



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PERCEPCION DEL AMBIENTE FAMILIAR EN
PACIENTES CON ATAQUES DE PANICO Y
SUS FAMILIARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA GUADALUPE SUAREZ GUTIERREZ

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. LUZ MARIA DEL ROSARIO ROCHA JIMENEZ



MEXICO, D. F.

2005



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.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL.

PARA LA MAESTRA LUZ MARIA:

CON ADMIRACIÓN, RESPETO Y CARÍÑO.
FUE UN VERDADERO PLACER TRABAJAR
CON USTED EN ESTE PROYECTO, Y
UNA SUERTE HABERLA ENCONTRADO...

PARA USTED MI ETERNO AGRADECIMIENTO.

PARA LOS SINODALES:

GRACIAS, PORQUE SUS
OBSERVACIONES Y CONSEJOS ME
AYUDARON A MEJORAR ESTA
INVESTIGACIÓN.

A LA U. N. A. M.:

En primer lugar, quiero dar gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente a la Facultad de Psicología; porque el ingresar a su matrícula de estudiantes, ha hecho que yo mejorara mis conocimientos, para el bien de la humanidad.

A TODOS MIS MAESTROS:

Por sus enseñanzas y consejos durante mi época de estudiante.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ":

Por haberme aceptado en ese lugar, para adquirir nuevos y mejores conocimientos, así como permitirme la realización de esta investigación, que espero sea de gran utilidad.

Agradezco a todos los pacientes y familiares, quienes con su participación hicieron posible que este trabajo de investigación se llevara a cabo y con ello obtener información importante sobre su padecimiento y su relación con sus familiares.

Para la Mtra. Ma. Isabel Barrera Villalpando, para los amigos, Maribel. "Para ti mi agradecimiento... ¿recuerdas?. Tú fuiste quien en un principio me ayudó a plasmar las ideas del anteproyecto y el cual ahora es una realidad.

¡Y qué decir de la Mtra. Patricia Campos Coy!. Tú me ayudaste en el registro, y en la búsqueda de pacientes de esta investigación ¿Te acuerdas?. También me orientaste cuando Maribel temporalmente dejó el Instituto.

Gracias a ambas, por permitirme trabajar y aprender con ustedes durante mi estancia en el Instituto. Su orientación y enseñanzas fueron muy importantes, futuras Dras., espero algún día seguir sus pasos...

Así también, agradezco al Ing. José Cortés por su asesoría en el manejo estadístico de esta investigación; sus consejos y experiencias me ayudaron a mejorar el proyecto.

Para mis compañeros y ahora amigos; Yolanda Valdés, Ivonne, Lupita Ramírez, Estela y Fernando, quienes sin enterarse, los adopté como mi familia e hicieron mi estancia más amena en la Universidad y con esto superar la distancia con mi familia.

Por último, quiero agradecer a la Mtra. Nora Licéaga Guillén, quien con sus enseñanzas ha contribuido en mi educación escolar y también me enseñó a apreciar los libros de una forma especial.

PARA MI ABUELITA:

Gracias, porque tú también contribuiste con mi educación, por tus sabios consejos y tu gran calidad como ser humano. De ti, siempre voy admirar tu gran fortaleza espiritual.

A MIS PADRES:

Quienes, a pesar de no tener una preparación y educación para ser padres, han hecho todo su esfuerzo por guiarme y prepararme para la vida. Gracias mil por su apoyo en todos los aspectos, principalmente al brindarme su vida entera, libertad y confianza cuando salí de nuestro hogar, para buscar mi formación como profesional. Yo sé que no fue fácil para ambos, pero lo logramos, y quiero agradecer infinitamente todo lo que han hecho por mí. Ahora es el tiempo de disfrutar, estos momentos de felicidad.

A MIS HERMANOS:

Y qué puedo decir de mis hermanos, su apoyo es incondicional. Yo sé que ellos tres a veces no se llevan bien, hacia mí sólo demuestran, cariño y comprensión en todos los aspectos, quizá, porque yo fui la primera en separarme del hogar. Eso no importa, de ellos siempre he recibido cosas buenas. Para ustedes, mi más sincero agradecimiento.

