecesor y por el otro el aporte rector de la cultura hispánica occidental.

Lo que sucedió fue la presencia de una dualidad cultural al interior de la familia mestiza: la madre mexicana predominantemente indígena y el padre español, criollo o euromestizo, dieron lugar a la acentuación de la sumisión femenina frente a la masculina, que ya se encontraba presente en la familia prehispánica. El hijo mestizo que es criado cercano a la madre, a quien ama y compadece y a la que luego busca proteger frente a su padre, a quien teme y respeta y al que más tarde imita al formar su nueva familia (Leñero, 1983).

Se han mencionado algunas características de la familia mexicana:

- 1) Intensa relación madre- hijo durante el primer año de vida básica, integrativa, sustancial y probablemente explicativa de la mayor parte de los valores positivos de la cultura.
- 2) Escasa relación padre- hijo.
- 3) Ruptura traumática de la relación madre- hijo ante el nacimiento del hermano menor (Ramírez, 1983).
- 4) La supremacía indiscutible del padre.
- 5) El necesario y absoluto autosacrificio de la madre (Díaz, 1997).

Sin embargo, las familias no son los estereotipos simplistas que en muchas ocasiones se pretende identificar en una imagen simplificada de la realidad plural ni menos aún lo que ciertos mitos han tratado de reproducir acerca de una idealidad abstracta de la familia (Leñero, 1994). Los rasgos de dichos estereotipos pueden mantenerse en distintos grados en las familias mexicanas por lo que es más preciso hablar de familias mexicanas más que de familia mexicana (Leñero, 1983).

Aunque existen características que son hasta cierto punto comunes en la familia mexicana:

El centro del país tiene las características más significativas del mestizaje cultural de cuatro siglos y medio y constituye el foco cosmopolita; las familias del Norte son más influenciadas por E.U., mientras que las del sur tiene una fuerte tradición ligada a las culturas indígenas (Leñero, 1983).

En México predomina la familia nuclear conyugal, patrilineal, patrimonial, patriarcal y matricéntrica (Macías en CONAPO, 1994).

La normatividad de la estructura familiar es de tipo católico tradicional. Aparentemente hay mayor incidencia en el crecimiento familiar en las familias de los sectores populares. En las familias pequeñas la comunicación conyugal es mayor y las familias grandes tienen más hijos no deseados mientras que la insatisfacción personal de la mujer disminuye. El sistema de bilateralidad por el cual la nueva familia puede vincularse tanto a la familia del padre como la de la madre, cada vez es más común sobre todo con el desarrollo de la familia nuclear conyugal de tipo compartido, en la cual la mujer cobra una creciente importancia. En la familia semiextensa hay una tendencia a la autoridad de la mujer con dependencia matrilineal debido a la ausencia o inexistencia del esposo. Esto no quiere decir que la autoridad no llegue a residir en un varón como el padre de la esposa.

Se mantiene oficialmente un perfil autoritario masculino aunque en muchas ocasiones la responsabilidad la asume la mujer aunque la representación de esa responsabilidad la asume el hombre. En la familia extensa existe predominio de la autoridad paterna (Leñero, 1983).

Los mexicanos se sienten más seguros como miembros de una familia ya que tienden a ayudarse entre sí; siempre se está dispuesto a ayudar a otros miembros de la familia que tengan problemas por enfermedad o económicos. Lo importante es la familia más que el individuo por sí mismo (Díaz, 1997).

Por otra parte se están gestando una serie de cambios y transformaciones en la familia: ruptura de la autoridad tradicionalmente rígida del jefe, participación de varios miembros en el sistema de toma de decisiones, cambio de las relaciones paterno- filiales, liberación de la sexualidad, papeles familiares intercambiables entre sus miembros, desacralización de la vida familiar, residencia intercambiable, factibilidad de separación y divorcios en los matrimonios mal avenidos, nuevas uniones maritales como recurso, sustitución de las relaciones parentales por las de tipo amigable y vecinal (Leñero, 1994).

Las familias rurales tienen un número mayor de hijos y un número menor de personas viviendo en el hogar que básicamente son parientes mientras que en el Distrito Federal no son parientes los que llegan a vivir con la familia (Leñero, 1983).

Es en el Distrito Federal donde se da una dinámica especial ya que como capital es centralizadora, rectora, absorbidora, impositora, concentradora, atractiva y repudiada, cosmopolita y nacionalista, modelo y contrapartida de influencias más allá de lo tradicional, quita y ofrece a las familias de la provincia oportunidades reales de desarrollo. Todo ello con un signo de intenso vivir y de su propia pretensión modernizante. La gran ciudad envuelve a las familias en sus redes y marañas y les impone sus mitos, sus ambiciones de poder y sumisión, sus exigencias en el costo material y económico de su subsistencia, pero también en las muchas oportunidades de mejoramiento, de corrupción y de desarrollo cultural y humano. Todo ello aumentado por el crecimiento de su población debido a las oleadas de inmigrantes y el engullimiento de poblados aledaños conurbados en la expansión territorial (Leñero, 1994).

Se han descrito distintos tipos de familia en México tomando en cuenta distintas características de estas (Leñero, 1983; Leñero, 1994), de los cuales retomaremos algunos:

A) Según su nivel socioeconómico:

1) Familias que viven en una condición de pobreza extrema: precaria, de subsistencia cotidiana. Son familias pobres, marginadas, constituídas por una población campesina desprovista de tierras productivas - o sin tierra -, por excampesinos llegados a la ciudad y sumados a las crecientes contingentes de la llamada población marginal asentadas en amplias zonas suburbanas, con escasa urbanización y servicios, o por aquellas que subsisten por ocupaciones informales sumergidas o semiclandestinas, realizadas casi siempre solo a tiempos parciales o eventuales. Es más del 40% de la población mexicana total que viven en familias cuya perspectiva de vida común es la angustia por sobrevivir. En esta situación la paternidad, la maritalidad, la filiación, la fraternidad, la parentalidad y el valor de los hijos, quedan condicionados en la familia marginal, a su lucha cotidiana por la sobrevivencia.

2) Familias populares trabajadoras, que viven del trabajo no calificado o semicalificado, más o menos regular. Es casi una tercera parte de las familias mexicanas, entre las cuales más de la mitad de ellas viven en condiciones de estrechez y de pobreza real.

Todos los miembros de la familia que laboran lo hacen bajo la autoridad de otros mayormente no familiares. Son dependientes y se sienten un tanto privados de su libertad a cambio de un salario mínimo, sujetos a horarios o en el caso del campo a ciclos agrícolas, regulan rutinariamente su vida familiar tratando de responder a las pautas tradicionales de la vida convencional común, pero encontrados con nuevas circunstancias que afectan el ritmo y organización de sus hogares. Los hijos de las familias populares trabajadoras ya no laboran con sus padres desde pequeños. La escuela y el ambiente dan pie para que los niños se independicen de sus padres. Incluso llegan a tener más conocimientos de la vida moderna que sus padres, están familiarizados con las modas y las novedades de la tecnología. Todo ello permite suponer una situación de ambivalencia.

La familia trabajadora difícilmente puede ser una familia nuclear puesto que el costo per capita de un hogar con un núcleo reducido de personas es demasiado elevado. Los jóvenes proletarios recién casados tienen dificultades para vivir en forma autónoma y el recurso de los parientes se hace indispensable. A esto se suman una serie de cambios como: la doble jornada de la mujer, el sentido de la maternidad, la planeación familiar, la liberación de las relaciones sexuales de unos y de otros, la práctica de la separación de las parejas desunidas, la presencia de los abuelos en un hogar saturado, etc.

3) La familia pequeño burguesa considerada de clase media internacionalmente resulta acomodada en relación a las anteriores familias populares. Este tipo de familias no llegan a ser ni la quinta parte de la población pero han impuesto a las otras familias su propio modelo tomado del exterior. Hay una referencia al tipo de familia nuclear conyugal en el que se resalta la atomización y la separación de cada unidad doméstica, de tal manera que se presenta un rompimiento con las relaciones comunitarias y parentales.

Dicha familia vive un proceso de desintegración grupal cuya manifestación principal parece ser de tipo psicológico-afectivo-volitivo. Esta crisis obedece a condiciones sociales y a factores estructurales que van más allá en su causalidad intrínseca, en las diversas formas de manejar psíquica y volitivamente el subconsciente y el consciente personal, los conflictos entre la pareja marital, así como las relaciones afectivas entre padres e hijos, o de los hermanos entre sí.

4) Las familias acomodadas y de alta burguesía que han sido influidas por el modelo proveniente de los sectores de la clase media. Son el 5% del total de la población. Su adopción parece formalmente asumida pero por su misma posición e intereses políticos y económicos, han mantenido en el fondo muchos de los principios parentales en los que se ha basado un status superior durante siglos. El matrimonio de los hijos a veces semiconcertado o inducido por los padres para continuar la vieja tradición de las alianzas con las familias adecuadas, ahora parece encontrar escollos debido a la libertad asumida por unos y otros. La misma conducta moral y religiosa reguladora de las relaciones familiares de una familia bien, no deja de manifestarse a través de los lazos de consanguinidad, reconocidos entre parientes más o menos cercanos. Los valores religiosos son mantenidos como de dignidad y honor familiar, pero ya no tienen en la práctica la fuerza verdadera de los principios que aparentan sustentar.

Es común en esta familia el uso de la escuela privada, el club exclusivo o la ubicación de la residencia en una colonia de lujo, a lado de nuevas prácticas adoptadas del exterior, sobre todo las del país vecino del Norte donde se educan muchos de los hijos de estas familias. Esto trae aparejado formas modernas de vida y valores del país vecino, y es aquí donde pueden darse ambivalencia y contradicciones de todo tipo. Las familias elitarias representan a un mundo contrastante con el resto. Desconocen casi siempre el sentir y la verdadera situación e idiosincrasia de las familias pobres y miserables, a las que explotan de una u otra manera, casi siempre incapaz de entender su propio horizonte.

B) Según las subculturas por las que son más influidas:

1) Cultura folk o arcaica.

Lengua indígena, valores culturales de fatalismo, pensamiento mágico, referencia al ancestro, sincretismo religioso, tecnología arcaica, economía de subsistencia rural, incluso de recolectar o agraria precaria, etc.

2) Cultura tradicional.

Vida rural de comunidad local, más o menos autosuficiente a nivel de autoconsumo comunitario, providencialismo, control social por el que dirán, localidades menores de 10,000 habitantes sin servicios urbanos propiamente dichos.

3) Cultura ambivalente.

Entre tradicional rural y moderna urbana. En localidades rururbanas, urbanas y suburbanas, etc.

4) Cultura Moderna.

Urbanizada e industrializada, de consumo masivo, secularizada, etc.

C) Según el ciclo vital por el que atraviesan:

1) En la etapa familiar inicial (en etapa procreativa, previa e inicial procreativa), en todas las familias en México hay una predominante tendencia hacia la composición de una familia mixta (ambivalente entre la estructura conyugal y la consanguínea) en la que la unidad doméstica tiende a ser nuclear, sobre todo en el caso de las familias proletarias y burguesas, pero casi siempre esta de alguna manera vinculada a alguna de las familias de origen, salvo en el caso de las familias de clase media que buscan desde un principio ser nucleares y conyugales. Hay en esta etapa una predominante autoridad masculina del esposo o del padre de él, más raramente del padre de su esposa. Solo se presentan dos frecuentes excepciones, la primera propia de las familias pequeño y mediano burguesas que se pueden clasificar como de un inicial sistema compartido (aunque predomine la autoridad formal masculina). La otra excepción es el caso de las madres solteras o abandonadas que quedan formando una familia nuclear (semiconyugal o aconyugal). Esto es más frecuente en el estrato subproletario sobre todo con el abandono de maridos emigrantes o en el caso de la familia casa- chica. Se trata aproximadamente del 49% del total de familias.

2) En la etapa familiar media (en etapa de procreación y socialización de niños y adolescentes) aparece una tendencia en todos los sectores hacia la familia conyugal- nuclear de autoridad compartida, en la que la mujer tiene un papel importante en el sistema de autoridad familiar. Se presenta sin embargo, al mismo tiempo en el medio rural (indígena y mestizo) y bastante en el subproletario, la forma de familia mixta principalmente plurinuclear o la de nuclear extendida, en la que el hombre sigue teniendo el poder formal. Este tipo de familia abarca aproximadamente el 37% del total de familias.

3) En la etapa final (en etapa terminada de procreación y en proceso de disgregación familiar: casamientos, salida de hijos o separación de la pareja central), la familia nuclear disminuye para enfatizar un sistema mixto en el cual la mujer- madre (o el hombre- padre en su caso) se incorpora a una familia nuclear de uno de sus hijos y conserva un poder real muy fuerte aún cuando no desplace la autoridad compartida o autocrática de la familia a la que se une. También es frecuente que la mujer- madre de edad mayor, encabece con una de sus hijas- o hijos- una familia conyugalmente incompleta y que de ser menos que nuclear se convierta en más que nuclear. La mujer adquiere una importancia aún mayor en la estructura orgánica de la autoridad familiar. Inicia la tercera edad en los padres. Este tipo de familia abarca aproximadamente el 14% del total de familias.

C) LA FAMILIA COMO SISTEMA.

A partir de la creación de la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1995) se ha retomado a la familia como un sistema abierto en interacción con el medio circundante.

Ochoa (1995) y Walsh (1983) presentan una serie de características propias de la familia como sistema:

*Causalidad circular: describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema a la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez de una respuesta que nuevamente puede servir de estímulo a A. Los cambios en un miembro afectan a los otros individuos y al grupo como un todo, este cambio afecta al individuo en una cadena de secuencias. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual no es patológico en sí mismo sino que facilita la vida cotidiana de sus integrantes. Cuando hablamos de secuencia sintomática nos referimos al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular.

*Totalidad: la familia como un todo es más que la suma de sus partes y no puede ser descrita simplemente como la suma de las características de sus miembros. La organización familiar y el modelo interaccional envuelven un entrelazamiento de la conducta de sus miembros.

*Equifinalidad: alude al hecho de que el mismo resultado puede ser consecuencia de distintos orígenes.

*Equicausalidad: se refiere a que el mismo origen puede llevar a distintos resultados.

*Comunicación: toda conducta es considerada como comunicación, transmite mensajes interpersonales. Toda comunicación tiene dos funciones: un aspecto de contenido que lleva información, opiniones o sentimientos, y un aspecto relacional que define la naturaleza de la relación. Las familias definen las relaciones a través de acuerdos o reglas familiares.

*Reglas familiares: las reglas en las relaciones son explícitas o implícitas, organizan la interacción familiar y la función familiar que mantiene un sistema estable prescribiendo y delimitando la conducta de sus miembros. A través de la operación de un principio de redundancia una familia tiende a actuar en secuencias repetitivas, entonces las operaciones familiares son gobernadas por un relativo pequeño número de modelos y predecibles reglas. Las reglas familiares operan como normas dentro de la familia, por las cuales son medidos los comportamientos y para los cuales estas varían en grado. Los valores más comúnmente se originan en influencias extrafamiliares como la religión y la cultura. Las familias desarrollan distintos estilos de vida basados en sus reglas familiares.

*Teleología: el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diferentes estadios del desarrollo por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: morfostásis y morfogénesis.

*Homeostásis o Morfostásis: en orden de mantener un estado estable en la interacción del sistema, las normas son delimitadas y hechas cumplir por un mecanismo homeostático. Todo miembro familiar contribuye al balance homeostático a través de la mutua retroalimentación. Una desviación de la norma familiar puede contrarrestarse con un proceso de retroalimentación negativa en orden de regular la tensión y restablecer el equilibrio.

*Morfogénesis: la flexibilidad es requerida para adaptarse a los cambios internos y externos. Internamente la familia debe reorganizarse en respuesta a las necesidades de sus miembros. Un cambio de reglas es requerido cuando hay una transición a la siguiente fase, con sus necesidades y tareas que demandan nuevas normas y opciones. Las crisis como pérdidas significativas y los cambios de circunstancias en el mundo social traen estrés a la familia y esta requiera cambios adaptativos para continuar la familia y ajustarse a sus miembros.

La familia es un sistema vivo de tipo abierto, el cual se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico: Además la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir (Estrada, 1997).

Estrada (1991) describe las 6 etapas del ciclo vital de la familia:

1.-Desprendimiento.

El desprendimiento es aquella capacidad doble del ser humano para adherirse física y emocionalmente al otro, así como para desprenderse y desapegarse tanto en lo fisiológico como en lo psíquico.

Desde el punto de vista emocional, todos los desprendimientos son dolorosos; por eso encontramos en el hombre dos corrientes siempre en pugna, la una que va a favor del desprendimiento y la otra que fija, detiene o regresa el progreso vital a etapas anteriores. Cuando los padres no están listos para dejar ir al joven, se suscitan una serie de problemas que son más fácilmente detectables en la adolescencia, debido a que el tirón en esta etapa para desprenderse es más fuerte, puesto que ha llegado la hora de salir a buscar una pareja fuera del sistema familiar. En este cambio de fuerzas que van y vienen en distintas direcciones podemos observar la influencia de los padres en sus hijos, la influencia de las generaciones anteriores y la reacción de los jóvenes a estos elementos influenciados también por la sociedad actual en que viven con los cambios y costumbres que les sean propios. Con inusitada idealización se inicia el desprendimiento en los jóvenes en busca de pareja.

2.- El encuentro.

Un primer movimiento implica haber logrado que la imagen de los padres deje de ser ambivalente para convertirse en el parámetro fundamental que le permita al individuo establecer una identidad consigo mismo, que a su vez le facilite el paso a un segundo movimiento que es incorporar un objeto nuevo a los objetos familiares, con el cual pueda establecer una relación íntima. Lograr la incorporación de un objeto extraño a los familiares y elegirlo como la base fundamental para formar una nueva familia tal vez sea una de las situaciones de crecimiento emocional que más problemas le causan al humano.

La elección de pareja es un asunto muy complejo, no permite que sean muchos los que puedan llenar las características personales del mundo interno de objetos de determinada persona. Comienza un proceso de aceptaciones y rechazos, que van dando paso a la formación de un espacio para un objeto nuevo que va a entrar en conflicto con los ya existentes. Esta fase presupone una disponibilidad interna para aceptar al cónyuge como un objeto nuevo y extraño, que quiérase o no va a producir una fuerte resonancia conflictiva que va a repercutir en el mundo interno de los objetos y se va manifestando en las diferentes conflictivas en la interacción de las familias.

La madurez emocional de un individuo no le garantiza la estabilidad y duración de su pareja, pero si le permita con libertad y plenitud examinar las bases sobre las que ha funcionado y sigue funcionando su relación.

La pareja brota del grupo como un ministema que adquiere vida propia, pero que siempre esta en peligro de ser nuevamente reabsorbido por las reglas inflexibles del gran sistema grupal. La capacidad de enamorarse y de establecer relaciones con una pareja estables y duraderas habla a favor de una estructura emocional fuerte y sana. La intimidad es un elemento importante; cuando se comparten secretos y misterios con una pareja, se aumenta y fortalece la separación del mundo social que les rodea, y tanto los secretos como los misterios de cada uno, mantienen y forman nuevos vínculos y barreras protectoras en la relación de pareja. Mediante la comunicación y la transmisión del uno al otro, la vida y la existencia misma encuentran una forma de redefinirse constantemente y así los retos, las ambiciones, las frustraciones, los sueños, los conflictos y las soluciones establecen un puente entre pasado, presente y futuro que es la conjugación necesaria para darle significado a la vida.

Con la maduración se adquiere la capacidad para el compromiso, la lealtad y el interés por el objeto amado además se pasa a una idealización madura actualizada. Estas funciones protegen la relación de pareja en momentos difíciles, de problemática, estrés o de demanda a lo largo del ciclo vital. Aprender el rol de cónyuge no es una tarea sencilla, requiere de cambios importantes como lo son aquellos mecanismos que hasta entonces han dado seguridad emocional para poder integrar un sistema nuevo.

Al formar una pareja existe un contrato. Los contratos han existido desde siempre y sólo cambian un poco de acuerdo a la época y a la cultura. La parte instrumental de este contrato resulta la menos difícil de comunicarse siendo la más difícil la parte emocional. Dichos contratos funcionan bajo ciertas normas y reglas al igual que bajo el principio homeostático que impide que la interacción de la pareja rompa el contrato, no importa si es sano o enfermo; si las necesidades deseos y expectativas de ambos cónyuges son saludables y realistas o neuróticas y conflictivas.

Se pueden conocer algunos de los términos del propio contrato, siendo difícil conocer los términos en que funciona el contrato del compañero. Son las fallas en el contrato de cada pareja las responsables de gran parte de la discordancia marital. Ignorar que existe un contrato, operar bajo dos contratos totalmente diferentes o incongruentes, tener expectativas imposibles de obtener o donde la fantasía sobrepasa mucho a la realidad, son situaciones de gran peligro para el matrimonio.

El contrato matrimonial tiene tres niveles:

*Un nivel consciente que se verbaliza y que incluye todo aquello que se comunica al compañero acerca de sus expectativas tanto en lo que se refiere al dar como al recibir; dicho en forma clara y comprensible.

*Un nivel aún cuando consciente, no se verbaliza. Existen un sinnúmero de creencias, planes, deseos, fantasías y además que por temor o vergüenza no se verbalizan. Esto casi siempre ocurre debido a los temores inconscientes de ser víctima de un rechazo doloroso.

*Existe otro nivel que va más allá de la percepción consciente y que se refiere a todos aquellos deseos y necesidades de naturaleza irracional, por lo tanto contradictorios. Estos por ser desconocidos pasan desapercibidos para ambos. Este punto se refiere a la problemática personal, y que inevitablemente se deposita en la relación con el otro y aparecen las necesidades no resueltas de competencia, dominio, destrucción, etc. Igualmente se puede utilizar al compañero para obtener una victoria irracional, utilizando maniobras como el rechazo emocional, el sadismo o el masoquismo.

3.-Los hijos.

La llegada de un niño implica muchas cosas pero tal vez la más importante sea que la pareja a través de ello abra un puente de unión muy estrecho con el grupo social donde se vive, y esto demanda que el sistema de seguridad físico y emocional que la pareja ya había formado sea modificado para darle cabida al nuevo huésped y con el a toda una secuencia de eventos que le suceden. Cuando la identidad se ve amenazada aparecen defensas.

En ocasiones tener un hijo favorece la intimidad de la pareja, estimulando un sentimiento de continuidad, el niño puede hacernos pertenecer a los ancestros y unirnos a las generaciones futuras.

El área económica es de gran importancia en esta fase, ya que un alto grado de separaciones y divorcios se debe a factores económicos. Resulta cada vez más difícil acomodarse a las demandas que la sociedad impone a la familia: casa, vestido, transporte, educación, amistades, recreaciones, impuestos, etc. Son capaces de aniquilar a los jóvenes esposos especialmente en el momento de tener hijos. Es importante identificar las labores y los terrenos que a cada uno de los cónyuges corresponde para ayudarlos a cumplir con ello, sin dejar que esto trascienda el área práctica de lo económico e invada terrenos emocionales como lo es el pensar que si alguien falla en su cometido es por desamor o desinterés en el otro. Ayuda también a excluir a los niños del problema.

Convendrá que cada quien pueda mantener las capacidad de expresar su individualidad y su identidad, protegiéndose mutuamente de no caer en el problema de utilizar al niño para gratificar las propias fantasías infantiles ni como un complemento patológico de la propia identidad.

4.- La adolescencia.

En esta fase es donde se pone más a prueba la resistencia y solidez del sistema familiar. Se combinan varios factores:

*En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.

*Los padres aún cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez, se ven obligados a reabrir su propia adolescencia y efectuar cambios importantes para completar la adolescencia de sus hijos.

*La edad de los abuelos por lo general es crítica, se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan, esto es motivo de otra preocupación.

Para que el sistema familiar logre manejar adecuadamente esta etapa y pase a la siguiente es necesario tomar en cuenta varios factores: es importante que el adolescente logre madurez en su desarrollo y que sus padres igualmente lo logren para que se pueda llegar al momento del desprendimiento y los jóvenes puedan separarse y formar nuevas parejas.

Para que el adolescente se enamore es un requisito el logro de identidad, ya que de hecho el adolescente normal presenta crisis de identidad, que obedecen a que de pronto el medio ambiente lo empieza a tratar como joven adulto. Es posible también que exista difusión de identidad que se refiere a síndromes psicopatológicos severos que se caracterizan por estados disociativos. El adolescente normal desarrollará:

+La capacidad de sentir culpa, preocupación, y el deseo genuino de reparar el comportamiento agresivo, el cual se reconoce después de una crisis.

+La capacidad de establecer relaciones duraderas, no abusivas, con los amigos, los maestros y otros adultos, así como tener una percepción profunda de lo que son los otros.

+Expandir y profundizar constantemente en una serie de valores y conceptos, ya sea que vayan o no de acuerdo a la cultura del entorno.

La falta de ello estará hablando de una difusión de identidad. La relación de pareja implica un ordenamiento de todas las motivaciones emocionales, que en el curso del desarrollo, se superpusieron al núcleo motivacional inicial con que el individuo nace. Sin la realización de la relación de pareja no se alcanzará el establecimiento de las funciones antes descritas ni se alcanzará la posición adulta.

Pueden aparecer fuertes dificultades como la rivalidad que un padre siente hacia su hijo varón cuando este crece más fuerte o más inteligente que él, o bien los sentimientos de inferioridad o minusvalía si el hijo no logra alcanzar las expectativas de los padres. La mayor parte de las veces el padre se ve confrontado en sus áreas de identidad, de ahí que muchos padres presentan una franca resistencia al proceso de separación de los hijos.

Los padres ven confrontada su identidad en sus vivencias, traumas y conflictos que ellos pasaron; en su capacidad de trabajo, su fortaleza física y moral, su inteligencia y su capacidad de tolerar el cambio hacia la madurez, además de su status social que a veces no es tan bueno como el de alguno de los padres de los amigos de sus hijos.

Sin embargo la vida sigue y los hijos se van, primero desde el punto de vista emocional, lo cual implica una separación y por tanto un cambio en la distribución de las corrientes emocionales que hasta el momento habrían sido satisfactorias para armonizar el sistema. En este momento es importante renovar el contrato matrimonial, ya que se requiere de un apoyo mutuo entre ambos padres que tendrán que renovar sus votos de marido y mujer, que les permita elaborar el duelo por el hijo, y les estimule a seguir compartiendo un espectro amplio de intereses en la pareja. Será de ayuda el comportamiento maduro y la aceptación del cambio de los otros miembros de la familia. Sin duda es mejor una buena economía que una pobre pero no siempre se sabe aprovechar, y a pesar de tener más tiempo, más dinero, mas oportunidades de compartir, el sentirse libres, el no tener esclavitudes de trabajo y otras obligaciones es sentido como algo nuevo que intimida y no se sabe manejar adecuadamente. La pareja no se atreve a explorar nuevas formas de vida y se ven forzados a añorar lo perdido, a repetir el pasado y a sumirse en un mar de desesperanza a esto se le puede sumar la pobreza material.

Cuando los hijos se van la dimensión social cambia y es necesario que ambos apoyen las defensas sociales adaptativas. En un buen matrimonio el apoyo y dependencia mutua favorecen que desaparezcan los miedos, las idealizaciones patológicas y el resentimiento en contra del otro sexo. Al irse el adolescente le permite a la madre llevar acabo sus aspiraciones y deseos, limitados por la crianza y el manejo de la casa, y el padre que ha trabajado recibe un merecido descanso y y la posibilidad de recrearse en el arte, la cultura o el deporte que no pudo hacer hasta ahora.

5.- El Re-encuentro.

Esta fase es conocida como la del nido vacío. Para estas fechas los hijos ya se han ido a formar otras familias lo cual propone algunos cambios. Los padres se encuentran cercanos a los 50 años de edad o más.

Si las cosas han marchado bien en las etapas anteriores les será más fácil aceptar los cambios de una biología que tiende a declinar, igualmente como pareja podrán afrontar los cambios familiares y sociales que se presentan: el hacer un espacio emocional y a veces físico para aquellos que van formando las nuevas familias de los hijos. La aceptación de los nietos que no resulta nada fácil como se pudiera pensar, puesto que se remueven conflictos y hay quienes sienten fuertes rechazos hacia alguno de los nietos.

La aceptación del rol de abuelo requiere de haber madurado adecuadamente algunos puntos conflictivos narcisistas, concernientes a la vejez que está en puerta, a la muerte de las generaciones anteriores y en ocasiones aparecen problemas económicos debido a los hijos que inician una carrera, un oficio y/o una familia. Es necesario explorar nuevos caminos y horizontes y a la vez independizarse de hijos y nietos con objeto de formar nuevamente una pareja. El padre o la madre requieren de un gran esfuerzo, constancia y fortaleza para lograr solucionar todas las tareas de la crianza, la adolescencia y el desprendimiento, por lo tanto los roles de padres hacen que frecuentemente se olviden o por lo menos pasen a segundo termino los de esposos y es de suponer que estos por omisión hagan que el re- encuentro sea una etapa difícil.

Es necesario recapacitar sobre las limitaciones y modificarlas de tal suerte que cada uno de los cónyuges sienta la posibilidad de expresar sus necesidades y características personales sin que esto sea entendido como agresión o rechazo, esta actitud será necesaria para irse preparando a la siguiente etapa de la soledad y llegar a ella fortalecido. Es importante seguir proveyendo de amor y cariño al compañero, no importa cuan diferentes sean sus intereses.

Ciertas funciones sexuales declinan pero en sí el sexo continúa hasta el final. Se presentan además situaciones difíciles como la jubilación, la menor capacidad de trabajo y de tomar responsabilidades incluso en el hogar, las enfermedades y los temores por la etapa final.

Es necesario apoyo mutuo para tolerar los duelos, debidos a las pérdidas que se han sufrido en el transcurso de la vida y las que se avizoran en el futuro. Inclusive para prepararse a la soledad. Aceptar el envejecimiento no es tarea fácil y requiere de la comprensión y ayuda del otro. Aparecen sentimientos de culpa por los errores cometidos y también aparecen los deseos de la propia muerte. En esta etapa son muchas parejas que fracasan en su intento de terminar el viaje de la vida juntos.

6.- Vejez.

Al abuelo se le rechaza en una forma u otra, siente y entristece por el rechazo de que es víctima. El ser humano nos involucra a distancia con el nacimiento de un descendiente biológico dando lugar al extraordinario sentimiento de haber sufrido una transformación, no por el acto propio sino por el acto de un hijo. Ser abuelo ofrece un nuevo horizonte en la vida:

- +Enciende el deseo de sobrevivir al aceptarse la propia muerte.
- +En presencia del nieto y el abuelo, pasado y futuro se funden en el presente
- +Se da la oportunidad de experimentar una nueva relación con los nietos distinta a la de padre.

En ocasiones se reinvierten los papeles y son los hijos los que sobreprotegen a los viejos, y muchas veces estos responden con estados de indiferencia, de temor a seguir siendo activos o de franca depresión. Es importante retirar la idea peyorativa de senilidad, inutilidad, estorbo, carga y otros, para lograr entender y ayudar a las parejas de viejos. Tener un compañero, hasta el final, tal vez sea una de las formas en que el trágico y complejo asunto del vivir encuentre, sino la razón y la lógica, por lo menos la esperanza.

La manera de vivir la vejez dependerá de cada sociedad, no será lo mismo tener la seguridad de que al llegar a viejo se será respetado y atendido, que tener que esconder los años vergonzosamente, puesto que se va a ser descalificado del juego de la vida, tan pronto aparezcan los primeros signos.

Aún cuando hemos revisado el ciclo vital de la familia nos parece importante recurrir a otra fuente para revisar el ciclo vital de la familia más específicamente mexicana (Macías en CONAPO, 1994):

- I. Los antecedentes o fases preliminares. Estas etapas se deben completar para facilitar el mejor desarrollo de las posteriores etapas.
 - a)El desprendimiento de la familia de origen. Se trata del proceso del desarrollo psicológico de alcanzar la capacidad de autonomía emocional y de autosuficiencia, que le permita al hijo adulto la toma de decisiones de vida con verdadera libertad y responsabilidad, no al mero hecho de salirse físicamente de la familia de origen, sin que se hayan dado los elementos anteriores.
 - b)El encuentro y el cortejo de la pareja. En esta fase lo que se busca es llegar a integrar a la pareja como tal, lo que se ve influido muchas veces por distintas presiones tanto de la familia de origen como del medio social, tanto en el caso del hombre como de la mujer, y en estas condiciones plantearse un proyecto de pareja y tomar la decisión de serlo con una mayor libertad y conciencia no siempre se da de la mejor manera.

c) El proyecto de pareja y la decisión de serlo. Muchos de los posteriores problemas de pareja se derivan de no haber logrado desprenderse bien, de un encuentro y cortejo forzado y/o insuficiente y finalmente de un proyecto incompleto e inadecuado sin plena conciencia de lo que ello implica, más aún sin un proyecto de vida individual suficientemente elaborado que incluya el ser pareja como parte del mismo, sin lo que no es posible llegar a un proyecto conjunto de pareja básico sobre el que se pretenda construir el futuro de ambos y de la familia.

II. El inicio o fases tempranas.

- a) El matrimonio: compromiso de vida y constitución formal de la pareja. El matrimonio religioso o civil según sea el marco referencial de la pareja, es esencialmente cuando ambos hacen explícito y públicamente manifiesto su compromiso de vida, pues son los dos en un acto de libertad supuestamente con plena conciencia y responsabilidad los que se comprometen uno con otro a ser pareja.
- b) Integración inicial y decisión de ser familia. Una vez que la pareja convive formalmente tendrá la oportunidad de irse integrando y adaptando en forma inicial a su vida juntos, idealmente en forma independiente de ambas familias de origen, en el sentido psicológico sobre todo, con respecto a su autonomía, a su espacio vital, y a su privacidad física y emocional. Esto se facilita cuando la pareja cuenta con vivienda independiente, aunque no necesariamente depende de ello, siendo preciso aclarar que sí bien esto ocurre más en las sociedades o estratos sociales de mayor afluencia económica, en ellas también se manejan los recursos materiales y económicos como elementos de manipulación, dominio, dependencia y explotación.

Al término de esta fase la pareja puede dar un paso trascendental, la decisión de ser familia, lo que idealmente debe hacerse con plena conciencia, como algo programado por ambos cónyuges en su proyecto de vida de pareja, del matrimonio que no es familia aún a un sistema de más de dos, que ya incluye una nueva generación.

- c) Advenimiento de los hijos y nuevos roles. Esta fase marca formalmente el paso para considerarse una familia, que se había planteado como decisión en la fase anterior y que trae con ello la adquisición de nuevos roles primarios por parte de los miembros de la pareja, que además del inicial de hija(o) después novia(o), esposa(o) adquieren ahora el de madre y padre de significancia trascendente.
- d) Familia con hijos pequeños, lactancia y primera infancia. Esta fase queda traslapada con la parte final de la anterior, en que la familia sufre una de sus primeras crisis de adaptación normativa del ciclo vital.

Después del entusiasmo, la ilusión, fantasías y a veces temores alrededor del embarazo y el nacimiento del primer hijo, la demanda de atención y cuidados que exigen pueden ser de tal magnitud, sobre todo si tienen dos o más hijos pequeños muy seguidos, o hubo un embarazo y parto gemelar o múltiple, sin la suficiente preparación de la pareja para estos cambios en que el estrés de ellos, los sentimientos de desplazamiento que puede llegar a sentir el padre, etc., abatan el umbral de tolerancia a la frustración y aumente el nivel de irritabilidad- tensión entre los miembros de una familia así. Este puede ser un factor, además de las necesidades particulares de la madre del tiempo personal, para actividades de realización personal, laboral o profesional, por el que cada vez más y más tempranamente los infantes son enviados a las guarderías y/o centros de desarrollo infantil, en su sección maternal.

III. El desarrollo o fases intermedias.

Desde las dos anteriores fases la familia empieza a realizar sus primeras funciones psicosociales hacia los menores en especial la función nutricia y vincular, fundamentales para la sobrevivencia y el bienestar emocional de los hijos. Es en las cuatro siguientes fases de la etapa del desarrollo que llega a realizar todas ellas e idealmente a plenitud en forma intra e intersistémica con las otras instancias sociales que participan en el proceso; en nuestro medio es importante destacar el papel que juega en estas fases la familia extendida, generalmente en forma positiva y de apoyo, aunque a veces llega a ser un poco intrusiva si no se respetan muy bien los límites intersistémicos.

a) Familia y época preescolar. Es en esta fase cuando las funciones psicosociales de la familia llegan a tener la mayor relevancia, pues es entonces cuando constituye la casi totalidad del mundo interaccional de los hijos, a no ser que sean enviados tempranamente a centros de desarrollo una parte del tiempo. El hijo va adquiriendo seguridad emocional, autoestima y un sentido de pertenencia familiar, a través del afecto y la aceptación que le ayudan mucho en el desarrollo de su identidad primero grupal, familiar y con base en ella individual, en la medida que la misma familia lo apoye y respete. El marco de referencia de lo que es permitido o aceptado requiere hacerse más preciso y consistente, racionalmente fundamentado para ayudar a los hijos a incorporarlo adecuadamente. Aquí los modelos de comportamiento que ofrecen los padres, son de extraordinaria importancia, tanto en cuanto a modelos psicosexuales, que es ser mujer y que es ser hombre, como en cuanto a normas de conducta y valores, en particular la congruencia que tienen los padres entre lo que dicen y lo que hacen.

b) Los hijos y la escuela. La elección de la escuela es de gran importancia, buscando que se de una complementariedad adecuada entre ella y la familia, que no haya grandes o graves discrepancias entre el modelo formativo que se lleva en la escuela con el de la familia, pues de otra forma se puede causar confusión y desorientación en los niños. Su mundo se va abriendo más, tienen otros modelos de comportamiento tanto en maestros como en compañeros y las familias de estos; y el sistema familiar puede irse enriqueciendo él mismo con las nuevas experiencias del hijo o los hijos. Un punto de particular atención en este momento es el apoyo que puedan ofrecer los padres, ambos no solamente la madre, en el proceso de aprendizaje de los hijos sin plantearse demandas o exigencias excesivas, con mucha frecuencia de tipo narcisista, sino reconociendo y estimulando sus verdaderas capacidades, más en un sentido de logro personal que por mero espíritu competitivo.

c) Pubertad y adolescencia de los hijos. Esta fase suele ser crítica pues remueve muchas de las ansiedades que el padre y la madre vivieron cuando les tocó a ellos mismos vivirla; la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el despertar de la genitalidad y el cuestionamiento que los hijos adolescentes hacen de la autoridad paterna, particularmente si ha sido manejada de forma impositiva, irracional y autoritaria, la forma de retar las costumbres y las normas sociales, especialmente si se han manejado en forma eminentemente convencional y con incongruencia entre lo que los padres dicen y lo que hacen, llevando con frecuencia a situaciones de difícil manejo, los hijos se inician en el uso del tabaco y el alcohol, aceptado socialmente en los adultos y experimentan con marihuana y a veces otras drogas de mayor riesgo, no aceptadas.

El conflicto que se genera puede ser de mayor o menor gravedad, en especial si queda inserto en una conflictiva familiar conyugal de fondo, agravada por el desacuerdo en el manejo de la situación y las mutuas inculpaciones.

d) Los hijos jóvenes adultos. Habitualmente se da en nuestro medio y en muchos otros países como el nuestro, una gran oportunidad de compartir para padres e hijos la satisfacción profunda de una tarea cumplida por ambas partes, de los padres haber apoyado y facilitado el proceso de maduración de los hijos, para estos el ser capaces de alcanzar su verdadera autonomía, la emocional y la capacidad de autosuficiencia aún dentro del seno del hogar, y no ficticiamente con la mera salida física, manteniendo dependencias internas e inconscientes, aunque sean en un sentido negativo de rechazo que los obliga a una distancia física por inseguridad y temores ocultos a ser chupados de nuevo por un sistema familiar del que no se han desprendido en realidad. Solo se es libre verdaderamente cuando se puede acercar y alejar, mantener distancia y cercanía de la familia de origen, disfrutar y conservar su pertenencia en sentido más amplio, preservando los límites y la privacidad del grupo núcleo más chico de convivencia.

IV. La declinación o fases tardías.

a) El desprendimiento de los hijos, el nido vacío y el reencuentro. Con la fase del desprendimiento de los hijos jóvenes adultos que se inicia cuando estos se separan del hogar original por diversas razones, por irse a trabajar o a estudiar a otro lado, por que han tomado la decisión de hacer su propia vida y casarse o vivir independientemente ellos solos. Esta fase coincide con las de la etapa de antecedentes o la primera de la etapa inicial de un nuevo grupo familiar potencial y concluye así un ciclo, pero continuándose aún el de la familia que estamos siguiendo en su ciclo vital.

Esta es la fase en que si se da el desprendimiento de todos los hijos en forma casi simultánea, la pareja original se queda sola de nueva cuenta lo que algunos autores han denominado el "nido vacío", al concluir las tareas fundamentales de los roles materno y paterno que alcanzan su mayor importancia en las etapas anteriores, padre y madre se encuentran nuevamente con el rol fundamental de esposa y esposo, que si se había descuidado en las fases previas del proceso, resulta un reencuentro entre casi desconocidos, extraños, que necesitan redescubrirse. Esta es una etapa que puede ser de crisis u oportunidad para mayor crecimiento y enriquecimiento en la pareja que ha sabido mantener su vínculo conyugal y no sólo el coparental.

b) Nuevas familias y nuevos roles. Los hijos pueden haber pasado ya de la fase inicial de integración de su matrimonio a ser una nueva familia y el advenimiento de los miembros de esta tercera generación, permite adquirir a los padres de la familia original que hemos venido siguiendo en su ciclo vital nuevos roles, el de abuelo y el de abuela, desplegando en ellos capacidades afectivas a veces depuradas por la experiencia de los años. En nuestro medio con frecuencia al tener mayor número de hijos y de edades diversas es posible que se den algunas de estas fases en forma simultánea o incluso se modifiquen el orden de las mismas o llegue a saltarse alguna, pues puede ya entrarse a la fase de nuevas familias y aún tener hijos adolescentes o jóvenes adultos dentro de la familia que no han decidido desprenderse todavía.

c) Vejez, muerte y disolución de la familia nuclear. Puede ser que con la muerte de uno de los cónyuges y la consecuente disolución del núcleo familiar original se presenten sin que la pareja llegue al reencuentro o a la vejez de los dos solos. Cuando llega a darse esta última fase, sigue siendo importante en nuestro medio el rol de la familia extendida, la pareja de los padres ya viejos y solos con frecuencia se adscribe a la de alguno de los hijos, sobre todo si sólo quedara uno de los padres, el mantenerse viviendo solo e independiente para un viejo requiere recursos de salud y económicos que no siempre se tienen.

Como hemos visto la familia atraviesa por diversas etapas a lo largo de su desarrollo, y su funcionalidad dependerá de la manera en que se desarrolle en la etapa en que se encuentra pero en general, si se toma a la familia como un proceso transaccional- sistémico, la familia normal es conceptualizada en términos de un proceso universal que es característico de todos los sistemas. Este proceso básico implica la integración, mantenimiento y crecimiento de la familia unida, en relación al sistema individual y social. Lo normal esta definido de acuerdo a él tiempo (época) y el contexto social, además de las distintas demandas internas y externas a lo largo del ciclo vital. Lo que puede ser funcional en un nivel (individual, familiar o social) puede no ser necesariamente funcional en otro; un modelo funcional en una etapa del ciclo de la familia puede ser disfuncional en otra fase (Walsh, 1983).

CAPÍTULO 3.- EL SISTEMA FAMILIAR Y LA ENFERMEDAD.

Como hemos visto en el capítulo anterior tanto la familia influye en cada uno de sus miembros como cada uno de sus miembros influye en el funcionamiento del sistema familiar, por lo que la enfermedad en un miembro de la familia impacta a los otros y trae como consecuencia lo que es llamado una crisis circunstancial en la familia ya que es inesperada y comúnmente hay algún factor ambiental involucrado (Slaikeu, 1996) o lo que es conocido como un factor de tensión no normativo debido a que no se trata de una transición esperable a lo largo del ciclo vital como son las guerras, desastres naturales, accidentes, la enfermedad aguda y la incapacidad crónica (Kornblit, 1984).

La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas; por lo cual cuando la familia se enfrenta por primera vez con la enfermedad esta desorganización puede considerarse como una respuesta normal ante una situación anormal (Slaikeu, 1996).

Para que se produzca la crisis según Hill es necesario que concurren tres factores:

- +El hecho en sí y las penas vinculadas en él.
- +Los recursos para enfrentar la crisis que pone en juego la familia.
- +La definición que la familia hace del hecho (Kornblit, 1984).

Existen distintas maneras de considerar la relación entre la familia y enfermo, Steinglass y Horan (Walsh y Anderson, 1988) describen cuatro perspectivas:

*La familia como recurso. En esta primer perspectiva define a la familia como un recurso del individuo para afrontar la enfermedad, debido a que es la principal fuente de apoyo y soporte para el enfermo.

*La familia psicósomática. En esta perspectiva se ve a la familia como facilitadora en el desenvolvimiento de la enfermedad como consecuencia del estrés, la rigidez y el ambiente familiar disfuncional. La familia es vista como una influencia negativa. El ambiente familiar contribuye a desarrollar o a perpetuar la enfermedad crónica.