PARA MIS SOBRINOS:

Juan Pablo y Flor del Carmen: A ustedes, pequeños quiero darles las gracias, porque su nacimiento hizo que nuestro hogar viviera una etapa nueva dentro de nuestra familia, al hacer a mi abuela, bisabuela; a mis padres, abuelos; a mis hermanos y cuñados, padres; a mi hermana y a mí, tías y entre ustedes mismo primos hermanos. Espero que este trabajo sea para ustedes una fuente de inspiración para ser cada día mejor, y para ayudar a los demás.

LOS AMARE ETERNAMENTE.

PARA MI FAMILIA EXTENSA:

De quienes siempre recibí su apoyo, y sus buenos deseos.

PARA MIS FAMILIARES QUE YA NO ESTAN:

No sé en que lugar se encuentran ahora, pero que en mis pensamientos y corazón siempre están conmigo.

Y TAMBIEN:

A todos aquellos que de alguna forma me han apoyado durante mi estancia en el D. F.

GRACIAS ...

EL PLACER DE SERVIR

Toda naturaleza es un anhelo de servicio.
Sirve la nube, sirve el viento, sirve el surco.
Donde haya un árbol que plantar, plántalo tú;
Donde haya un error que enmendar, enmiéndalo tú;
Donde haya un esfuerzo que todos esquivan, acéptalo tú.
Sé el que aparta la piedra del camino, el odio entre los
corazones y las dificultades del problema.

Hay una alegría del ser sano y la de ser justo, pero hay,
sobre todo, la hermosa, la inmensa alegría de servir.
Qué triste sería el mundo si todo estuviera hecho,
si no hubiera un rosal que plantar, una empresa que emprender.

Que no te llamen solamente los trabajos fáciles
Es tan bello hacer lo que otros esquivan!
Pero no caigas en el error de que sólo se hace mérito
con los grandes trabajos; hay pequeños servicios
que son buenos servicios: ordenar una mesa, ordenar
unos libros, peinar una niña.
Aquel que critica, éste es el que destruye, tu sé el que sirve.
El servir no es faena de seres inferiores.
Dios que da el fruto y la luz, sirve. Pudiera
llamarse así: "El que Sirve".

Y tiene sus ojos fijos en nuestras manos y nos
pregunta cada día: ¿Serviste hoy? ¿A quien?
¿Al árbol, a tu amigo, a tu madre?

Gabriela Mistral.

INDICE

RESUMEN.	2
INTRODUCCION.	3

Capítulo 1. FAMILIA.

1.1 Definiciones de Familia.	9
a) La Estructura Familiar.	15
b) El Sistema Familiar	17
1.2 Las Relaciones Familiares.	23
1.3 La Comunicación Familiar.	28
1.4 El Modelo Circumplejo.	32

Capítulo 2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

2.1 Definiciones de Ansiedad.	39
2.2 Etiología de la Ansiedad.	43
2.3 Tipos de Ansiedad.	48
2.4 El Trastorno de Ataque de Pánico.	52
2.5 Trastorno de Ataque de Pánico y Familia.	58

Capítulo 3. METODOLOGÍA.

3.1 Objetivo general y específicos.	65
3.2 Hipótesis.	65
3.3 Variables:	65
a) Independiente	
b) Dependiente	
3.4 Selección de sujetos.	66
3.5 Escenario.	67
3.6 Tipo de Estudio.	67
3.7 Procedimiento.	67
3.8 Descripción de los Instrumentos.	68
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	74
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	96
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	108
APÉNDICES	114

RESUMEN

La presente investigación estudió la percepción del funcionamiento familiar y la ansiedad, de 30 pacientes que sufrían ataque de pánico y 60 familiares de un Instituto de Psiquiatría. Se aplicaron los instrumentos *FACES II* (*la Cohesión, la Adaptabilidad y la Comunicación Familiar y Marital*) y el *IDARE* (*la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo*). Los resultados demuestran que la tipología de los pacientes (Real es Rígido-Desligado e Ideal Caótico-Conectado) y la de familiares (Real es Rígida-Desligada e Ideal Caótica-malgamada), ambas son disfuncionales y su comunicación es en ocasiones poca o cerrada, sin embargo en ambos grupos de estudio se observa también que desean un cambio importante para mejorar sus relaciones familiares. En cuanto a la ansiedad se encontró que hay una predisposición hereditaria. Se sugiere tomar en cuenta las características de las relaciones familiares que se encontraron de acuerdo al Modelo de Olson como una clara información que nos ayude a la aplicación de la intervención clínica y programas educativos, de pareja y familia para la prevención, tratamiento y recuperación de los pacientes con ataque de pánico, así como evitar las recaídas. Se utilizaron los criterios de evaluación originales de Olson, debido a que la estandarización en México no cumple con los requisitos estadísticos apropiados.