*La familia como influencia del curso de la enfermedad. Desde esta perspectiva la familia se ve como un elemento determinante en el curso que tome la enfermedad. Los distintos cursos posibles dependerán del tipo de enfermedad y la fase en que se encuentre. La manera en que la familia responda a las necesidades tendrá un profundo impacto en la adaptación del individuo a la enfermedad. Algunos aspectos de la familia pueden estar ayudando a mantener la cronicidad de la enfermedad como las coaliciones, la estabilidad de la díada marital, los modelos de comunicación y la calidad de la vida diaria.

*El impacto de la enfermedad en la familia. En esta perspectiva la familia es impactada emocional, financiera, laboral y psicosocialmente por la enfermedad. La familia es un receptor de las demandas y el estrés asociado con la enfermedad. El reajuste en la estructura, roles, solución de problemas y afrontamiento afectivo en la familia puede darse en dos tipos de enfermedades pero la manera en que ocurre el reajuste es cualitativamente distinto. El grado de éxito con el que la familia negocia los cambios y los integra a la vida familiar disminuye o aumenta el impacto de la enfermedad en la familia y en el reajuste individual a la enfermedad. Este es la perspectiva que más se acerca a los objetivos de esta investigación.

Para tener un mejor conocimiento de lo que sucede en la familia al tener un miembro enfermo se deben tomar en cuenta algunos aspectos respecto de la enfermedad que son relevantes. Rolland (Walsh y Anderson, 1988) describe distintos tipos de enfermedades y la respuesta familiar asociada en las categorías siguientes:

a) Tipo de inicio de la enfermedad.

Puede tratarse de una enfermedad con un inicio agudo o gradual, son diferentes tipos de estresores los que afectan en cada una a la familia y al individuo, aunque el reajuste total de estructura, roles, solución de problemas y afrontamiento en las familias puede ser el mismo para ambos tipos de enfermedades.

*Para una enfermedad con un inicio agudo los cambios deberán llevarse acabo en un corto tiempo. La familia deberá movilizar más rápidamente sus recursos y habilidades. Algunas familias están mejor equipadas para afrontar los cambios rápidos. Las familias que pueden tolerar estados de alta carga afectiva, que definen sus roles flexiblemente, que solucionan eficientemente los problemas y que utilizan eficientemente sus recursos externos pueden tener una ventaja en el manejo de la enfermedad con inicio agudo. La familia luchará contra la desintegración, el daño o la pérdida a través de la muerte y a la vez por reestructurar o resolver un nuevo problema.

*La proporción de cambios familiares para adaptarse a una enfermedad con inicio gradual permite un mayor período de ajuste, generando quizá mayor ansiedad antes de que el diagnóstico sea hecho.

b) Tipo de la enfermedad según el curso que sigue.

El curso de la enfermedad crónica puede tomar tres formas:

*Progresiva, se refiere a que la enfermedad es continua y progresiva en severidad. El individuo y la familia se enfrentan perpetuamente con el enfermo en quien la incapacidad va aumentando progresivamente. En los períodos de alivio las demandas de la enfermedad tienden a ser mínimas. La continua adaptación y el cambio de roles esta implícito. El incremento de cuidadores se debe al riesgo de caer en el agotamiento y al continuo incremento de nuevas tareas lo que requiere mayor tiempo. La flexibilidad familiar se hace necesaria en términos de la reorganización de los roles y el uso de sus recursos externos.

Es importante distinguir entre las enfermedades que progresan rápido y las enfermedades que progresan lento ya que son distintas las demandas de cada una de estas. En una enfermedad progresiva rápida se requiere de adaptarse a los continuos cambios y a las nuevas demandas en períodos de tiempo cortos; mientras que en una enfermedad que progresa lento atraviesa por cambios graduales a los que habrá que adaptarse en períodos más largos.

*Constante, se refiere a la enfermedad en donde ocurre un evento inicial después del cual el curso biológico se estabiliza, típicamente después de un inicial período de recuperación la fase crónica es caracterizada por un déficit bien delineado o una limitación funcional. Puede ser recurrente la enfermedad pero los individuos y sus familias encaran un cambio semipermanente que es estable y predecible en un período de tiempo.

*Episódica o con recaídas, en esta enfermedad se alternan períodos estables con períodos de variable duración, caracterizados por bajos niveles o incluso de ausencia de síntomas con períodos de recrudecimiento o exacerbación de la enfermedad. Frecuentemente la familia puede llevar a cabo una rutina diaria normal, pero como sea el fantasma de la recurrencia se mantiene.

La familia al menos se mantendrá desarrollando un rol de cuidador ante una situación real. La naturaleza episódica de la enfermedad requiere de la flexibilidad que permita a la familia moverse entre dos formas de organización familiar causada por la frecuencia de las transiciones entre las crisis y las no crisis, y con la incertidumbre de cuando puede volver a ocurrir una crisis. Un rasgo característico es la discrepancia psicológica ocasionada por los períodos alternados de normalidad y enfermedad.

c) Tipo de enfermedad según las consecuencias que ocasiona.

El grado de probabilidad de que la enfermedad crónica cause la muerte o si esto puede suceder en un corto período de tiempo es una característica distintiva que trae un profundo impacto psicosocial. Un factor importante es la expectativa inicial de que la enfermedad pueda causar la muerte.

*En un extremo del continuo están las enfermedades que no alteran el período de vida.

*En el otro extremo están las enfermedades progresivas y que llevan a consecuencias fatales.

*Existe una categoría intermedia que incluye enfermedades con un corto período de vida y enfermedades que puedan traer una muerte repentina. En esta categoría las pérdidas son menos esperadas.

En todas las enfermedades crónicas se desarrolla una pérdida de control corporal, de identidad y de relaciones íntimas. El miembro enfermo puede tener miedo de morir antes de realizar su plan de vida o de estar solo en la muerte. Los miedos de los familiares sobrevivientes incluyen estar solos en un futuro. Para el enfermo y para los familiares el pesar anticipado y la separación permean todas las fases de adaptación.

Las familias se encuentran frecuentemente entre los deseos de intimidad y los de expulsar al miembro enfermo. Un torrente de afectos puede distraer a la familia de las tareas y la solución de problemas que mantienen a la familia integrada. Existe también la tendencia en muchas ocasiones de tomar por muerto al enfermo lo que se puede manifestar como un movimiento desadaptativo quitándole sus responsabilidades.

Dependiendo la naturaleza de la enfermedad y la idiosincrasia familiar se pueden manifestar distintas reacciones en la familia.

d) Tipos de enfermedad según el grado de incapacidad que ocasionan.

La enfermedad puede traer como resultado deterioro cognitivo, sensitivo, motriz, deformaciones y otras causas de estigma social. Las diferentes clases de incapacidad implican diferentes clases de ajuste por parte de la familia.

*Algunas enfermedades crónicas no causan incapacidad, la causan moderadamente o sólo de manera intermitente.

*Algunas enfermedades son más incapacitantes al inicio de la enfermedad. La incapacidad al inicio de la enfermedad incrementa los problemas de la familia relacionados al inicio, curso esperado y consecuencias de la enfermedad.

*Las enfermedades progresivas se destacan por la incapacidad que causan y por el incremento de las dificultades en las fases tardías de la enfermedad. Esto da a la familia más tiempo para prepararse para los cambios anticipadamente y en particular permite al miembro enfermo participar en el plan familiar respecto de la enfermedad.

Son también relevantes las expectativas de la familia con respecto al miembro. El rol responsable del paciente y el mantenimiento de su autonomía ha sido relacionado con una mejor respuesta de rehabilitación y una mejor integración en la familia.

El efecto de la incapacidad dependerá del tipo de incapacidad, el rol del miembro enfermo antes de la enfermedad, y la estructura y flexibilidad familiar.

Además será importante considerar la edad del miembro enfermo y la etapa por la que cursa la familia.

e) Fases de una enfermedad.

Cada fase tiene sus propios requerimientos, actitudes y cambios por parte de la familia. Básicamente son tres las fases: crisis, crónica y terminal.

*La fase de crisis: incluye un período sintomático antes del actual diagnóstico cuando el individuo o la familia se dan cuenta que hay alguna cosa mal, pero la naturaleza exacta y la extensión del problema no son claros. Esta etapa involucra un período inicial de reajuste después de que el problema ha sido clarificado a través del diagnóstico y el plan de tratamiento inicial.

Durante este período hay una serie de tareas específicas para el miembro enfermo y su familia que incluyen: aprender a tratar con el dolor, la incapacidad o los síntomas relacionados, aprender a tratar con el ambiente hospitalario y algunas enfermedades relacionadas con los procedimientos del tratamiento, y mantener relaciones satisfactorias de trabajo con el equipo de salud. Además la familia necesita darle un significado a la enfermedad para poder mantener un sentido de control, lamentarse por la pérdida de la identidad familiar, mantenerse en una posición de permanente cambio todo esto manteniendo un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro, mantenerse unidos en el período de reorganización de la crisis, y en la fase de incertidumbre debe desarrollar un sistema flexible que permita adaptarse a los objetivos futuros.

*La fase crónica: esta puede ser corta o larga pero en esencia es el período entre el diagnóstico y el reajuste de la primera fase y los problemas de la muerte y la enfermedad terminal de la tercera fase. Esta etapa se caracteriza por la constancia, la progresión o cambios sólo episódicos. En muchas ocasiones el significado de la enfermedad no es comprendido, ya que no hay más que el conocimiento biológico de la enfermedad. Frecuentemente el individuo y la familia han sido impactados psicológicamente y organizacionalmente con los cambios ocasionados por la enfermedad y ha desarrollado un modo de operar.

Por un lado la enfermedad puede permanecer estable por décadas, sin ser fatal, pero por otro lado puede ser una enfermedad donde el período de crisis es inmediatamente seguido por la fase terminal. Una de las tareas claves de la familia en esta etapa es mantener una vida normal frente a la anormal presencia de la enfermedad y la incertidumbre.

Muchas familias pueden llegar a sentirse exhaustas y sentir la necesidad de reasumir su ciclo de vida normal deseando incluso la muerte del miembro enfermo que los devuelva a la normalidad. Otra tarea importante de la familia en esta etapa es mantener la autonomía de cada miembro y evitar la dependencia.

*Fase terminal. Incluye la etapa preterminal de la enfermedad donde se vuelve inevitable que la muerte se muestre y predomine en la vida familiar. Involucra también los períodos de pérdidas y duelos por estas. Los problemas predominantes en esta etapa son los de separación, muerte, pesar por las pérdidas, resolución del duelo y la reincorporación a la vida familiar normal en medio de las pérdidas pasadas.

Como sea se necesitará flexibilidad por parte de la familia para negociar los cambios de cada etapa, y los existentes entre cada etapa.

Kornblit (1984) describe las fases por las que pasa una familia al enfrentarse a una enfermedad crónica:

1) Un período de desorganización, donde el impacto de la enfermedad hace que se rompa la estructura de funcionamiento familiar. Esta ruptura puede verificarse a través de las líneas de fractura del sistema previas a la enfermedad que han sido agravadas con la presencia de esta, puede existir un intento de la familia por saltar esta etapa debido a la incapacidad para tolerar la desestructuración posterior a la crisis, además puede aparecer una reorganización familiar precoz antes tomar contacto con el riesgo planteado por la enfermedad y con el alto nivel tensional de las relaciones a nivel familiar, o bien la desorganización puede llegar a niveles tan profundos que sea después difícil rescatar a la familia de dicha situación.

2)El punto de recuperación. Existen distintos indicadores de que se ha llegado a este punto como: la entrada en escena de un miembro de la pareja que había permanecido más periférico en cuanto al manejo de la enfermedad, la consulta de una enfermedad por parte de los hermanos lo que indica que se está produciendo el descentramiento de la situación primaria y que hay lugar para otro centro de preocupación, puede suceder también que uno de los miembros de la familia requiere más información acerca de la enfermedad por parte del especialista o la busca por su cuenta, es decir que empieza a actuar como organizador del contexto, otro indicador es la apertura al medio ambiente humano inmediato a través de la reconexión con figuras anteriormente significativas o de la búsqueda de personas que hayan pasado una experiencia semejante y en otras ocasiones la queja es reemplazada súbitamente por otra.

3)La fase de reorganización. El tipo de reorganización al que arribe la familia depende de las características de la enfermedad y de la familia. Dicha enfermedad puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior o puede provocar que se arribe a una nueva distribución de papeles, con un cambio en la adjudicación y asunción de roles.

Como es posible observar, una característica en las familias que se vuelve importante al enfrentar a la enfermedad es la flexibilidad que posea, es decir que logre integrar la tendencia a la estabilidad y la tendencia al cambio. Tanto la familia como el individuo tienen en su evolución etapas de estabilidad, es decir, permanencia de patrones de interacción y también etapas de cambio, en las que se ensayan nuevos patrones de interacción acompañados de cierta inestabilidad; la aparición de una enfermedad crónica se vuelve más problemática en una etapa de cambio debido a que puede impedir que se encuentren y desarrollen los nuevos patrones de la etapa que empieza, se tiende a regresar a patrones que eran eficaces en etapas anteriores y entonces la familia se detiene en esa etapa. Para las familias que tienen un familiar enfermo que presenta etapas de crisis y normalidad se requiere de mayor flexibilidad para cambiar de una estructura y organización a otra y viceversa (Robles, Eustace y Fernández, 1987).

La crisis es seguida de un período de equilibrio o estabilidad lo cual no quiere decir que la crisis haya sido resuelta constructivamente sino que el sistema no tolera niveles altos de desorganización por períodos prolongados (sobrepasa los límites de flexibilidad) por lo que busca un estado de equilibrio, pudiendo ser este equilibrio saludable o dañino, benéfico para una parte de la familia y negativo para otra (Slaikeu, 1996).

La enfermedad obliga a la familia a encerrarse para socializar la enfermedad, es decir, para aprender a convivir con ella, para posteriormente permear los límites familiares a manera de facilitar la adaptación familiar al entorno (Robles et al. ,1987).

Cuando en la familia hay un enfermo crónico o terminal hay un cambio en el interior de esta y también hay un cambio en su entorno. El cambio en el interior es dado por el sufrimiento y la limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser cuidado, atendido y medicado, y el tipo de cambio dependerá de las características de cada familia, la etapa en que se encuentre esta, del momento por el que pase el paciente, del lugar que ocupe en la familia, del tipo de enfermedad y la etapa por la que cursa, de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento, de la historia familiar de enfermedades y pérdidas, etc. El cambio en el entorno se debe a la incorporación del equipo médico y del sistema hospitalario en el sistema familiar (Robles et al. , 1987).

A grandes rasgos la familia puede optar por dos tipos distintos de respuesta ante la emergencia de la enfermedad:

*Una tendencia centrípeta, expresada en el desarrollo de una extrema cohesión interna en torno a la enfermedad. Toda la familia gira alrededor del enfermo que se convierte en el centro de las interacciones absorbiendo la energía, monopolizando la atención del resto de su grupo familiar y restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes del grupo. La familia vive en un estado de constante sobresalto, teniendo siempre presentes las posibles complicaciones de la enfermedad, así como el riesgo de muerte es percibido de un modo constante.

*Una tendencia centrífuga, expresada en el desarrollo de conductas evitativas en torno de la enfermedad. Dicho tipo de conductas por parte de los miembros del grupo familiar se efectiviza en general a expensas de la dedicación de uno de ellos al enfermo. Ello favorece la dependencia de este último con respecto a un miembro de la familia (usualmente la madre si se trata de un hijo enfermo), quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo quien, en la medida de sus posibilidades, se haga cargo de los cuidados que requiere su condición. La actitud sobreprotectora se verifica en general como respuesta de un miembro de la familia, condicionado en cierto modo (o pensándolo de modo inverso como resultado de,) la evitación por parte de los restantes miembros del grupo (Kornblit, 1984).

Existen familias que delimitan adecuadamente sus problemas y logran una solución realista para ellos haciendo cambios y ajustes; también hay otras que contienen el problema y sus efectos dañinos manejándose por lo pronto a través de la negación o el aislamiento; algunas son incapaces de encontrar soluciones eficaces o de contener los efectos destructivos del conflicto y reaccionan con conductas impulsivas, inadecuadas, destructivas, dañinas e incluso buscan al chivo expiatorio; y otras más fracasan en los aspectos anteriores además de mostrar síntomas progresivos de desintegración (Villegas, 1992).

A partir del diagnóstico y el inicio del tratamiento pueden aparecer distintos problemas en la familia:

+Aparición de un miembro de la familia con sobrecarga de trabajo, que es quien se ocupa directamente del tratamiento del paciente al grado de llegar a ser periférico en la familia.

+Problemas en el subsistema parental. En las familias el paciente, la enfermedad y el tratamiento pueden ser utilizados por los padres para agredirse mutuamente, lo que trae como consecuencia dificultad e ineficacia para tomar decisiones y llevar a cabo acciones necesarias para el tratamiento.

+Posición central del paciente en la estructura familiar. El paciente deja de participar en su subsistema, las comunicaciones de la familia giran alrededor de él paciente y absorbe gran parte de la atención, los recursos afectivos y económicos del núcleo familiar. Por esta posición central del paciente se facilita su posición en cualquier coalición.

+Aparecen síntomas o conductas disfuncionales en otros miembros de la familia.

+Aparece una gran tensión en el proceso de adaptación económica, social y cultural al nuevo entorno y la necesidad de elaborar el duelo, por todo lo que se deja en el lugar de origen cuando es preciso trasladarse a otro lugar distinto al de residencia debido al tratamiento requerido por la enfermedad.

+Fragmentación del sistema familiar al tener que emigrar a otro lugar ya sea en lo que se refiere a casa o a localidad.

+Problemas de sobrevinculación entre el miembro enfermo y algún otro familiar al grado de causar dependencia.

+Es posible que se agraven los problemas que ya existían y/o aparezcan otros o bien los conflictos anteriores pueden quedar encubiertos mientras la familia une fuerzas frente a la enfermedad, lo que puede impedir la rehabilitación del paciente que provocaría el resurgimiento de dichos problemas, y que transforma a la enfermedad en elemento de unión y homeostasis familiar, es decir, cumpliendo el síntoma una función.

+Formación de coaliciones intergeneracionales quedando afuera comúnmente uno de los cónyuges, siendo blanco de reproches, de indiferencia e ineficacia o el agravamiento de las coaliciones ya existentes incluyendo a otros miembros de la familia, amigos, vecinos, equipo de salud, etc.

+Incapacidad para sobrellevar las dificultades, así como reglas estereotipadas y poco flexibles que dificultan el manejo de la enfermedad (Robles et al., 1987).

+Límites poco claros entre los subsistemas.

+Excesivo aislamiento o excesiva intrusión de sistemas externos.

+Tendencia a la complementariedad rígida de los cónyuges que facilita la emergencia de conductas sintomáticas (Kornblit, 1984).

Por otra parte la familia funciona como fuente de apoyo material, emocional, de información y como medio de acercamiento a otros recursos (Slaikeu, 1996) por lo que cobra amplia relevancia en el manejo integral de la enfermedad.

La familia con un enfermo crónico es un sistema formado por subsistemas (enfermo, padre, madre, hermanos, hijos, esposa, etc.) con una forma de ver el mundo que los rodea; con la aparición de la enfermedad entra en contacto con otro sistema: el equipo de salud formado por subsistemas (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc.) con otra forma de ver el mundo que lo rodea. Al unirse forman un sistema más abarcativo inmerso en otro sistema mayor, y es la participación activa en este encuentro lo que permite el surgimiento de actos y significados nuevos (Robles et al. , 1987).

En el caso del SIDA podemos hablar de una enfermedad de tipo gradual, progresiva e incapacitante (Rolland en Walsh y Anderson ,1988) .

Villegas (1992) describió algunos sucesos que comúnmente suceden en las familias con un miembro con SIDA:

*Para muchas familias la dificultad radica en la homosexualidad o bisexualidad del paciente sobre todo si de alguna manera era algo desconocido para la familia, y para muchas de ellas es algo vergonzoso y que se vive como una perversión, lo que les impide relacionarse y apoyar al paciente por su rigidez y dificultad de adaptación, a diferencia de las familias quienes le hacen frente a través de una negación funcional que les permite acercarse y apoyar al paciente.

*Al enterarse del diagnóstico de SIDA algunas familias tratan de encontrar culpables y también tratan de encontrar algo que pudieran haber hecho para evitar tal situación, lo cual muestra las deficiencias personales y familiares que de hecho no les ayudan a afrontar la crisis.

*Pueden llegar a la conclusión de que la enfermedad es un castigo de Dios por sus pecados, o por conductas inadecuadas, principalmente la sexualidad vista como perversa.

*En las familias y pacientes que han resuelto el conflicto de la sexualidad, los sentimientos de culpa son más depresivos y la homofobia no se presenta, y manifiestan arrepentimiento y dolor por saber que la enfermedad es consecuencia de su conducta y la afección que causa en su familia.

*Los sentimientos de culpa son más difíciles en los pacientes bisexuales, sobre todo en aquellos que han transmitido la enfermedad a su pareja o esposa, y en estos casos es común observar un proceso de regresión, de busca de soluciones mágicas y de negación o aislamiento con respecto a la enfermedad por ambos miembros de la pareja.

*Las familias con mayor capacidad adaptativa y tolerancia se interesan más en la relación que en la conducta del paciente, admiten los errores, las debilidades, los problemas de sus miembros, pueden confiar los unos en los otros, minimizan las culpas, son solidarios, comparten los cuidados y las responsabilidades y, se dan aceptación y afecto.

*El proceso por el que atraviesan estas familias es en primera instancia el miedo a la muerte del paciente, como si el hecho de darles el diagnóstico implicara por sí mismo la inminencia de la misma. Posteriormente al recibir información sobre el padecimiento se presenta una preocupación sobre los medios de contagio y si estos se dan por la convivencia con el paciente, presentándose un mayor temor cuando en la familia existen niños o mujeres embarazadas.

*En ocasiones es más fácil para el paciente comunicar el diagnóstico primeramente a los hermanos y apoyarse en ellos para comunicárselo a los padres, quienes en algunos casos presentan dificultad para aceptar el origen de la enfermedad, y es en estos casos en que el paciente puede ser rechazado y verse forzado a pedir ayuda a los amigos, asociaciones o instituciones que proporcionan alojamiento y atención para este tipo de pacientes. En algunos casos los pacientes son apoyados de manera exclusiva por los hermanos.

*Algunos pacientes prefieren retirarse de la atención médica antes de comunicárselo a los familiares, ya que esto implicaría revelar su inclinación sexual en gran parte de los casos, para otros el problema radica en como se va a informar a los demás miembros sin provocar el rechazo de estos.

*La familia vive esta situación en primera instancia con una sensación de incapacidad para hacerle frente a la enfermedad, experimentando dolor, culpa, enojo y diferentes niveles de aceptación.

*El nivel de aceptación y afecto para el cuidado, atención y acompañamiento del paciente esta basado en el tipo de relación previamente existente entre el paciente y su familia.

Las familias con un miembro enfermo de SIDA se enfrentan a la muerte de un hijo o bien a la propia enfermedad y muerte, a crisis médicas y financieras, al estigma social y a la falta de soporte emocional. Puede existir además homofobia o simplemente la familia no reconoce a los amantes y amigos del enfermo como tales (Bor, 1990).

Aunque para fines de esta investigación solo tomaremos como familia a la familia extensa o a la familia nuclear, es importante mencionar que en muchos casos la familia para el enfermo incluye los amantes, los amigos, los cuidadores así como la familia biológica (Macklin, 1989).

Tanto las familias como amigos pueden no estar disponibles para dar apoyo al enfermo, o bien el enfermo puede no quererlo, siendo sin embargo más comúnmente las mujeres de la familia quienes se encargan del cuidado del enfermo (Bor, 1990). Es posible que la persona infectada no quiera descubrir a su familia su seropositividad debido a que haya tenido un estilo de vida oculto, a la vergüenza que puede ocasionar en los miembros de la familia, por otro lado puede existir ira debido a la incapacidad del equipo de salud para hacer algo, pérdida de control, agotamiento emocional, y agravamiento de los problemas ya existentes (Stulberg y Buckingham, 1988), además descubrir que se es seropositivo trae distintas pérdidas como la de trabajo, casa, acceso a la educación, seguro de salud (Kimberly y Serovich, 1996).

Se ha encontrado que la enfermedad grave asociada al SIDA incrementa la ruptura de algunos procesos familiares (Steele, Forehand y Armistead, 1997), la satisfacción marital y el apoyo de las amistades predice un buen funcionamiento en la pareja mientras evitar la situación trae consigo un pobre funcionamiento (Klein, Forehand, Armistead y Wierson, 1994), la emergencia de las enfermedades trae drásticos cambios en los roles familiares (Dumaret, Boucher, Torossian, Donati et al., 1995), además el SIDA trae cambios en la estructura familiar y perturba la capacidad de la familia nuclear y de la familia extensa para responder a las necesidades de los miembros afectados por esta, (Ankrah, 1993) a medida que se acerca la muerte, el enfermo tiene mayores posibilidades de adquirir mayor apoyo familiar de las que tiene el miembro asintomático (Catania, Turner, Choi y Coates, 1992).

Algunas de las razones por las que la familia no da apoyo al miembro enfermo con preferencia homosexual son: la falta de aceptación de la homosexualidad y de su pareja del enfermo, el estigma asociado con el SIDA, la incapacidad de los miembros de la familia para comunicarse abiertamente acerca de la homosexualidad y el SIDA, la falta de capacidad para tratar con los problemas relacionados al SIDA, la sobreprotección y la conducta infantil de algunos miembros de la familia (Kadushin, 1996)

Se han realizado también otros estudios en México acerca de la manera en que el paciente de SIDA percibe a su familia:

Cárdenas (1994) estudio a 71 personas, de estos 44 eran homosexuales infectados por VIH/SIDA y 27 eran heterosexuales también infectados por el VIH/SIDA; y encontró que no existen diferencias significativas en la percepción del funcionamiento familiar (comunicación, relaciones, funcionalidad, resolución de problemas, organización, autonomía y disfuncionalidad) entre los dos grupos aunque en el área de comunicación hay una diferencia marginal a favor de los heterosexuales; y en las áreas de relaciones, funcionalidad y organización hay una ligera tendencia a un mejor funcionamiento en las familias heterosexuales. En el área de disfuncionalidad se encontró una diferencia en contra de las familias homosexuales.

González (1996) estudio a 11 hombres homosexuales y encontró que casi todos habían tenido cambios positivos como revalorizar a la familia, amigos, pareja y a la vida. Por familia consideraban a la familia nuclear, a la comunidad religiosa, amigos, la pareja, otros enfermos seropositivos y la comunidad homosexual. En general se encontró un buen funcionamiento familiar, con buena comunicación, con buena resolución de problemas, están organizados, hay autonomía aunque en pocos casos se habla en la familia acerca del SIDA. Además se encontró que se relacionaban mejor con las mujeres que con los hombres en la familia y que la familia se unía más ante la infección. Se observó que los sujetos más deprimidos eran los que

presentaban sintomatología, tenían mayor tiempo desde que se les dio el diagnóstico y percibían menor apoyo familiar o habían decidido aislarse.

Licea (1997) trabajo con 4 familias con un miembro con SIDA de las cuales entrevisto por separado a 10 miembros en total a lo largo de tres etapas:

- 1) Etapa Prediagnóstico, en esta las familias se conceptualizaban como desestructuradas y desintegradas, así como también preexistía falta de comunicación en relación a la sexualidad, el SIDA y la muerte.
- 2) Etapa del diagnóstico de SIDA, en donde se manifestaron conductas obsesivas de limpieza, alejamiento físico con el infectado y sentimientos de culpa, rechazo, coraje, frustración y depresión. La familia entonces se unió y cerro los límites hacia el mundo exterior. Al menos dos personas mostraron cambios en esta etapa con respecto al uso de condón y las platicas del SIDA en pareja.
- 3) Etapa final de la enfermedad, las madres y las hermanas se encontraban molestas por que no todos cooperaban igual en la atención del enfermo y llegaban a desear que todo terminará con los sentimientos respectivos de culpa. Estas familias no hablaban de la muerte aunque esta fuera inminente.

En esta investigación las familias se encontraban desinformadas acerca del SIDA, sin educación sexual formal, con recursos económicos mínimos, escasa vinculación comunitaria e institucional, así como incapacitados para exigir sus derechos en la atención médica.

CAPÍTULO 4.TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

Antes de iniciar este capítulo es conveniente indicar que no pretende ser una revisión exhaustiva pero sí marcar algunos elementos importantes del movimiento.

A)INFLUENCIAS HISTÓRICAS.

El movimiento de la terapia familiar creció en el campo de la psiquiatría dentro del manejo de los trastornos emocionales serios.

Influencias tempranas fueron los trabajos de Freud con sus estudios sobre el Complejo de Edipo y las ideas de Flugel en 1921 con su publicación "The Psychoanalytic Study of the Family" en el cual se discute el análisis individual de varios miembros de la familia.

Moreno en las décadas de los 40's y los 50's trabajo a través del Psicodrama con matrimonios y otros miembros de la familia (Gurman y Kniskern, 1981)

El movimiento se inicia a finales de los 40's y principios de los 50's mientras que E.U. sufría las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, el conflicto Coreano y la Bomba con lo cual incrementó la cantidad de uniones familiares como contragolpe por la separaciones sufridas (Guerin, 1976).

El mayor empujón es debido a los intentos por aplicar los principios de la psiquiatría al trabajo con familias de esquizofrénicos, a los problemas del comportamiento y la delincuencia en niños; siendo la investigación con familias de esquizofrénicos el principal interés de la mayoría de los pioneros del movimiento (Guerin, 1976).

El movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su habitat familiar. La observación en vivo empezó a utilizarse con familias humanas en investigaciones formales e informales en la década de los 50's aún a pesar de las reglas del establecimiento psicoanalítico que prohibían la contaminación de la terapia mediante la inclusión de los parientes. Por otra parte se desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes en la familia (Guerin, 1976; Ochoa 1995).

Sería Jhon Bell quien acuña el término "Terapia Familiar" para designar una modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad (Ochoa, 1995).

A lo largo del desarrollo del movimiento existen algunas fechas de gran relevancia:

1938 Ackerman produce el artículo "The unity of the Family"

1945 Richardson escribe el libro "Patients have families"

1949 Bowlby publica el artículo "The Study and Reaction of Group Tension in the Family" en el cual describe intervenciones familiares usadas como auxiliares de intervenciones individuales en la Tavistock Child Guidance Clinic.

1952 Bateson inicia su proyecto de investigación acerca de la comunicación invitando a participar a Haley, Weakland y Jackson.

1953 Jhon Bell publica "The Basic Problem Involved the Entire Famil Unit" usando la nueva aproximación familiar en 10 casos.

1957 El movimiento familiar se da a conocer nacionalmente en Estados Unidos. Spiegel organiza un panel de investigación familiar que fué la primera reunión nacional en la cual las investigaciones de familias de esquizofrénicos fueron presentadas. El panel incluía a Spiegel, Bowen, Lidz y Mendel. Fueron 55 las personas que atendieron esta llamada.

En este mismo año la APA (American Psychiatric Association) organiza un panel en Chicago, siendo el coordinador del panel Ackerman, que además incluía a Jackson, Bowen y Lidz. Además asistió Charles Kramer quien sería fundador y director del Chicago Family Institute (R. Macías, comunicación personal, Junio, 1999).

1958 Ackerman publica "Psychodynamics of Family Life"

1959 Jackson funda el Mental Research Institute (MRI) y publica "The Etiology of Schizophrenia"

A finales de los 50's los diferentes pioneros empezaron a intercambiar información y a citarse unos a otros en los pies de página de sus artículos.

1961 Bell publica "Family Group Therapy" que junto con la publicación de Ackerman de 1958 constituyen los documentos fundadores de la profesión.

Durante los 60's y 70's la terapia familiar creció radicalmente estableciéndose con sus propias revistas, conferencias y miles de miembros. La terapia tiene una amplia variedad de líderes que provienen de distintos campos (terapia conductual, psicoanálisis, hipnoterapia, psicología, psiquiatría, trabajo social, antropología, etc.) que atrajeron a sus seguidores.

1960 Ackerman funda el Family Institute of New York.

1961 Ackerman, Beatman y Sherman se reúnen para preparar el manual "State of the Art".

1962 Ackerman y Jackson se unen para producir la primera revista del campo "Family Process".

1966 Watzlawick, Fisch y Weakland crean el Brief Therapy Center del MRI para estudiar el fenómeno de cambio.

1969 Muere Don Jackson.

1970 la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) fundada en 1942 por Lester Dearborn incluye a los terapeutas familiares.

1971 Muere Ackerman y con esto el mayor defensor de la terapia familiar con orientación psicodinámica.

1973 Carter, Fogarty, Papp y Guerin fundan el Center for Family Learning en New Rochelle of New York; Chuck y Kramer fundan el Chicago Family Institute; Whitaker y Bornstein crean un programa de entrenamiento en el Institute for Juvenile Research en Chicago. Fred Dhul organiza el Boston Family Institute (BFI) apoyado por Kantor y Watanabe; y Pearce y Schneider forman la Boston Society for Family Research and Therapy.

1974 Haley y Madanes fundan el Family Therapy Institute of Washington con influencia de los Modelos de Terapia Breve de Palo Alto y el Estructural. A fines de los 60's y principios de los 70's da lugar una guerra entre las orientaciones psicoanalíticas y sistémicas.

1978 se funda la American Family Therapy Academy (AFTA) para servir a las necesidades de investigadores, clínicos y entrenadores (R. Macías, comunicación personal, Junio, 1999).

1980 Muere Bateson

1981 Muere Milton Erickson (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981; Mackinnon en Family Process, 1983; Bateson, 1993; Ochoa, 1995; Nichols y Schwartz, 1995; Hoffman, 1998).

Para entender a la familia como unidad sistémica de estudio y atención, es importante mencionar las contribuciones de la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, de la teoría de la comunicación de Gregory Bateson y Jürgen Reusch, así como la Teoría del Campo de Kurt Lewin, así como el movimiento de la terapia de grupo a partir de la Segunda Guerra Mundial con personas como Bion, Foulkes y Slavson (Macías en Psicoterapia y Familia, 1988).

B) LOS PIONEROS.

El desarrollo de la terapia familiar fue impulsado por una serie de personalidades:

I) JHON E. BELL.

Es uno de los llamados padres de la terapia familiar. Publicó "The basic problem involved the entire family unit". En 1953 realizó un reporte describiendo sucesos en 10 casos familiares; este trabajo no fue publicado en una revista científica nacional. De entre las contribuciones de Bell la más respetada es su monografía "Family Group Therapy" en 1961 que junto con la obra de Ackerman constituyen los documentos fundadores de la profesión. De 1956 a 1961 Bell tiene cientos de lecturas y talleres importantes en terapia familiar. El trabajo de Bell ganó prominencia y avanzó rápidamente en la década de fundación (Gurman y Kniskern, 1981).

Acuñó el término terapia familiar para designar una modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad. El interés se desplaza de lo intrapsíquico a las relaciones presentes en la familia (Ochoa, 1995).

II) NATHAN W. ACKERMAN.

Obtuvo el título de psicoanalista, y fue psiquiatra pediátrico. Llevó la terapia familiar al campo de la psiquiatría infantil. Estuvo muy interesado por la psicoterapia de grupo y fue muy influenciado por el trabajo de Moreno. Influenciado además por el Holocausto y la Segunda Guerra Mundial, que tuvo un profundo efecto cambiando su atención a la relación entre el contexto social y el individuo (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

Ackerman es el primero que otorga en su enfoque la misma importancia a conceptos interpersonales e intrapsíquicos, trabaja con una terapia integrativa. Para él la patología familiar se debe a la falta de adaptación a los nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia (Ochoa, 1995).

Fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica, no sólo transfería técnicas psicodinámicas usadas con individuos a las familias, sino que sus demostraciones eran célebres por su arte teatral, su ingenio y su intromisión casi escandalosa en terrenos privados de la vida privada personal y familiar, una capacidad extraordinaria para utilizar su propia presencia para producir el cambio (Hoffman, 1998).

Se involucró en un estudio de problemas de salud mental entre desempleados con ataques depresivos, miedos hipocondríacos, crisis psicosomáticas, desordenes sexuales y autoestima baja de un centro minero; esta experiencia lo convenció de que los problemas emocionales pueden ser generados por el ambiente inmediato así como por la dinámica de la psique. Con esta concepción se unió al staff de la Southard School la cual trabajaba con trastornos emocionales en los niños, y estaba asociada a la Clínica Meninger en Topeka , Kansas (Guerin, 1976; Gurman Y Kniskern, 1981).

En 1937 publicó "The Family as a Social and Emotional Unit" (Guerin, 1976), también para 1937 era jefe de psiquiatría en la Child Guidance Clinic, donde una temporada adoptó el modelo psiquiátrico ortodoxo en el que el psiquiatra veía al paciente y el trabajador social veía a la madre; pero a mediados de los 40's el noto un crecimiento en el campo en donde un solo terapeuta podía ver al paciente y a la madre. En su práctica privada empezó a experimentar con este procedimiento de terapia familiar con su propio estilo y en unos pocos casos descubrió como Bowlby que una entrevista con toda la familia podría ser excepcionalmente útil para romper con la dificultad del niño. Durante 4 años condujo seminarios acerca del problema de la relación entre la enfermedad del niño y,el paternaje y maternaje recibidos por el niño. Él empezó a ver a la familia como una unidad de diagnóstico y tratamiento, y envió a su staff a visitar las casa de los pacientes para estudiar a las familias (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

En 1957 organizó y estableció la primera reunión de diagnóstico familiar en las reuniones de la American Psychiatric Association. En 1957 abrió la Family Mental Health Clinic en la Jewish Family Services en Nueva York. En 1958 publicó el primer libro amplio sobre tratamiento y diagnóstico de las relaciones familiares "The Psychodynamics of Family Life". Dirigió en 1960 el Family Institute (llamado después de su muerte en 1971 Ackerman Institute). En 1961 se unió con Don Jackson para fundar la revista de mayor influencia en el campo "Family Process" (Guerin, 1976;Gurman y Kniskern, 1981).

De entre los miembros de su staff se encontraban Israel Zwerling quien junto con Marilyn Mendel formaron la Family Studies Section del Albert Einstein College of Medicine en donde Andy Ferber fue nombrado director y Ackerman fue consultor un día a la semana de 1964 a 1967. En 1967 publica "The emergence of Family Diagnosis and Treatment a Personal View" (Guerin, 1976).

Nathan estaba avanzando hacia lo que después sería conocido como un enfoque estructural en terapia familiar, enfoque que vincula los síntomas con estructuras familiares disfuncionales. Fue quien introdujo al inventor del enfoque estructural (Salvador Minuchin) en la terapia familiar a comienzos de los 60's. Minuchin después encontraría un lenguaje, una gramática y un marco conceptual que explicara sus propias modificaciones y extensiones acerca de este enfoque (Hoffman, 1998).

Ackerman vivió y murió fiel al psicoanálisis, pero no se salvo de poseer algunas ideas herejes acerca de la familia como sistema automático de respuesta (Guerin, 1976).

III) CRISTIAN F. MIDELFORT

Es uno de los pioneros que permaneció muy aislado en el desarrollo del movimiento. En 1957 escribe "The Family in Psychotherapy". Pronunció el papel del uso de las técnicas de Terapia Familiar a la American Psychiatric Association en 1952, que fue quizá el primer documento de este tipo presentado a psiquiatras profesionales en una reunión en los E.U.

Su situación con el staff psiquiátrico de la comunidad de Wisconsin no le permitió tomar parte en la red de innovadores cuando se empezaron a intercambiar visitas, cassettes y materiales en el período de 1957 a 1962.

Nunca formó parte del consejo de Family Process, nunca participó en las reuniones a lo largo de los 60's y nunca trabajo en un centro de entrenamiento donde hubiera dejado discípulos.

Como resultado su influencia ha sido mínima y pocos terapeutas familiares tienen conocimiento de su basta proporción de contribuciones (Gurman y Kniskern , 1981).

IV) THEODORE LIDZ.

Analíticamente orientado formó parte del staff de la Jhon Hopkins University a principios de los 40's, y luego a interesarse en las familias de los esquizofrénicos. En 1951 en Yale comenzó a estudiar un grupo de 17 jóvenes esquizofrénicos hospitalizados y sus familias intensivamente; él llegó a estar interesado en los fracasos de estas familias en desarrollar límites adecuados y sus necesidades simbióticas que traían aparejadas incapacidad para diferenciarse.

Lidz permaneció interesado en entender y tratar los desordenes esquizofrénicos más que en el desarrollo de la terapia familiar como disciplina. El grupo de Lidz estuvo entre los primeros en tratar familias, tratar a los padres y hermanos de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados o en parejas casadas y ocasionalmente en terapia familiar conjunta.

Reportó su trabajo en 1955 en Washington y en reuniones nacionales en 1956 y 1957. La investigación clínica de Bowen y Wynne siguió a la de Lidz en relación al rol de la familia en la etología y tratamiento de la esquizofrenia. En 1961 estuvo de acuerdo en ser consultor editor de "Family Process" (Gurman y Kniskern, 1981).

V) LYMAN C. WYNNE.

Es quizá el mejor preparado por un entrenamiento formal de todos los pioneros para ser investigador y terapeuta. En 1948 después de haber recibido su entrenamiento médico en Harvard, entró al Departamento de Relaciones Sociales; los cuatro años siguientes le trajeron mucha interacción con los líderes en el campo de la Sociología, la Psicología Social y la Antropología Social.

Se encontró más intrigado por las ideas de Talcott Parsons, incluyendo su visión de la personalidad como un sistema dentro de un amplio sistema familiar. Al mismo tiempo el trabajó con Erich Lindeman en el Massachusetts General Hospital y en la Human Relations Service de Wellesley (una de las primeras y más completas clínicas de salud mental en América).

Observó pacientes con psicosis importantes y con complicaciones de colitis ulcerativa. En el equipo de Lindemann llegó a ser evidente que los sucesos en la familia eran casi siempre la raíz de los ataques de colitis en esta población. Wynne vio las primeras familias completas en 1947 para el tratamiento de las aflicciones del paciente. El trabajo de Lindemann con el dolor en las familias y sus teorías de la estructura familiar enriquecidas con la orbita social, la familia dividida y muchos otros conceptos, formaron académicamente a Wynne.

En 1952 tomó el cargo como psiquiatra en John Clauson's Laboratory of Socioenvironmental Studies de el National Institute of Mental Health (NIMH) en Bethesda, Maryland. En este lugar y en el Prince George County, Maryland en la Mental Health Clinic empezó a trabajar intensivamente con las familias de enfermos mentales. Inicialmente trabajó con la familia completa solo cuando el tratamiento individual o las entrevistas con la madre y el paciente no eran efectivas. Gradualmente empezó aplicar la idea de Parsons del sistema familiar a las situaciones que se le presentaban y ocasionalmente trabajaba con su propia teoría de la estructura familiar de los pacientes esquizofrénicos.

En 1954 se integra Murray Bowen al NIMH donde encuentra en Wynne a un colega. En 1956 y 1957 presenta sus informes en las reuniones de la American Psychiatric Association en Chicago. Wynne y Bowen conocieron a Don Jackson, Theodore Lidz y Ackerman; uno de los inmediatos resultados de estos encuentros fue el intercambio en 1959 de videocassettes de sesiones familiares en Jackson y Wynne (Gurman y Kniskern, 1981).

Wynne continuó intercambiando con Palo Alto y otros centros en los años siguientes, y fue uno de los primeros consultores editores de "Family Process". En 1974 se trasladó a la University of Rochester Medical School donde continuó su trabajo con familias de esquizofrénicos (Gurman y Kniskern, 1981). Encontró que las alienaciones en la familia del esquizofrénico no parecían una verdadera intimidad a lo que llamó seudomutualidad y las escisiones no parecían verdadera hostilidad y las llamó seudohostilidad. A toda alienación va asociada una escisión en otro nivel o en otra parte del grupo y viceversa. Estos procesos son más frecuentes en las familias de esquizofrénicos. La familia presenta una barrera flexible pero en realidad rígida contra todos los de afuera a lo que llamo "cerca de caucho" (Hoffman, 1998).

VI) MURRAY BOWEN.

Bowen fue un psiquiatra especializado en niños psicóticos. Inicó la terapia familiar trabajando en la clínica Meninger. Sintió que los padres y en especial las madres debían vivir en el hospital con el hijo afectado y en 1951 requirió una casita dentro del terreno de la clínica Meninger con este fin (Gurman y Kniskern ; 1981).

Más adelante incluyó a los padres pero abandonó esta aproximación debido a lo complicado del tiempo; y eligió concentrarse en la simbiosis entre el hijo enfermo y la madre. El mayor interés fue alrededor de la simbiosis madre-hijo (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981)

En 1954 se unió a Wynne en el National Institute of Mental Health en Washington D. C. (NIMH) y empezó un proyecto de investigación con familias de jóvenes esquizofrénicos que venían a vivir al hospital. En total fueron 7 las familias que participaron de 1954 a 1959. Al principio el proyecto fue abastecido con terapeutas independientes para varios miembros de la familia; posteriormente se fue incluyendo la terapia familiar con familias nuevas y con las familias anteriores en las que habían tratado a sus miembros por separado. Encontró que el avance en las familias nuevas era rápido. Este nuevo procedimiento también lo incluyó en su práctica privada (Guerin, 1976 ; Gurman y Kniskern, 1981; Ochoa, 1995).

En 1956 su proyecto incremento el interés nacional e internacional pero a mediados de este año la administración de el NIMH había dejado de apoyar su nueva aproximación, el atribuyó eso a que las convenciones eran para la práctica psiquiátrica tradicional. Finalmente se fue a Georgetown University donde lo apoyaba George Raines director del Departamenteo de Psiquiatría con el deseo de continuar su proyecto, pero antes de que esto sucediera Raines muere de cáncer y el staff de Bowen nunca trabajó en Georgetown (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

Desde la primavera de 1957 cuando presenta reportes de investigación en sesiones familiares en las reuniones de la Orthopsychiatric Association en marzo y en la American Psychiatric Association en mayo ha aumentado su influencia en el campo (Gurman y Kniskern, 1981).

Recibió patrocinio de la Georgetown University en 1973 para entrenar a los residentes de tercer, cuarto y quinto año tiempo completo en la teoría de sistemas familiares y en intervenciones (Guerin, 1976).

Bowen con una base analítica desarrolla la teoría familiar de sistemas. Define la familia como un sistema que ~~incorpora una combinación de variables emocionales~~ y relacionales. Las primeras subyacen al sistema y las segundas determinan el modo en que se expresan las emociones (Ochoa, 1995).

Trabajo con el Medical College of Virginia estableciendo tal vez el más amplio proyecto de video de desarrollo de terapia en existencia. Este proyecto creó un número excelente de videos de enseñanza, de los cuales el más notable es Steps Toward a Differentiation of Self (Guerin, 1976).

Una de sus principales aportaciones es su pensamiento sobre "triángulos en la interacción familiar". La triangulación es un proceso que sucede en todas las familias al formarse parejas con exclusión de un tercero o en contra de este, pero el sentido de los triángulos es fluido o dinámico; así un sistema emocional de dos personas formará bajo presión un sistema de tres personas. Puede surgir una tensión y el que se sienta más incómodo de los dos aliviará la tensión triangulando esta a una tercera persona. La tensión cambiará entonces a la nueva pareja aliviando la tensión entre la pareja original; pero el de afuera una vez atraído puede responder a la tensión aceptando una alianza con uno de los otros, de modo que el de afuera en un momento puede llegar a ser el de adentro en el momento siguiente. La acción puede no quedar localizada dentro del triángulo original, sino activar otros triángulos arrastrando más personas (Hoffman, 1998).

Bowen sugiere que la enfermedad emocional en un miembro de la familia tiene su origen en la dificultad que anteriormente tuvieron miembros de la familia para separarse de la familia nuclear. Conforme este proceso se desarrolla de generación en generación, la incapacidad de los miembros de la familia para individualizarse se intensifica hasta que uno o más hijos llegan al caso extremo de indiferenciación o simbiosis, que les mantiene para siempre apegados a la familia y a la familia apegada en torno a ellos. La persona no se considera plenamente desarrollada hasta haber sido enseñada a diferenciarse a sí misma de su familia de origen. El objetivo es producir una persona que este libre de enredos mutiladores con sus relaciones familiares pasadas y presentes y que por tanto puede seguir su propia vida más desembarazada (Hoffman, 1998).

Cada persona solo interactúa con el terapeuta, a pesar de su repercusión sobre el sistema. Bowen excluye las familias enteras con niños; pero sus discípulos: Philip Guerin, Elizabeth Carter y Monica Orfanides usan una terapia familiar multigeneracional, trazan los triángulos claves anexos al problema o que presenten quejas. Estos triángulos pueden remontarse varias generaciones atrás, aunque el paciente identificado sea un niño de la generación actual (Hoffman, 1998).

Bowen traspone elementos de un punto de vista psicodinámico al medio de la familia, y emplea estratégicamente la información de generaciones pasadas para dar mayor poder a una intervención. La terapia no cesa la desaparecer los problemas. El terapeuta debe dar a los miembros individuales de la familia cierto grado de libertad emocional. El resultado deseado es un self maduro y autónomo (Hoffman, 1998).

VII) CARL A. WHITAKER.

Es tal vez el más irreverente y caprichoso de los padres fundadores. En años recientes ha desarrollado su terapia del absurdo en la cual parece manejar una familia pareciendo más loco que ellos, se especializa en llevar lo impensable a los bordes de lo inimaginable. Acorde con su carácter es uno de quienes asume riesgos violando las convenciones de la psicoterapia tradicional. Su obra parece calculada para escandalizar, asombrar, encantar y confundir. (Gurman y Kniskern, 1981; Hoffman, 1998).

En 1944 él y Jhon Warketin practicaban psiquiatría en Oak Ridge, Tenesse. Empezaron a traer esposos y eventualmente niños a las sesiones con sus pacientes. Trabajaron con niños acerca de problemas de conducta y delincuencia.

En 1956 Carl se fué a Atlanta como jefe de psiquiatría en Emory donde él y Warkenton se unieron a Thomas Malone quien se había formado como psicoanalista, en esta época cambió su atención al trabajo con esquizofrénicos, donde encontró que el trabajo con familias era útil; al mismo tiempo se embarcó

en un proyecto llamado "Multiple Therapy" y en 1958 publicó un reporte con 30 parejas que vio entre 1955 y 1957 (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

Realizó 9 reuniones informales previas en Emory University en las cuales hizo demostraciones de sus propias aproximaciones en terapia con individuos y con familias en Atlanta, mientras los demás observaban y discutían sobre las dificultades que aparecían. Estas reuniones incluían a Ed Taylor, Michael Hayward, Jhon Warkenton, Thomas Malone y Richard Feider (Gurman y Kniskern, 1981). En 1948 Whitaker, Warkenton y Malone empezaron a tener reuniones cada seis meses que duraban 4 días en las cuales hacia uso de salones con pantalla con el paciente de un lado y los observadores de otro, tomaban turnos para ir a trabajar con el paciente individual, observaron grupos de pacientes y familias, y observaron el trabajo de cada uno de los otros (Guerin, 1976).

Organizó la primera reunión formal en el movimiento de la terapia familiar. En 1953 invitó a Gregory Bateson, Schefflen, Don Jackson y a Jhon Rosen a unirse con él, y a sus colegas de Atlanta para permanecer juntos 4 días en Sea Island, Georgia donde trabajaban alternadamente con la familia o el individuo según fuera el caso pero no existe registro de los temas que se tocaron (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

Whitaker fue parte central de la red para empezar el movimiento de terapia familiar. Fue uno de los primeros consultores editores del Family Process y fue de los primeros en incluir a los abuelos en la definición clínica de familia con parientes colaterales y a todos a quienes pudiera invitar a los trabajos de fin de semana alrededor de un problema de una familia nuclear o de un individuo en particular (Gurman y Kniskern, 1981).

En 1965 se traslada a Atlanta donde llega a ser profesor en el Departamento de Psiquiatría de la University of Wisconsin Medical School donde solo realiza terapia familiar. El empezó a invitar a los abuelos maternos y paternos a las sesiones, y ahora incluye muchos otros familiares, algunas veces se han reunido 35 o 45 gentes para una sesión de terapia de fin de semana (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

Carl servía como activador que permitía que las cosas sucedieran entre los miembros de la familia y en un momento él detenía la orquesta y hacía los comentarios de lo que observaba, se mofaba de los fracasos y la debilidad de la familia mientras los tentaba a dejar de lado sus cerebros y a exponer lo insolucionable, cosas locas que envolvían a la familia al tiempo que exponía su propio lado loco a la familia para hacerlos sentirse a salvo (Guerin, 1976).

Su táctica consiste en una especie de broma, farsa, caos inducido, es decir, aumenta la patología hasta que los síntomas se destruyan por sí mismos. Puede ser que difunda el problema por doquier o que prescriba un callejón sin salida. Logra algunos de sus más poderosos efectos gracias a lo que llama reacción del encuentro donde emplea la indiferencia, el discreto ridículo, el aburrimiento hasta llegar a pedir a una familia que no asista al tratamiento como visitante negativo. Busca ganar al establecer las reglas del juego al que se jugará en la terapia antes de lo cual no admitirá que la terapia a iniciado (Hoffman, 1998).

Carl dice debe ser captado por el paciente para que la terapia funcione, por lo que se esfuerza colocando obstáculos y tramas para la relación terapéutica. Implícita en la terapia de Whitaker se encuentra una teoría del cambio, parecida a la del Zen (Hoffman, 1998).

VIII) VIRGINIA SATIR.

Existe en ella la precisión para discernir los rasgos de ese problema que ella llamaba familia disfuncional. Posee un marcado interés por exponer las discrepancias en la comunicación, además de una marcada insistencia en ayudar a las personas a aceptar las diferenciaciones entre ellas; son famosas sus fórmulas para bloquear las secuencias repetitivas que se dan cuando una persona adopta un rol estándar como: víctima, mártir, chivo expiatorio, salvador, etc.

Es famosa por su capacidad para atacar el problema o la situación más negativa y convertirla en algo positivo. Su fuerza parece encontrarse en su capacidad para unirse a las personas sin mostrar ira u hostilidad, sino más bien dolor y esperanza. Es maestra en el arte de desenredar a las personas, salvándolas de las trampas comunicacionales que son marcas particulares de las familias con un miembro psicótico. La clarificación de la comunicación es parte de lo que libera al psicótico (Hoffman, 1998).

Don Jackson la llevo a trabajar al Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California entre 1958 y 1959, donde inician el primer programa de entrenamiento (R. Macías, Comunicación Personal, Junio, 1999). En 1967 publicó "Conjoint Family Therapy". Trabajó como editora del Family Process y a mediados de los 60's se retiró gradualmente del MRI para involucrarse en el movimiento del potencial humano donde fué la fundadora que más popularizó este movimiento (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

La principal preocupación de Satir siempre ha sido por el individuo y probablemente esto es lo que la guío al movimiento del potencial humano. Se ha alejado de su enfoque inicial en las familias para trabajar con enormes grupos. Se ha vuelto una profeta del amor y la alegría en lo que hoy se conoce como "la experiencia Satir". En la terapia familiar dejó sus escritos y muchos terapeutas entrenados por ella. (Hoffman, 1998). Con su carismática presencia dirige a miles de millones de personas, cientos de miles a través de libros y millones a través de los medios de comunicación (Gurman y Kniskern, 1981).

Satir se fundamenta en la teoría de la comunicación, la psicología del yo y en los principios de la Gestalt, empleando un fondo educativo basado en el insight (Ochoa, 1995).

IX) IVAN BOSZORMENYI-NAGI.

El Departamento de Psiquiatría Familiar en el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EPPI) fue uno de los centros que más desarrollo tuvo en la investigación y entrenamiento en la terapia familiar. Nagy fue otro psiquiatra de los padres fundadores dedicado a la terapia con psicóticos, a la integración de la terapia familiar y a la psicoterapia como un todo. Fue capaz de armar un impresionante equipo de asociados que le ayudarían a hacer de Filadelfia el mayor y más temprano centro de terapia familiar. James Framo, Gerald Zuk, Geraldine Spark, David Rubinstein, Barbara Krasner, Margaret Kotroneo, Leon Robinson, Geraldine Lincoln- Grossman y Oscar Weiner estuvieron entre ellos (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

También en el EPPI Schefflen y Birdwhistle se unieron para estudiar la estructura y los procesos de la psicoterapia (Guerin, 1976).

Este grupo fue el instrumento para la fundación del Family Institute de Filadelfia en 1964 con Nagy como el primer presidente. Los miembros del departamento fueron responsables de organizar el primer programa de entrenamiento para un país europeo y de algunas de las primeras conferencias de terapia familiar en E.U. Literalmente miles de profesionales fueron entrenados en este centro en 1980. De este grupo una contribución fue el libro "Intensive Family Therapy" de Boszormenyi Nagy y Framo en 1965 (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981).

En 1973 Nagy y Spark escriben "Invisible Loyalties" en la búsqueda de una aproximación integrativa de la terapia de contexto. Este libro es una visión recíproca de la terapia familiar intergeneracional (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1976).

Nagy traspone los elementos de un punto de vista psicodinámico al medio de la familia y emplea estratégicamente la información de generaciones pasadas para dar mayor poder a una intervención. Gran parte del tiempo trabaja con un marco psicoanalítico y en otras ocasiones emplea datos del pasado para construir intervenciones paradójicas multigeneracionales.

Su aportación más rica es la metáfora del libro de cuentas familiar en el que se refiere a un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas que deben pagarse con el tiempo. Cuando ocurrió una injusticia siempre habrá un paso en el futuro tendiente a la retribución aunque no necesariamente por el deudor original. Los problemas surgen cuando esta justicia es demasiado lenta o insuficiente y ocurre lo que él llama "la cadena de las retribuciones desplazadas". En el pasado ocurrió algo que desencadenó comportamientos compensatorios hasta terminar en un síntoma en la actualidad.

Un síntoma puede ser la señal de que hay excesiva acumulación de injusticias. Enfrentarse al síntoma sin tomar en cuenta la historia del problema en términos del libro de cuentas familiares sería un grave error. Presenta a la familia como un grupo de personas atrapadas en una red de obligaciones, red que actúa para evitar todo daño a la familia o a sus miembros individuales. Los miembros de la familia imponen sus propios y primitivos nexos de obligaciones; el interés individual se sacrifica ante la supervivencia del grupo.

No condena este sistema de contabilidad mientras a la postre se equilibre y sobre todo si las obligaciones no están tan congeladas que no permitan establecer un orden más justo. El terapeuta crea una atmósfera en la que las personas puedan enfrentarse a sus propias deudas o injusticias emocionales y corregirlas. Esto se facilitará si pueden ver que son las propias víctimas y que la manera en que están actuando es dictada por injusticias previamente cometidas.

Perdón es la clave de esta terapia, que solo funciona bien cuando se contiene el proceso reactivo de censurarse y dañarse. La cadena de las injusticias desplazadas trabaja a través de una especie de reenmarcado positivo, que permite mejorar al paciente sin tener culpa.

Nagy es uno de los pocos autores clínicos que han redefinido el comportamiento sintomático como prueba de lealtad familiar e indicadora de un sacrificio del desarrollo individual por los intereses del grupo. Aunque emplea palabras como chivo expiatorio, víctima o injusticia (palabras que han sustituido al paciente enfermo por la familia enferma). En ocasiones Nagy parece emplear una doble atadura terapéutica que abre todo un sistema.

Nagy esta apartándose de una epistemología lineal mientras se acerca a una epistemología circular. La teoría del cambio de Nagy es básicamente histórica, causa y efecto que proceden a lo largo de generaciones (Hoffman,1998)..

X) LAING Y HOWELLS.

Los pensadores ingleses también dirigieron su atención a la dinámica familiar que consideran reflejo de la dinámica social.

En 1958 R.D. Laing trabajó con familias de esquizofrénicos en la clínica de Tavistock en Londres, bajo el postulado que la sociedad debe centrarse en sus componentes más débiles.

A principios de los 60's Jhon Howells publica los resultados de su trabajo con familias en Ipswich, Inglaterra corroborando el trabajo que se estaba llevando a cabo en E.U. (Ochoa, 1995).

XI) PROYECTO BATESON.

En 1952 el antropólogo Gregory Bateson obtuvo patrocinio de la Rockefeller Foundation para continuar sus estudios acerca de la comunicación, los procesos de clasificación de los mensajes por niveles (de significado, de tipo lógico y de aprendizaje) y la forma en que pueden dar lugar a paradojas y con este financiamiento reunió un equipo talentoso y abigarrado de educación. Entre sus tempranas designaciones estaban Jay Haley y Jhon Weakland. Haley con experiencia en la comunicación y que recientemente había sido empleado para analizar secuencias de fantasías en películas usando un modelo lógico semejante al que Bateson le interesaba. Weakland había empezado su carrera como ingeniero químico y había cambiado a antropología, con especial interés en las familias chinas (Gurman y Kniskern, 1981; Ochoa 1995, Hoffman, 1998).

Una de las tempranas tareas de Haley fue ir a los talleres ofrecidos por Milton Erickson, el renombrado hipnoterapeuta. Esta afortunada presentación resultó en una relación que guio finalmente a Haley a ser el principal expositor de la obra de Erickson y su biografía. Los métodos de Erickson dieron los fundamentos de la aproximación paradójica a la terapia familiar, que llegaría a ser el signo o marca distintiva de Palo Alto dentro del movimiento (Gurman y Kniskern, 1981).

En 1954 la Rockefeller Foundation dejo de patrocinar el proyecto sin posibilidad de renovación. Esto llevo al equipo a escoger una sola área de investigación que sería la esquizofrenia (Gurman Y Kniskern, 1981).

Se propuso la premisa de que la esquizofrenia era producto de la infancia que quedaba encerrada en restricciones paradójicas por la madre quien no sólo castigaba al niño al demandar amor sino que también lo castigaba por cualquier indicación que hiciera referencia a que no era amado (Gurman y Kniskern, 1981).

El proyecto de investigación reformulado fue patrocinado por la Macy Foundation y el primer gasto se hizo en traer a Don Jackson en 1954 quien era psiquiatra y sería consultor clínico. Jackson había estado los tres años anteriores en la Chestnut Lodge en Rockville Maryland donde fue analizado e influenciado por Sullivan y W. Alauson White que enfatizaban los aspectos interpersonales de los problemas psiquiátricos. Su propio trabajo enfatizaba la importancia de los mecanismos homeostáticos de la familia (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981; Mackinnon en Family Process, 1983).

En 1956 el equipo Bateson, Jackson, Haley y Weakland generó uno de los escritos más discutidos en la historia de la psiquiatría "Toward a Theory of Schizophrenia" (Hacia una teoría de la esquizofrenia). En este ellos introducen el concepto de doble vínculo como determinante crucial de la esquizofrenia del niño, aunque más adelante informarían que la situación de doble vínculo es un componente necesario pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia (Gurman y Kniskern, 1981; Ochoa, 1995).

En este artículo incluyen los ingredientes de una situación de doble vínculo:

*Dos o más personas.

*Experiencia repetida.

*Un mandato negativo primario.

*Un mandato secundario que choca con el primero por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Por lo regular este mandato es comunicado a niveles no verbales y ejerce su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria.

*Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno (por promesas de cariño o prohibiciones implícitas desde la infancia).

*El conjunto de los ingredientes ya no es necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en pautas de doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland en Jackson, 1977).

Bateson divide los créditos del concepto de doble vínculo de la siguiente manera: A Haley se le debe el haber reconocido que los síntomas de la esquizofrenia sugieren una incapacidad para discriminar entre los tipos lógicos y esto fue ampliado por Bateson quien dice que los síntomas y la etiología podría ser descrito formalmente en términos de una hipótesis del doble vínculo. Esta hipótesis se la comunicó a Jackson quien la encontró cercana a sus ideas de homeostasis familiar. El estudio de las analogías formales entre la hipnosis y la esquizofrenia fue realizada por Weakland y Haley (Guerin, 1976).

Los miembros del equipo se preguntaban si las pautas esquizofrénicas surgían de una incapacidad para discriminar entre los niveles de tipo lógico (ej: entre lo literal y lo metafórico). El grupo planteó la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría aprender a aprender en un contexto en que esta dificultad fuera de alguna manera adaptativa; si podía comprenderse en este contexto el aprendizaje podrían comprenderse también los misterios del habla y el comportamiento esquizofrénicos, así la familia del esquizofrénico moldea estas formas peculiares por vía de los requerimientos de la comunicación que se imponían (Hoffman, 1998).

Notaron que si el paciente mejoraba otro miembro de la familia empeoraba, era como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma. Jackson se refirió a esto con su concepto de "homeostásis familiar" para describir a un sistema de información cerrado en que las variaciones del comportamiento son alimentadoras para corregir la respuesta del sistema. Para provocar una escapada se prescribía el síntoma o se empujaba a seguir en la misma dirección, dichas intervenciones amenazaban la homeostásis, y con esto se mantenía la esperanza de establecer un nuevo equilibrio o crear un nuevo equilibrio propio (Hoffman, 1998).

El doble vínculo describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. En algunas circunstancias estos callejones sin salida parecen provocar respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. El doble vínculo es en esencia una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era anulada o contradicha en otro nivel. La única manera en que se puede responder a la petición es señalando cual imposible es, burlarse de ella o abandonar el campo; pero cuando no es posible ninguno de estos cursos pueden surgir graves dificultades (Hoffman, 1998).

La teoría aislaba una unidad que comprendía dos comunicadores, siendo el foco de interés el tipo de intercambio entre ellos. Weakland fue el primero en romper con el molde diádico en un ensayo en 1960 "La hipótesis del doble vínculo en la esquizofrenia y la interacción en tres partes". El grupo llamo la "danza infinita de las coaliciones" al proceso en el que las familias esquizofrénicas donde al parecer dos personas pudieran reunirse para convenir o discernir, sin que interviniera una tercera persona. Dos miembros no podían formar una alianza estable ya sea por que otro miembro de la familia intervenía o por que los que se habían asociado se sentían tan incómodos por excluir a otra persona que ellos mismos disolvían la coalición (Hoffman, 1998).

En 1956 ellos empezaron a tener sesiones con familias de esquizofrénicos videograbadas y analizadas en detalle como parte del proyecto de investigación (Gurman y Kniskern, 1981).

En 1957 Jackson reportó el proyecto a la American Psychiatric Association en Chicago, donde conoció a Wynne, Bowen, Lidz y Ackerman (Gurman y Kniskern, 1981).

En 1959 el Proyecto Bateson perdió energía pero no terminó oficialmente hasta 1962 y también en 1959 Jackson organizó el Mental Research Institute (MRI) que estaba más claramente enfocado en la terapia familiar en sí, al tiempo que permaneció como consultor del Proyecto Bateson. Durante estos tres años de coexistencia con el MRI no hubo un lazo formal, pero el staff y sus ideas fueron intercambiadas, aunque a Bateson nunca le gustó que confundieran su proyecto con el grupo del MRI. Al final del Proyecto Bateson, Haley se unió a Jackson en el MRI. (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981; Haley, 1993).

El trabajo de este grupo sentó importantes bases para futuros desarrollos de la terapia familiar.

XII) DON JACKSON.

Fue influenciado desde temprano por uno de sus maestros, la psicoanalista Frida Fromm Reichman. Desarrolló el concepto de "homeostásis familiar", y posteriormente se mantuvo trabajando relacionado a las ideas de Bateson acerca de la cibernética y la teoría general de los sistemas buscando entender el proceso familiar. Rechazó el modelo intrapsíquico, centrándose en la conducta observable (Mackinnon en Family Process, 1983; Hoffman, 1998).

En 1957 Jackson reportó el Proyecto Bateson a la American Psychiatric Association en Chicago donde conoció a Wynne, Bowen, Lidz y Ackerman (Gurman y Kniskern, 1981).

En 1959 dejó el Proyecto Bateson (aunque permaneció como consultor) para formar el Mental Research Institute (MRI) centro de terapia que continuó utilizando los conocimientos obtenidos en el Proyecto Bateson y que tenía como equipo inicial a Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir; uniéndose en 1961 Watzlawick y en 1962 al finalizar el Proyecto Bateson se unen Weakland y Haley. Tanto Jackson como sus colegas del MRI se interesaron en las secuencias recurrentes de comportamiento que de alguna manera tenían relación con un síntoma así como también mantenían su interés en el contexto (familia). Sentían que alterando un elemento de la pauta podía alterar otros e incluso el síntoma (Gurman y Kniskern, 1981; Mackinnon en Family Process, 1983; Ochoa, 1995; Hoffman, 1998).

En 1961 asistió a una reunión de terapeutas familiares en Nueva York donde acordó con Nathan Ackerman tener al MRI y al Family Institute de Nueva York juntos como promotores de una nueva revista llamada "Family Process" que empezaría a circular a partir de 1962 consolidando el campo de la terapia familiar, y siendo su primer editor Jay Haley (Gurman y Kniskern, 1981; Ochoa, 1995).

Compartió el interés por el Doble Vínculo con los demás miembros del Proyecto Bateson y mantuvo un especial interés por el uso de un Doble Vínculo Terapéutico, donde se le pide al sujeto que no cambie en un contexto al que ha acudido esperando que lo ayuden a cambiar, siendo que si se resiste a la orden cambia y si no cambia es porque ha elegido no cambiar con lo que el síntoma pierde su calidad de incontrolable por lo que deja de ser un síntoma. Así pues cambia si obedece la orden y cambia si no lo hace (Hoffman, 1998).

En enero de 1968 muere Jackson con lo que se privó al campo de la terapia familiar de una de las figuras más inteligentes y creativas. Después de la muerte de Jackson fueron Watzlawick, Weakland, Fisch y Seagal quienes continuaron trabajando en el MRI expandiendo estas ideas en la teoría y la práctica clínica (Gurman y Kniskern, 1981; Hoffman, 1998).

C) DOS FUERTES INFLUENCIAS.

1) MILTON ERICKSON.

Erickson completó en 1929 sus estudios de psiquiatría y psicología, después de esto Erickson exploró la hipnosis. Inició su carrera profesional en asilos donde desarrollo muchas de sus concepciones innovadoras debido a la falta de enfoques y técnicas fructíferas. Utilizaba su dominio de las aptitudes para la comunicación hipnótica y la influencia interpersonal, en una terapia que no incluía el trance formal (Hudson, 1989).

Aunque es conocido como hipnoterapeuta es reconocido como uno de los abuelos de la terapia familiar. Es conocido por su interés en fomentar la resistencia, esta técnica hipnótica se ha vuelto la base del desarrollo de la directiva paradójica. Poseía un inimitable talento, se pueden apreciar sus asombrosas ideas y sus increíbles resultados pero no se sabe como reproducir semejantes obras, sin embargo tuvo una enorme influencia en los enfoques Breve y Estratégico. Su obra nos da un refinamiento no solo de lo que hay que cambiar sino también un refinamiento del arte de la persuasión (Cade y Hudson, 1993; Hoffman, 1998).

No existe eso llamado problema sino tan solo algo definido por alguien como problema, cámbiese la percepción que crea el problema a otro distinto y el problema ya no existirá. Erickson veía los problemas como resultado de los fracasos del paciente o de la persistencia en soluciones erróneas ante algunas dificultades de la vida. Obtenía una descripción detallada del problema y frecuentemente prescribe tareas para los pacientes a realizar fuera de la sesión. Milton creía que las acciones preceden al entendimiento y disfrutaba de una poderosa reputación debido a su habilidad para ejercer influencia en otros ya sea directa o indirectamente (Mackinnon en Family Process, 1983; Hoffman, 1998).

Erickson introducía un síntoma mientras sutilmente introduce cambios. Prestaba poca atención al pasado, utilizaba el lenguaje, las motivaciones y la creencia del paciente. Desarrollaba intervenciones para modificar la pauta del problema, creaba nuevas pautas así como utilizaba las ya existentes; son famosas además las anécdotas que redactaba a sus pacientes con un fin terapéutico entre muchas otras de sus contribuciones (Hudson, 1989).

2) GREGORY BATESON.

Gregory Bateson no fue psiquiatra sino más bien antropólogo y filósofo de la Stanford University interesado en la comunicación. Había trabajado en el campo de la antropología en el pacífico sur y también estudios los sistemas sociales de los animales como los de la nutria. Como filósofo estuvo interesado en la Teoría General de los Sistemas. Uno de los aspectos que más llama su atención fué la jerarquía de los tipos lógicos que producían estados paradójicos. Usando la teoría de los tipos lógicos se esclareció que la paradoja consiste en dos enunciados contradictorios que aludían a distintos niveles lógicos.

Bateson quedó impresionado por el número de situaciones en que las paradojas se presentaban. Encontró metamensajes en sus nutrias al participar en simulacros de peleas con un mensaje de "esto es un juego". Encontrando verbalizaciones absurdas aparentes en el niño mongol y en el esquizofrénico teniendo algunos de estos la misma cualidad. Al igual en el humor, especialmente en el humor vivo como el del ventrílocuo y su muñeco o entre títeres y en la hipnosis existe material paradójico (Gurman y Kniskern, 1981).

Una de las preocupaciones centrales de Bateson fue "la pauta que conecta"; él pensaba que en algún nivel de la estructura hay una congruencia entre las leyes que gobiernan distintos tipos de acontecimientos.

Definió la esquimogénesis como un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos. Estos procesos se desarrollan por reacción mutua, son ciclos autorreforzantes y son de dos tipos: los simétricos dando a entender que los comportamientos intensificados de A y B serían esencialmente similares como en casos de rivalidad y competencia. Al otro tipo lo llamo complementarios por que las acciones autogeneradoras serían distintas, como en los ciclos de sumisión-autoridad o dependencia-socorro. Estos dos tipos de ciclos pueden crear intensificaciones autoestabilizadoras o intensificaciones que amenazan con escapar de todo control.

Los procesos de desviación pueden provocar una secuencia autoestabilizadora o una intensificación que conduzca a la destrucción del sistema, y una tercera posibilidad es que una escapada o intensificación ponga en acción un salto que pueda transformar a todo un sistema (Hoffman, 1998).

Estas fueron algunas de sus muchas ideas que influyeron en el campo de la terapia familiar.

D) ESCUELAS Y MODELOS EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

1) MODELO ECOLÓGICO.

En 1962 Minuchin junto con E.H. Auerswald y Charles King lanzó un proyecto de investigación para estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes en la Wiltwyck School. Las personas que Minuchin reclutó representaban una brillante y diversa gama de talento. Reunidos se encontraron investigadores y clínicos como Auerswald, Richard Rabkin y Braulio Montalvo por mencionar algunos. La mayoría siguió aportando ideas y proyectos aún después de que el proyecto Wiltwyck terminó en 1965.

Rabkin y Montalvo fueron de los primeros en aportar una intensa visión del campo de la psicoterapia comunitaria. Auerswald fue quien más se interesó en utilizar un enfoque de sistemas para transformar la estructura de los programas de psiquiatría comunitarios en marcos públicos. Dejó Wiltwyck para crear un único programa de ciencias conductuales aplicadas en los servicios de salud en Gouverneur en el bajo East Side de Nueva York donde el jefe Howard Brown acababa de convertir esta en un clínica ambulatoria.

El enfoque de Auerswald iba dirigido al campo total de un problema incluyendo otros profesionales, familia extensa, figuras de la comunidad, instituciones de beneficencia y todas las influencias y fuerzas con las que tendría que enfrentarse cada terapeuta que trabajaba con familias pobres. En su concepción lo que se necesita es un nuevo tipo de profesional que adopte una visión holística sistémica del problema.

Propone actividades como convocar a conferencias en que cada miembro de una familia multiproblemática además de los profesionales interesados se reúnan en una sala para elaborar un plan con el fin de coordinar todos los servicios relacionados con esa familia en particular. Insistió en que una unidad de psiquiatría comunitaria no sólo debía ser responsable sobre una base temporal (24 horas diarias) sino espacial. Con este fin creó una unidad móvil de urgencias con un equipo de profesionales de salud mental que operaba desde una camioneta y que iría de una casa a una escuela o a un hospital, o a un tribunal según se necesitará.

Salió en los 70's de Nueva York para encabezar en la isla de Maui un pequeño centro de salud mental, pero sus ideas han sido incorporadas en muchos servicios de salud en forma de unidades de urgencia y equipos de respuesta rápida. Además la necesidad de establecer las dimensiones de los problemas de salud mental en su contexto ha ido tomando auge en instituciones, escuelas y programas de enseñanza.

En el hospital psiquiátrico de Colorado se trabajó en una unidad de tratamiento familiar integrada por Frank Pittman (psiquiatra), Kalman Flomenhaft (trabajadora social) y Carol Young (enfermera de salud pública). La unidad trataba a cada paciente con su familia sin hospitalizarlo sobre una base breve. El objetivo era que el paciente volviera a su anterior nivel de funcionamiento y la familia pasara la crisis inmediata que le había llevado ahí.

Toda la familia era convocada junto con cualesquiera otras personas o ayudantes para la primera reunión. Ocasionalmente se pasaba la noche en el hospital, pero generalmente el paciente y su familia se iban ese primer día. Se hacía un intento por comprender las razones de la crisis, movilizar recursos en la familia o bloquear personas que hayan intensificado la crisis. Se podían prescribir medicamentos pero se daban a toda la familia. Se programó una visita domiciliaria de rutina en las primeras 36 horas.

Se contaba con recursos externos de la comunidad (servicio de enfermeras, visitantes, rehabilitación vocacional, etc). La unidad quedaba a disposición de la familia si volvía a estallar una crisis. Los pacientes no perdían tiempo en el hospital sino que empezaban a actuar casi inmediatamente, mientras que los hospitalizados necesitaban mucho más tiempo para volver a la normalidad y su tasa de recaídas era más alta.

Speck y Attneave son los precursores de la rama de la terapia que parte de la familia nuclear hacia los agrupamientos más generales que la rodean. Formaban enormes redes de comunicación o parentesco que se reunían ceremonialmente sobre una base regular para enfrentarse a problemas y que continuaban reuniéndose aún terminada la terapia.

Harry Aponte crea un modelo Ecoestructural y trabaja con familias muy pobres. Es un modo de aplicar la terapia estructural a campos que incluyen sistemas a parte de la familia. Se establece el concepto de "réplica de contexto" que indica que se repite la dinámica del hogar en la situación del niño en la escuela. En general es sensible a los dilemas de sistemas distintos a la familia.

El terapeuta ecológico debe estar dispuesto a enfrentarse a la escena profesional y es el propio terapeuta quien lleva una ecología más general a la familia en cuanto interviene en el caso (Hoffman, 1998).

2) LA ESCULTURA FAMILIAR.

La escultura familiar fue planteada y desarrollada por David Kantor, Fred Duhl, Bunny Duhl, Virginia Satir y Peggy Papp. Es otra forma de influir sobre las estructuras familiares.

La escultura es algo similar al Psicodrama en que las personas recrean la familia, para provocar grandes formaciones de coaliciones y secuencias homeostáticas, de modo que las viejas pautas puedan ser percibidas y desempeñadas de otra manera. Papp también la llama "Coreografía".

El grupo puede adoptar los papeles de los miembros que no están o también puede ser utilizado como metáfora por los miembros de una familia para varios aspectos de un sistema de relaciones: intimidad- distancia, escisiones y alineaciones, y la experiencia de ser uno de los de arriba o de los de abajo en referencia mutua. Todos ellos que no aparecen en reportes verbales y que son útiles sobre los efectos de apreciación de situaciones (Hoffman, 1998).

3) TERAPIA BREVE DEL MRI.

Jackson fundó en 1959 el Mental Research Institute (MRI). El grupo inicial se componía de Jackson, Jules Riskin y Satir; en 1961 se une Paul Watzlawick y al finalizar el proyecto Bateson se unen Haley y Weakland en 1962. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros e incorpora principios de la cibernética y la teoría general de los sistemas (Mackinnon en Family Process, 1983; Ochoa, 1995).

En 1967 Watzlawick, Beavin y Jackson publican "Pragmatics of Human Communication" (La teoría de la Comunicación Humana) donde presentan 5 axiomas de la comunicación que serían base importante para su trabajo:

1) La imposibilidad de no comunicar. A partir de aceptar que toda conducta es comunicación entonces tenemos un flujo multifacético de conducta (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) todos los cuales limitan el significado de los otros. No hay nada que sea lo contrario de comportarse, es imposible no comportarse si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, entonces por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar por lo que es imposible no comunicar.

2) Los niveles de contenido y de relaciones de la comunicación. Una comunicación no sólo transmite información (contenido o aspecto referencial) sino que impone conductas que definen la relación (aspectos conativos). Esto se refiere al tipo de mensaje que debe entenderse que es y a la relación entre los comunicantes. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida o no válida, o indeterminable. Las relaciones raramente se definen de modo deliberado o con plena conciencia. Para definir la relación puede influir el tono, el acento de la voz, el contexto, la expresión facial, etc. Toda comunicación entonces tiene un aspecto de contenido y uno relacional en que el segundo clasifica al primero por lo que es una metacomunicación.

3) La puntuación de la secuencia de hechos. Una comunicación puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de cambios. Cada ítem en la secuencia es al mismo tiempo estímulo, respuesta y refuerzo dependiendo de la puntuación. No se trata de determinar si la puntuación de la secuencia comunicacional es mala o buena, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y por ende resulta vital para las interacciones en marcha. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

- 4) Comunicación Digital y Analógica. La comunicación digital se da mediante las palabras y la comunicación analógica mediante una semejanza autoexplicativa. Si se utilizan palabras es evidente que la relación entre el nombre y la cosa nombrada esta arbitrariamente establecida. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. Fuera de esta convención no existe relación entre el nombre y lo nombrado (excepto en las palabras onomatopéyicas).

La comunicación analógica se refiere a la comunicación no verbal, que debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia o ritmo, la cadencia de las palabras y cualquier otra manifestación no verbal del organismo así como los indicadores comunicacionales del contexto. El hombre es el único organismo que utiliza la comunicación digital y analógica. El contenido se transmite de forma digital mientras que el aspecto relacional es de naturaleza analógica; y traducir de un tipo de comunicación al otro resulta complejo ya que el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

- 5) Interacción simétrica y complementaria. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta simétrica, que se caracteriza por la igualdad y la diferencia mínima.

En la interacción complementaria la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo de gestalt y esta basada en un máximo de diferencia. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro al tiempo que ofrece motivos para ella y sus definiciones de la relación encajan. Todos los intercambios de la comunicación son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995).

El enfoque en Terapia Breve es creado en 1969 después de la muerte de Jackson. Son Watzlawick, Weakland, Fisch y Seagal quienes integrarían desde 1966 el Brief Therapy Center (Centro de Terapia Breve) del MRI de Palo Alto. Haley no forma parte de este grupo ya que deja el MRI en 1966 para juntarse en Filadelfia con Salvador Minuchin, así como también Virginia Satir abandona el MRI para unirse al movimiento de crecimiento humano en esta misma década (Guerin, 1976; Gurman y Kniskern, 1981; Mackinnon en Family Process, 1983; Ochoa, 1995).

La pérdida de Jackson, Haley y Satir en un corto tiempo fue un golpe duro para el MRI; y solo hasta la conducción de Watzlawick, Weakland y Fisch se repone. Retoman algunas de las ideas de Bateson, Jackson y Haley, además de valerse de las producciones matemáticas de Watzlawick y la publicación del libro "Cambio" que es un tratado del concepto del cambio clínico, su relación con los sistemas humanos y la terapia familiar breve (Guerin, 1976).

Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Es una terapia breve de no más de 10 sesiones espaciadas semanalmente basadas en estrategias para evitar que sigan vigentes los elementos mantenedores del problema. Se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y su familia ante el problema, la terapia y el terapeuta. Es notoria la influencia de técnicas creadas por Milton Erickson. La terapia opera con las interacciones y las conductas observables, juzgando menos importante la historia familiar y planificando cuidadosamente las intervenciones (Ochoa, 1995).

Una dificultad se convierte en problema cuando se intenta resolver de manera equivocada, y después del fracaso se aplica más de la misma solución ineficaz, lo que lleva al agravamiento y mantenimiento del problema. El síntoma es mantenido por los intentos de solución mientras que los intentos de solución son mantenidos por el síntoma (Ochoa, 1995).

Consideran a las dificultades como un estado de cosas indeseable que o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolverlo o bien una situación de la vida indeseable, pero por lo general bastante corriente con respecto a la cual no existe una solución conocida y que hay que saber sobrellevar al menos durante cierto tiempo. En cambio los problemas son callejones sin salida, situaciones al parecer insólitas, crisis, etc. creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen 3 maneras de enfocar mal las dificultades: cuando es preciso actuar pero no se emprende la acción, se emprende una acción cuando no se debería emprender y cuando la acción es emprendida a un nivel equivocado (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995).

Se pide que se definan los objetivos lo más concreto posible y entonces se utilizan algunos recursos técnicos para promover el cambio que incluyen redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión, metáforas, ordalías o pacto con el diablo y algunas otras técnicas derivadas del trabajo de Erickson. Algunas tareas paradójicas son la petición de no apresurarse demasiado a cambiar, enfocarse en los peligros que traería un cambio, cambiar de dirección y dar una prescripción detallada de como empeorar el problema.

La terapia del MRI trabaja con todo el sistema familiar o con partes del mismo, canalizando su esfuerzo hacia un cambio rápido del problema (Ochoa, 1995).

4) TERAPIA ESTRUCTURAL.

El Philadelphia Child Guidance Clinic presentó la terapia familiar dentro del trabajo con familias de nivel socioeconómico bajo. Minuchin fiel a la tradición del proyecto Wiltwyck tomo un proyecto clínico con la pobreza urbana en Filadelfia. Esta clínica bajo el mando de Minuchin y Haley fue capaz de tomar algunos conceptos básicos de sistemas familiares de Bateson, Bowen, Erickson y Jackson, sumando a esto el brillo estratégico de Haley y la habilidad clínica de Minuchin.

En la University of Pennsylvania Pediatric y el Child Psychiatric Department empezó con éxito a trabajar con familias psicósomáticas y las intervenciones de estructura familiar que había estado publicando. Minuchin usando sus operaciones clínicas fue capaz de motivar la creatividad del staff. Tuvieron un especial lugar Braulio Montalvo como conceptualizador y comentarista del arte clínico de Minuchin, Harry Aponte quien llegó a ser un experto trabajando con familias de bajo nivel socioeconómico, y Ron Leibman quien habilmente uso los métodos de Minuchin en el área psicósomática (Guerin, 1976).

Este modelo debe mucho a la teoría de sistemas y sin embargo se inclina poco hacia el paradigma cibernético, lo que es una faceta para identificar al movimiento familiar. Su lenguaje parece más bien derivarse de la teoría de la organización y la teoría de los roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, etc. La terapia estructural suele desarrollarse a lo largo de tres a seis meses con entrevistas semanales y se centra en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas el sistema familiar se adhiere a las pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual (Ochoa, 1995; Hoffman, 1998).

Minuchin recurre también al coro griego que utiliza el equipo ubicado detrás del espejo unidireccional para apoyar, enfrentar, confundir, desafiar o provocar a la familia, quedando el terapeuta en libertad de acordar o discrepar con la posición del grupo. Todas estas técnicas inducen cambios en la forma de pensar, sentir y actuar de los integrantes del sistema familiar, permitiendo iniciar posteriormente la consolidación de los cambios suscitados. El terapeuta resulta directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas (Ochoa, 1995).

Las estructuras se distinguen en subsistemas relativamente estables, en alianzas y jerarquías que caracterizan el mapa de la organización familiar. Las estructuras se pueden considerar también como procesos lentos de larga duración definiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en las estructuras (Ochoa, 1995).

Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites que implican reglas de participación y las jerarquías que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia familiar asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales modificaciones obligan a la familia a reestructurarse sobre bases menos patológicas (Ochoa, 1995).

Para Minuchin las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero implica las reglas universales que gobiernan a la organización familiar; el segundo sistema de coacción es idiosincrático e implica las expectativas de los distintos miembros de la familia.

El sistema se mantiene a sí mismo ofreciendo resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. Pero en el interior del sistema existen pautas alternativas, pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros de la familia no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, ya que la existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros (Minuchin, 1979). El acento se sitúa en los problemas estructurales más que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien (Ochoa, 1995).

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también debe permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura.

La claridad de los límites en el interior de una 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. La distancia disminuye y se esfuman los límites, por lo que 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 entonces la comunicación entre los subsistemas se vuelve difícil y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas.

Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado en un continuo cuyos polos son los dos extremos de los límites difusos por un lado y rígidos por el otro. La mayoría de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Los miembros de familias o subsistemas aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación de subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomo de los problemas. Mientras que los miembros de familias o subsistemas desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentidos de lealtad y pertenencia, así como de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan.

Un sistema próximo al extremo desligado del continuo tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros; pero el estrés que afecta a uno de los miembros de la familia no atraviesa sus límites inadecuadamente rígidos. Solo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia. Pero en el extremo aglutinado del continuo se observa lo contrario; la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas.

Ambos tipos de relación provocan problemas familiares cuando se ponen en marcha mecanismos adaptativos. La familia aglutinada responde a toda variación en relación a lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad y la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. El terapeuta se encargará de clarificar los límites difusos y abrir los límites excesivamente rígidos. Su evaluación de los sistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia en función de lo cual orienta sus intervenciones terapéuticas.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y las necesidades de otros subsistemas, en particular cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un refugio que puedan proporcionarse mutuamente, un sostén emocional. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Pero si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento del subsistema.

Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar la tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres, y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales. Algunas parejas que se manejan correctamente como grupo de dos nunca logran realizar una transición satisfactoria a las interacciones de un grupo de tres. En algunas familias se incorpora al niño al marco de los problemas conyugales.

La autoridad incuestionada que caracterizaba en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental ha desaparecido y fue reemplazada por el concepto de una autoridad flexible y racional. Se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen.

El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales; los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente, aprenden a negociar, competir, cooperar y aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden y a lograr reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir relaciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones asumidas tempranamente en el subgrupo pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas. En las familias amplias (el subsistema fraterno) los hijos más pequeños se mueven aún en las áreas de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, mientras que los niños mayores realizan contactos y contratos con el mundo extrafamiliar.