A lo largo del desarrollo de la humanidad, no existe hasta ahora institución más significativa que la familia. La familia tal y como la conocemos: padre, madre e hijos es una institución tan antigua como el hombre mismo, sin embargo, las constantes transformaciones en la vida del hombre han incitado desconfianza y temor entre las naciones alterando el aspecto de la vida familiar perturbando ciertas pautas establecidas en el individuo la familia y la comunidad. Así sus continuos cambios responden al proceso evolutivo de nuestra existencia. La familia es un constante objeto de estudio desde hace varias décadas y gracias a esto se logran conocer datos importantes para el desenvolvimiento y las relaciones del hombre con su grupo. (Ackerman, 1979)

Minuchin (1994) a través de su práctica como psicoterapeuta familiar y en colaboración con diferentes autores desarrolla un modelo conceptual de la familia describiéndola como una "estructura sistémica" en donde la familia es definida como un grupo natural que con el tiempo va desplegando patrones de interacción que forman la estructura que a su vez gobierna el funcionamiento de sus miembros delineando su rango de comportamiento y facilitando su interacción.

Andolfi (1992) señala a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas del comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio en su interior.

En un sentido las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno la protección de sus miembros y el otro es externo la acomodación a

una cultura y la transmisión de esa cultura (Minuchin, 1994). Esto permite un ajuste emocional en el desarrollo del sujeto que a su vez pretende lograr una adecuada adaptación en las relaciones humanas del hombre o de lo contrario moviliza predominantemente tendencias enfermas.

La forma en que estas tendencias actúan en las relaciones personales determina considerablemente como reaccionan con otros (Ackerman, 1994).

De tal forma que la estructura familiar constriñe al individuo de conductas que difieren de las normas familiares, aunque también la estructura familiar promueve el crecimiento y la autonomía. Protege al individuo dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar y su buena salud mental (Minuchin, 1994).

Es decir, la salud mental no sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la cercanía y apoyo emocional de otros. Idealmente es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo que realiza lo mejor del hombre en sus relaciones sociales.

Hasta ahora, la importancia que tiene la familia en pro de la salud mental se ha venido estudiando, siendo precisamente a mitad del siglo pasado cuando se presencio un notable avance en el pensamiento psiquiátrico, ya que gradualmente se amplió el foco de interés para incluir a figuras importantes del paciente identificadas en relación a su núcleo familiar (Ackerman, 1994).

No obstante, en estos últimos años hay un cambio en el paradigma de explicación e intervención familiar, ha pasado de un enfoque lineal a uno circular o sistémico.

En ésta última orientación, la estructura de la familia juega un papel importante al ser considerada como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1994). Por lo tanto, la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntan al sistema. Las pautas transaccionales regulan las conductas de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción.

El primero comprende las reglas universales que rigen habitualmente la organización familiar, es decir la presencia de una jerarquía de poder en la cual los padres e hijos tienen diferentes niveles de autoridad y de complementariedad de funciones en la que los miembros de la pareja parental aceptan una tendencia recíproca. El segundo sistema de coacción está representado fundamentalmente por las mutuas expectativas de cada miembro de la familia respecto a los demás. El origen de estas expectativas se encuentra sepultadas por años de negociación explícita e implícitas entre los pequeños acontecimientos diarios; así la alimentación y el apoyo que una familia proporciona a sus miembros son vitales para el mantenimiento de la misma (Op. cit. ,1994).

Dado el efecto que tienen las relaciones familiares para sus miembros; dentro del núcleo familiar, esto puede representar un factor relevante en el tratamiento de pacientes con algún problema de salud mental (Minuchin, 1994).