Un terapeuta debe conocer las necesidades del desarrollo de los niños y debe ser capaz de apoyar el derecho del niño a la autonomía sin minimizar los derechos de los padres. Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración.

De acuerdo con esta orientación un número mayor de familias que se incorporan a la terapia deberían ser tratadas y consideradas como familias corrientes en situaciones transitorias que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. La etiqueta de patológica debe reservarse a las familias que frente a estas tensiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. En las familias corrientes el terapeuta confía en la motivación de la familia como el camino para la transformación.

En las familias patológicas el terapeuta debe convertirse en actor del drama familiar incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostásis. Ningún modelo familiar es inherentemente normal o anormal, funcional o disfuncional. La diferenciación de una familia depende de su idiosincrasia, se relaciona con su propia composición, y su etapa de desarrollo y subcultura. Todo modelo presenta deficiencias inherentes y estos pueden ser los sectores que ceden cuando la capacidad de hacer frente a la situación de la familia se agota.

Como sistema sociocultural la familia enfrenta constantemente requerimientos de cambio. Estos requerimientos son inducidos por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y por diversos estímulos provenientes del sistema social en el que la familia está incluida. Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento; a los requerimientos de cambio se les ha contrapuesto una reificación de la estructura familiar. Las pautas transaccionales habituales se han preservado hasta un límite de rigidez que bloquea toda posibilidad de alternativas. La selección de una persona como problema constituye un simple método para mantener una estructura familiar rígida e inadecuada (Minuchin, 1979).

Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Ochoa, 1995).

La función del terapeuta familiar consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia facilitando la transformación del sistema familiar. Este proceso incluye tres pasos fundamentales: 1) el terapeuta se asocia a la familia en una posición de liderazgo, 2) saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente y 3) crea circunstancias que permitan la transformación de su estructura. En la terapia tal como se desarrolla estos pasos son inseparables.

En terapia familiar la transformación o reestructuración del sistema familiar conduce al cambio o a una nueva experiencia del individuo, aunque la transformación no cambia la composición de la familia; el cambio se produce en la sinapsis, es decir el modo en que algunas personas se relacionan entre sí. La familia será la matriz de la curación y del crecimiento de sus miembros. La responsabilidad de su logro o del fracaso le corresponde al terapeuta. Para transformar el sistema familiar, el terapeuta debe intervenir de tal modo que desequilibre el sistema.

Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder se designan como operaciones de asociación; estas son la base de la terapia; si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer un sistema terapéutico la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar los objetivos terapéuticos fracasará.

Las operaciones de asociación son:

*Unión- son acciones del terapeuta tendientes a relacionarse con los miembros de la familia y con el sistema familiar.

*Acomodamiento- son adaptaciones del terapeuta tendiente a lograr la alianza con el sistema familiar.

*Mantenimiento- se mantiene el sistema igual como un todo y en lo individual.

*Rastreo- el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y la conducta familiar al tiempo que los alienta a seguir.

*Mimetismo- el terapeuta busca semejarse al estilo familiar y a las modalidades afectivas (Minuchin, 1979).

El terapeuta considera al paciente identificado como el miembro de la familia que expresa del modo más visible un problema que afecta al sistema en su totalidad. Al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta se concentra en 6 áreas fundamentales: a) la estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas posibles, b) la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes, así como la distribución jerárquica del poder c) la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros, d) examina el contexto de vida familiar, analizando las fuentes de apoyo y estrés en la ecología de la familia, e) examina el estadio de desarrollo de la familia y su

rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio y f)explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia (Minuchin, 1979; Ochoa, 1995).

Una de las vías para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los integrantes de la familia; como también evaluar el ritmo de cambio durante las transiciones. Si es demasiado lento o demasiado rápido la adaptación puede ser problemática (Ochoa, 1995).

El diagnóstico se logra a través del proceso interaccional de unión. La estructura de la familia, el grado de flexibilidad inherente a ella, la resonancia del sistema y la posición del paciente identificado son todos entes invisibles que solo pueden percibirse a través de la acomodación del terapeuta a ellos y su exploración del sistema. El diagnóstico de la familia aparece en el mapa familiar, dicho diagnóstico incluye el modo en que la familia responde al terapeuta.

También las comunicaciones no verbales son importantes como el tono de voz o las vacilaciones frecuentes. El orden de las observaciones permite también obtener un material adicional: quien habla, a quien y cuando. Luego el estímulo del terapeuta proporciona información acerca de las pautas transaccionales alternativas que señalan la flexibilidad de la organización familiar cuando esta se moviliza en el contexto de la sesión terapéutica.

El diagnóstico interaccional se modifica constantemente a medida que la familia asimila al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes, ya que se considera que las familias y los individuos se relacionan y cambia de acuerdo a su contexto social. La ventaja de un diagnóstico evolutivo relacionado con el contexto es que proporciona aperturas para la intervención terapéutica, por lo cual el diagnóstico y la terapia se hacen inseparables.

Las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Se distinguen de las operaciones de unión por el desafío que plantean. Las operaciones de unión no constituyen un desafío, sino que disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia, ayudando al terapeuta a mezclarse con la familia ya que juntos participan en los acontecimientos de la sesión terapéutica.

En las operaciones de unión el terapeuta se convierte en un actor de la obra familiar, y en la reestructuración opera como director y como actor: crea escenarios, coreografía, establece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar dentro de los marcos de los límites impuestos por el drama familiar. Pero también se usa a sí mismo incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites, y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza su posición de liderazgo dentro del sistema terapéutico para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Existen por lo menos 7 categorías de operaciones reestructurantes:

1) Captar las pautas transaccionales de la familia.

Dramatización de las pautas transaccionales.

Recreación de los canales de comunicación.

Manipulación del espacio.

2) Señalamiento de los límites.

Límites de los subsistemas.

3) Intensificación del estrés.

Bloqueo de pautas transaccionales.

Acentuación de las diferencias.

Desarrollo del conflicto implícito.

Unión en alianza o coalición.

4) Asignación de tareas.

Dentro de la sesión.

Deberes (fuera de la sesión).

5) Utilización de los síntomas.

Enfoque centrado en el síntoma.

Exageración del síntoma.

Desacentuación del síntoma.

Adopción de un nuevo síntoma.

Reetiquetamiento del síntoma.

Modificación del afecto del síntoma.

6) Manipulación del humor.

7) Apoyo, Educación y Guía.

Esta lista no es exhaustiva y no abarca las múltiples variaciones determinadas por el estilo individual de los terapeutas y las familias. Todo terapeuta prefiere algunas técnicas en mayor medida que otras y las utiliza de diferentes maneras de acuerdo con su propia personalidad y recursos, así como los de la familia que trata (Minuchin, 1979).

5) TERAPIA FAMILIAR ORIENTADA A LOS SISTEMAS PROBLEMA.

Es importante mencionar que se incluye esta escuela de Terapia Familiar de muchas otras existentes debido a que fué con la primera que se empezó a trabajar en México (R. Macías, comunicación personal, Julio, 1999).

Fué Nathan B. Epstein el iniciador quien recibió entrenamiento como psiquiatra y psicoanalista. El trabajo con los niños y sus madres así como la influencia de Ackerman y Kardiner en su entrenamiento psicoanalítico lo guiaron a concientizarse sobre la necesidad de una aproximación sistémica para entender y ayudar a los pacientes.

Durante varios años uso el modelo psicoanalítico intrapsíquico; pero más adelante encontró que el modelo de familia como sistema era más poderoso que los factores intrapsíquicos para determinar la conducta de los miembros de la familia. Fué entonces entre 1963 y 1964 cuando se interesó en una aproximación orientada de manera sistémica desde donde su aproximación evolucionó. Sin embargo también han influido los conceptos de la teoría de la comunicación, la teoría del aprendizaje y la aproximación transaccional aún cuando se mantiene como infraestructura el modelo sistémico. Además se considera que juegan un papel importante los valores culturales y éticos en la conducta humana.

Este modelo creció en el Departamento de Psiquiatría de la McGill y McMaster University en Canadá. El modelo se apoya en la idea de que una mayor estructura de las etapas de la terapia son esenciales para poder construir bloques de tratamiento. Otro beneficio es que las macro- etapas pueden ser operacionalizadas y por lo tanto resultan más fáciles de seguir por los terapeutas.

El desarrollo del modelo incluye conceptos que fueron evaluados en el trabajo clínico, la investigación y la enseñanza por lo cual fueron reformulados con el tiempo. El esquema de categorías familiares se desarrollo en base al estudio de 110 familias no clínicas. El modelo es pragmático por lo que las ideas que no se pueden trabajar en terapia fueron omitidas al igual que las que no se pudieron medir confiablemente, y las que no podían ser comunicadas a través de la enseñanza fueron desechadas o modificadas. El modelo no cubre todos los aspectos del funcionamiento familiar pero identifica un número de dimensiones importantes para el trato con las familias clínicas. La familia se evalúa de acuerdo

en su funcionamiento en cada dimensión y en cada una de estas hay un rango que va de más inefectivo a más efectivo.

Este modelo de terapia se lleva a cabo en un período de 6 a 12 sesiones, con variaciones entre cada sesión de semanas a meses a años dependiendo de los problemas de cada caso. Las sesiones individuales pueden a la vez tener una variación considerable. Con excepción de los casos de crisis o emergencias la familia responde positivamente a la evaluación. En la evaluación y en las primeras etapas del tratamiento la familia puede ser vista semanalmente y si todo marcha bien el período se ampliará a una vez cada dos semanas, después una vez al mes y en algunos casos gradualmente se incrementa a cada 3 ó 6 meses. En estos intervalos las familia trabajan con ella misma y pueden contactar al terapeuta en estos períodos intermedios, pero raramente abusan de este privilegio.

El poner un límite de sesiones estimula al terapeuta y la familia a involucrarse más activamente en el trabajo terapéutico y facilita el cambio, mientras que se mantienen más claramente los objetivos a trabajar. En este modelo se enfatizan más las fortalezas que las debilidades de la familia y frecuentemente guía a una rápida reducción de la tensión ocasionada por dudas y ansiedad con las que llegan por primera vez al tratamiento. Cuando se piensa que el tratamiento debería ir más allá de las 12 sesiones es preciso reevaluar la situación y de ser posible consultar otro punto de vista.

La familia es vista como un sistema abierto con sistemas dentro de este sistema (individual, marital, díadas, etc.) y en relación con otros sistemas (familia extensa, escuela, industria, religión, etc). La dinámica familiar no puede ser reducida a las características individuales o interaccionales entre pares de miembros. Existen reglas implícitas y explícitas, además de la acción de cada miembro que rige y monitorea la conducta de cada uno de los otros. La conducta etiquetada como patológica es producto del proceso que ocurre dentro de la familia.

La base de la terapia se dirige a cambiar el sistema, y de esa manera la conducta individual. No se tratan de imponer los valores, pero sí se reconoce que el terapeuta tiene juicios de valor. Se considera que la función principal de la unidad familiar es ser un laboratorio social, psicológico y biológico para el desarrollo y mantenimiento de los miembros de la familia. En el curso de su vida la familia trata con distintas dificultades, pero existen 3 áreas principales: el área de tareas básicas, el área de tareas del desarrollo y el área de tareas riesgosas.

Para entender la estructura familiar, la organización y los modelos transaccionales disfuncionales asociados con las dificultades de la familia se atienden 6 áreas: solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control de conducta. Se atiende a estas dimensiones para tener una comprensión más completa de la familia.

Se utiliza el término macro- etapas para definir las etapas principales o mayores del tratamiento. Estas etapas son secuencias grandes del proceso de tratamiento que incluyen subetapas. Los terapeutas usan una variedad de estrategias e intervenciones a lo largo de estas macro- etapas. El término estrategia se refiere a las opciones o cursos de acción que pueden ser tomados sucesivamente hasta completar una macro- etapa.

Además existen los micro- movimientos que son habilidades específicas de intervención que incluye técnicas de definición, enfoque y clarificación. Pero ni las macro- etapas ni los micro- movimientos deben ser confundidos con el estilo, el cual esta basado en las cualidades personales del terapeuta. Pero estas diferencias individuales pueden influir hacia distintos caminos. Sin embargo tanto las diferencias de estilo como los micromovimientos (intervenciones) se dirigen a negociar el curso del tratamiento y las macro- etapas.

Este modelo provee de una estructura básica importante para tratar con casos difíciles y complejos, independientemente de las habilidades que el terapeuta ha obtenido en su experiencia. Así es que el terapeuta experto puede usar un amplio rango de habilidades para enriquecer el tratamiento con sus técnicas avanzadas; mientras que para el terapeuta con menos experiencia provee las bases para una aproximación estructurada del tratamiento en la cual desarrollar más habilidades, y al usar este modelo puede ser considerablemente efectivo en el tratamiento.

El foco de la terapia son los problemas específicos de la familia, es decir que incluye los problemas presentados por la familia al venir a terapia y los problemas encontrados en la etapa de evaluación. Se requiere la colaboración activa de la familia con los terapeutas en cada etapa por lo que de lo contrario no habrá terapia.

El modelo de terapeuta es el de catalizador, clarificador y facilitador. Esta involucrado en identificar, clarificar y resolver los problemas de la familia al tiempo que explica sus acciones a la familia, y se asegura de ser entendido y de que estén de acuerdo con lo que esta haciendo. Esta aproximación da la responsabilidad a la familia y se asegura de que la familia entienda, acepte y este preparada para cada paso del proceso terapéutico.

El terapeuta es un facilitador para clarificar la comunicación y desarrollar habilidades para solucionar los problemas activamente. En el proceso los miembros de la familia llegan a tener conciencia de sus fortalezas y sus defectos; desarrollan métodos efectivos para solucionar problemas los cuales pueden ser generalizados para resolver dificultades en el futuro. Son entrenados para llegar a ser sus propios terapeutas por lo que disminuye la necesidad del terapeuta.

Repetidamente se orienta a la familia sobre lo que se esta haciendo y se busca su permiso y acuerdo antes de proceder de un paso a otro. Se piensa que la teoría funciona mejor si la familia esta consciente de lo que se esta haciendo y no se conduce la terapia si no se dan las condiciones adecuadas.

Las cuatro las macro- etapas son: evaluación, contrato, tratamiento y clausura, cada una de estas etapas incluye subetapas donde la primera de estas es siempre la orientación. La orientación en la etapa de evaluación es detallada acerca del tono y la dirección de la terapia. Las orientaciones posteriores son más breves y se usan para indicar un cambio en el área de atención o en la tarea. Después de una orientación general cada subsistema necesita de una aproximación sistemática con la guía del proceso terapéutico.

En la conclusión de cada etapa el terapeuta y la familia revisan los acuerdos en los que han estado trabajando antes de moverse a la siguiente etapa.

1) ETAPA DE EVALUACION.

Consiste en 4 etapas:

- a) Orientación
- b) Reunión de la información. Descripción de la situación.
- c) Evaluación del funcionamiento familiar.
- d) Listado de problemas.

Al iniciar la etapa de evaluación se orienta a la familia sobre el proceso de tratamiento, se identifican y detallan la estructura, organización y patrones transaccionales de la familia; y cuidadosamente se esclarecen los problemas que comúnmente existen.

Antes de empezar la terapia es indispensable entender el sistema familiar, sus problemas y fortalezas tanto como sea posible. El diagnóstico de trabajo debe estar listo antes de iniciar la terapia, por lo que el terapeuta debe tomar las sesiones que sean necesarias para evaluar. El número de sesiones varía de acuerdo a la experiencia del terapeuta y la naturaleza de los problemas de la familia. El tiempo extra en las sesiones de evaluación reduce el número de tareas requeridas en las sesiones de tratamiento.

Al acercarse a una familia con una crisis aguda se utiliza una intervención más activa y se trabaja con los problemas inmediatos hasta resolver la crisis, a partir de lo cual se regresa a la evaluación antes de pasar a otra etapa. Por otra parte cuando es la primera vez que se trabaja con una familia es preferible tener presente a todos los miembros de la familia que viven en casa, y en ocasiones se incluyen otros familiares u otras personas que están activamente involucrados con la familia; lo que permite tener un amplio rango de visiones de la situación con lo cual se obtiene una visión más clara y comprensiva de la situación, así como también facilita la observación de las interacciones.

En casos de emergencia el terapeuta puede aceptar iniciar aun cuando no estén presentes todos los miembros, este tipo de excepciones incluye las ocasiones en que existe una enfermedad física o por psicosis aguda. Pero cuando no se trata de una emergencia entonces es posible que el terapeuta cancele la sesión refiriendo que no tiene sentido empezar el proceso sin la presencia de un miembro tan importante.

a)Orientación.

Se orienta primero a la familia evaluando y esclareciendo sus expectativas, así como sus ideas acerca del motivo de consulta. Esto provee de información útil que ayuda a evitar futuras resistencias. Posteriormente se condensa y se retroalimentan sus ideas, después de lo cual el terapeuta expone brevemente el motivo por el que piensa que están ahí así como retroalimenta la información que conoce de ellos en general, cual es el plan y que es lo que desean conseguir. En este momento se obtiene su permiso de proceder con el plan y se da una breve explicación de como se les concibe como familia.

b)Descripción de la situación.

En esta fase se reúne información sobre: I) El problema presente, II)El funcionamiento familiar, III)Información adicional y IV)Otros problemas.

El terapeuta inicia pidiendo una descripción del problema a la familia hasta que el terapeuta desarrolla una imagen clara de la naturaleza e historia de cada problema. El terapeuta explora los detalles, los componentes afectivos del problema, la perspectiva histórica, los eventos precipitantes y los involucrados en el problema así como la manera de involucrarse.

Se retroalimenta a la familia acerca de la comprensión que se tiene del problema hasta que cada miembro sienta que el terapeuta tiene una imagen clara de la situación; esto se realiza con cada problema.

c) Evaluación del Funcionamiento Familiar.

Se evalúa a través de 6 dimensiones, y se describen las fortalezas y debilidades de la familia en cada dimensión lo que permite determinar aspectos de su funcionamiento que tienen influencia en la salud física y emocional de sus distintos integrantes.

Esta evaluación se basa en los reportes de los miembros de la familia y es confirmada a través de la observación conductual en las sesiones, así como confrontando y esclareciendo las contradicciones entre la información, la conducta observada y la información ofrecida por distintos miembros de la familia. Las impresiones del terapeuta son condensadas y retroalimentadas hasta que los distintos miembros estén de acuerdo con la apreciación que tiene el terapeuta de un área o dimensión.

El terapeuta puede llegar a presentar una hipótesis sin evidencia, misma que pondrá a la luz de la opinión de la familia, lo que refuerza el rol de la misma como participante en el tratamiento y genera confianza y respeto.

Lo importante en esta etapa es enfocarse en el funcionamiento y evitar hacer formulaciones basadas sólo en información relacionada con el problema presente, datos que por su naturaleza es probable que sean negativos. La evaluación se hace desde una posición de honestidad, tacto y de manera directa. Se explica que es lo que se está haciendo y todos los problemas se discuten abiertamente. Al tiempo que se evalúa cada dimensión se retroalimenta a la familia sobre sus fortalezas y debilidades, se enfatizan las fortalezas como ayuda y apoyo en el plan terapéutico a seguir.

La evaluación se realiza a través de 6 dimensiones, lo que permite al terapeuta determinar las áreas fuertes así como las problemáticas. La exploración de estas áreas permite identificar otros aspectos más allá del problema presente y permite al terapeuta ser más consciente de los problemas a trabajar en la terapia.

Más adelante en el apartado del modelo de evaluación de McMaster se retomarán las características de cada dimensión.

Por el momento es importante mencionar que además de las 6 dimensiones se puede incluir otra información relevante. En el caso de los niños: la historia del desarrollo, exámenes pediátricos (estudios de laboratorio, rayos x), la evaluación intelectual, psicosocial y otras evaluaciones psicológicas. En el caso de los adultos es posible incluir la historia psicosocial, exámenes psiquiátricos, historia médica, exámenes médicos y las evaluaciones psicológicas apropiadas.

d) Listado de problemas.

En esta etapa se pregunta por otros problemas importantes existentes y se exploran en detalle. El propósito es desarrollar una lista de problemas, así que se le pregunta a la familia para identificar los problemas que ellos ven. El terapeuta a continuación incluye los que él ha notado.

Después se debe obtener un acuerdo acerca de los problemas enlistados. En el caso de que exista desacuerdo las áreas pueden ser reexploradas y regresar más tarde a la discusión. Si los desacuerdos continúan se puede ofrecer la posibilidad de consultar a otro terapeuta.

La etapa de evaluación termina con el mutuo acuerdo de la lista de problemas. El tratamiento no empezará sin completo conocimiento de los problemas y fortalezas de la familia.

2) ETAPA DE CONTRATO.

El objetivo es prepararse a escribir el contrato determinando expectativas mutuas, objetivos y obligaciones.

Los pasos de esta etapa son:

- a) Orientación.
- b) Opciones posibles
- c) Negociación de expectativas.
- d) Firma de contrato.

a) Orientación.

Se orienta a la familia sobre las tareas de esta etapa y se obtiene su aceptación para proceder.

b) Opciones.

Se mencionan las opciones de tratamiento posibles, las cuales son variables de acuerdo a la situación. El terapeuta es responsable de explicar cada opción con sus posibles consecuencias. Si la elección es a favor del tratamiento se procede a la siguiente etapa, pero si se elige otra opción también se le orienta adecuadamente.

c) Negociación de expectativas.

Se le cuestiona a los miembros de la familia sobre que quieren de los demás. En este sentido se le da más responsabilidad a esta para definir sus expectativas, mientras que la responsabilidad del terapeuta es esclarecer y ayudar a cada miembro a expresar sus expectativas en términos de conductas concretas que permita identificarla claramente y evaluar el progreso.

El terapeuta monitorea el proceso moderando los objetivos ideales hacia otros más razonables. Este puede hacer sugerencias hasta incluir sus negociaciones e indicar sus expectativas como son: la asistencia a cada sesión por todos los miembros así como se indica el tiempo de anticipación necesario para cambiar una sesión.

Aunque normalmente son sesiones donde se incluye a todos los miembros de la familia, hay excepciones donde se excluye algunos miembros. Normalmente se incluye a todos debido a que se busca modificar al total del sistema y todos los miembros están involucrados quiéranlo o no. Aunque no todos están envueltos directamente pueden ser muy útiles como coterapeutas o terapeutas auxiliares. La presencia de todos los miembros permite también evaluar mejor el proceso de cambio.

d) Firma de contrato

En este contrato se enlistan los problemas en los que hubo acuerdo así como sus respectivos objetivos y expectativas, Se incluyen las condiciones de la negociación del tratamiento.

El contrato se firma por el terapeuta y la familia, lo que enfatiza que mucho del trabajo puede ser hecho por la familia y que el terapeuta trabajará con su máximo esfuerzo.

3) ETAPA DE TRATAMIENTO.

Incluye 4 etapas:

- a) Orientación
- b) Establecimiento de prioridades
- c) Tareas
- d) Evaluación de tareas

a) Orientación

Se orienta a la familia sobre el proceso de esta etapa y se obtiene su permiso para proceder.

b) Establecimiento de prioridades

Se trata de ordenar la lista de problemas según las prioridades de la familia. Se establece con cual problema se trabajara primero, con cual después y así sucesivamente. Aún cuando es preferible seguir el orden elegido, puede ser que un terapeuta intervenga activamente para cambiar el orden si nota la urgencia de un problema. Repetidamente se aclara que no se considera a la familia como participante pasiva del tratamiento.

c) Tareas

El terapeuta toma la primera prioridad y negocia una tarea para la siguiente semana para conocer sus expectativas. Se negocia incluso las responsabilidades individuales con respecto a la tarea. Si la familia es incapaz de hacer esto se sugiere una tarea.

Al negociar y aceptar las tareas es necesario considerar los siguientes principios:

- La tarea debe ser potencialmente posible.
- La tarea debe ser razonable en relación a la edad, sexo y variables socioculturales.
- La tarea debe enfocarse principalmente a incrementar las conductas positivas más que a disminuir las negativas.
- Una tarea debe de ser concreta en términos de conducta para poder ser claramente entendida y fácilmente evaluada.
- La tarea debe de ser significativa e importante para todos.
- Los miembros del sistema deben sentir que pueden completar la tarea y realizar su parte individualmente.
- Las tareas deben estar emocionalmente orientadas hacia lo positivo no a los sentimientos negativos, pelear, discutir y hostilizarse abiertamente son desalentadores.
- Las tareas deben estar entre las posibilidades de itinerario y actividades.
- Se deben evitar las sobrecargas de tarea. Un máximo de dos tareas por sesión es razonable.
- La asignación de responsabilidades en la tarea debe ser balanceada y no depender mayormente de uno o dos miembros.
- Se busca enfocarse en el trato constructivo con situaciones corrientes más que desenterrar el pasado.

Estos principios se vuelven explícitos a través de instrucciones o sugerencias cuando son necesarios.

Después de asignar cada tarea es importante monitorear y reportar la ejecución en la siguiente sesión. Con el monitoreo se incrementan las expectativas acerca del sentido de responsabilidad y se incrementa la autoestima. El rol de monitor puede rotar entre los miembros o variar con las tareas. Designar el monitor también incrementa el involucramiento de la familia. El área de monitoreo se debe dar a los miembros que son más objetivos y que no están activamente involucrados, con el área en que se realiza la tarea.

d) Evaluación de tareas

Se evalúa si las tareas fueron completadas o no. Frecuentemente se obtiene esta información del monitor y otros miembros de la familia. Si la tarea fue cumplida se otorga un refuerzo positivo subrayando los aspectos positivos de la ejecución, incluyendo los logros individuales. Si existen complicaciones los terapeutas regresaran a la discusión y esclarecimiento de la evaluación original, para evaluar el acuerdo sobre el problema y negociar las tareas o bien es posible que la tarea haya sido difícil y habrá que simplificarla. Si las cosas van bien se negociaran nuevas prioridades, hasta que las expectativas hayan sido satisfechas.

Pero si no se completan las tareas o no hay progreso en el período de tres sesiones se dialoga con la familia, y se les pregunta si han cambiado la opción por una de no tratamiento. Si se confirma el cambio de opción se formaliza esto, pero si se insiste en el tratamiento, se les hace notar que no parece que estén trabajando con sus tareas y quizá algo este mal con el tratamiento ó con el manejo del caso por parte del terapeuta y una consultoría es lo más indicado. Una vez que es rechazada la sugerencia de la consultoría se tiene la suficiente evidencia para recomendar la terminación de la terapia.

El terapeuta debe aprender a funcionar como asesor, evaluador y diagnosticador, esclarecedor, investigador, catalizador, facilitador y confrontador. Se debe estar preparado para dar la mayor responsabilidad a la familia en el tratamiento de manera que se le involucre en le proceso de tratamiento.

El terapeuta no debe tratar su necesidad de ser omnipotente, y evitar tomar la responsabilidad de los problemas.

4. ETAPA DE CLAUSURA.

Incluye cuatro pasos:

- a) Orientación
- b) Resumen de tratamiento
- c) Objetivos a largo plazo
- d) Continuación

a) Orientación

Se indica que se han cumplido con los puntos del contrato y que quizá se debería detener ahora. Si se desea continuar con la terapia se explorarán los problemas que desea trabajar al continuar la terapia. Aún cuando la terapia puede continuar ocasionalmente, muchas familias deben resolver sus problemas por ellas mismas. El terapeuta puede decidir verlos en otra sesión o no dependiendo de la situación.

b) Resumen de tratamiento

Se les pregunta a los integrantes de la familia por el resumen del tratamiento y por lo que han aprendido. Entonces el terapeuta confirma o elabora sus percepciones y se incluyen algunos puntos que hayan sido pasados por alto.

c) Objetivos a largo plazo

Se le cuestiona a la familia sobre los objetivos a largo plazo. Se le pregunta sobre la manera en que pueden reconocer cuando las cosas van bien o mal, y que pueden hacer si ocurre esto mas adelante. Entonces se anticipan a prever los posibles problemas y que hacer ante estos en el futuro. La familia es reforzada por su habilidad para afrontar estos problemas y se esclarece también la posibilidad de regresar si es necesaria la ayuda

d) Continuación

La terapia termina, aunque puede llagarse a un arreglo de seguimiento, si existe este seguimiento se dará el suficiente tiempo para que el sistema tenga la oportunidad de tratar con sus problemas por sí solo.

Una sesión de seguimiento es para monitorear y no una sesión de tratamiento (Gurman y Kniskern, 1981).

6) TERAPIA ESTRATÉGICA.

En 1974 Haley crea su propio programa en el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Su enfoque mantiene aspectos en común con el modelo de Terapia Breve así como con el modelo Estructural con interés especialmente en las jerarquías y las coaliciones. Cloé Madanes se unió a Haley e hizo contribuciones significativas al modelo Estratégico (Mackinnon en Family Process, 1983).

El terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad que permita resolver los problemas del paciente, siendo uno de los principales objetivos ayudar a las familias a superar la crisis que enfrenta en su devenir vital. Haley constata que una de las connotaciones más importantes de la terapia familiar fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se encontrará, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado.

Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática, teniendo la jerarquía incongruente su base en una definición simultánea de dos posiciones incompatibles de poder dentro del sistema familiar.

En ocasiones es preciso centrar la terapia en las discrepancias que existen entre los profesionales implicados, resolviendo las luchas sobre lo que es correcto o incorrecto, ya que para cambiar la conducta sintomática del paciente identificado es necesario que los padres se hagan cargo de él. La conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas integradas en la secuencia sintomática.

Madanes también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales, por ello busca la especificidad de cada síntoma es decir las razones por las que se le ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su intención es ayudarse manifestándose como parte de un organismo más amplio, (el sistema familiar) que reacciona frente a las manifestaciones de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

Todas las parejas deben compartir el poder y organizarse de tal forma que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ambos. Este poder no solo se refiere a la posibilidad de dominar al cónyuge, sino también de reconfortarlo y cuidarlo. A veces la pareja resuelve la lucha por el poder generando un síntoma, pero en ese caso se instaura una jerarquía incongruente en la pareja o en la familia. La patología se conceptúa como un ciclo en que la pareja maneja el predominio de un cónyuge sobre el otro centrándose bien en un conflicto matrimonial ya sea en el síntoma de un esposo o de un hijo.

El tipo de interacción en torno al síntoma es una analogía de las interacciones en otras áreas problemáticas permitiendo a los cónyuges saber donde se encuentra situado cada uno en relación al otro en esas áreas, pero sin tener que discutirlos expresamente poniendo en peligro su matrimonio. Cuando el paciente identificado es un cónyuge, se halla en una posición inferior al otro quien trata de ayudarlo y hacerlo cambiar, pero a la vez en una posición superior en tanto que se niega a ser ayudado y a cambiar. Si abandonará la conducta sintomática perdería su posición superior respecto al otro. Así mismo si el esposo normal logra influir en el sintomático para que abandone el síntoma perdería la posición superior de ser el miembro no sintomático de la pareja. Ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo así a perpetuar el problema en su lucha por conservar las posiciones de poder.

En las familias en las cuales el paciente identificado es un hijo, este se convierte en una fuente de preocupación especial para los padres que intentan ayudarlo para que deje de tener el síntoma. Tanto si la conducta del niño genera la solicitud, la protección o el castigo de sus progenitores siempre hace que su inquietud se centre en él y se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales.

Aunque los padres por el hecho de serlo se hayan en una posición superior al niño, este se sitúa por encima protegiéndolos mediante su conducta sintomática, encontrándose todos atrapados en una situación incongruente; si su comportamiento fuera normal el niño perdería el poder que su síntoma le confiere sobre ellos, y en consecuencia la posibilidad de ayudarlos con objeto de promover el cambio, el terapeuta debe motivar a los progenitores para que abandonen la secuencia de interacción habitual, de forma que el niño renuncie a la conducta sintomática.

La entrevista comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y el establecimiento de metas. Las tres primeras son de evaluación y la cuarta es parte de la intervención. Pero en la fase de interacción es difícil aclarar entre los momentos de evaluación y de intervención.

El objetivo no se limita al problema presentado sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que se crean importantes. El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a los que hacia Erickson cuando cambiaba los síntomas del paciente narrando historias que guardaban similitud con el problema.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente, y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Debe haber una definición clara de lo que la familia quiere lograr con el tratamiento. El terapeuta se traza la meta de alcanzar una definición congruente del poder de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática. En ningún caso se persuade a la familia de que el problema esta en ella y no en el paciente identificado.

Una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se intenta otra. Cuando el problema incluye dos generaciones se proponen 3 estrategias: 1) Utilizar a la persona periférica, 2) Se rompe la coalición madre-hijo mediante una tarea: fomentar de manera firme y exigente la competencia del niño, alentar a la madre que realice actividades más apropiadas que andar tras el niño o aumentar la protección materna mediante tareas paradójicas y 3) Se une a los progenitores para que ayuden a su hijo a eliminar el síntoma.

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema y tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas, redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas.

El terapeuta debe organizar a la pareja, de modo tal que el poder y la debilidad no giren en torno al síntoma. El terapeuta debe reinstaurar en la familia una organización jerárquica única en la cual los progenitores ocupen una posición superior al hijo, de tal forma que lo protejan y ayuden en vez de ser protegidos por él. Es necesario insistir en que son los padres y no el terapeuta los que deben resolver los problemas del hijo y que el clínico debe considerarse a sí mismo como parte de la unidad social que contiene el problema.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto respecto a la conducta sintomática como a la organización familiar y/o social que constituye su contexto. Se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. La terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso concreto que faciliten un cambio rápido y sólido; se trata de evitar confrontaciones con la familia (Ochoa, 1995).

6) MODELO DE MILÁN.

La psicoanalista Mara-Selvini empezó a investigar acerca del tratamiento de familias con un miembro anoréxico; debido a que tuvo pocos avances de manera individual en el tratamiento, formó en 1967 un equipo con otros analistas: Boscolo, Cecchin y Prata. Este equipo trabajó los siguientes años en el desarrollo de una nueva aproximación en el trabajo con familias adoptando el enfoque del MRI. En 1972 fue Watzlawick a Milán para ayudar al equipo a empezar a trabajar con la familia como un sistema; finalmente el equipo regresó a los trabajos iniciales de Bateson. Desarrollaron un modelo conceptual y metodológicamente consistente con la epistemología circular de Bateson.

Cuando ellos aparecieron años después reportaron cambios dramáticos de familias con miembros anoréxicos y esquizofrénicos debidas al tratamiento. Este equipo se gesto en el Centro de Estudios de la Familia en Milán. (Mackinnon en Family Process, 1983; Ochoa, 1995).

La manera de trabajar fue la siguiente:

Los datos obtenidos en la primera comunicación por teléfono se transcriben en una ficha estándar. Algunas veces la comunicación telefónica es precedida por una entrevista con él colega que deriva, cuyos informes esenciales se anotan en la ficha. Resulta indispensable releer la ficha ya que la sesión se realiza mucho tiempo después.

Las sesiones se desarrollan en una habitación equipada con numerosos asientos y un espejo unidireccional. El micrófono conectado con el grabador estereofónico de la sala de observación contigua se coloca en el centro de la lámpara.

Se informa inmediatamente a la familia de la modalidad de trabajo en equipo, y se explica del uso del micrófono y del espejo unidireccional detrás del cual se les dice que se sientan dos colegas del otro lado que ayudan en la tarea y con los que se reúnen antes de terminar la sesión. La sesión se desarrolla en 5 partes:

a) La primera parte o pre- sesión. Los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha si se trata de la primera sesión o el acta de la sesión precedente en caso de sesiones sucesivas.

b) La segunda parte o sesión es de duración variable, generalmente cerca de una hora en la que los terapeutas conducen el coloquio con la familia. Los terapeutas solicitan cierto número de informaciones y se interesan no solo por los datos sino también por el modo como se suministra tal información, como índice del estilo interaccional de la familia. El comportamiento de los terapeutas tiende a provocar interacciones entre los miembros de la familia, de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales, y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas. Los terapeutas se abstienen tanto de revelar a la familia los fenómenos observados, como de emitir valoraciones y juicios. Retienen todo como guía para la intervención final.

Si los observadores notan que los terapeutas se desconciertan o confunden a causa de las maniobras de la familia entonces tocan a la puerta y llaman a uno u otro de los terapeutas a la cámara de observación donde les comunican sugerencias y consejos aptos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras. No es raro que un terapeuta salga espontáneamente en busca de ayuda. Después de esta segunda parte los terapeutas se reúnen para la discusión en equipo, que se realiza en una sala reservada a tal fin.

c) En la tercera parte los terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden como concluirla.

d) En la cuarta parte los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión, que consiste generalmente en un breve comentario o una prescripción. Este comentario y esta prescripción se estudian para que resulten paradójicos, con raras excepciones.

Al cierre de la primera entrevista los terapeutas se pronuncian en primer lugar sobre la oportunidad o no de un tratamiento psicoterapéutico. En caso afirmativo y con la aceptación de la familia, se acuerdan los honorarios y se fija el número de 10 sesiones con un intervalo de cerca de un mes.

Al comienzo se usaba la práctica de la sesión semanal y fue casualmente gracias a que algunas familias tenían que realizar largos viajes que se efectuaron entrevistas más distanciadas y así se descubrió que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. A raíz de esto se extendió esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado.

La decisión de elegir el número reducido de 10 sesiones esta inspirada en la convicción de que con estas familias o se logra rápidamente el cambio o se pierde el tren. Los terapeutas no pueden permitirse sesiones interlocutorias ya que la experiencia reveló que refuerzan la resistencia familiar. Por otra parte la técnica de este grupo responsabiliza mucho a la familia, además de reasegurarla sobre la duración y costo del tratamiento. Es posible que se extienda un segundo ciclo de 10 sesiones sumando un total de 20 sesiones.

e) Después de despedirse de la familia, el equipo se reúne nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un acta de la sesión, donde se sintetizan sus elementos esenciales. Si hubo interacciones excepcionalmente importantes se transcriben textualmente. En caso de duda se vuelve a escuchar la grabación.

Este procedimiento exige un equipo que funcione, no perturbado por desniveles jerárquicos, por rivalidades o por la formación de facciones, cuyos miembros compartan, la estima recíproca y la disposición para aceptar observaciones y consejos de parte de los colegas. También es importante el número de componentes del equipo, un equipo demasiado reducido es insuficiente para controlar la potencia del juego esquizofrénico. Un equipo numeroso puede resultar pesado por las discusiones demasiado largas y por un mayor peligro en cuanto a problemas de relación, competencia y facciones; por lo cual cuatro miembros es el justo medio.

La supervisión permanente de los dos colegas en la sala de observación resulta indispensable. Al ser externos a todo lo que ocurre en la sesión son más difícilmente arrastrados por el juego que pueden observar en perspectiva de manera global. Los errores, los peligros y las estrategias de la familia son mucho más visibles para los observadores que para los terapeutas (Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Desarrollan una intervención contraparádójica que es doble vínculo terapéutico dirigido a anular el doble vínculo patológico. Influidos por las ideas de Bateson modifican su concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes con diferencias entre (creencias) el nivel del significado y (patrones conductuales) el nivel de acción (Ochoa, 1995).

En 1980 el grupo se divide en dos: Selvini y Prata se centran en la prescripción invariable basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos; se mantienen modernistas buscándo los modelos básicos disfuncionales de la familias esquizofrénicas (Nichols y Schwartz, 1995; Ochoa, 1995).

Cecchin y Boscolo continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología; se interesan en el proceso de preguntar y en el constructivismo Viajan dando talleres por el mundo y extendiendo el interés en el proceso de preguntar (Nichols y Schwartz, 1995; Ochoa, 1995).

Prata y Selvini más tarde se separan; y Selvini con un nuevo equipo intensifica su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los juegos psicóticos. Pero el equipo en general ha evolucionado en sus conceptos y su forma de hacer terapia. La piedra angular es el juego familiar, concepto que engloba las relaciones de los miembros de la familia, las creencias que tienen unos de otros y todos en su conjunto.

La evaluación busca conocer el juego familiar, siendo este desadaptativo en los sistemas que presentan una patología ya que los roles y funciones no responden al ciclo evolutivo que enfrentan. Las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar el juego; a cambiar las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas.. Su evaluación se basa en una causalidad circular, con un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que el de la causalidad lineal. Se trata de patrones recursivos de interacción.

Lo patológico es el juego familiar que incluye: el mapa de relaciones familiares (coaliciones y exclusiones), la regla que parece presidir esas relaciones (que esta y que no esta permitido) y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. El juego se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede heredarse de generaciones anteriores.

Las familias con un paciente identificado son presas de patrones de interacción recursivos regidos por una causalidad circular. Las secuencias conductuales susceptibles de ser observadas están gobernadas por las reglas del juego familiar. Este juego se infiere a partir de la información obtenida en la entrevista circular acerca de: las alianzas y exclusiones entre los miembros de la familia, las reglas de relación y la definición de las relaciones familiares a partir del impacto del síntoma.

La sintomatología es producto de la discrepancia entre las conductas que están constantemente sometidas a variaciones y las creencias que permanecen inalteradas. Para cambiar la conducta problema se debe modificar el sistema de creencias familiares ya que ambas se influyen recíprocamente.

Los objetivos de la evaluación son determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que este desempeña dentro del sistema relacional.

La entrevista se rige por los principios de:

*Hipótesis, son formulaciones sobre el funcionamiento familiar que el equipo elabora con objeto de seleccionar y ordenar dentro de un cúmulo posible la recogida de información durante la sesión.

*Neutralidad, es la actitud del terapeuta de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración hacia todos los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones. Es una maniobra técnica que le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos, e impide ser arrastrado hacia el juego familiar.

*Circularidad, es la capacidad para confirmar o falsear hipótesis, estableciendo conexiones y diferencias a partir de la información generada por la familia como respuesta a sus preguntas.

Los procesos de la entrevista son: generación de hipótesis, obtención de información, validación de hipótesis, elaboración del problema por la familia y la validación de la intervención.

Al generar nueva información se puede alterar el sistema de creencias de la familia, aunque esta alteración no tiene que ser consciente, ya que gran parte de la información esta implícita y solo es nueva en cuanto se convierta en explícita a través de las preguntas formuladas. Una vez liberada de las limitaciones de sus puntos de vista lineales, la familia podría abordar sus dificultades por sí misma desde una nueva perspectiva.

El grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. La modificación del sistema de creencias familiar posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una metaregla del cambio, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema.

El terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida sino que ha de buscar ella misma una solución que le resulte adecuada. El equipo terapéutico se mantiene neutral con respecto al cambio en parte por que considera que el sistema familiar será más creativo que él.

Los recursos técnicos para el cambio han ido variando en la evolución; se han abandonado las paradojas en favor de intervenciones ritualizadas. Se incluyen intervenciones conductuales y cognitivas.

Las intervenciones cognitivas tienen como finalidad alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Afectan el tipo de atribución de las personas con respecto a la causa del problema o las intenciones de los demás. Incluyen redefiniciones, connotaciones positivas y metáforas principalmente.

Las intervenciones conductuales incluyen prescripciones directas, prescripciones paradójicas y prescripciones ritualizadas (en donde se prescribe una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplea cuando la situación es confusa y ambigua para introducir orden y secuencialidad. Cuando las conductas y reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a este nuevo elemento creando un cambio principalmente. El proceso terapéutico inicia induciendo una crisis en la familia.

En la actualidad Selvini analiza la intencionalidad encubierta del juego y los efectos reales del mismo, por cuanto considera el síntoma como una jugada más, de manera que uno no ve al paciente identificado como una víctima del juego sino como un jugador activo. Expone su hipótesis a los miembros de la familia y los alienta a que hablen. Continúa utilizando la prescripción invariable basada en el supuesto de que las anteriores alianzas y coaliciones se rompen por la redundancia de la unión entre los padres.

Boscolo y Cecchin cultivan la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a falsear o confirmar la hipótesis que elaboran para cada familia. En ocasiones para complementar el cambio inducido en la sesión, prescriben rituales al final de la entrevista.

Tanto Selvini como Boscolo y Cecchin han desembocado en la utilización de intervenciones ritualizadas, que generen un aprendizaje alternativo a nivel analógico, no racional (Ochoa, 1995).

Los terapeutas de Milán pusieron ya el énfasis en el entendimiento de la evolución de la familia a lo largo del tiempo. Su foco de atención es el significado y no sólo la conducta, es una visión del terapeuta como distante y neutral, cuestionador de preguntas circulares, opuesto a las directivas el terapeuta es un perturbador del sistema más que un falsificador de estructuras o interacciones; ayudan a la familia a explorar sus predicamentos. Desde 1980 dan más crédito al proceso de preguntar para producir el cambio. El interés pasó de lo que pasaba en la sesión a las técnicas, estrategias y tácticas para conducir la sesión.

Despertaron nuevas ideas en el campo. Ellos podían tomar su tiempo para explorar y hacer preguntas antes de actuar. Las preguntas se volvieron poderosas y las familias podían cambiar algunas cosas por ellas mismas; mientras que el terapeuta no tenía que ser diestro o poderoso para ser efectivo. Comúnmente las intenciones de cada miembro de la familia se connotaban positivamente en el mensaje que se daba al final de la sesión.

Muchas de las ideas y prácticas del grupo de Milán fueron revolucionarias. Primero fueron modernistas cuando veían el modelo de realidad revelado como único, el cual sería suficiente para cambiar a la familia. Más tarde adoptaron la posición posmoderna creando realidades, la cual introducen al campo de la terapia familiar.