Tomando en cuenta el efecto que tiene la familia ya sea en pro de la salud de sus miembros o en perjuicio de los mismos observamos una cierta relación con la demanda frecuente de servicio de pacientes con problemas de salud mental en las Instituciones de Psiquiatría. Por ejemplo los pacientes agorafóbicos mencionan tener dificultades para asistir a sus consultas, pues ellos reportan que en algunas ocasiones sus familiares se niegan a acompañarlos poniéndoles algún pretexto o excusa. Otros pacientes se quejan que sus familiares no les apoyan económicamente en su tratamiento farmacológico que ayuda a controlar los síntomas de la crisis de ansiedad, cuya característica primordial es el miedo y molestias físicas lo que les impide salir solos a la calle. Así como estos, muchos otros son los episodios que relatan dichos pacientes y siempre se encuentran relacionados con conflictos familiares. De la misma manera los pacientes con ataques de pánico en la interconsulta del Servicio de Retroalimentación Biológica del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", relatan con mucha frecuencia durante su tratamiento, eventos problemáticos en sus relaciones familiares, como la falta de apoyo, que pueden ser un factor importante e influyente en el tratamiento y por consiguiente en su recuperación.

Breton (1986) refiere que los ataques de pánico pueden variar muchísimo de una persona a otra. Los más comunes son aquellos en los que el afectado se marea y siente que se va a desmayarse. El corazón late con mayor rapidez, le sudan las manos, se le nubla la vista y le zumban los oídos. Algunas personas sienten náuseas, a otras le produce diarrea, disfagia (sensación de tener algo en la garganta), náuseas, cólicos, molestias y abdominales. Sea cuales fueren los síntomas, causan mucho miedo al que las sufre.

Habitualmente entre el inicio del ataque de pánico y todos los síntomas en su apogeo, transcurren entre unos minutos hasta varias horas, para finalizar gradualmente un estado de cansancio físico con dificultades en la concentración y la realización de sus actividades cotidianas.

La importancia del estudio del trastorno de ansiedad se encuentra en su manifestación; y al menos 15 millones de mexicanos son víctimas de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. Es decir, de acuerdo con una encuesta Nacional de Salud Mental realizada con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), el Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) y Pfizer, la prevalencia de ansiedad entre mexicanos es del 28.6%, señaló que la ansiedad se presenta en la niñez o la adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta, y es más frecuente en mujeres. El especialista comentó que la ansiedad no escapa a los factores económicos, sociales, familiares y ambientales aunque algunos científicos pretenden imponer que este mal está vinculado directamente con cuestiones genéticas, neurológicas y biológicas. (Castanedo de Alba, 2004), lo cual lo coloca entre uno de los padecimientos mentales más frecuentes, y severos. Es importante considerar el papel que la familia juega en el mejoramiento o deterioro de esta enfermedad. Mencionamos con anterioridad la interinfluencia tan importante, que tienen los miembros dentro de una familia. En este sentido el síntoma de la ansiedad de estos enfermos es frecuente encontrarlos en los familiares cercanos. De aquí que nuestra suposición es que las características estructurales de la familia y los síntomas de ansiedad que presentan estos pacientes y sus familiares pudieran

estar influyendo sobre la misma enfermedad del paciente identificado.

El objetivo que planteó este estudio fue identificar la percepción del funcionamiento familiar y la ansiedad de los pacientes con trastorno de pánico y sus familiares medidos a través del FACES II y el IDARE.

El contenido que este trabajo describe, se refiere a los temas sobre la estructura familiar, el Modelo Circumplejo o Circunflejo de Olson y el trastorno de ataque de pánico.

En el Capítulo I, se describen algunas definiciones de familias, de cómo es su estructura, qué es el sistema familiar, la comunicación y relaciones familiares, y por último se aborda el tema del Modelo Circumplejo o Circunflejo de Olson sobre el cual se realizó la tipología familiar de este trabajo; que abarca tres áreas dentro del sistema marital y familiar, por un lado esta la Cohesión, que se refiere a la vinculación de los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí, la Adaptabilidad es la habilidad de un sistema para cambiar, su estructura su poder, sus roles y reglas relacionadas en respuesta al estrés situacional y/o evolutivo (desarrollo) y la Comunicación que puede ser positiva o negativa.