Las últimas contribuciones del movimiento de Milán son: Reconocer la importancia de la evolución de los problemas en la historia de los sistemas familiares., aumentar la confianza de los terapeutas en las propias soluciones de la familia y disminuir los cambios impuestos por el terapeuta por caminos preconcebidos, aumentar en el campo la apreciación de las creencias que hay detrás de las conductas de la familia, e incrementar el arte de entrevistar en especial de hacer preguntas.

Crearon las preguntas circulares que serían desarrolladas más tarde por Karl Tomm y que generan una clase de información que capacita a las familias para ver sus problemas diferentes. El método básico es preguntar por diferencias entre los miembros de la familia o definir relaciones más que preguntar por las creencias o sentimientos de un miembro de esta sin referencia a otro. Los miembros describen a los otros más que a ellos lo que disminuye la inhibición de las defensas (Nichols y Schwartz, 1995).

E) LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN EVOLUCIÓN.

Durante los 60's y 70's la terapia familiar creció radicalmente estableciéndose con sus propias revistas, conferencias y miles de miembros. Hubo muchas descripciones de sistemas familiares nucleares descuidando la atención de las diferencias entre clases o razas, o las variaciones familiares, y menos atención hubo para las diferencias de poder entre hombres y mujeres en la familia. Los pioneros raramente consideraban que sus observaciones pudieran no ser objetivas o sin bases. Estudiaban a la familia como si no fuera afectada por su conducta o sus ideas.

En los 80's se dio una nueva etapa en el desarrollo del campo durante la cual las bases y los puntos ciegos de la terapia familiar fueron cambiados. Esta era de escepticismo y reexaminación ha sido llamada posmodernismo. No solo se perdió la fé en la absoluta validez científica, política y religiosa de la verdad; también se dudo que la absoluta verdad pueda ser conocida. Anteriormente se asumía que había una verdad y se luchaba por poseerla.

Mucha gente escribió sobre la dificultad de conocer la realidad objetiva. Aunque la convicción de que los sistemas son socialmente construidos no es enteramente nueva. El escepticismo se ha estado construyendo a lo largo de este siglo. Desde el relativismo de Einstein se cuestiono la fé en los sólidos hechos de la física. En los 60's se perdía la confianza en una realidad única y se empezó a creer en otras realidades además de la de nuestra ordinaria conciencia.

El movimiento feminista cambio las ideas patriarcales acerca del género que habían sido consideradas leyes de la naturaleza. Hubo que reexaminar las creencias primitivas. Entonces la realidad se veía como una de las muchas maneras como la gente puede ver el mundo.

Esta acumulación de escepticismo tomo fuerza en 1980 y los pilares de muchos campos fueron sacudidos. En la literatura, leyes, educación, arquitectura, religión, política, ciencia, arte y psicología; prácticas y conocimientos fueron desconstruidos. Se muestran la convenciones sociales desarrolladas por la gente con sus propias perspectivas y motivos.

Con la asunción posmoderna no hay realidades sino puntos de vista. Viene un interés en como las narraciones que la gente vive y organiza son generadas. La psicología posmoderna tiene que ver con como la gente crea significados en sus vidas, como construyen la realidad. Una de estas corrientes llamada constructivismo arraiga en la terapia familiar a principios de los 80's ejerciendo fuerte impacto en el campo.

Varios teóricos constructivistas como Watzlawick, Maturana, Von Foerster y Von Glaserfeld toman la posición de Kant en la que la imagen del mundo que nosotros traemos a nuestra mente no es una réplica directa del mundo que se encuentra allí afuera. Ahora la aproximación terapéutica es una de las posibles historias o maneras de ver las dificultades de la gente. El terapeuta pierde el status de experto; las familias dejaron de ser sistemas homeostáticos donde se enredan o entretrejen relaciones, los individuos son personalidades borderline, ya que ahora estos rótulos son parte de las historias que se traen al cuarto de la terapia, mientras que los clientes traen sus propias historias que pueden ser más o menos útiles que las nuestras pero no más o menos verdaderas.

Von Foerster menciona que los observadores tienen un efecto en los sistemas que observan; Von Glaserfeld por su parte con su constructivismo radical piensa que nosotros no podemos nunca llegar a conocer el mundo real, solo nuestras imágenes internas de este.

Estas ideas fueron llevadas a la terapia familiar por Paul Dell, Paul Watzlawick y Lynn Hoffman. Las implicaciones terapéuticas se refieren a que los terapeutas no deberían considerar que están viendo a las familias como en realidad existen; solo están viendo un producto de sus presunciones (acerca de la gente, las familias y sus problemas) y de sus interacciones con las familias.

El Constructivismo se interesa en como los individuos crean sus propias realidades, pero la terapia familiar siempre ha enfatizado el poder de la interacción. Como resultado una variante del Constructivismo llamada construccionismo social, ha sido abrazada por muchos terapeutas familiares. El principal exponente de esta es el psicólogo Kenneth Gergen quien enfatiza el poder de la interacción social en la generación de significados para la gente. No sólo somos incapaces de percibir una realidad objetiva, sino que las realidades que construimos están ancladas en el lenguaje del sistema en el cual vivimos.

Gergen cambia la noción de que somos individuos autónomos que sostienen creencias independientes, y considera que nuestras creencias son muy plásticas, que cambian drásticamente con los cambios en nuestro contexto social. Son los fragmentos de identidad los residuos de distintas relaciones y estamos en constante transformación conforme nos movemos de una relación a otra. La realidad de un individuo aislada con sus propios valores, emociones e intenciones es insostenible. El sentido de que es real y que esta bien emerge de las relaciones.

La desconstrucción surge como una crítica a la cibernética y el funcionalismo, los cuales no consideran la necesidad de observar las acciones del observador y la influencia de sus prejuicios. Se creía que el mapa de la familia que el terapeuta tenía era la realidad más que sólo una metáfora.

El construccionismo social fue bien recibido por los terapeutas familiares quienes se interesan en los significados más que en la acción. Esto fortifico su posición con una teoría académica que sugiere que el trabajo del terapeuta es cocrear nuevas realidades con las familias, no dirigirlas ni aconsejarlas.

La pérdida de la fé en la verdad y la objetividad llevó al fallecimiento de la adherencia ortodoxa a varias escuelas de terapia familiar. Las batallas entre las escuelas quienes habían tenido la imagen más objetiva de la dinámica familiar fueron reducidas a batallas sobre quien era el más convincente en su historia sobre las familias. Hubo entonces el sentido de que no había una sola manera correcta de trabajar con las familias y disminuyeron también las guerras territoriales. Tanto la terapia familiar como la cultura se acercaron a una mayor pluralidad. Los terapeutas fueron libres para elegir entre las distintas escuelas, extraer métodos y conceptos que ellos creían los mejores, y crearon nuevas y más comprensibles perspectivas.

La terapia familiar posmoderna llegó a ser un esfuerzo más colaborativo. Los terapeutas se encontraron más lejos de imponer sus estructuras o soluciones a las familias y tratando de respetar la visión de sus clientes. El terapeuta llegó a ser menos atacado en su rol de experto y a ser más respetado en varios movimientos de autoayuda. Muchos grupos se han movido en este sentido por el estilo de Milán fertilizado por Cecchin y Boscolo. El enfoque en el significado llegó a ser conocido como el movimiento Pos- Milán ó terapia familiar de segundo orden para ser diferenciado de los aspectos estratégicos y jerárquicos de la temprana fase de la terapia familiar (Nichols y Schwartz, 1995).

En la epistemología de 1er orden los observadores podían describir lo observado de acuerdo a los modelos donde se tenía clara la diferencia entre lo funcional y lo disfuncional. Propuesto por Von Foerster, Von Glaserfeld, Maturana y Varela nace el término cibernética de segundo orden, lo cual constituye una nueva epistemología que sus orígenes se remontan a Vico, Kant y Piaget. De la epistemología de los sistemas observados objetivamente por un observador, se pasa a los sistemas observantes donde observador y observado forman parte del mismo sistema que construye conjuntamente su visión del mundo (Gómez en Instituto de la Familia XXV Aniversario, 1997).

Los equipos de segundo orden han inventado importantes técnicas para acercarse a la familia en la conversación sobre sus problemas, durante la cual los constructos de cada miembro del sistema incluido el terapeuta y los miembros del equipo son examinados pero no juzgados. Más que presuponer que los miembros de la familia tienen una visión incorrecta y necesitan de un cambio; los terapeutas de segundo orden tratan de promover el entendimiento de las distintas realidades, y crean una atmósfera de respeto en la cual varios puntos de vista puedan ser discutidos sin ser defensivos. Para este fin los miembros del equipo llevan sus visiones a la familia en varios formatos incluyendo tener a la familia detrás del espejo observando al equipo que esta conversando.

La terapia estriba en crear una atmósfera de aceptación y empatía, en la cual las defensas o agresiones de los miembros de la familia puedan reducirse, permitiendo a todo el grupo creatividad y flexibilidad sobre los problemas. El terapeuta es el aprendiz y el cliente es quien conoce. Es una búsqueda mutua en la que el cliente y el terapeuta juntos, buscan entender y desarrollar una historia que no haya sido contada antes. No hay nada malo en una historia familiar excepto si no funciona bien para ellos, para lo cual la nueva historia hace que el problema desaparezca.

Emergen dos visiones una escéptica y una afirmativa. Una guía los valores de la libre conversación en la cual todas las posiciones son respetadas y escuchadas. La otra guía a la terapia política de liberación con el terapeuta como destructor. Esta diferencia es oscurecida en muchas ocasiones por que ambas visiones caen bajo el rubro de constructivismo posmoderno.

Por otra parte con la terapia familiar feminista se desconstruyen los modelos existentes y se avoca a un estilo más colaborativo y de interés en el significado. Aunque para ellos no todas las realidades son creadas iguales, no confían en la familia, los valores patriarcales y en que las familias encuentren sus propias soluciones. No solo busca nuevas técnicas y conceptos, no es teórica, si no que obliga al profesional a mirarse fuera de la seguridad profesional de su oficio. Involucra las leyendas de género. Para 1990 muchos principios importantes del feminismo fueron aceptados en el campo.

La psicología posmoderna se interesó en la generación de significados; se considera que las historias organizaban la vida de la gente y el proceso del lenguaje generaba esas historias. En los 90's muchos líderes de la terapia familiar rechazaron los aspectos mecánicos del sistema en favor de una metáfora narrativa. Su interés se dirigió a las historias que gobiernan la vida de una familia más que la estructura o la secuencias interaccionales de conducta.

El posmodernismo llega a interesarse en la diversidad y el pluralismo, y con esto los escritos de terapia familiar se diversificaron. Hay pocos artículos de técnicas genéricas, y más de la aplicación de la terapia familiar a poblaciones y problemas específicos.

Los cambios que han ocurrido son:

*La importancia del significado alcanza a la de la acción.

*Incrementa la atención en el valor detrás de nuestros supuestos.

*Disminuye la urgencia de cambiar o controlar a la gente e incrementa la confianza en sus propios recursos (Nichols y Schwartz, 1995).

Dado que es imposible no comunicar o no influir, podemos pensar en sistemas terapéuticos donde todos influyamos sobre todos, donde los terapeutas no sólo escuchemos a nuestras teorías sino que estemos abiertos a escuchar a los pacientes, a validar su experiencia y a permitir que ellos mismos nos vayan señalando aquello que resulta más viable para ellos en el momento del ciclo vital y en las circunstancias en que se encuentran (Gómez en Instituto de la Familia XXV Aniversario, 1997).

Paul Dell entre otros teóricos ha desarrollado un modelo evolutivo en contraposición con el homeostático donde se considera el síntoma en las familias como una manera de mantener el equilibrio. Derivando su epistemología de un grupo de científicos que surgieron a la fama durante los 70's como el físico Ilya Prigogine, o el biólogo Humberto Maturana entre otros físicos, químicos y matemáticos que empezaron a cuestionar la casi sagrada segunda ley de la termodinámica, según la cual todas las entidades del universo tendían a un estado de entropía es decir, sin movimiento ni cambio. Lo que observó Prigogine fué que varios procesos físicos quedaban exentos de ella y que habian formas vivas que también quedaban exentas. Las formas vivas se movían en una dirección negentrópica gran parte del tiempo, es decir, hacia mayor complejidad y hacia estados nuevos y diferentes.

Prigogine desarrolla el concepto de "retroalimentación evolutiva" que se refiere a que un movimiento que es sólo una fluctuación de un sistema en un momento puede convertirse súbitamente en la base para toda una disposición enteramente nueva del sistema en otro momento. La evolución del sistema va espontáneamente a situaciones que son menos probables.

Todas las formas vivas son vulnerables al cambio, especialmente cuando se apartan del equilibrio, cualquier pequeña fluctuación puede amplificarse haciendo que el sistema vaya más allá de sus límites y reaparezca en un estado totalmente distinto. La forma que resulta de la retroalimentación evolutiva es impredecible así como es imposible saber cual de las fluctuaciones lo apartará del estado anterior.

Los ciclos recurrentes nunca se cierran por completo, pues siempre hay espacio para nueva información. Cada ciclo se redondea para llegar a una posición tan minuciosamente distinta de la anterior que resulta imperceptible pero que a veces representa un gran cambio. El psicólogo Paul Dell y el psiquiatra Mony Elkaim han mezclado la teoría familiar con este modelo de dinámica de no equilibrio. Un síntoma no es un signo de una familia disfuncional sino que es el único factor que sigue empujando a esta hacia un estado nuevo y distinto.

Ambos critican el modelo cibernético para los sistemas familiares y los cambios de sistemas aceptados por muchos teóricos en esta materia.

Dell conceptualiza a las familias así como a todos los sistemas vivos como entidades en evolución y no en equilibrio homeostático, capaces de transformaciones súbitas. La tarea del terapeuta consiste en alejar del equilibrio al sistema obligándolo a buscar una solución distinta y a reconocer la importancia del cambio, al determinar que inestabilidad resultará determinante. La estructura se transforma de acuerdo con sus propias leyes, leyes que no se pueden prever ya que forman parte de la singularidad de la familia, por lo que los grandes cambios no pueden preverse aunque puede ser útil evaluar las posibilidades.

El sistema no resiste, solo se comporta con su propia coherencia; coherencia que se encarga de ver como embonan las piezas de un sistema en un equilibrio interno asimismo y externo a su medio (Hoffman, 1995).

F) NUEVAS ESCUELAS EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

En la última década la terapia familiar ha sido transformada. El temprano énfasis en la conducta y el arrollador poder de los sistemas familiares ha evolucionado al reconocimiento que los sistemas son influyentes pero no determinados, que los síntomas no son siempre causados por o que pueden causar problemas familiares, y que los individuos que componen la familia no solo actúan e interactúan, sino que también sienten y piensan.

El campo ha evolucionado hacia el trabajo colaborativo más que directivo. No se trata de hacer que las familias cambien, sino de crear un clima donde los problemas puedan ser explorados de manera menos defensiva, y las familias sean capaces de cambiar por ellas mismas. La noción del terapeuta no es la del experto sino la de la persona que estudia como las familias desarrollan problemas y como pueden resolverlos. Se buscan caminos para que las familias descubran sus recursos más que imponer soluciones (Nichols y Schwartz, 1995).

1) TERAPIA ENFOCADA A SOLUCIONES.

El grupo inicial lo constituyen Steve de Shazer e Insoo Berg quienes desarrollan su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center en Milwaukee. Lipchik, O'Hanlon y Weiner-Davis se han sumado a su labor y han contribuido a la difusión de la orientación en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas. Esta corriente ha estado influenciada por el MRI de Palo Alto en sus inicios, y más recientemente por Karl Tomm (Ochoa, 1995; Nichols y Schwartz, 1995).

No tienen un modelo de individuo o familia normal desarrollado. Están interesados en el lenguaje como los clientes se describen a ellos y a sus problemas. Los significados aparecen en la conversación y son utilizados en el proceso de negociación. Conforme conversan pretenden construir juntos una realidad en la que creen; piensan que un cambio en el lenguaje del cliente traerá cambios en otras áreas, así como un pequeño cambio puede llevar a otros cambios. No imponen valores, dejan que los clientes sean quienes establezcan los objetivos y utilizan los recursos de los clientes para ayudarlos.

Creer que los clientes ya tienen habilidades para resolver sus problemas pero los pierden de vista. Se enfocan en los recursos y las soluciones. No creen que se necesite saber mucho acerca del problema para solucionarlo. Su objetivo es coconstruir una realidad donde los problemas sean solucionables (Nichols y Schwartz, 1995).

Su forma de evaluar conlleva una intención de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual en la entrevista se emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. El énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones de la misma. Este enfoque trabaja con sistemas familiares completos, subsistemas o individuos que acuden solos a terapia.

Steve de Shazer ha llevado a su máxima expresión la búsqueda de excepciones al problema esbozado por los componentes del MRI. Se ha ido apartando de la definición pormenorizada del síntoma y las soluciones ineficaces generadas con objeto de superarlo, para recoger información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clientes. Tiene cierta predilección por generar el cambio en la sesión mediante preguntas que lo induzcan. No cree que haya un movimiento homeostático que impida el cambio. Piensa que el paciente y su familia están motivados para desembarazarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor.

El síntoma que presentan los clientes comprende una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla. El paciente identificado y su familia perciben la solución intentada como la única correcta, siendo esta idea la que propicia la permanencia del síntoma puesto que les impide poner en marcha otras soluciones y darse cuenta de que existen ocasiones en que el síntoma no aparece o lo hace con menos intensidad porque han hecho algo distinto a lo acostumbrado.

Después de lograr una descripción del problema, el terapeuta busca soluciones eficaces (excepciones) para orientar la conversación hacia aquello que funciona y que permite superar la conducta problemática. Los autores no siempre establecen una línea base del problema, ya que su interés no es evaluar el síntoma sino iniciar cuanto antes la solución. Por lo que la sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema.

El objetivo es ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento del cliente en el área del problema y fuera del mismo. Se definen de manera concreta los objetivos y como sabrán que los han alcanzado. Se inicia la solución mediante el cambio mínimo que se generaliza después.

Las preguntas generan información sobre las facetas fuertes y los recursos del paciente y su familia. Se encauza el lenguaje del cliente hacia el cambio perceptivo y conductual. Se formulan preguntas presuposicionales sobre la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual del cliente. Estas preguntas inducen al cambio de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. El terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes no han notado o consideran casualidades, y les ayuda a determinar que necesitan para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas. Normalmente se usa una pausa para preparar la intervención final.

Las técnicas de intervención son: redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, tareas paradójicas, rituales, intervenciones sobre la secuencia sintomática, intervenciones sobre el patrón del contexto, elogios y tareas de formula. Estas últimas se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presenten los clientes.

Si el cliente no describe soluciones eficaces, ni contesta las preguntas a futuro sin el problema, entonces se adopta el enfoque del MRI y una actitud pesimista si la optimista no ha resultado. El terapeuta retomará la orientación centrada en las soluciones eficaces en cuanto el sujeto le brinde el menor indicio de excepciones.

La terapia termina cuando se cumplen las metas establecidas o el cliente decide dejar de asistir. En ambos casos se pregunta por las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro.

El esfuerzo terapéutico se concentra en la generación de soluciones adecuadas, para lo cual es necesario cambiar la creencia de los clientes convencidos de que la solución ineficaz intentada es la única correcta y de que son incapaces de resolver el problema. La estrategia terapéutica consiste en alterar el sistema de creencias que impide percibir cambios en la situación sintomática. Por ello el terapeuta lo orienta a las excepciones o soluciones eficaces, estableciendo o ampliando aquellas diferencias entre lo que ocurre cuando el problema está presente y cuando no lo está. Estas diferencias suelen pasar inadvertidas para el sujeto quien al centrar totalmente su atención en el problema es incapaz de verlas o les resta importancia (Ochoa, 1995).

El cambio inducido durante la entrevista a través de la búsqueda de soluciones eficaces o de preguntas reflexivas concretas puede completarse mediante la intervención final. Han desarrollado la pregunta del milagro, las preguntas por excepciones y las preguntas de escala. Actualmente se reencuadra el contexto de la situación del cliente y no sólo los aspectos problemáticos. Las intervenciones se diseñan con la finalidad de alterar la secuencia sintomática y/o su contexto insatisfactorio, y de subrayar y ampliar las conductas y sucesos satisfactorios relacionados y no relacionados con el problema (Ochoa, 1995; Nichols y Schwartz, 1995).

Lo importante es devolver a la persona una imagen de competencia, basada en estrategias o recursos para hacer cosas satisfactorias y saber resolver los problemas que se presentan en su transcurrir vital. Saber que es competente en determinadas áreas, aunque no estén directamente enlazadas con el problema, también puede favorecer una expectativa generalizada de control interno para resolver con éxito las dificultades con las que ha de enfrentarse (Ochoa, 1995).

Este modelo creció rápidamente en popularidad en los años 80's cuando el presupuesto de la salud mental fue cortado y manejado cuidadosamente, empezando a limitar el número de sesiones por la que los practicantes pudieran ser retribuidos. Esto produjo una enorme demanda de una aproximación breve, descriptiva y enfocada a soluciones (Nichols y Schwartz, 1995).

2) TERAPIAS COLABORATIVAS Y CONVERSACIONALES.

Dentro de las aproximaciones surgidas en los 90's están la de Harlene Anderson, el finado Harry Goolishian, Lynn Hoffman y Tom Andersen. Unidos en oposición al modelo cibernético y a la influencia mecanicista, estos posmodernistas se enfocan más en el cuidado que en la cura. Se han llegado a identificar con la metáfora de la narrativa, con el poder del lenguaje y las historias con que la gente se sostiene a sí misma. Utiliza técnicas para manipular el lenguaje y sostienen conversaciones empáticas de las cuales emergen nuevos significados.

La mayoría de los terapeutas de esta corriente colaborativa desean dotar de poder a las familias, y cambiar la terapia a una búsqueda de nuevas opciones y entendimiento, dejando el lugar de expertos. Debido a que disminuyen el uso de técnicas, su aproximación es difícil de describir, es más una actitud o filosofía que un método particular. Debido a esto los líderes del movimiento escriben más sobre su punto de vista, que de lo que hacen en terapia.

Estos líderes incluyen a Harlene Anderson (Directora del Galveston Family Institute) quien colaboró con Harry Goolishian hasta que murió en 1991. Juntos habían estado a la vanguardia del movimiento de las metáforas cibernéticas y del interés en el posmodernismo aplicado al lenguaje y la interacción.

Lynn Hoffman quien trabajó en equipo en Northampton, Massachusetts en una larga carrera de nuevos desarrollos en terapia familiar. Empezó como un terapeuta estratégico, fue una de las primeras personas enamoradas del modelo de Milán, y ahora sigue a Anderson y Goolishian en el territorio colaborativo.

Tom Andersen es un psiquiatra noruego quien además es veterano del movimiento de Milán, quien creció cansado de la intervención jerárquica de otros modelos. Él desarrolló lo que llama un equipo reflexivo o reflectivo; nivela el juego en el campo de la terapia sin esconder nada a sus clientes, donde él y su equipo discuten abiertamente sus reacciones a lo que la familia dice. El equipo reflexivo es una aproximación que ha sido usada ampliamente en el consenso de la terapia colaborativa. En este método los observadores vienen del otro lado del espejo unidireccional y discuten en la sesión parte de lo que oyeron y vieron en la familia y el terapeuta. Entonces se le pregunta a la familia por la reacción que le provoca lo que vio en el equipo.

Este proceso produce apoyo y un ambiente de honestidad en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos.

Parte de la participación de estos teóricos es la convicción de que los clientes frecuentemente no son escuchados por que los terapeutas hacen terapia a ellos y no con ellos. El que no tomen una posición de conocimiento facilita una conversación con los clientes en la que las experiencias y los conocimientos anteriores del terapeuta no son la guía. En este proceso el terapeuta y el cliente experto son encargados de resolver el problema.

Los terapeutas colaborativos no solo reflejan, sino que también ofrecen ideas y opciones, pensamientos siempre tentativos, y esta es la diferencia con el enfoque no directivo de Rogers. Las preguntas son primordiales ya que son la herramienta del conocimiento del terapeuta. Desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del cliente, y tratan de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser.

Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de no entendimiento. Las preguntas no son generadas por una técnica o un machote de preguntas. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente. Estas aproximaciones contienen elementos que las hacen cercanas al escepticismo posmoderno. No hay un modelo intrínseco del funcionamiento humano.

La más profunda influencia conceptual de estos teóricos es el psicólogo Kenneth Gergen quien con su teoría del construccionismo social dice que la gente esta siendo formada por las interacciones con otros. Es creado (como plástico y fluido) a través de la conversación, lo que hace sentido con que pueda ser cambiado por la conversación; nuevos significados emergen de la conversación que hace que el cliente se sienta mejor, se disuelvan o se disminuyan sus problemas. La dificultad para describir esta aproximación es que no hay un enfoque y las publicaciones son raras.

Anderson cree que la consulta es para la familia, y muestra curiosidad y aprecio por la realidad del cliente, lo que atrae a su vez la curiosidad del cliente. No hace aparentemente nada de lo que la mayoría de los terapeutas haría: refleja, empatiza y ofrece una reestructuración positiva y en ese momento hace sentir a los clientes que su historia ha sido escuchada y ayuda a ellos a escuchar otra historia.

No están interesados en las conversaciones patologizadoras, sino por reconstruir nuevos significados que emerjan de las conversaciones colaborativas. Dan su permiso para ser de nuevo humanos con significados de compasión, honestidad y humildad, en contra de la tecnología de años (Nichols y Schwartz, 1995).

3) TERAPIA FAMILIAR MÉDICA Y TERAPIA FAMILIAR PSICOEDUCACIONAL.

El objetivo es maximizar el funcionamiento y las habilidades de afrontamiento a la enfermedad de él paciente discapacitado y sus familias, más que curarlos. Cambian la idea de que las familias causan los problemas por la de que los problemas acontecen en las familias. La terapia familiar psicoeducacional trabaja con pacientes esquizofrénicos y sus familias; mientras que la terapia familiar médica se desarrolla para ayudar a las familias que batallan con enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, problemas del corazón, etc.

No trabajan con la idea de que las familias causen el síntoma, sino con la idea de que las familias no son culpables. Esta aproximación lleva la creencia de que las familias tienen un poderoso efecto en el curso de los síndromes y trata de colaborar con ellos para maximizar el ajuste y minimizar los conflictos de la familia.

Terapia Familiar Psicoeducacional.

Sus exponentes teóricos más reconocidos son Goldstein, Ian Fallon y Carol Anderson. En esta terapia los pacientes y sus familias deben aprender a vivir con sus limitaciones, si esto no pasa, el impacto de la enfermedad llega a limitar a las familias.

Buscan establecer una relación colaborativa con los miembros de la familia sintiendo empatía, soporte y dando poder para tratar al paciente. Reeducan a profesionales para dar nuevas ideas a las familias acerca de la esquizofrenia, enfatizando las fortalezas familiares más que los límites. La información de la naturaleza y curso de la esquizofrenia ayuda a desarrollar un sentido de maestría en los familiares para entender y anticipar los incontrolables y caóticos procesos por los que cursan. Las familias con información reorganizan el contrato con las necesidades especiales. Quienes informan al equipo son los miembros que cuidan del enfermo.

Cuidan de no dar esperanzas de una cura completa. Anderson a través de talleres permite a la gente entender y no sentirse mal por su conducta, la del paciente o la de los profesionales. Se minimizan los conflictos y críticas entre los miembros de la familia y con el paciente. Si es necesario se pueden poner tareas y reglas dentro de la casa.

La psicoeducación reduce las expectativas y la presión en que el paciente se comporte normalmente. Se busca crear objetivos realistas para prevenir conflictos entre el paciente y la familia. En las últimas sesiones trabajan con los problemas del paciente y la estructura de la familia. Se refuerzan los límites generacionales dando fuerza a los padres para trabajar juntos en disciplina y mover al hijo a su rol correspondiente, desarrollando redes de apoyo, creando apertura en los límites al mundo, retomando el matrimonio por parte de los padres, y evitando que los miembros hablen del paciente.

Solo se retoman otros problemas como conflictos maritales, conflictos en los hijos, depresión, etc, si la familia hace la invitación o cuando los problemas son claros impedimentos del progreso del paciente.

Con la información decrece el sentido de culpa y vergüenza que es comunicado por la ausencia de énfasis en la etiología familiar, que conlleva respeto e igualdad, e incrementa el deseo de generar una nueva aproximación. La familia y los profesionales llegan a sentirse más unidos.

Los psicoeducadores pueden ser vistos como estabilizadores de las funciones familiares. Es más probable que la familia pregunte por los síntomas, por que el terapeuta no ve a la familia como responsables de la esquizofrenia. En este sentido la versión de Anderson puede ser vista como menos intensa que la terapia familiar estructural. Se crea una atmósfera colaborativa sin que el terapeuta ataque o culpe a la familia. Además muchos problemas pre- esquizofrénicos son tomados como irrelevantes.

Sugieren que este modelo no debe ser limitado a la esquizofrenia, mencionan otros problemas en los que puede actuar como la depresión, adicciones, alcoholismo, etc.

Terapia Familiar Médica. Se puede considerar a el movimiento psicoeducacional como una especialidad de la terapia familiar médica. Los terapeutas familiares médicos trabajan con familias que luchan con alguna clase de enfermedad crónica o discapacitante.

Este movimiento tiene como pionero a Don Bloch quien inicia la revista Family Systems Medicine en 1982 con el objetivo de conectar los aspectos psicosociales y biomédicos de los cuidados en salud. Una década más tarde se generan tres libros en este campo.

Las familias en estas enfermedades se avergüenzan menos y son menos defensivas con los terapeutas que las familias de esquizofrénicos. Los terapeutas familiares médicos trabajan en estrecha colaboración con pediatras, practicantes familiares y especialistas en rehabilitación. Se mantienen cerca en el momento del diagnóstico, exploran los recursos relacionados con las demandas de la enfermedad o la incapacidad. Piensan que existe una relación importante entre la dinámica de la familia y el curso clínico del paciente como evidencia de que la consulta y la colaboración pueden ser altamente preventivas. La enfermedad crónica tiene frecuentemente un impacto devastante. Puede afectar sobre las vidas del paciente y su familia, destruyendo su salud, esperanzas y la paz mental.

Jhon Rolland ha construido una estructura que clarifica que cualidades de la enfermedad pueden interactuar con que cualidades de la familia. La enfermedad puede tener varias cualidades: el tipo de inicio, el curso, grado de incapacidad y las consecuencias. Diferentes enfermedades tienen diferentes combinaciones de estas cualidades, dependiendo de la combinación varían las demandas de la familia. Las demandas de la enfermedad interactúan con cualidades de la familia como: el ciclo vital, el rol del miembro enfermo, los recursos del líder familiar, el grado de aislamiento, sus creencias acerca de la enfermedad, de quien debería ayudar en la etnia y la historia de la enfermedades. Con estos conocimientos el terapeuta puede ayudar a las familias a tratar con la enfermedad y cuando esta a estado con ellos por años, ganar en perspectiva.

Los terapeutas ayudan a las familias a reorganizar sus creencias y recursos para mantener a la enfermedad controlada. Junto con otros enfoques opta más por una relación colaborativa. Los terapeutas buscan más los lados fuertes de las familias que los déficits, y buscan caminos apartados de la vergüenza y la culpa que producen los problemas. Este enfoque representa una natural colaboración entre terapeutas, médicos y familiares que dará forma probablemente al futuro de la terapia familiar (Nichols y Schwartz, 1995).

4)TERAPIA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES INTERNOS.

A comienzos de los 80's Richard Schwartz comenzó una exploración sistémica de los procesos internos. Trabajo en el Institute for Juvenile Research en el departamento de Psiquiatría de la University of Illinois de Chicago los 14 años anteriores donde condujo entrenamientos e investigación. Hizo su doctorado en terapia marital y familiar pero no con el modelo tradicional intrapsíquico, por lo que entro al mundo de los procesos internos con pocas perconcepciones de lo que podría encontrar. Condujo estudios de terapia familiar estructural- estratégica con bulimia obteniendo buenos resultados.

En esta aproximación el cliente describe secuencias de interacción que llama voces internas. Sus descripciones hacen parecer como si esas voces fueran más que modelos de pensamiento habitual o estados de sentimientos, como si fueran personalidades internas autónomas.

Aplica los principios sistémicos a modelos internos, al aplicar dichos principios las gentes se empezaban a entenderse mejor a ellas mismas y a los demás, de manera que les permitía cambiar más rápido que en otros modelos intrapsíquicos. Con estas técnicas los clientes son capaces de encontrar sus recursos y cambiar su relación con varias partes de ellos mismos.

El lenguaje es una herramienta poderosa para ayudar a los miembros de la familia a entender al otro y sus problemas. Cambiando una pequeña parte en la persona se logra un cambio en toda la personalidad. Para este modelo el pensamiento consiste en una serie de pensamientos subspecializados, con talentos e intenciones únicas, con un rango de emoción y expresión. Estas partes interactúan como miembros de una tribu o familia amplia; estas partes se organizan en alianzas, al tiempo que se busca el control y hay una lucha de unas contra otras.

Las partes frecuentemente protegen o distraen a otra como pasa con el estrés familiar. La gente favorece y escucha unas partes, obstruyendo otras. El interés es paralelo entre el sistema interno de la persona y el sistema familiar externo. Los cambios internos traen cambios externos y los cambios externos traen cambios internos. Cuando el terapeuta trabaja con la parte no escuchada, la parte escuchada comúnmente llega a causar interferencia. Se busca negociar una nueva relación con la parte abandonada, tratando de escucharla y hablando más sobre ella. Al lograr escuchar la otra parte encuentran sentimientos de calma, iluminación y confianza en el presente. A esta diferencia se le llama Self.

El Self es una guía activa interna que escucha a cada parte lo que quiere, ya sea nutrimento o bienestar, ayudar al cambio de roles o negociar con las partes polarizadas para resolver sus diferencias. La gente llega a nuevas perspectivas de ellos mismos y sus problemas, sin interpretaciones del terapeuta.

Trabaja en una aproximación colaborativa con los clientes en una atmósfera libre de culpa para las sesiones familiares. La gente llega a nuevas perspectivas de ellos mismos y sus problemas, sin interpretaciones del terapeuta. El terapeuta no construye nuevas realidades, sino que crea un ambiente en el que las gentes cambien por sí mismas y sientan menos dependencia a su terapeuta.

Schwartz usa la metáfora de una orquesta en la cual las partes son análogas a los músicos y el self al director. Un buen director valora cada talento musical y conoce sus limitaciones. Cada músico quiere que el centro de atención sea su propio talento, destaca sus contribuciones mientras sigue al director y el director lo juzga. Si cada uno escoge su propio tiempo, expresión o volumen, las secciones competirán y ninguna podrá ser feliz.

De manera similar una parte de una persona puede insistir en hacer el trabajo sin un líder que vea que las necesidades sean cumplidas, las partes podrían pelear por el control y sabotear a otra, resultando en un conflicto interno constante o en la dominación de una parte y la opresión de las otras.

Al trabajar con familias el objetivo es guiar al self de cada miembro de la familia cuando interactúan con otro. Cuando alguno en una familia tiene un problema que frustra a los otros, las partes de un miembro familiar combaten para cambiar las partes de otro, guiando a un feedback positivo de un circuito en escalada entre las partes de diferentes miembros de la familia, y también dentro de cada miembro de esta.

Cuando encuentran a alguien resistente, piensan que se han activado partes protectivas de los miembros familiares. El terapeuta espera que la persona, familia o ecología reaccionen de manera protectora al ser tratados, y el terapeuta lo ve como una reacción natural. Respeta estas partes protectoras, como importante información del impacto del terapeuta en la ecología, y se sugiere que el cliente pregunte a sus partes por que han sido perturbadas. Cada parte protectora descubre sus miedos, y el terapeuta y los clientes pueden negociar caminos para acomodar o restaurar la confianza en esas partes.

Hay tres diferentes roles que las gentes adoptan cuando han sido lastimadas:

*Un primer grupo llamado destierro o exilio son las partes que contienen el dolor, el miedo, tristeza, memorias y sensaciones resultado de experiencias dolorosas. Estos destierros nos hacen vulnerables presentándose el dolor otra vez.

*Los gobernadores tratan de mantener la seguridad. Organizan nuestra vida de manera que minimizan la actividad de los exilios o destierros. A pesar de los esfuerzos por controlar los exilios pueden ser activados.

*Los bomberos trabajan apagando el fuego de los sentimientos que emergen de los exilios apagándolos (con alimento, alcohol, drogas, etc) o distrayéndolos (a través de actividades como el sexo, autoagresión, trabajo, etc).

Las técnicas de este modelo han sido refinadas y definidas a lo largo de 10 años pero también completamente desarrolladas. Los terapeutas encuentran que el simple uso del lenguaje de las partes mejora el tono de la terapia dramáticamente.

Cuando una persona es capaz de mantener su self adecuadamente, las partes extremas de otra persona y su self emergen y su interacción se vuelve más productiva. Las familias pueden encontrar sus propias soluciones por que los recursos de cada miembro están disponibles al grupo, más que existir polarizaciones rígidas entre los miembros. Se debe hacer ver que es necesario mantener el interés a nivel familiar, ya que el modelo presenta un interés especial por el mundo del cliente. El cliente tiene recursos internos que pueden ayudar a trascender los problemas de su familia.

Este modelo tiene influencia del Estructural y el Boweniano, así como de otros de la década de los 90's (Nichols y Schwartz, 1995).

5)TERAPIA NARRATIVA.

Michael White vive en Adelaide, Australia. Él y Cheryl White tienen su base en el Dulwich Center, en el cual imparten entrenamiento, realizan trabajo clínico y hacen publicaciones en relación a su trabajo. Han tenido un poderoso impacto en la escena de la terapia familiar en Australia y Nueva Zelanda por muchos años; han viajado por el mundo en los años anteriores y su influencias se ha esparcido por Europa y E.U.

Ha colaborado con David Epston de nueva Zelanda, quien ha contribuido en el énfasis narrativo de su trabajo. Recientemente Karl Tomm quien ha sido defensor y traductor del modelo de Milán, ha extendido su papel hasta incluir el trabajo de White.

La visión de White fue un trazo burdo de la de Bateson, pero más recientemente el finado filósofo Michel Foucault tuvo un fuerte impacto en él. Con su influencia, White construyó un modelo destinado a librar a la gente de la opresión de sus problemas, como un pueblo puede ser librado de un estado opresivo. Con esto dejó la metáfora cibernética para establecerse en la metáfora narrativa, viendo como los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de ellos mismos, que están frecuentemente reflejadas en las prácticas culturales opresivas

El trabajo de White contiene elementos similares a los de la aproximación enfocada a soluciones, a la psicoeducacional y a la terapia familiar médica. Cree que la gente es oprimida por los problemas y forma una relación colaborativa y de poder. Por un lado se enfoca en el efecto que el problema tiene en la familia como la terapia familiar médica, explora los momentos en que el problema no domina la vida familiar como en el enfoque centrado en soluciones y explora el efecto que la gente tiene en la vida del problema.

El contraste entre el estilo de White y el de Anderson y Goolishian, es que White utiliza las preguntas para separar a la gente de las historias opresivas de la cultura y el estilo de Anderson y Goolishian es desestructurado, es una conversación empática acerca de los problemas. Pero ambos son estilos de pensamiento posmoderno.

White fué influenciado por el filósofo Pauline Rosenau que desarrolla el posmodernismo afirmativo que dice que nadie puede conocer la verdad, pero que se pueden construir historias que mantengan marginadas a las personas. White tiene un interés político y piensa en liberar historias alternativas que han estado oprimidas para la cultura dominante.

No esta interesado en las causas de los problemas, sino en como evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo. Su creencia es que la gente con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en sus vidas. Los eventos negativos en sus vidas y los aspectos negativos de su personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima fácil del problema. Debido a que los miembros de la familia tratan y fracasan solucionando sus problemas entonces la historia de fracasos viene a dominar a la familia.

La terapia ayuda a la gente a localizar, generar y resucitar historias alternativas que ofrecen un distinto sentido a ellos mismos y una distinta relación con los problemas. Más que tener una conversación fluida, corriente y no directiva, el desea que una nueva y mejor historia pueda emerger. La nueva historia ilumina a la persona o a la familia al mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas. La gente esta a cargo de los problemas y no al revés.

El primer paso para construir una historia, es separar a la gente de la vieja historia o la historia saturada del problema que les ocasiona impotencia o frustración. Guía a las familias a participar en lo que llama conversaciones externalizadoras acerca de sus problemas. Externalizadoras acerca de sus problemas, en esta visión del problema este es una entidad separada, externa la persona que lo tiene, se trata de una entidad con vida propia la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización ayuda a entender a los miembros de la familia que los problemas no son las relaciones familiares ni personales. Más bien es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que traen dificultades. Esta externalización permite a las familias nuevas opciones para escapar a la opresión de los problemas, por que ellos pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar al otro por esto. Guía activamente a las familias.

Con el problema externalizado White hace preguntas que consideran la relación de la familia con el problema. Como la gente se separa de sus problemas y examina su relación con estos, la gente encuentra que hay momentos en que tiene algún control sobre estos. Pregunta cuando el problema no los derrota e identifica áreas de la vida que no han sido dominadas por este y a través del proceso de preguntar emergen historias alternativas preferibles. Los familiares pueden entonces trabajar juntos contra el problema. White los ayuda a expulsar sus problemas y después los ayuda a reorganizar su pelea contra estos.

Un grupo de preguntas, examinan la influencia del problema sobre la vida de los miembros de la familia, y un segundo grupo de preguntas es acerca de la influencia de los miembros de la familia sobre la vida del problema. Estas preguntas introducen una nueva historia y ayudan a la familia a ver que son dominados por el problema, pero las preguntas refuerzan el proceso de externalización, debido a que al responder tienen que hablar del problema como una entidad separada.

Las preguntas de White son retóricas, diseñadas para ayudar a la gente a:

*Separarse de sus problemas.

*A dar poder a la gente por encima de sus problemas.

*A darse cuenta de que ellos no son quienes pensaron que eran.

Guía a la gente hacia historias más seguras, teniendo fé en que más que ser forzados, serán liberados de sus historias previas y les permitirá reconocer el amplio rango de alternativas.

Debido a la influencia de Foucault quien analiza a la sociedad contemporánea a través de las leyes de poder (donde el estado oprime a la gente manteniéndolos divididos y haciendo que se sientan responsables de sus propios problemas). La metáfora que utiliza esta corriente consiste en describir la relación entre la gente y sus problemas como un combate por el control, como si estos últimos fueran un adversario viviente.

Sugiere que el problema depende de sus efectos para sobrevivir, pero al no permitir que afecte en la gente, los clientes cortan el sistema base de vida del problema.

La gente empieza a percibir su relación con el problema como diferente y empieza a salir de la opresión. Con la preguntas se cambian sus historias sobre ellos mismos y sobre otros. Esto permite al cliente reescribir sobre el mismo y sobre su historia familia.

White ha aplicado su modelo a problemas con anorexia, esquizofrenia, niños y adolescentes incontrolables, encopresis, enuresis, pérdidas y duelos. En cada área ha desarrollado variantes innovadoras de esta técnica al acomodarse a la idiosincracia del problema. Cree que el entendimiento médico de la esquizofrenia limita a la gente, que la clasificación científica produce sujetos dóciles, y que la construcción social de la naturaleza de la esquizofrenia ejerce una poderosa influencia en su curso.

Usa el constructivismo (que después de la influencia de Foucault llamó constitucionalismo) para explicar como la gente puede reescribir las historias de su vida. Y retiene fuertes valores para ayudar a la gente a organizar su escape de la opresión de los problemas o de otra gente (Nichols Schwartz, 1995).

G) LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO.

En México la terapia familiar se inicia a principios de la década de los 70's cuando el campo de la psicoterapia se encuentra dividido: por un lado esta el grupo denominado ortodoxo de psicoanalistas que salieron a entrenarse a los E.U, Argentina y Europa; por el otro lado esta el grupo de psicoanalistas humanistas dirigidos por el Instituto Mexicano de Psicoanálisis que estableció Erich Fromm.

En 1963 regresó a México R. Macías después de haber seguido su entrenamiento en Montreal, Canadá. Es entonces invitado por G. Dávila, profesor titular del posgrado de psiquiatría a impartir en 1964 en este curso seminarios de terapia familiar. Hace su entrenamiento psicoanalítico con Fromm de 1965 a 1968, y en ese año inicia sus cursos de dinámica y terapia familiar en el Posgrado de Psicología de la Universidad Iberoamericana, en donde inicia junto con R. Derbez y L. Estrada, quienes también acababan de regresar de Montreal, el primer curso de especialización de Posgrado en Terapia Familiar en 1969. Algunos miembros de este grupo asisten al X Aniversario del Instituto Ackerman de la Familia (Ackerman Institute for Family Therapy) invitados por Virginia Satir. Se inician así más contactos con algunos destacados líderes que más tarde vinieron a México para impartir talleres y seminarios intensivos tales como: I. Abel, N. Epstein, J. Framo, A. Kadys, D. Rubienstein, V. Satir, A. Serrano, C. Sluzki y P. Watzlawick entre otros.

En 1971 se celebró en México el Congreso Mundial de Psiquiatría y en el se realiza un Simposium en el que participan V. Satir, C. Whitaker, A. Ferber y R. Macías. Asisten además entre otros L. Chagoya quien esta en entrenamiento en Montreal y quien es invitado a incorporarse.

En 1972 se funda el Instituto de la Familia A. C. (IFAC). Se incorporan a él L. Leñero quien ha hecho los estudios sociológicos más importantes de la familia en México y S. Mekler, egresada de la primera generación. A partir de la tercera generación continúa el programa de entrenamiento.

A fines de 1973 M. Barragán quien se había entrenado como residente con S. Minuchin, se incorpora al IFAC hasta julio de 1975, año en que se separa para fundar junto con L. T. Millán el Instituto Mexicano de la Familia, del que egresan dos generaciones de entrenamiento de 1975 a 1976 y de 1977 a 1978.

En 1975 llega a México I. Maldonado de Argentina y colabora con IFAC. En 1977 el consejo editorial de Family Process se reunió en Cancún e invita a L. Chagoya, R. Macías e I. Maldonado a participar.

Maldonado inicia junto con E. Troya, un taller de Terapia Familiar en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupos (AMPAG). En 1981 I. Maldonado juntó con E. Troya, J. Vicencio y M. Díaz inician un programa de entrenamiento que se convierte en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF).

En 1980 y 1981 la Universidad de las Américas cambia su programa de Maestría en Psicología Clínica por el de Maestría en Orientación y Terapia Familiar.

En 1981 J. A. Emerich, A. Freidberg, M. Roach y G. Cásares entre otros fundan la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C. (AMTF), que agrupa en un sentido gremial a profesionales especialistas egresados de diversos grupos. Esta asociación hace su primer congreso en noviembre de 1986 con gran éxito.

En 1984 nació el Instituto de enseñanza e Investigación en Psicoterapia "Personas" con L. Herrera, M. Pardo, J.A. Emerich y A. Freidberg; y el Instituto Mexicano de la Pareja bajo la dirección de M. Barragán.

En 1987 nace el Instituto de Terapias Breves dirigido por M. B. Moctezuma, y el Centro Mexicano de Investigación y Clínica S.C. (CEMIC) fundado por T. Robles de Fabre, R. Eustace, M. Cerruti y D. Rublí.

R. Macías fue nombrado miembro del consejo de directores de la AFTA de 1983 a 1984: El IFAC inició el primer curso de especialización en el interior de la república en 1986 (Macías en Psicoterapia y Familia, 1988).

Los desarrollos en México han continuado a lo largo de la década de los 90's con nuevas aproximaciones.

H) OTROS DOS MODELOS DE EVALUACIÓN.

En este apartado se incluyen dos modelos de evaluación más, debido a que sirvieron de base junto con la aproximación de Minuchin para el desarrollo de la Escala de Funcionamiento Familiar, instrumento utilizado para esta investigación.

A) ESQUEMA DE EVALUACIÓN DINÁMICO ESTRUCTURAL.

Es en 1974 cuando R. Macías desarrolla este esquema y lo presenta en el Congreso de Psiquiatría Social en Atenas, Grecia. Este esquema es una forma gráfica y accesible de representar y evaluar a las familias.

Intenta desde una perspectiva integradora representar de modo gráfico las relaciones del grupo familiar, su organización estructural y los procesos comunicacionales y afectivos que se observan en la evaluación.

Este mapa parte del clásico familiograma, pero adiciona categorías dinámicas a la representación. Esta conformado por ejes en sentido horizontal y vertical que definen los subsistemas componentes. Todo elemento contenido en él tiene un significado ya sea por el tamaño de la figura, por su proximidad a los ejes o por las características de las flechas o líneas que denotan interrelaciones.

La importancia radica en su capacidad de expresar elementos dinámicos y estructurales familiares lo cual facilita una estrategia de intervención que se traza precisamente a través del mapa, al interior de un círculo que delimita al grupo de convivencia familiar del macrosistema familiar que lo rodea.

El mapa esta estructurado por dos ejes en sentido horizontal y uno sólo en sentido vertical. Los ejes horizontales representan los límites entre subsistemas generacionales de la familia (abuelos, padres o hijos y nietos). El eje vertical separa los subsistemas de los géneros masculino y femenino. Los hombres son situados a la izquierda en nuestra cultura patriarcal. Para su diferenciación genérica se ha utilizado el cuadro para los hombres y el círculo para las mujeres. El eje vertical tiene además otras connotaciones; según la ubicación de una figura en relación con la altura, se determina su jerarquía formal para ese miembro o subsistema. La proximidad o lejanía de este eje también denota el nivel de involucramiento en la vida familiar. A mayor involucración mayor cercanía al eje central, mientras más alejado o periférico menos vinculado con la vida familiar.

En relación a los ejes horizontales, los miembros pueden hallarse alejados o cercanos en la línea que delimita el subsistema precedente o subsiguiente. Ello significa que el miembro esta más o menos comprometido con los roles propios de ese subsistema.

El círculo que rodea a la familia incluye y limita el núcleo de convivencia familiar cotidiana en que conviven permanentemente bajo el mismo techo y establece el límite con el mundo o ambiente exterior.

El paciente identificado se representa con contornos dobles. Las características del trazo de ejes horizontales representan la mayor o menor permeabilidad de un subsistema a otro de la familia y/o hacia otros subsistemas del medio social o macrosistema (otras familias, escuelas, trabajo, etc.)

Cuando los trazos son normales indican una permeabilidad adecuada; en cambio líneas discontinuas expresan excesiva permeabilidad y las líneas dobles expresan rigidez o mayor impermeabilidad en los límites entre subsistemas.

La comunicación afectiva- intensidad de la relación entre la membresía se da en términos de bienestar, malestar o ambivalencia. Para ilustrar las relaciones se han escogido líneas que los unen. Estas pueden ser discontinuas cuando la relación es débil (---), normales al transcurrir adecuadamente (_) y dobles cuando es intensa (=) . Cuando se aprecia un choque o conflicto se interrumpe el trazo entre los miembros (-x-) y la ruptura de las relaciones se marca con dobles líneas inclinadas sobre la horizontal (- / / -). Por otro lado la dirección de las flechas en los extremos de las líneas nos indican la valencia de las relaciones. Es positiva

cuando la flecha marca ambos sentidos, ambivalente cuando además se ve interrumpida en una o ambas direcciones.

Una vez elaborado el esquema, este representa el proceso familiar, y los terapeutas pueden conformar una estrategia de intervención (Macías en Instituto de la Familia XXV Aniversario, 1997).

B) MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MC MASTER.

El MC MASTER se ha desarrollado en un período de más de 25 años y está basado en una aproximación sistémica. Este trabajo tuvo lugar en la Mc Master University y la Brown University. Este trabajo estuvo a cargo de Nathan Epstein y su equipo.

Este modelo no cubre todos los aspectos de funcionamiento familiar sino las dimensiones que tienen mayor impacto en la salud física y emocional, o en los problemas de los miembros de la familia. Cada dimensión tiene un rango que va de mayor efectividad a mayor ineffectividad. El funcionamiento más ineffectivo en una de las dimensiones puede contribuir a las dificultades clínicas. Y la mayor efectividad en todas las dimensiones trae la salud física y emocional óptima.

La estructura y organización son factores determinantes en la conducta de los miembros de la familia. En el curso de la vida las familias pueden tropezar con distintos problemas y tareas divididas en tres áreas:

*Área de tareas básicas- Se trata de problemas instrumentales como problemas para proveer alimentación, dinero, transporte y refugio.

*Área de tareas del desarrollo- Son el resultado del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo debido a que se dan distintas etapas en esta como matrimonio, primer embarazo, y el último hijo que deja la casa (al igual que hay etapas a nivel individual). Cada etapa incluye ciertas tareas o problemas a resolver.

*Área de tareas peligrosas: Involucra las etapas de crisis que incrementan como resultado de enfermedad, accidentes, pérdidas, cambio de trabajo, etc.

Las familias que son incapaces de llevar a cabo estas tres áreas de tareas son las que más probablemente desarrollarán problemas clínicos significativos o problemas crónicos desadaptativos.

Para entender la estructura, organización y modelos transaccionales de la familia se atiende a 6 dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, control de conducta e involucración afectiva.

- a) Solución de problemas. Se refiere a la capacidad de la familia para resolver problemas de manera que permita mantener un funcionamiento familiar afectivo. Esta área se divide en problemas instrumentales y problemas afectivos. Los problemas instrumentales son de naturaleza mecánica como proveer dinero, comida, ropa, casa, transportación, etc; por otro lado los problemas afectivos son problemas con las emociones o sentimientos como el enojo o la depresión.

Las familias que no pueden solucionar sus problemas instrumentales rara vez pueden solucionar sus problemas afectivos; aunque las familias con problemas afectivos pueden tratar en muchas ocasiones adecuadamente sus problemas instrumentales.

La solución efectiva del problema se describe en 7 pasos: 1) identificar el problema, 2) comunicación con la gente apropiada de acuerdo al problema, 3) desarrollar una serie de alternativas posibles, 4) decidirse por una de las alternativas, 5) llevar a cabo las acciones requeridas por la alternativa, 6) monitorear la acción y 7) evaluar la efectividad del proceso de solución del problema.

Las familias más efectivas solucionan los problemas más fácil y efectivamente. Con la familias menos efectivas la solución del problema es menos sistemática y se contemplan menos pasos para la solución. Cuando las 7 etapas son llevadas a cabo las familias son más efectivas, pero las familias que son menos efectivas no pueden identificar el problema. Sin embargo una familia normal puede tener un mínimo de problemas no resueltos.

- b) Comunicación. Es el intercambio de información dentro de la familia. La comunicación se divide en instrumental y afectiva. Además se evalúa si la comunicación es clara o enmascarada y si es directa o indirecta. El mensaje se puede encontrar en un continuo que va de un contenido de información claro hasta uno camuflageado o vago; también puede estar en un continuo que va desde directo (a la persona correcta) hasta indirecto (desviado a otra persona). Estos dos aspectos son independientes y pueden identificarse 4 estilos de comunicación: 1) claro y directo, 2) claro e indirecto, 3) enmascarado y directo y 4) enmascarado e indirecto.

Se atiende a la comunicación verbal pero también a la no verbal sobre todo cuando hay una contradicción directa con el intercambio de información verbal. La conducta no verbal contradictoria contribuye a enmascarar y podría reflejar comunicación indirectamente.

La salud a este nivel esta dada por una comunicación clara y directa a nivel afectivo e instrumental, por lo que la comunicación será menos efectiva mientras menos clara y directa sea.

c) Roles. Son modelos repetitivos de conducta a través de los cuales los miembros de la familia cumplen sus funciones familiares. Hay algunas funciones que todas las familias tienen que realizar repetidamente para mantener la efectividad y salud del sistema. Hay 5 funciones familiares que sirven de base para los roles familiares necesarios. Cada una de estas áreas tiene sus tareas y sus funciones.

- 1) Prover recursos. Incluye las tareas de funciones relacionadas con proveer dinero, comida, vestido y techo.
- 2) Crianza y Apoyo. Incluye proveer de bienestar, calor, confianza y apoyo a los miembros de la familia.
- 3) Gratificación sexual al adulto. Los esposos y esposas deben encontrar satisfacción sexual en la relación y sentir que pueden satisfacer a su pareja sexualmente. Los problemas afectivos son comunes. Es requerido un nivel razonable de actividad sexual. En algunas ocasiones las parejas pueden expresar satisfacción con poca o ninguna actividad.
- 4) Desarrollo personal. Incluye las tareas y funciones de apoyo familiar en el desarrollo de habilidades para el logro personal. Incluyen tareas relacionadas al desarrollo físico, emocional, educacional y social del niño, y relacionadas al trabajo, diversión y desarrollo social de adultos.
- 5) Mantenimiento y manejo del sistema familiar. Esta área incluye varias funciones: a) Toma de decisiones y liderazgo; en general estas funciones deben residir a nivel parental y dentro de la familia nuclear. b) Límites y membresía, que incluye tareas y funciones relacionadas con la familia extendida, amigos, vecinos, huéspedes, tamaño de la familia, y manejo externo con instituciones y agencias. c) Control de conducta que incluye disciplinar a los niños, y mantener las normas y reglas de los miembros adultos de la familia. d) Economía del hogar que incluye las mensualidades, cuentas de bancos, impuestos, y dinero disponible para gastos del hogar y e) Salud que se refiere a identificar problemas de salud, tomar decisiones, y cumplimiento de las prescripciones médicas.

El funcionamiento del rol comprende dos aspectos: 1) la distribución de roles o la asignación de roles lo que incluye cierto número de problemas. 2) El rol de responsabilidad que se refiere a un observador que vigile que las funciones se cumplan correctamente. Incluye la presencia del sentido de responsabilidad en los miembros de la familia y la existencia de sistemas de monitoreo y corrección.

Para la salud en esta área es necesario que todas las funciones sean llevadas a cabo, y la distribución de roles no debe sobrecargar a uno o más miembros, mientras que la vigilancia del cumplimiento de los roles debe ser clara.

d) Respuesta Afectiva. La respuesta afectiva es la habilidad de responder a un estímulo con los sentimientos adecuados en calidad y cantidad. El aspecto cualitativo se relaciona con otros dos aspectos: 1) el que los miembros de la familia sean capaces de responder con todo el aspecto de sentimientos de la vida emocional y 2) que la emoción experimentada sea consistente con el estímulo y el contexto.

En lo que se refiere a la cantidad de respuesta va en un continuo desde la ausencia de respuesta hasta la respuesta en exceso.

Se enfoca más que las otras dimensiones en la conducta de los miembros individuales. No se evalúan los medios por los que se transmiten los sentimientos, sino como afecta esta transmisión el aspecto de la comunicación afectiva.

Hay dos categorías de afecto: las emociones de bienestar, que consisten en calor, cariño, ternura, apoyo, amor, consuelo, alegría y gozo; y las emociones de urgencia que consisten en respuestas de enojo, miedo, tristeza, depresión y desinterés.

La salud está dada por la capacidad de expresar todo el rango de emociones con la intensidad y la duración adecuada; esto varía de cultura en cultura. Puede ser que solo un miembro responda inapropiadamente y ocasiones donde hay ausencia o exceso de respuestas.

e) Compromiso Afectivo. Se refiere a que tanto se muestran interesados en las actividades e intereses de los distintos miembros de la familia. Lo importante es la cantidad de interés que los miembros de la familia demuestran así como la manera en que se muestra este interés. Hay un rango de estilos desde la total falta de involucramiento hasta el completo involucramiento.

En este continuo hay 6 tipos de involucramiento: 1) falta de involucramiento o interés en el otro, 2) falta de involucramiento sentimental, es decir, hay algún interés en el otro pero es principalmente intelectual, 3) involucramiento narcisista que se refiere en el interés en los otros solo al grado en que esta conducta se refiere a ellos mismos, 4) involucramiento empático que es el interés en el otro por consideración a los otros o por amor a los otros, 5) sobreinvolucramiento o excesivo interés en el otro y 6) involucramiento simbiótico que es un interés extremo y patológico en los otros, este solo es visto en relaciones muy disfuncionales donde hay una marcada dificultad de diferenciación.

Se considera el involucramiento empático como el óptimo para la salud. Mientras las familias se alejen más de este tipo de involucramiento, el funcionamiento familiar será menos efectivo en esta área.

Pueden existir variaciones como episodios de sobreinvolucramiento, algunos momentos de interés narcisista, etc.

f) Control de conducta. Son los modos que la familia adopta para enfrentar la conducta en 3 áreas: situaciones de peligro físico; situaciones que incluyen la expresión y conocimiento de las necesidades psicobiológicas y su manejo; y situaciones que incluyen la conducta de socialización interpersonal con miembros de la familia y ajenos a ella. Son importantes las normas, las reglas y la libertad o flexibilidad con que se cuenta. Hay 4 estilos de control de conducta basados en variaciones del estándar o criterio:

*Control de conducta rígido. El estándar es intolerante y específico para la cultura y hay mínima negociación o variación de acuerdo a las situaciones.

*Control de conducta flexible. Los estándares son moderados y hay oportunidad para negociar y cambiarlos dependiendo del contexto.

*Control de conducta laissez- faire. No se tiene un estándar y hay una total permisividad sin tomar en cuenta el contexto.

*Control de conducta caótico. Es impredecible y fortuita la variación entre otros estilos; los miembros de la familia no saben que estándares aplican en un momento y cuanta negociación es posible.

El control de conducta es el más efectivo y el control de conducta caótico es el menos efectivo.

Puede haber una variación de falta de claridad en algunas áreas menores y puede que esto origine un conflicto. En las familias con funcionamiento normal un miembro de la pareja es capaz de decir que espera de su pareja y que espera su pareja de él (Epstein, Bishop y Baldwin en Walsh, 1983).

CAPÍTULO 5. MÉTODO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Son disfuncionales las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA?

2. JUSTIFICACIÓN

Es relevante la evaluación del funcionamiento familiar teniendo los miembros presentes, ya que esto arroja luz para una mejor comprensión del proceso que atraviesa el enfermo y permite una mejor aproximación al paciente y su familia.

3.OBJETIVO.

Conocer si las familias con un miembro enfermo infectado por el VIH/SIDA son funcionales o disfuncionales.

4. HIPÓTESIS

H1: Si son disfuncionales las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA.

H0: No son disfuncionales las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA.

5. DELIMITACIÓN DE VARIABLES (DEFINICIÓN OPERACIONAL).

A) Variable Independiente.

*Familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA (Que al menos un miembro de la familia tenga el diagnóstico de infección por VIH/SIDA).

B) Variable Dependiente.

Funcionamiento familiar (Escala de Funcionamiento Familiar).

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES CONCEPTUAL.

a) Familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA: Es un grupo de adscripción natural de seres humanos de los cuales uno se encuentra infectado por el VIH/SIDA, con o sin lazos de consanguinidad entre sus miembros, que conviven generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios.

b) Funcionamiento Familiar: Es el conjunto de funciones que cumple la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros.

Para medir el funcionamiento familiar se aplicó "La Escala de Funcionamiento Familiar" creada por la Dra. Emma Espejel Aco y cols. (1997) en la ciudad de México y que se divide en 9 áreas con 40 reactivos en total.

1. Área de autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres (reactivos 1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40).

2. Área de orden: evalúa como se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados (reactivos 8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40).

3. Área de supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento (reactivos 16, 25, 26, 28).

4. Área de afecto positivo: evalúa como se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia (reactivos 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33).

5. Área de apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social dentro y fuera del grupo familiar (reactivos 7, 16, 18, 20, 39, 40).

6. Área de conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente (reactivos 5, 9, 36, 37, 38, 39, 40).

7. Área de Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia (reactivos 4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38).

8. Área de afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia (reactivos 6, 15, 29, 34).

9. Área de recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos (reactivos 2, 12, 13, 14, 17, 40).

En este modelo se obtiene la funcionalidad y disfuncionalidad de cada área así como a nivel global.

Funcionalidad: es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Disfuncionalidad: es la incapacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

7. SUJETOS.

Se seleccionaron a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA a 22 familias que tengan uno o más de sus miembros con el diagnóstico de infección por VIH/SIDA elaborado por la institución.

8. MUESTRA.

El muestreo fue no probabilístico intencional, en la que se especificaron las características de los sujetos que participan en la investigación.

9. DISEÑO

Se realizó un estudio pre-experimental descriptivo denominado "Estudio de caso con una sola medición" (Campbell, 1970) en el cual se estudia un solo grupo cada vez después de someterlo a la acción de algún agente o tratamiento que se presume capaz de provocar un cambio (familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA).

10. TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio utilizado fue de campo de tipo exploratorio debido a la falta de investigación en esta área a través de un instrumento creado, validado y confiabilizado en México anteriormente. El estudio buscó descubrir variables significativas, descubrir relaciones entre variables y establecer variables para pruebas de hipótesis posteriores mas sistemáticas y rigurosas (Kerlinger, 1988; Bellack, 1989).

11. INSTRUMENTO (Ver anexo 1).

Se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar. La escala incluía una carátula donde se anotaba la fecha de aplicación, el nombre de la familia, tiempo de unión, edad del primer hijo, dirección, ingreso familiar e ingreso per capita. A continuación se anotaba a cada miembro, su sexo, edad, escolaridad, ocupación, y aportación económica a la familia así como una descripción de la vivienda por parte del investigador.

Se incluía un familiograma y 40 preguntas que se dividen en 9 áreas: Autoridad (10 reactivos), Control (8 reactivos), Supervisión (5 reactivos), Afecto Positivo (7 reactivos), Apoyo (6 reactivos), Conducta Disruptiva (7 reactivos), Comunicación (9 reactivos), Afecto Negativo (4 reactivos) y Recursos (6 reactivos)

Algunos reactivos se repiten en mas de una área. El reactivo 4 en las áreas de Autoridad y Comunicación; el reactivo 5 en las áreas de Autoridad y Conducta Disruptiva; el reactivo 10 en las áreas de Control y Comunicación; el reactivo 12 en las áreas de Autoridad y Recursos; el reactivo 14 en las áreas de Autoridad y Recursos, el reactivo 15 en las áreas de Afecto Negativo y Comunicación; el reactivo 16 en las áreas de Supervisión y Apoyo; el reactivo 17 en las áreas de Control y Recursos; el reactivo 18 en las áreas de Comunicación y Apoyo; el reactivo 22 en las áreas de Comunicación y Afecto; el reactivo 26 en las áreas de Control y Supervisión, el reactivo 28 en las áreas de Autoridad y Supervisión; el reactivo 31 en las áreas de Control y Afecto Positivo; el reactivo 34 en las áreas de Control y Afecto Negativo; el reactivo 36 en las áreas de Conducta Disruptiva y Comunicación; el reactivo 38 en las áreas de Comunicación y Conducta Disruptiva; el reactivo 39 en las áreas de Autoridad, Apoyo y Conducta Disruptiva; y el reactivo 40 en las áreas de Recursos, Conducta Disruptiva, Apoyo, Control y Autoridad.

La Dra. Emma Espejel Aco y cols. (1997) desarrollaron la "Guía Conjunta de Evaluación Familiar" que surgió a partir de la entrevista familiar a 80 familias en la comunidad Ruiz Cortines, delegación Coyoacán. Los reactivos fueron confiabilizados por terapeutas familiares del Instituto de la Familia A.C.

Posteriormente en 1987 de una revisión de la Guía Conjunta de Evaluación Familiar surge el "Cuestionario de Evaluación Familiar", donde quedan ampliadas las instrucciones y esclarecido el objetivo del cuestionario. Se toma ya en cuenta que miembro de la familia contesta las preguntas y se agrega el domicilio. En este se obtuvieron 12 áreas y a cada reactivo se le colocaban distintas posibilidades de elección.

La discriminación de los reactivos se hizo a través de dos formas paralelas. La aplicación se hizo en tres poblaciones: abierta, clínica y escolar. Se tomaron en cuenta 500 aplicaciones y se encontró una confiabilidad de .75 a través de la prueba Alfa de Cronbach. En cuanto a la validez se obtuvo un índice de comunalidad de .63.

En 1992 el Dr., Francisco Almagro validó el cuestionario de Evaluación Familiar en la Habana, Cuba; evaluando a 17 familias con un miembro con intento suicida, por un lado utilizó el cuestionario y por otro lado un grupo de expertos evaluó a las mismas familias con fines diagnósticos. Encontraron que el Cuestionario tiene una sensibilidad de 52.9%, una especificidad de 93.4%, el valor predictivo del resultado positivo (VPRP) de 71.3%, su valor predictivo de resultado negativo (VPRN) de 80.9% y la eficiencia de la prueba para detectar disfunciones familiares donde existe un miembro que hizo un intento suicida fue de 91.2%.

Posteriormente a través del Instituto Nacional de Salud Mental (DIF) en la ciudad de México se aplicó el cuestionario a 50 familias: 25 con paciente deprimido y 25 sin paciente deprimido. Para este entonces el cuestionario consta de 52 preguntas y la confiabilidad calculada según el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach fue de .75 y cada una de las preguntas fué analizada por separado. Sus áreas eran: Centralidad, Límites, Autonomía, Control de Conducta, Alianzas, comunicación, Roles, Jerarquía, Afectos y Psicopatología.

En 1995 se transforma el cuestionario en la "Escala de Funcionamiento Familiar" siendo agrupadas las áreas originales en 9 factores que son: Autoridad, Orden, Supervisión, Afecto Positivo, Apoyo, Conducta Disruptiva, Comunicación, Afecto Negativo y Recursos. La consistencia interna Alfa de Cronbach fue de .91 quedando 40 ítems con buena discriminación de familias funcionales y disfuncionales.

Las opciones de respuesta a las preguntas son: Padre, Madre, Hijos, Hijas, Otro Familiar, Otro no Familiar, Todos, Nadie, No avisa, Verbalmente, Corporalmente, Instrumentalmente, Subsistema parental, Subsistema hijos, Muy frecuente, Algunas veces, y Muy raro. Las opciones de respuesta que se incluyen para cada pregunta dependen del tipo de pregunta.

Preferentemente deben ser dos los entrevistadores de manera que se hagan las preguntas, se marquen las respuestas y se anoten las observaciones siendo de 30 a 60 minutos el tiempo aproximado de aplicación.

Se deben llenar los datos de la carátula y elaborar el familiograma, así como indicar a la familia que se van a hacer unas preguntas y que traten de ponerse de acuerdo para responder. La escala en todo momento permanece en manos de los entrevistadores.

Cada reactivo se califica a partir de los criterios que incluye el manual para cada pregunta siendo en general:

1 Disfuncionalidad.

2 Poco funcional.

3 Medianamente funcional.

4 Funcional.

Se suman los reactivos por área y se compara la puntuación con la del perfil del manual con lo cual se obtiene la funcionalidad o disfuncionalidad por área.

Para obtener la funcionalidad o disfuncionalidad global se suman los 40 reactivos de la escala y la puntuación se compara con el perfil.

Además para evaluar a cada familia se toma en cuenta la etapa del ciclo vital por la que cursa la familia, la clase socioeconómica, y la estructura de la familia.

12. PROCEDIMIENTO.

Se contactó a las familias con miembros infectados por el VIH/SIDA a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.

A todas las familias se les pidió su cooperación para participar en una investigación acerca de la familia y se les pidió su autorización para visitarlos en su casa en donde se aplicara la escala. Para cada aplicación sólo se incluía a los miembros de la familia que tenían conocimiento de diagnóstico de infección por VIH/SIDA en uno de los miembros de la familia.

Una vez en la casa de cada familia se recogía la información de la carátula y se elaboraba el familiograma dejando los datos socioeconómicos al final de la aplicación de la escala. Se les indicaba que a continuación se les harían unas preguntas y se les pedía que traten de ponerse de acuerdo para responder.

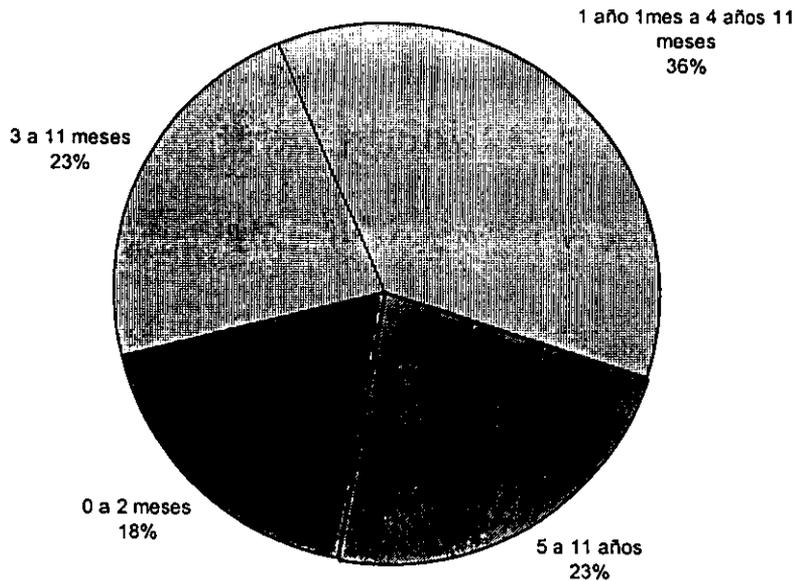
Uno de los entrevistadores hacía las preguntas a la familia en su conjunto y anotaba las respuestas mientras el otro anotaba las observaciones interaccionales. Al final se tomaban los datos socioeconómicos y se agradecía su participación en la investigación.

A continuación se dio paso a la calificación de las 22 Escalas de Funcionamiento Familiar aplicadas de acuerdo a los criterios especificados por el autor en el manual.

CAPÍTULO 6.- RESULTADOS

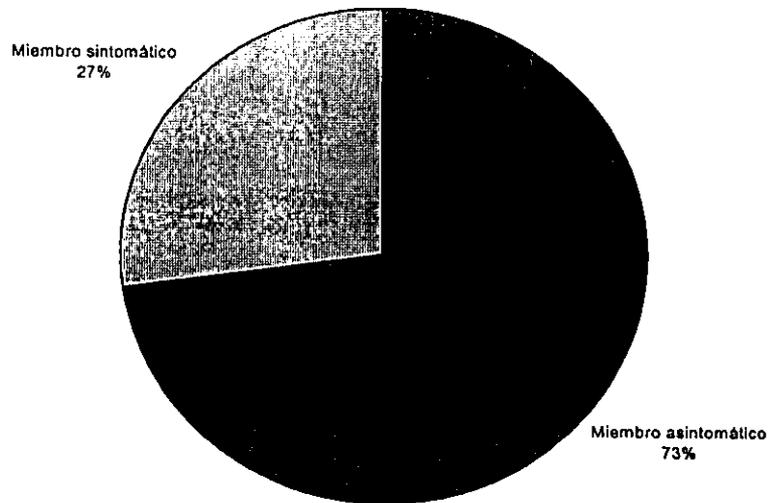
El objetivo de esta investigación fue indagar si las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA eran disfuncionales para lo cual se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar que evalúa 9 áreas específicas de funcionamiento familiar y que en conjunto componen el funcionamiento familiar global. La Escala fue creada por la Dra. Emma Espejel Aco en México con población mexicana, y cabe destacar que para esta escala la primera desviación estándar esta en el rango de +4 a -4, siendo significativos los puntajes sólo a partir de la segunda desviación estándar lo mismo para las 9 áreas que para el puntaje global.

Gráfica 1. Tiempo de conocer el diagnóstico de VIH/SIDA por las familias.



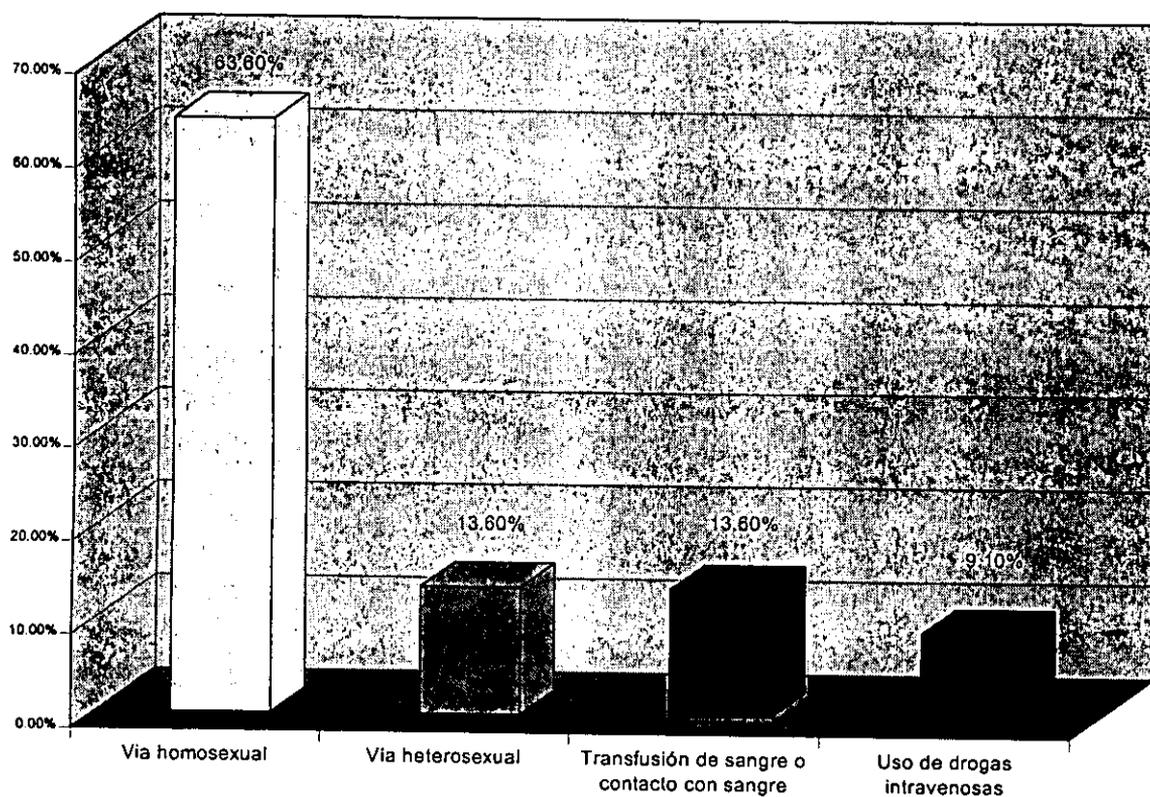
Para esta investigación la muestra estuvo compuesta por 22 familias con las siguientes características: el 18.2% de las familias tenían entre 0 y 2 meses de conocer el diagnóstico (Dx) de VIH/SIDA, el 22.7% lo conocían desde hace 3 a 11 meses, el 36.4% desde hace 1 año 1 mes a 4 años 11 meses, y el 22.7% tenían de 5 a 11 años de conocer el Dx.

Gráfica 2. Porcentaje de familias con miembros sintomáticos y asintomáticos.



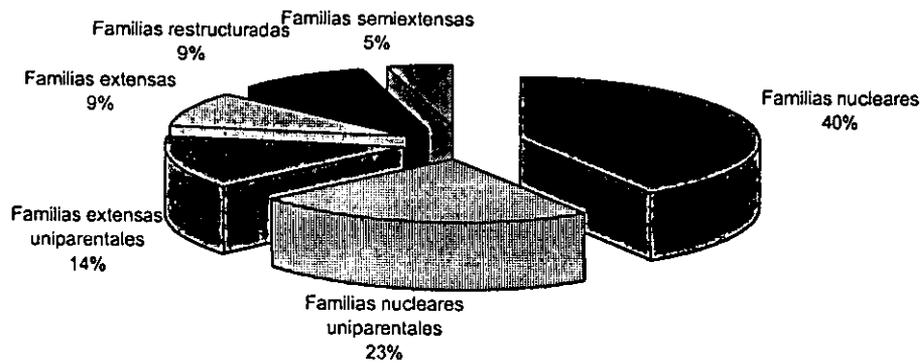
En el 72.7% de las familias el miembro infectado no presentaba síntomas por la infección de VIH/SIDA, en el 27.3% de las familias el miembro infectado presentaba síntomas asociados a la infección por VIH/SIDA.

Gráfica 3 Familias según la vía de contagio del miembro infectado.



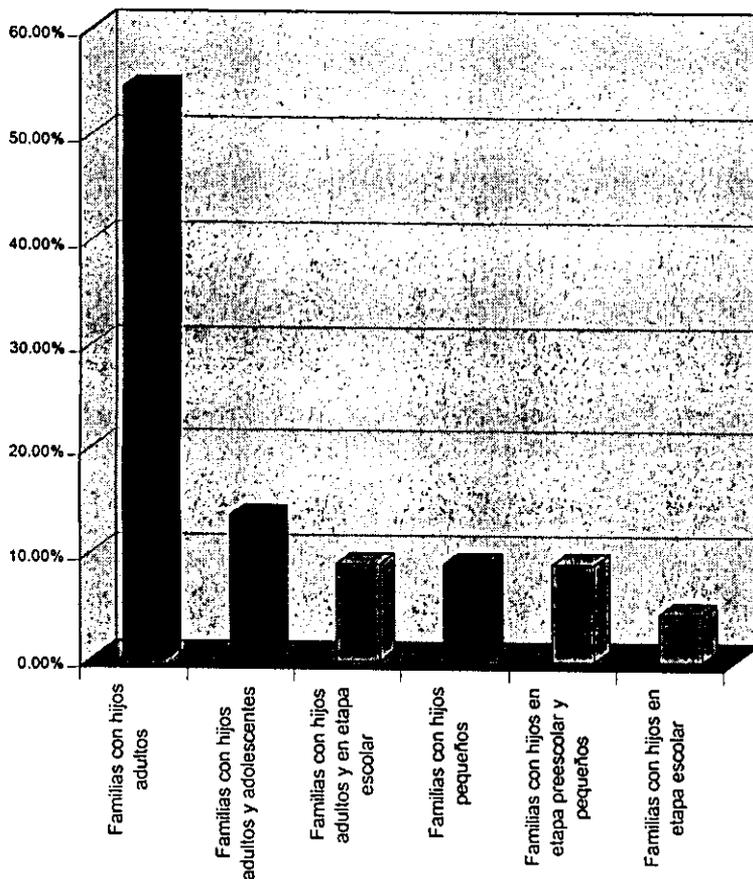
En el 63.6% de los miembros infectados la vía de contagio fue homosexual, el 13.6% fue por vía heterosexual, otro 13.6% fue por vía de transfusión de sangre o contacto con sangre, mientras que el 9.1% restante fue a través del uso de drogas intravenosas.

Gráfica 4. Tipos de familias.



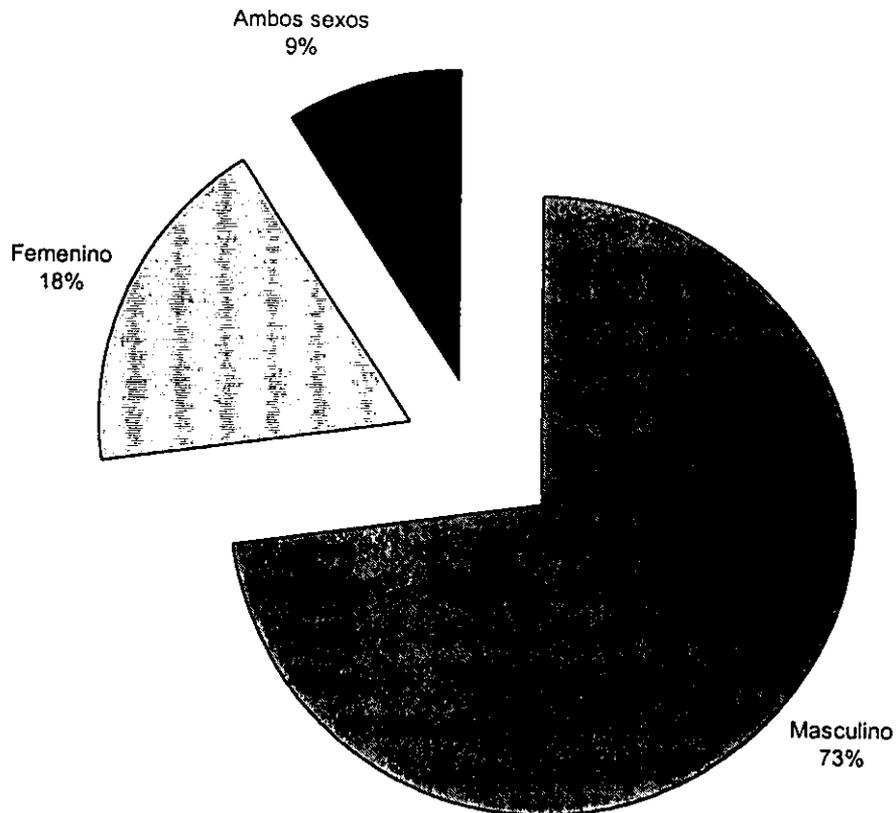
El 40.3% de las familias eran nucleares, el 22.7% nucleares uniparentales, el 13.6% extensas uniparentales, 9.4% extensas, 9.4% restructuradas, y el 4.5% semiextensas.

Gráfica 5. Etapa del ciclo vital de la familia.



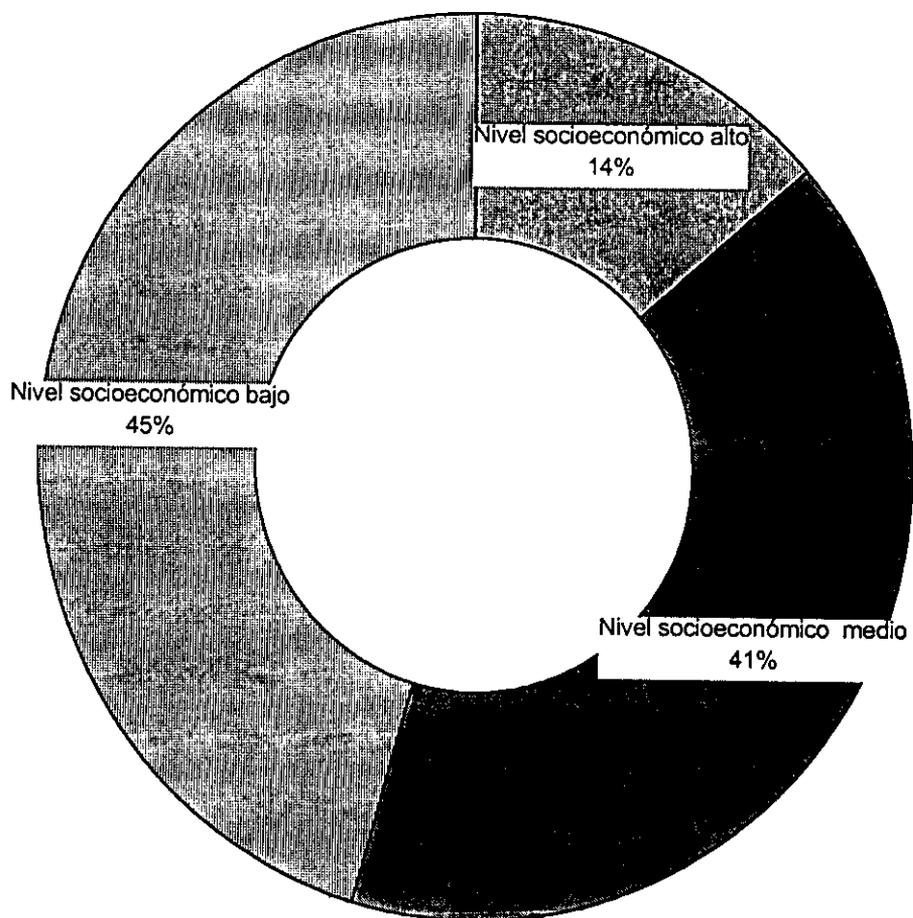
De acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que cruzaba la familia el 54.6% eran familias con hijos adultos, el 13.6% eran familias con hijos adultos y adolescentes, 9.1% eran familias con hijos adultos y en etapa escolar, 9.1% familias con hijos pequeños, 9.1% familias con hijos en etapa preescolar y pequeños, y el 4.5% restante familias con hijos en etapa escolar

Gráfica 6. Sexo del miembro infectado



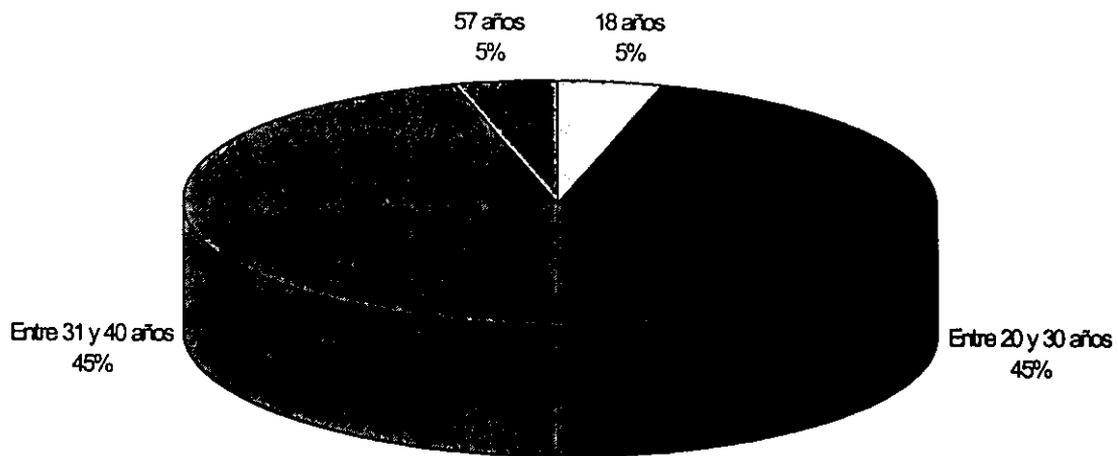
En el 72.7% de las familias el miembro infectado era del sexo masculino, el 18.2% de las familias tenían a un miembro infectado de sexo femenino, y el 9.1% de las familias tenían a una pareja de hombre y mujer infectados.

Gráfica 7. Nivel socioeconómico de la familia.