En el capítulo II propiamente se desarrolla el tema correspondiente a la ansiedad; desde el punto de vista médico la ansiedad representa un objeto de estudio de gran importancia, siglos atrás se ha descubierto información básica, y que el mismo tiempo se ha encargado de ir clasificando poco a poco en una enfermedad mental, pues si ésta llega a quedar fuera del control del ser humano, constituye entonces un conflicto importante en su vida, con repercusiones en su salud al grado de llegar a incapacitarlo y generar una dinámica tensa a su alrededor (Ballas, 2002). Por lo tanto en este apartado se presentan definiciones para comprender mejor el concepto de ansiedad, la etiología de la misma, los tipos de ansiedad, el trastorno de ataque de pánico, finalmente el trastorno de ataque de pánico y la familia, ya que no debemos olvidar que cada etapa de nuestra vida como seres humanos lleva sus propias fuentes de angustia, es decir desde la lactancia hasta la senectud y la familia que también juega un papel importante en las enfermedades mentales.

En el capítulo III correspondiente a la metodología; se describen de forma detallada cada uno de los métodos utilizados en esta investigación, abarcando los puntos que van desde el planteamiento y justificación del problema, hipótesis, variables (dependiente e independiente), selección de sujetos, escenario, diseño, descripción de los instrumentos y procedimiento.

Posteriormente se presentan los resultados y análisis de resultados que están gráficamente representados y explicados, de tal forma que permite conocer de manera clara, precisa y concisa la dinámica de la ansiedad en comparación con sus familiares, la tipología familiar entre los pacientes con ataques de pánico y sus familiares, así como el análisis de las correlaciones entre variables de este estudio. En seguida tenemos la discusión y conclusiones, sugerencias y limitaciones que surgen como consecuencia de este estudio, proporcionándonos datos importantes sobre los cambios de las relaciones familiares, las propuestas para mejorar y los obstáculos para desarrollar este trabajo, como la selección de la muestra, la resistencia de algunos pacientes para participar en este proyecto entre otros.

Por último, se encuentra la bibliografía, y en el apéndice se incluyen los protocolos de cada uno de los tests, así como la tabla de la base de datos de las variables utilizadas para obtener los resultados.

CAPITULO 1. FAMILIA

Porque la familia y la sociedad,
pueden ser formación y armonía,
o violencia y destrucción para sus
integrantes. (Guadalupe Suárez, 2004)

1.1 Definición de Familia

El ser humano necesita de varias acciones necesarias para mantener la vida, tales como la alimentación, el vestido, etc. La criatura humana requiere para su desarrollo la presencia del padre, la madre, hermanos o demás familiares (Soiter, 1979); por lo que la familia representa la más antigua de las instituciones sociales humanas, una institución que ha sobrevivido de una u otra forma, mientras la humanidad exista (Fromm et al 1979). La formación de esta institución se inicia con la unión o el matrimonio de una pareja que se constituye para formar a la familia. En este sentido tenemos que la familia debe dar cuidado, atención, amor y comprensión a los hijos que espera tener para lograr en ellos el objetivo principal de la familia, que es la defensa de la vida.

La familia tal y como la conocemos (padre, madre e hijos) es la institución social y natural más importante en la vida del hombre, es decir, representa un papel primordial dentro de la sociedad; pero para lograr una mejor comprensión sobre ésta es necesario empezar por definir lo que significa (Soifer, 1979). Las siguientes definiciones son parte de los diferentes estudios que se han realizado sobre el tema; entre ellas destacan:

Macia, 1969 (en Braverman, 1986): "Señala a la familia como una unidad, como un todo que sirve para mantener un balance en las relaciones del individuo con su mundo, el tiempo que se mantiene en balance entre el grupo familiar y la sociedad en que ésta vive"

Ackerman (1994): "Es una organización única, es la unidad básica de la sociedad, la cual tiene como fin promover las condiciones para la unión de la pareja, la manera como esta puede tener hijos y asegurarles su porvenir".