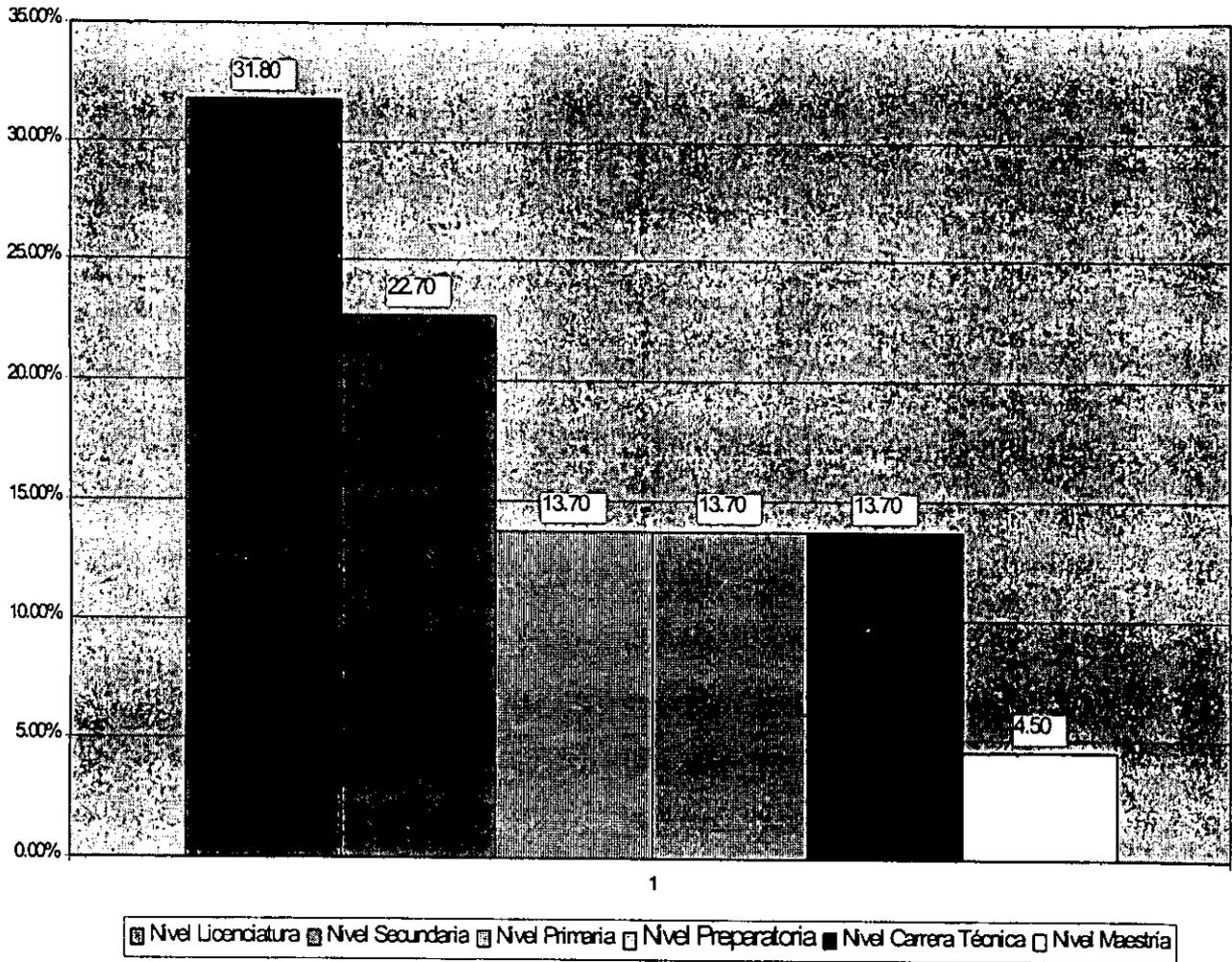
El 45.4% de las familias tienen un nivel socioeconómico bajo, el 40.9% un nivel socioeconómico medio y el 13.6% un nivel socioeconómico alto.

Gráfica 8. Edad del miembro infectado.



En el 45.4% de los casos el miembro infectado tenía una edad entre 20 y 30 años, el 45.4% de los miembros infectados tenían una edad entre 31 y 40 años, el 4.5% tenían una edad de 18 años y el 4.5% restante tenían una edad de 57 años.

Gráfica 9. Nivel educativo del miembro infectado de la familia.



El 31.8% de los miembros infectados tenían un nivel educativo de Licenciatura, el 22.7% de Secundaria, 13.7% de Primaria, 13.7% de Preparatoria, 13.7% de Carrera Técnica y 4.5% de Maestría.

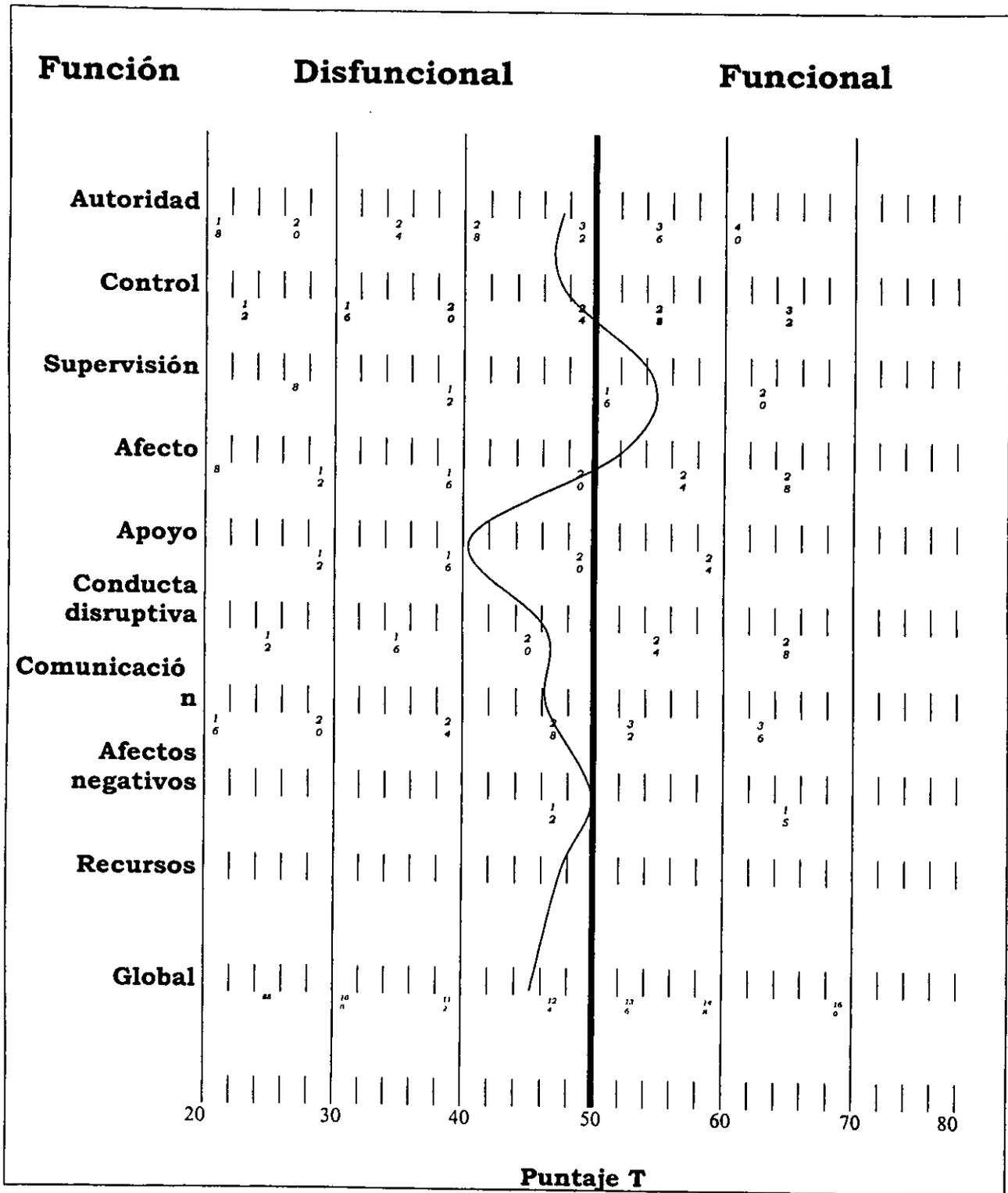
Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación se realizó el análisis de perfiles y de medias, debido a que la muestra no era lo suficientemente grande para encontrar diferencias significativas con una prueba paramétrica o no paramétrica. Se encontraron los siguientes resultados:

El funcionamiento familiar global de las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar por lo que es aceptada la hipótesis alterna en la que se esperaba que las familias con un miembro infectado por VIH/SIDA fueran disfuncionales. De las 22 familias evaluadas 12 eran disfuncionales y 10 eran funcionales.

El área de apoyo fue la más afectada aún cuando se encuentra en el rango de la primera desviación estándar.

Observamos como el área de apoyo es la más afectada, asociado muy probablemente al estigma por la enfermedad y en muchas ocasiones por la orientación sexual del individuo infectado; por otra parte es notable que la única área que funciona de mejor manera es la de supervisión, no sabemos si la observación a que están sometidas estas familias desde el aspecto médico y su continúa evaluación sirve de alguna manera para que estas familias desarrollen a su vez una mejor supervisión.

Figura 1. Perfil de funcionamiento familiar global de las 22 familias evaluadas.



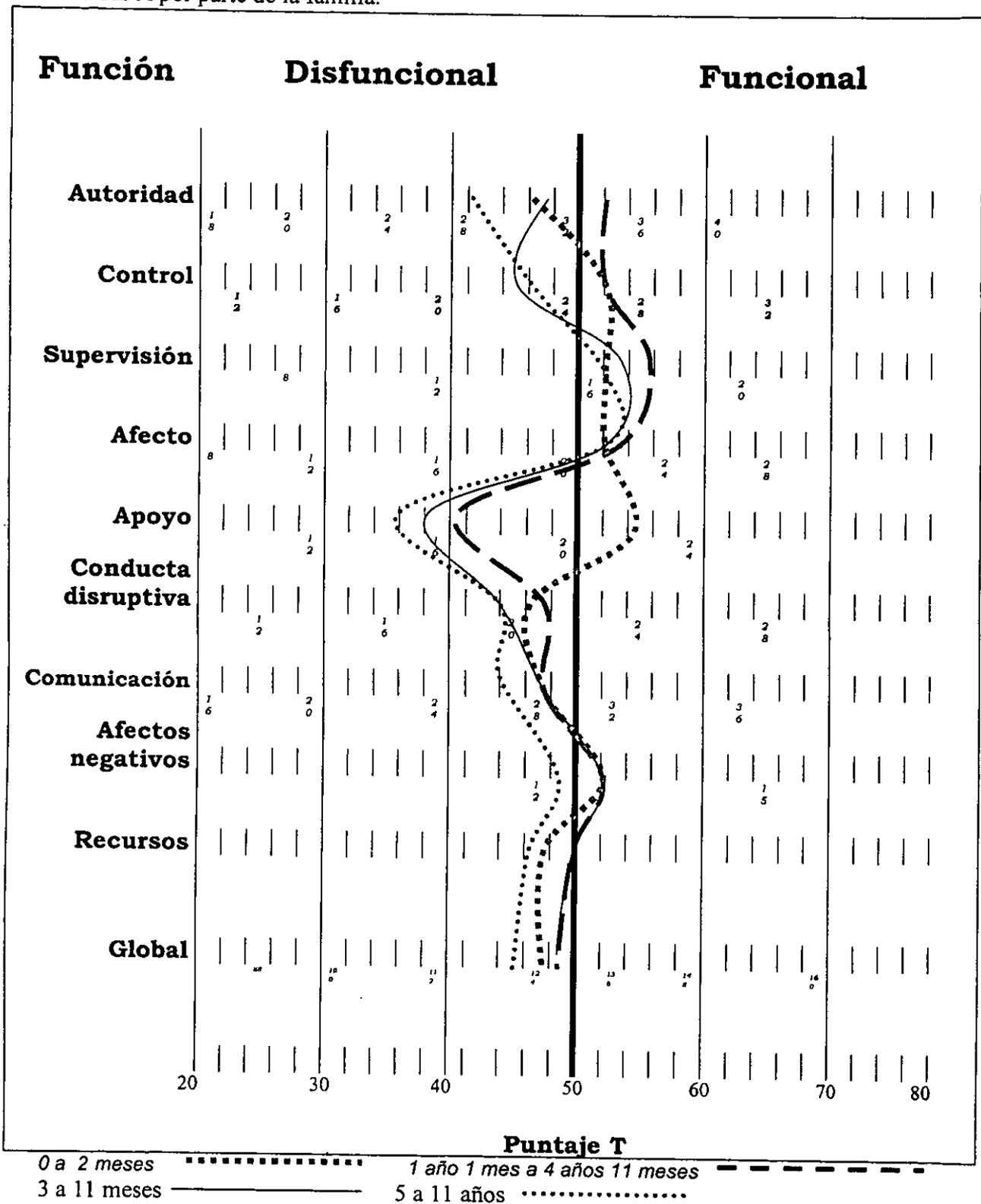
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR GLOBAL _____

Por otra parte la autoridad se encontró disfuncional de manera global en el rango de la primera desviación estándar siendo más cercana a la disfuncionalidad de la segunda desviación estándar en el período de 0 a 2 meses y de 5 a 11 años de conocer el diagnóstico, probablemente asociado al impacto del diagnóstico y a las crisis ocasionadas por las etapas más avanzadas de la enfermedad.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en el período de 0 a 2 meses, mientras que se vuelve disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en el período de 1 año 1 mes a 4 años 11 meses y disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar en el período de 3 a 11 meses y de 5 a 11 años.

La comunicación y la expresión de afecto negativo tendieron más a lo disfuncional dentro del rango de la primera desviación estándar en el período de 5 a 11 años después de conocer el diagnóstico.

Figura 2. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo al tiempo de conocer el Dx de VIH/SIDA por parte de la familia.



La utilización y desarrollo de recursos afectivos e instrumentales fueron disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar en el período de 0 a 2 meses y de 5 a 11 años de conocer el diagnóstico.

Tabla 1. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo al tiempo de conocer el diagnóstico de VIH/SIDA.

0a 2 meses	125.3
3 a 11 meses	128.6
1 año 1 mes a 4 años 11 meses	131.0
5 a 11 años	121.6

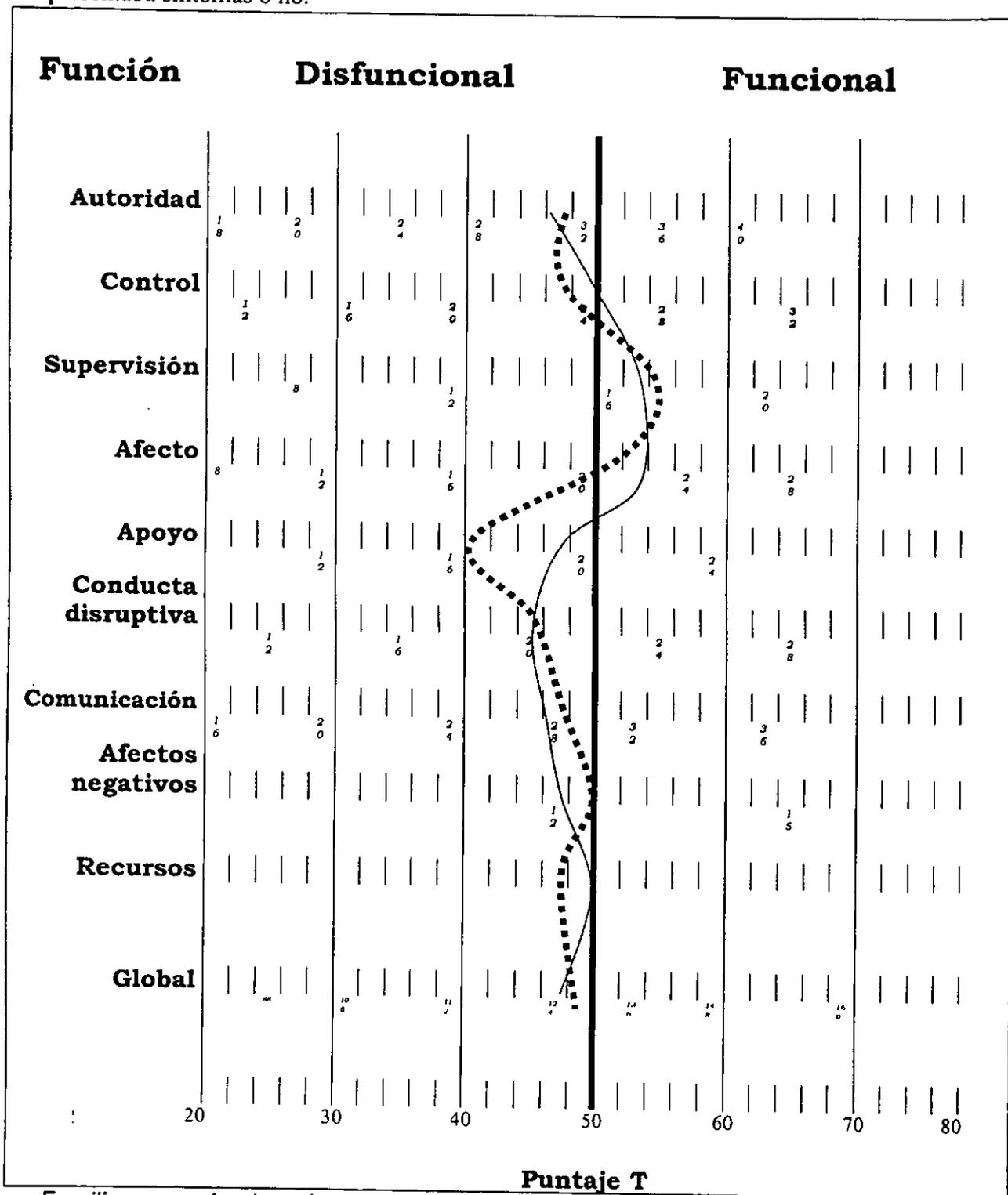
El funcionamiento familiar global fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en el período de 3 a 11 meses y de 1 año 1mes a 4 años 11 meses, en el rango de la segunda desviación estándar para el período de 0 a 2 meses y en el rango de la tercera desviación estándar en el período de 5 a 11 años.

Es importante resaltar que mientras que el apoyo funciona de mejor manera en los primeros dos meses después del diagnóstico cuando la familia se encuentra menos desgastada; a medida que avanza el tiempo esta área se ve afectada probablemente asociada al desgaste de la familia y a la presencia de signos físicos de la enfermedad, lo que vuelve esto un proceso difícil de ocultar y blanco de la crítica social hacia la familia, con lo que algunos o todos sus miembros se verán imposibilitados para brindar el apoyo necesario al miembro infectado sobre todo hacia el exterior de la familia..

El área de autoridad empieza a disfuncionar de manera importante en el período tardío de la enfermedad asociado a la culpa y miedo de la familia que no le permite mantener una autoridad estable y que en ocasiones pueden llegar a ser demasiado flexible en este sentido.

La autoridad fue más disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias con un miembro infectado sintomático, mientras que el apoyo y los recursos fueron más disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar en las familias con un miembro infectado asintomático.

Figura 3. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo a sí el miembro infectado presentaba síntomas o no.



Familias con miembro sintomático

Familias con miembro asintomático.

La comunicación y la expresión de afectos negativos fueron más disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar en las familias con un miembro infectado sintomático.

Tabla 2. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo a los síntomas físicos presentados por el miembro infectado.

Familias con miembros sintomáticos	126.0
Familias con miembros asintomáticos	127.6

Se puede observar como las familias mexicanas apoyan de manera más funcional a sus miembros en los momentos en que estos presentan más dificultades como en los períodos sintomáticos en el caso de esta enfermedad, sin embargo creemos que este apoyo es mayor hacia el interior de la familia.

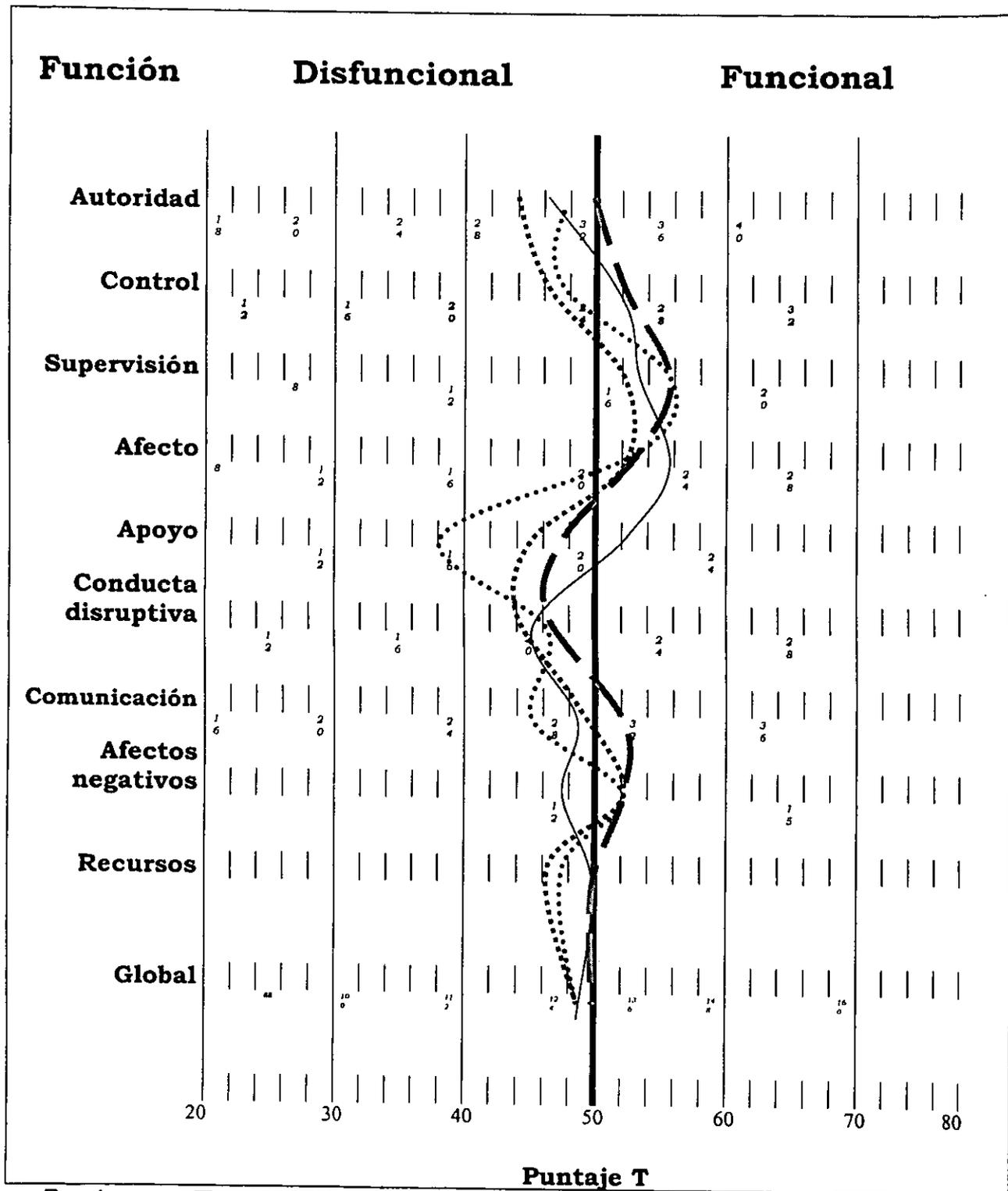
El funcionamiento familiar global es disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para las familias con miembros asintomáticos y en el rango de la segunda desviación estándar para las familias con miembros sintomáticos.

La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias que el paciente se infecto por vía sexual o drogas, mientras que el control fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias que el miembro se infecto por vía homosexual o heterosexual.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando la vía de contagio fue por transfusión, por vía heterosexual y por vía homosexual. Es posible ver asociada la duda de la familia respecto a la vía de contagio cuando esta fue por transfusión o por contacto casual con sangre. Sin embargo es posible observar como es precisamente en los casos de infección por vía homosexual donde el apoyo es más disfuncional, así como también es el grupo más estigmatizado y segregado socialmente.

Cuando la vía de contagio es por drogas el apoyo fue funcional probablemente asociado a la culpa de la familia por la falta de apoyo anterior a la infección, sin embargo se trata de familias en las que la expresión de afectos negativos fué mayor en el rango de la primera desviación estándar y que creemos puede ser una característica de este tipo de familias o bien puede ser una salida a todas las emociones negativas involucradas pero ante lo cual contradictoriamente muestran un importante apoyo.

Figura 4. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo a la vía de contagio del miembro infectado.



Por drogas ————— Por transfusión o contacto con sangre ————
 Por vía heterosexual
 Por vía homosexual

La comunicación fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando la vía de contagio fue sexual o por drogas; y la utilización y movilización de recursos fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando la vía de contagio fue sexual.

Tabla 3. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo a la vía de contagio.

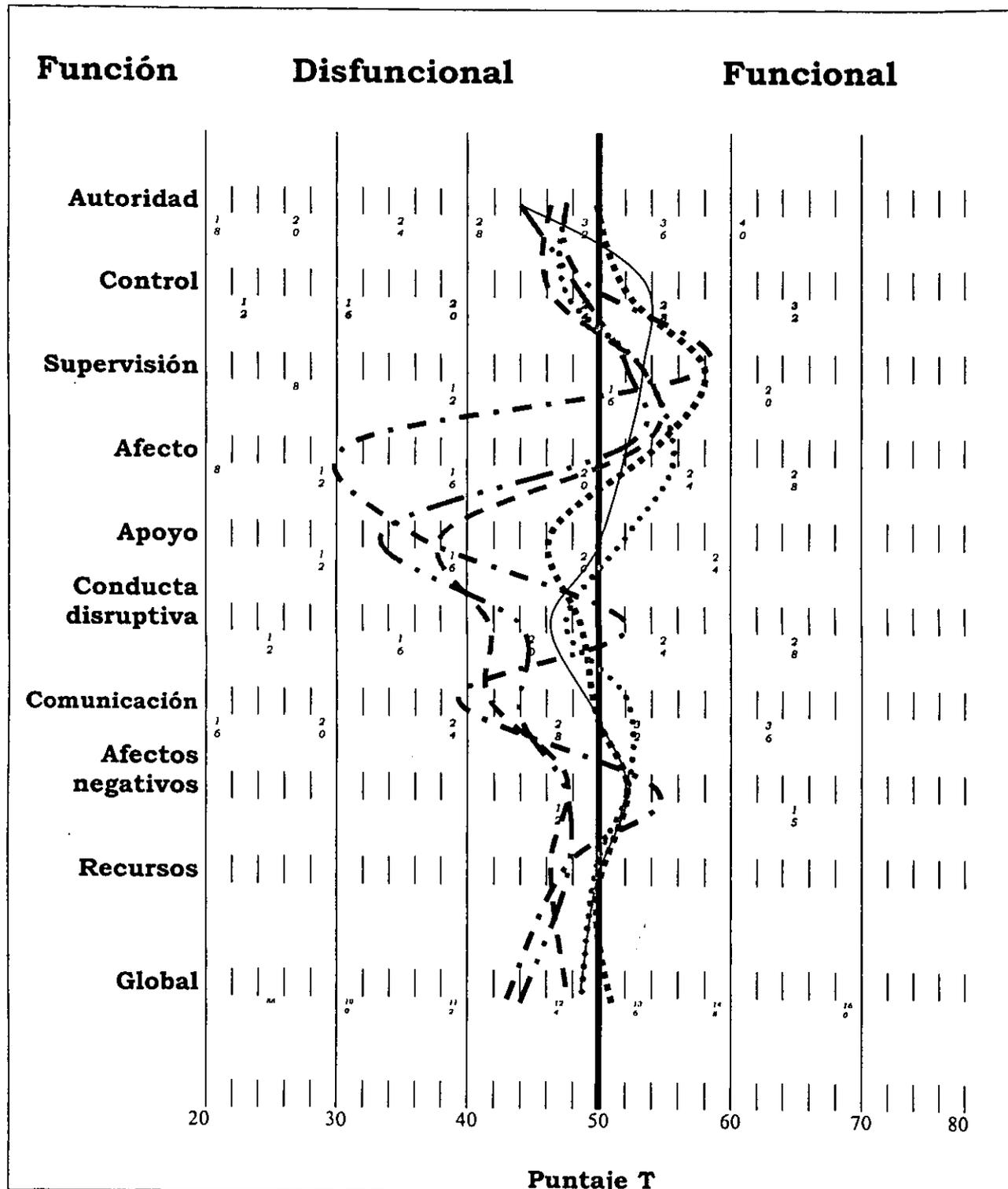
Por relaciones homosexuales	127.0
Por relaciones heterosexuales	124.6
Por drogas intravenosas	126.5
Por transfusión de sangre o contacto con sangre	131.6

El funcionamiento familiar global fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar cuando la vía de contagio fue sexual o por drogas.

La mayoría de las familias fueron nucleares, posiblemente este fenómeno se vea asociado a la necesidad de mantener el secreto de la enfermedad y la vía de contagio por parte de la familia, así como el miedo al estigma social y de la familia extensa.

Las familias uniparentales nucleares y uniparentales extensas fueron disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar en las áreas de conducta disruptiva, comunicación, expresión de afectos negativos, y desarrollo y manejo de recursos.

Figura 5. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo al tipo de familia del miembro infectado.



Familias Nucleares *Familias Extensas Uniparentales* - - - - -
Familias Nucleares Uniparentales - - - - - *Familias Resestructuradas*
Familias Extensas - - - - - *Familias Semiextensas* - - - - -

Las familias uniparentales extensas y uniparentales nucleares fueron disfuncionales en el rango de la segunda desviación estándar, mientras que las familias nucleares fueron disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar, siendo las familias reestructuradas y extensas funcionales en esta área.

La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias nucleares uniparentales, reestructuradas y semiextensas, y siendo las más disfuncionales las familias extensas y extensas uniparentales.

Son en general las familias nucleares, extensas y reestructuradas quienes mantienen mejor el nivel de funcionamiento de las distintas áreas y el funcionamiento global, probablemente a que son estas quienes cubren mejor las distintas funciones; mientras que las familias uniparentales tanto extensas como nucleares donde es comúnmente la madre quien queda al frente de la familia, y que al tratar de cubrir las funciones de proveedor de él padre o bien descuida sus funciones de madre o si las cubre las descuida en calidad y/o cantidad, por lo que se muestran dificultades principalmente en lo que respecta al apoyo y la comunicación.

Aunque llama la atención el funcionamiento de las familias semiextensas por su alternancia de áreas funcionales a áreas disfuncionales no tenemos una explicación que nos permita entenderla mejor.

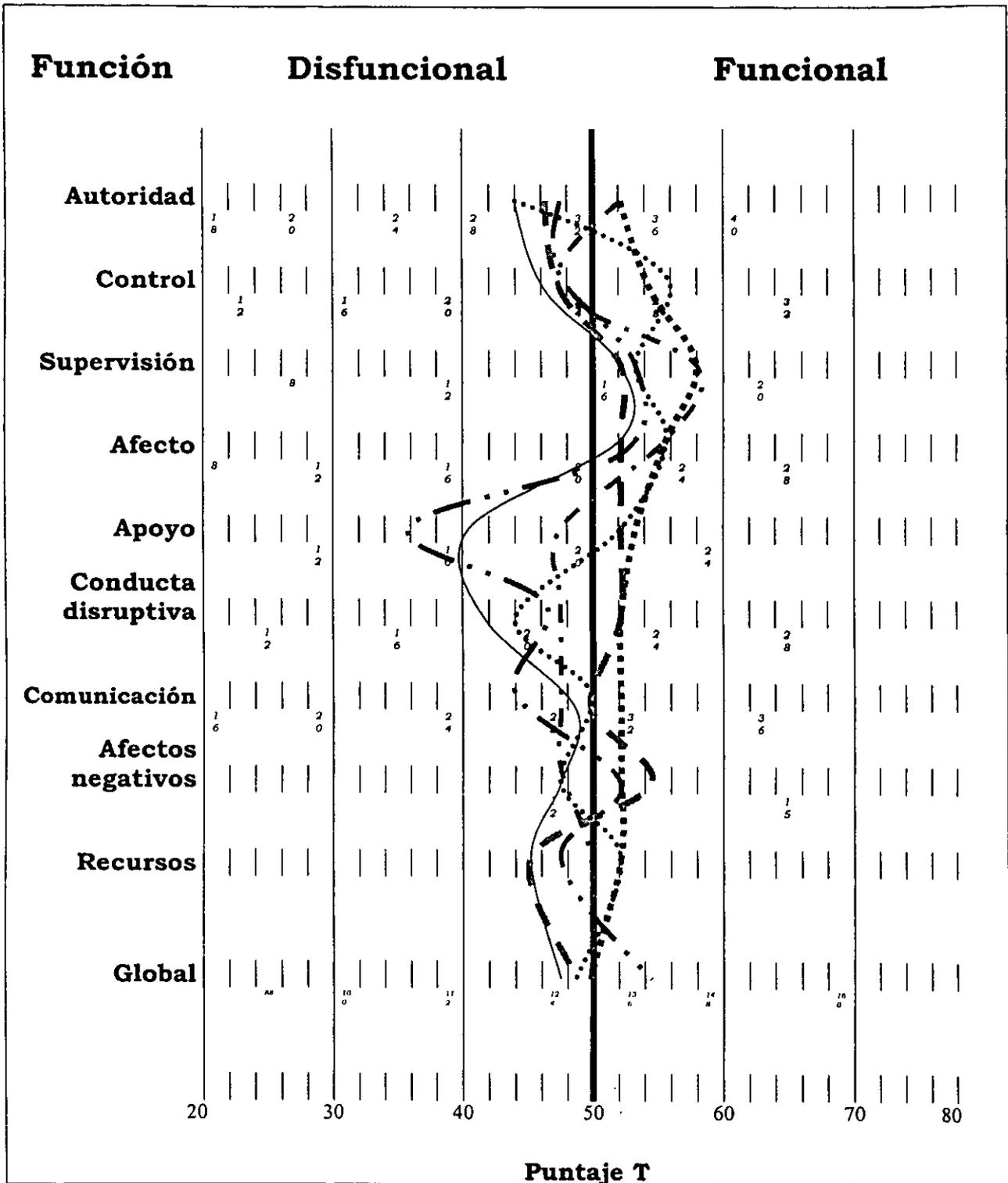
Tabla 4. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo al tipo de familia al que pertenece el miembro infectado.

Extensa	128.0
Extensa Uniparental	120.0
Reestructurada	127.5
Nuclear	132.7
Nuclear Uniparental	123.8
Semiextensa	116.0

El funcionamiento familiar fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para las familias extensas y reestructuradas; en el rango de la segunda desviación estándar para las familias nucleares uniparentales; en el rango de la tercera desviación estándar para las familias extensas uniparentales; y fue disfuncional más allá de la tercera desviación estándar para las familias semiextensas.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar para las familias con hijos adultos y en el rango de la primera desviación estándar para las familias con hijos adultos en etapa escolar, y familias con hijos adultos y adolescentes. Es probable que las familias con hijos adultos ganen en autonomía de sus miembros pero pierdan en apoyo familiar, mientras que en general las familias sin hijos adultos mantienen sus funciones en un mejor nivel; es importante mencionar que las dificultades pueden aparecer o exacerbarse si la familia esta en un período de transición de su ciclo vital.

Figura 6. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo a lo etapa del ciclo vital por la que cursaba la familia.



Familias con hijos adultos — Familias con hijos en etapa escolar
 Familias con hijos adultos y en etapa escolar ——— Familias con hijos pequeños - - - - -
 Familias con hijos adultos y adolescentes -
 Familias con hijos pequeños y en etapa preescolar

La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para las familias con hijos adultos y en etapa escolar, familias con hijos en etapa escolar y familias con hijos adultos.

La conducta disruptiva y la comunicación fueron disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar para las familias con hijos adultos, las familias con hijos adultos y en etapa escolar, y las familias con hijos adultos y adolescentes.

Los recursos son disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar para las familias con hijos adultos, las familias con hijos adultos y en etapa escolar, y las familias con hijos en etapa escolar; mientras que la expresión de afectos negativos fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para las familias con hijos adultos y en etapa escolar, y para las familias con hijos adultos y adolescentes.

Tabla 5. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo a la etapa del ciclo vital que cruzaba la familia del miembro infectado.

Familia con hijos adultos	135.3
Familia con hijos adultos y en etapa escolar	124.0
Familia con hijos adultos y adolescentes	132.3
Familia con hijos pequeños	135.2
Familia con hijos en etapa preescolar y pequeños	125.5
Familia con hijos en etapa escolar	126.3

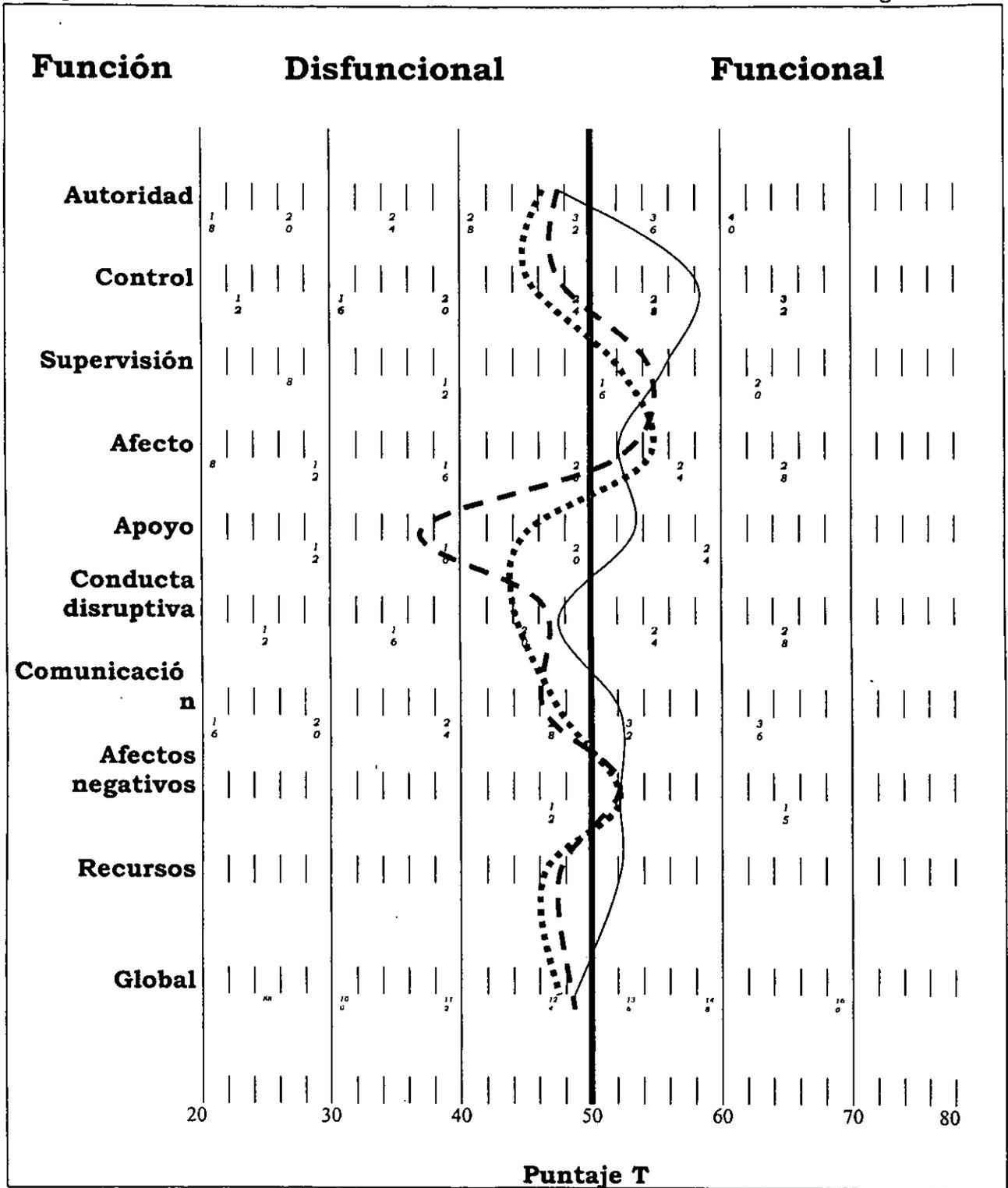
El funcionamiento familiar fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar para las familias con hijos adultos y en etapa escolar, y para las familias con hijos en etapa escolar.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando el miembro contagiado era varón o mujer, y es funcional en el rango de la primera desviación estándar cuando era una pareja (hombre y mujer) los contagiados.

La movilización de recursos fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando era solo un hombre o una mujer en una familia los infectados, posiblemente debido a que se moviliza solo la familia de origen de un solo miembro, y es en especial cuando se trata de un varón infectado cuando el apoyo disminuye probablemente asociado a una visión cultural del hombre como el sexo fuerte o bien por que en muchos casos los hombres infectados tienen preferencia homosexual por lo que recibirán menos apoyo.

El control fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar cuando era solo una persona la infectada en especial si es mujer.

Figura 7. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo al sexo del miembro contagiado.



Familias con un miembro infectado de sexo masculino. - - - - -
 Familias con un miembro infectado de sexo femenino. ······
 Familias con una pareja infectada (un hombre y una mujer). _____

La comunicación y la conducta disruptiva fueron disfuncionales en el rango de la primera desviación estándar cuando solo era una persona la contagiada siendo la comunicación más disfuncional si era un varón el contagiado y la conducta disruptiva si era una mujer la contagiada.

Llama la atención como el funcionamiento se mantiene tanto por áreas como globalmente en mejores condiciones cuando ambos miembros de la pareja están infectados ya sea por que hay una mejor comprensión del proceso por el que atraviesa la pareja o bien por que tienen un mayor número de recursos disponibles a su alcance debido a sus respectivas familias de origen.

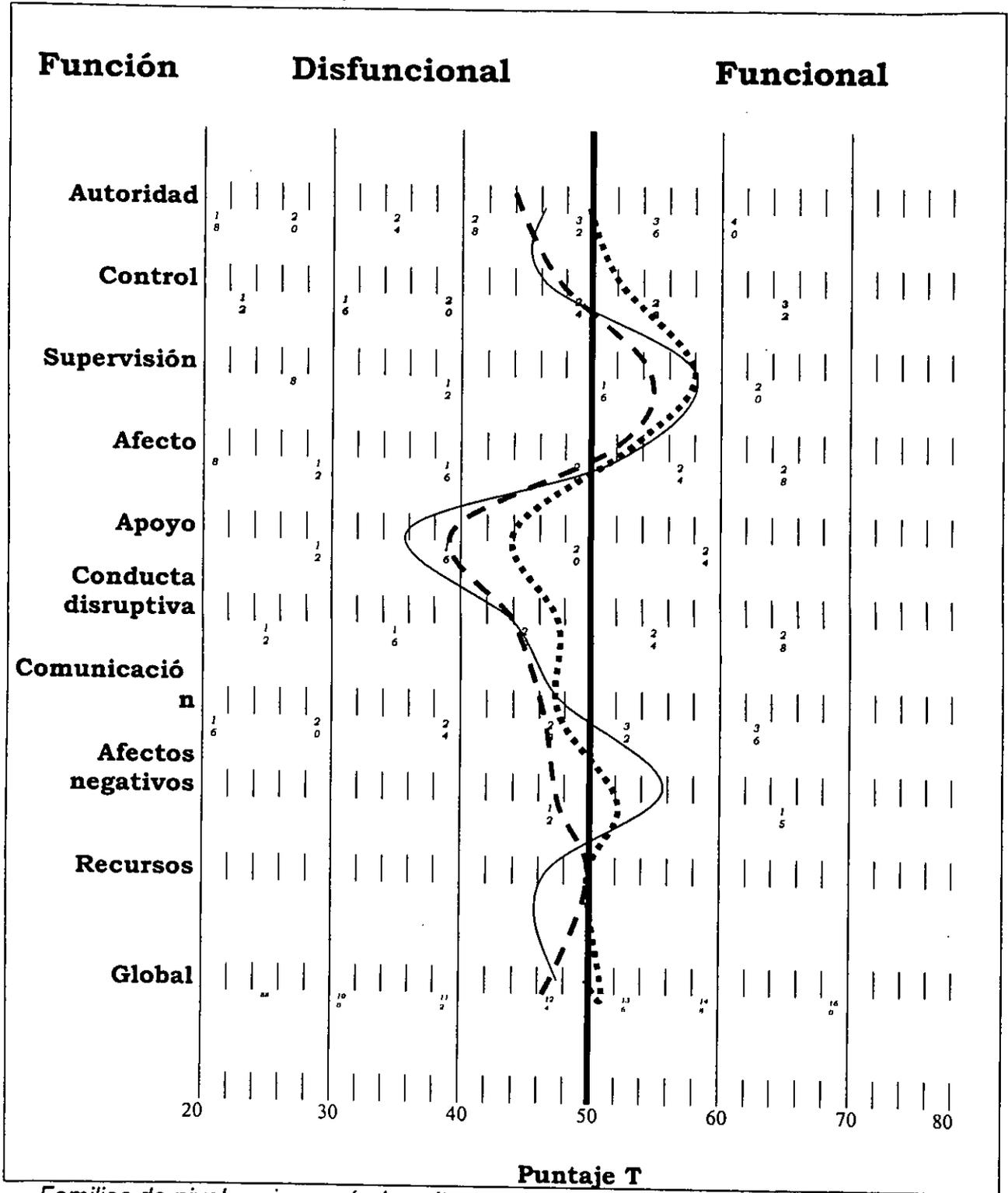
Tabla 6. Comparación de medias de Funcionamiento Familiar de acuerdo al sexo de él miembro infectado.

Masculino	127.7
Femenino	124.0
Ambos sexos (la pareja)	130.5

El funcionamiento familiar fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar si era una mujer la contagiada y en el rango de la primera desviación estándar si era un varón el infectado.

La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación para los niveles socioeconómicos alto y bajo. El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en los niveles bajo y medio, y en el rango de la segunda desviación para los niveles altos.

Figura 8. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo al nivel socioeconómico de la familia del miembro infectado.



Familias de nivel socioeconómico alto.

Familias de nivel socioeconómico medio.

Familias de nivel socioeconómico bajo. - - - -

La comunicación fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para los tres niveles, en especial para el nivel bajo; mientras que la utilización y desarrollo de recursos fue disfuncional en el rango de la primera desviación para el nivel alto ya que probablemente el estigma tenga un impacto más fuerte a este nivel.

La conducta disruptiva fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para los tres niveles, en especial los niveles altos y bajos.

La expresión de afectos fue disfuncional para el nivel bajo en el rango de la primera desviación estándar, mientras que el control fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para los niveles alto y bajo.

Llama nuestra atención que son las familias de nivel medio las que mejor satisfacen las necesidades tanto instrumentales como afectivas en el proceso de infección por VIH/SIDA a lo largo de las distintas áreas de funcionamiento, ya sea por que por un lado el estigma social y religioso no las afecta en la misma manera que lo hace en las familias de nivel alto, pero por otro lado poseen una mejor comprensión e información que las familias de escasos recursos.

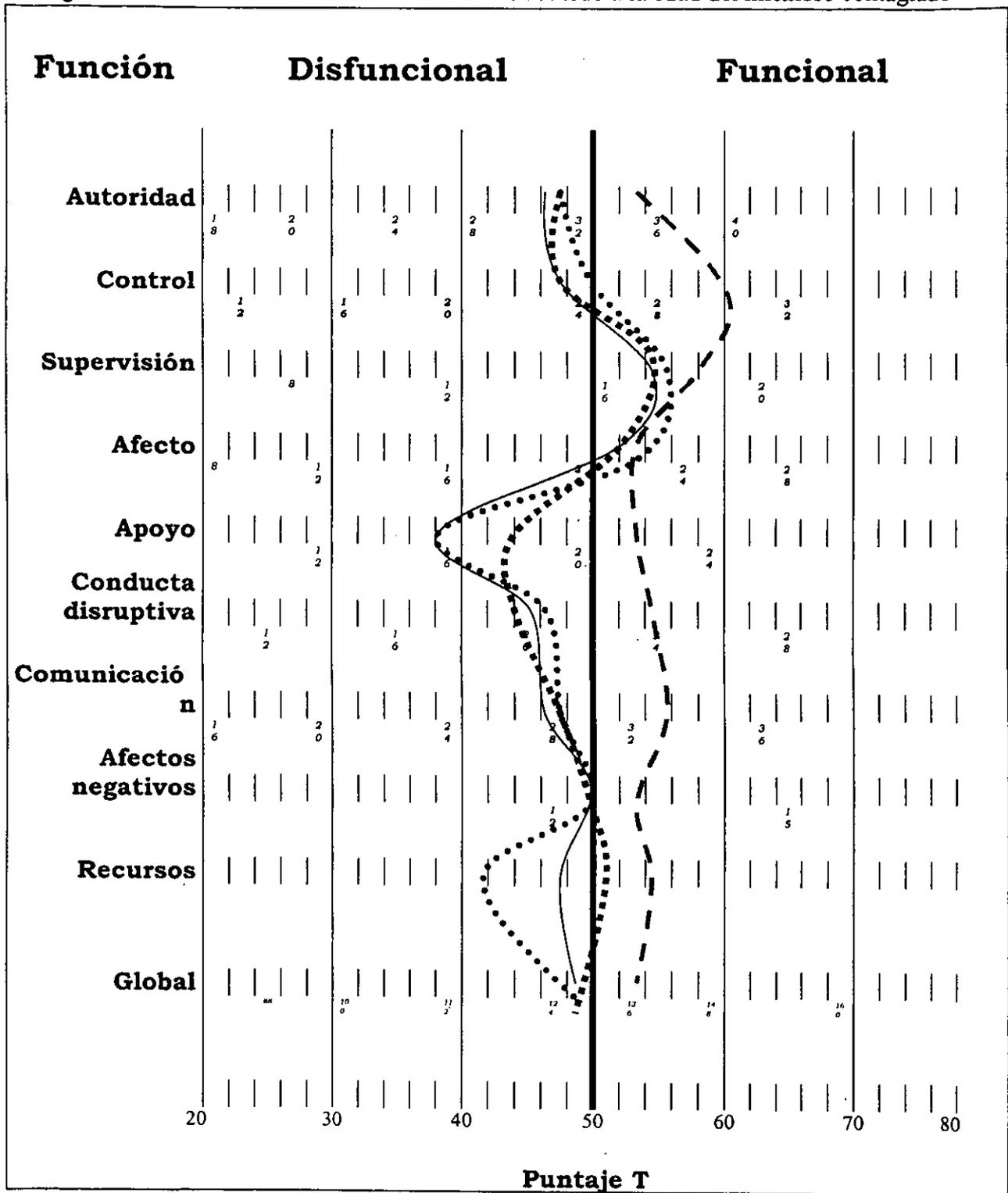
Tabla 7. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo al nivel socioeconómico de la familia del miembro infectado.

Nivel socioeconómico alto	126.0
Nivel socioeconómico medio	131.9
Nivel socioeconómico bajo	123.5

El funcionamiento familiar fue disfuncional en el rango de la segunda desviación estándar para los niveles alto y bajo.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar, en especial siendo más disfuncional a medida que se incrementaba la edad del paciente infectado, con excepción de la familia con un miembro infectado de 18 años.

Figura 9. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo a la edad del miembro contagiado.



Familias con un miembro infectado de 18 años ---
 Familias con un miembro infectado de entre 20 y 30 años
 Familias con un miembro infectado de entre 31 y 40 años —
 Familias con un miembro infectado de 57 años -.-.-

La conducta disruptiva fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar para las personas infectadas que tenían de 31 a 40 años, y para la que tenía 57 años, y en especial era más disfuncional para las personas con la edad de entre 20 y 30 años.

La comunicación fue disfuncional en el rango de la primera desviación para las familias en que el miembro infectado estaba entre los 20 y 30 años o en los 57 años, pero fue más disfuncional cuando el miembro infectado estaba entre los 31 y los 40 años.

La utilización y desarrollo de recursos fue disfuncional en el rango de la primera desviación en las familias con un miembro infectado de entre 31 y 40 años, y de 57 años. Cabe mencionar que a medida que se incrementaba la edad la utilización de recursos pasaba de lo funcional a lo disfuncional.

La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias con un miembro infectado de entre los 20 y los 30 años, los 31 y los 40 años y los 57 años; siendo más disfuncional en el período de 31 a 40 años probablemente asociado a una lucha por la autoridad más fuerte en este período que decrementa en la siguiente etapa.

El control fue disfuncional en el rango de la primera desviación en las familias donde el miembro infectado tenía entre 20 y 30 años, y entre 31 y 40 años.

Pareciera ser que el funcionamiento en este sentido esta fuertemente relacionado por un lado con el ciclo vital de la familia y por otro con un proceso evolutivo en donde tienen más importancia para el grupo los miembros jóvenes ya que son el futuro del grupo y por lo que se les brinda un de manera más funcional el apoyo, mientras se brinda menor atención y pueden echar mano de menos recursos los individuos más viejos.

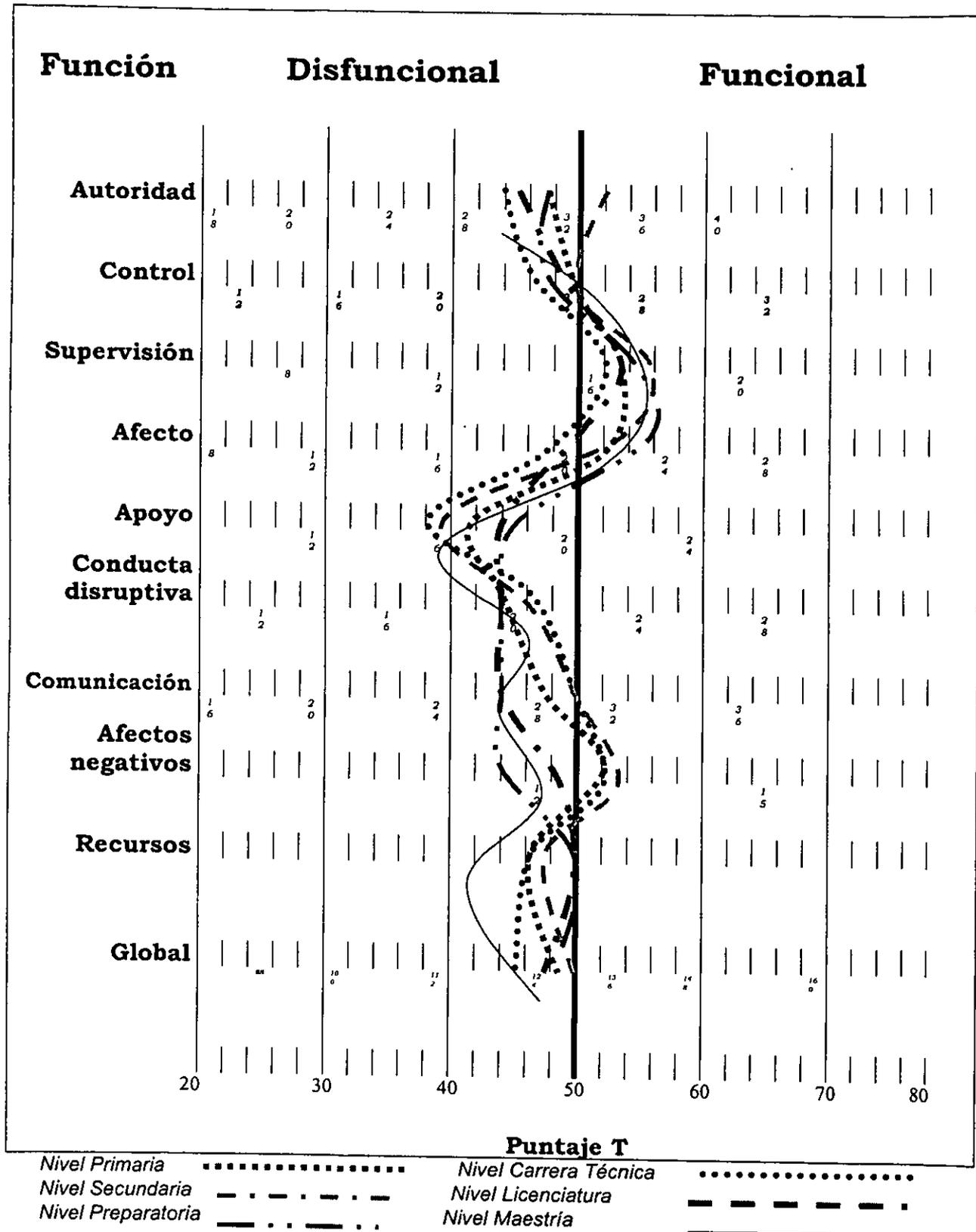
Creemos que en el caso de los individuos de entre 20 y 40 años el interés por mantener su control y autonomía los lleva en ocasiones a rechazar el apoyo e incluso presenten más comúnmente conducta disruptiva como respuesta a la problemática que pasan. .

Tabla 8. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo a la edad del miembro contagiado.

De 18 años	139.0
De 20 a 30 años	127.8
De 31 a 40 años	125.6
De 57 años	127.1

El funcionamiento familiar global fue disfuncional en el rango de la primera desviación estándar en las familias con un miembro infectado de entre 20 y 30 años, y de entre 31 y 40 años; y en el rango de la segunda desviación estándar para la familia con un miembro infectado de 57 años.

Figura 10. Perfil de Funcionamiento Familiar de acuerdo al nivel educativo del miembro infectado.



La autoridad fue disfuncional en el rango de la primera desviación para todos los niveles educativos con excepción de los casos en que el miembro infectado tenía un nivel educativo de Licenciatura.

El control fue disfuncional en el rango de la primera desviación para las familias con un miembro infectado de nivel Secundaria, Preparatoria y de Carrera Técnica.

El apoyo fue disfuncional en el rango de la primera desviación en los casos de nivel Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura y Maestría; fue disfuncional en el rango de la segunda desviación en los casos del miembro de nivel de Carrera Técnica.

La conducta disruptiva fue disfuncional en el rango de la primera desviación para todos los niveles educativos, y la comunicación fue disfuncional en el rango de la primera desviación para los niveles educativos de Primaria, Secundaria, Preparatoria y Maestría.

La expresión de afecto negativo fue disfuncional en el rango de la primera desviación para los niveles de Secundaria, Preparatoria y Maestría, mientras que la utilización de recursos fue disfuncional en el rango de la primera desviación en los niveles de Primaria, Carrera Técnica, Licenciatura y Maestría.

Tabla 9. Comparación de medias del Funcionamiento Familiar de acuerdo al nivel educativo del miembro contagiado.

Primaria	126.6
Secundaria	123.6
Preparatoria	126.3
Carrera Técnica	121.3
Licenciatura	133.1
Maestría	126.0

El funcionamiento familiar fue disfuncional en el rango de la primera desviación para el nivel educativo de Primaria, en el rango de la segunda desviación estándar para los niveles Secundaria, Preparatoria y Maestría, y en el rango de la tercera desviación para el nivel educativo de Carrera Técnica.

Curiosamente se observa un patrón muy similar independientemente del nivel educativo del miembro infectado, sin embargo se trata de familias con una persona infectada de nivel educativo de Licenciatura quienes de manera global funcionan mejor, y que posiblemente entienden y afrontan mejor el proceso de la enfermedad.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La infección por VIH/SIDA impacta física, emocional, social y económicamente a las familias que cuentan entre sus miembros a una persona infectada por el VIH/SIDA; en un proceso recursivo en el que tanto la enfermedad de un individuo afecta a cada uno de los miembros del núcleo familiar y al grupo como un todo, como a su vez este cambio en la familia afecta al individuo en su particular manera de adaptarse a un nuevo estilo de vida, y de enfrentar el proceso de enfermedad y tratamiento.

Las familias con un miembro infectado por el VIH/SIDA se hacen disfuncionales (si no lo eran ya antes) ya que al enfrentar una crisis circunstancial ajena a su ciclo vital no poseen en muchas ocasiones las habilidades necesarias para enfrentar una enfermedad de esta magnitud que en su proceso trae el deterioro físico, emocional y laboral del paciente y su grupo sociofamiliar, así como también una fuerte estigmatización por parte del medio social, con lo cual puede verse afectada gravemente la identidad familiar

Se trata de familias que pueden permanecer en constantes crisis, enfrentándose a la crisis de desvalimiento debido a que en distintos momentos están sujetos a instituciones externas, que pueden crear tensiones impredecibles las cuales surgen de fuerzas que escapan al control familiar, en donde los tratamientos, recetas y restricciones los vuelven dependientes de los médicos, así como también y debido al alto costo de los medicamentos dependen económicamente de personas o instituciones ajenas al hogar sobre las que no tienen control alguno; a las crisis del desarrollo que pueden surgir a partir de factores biológicos y sociales más que a raíz de la estructura de la familia y que serán más marcadas en la medida en que la familia se muestra incapaz de incorporarse al nuevo estadio del desarrollo; a crisis estructurales en donde algunas de estas familias se encuentran ya previamente en situaciones de violencia, alcoholismo, adulterios, etc y que en repetidas ocasiones presentan crisis que sólo mantienen un patrón sin una solución; y a desgracias inesperadas que son eventos aislados y extrínsecos que ocasionalmente pueden acompañar a cualquier tipo de familia.

Aún cuando las familias están expuestas a estas influencias, estarán mejor preparadas para enfrentar la enfermedad cuando en su experiencia previa han enfrentado otro tipo de enfermedades crónicas, incapacitantes y/o estigmatizantes; por otra parte la disfuncionalidad en estas familias aunque se refiere al funcionamiento familiar global, no implica que todas las áreas sean afectadas por igual sino solo algunas de ellas y en algunas circunstancias las más afectadas como lo veremos más adelante.

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad con inicio gradual que permite un mayor período de ajuste pero que genera mayor ansiedad en el período previo al diagnóstico determinante del SIDA; es una enfermedad de progreso lento lo que ocasiona cambios graduales a los que la familia se podrá adaptar en períodos más largos, siendo la duración promedio de la enfermedad de 10 años; es una enfermedad incapacitante en sus fases tardías, y que permite al miembro infectado participar en el plan de tratamiento y prepararse a la familia para las fases tardías donde habrá de movilizar mayor cantidad de recursos y se verá obligada a reestructurar al núcleo familiar; también se trata de una enfermedad con consecuencias fatales por lo que la muerte y el pesar anticipado permean todas las fases de la enfermedad.

La familia pasa en un primer momento a partir del diagnóstico por un período de desorganización en el que la familia rompe la estructura de su funcionamiento; posteriormente y debido al período tan largo de la enfermedad en que el miembro infectado es asintomático pasa por un período de recuperación por parte de la familia donde se descentra la atención en el paciente y los demás miembros de la familia recobran sus funciones y sus intereses habituales, lo que permite una vuelta a un mejor nivel de funcionamiento de la familia como un todo. Finalmente se regresa a un período de desorganización en la etapas finales debido a las dificultades que presenta el SIDA, en las cuales se da un proceso de preparación para la muerte del miembro infectado y que debido a la incapacidad de este obliga a la familia a redistribuir sus roles, a reestructurarse y a abrir sus límites hacia el equipo de salud y el medio hospitalario. Llega la muerte y con esto puede darse la reorganización de la familia consolidando una nueva estructura con diferentes grados de cambio o semejanza con la anterior.

Es en los períodos de crisis y desorganización en los primeros meses posteriores al diagnóstico y en las etapas tardías donde el miedo irracional, la culpa y la vergüenza permean la vida familiar más profundamente. En general es cuando el miembro infectado se encuentra sintomático que el núcleo familiar se vuelve disfuncional debido a las presentes necesidades de movilizar recursos y redistribuir sus funciones, sin embargo es en estos momentos cuando el apoyo mejora, característica particular de las familias mexicanas de cohesionarse ante la adversidad, aunque es posible que este apoyo se de más hacia el interior de la familia donde se mantiene el secreto que hacia afuera donde habrá que enfrentarse al estigma social con las consecuentes repercusiones laborales y en la comunidad.

Los núcleos familiares se afectan en su funcionalidad en la medida en que la vía de contagio se identifica como una conducta inaceptable o tabú como la sexual o el uso de drogas; ya que además puede confrontar las creencias acerca de la identidad familiar, siendo principalmente afectadas la comunicación y el apoyo cuando el miembro infectado tiene una preferencia homosexual. Sin embargo aún cuando las familias donde el miembro infectado es usuario de drogas y es mayor la expresión de afectos negativos en estos núcleos, podemos observar que es donde se da el mejor apoyo probablemente asociado a la culpa por no haber presentado el apoyo necesario a este miembro previa infección.

Históricamente ha sido la familia consanguínea o extendida quien ha servido como recurso ante las dificultades provocadas por una enfermedad que supera los recursos de la familia nuclear o conyugal, sin embargo en las familias donde hay un miembro infectado por VIH/SIDA más comúnmente se verán involucradas sólo las familias nucleares, parte con el fin de guardar el secreto de la enfermedad y parte también en muchas ocasiones para guardar el secreto de la orientación sexual del miembro infectado. El VIH/SIDA se convierte en un factor tensionante para la familia la cual en muchas ocasiones trata de ocultarlo guardando secretos por evitar la vergüenza, el dolor, la culpa o el cambio, causando sin embargo que la confusión se agrave e impidiendo la incorporación y ayuda de otros miembros de la familia principalmente a este respecto.

Es posible en cambio que se empiecen a activar una serie de relaciones que el individuo considera significativos como: amigos, amantes, compañeros de trabajo o escuela, otras amistades infectadas, al equipo de salud entre otros, como miembros de una importante red de apoyo en la que distintos miembros de esta red cubrirán distintas funciones siendo algunas de éstas la compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, y acceso a nuevos contactos. Esta red social significativa en muchos casos favorecerá las actividades personales que se asocian positivamente con la sobrevivencia, servirá como monitor de salud y activador de las consultas a expertos, e incluso puede llegar a proveer a la vida de sentido.

Aunque estamos conscientes de que la enfermedad puede desgastar e incluso reducir la red social personal que ya existía previamente sobre todo y más fácilmente en los vínculos menos íntimos y en los que cuentan con una historia más corta en la relación con el miembro infectado y/o la familia; también será generadora de nuevas redes como las que corresponden a los servicios sociales, de salud y a los nuevos vínculos establecidos con personas que se encuentran en una situación similar. Estas nuevas redes adquieren en ocasiones un papel central por su capacidad de apoyo instrumental y emocional.

Es en las familias nuclear uniparental y extensa uniparental donde se presenta la mayor disfunción, ya que las decisiones y los recursos tendrán que ser organizados por un solo miembro que funciona como cabeza en la familia así como también son las familias que menos apoyo proveen a sus miembros, ya que son las que menos recursos poseen para movilizar por tener una sola línea familiar a su alcance y que por otra parte son las que más dificultades de comunicación presentan.

En estas familias comúnmente es la madre quien queda al frente por lo que al tratar de cubrir las funciones de proveedor que han quedado descubiertas, descuida sus funciones de madre, o bien disminuyen en calidad o cantidad ocasionando deficiencias en otras áreas importantes para el funcionamiento familiar.

Es preciso mencionar que aunque se presenta la familia extensa en menor número de ocasiones, son las que funcionan mejor ante el proceso de enfermedad aún cuando sus dificultades son con respecto a la autoridad ya que existen varias figuras paternas y maternas que pueden traer cierta confusión, pero que junto con la familia reestructurada son las que más apoyan a sus miembros tal vez por la diversidad de vínculos afectivos e instrumentales.

En cuanto al ciclo vital de la familia, son las familias en donde hay hijos adultos y entre ellos el miembro infectado quienes presentan más elementos disfuncionales, ya que si bien ganan en autonomía, rechazan o pierden apoyo e involucramiento dentro de la familia, así como el manejo de la autoridad se vuelve más conflictivo, y se presenta la mayor cantidad de conducta disruptiva. A medida que en las familias existen hijos más pequeños se vuelven más funcionales ya que las estimula a seguir cumpliendo con las funciones de atención, educación y crianza; y debido a lo cual se descentraliza la atención hacia el miembro infectado. En general las dificultades pueden exacerbarse o aparecer con mayor facilidad si la familia se encuentra en un período de transición del ciclo vital.

Debido a que en nuestra cultura se ha considerado al hombre como el sexo fuerte encontramos que es menor el apoyo que se le brinda cuando es de este sexo el miembro infectado sobre todo si las expectativas de la familia hacia este miembro han sido como otra fuente de ingresos, en especial si se trata de niveles socioeconómicos bajo y medio, siendo importante considerar además los prejuicios existentes si el miembro infectado tiene preferencia homosexual lo que ocasionará situaciones de ambivalencia entre el apoyo y el rechazo; mientras que en el caso de la mujer infectada tendrá una mayor posibilidad de seguir cumpliendo con las expectativas sociales y familiares de crianza y educación de los hijos, así como será más comúnmente en estos casos en que se le considerará víctima de la conducta desviada de su pareja; sin embargo esta asignación de roles sobre la base de la diferenciación sexual puede impedir la flexibilidad necesaria para asumir nuevas funciones en el núcleo familiar.

El funcionamiento global por áreas mejora en los casos en que son los dos miembros de la pareja (hombre y mujer) los infectados tal vez por que hay una red de apoyo social más amplia de la cual echar mano para cubrir las distintas funciones.

Cuando un miembro es infectado por el VIH/SIDA pierde control sobre su vida, y en un intento por recobrar este control aparecen dificultades en el manejo de la autoridad en el núcleo familiar tanto si se es hombre como si se es mujer. Ya sea que haya dificultades para establecer una autoridad compartida en el subsistema parental en el caso de que el miembro infectado forme parte de este sistema o bien cuando la autoridad es tan rígida que se dificulte la adaptación a las nuevas circunstancias que se presentan con la enfermedad.

Las familias tanto de los niveles socioeconómicos altos, como de los niveles bajos se presentan disfuncionales en este proceso de enfermedad. Ya sea el caso de las familias de bajo nivel que se encuentran en una situación de indefensión que han ido aprendiendo a lo largo de su historia familiar y de las vivencias en su grupo social en la que asumen una actitud pasiva frente la adversidad, y en las que además no existen los suficientes recursos instrumentales y en ocasiones afectivos para satisfacer las demandas que enfrenta, ante las cuales además no hay la adecuada comunicación, siendo más frecuente la expresión de afectos negativos.

Mientras que en el caso de las familias de un alto nivel socioeconómico es posible observar arraigados los valores religiosos y conductas morales rígidas que no permiten una adecuada involucración con el miembro infectado sobre todo si entre los ideales de la familia se encuentra evitar ciertas experiencias terribles como la infección por VIH/ SIDA y luego se ven enfrentadas a ellas, con la consecuente incapacidad de ofrecer la calidad y cantidad de recursos necesarios así como una fuente de apoyo importante.

Es importante observar que aunque la familia de nivel medio es la que mejor satisface las demandas de la enfermedad no lo es así en el apoyo brindado.

En general la familia funcional se va perdiendo en la medida en que el miembro infectado tiene más edad, es entonces cuando se dificultan el manejo de la autoridad en el que un miembro se parentaliza sobre todo si existen hijos adultos que asumen la responsabilidad de los aspectos económicos en la familia o si esta se encuentra en un período de transición del ciclo vital en el que el miembro infectado van declinando sus capacidades; mientras que el apoyo se ve disminuído, esto es parte influencia de los prejuicios asociados a la enfermedad y parte de un proceso evolutivo en el que se procura más a los miembros más jóvenes y procreadores de futuras familias.

Es más bien cuando son miembros infectados de entre 20 y 30 años de edad que se presentan más conductas disruptivas, siendo en este período en el que en muchas ocasiones se da la formación de nuevas familias, y por lo que siendo coartados de una vida sexual activa y de sus nuevos proyectos de vida se hace más difícil la aceptación del diagnóstico con sus correspondientes repercusiones, que entre otras cosas puede facilitar la aparición de conductas disruptivas. En este sentido el miembro infectado puede llegar a tener privilegios inesperados siendo a este miembro a quien siempre se habrá de complacer y obedecer con lo que incluso podrá llegar a tener la autoridad en el núcleo familiar.

La mayor parte de las familias que tenía un mejor funcionamiento tenían a un miembro infectado con un nivel educativo de Licenciatura, y aunque pareciera que el nivel educativo no es un factor determinante para evitar el contagio por el número de familias infectadas que encontramos de este nivel, sí mejora el nivel de funcionamiento de las familias, tal vez en parte por que un nivel educativo alto del miembro infectado lo provee de mayores recursos, le permite afrontar mejor la enfermedad y mantener sus funciones independientes como individuo y como parte de una familia, sin embargo tampoco parece tener relación el nivel educativo con la calidad y cantidad de apoyo brindado por los miembros de la familia.

A lo largo de los distintos factores que se han considerado para evaluar el funcionamiento de estas familias, observamos que el área de supervisión es la que se mantiene con un mejor funcionamiento, posiblemente debido a la continua observación y evaluación médica que les provee de mecanismos correctivos por un lado, mientras por otro la familia se vuelve objeto de su propia observación.

Es importante mencionar que aunque en los párrafos anteriores hemos hecho mención especialmente de la áreas disfuncionales de las familias con un miembro infectado por VIH/SIDA, existen también distintas áreas que tienen un mejor funcionamiento pero que por razones de espacio y debido a los objetivos de esta investigación no es posible extendernos.

Aún cuando las familias sean disfuncionales ante el proceso de enfermedad, se trata más bien de una respuesta adaptativa ante un suceso anormal y para el que no son capacitadas a través de su ciclo vital. Así es que se debe reiterar la importancia de considerar esta relación entre el miembro infectado y su familia como un proceso recursivo y por lo cual la familia puede ser entendida como un recurso que puede satisfacer las necesidades biológicas, afectivas y de socialización entre otras así como brindar apoyo material, informativo y en la búsqueda de mejores recursos.

RECOMENDACIONES.

Resulta necesario sensibilizar al equipo de salud y a las instituciones sobre el tipo de crisis en que podrá encontrarse la familia y el tipo de disfunciones que podrá presentar cada una de acuerdo a sus características muy particulares lo que permitirá un mejor manejo por parte del equipo de salud, o en su defecto la identificación de disfunciones y la consecuente promoción de la rehabilitación familiar cuando así sea necesario y por tanto del paciente infectado, que podrá proveer de mejoras importantes a su vez en el proceso de enfermedad a lo largo de sus distintas etapas. Será también importante por parte del equipo de salud promover por un lado la comprensión de la familia acerca de los objetivos del servicio de salud, las reglas de esta relación y estimular el compromiso por parte de la familia para el trabajo conjunto con el equipo de salud; y por otro establecer una relación que tome en cuenta las necesidades de la familia procurando a la vez que los cuidados y atenciones no sean ni exagerados ni insuficientes de manera que se permita la independencia funcional de todos sus miembros.

Sin duda alguna la información acerca del VIH/SIDA, la de sus efectos en el individuo y en los miembros de familia tanto a nivel emocional como físico que maneje el personal de salud ayudará a desmitificar esta enfermedad a nivel familiar y social en la medida que sean incluida la mayor parte de la población, y permitirá que los miembros afectados por esta enfermedad estén mejor preparados para enfrentar una serie de situaciones difíciles a lo largo del proceso.

Es importante que el tratamiento familiar se lleve a través de medios más colaborativos y en los que se permita a la familia ser parte activa en la decisión de cada paso que se dé en el tratamiento; debido a la desconfianza que prevalece en estas familias víctimas del estigma y el aislamiento social. Ya que cada familia presenta características muy particulares solo es posible proponer intervenciones generales que permitan establecer guías para el trabajo terapéutico.

Es conveniente concentrarse en los aspectos de la estructura que están disfuncionando o en la crisis actual más que en la consecución de un prototipo familiar, procurando en principio definir de manera clara y específica los problemas así como especificando lo que sería considerado como un cambio. En general será útil trabajar con la manera de usar la culpa de manera eficaz y en el caso de que exista dependencia de un miembro de la familia hacia el equipo de salud, los terapeutas u otro miembro de la familia reducirla o incluso terminar con esta de tal manera que le sea posible asumir sus responsabilidades y funciones de la vida diaria en la medida de lo posible. Aprovechar y estimular los recursos familiares y personales existentes así como el desarrollo de otros nuevos a fin de fomentar una participación activa de la familia.

De manera un tanto más específica la tarea terapéutica puede incluir con la familia uniparental el restablecimiento de las funciones de la madre que han quedado descubiertas cuando este sea el caso, la reubicación de la autoridad en el subsistema parental y el fortalecimiento de las redes de apoyo; con la familia nuclear impulsar la utilización de redes de apoyo alternas y el trabajo con los prejuicios familiares; con la familia extensa la reubicación de la autoridad en el subsistema parental; con las familias con hijos adultos la reincorporación de estos al núcleo familiar, a sus funciones y la elaboración de nuevos significados que permitan dar sentido a su vida; en las familias de niveles socioeconómicos bajos el trabajo en el establecimiento de reglas compatibles de comunicación, el mejor manejo de la expresión de afectos y la reducción de una actitud de pasividad ante la adversidad; para las familias de niveles socioeconómicos altos el trabajo con los prejuicios en torno a la orientación sexual y la enfermedad .

Debido a que la mayoría de la población que ha sido infectada por el VIH contrajo este por actividades de riesgo como el uso de drogas intravenosas o las relaciones homosexuales o heterosexuales y ha sido el apoyo el área más afectada del funcionamiento familiar, creemos pertinente que se trabaje con los prejuicios y creencias acerca de la enfermedad, las vías de contagio, el género y los roles asociados, la orientación sexual, y el significado de la enfermedad; y que se considere como parte importante el trabajo con la red social personal que se podrá orientar a la activación de redes naturales, la generación de redes, la intervención terapéutica en red, la estimulación de habilidades sociales, la desconexión de sistemas tóxicos, la desintoxicación de sistemas, la definición del sistema mantenido por el problema y la transformación del problema en las conversaciones mantenidas con los miembros de la red.

Los grupos de apoyo y el equipo reflexivo con audiencia externa pueden proveer de un ambiente adecuado para de alguna manera normalizar las experiencias vividas en el proceso de enfermedad, disminuir el sentimiento de aislamiento, flexibilizar las reglas y la autoridad, formar nuevas redes de apoyo e incluso aprender maneras útiles de afrontar las adversidades que se presentan en el proceso de enfermedad.

Por último cabe mencionar que no ha sido la intención establecer una tipología con esta investigación, pero sí dejar líneas abiertas para futuras investigaciones, siendo importantes las investigaciones relacionadas al funcionamiento familiar y la adherencia terapéutica del miembro infectado, así como también de la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar.

Son relevantes además las investigaciones acerca de la manera en que la comunidad religiosa, pareja, amigos, otros enfermos y la comunidad homosexual entre otros, cubren las funciones de la familia u otras equivalentes, ya que pueden ser utilizados también como un recurso importante. Debido a las dificultades para conseguir familias dispuestas a participar en la investigación por su desconfianza hacia la sociedad en general, es necesario desarrollar nuevos instrumentos para evaluar otros núcleos sociales (redes sociales) que en muchas ocasiones cubren las funciones de la familia.

CONCLUSIONES FINALES.

- 1. Las familias con uno o más miembros infectados por el VIH/SIDA se enfrentan a lo largo del proceso de enfermedad a diversas crisis debido a lo cual se pueden encontrar disfuncionando en distintas áreas y en distintos momentos de dicho proceso.**
- 2. El área que comúnmente se ve más afectada es el área de apoyo debido a una serie de prejuicios arraigados en el núcleo social y familiar acerca de la enfermedad, la preferencia homosexual y el género.**
- 3. Otra de las áreas más afectadas es la de autoridad ya sea por las dificultades para establecerla en el subsistema adecuado, así como también por la falta de flexibilidad de esta que no permita adaptarse adecuadamente al proceso de la enfermedad.**
- 4. Aún cuando es más común que sean las familias nucleares quienes tienen conocimiento de la enfermedad del miembro infectado es importante mencionar que en los casos en que la familia extendida tiene conocimiento de esta, las áreas familiares resultan menos afectadas en general.**
- 5. A lo largo del proceso de enfermedad se activan un conjunto de relaciones de la red social personal del miembro infectado así como también se generan nuevas relaciones que cubrirán distintas funciones en este proceso y que permitirán una mejor adaptación al mismo.**

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ankrah E. M. (1993). The impact of HIV/ AIDS on the family and other significant relationships: The African clan revisited. *AIDS- Care*, Vol 5 No. 1, 5 - 22.
2. Bartlet G. J. y Finkbeiner K. A. (1996). *Guía para vivir con VIH y SIDA*. México: Diana.
3. Bateson G., Jackson D., Haley J. y Weakland J. (1977). Hacia una Teoría de la Esquizofrenia. En Jackson D. *Comunicación, Familia y Matrimonio* (53- 79). Buenos Aires: Nueva Visión.
4. Bateson G. (1993). *Una Unidad Sagrada. Pasos Ulteriores hacia una Ecología de la Mente*. España: Gedisa.
5. Bellack S. A. y Hersen M. (1989) *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. España: Desclée de Brouwer S. A.
6. Bor R. (1990) The family and HIV/ AIDS. *AIDS Care*, Vol. 2 No. 4, 409- 412.
7. Cade B. Y Hudson O. W. (1993). *Guía Breve de Terapia Breve*. España: Paídos
8. Campbell T. D. y Stanley C. J. (1970). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortú.
9. Catania J. A., Turner H. A., Choi K. y Coates T. J. (1992). Coping with death anxiety: Help - seeking and social support among gay man with various HIV diagnoses. *AIDS*, Vol. 6 No. 9, 999 - 1005.
10. Cárdenas N. Y. (1994). *Comparación de la percepción del funcionamiento familiar entre pacientes heterosexuales con VIH/ SIDA y pacientes homosexuales con VIH/ SIDA*. Tesis de Maestría, Universidad de las Américas, México.
11. Castro R., Eroza E., Orozco., Manca M. C. y Hernández J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/ SIDA a nivel familiar. *Salud Pública de México*, Vol. 39, No. 1, 32-43.
12. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1998). *Registro Nacional de Casos de SIDA*. *Revista SIDA ETS*. Vol. 4 No. 1.

13. De Vita V. T., Hellman S. y Rosenberg S. A. (1990). SIDA. Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. México: Salvat Editores.
14. Díaz G. R. (1997). Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología. México: Trillas.
15. Dumaret A. C., Boucher N., Torossian V. y Donati P. (1995). Children born to HIV positive mothers: Family environment, social support and care. *Early Child Development and Care*, Vol. 112, 65 - 76.
16. Durham D. J. y Cohen L. F. (1990). Pacientes con SIDA, cuidados de enfermería. México: Manual Moderno.
17. Engels (1989). La familia, la propiedad privada y el estado. México: Quinto Sol.
18. Epstein N., Bishop D. y Baldwin L. (1983). MCMASTER Model of Family Functioning: A View of the Normal Family. En Walsh. *Conceptualizations of Normal Family Functioning: A View of the Normal Family*. New York: Family Process, Gardner Press.
19. Espejel A. E. y cols. (1997). Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
20. Estrada I. L. Y Salinas F. J. (1991). La Teoría Psicoanalítica de las relaciones de Objeto: del Individuo a la Familia. México: Ediciones y Distribuciones Hispánicas.
21. Estrada I. L. (1997). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo.
22. Gómez F. M. (1997). La Clínica de la Familia 25 Años Después. En Instituto de la Familia XXV Aniversario. 14- 26.
23. González G. M. (1997). Aspectos Históricos de la Familia en la Ciudad de México. En Solís P. L. *La Familia en la Ciudad de México. Presente, pasado y devenir* (33- 47). México: Miguel Angel Porrúa.
24. González S. R. (1996). Apoyo Familiar y Depresión con personas seropositivas al VIH. Tesis de Maestría, Universidad de las Américas, México.
25. Gough K. (1976). El Origen de la Familia. En Llobera J. R. *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia* (112- 153). España: Anagrama.
26. Grmek D. M. (1992). Historia del SIDA. México: Siglo XXI.

27. Guerin P. J. (1976). *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press, INC.
28. Gurman A. Y Kniskern D. (1981). *Handbook of Family Therapy Vol. 1*. New York: Brunner/ Mazel/ Publisher.
29. Haley J. (1993). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu.
30. Hoffman L. (1998). *Fundamentos de Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
31. Hudson O. W. (1989). *Raíces Profundas*. Argentina: Paídos.
32. Kadushin G. (1996). Gay men with AIDS and their families or origin: An analysis of social support. *Health and Social Work*, Vol. 21 No. 2, 141 - 149.
33. Kerlinger N. Fred. (1988). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc. Graw Hill/ Interamericana.
34. Kimberly J. A. y Serovich J. M. (1996). Perceived social support among people living with HIV/ AIDS. *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 24 No. 1, 41 - 53.
35. Klein K., Forehand R., Armistead L. y Wierson M. (1994). The contributions of social support and coping methods to stress resiliency in couples facing hemophilia and HIV. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, Vol. 16 No. 4, 253 - 275.
36. Kornblit A. (1984). *Somática Familiar. Enfermedad Orgánica y Familia*. Barcelona: Gedisa.
37. Kübler R. E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
38. Leñero O. L. (1983). *El Fenómeno Familiar en México*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
39. Leñero O. L. (1994). *Las familias en la ciudad de México. Investigación social sobre la variedad de familias, sus cambios y perspectivas*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
40. Levi- Strauss C. (1976). *La Familia*. En Llobera J. R. *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. España: Anagrama.
41. Licea J. G. (1997). *El impacto del VIH/ SIDA en la vida de cuatro familias*. Tesis de Maestría, Universidad de las Américas, México.

42. Linton R. (1974). La Historia Natural de la Familia. En Anshen N. R. La Familia (5- 29). Barcelona: Ediciones Península.
43. Linton R. (1977). Estudio del Hombre. México: Fondo de Cultura Económica.
44. Macías A. R. (1988). Notas para la Historia de la Terapia Familiar en México. Psicoterapia y Familia. Vol. 1, No. 1, 18- 24.
45. Macías A. R. (1994). La familia. En Consejo Nacional de Población (CONAPO). Antología de la sexualidad humana. Tomo 2 (pp. 165- 199) México: Miguel Angel Porrúa.
46. Macias A. R. (1997). Esquema de Evaluación Dinámico Estructural. Instituto de la Familia XXV Aniversario.30- 34.
47. Mackinnon L. (1983) Contrasting Strategic and Milan Therapies. Family Process. Vol. 22, 425- 438.
48. Macklin E. (1989). AIDS and Families. New York: Harworth Press.
49. Miller D. (1989). Viviendo con SIDA y VIH. México: Manual Moderno.
50. Minuchin S. (1979). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.
51. Morgan H. L. (1980). La Sociedad Primitiva. Bogotá: Editorial Ayuso y Editorial Pluma.
52. Nichols M. P. y Schwartz R. C. (1995). Family Therapy: Concepts and Methods. Boston: Allyn and Bacon.
53. Nord. D. (1996). The impact of multiple AIDS- related loss on families of origin and families choice. The American Journal of Family Therapy, Vol. 24, No. 2, 129-144.
54. Ochoa de A. I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Herder.
55. Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA y Organización Mundial de la Salud (1997). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Informe ONUSIDA/ OMS Diciembre, 1997.
56. Ponce de L. S. y del Río Ch. C. (1996). Guía para la atención médica de pacientes con infección VIH/ SIDA en consulta externa y hospitales. México: Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.

57. Ramírez S. (1983) Obras Escogidas. Motivaciones Psicológicas del Mexicano. México: Editorial Línea.
58. Richardson D. (1990). La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno.
59. Robles de F. T., Eustace J. R. Y Fernández de C. M. (1987). El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas. México: Nuevo Mar.
60. Rolland J. (1988) Family Systems and Chronic Illness: A Typological Model. En Walsh F. y Anderson C. Chronic Disorders and the Family (141 - 167). New York: Harworth Press.
61. Sadner O. (1990). La pandemia del siglo. Venezuela: Monte Avila Editores.
62. Sande M. A. y Volberding P. A. (1992). Manejo Médico del SIDA. México: Mc Graw Hill/ Interamericana.
63. Salles V. y Tuirán R. (1997). Mitos y creencias sobre la vida familiar. En Solís P. L.. La familia en la ciudad de México. Presente, pasado y devenir (61- 101). México: Miguel Angel Porrúa.
64. Secretaría de Salud y Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1995). Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. México: Secretaría de Salud y CONASIDA.
65. Selvini P. M., Boscolo L., Cecchin G. Y Prata G. (1994). Paradoja y Contraparadoja. México: Paidós.
66. Sherr L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
67. Slaikeu K. A. (1996). Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.
68. Stulberg I. y Buckingham S. L. (1988). Parallel issues for AIDS patients, families and others. Social Casework, Vol. 69 No. 6, 355 - 359.
69. Velasquez de V. G. y Darío G. R. (1996). Fundamentos de Medicina. SIDA enfoque integral. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
70. Villegas A. D. (1992). Estilo de Respuesta de Nuestras Familias ante el SIDA. Psicoterapia y Familia. Vol. 5, No. 1, 1- 7.

71. Von Bertalanffy L. (1995). Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
72. Walker G. (1991). In the midst of Winter. Systemic Therapy with Families, Couples and Individuals with AIDS infection. New York: W. W. Norton & Company.
73. Walsh F. (1983). Conceptualizations of Normal Family Functioning a View of the Normal Family. New York: Family Process and Gardner Press.
74. Walsh F. y Anderson C. (1988). Chronic Disorders and the Family. New York: Harworth Press.
75. Watzlawick P., Beavin B. J. y Jackson D. (1995). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.
76. Watzlawick P., Weakland J. y Fisch R. (1995). Cambio. Formación y Solución de los Problemas Humanos. Barcelona: Herder.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: _____

Tiempo de Unión: _____

Edad del primer hijo (a) * _____

Ingreso familiar: _____

Ingreso per capita: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda: _____

Observaciones _____

Familiograma

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

2. Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver la televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>							

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horario de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

No existen horarios

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie	

No ha sucedido

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quién se le avisa...

A quién se le avisa:

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quién sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

<i>Estatus</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quién sustituye:

<i>Responsable</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

<i>Pide permiso</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad



21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

No

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

A quién se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quien?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Frecuencia		
Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera) ¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