Laing (1971): Menciona que "es un grupo de personas que viven juntas

durante determinado tiempo y se hayan vinculados entre sí por el matrimonio o el parentesco sanguíneo".

Minuchin (1994): A través de su práctica como psicoterapeuta describe a "la familia como una estructura sistémica, en donde la familia es definida como un grupo natural que con el tiempo va desplegando patrones de interacción que forman la estructura que a su vez gobierna el funcionamiento de sus miembros delineando su rango de comportamiento y facilitando su interacción".

Pichon, 1976 (en Rosendo, 1988): Define a "la familia como una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre e hijo) el cual constituye el modelo natural de interacción grupal".

Andolfi, (1992): "La familia es un sistema abierto constituido por reglas del comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio en su exterior".

Satir, 1980 (en Guitart, 1991): Considera a "la familia como un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y en donde a la vez "la familia se comporta como si fuera una unidad".

Braverman, (1986): Nos dice que "la familia es un sistema funcional integral, abierto en interjuego constante, más que la sola suma de sus partes que permite o no al hombre desarrollar sus potenciales básicos y transmitir de generación en generación, los valores, las normas, la integridad y la seguridad en sí mismo como ser humano. Es la unidad básica de subsistencia y de relación en la sociedad la cual se imparten las enseñanzas primarias de las normas y valores de la cultura, así como la conducta esperada y aprobada. Está basado en una división de funciones claramente señalados por las obligaciones y los deberes, en la cual sus miembros ocupan un conjunto definido de status".

Desde tiempos pasados existe un gran interés por saber más de la familia, la cual ha tomado otras direcciones, una de ellas es el estudio en su seno, de formas de interacción, y de comunicación normal y patológica entre sus miembros; y otra es el análisis de estructura (De la Fuente, 2000).

Por ejemplo hasta hace más de medio siglo pasado, cuando México salía de su pasado semifeudal, basado en una economía agrícola y comercial, la familia media mexicana era rígida y se apoyaba en las diferencias del sexo y la edad; las mujeres se subordinaban a los hombres y los jóvenes a los viejos, la familia y religión sostenían la una a la otra, la interdependencia entre los miembros era estrecha y la red de relaciones familiares era abierta e incluía a los parientes como pertenecientes al mismo círculo social. Destacando de esto que la permanencia y unión familiar tenía que preservarse sin importar como se encontrara sus relación, interacción o comunicación familiar entre sus miembros (De la Fuente, 2000).

En el estudio dinámico de la familia se señala que: "la familia sigue siendo la célula básica de la sociedad, transmisora de costumbres, tradiciones y de la ética convencional. Donde también menciona que el dilema para la familia mexicana es continuar su desarrollo hacia niveles de mayor individuación de sus miembros y por lo tanto de menor interdependencia interna y mayor solidaridad social, sin perder sus valores humanos, nuestra responsabilidad como padres es educar a nuestros hijos para que en su oportunidad sepan impulsar a la sociedad hacia formas de vida racionales, más justas y más responsables de los demás" (Martín, 2000).

Por otra parte en una publicación de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el Caribe, llamado el perfil de la familia (1993) refieren que: "Una familia se gesta en torno a una pareja y sus hijos". Un primer sentido es "el grupo Social formado por los miembros del hogar emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio, incluyendo las uniones consensuales cuando son estables. En otro sentido, y dependiendo de quienes constituyen la familia, se distinguen tipos de familias cuyas relaciones internas y externas pueden ser significativamente diferentes". En la cultura occidental, cuando se dice "familia" lo primero que se viene a la mente es el esquema "papá, mamá, hijos o hijas". Pero esto no fue así en otros tiempos, ni lo es actualmente en numerosos países o en determinados sectores de América Latina y el Caribe simultáneamente con la familia nuclear, coexisten otros tipos de organización

familiar que se denominan "familias extendidas", cuando incluyen a parientes y "familias compuestas" cuando comprenden también a personas que no son parientes. Algunos autores hablan de "grupo doméstico" o "unidad doméstica". La familia nuclear se asocia a la modernidad y la familia extendida a la tradición. Otra modalidad familiar debe considerarse es el hogar "monoparental" formado por un progenitor con sus hijos o hijas, que es en realidad significativa de la región que tal vez se incremente en el futuro, al igual que en los países industrializados, debido a la creciente inestabilidad de las uniones. Hay que tener presente, en la actualidad, que en algunos países industrializados, hay un movimiento que pide considerar como familia, a parejas de homosexuales, con todos los derechos legales que el término implica en seguridad social, impuestos, herencias, cuidado y protección. El artículo sobre la diversidad de la familia actual (Rocha, 2001), señala que en esta época existen diferentes tipologías en las familias mexicanas, las cuales se pueden establecer con base a su composición, su residencia y lugar de origen, su nivel de vida, su ciclo vital, su componente generacional, su tipicidad especial, entre otros. Así mismo, en ese artículo hace referencia a familias de la capital mexicana, tocando puntos como, composición, roles, familias nucleares, extensas, monoparentales o seminucleares.

Es importante mencionar que de acuerdo a Rocha (2001), actualmente "la familia mexicana" no existe (sic.), existen "las familias mexicanas", es decir, ella enfoca este punto en comentar que las funciones que se tienen dentro de la familia han cambiado, lo que puede deberse a varios factores, como son la evolución de la sociedad (ajustes económicos en el país), donde muchas madres de familia han tenido que combinar sus labores domésticas con un empleo remunerado, para hacer frente a las crisis económicas que se presentan. Esto ha traído como consecuencia que en muchos casos no se logre que las funciones del hogar se distribuyan de manera equitativa en la pareja, ocasionando una desestabilización y a veces hasta la desintegración de dicho sistema familiar. Así mismo, hay otros factores que han contribuido y están dando la pauta para que actualmente existan otras tipologías de las familias mexicanas, que en años

anteriores no se observaban, por lo que podemos decir que la familia se encuentra en un periodo de transición. Las siguientes son algunos de los grupos familiares que podemos observar en la población mexicana:

a) *Familia Nuclear*: Es considerada como la ideal y aún sigue vigente, está formada por padres hijos solteros que viven dentro del hogar. Se pueden considerar aquí también a las *familias reconstituidas*, donde ambos miembros de la pareja con hijos se han vuelto a casar y en ocasiones tienen hijos de esa nueva unión.

b) *Familias Mixtas*: Son familias nucleares con familiares agregados, por ejemplo: Hijos recién casados, una tía soltera, hermana viuda, una madre soltera o viuda.

c) *Familias Extensas*: Aquí se considera a los grupos de miembros familiares de tres generaciones y parientes colaterales en tercero y cuarto grado.

d) *Familias Semi-Nucleares*: Las cuales están integradas por un padre o madre y por lo menos un hijo(a). Dentro de ellas tenemos a los padres o madres solteros y las personas divorciadas o separadas.

e) *Familias Informales*: Se refiere a las parejas que viven en unión libre con hijos, parejas con flexibilidad en relaciones internas con hijos. En un porcentaje mínimo en frecuencia se encuentran aquí los homosexuales, el cual es un grupo que con el paso del tiempo ha incrementado.

f) *Familias Solas*: Es un grupo de personas que viven solas, es decir, parejas de ancianos, de hermanos, de una madre y una hija soltera entre otros, algunos de estos integrantes pueden estar enfermos o discapacitados.

Así mismo son muchas las definiciones sobre familia que podemos encontrar en la actualidad, lo cierto es que todas nos hablan de un conjunto de personas que están en constante interacción, en donde el ser humano demuestra la imperiosa necesidad que tiene por nacer, crecer, vivir y morir en el seno familiar. Es decir, nos damos cuenta del papel esencial que tiene la

familia dentro de la sociedad y que también es importante para llevar a sus integrantes al pleno goce de la salud física y mental.

A) La Estructura Familiar

Aunque mucha gente piensa que la influencia de los padres sobre sus hijos empieza en los primeros años de vida. Otros suponen que empieza en el embarazo. La realidad es que empieza mucho antes, es decir es importante y decisiva ya durante la concepción (Klorman,1998). La unión de dos personas marca el comienzo formal de una nueva unidad familiar; una de las tareas que enfrenta la pareja es la estructura familiar que tiene su origen en patrones de interacción que van desarrollándose dentro del ambiente familiar.

La estructura familiar es el conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas transaccionales regulan las conductas de los miembros de la familia y son mantenidos por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; ej. la jerarquía de poder, que debe existir entre los padres e hijos debe poseer niveles de autoridad diferentes. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia; ej. cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociación explícitas e implícitas entre los miembros de la familia relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. De este modo, el sistema se mantiene a sí mismo (Minuchin, 1994).¹

Sin embargo, es importante señalar que la estructura de la organización familiar es dinámica y es la sociedad la que rodea su funcionamiento para lograr su mayor utilidad. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las fuerzas que actúan sobre ellas, tanto desde el interior como desde el exterior. Es decir, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias

¹ Minuchin, S. (1994). *Familias y Terapia Familiar*. (pp. 19-78, 183-204.) Barcelona, España: Gedisa

cambian. La familia debe responder a los cambios internos y externos, y debe ser capaz de transformar de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Por lo tanto, la estructura familiar constriñe al individuo, inhibiendo conductas que difieren de las normas, pero la estructura familiar promueve el crecimiento de la autonomía, protege al individuo dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar.

B) El Sistema Familiar

Si analizamos qué es un sistema, pronto nos daremos cuenta de que una de las maneras de relacionarnos con todo lo que nos rodea, de alguna forma pertenece a un tipo de sistema, el cual "es un conjunto de principios o cosas coordinadas para formar un todo, y este todo a su vez está en interacción o interdependencia".² Si a partir de esto nos queda claro qué es un sistema, será entonces más fácil ubicar, que una forma de estudiar a las familias es considerándola como una totalidad, como un sistema que interactúa, donde hay dependencia recíproca entre sus integrantes, lo cual les garantiza pertenecer a un mismo régimen. Ante esta situación se crea la oportunidad de entender mejor qué sucede y cómo se comporta un sistema familiar, y qué información se esconde dentro de ellos (integrantes de la familia) que en algunas ocasiones no nos permiten entender su forma de ser y actuar. Es necesario señalar que, cuando la familia se estudia a partir de este enfoque, las características generales de los sistemas se aplican en ellos.

Desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, el estudio de la familia la ve como "una totalidad, donde ninguna parte o conducta es causa de otra, sino, que están interconectadas de manera circular, con otras partes de conducta. La familia tiene la propiedad de mantener estable su organización a pesar del constante intercambio de componentes con el exterior. La familia tiene también, la propiedad de evolucionar de un estado a otro. Ambos procesos hablan de una estabilidad morfoestasis y un cambio, morfogénesis en la familia, es decir, del mantenimiento de un estado estable y de una modificación de su estructura básica respectivamente".³

La familia como sistema, se considera formada por un conjunto de seres humanos individuales que se comunican entre sí con el objeto de definir la naturaleza de su relación (Braverman, 1986). Parte integrante de esta unidad es el

² Warren, H. C. (1987). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica. 336-337.

³ Cueli, J., De Aguilar L. R.; Martí, C., Lartigue & T. Machaca, P. (1990). *Teorías de la Personalidad* (pp. 485-494). México: Trillas.

tiempo, que en todo sistema está siempre implícito, como un proceso secuencial que permite describir el estado del sistema; por lo cual la familia constituye un sistema vivo, es decir, un complejo dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción. Donde los sistemas vivos son sistemas más abiertos en cuanto son mantenidos en continuo intercambio de componentes. El sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales.

Bertalanffy (1986): Define la teoría general de sistemas como "el conjunto de disciplinas que tratan de las propiedades y leyes generales de los sistemas".

Esta teoría intenta explicar los principios aplicables a los sistemas en general, sin importar la naturaleza de estos, de sus componentes y de sus relaciones o fuerzas entre ellos; Un sistema se define "como un complejo de elementos interactivos" con las siguientes características:

A) *Totalidad*: Un sistema no sólo se comporta como un simple complejo de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente. Donde la familia aquí es considerada como una totalidad.

B) *Límites*: Todos los sistemas tienen límites y éstos se refieren a aquella zona que divide a un sistema de otro, cuya función es filtrar las entradas y salidas en el sistema. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. En el caso de la familia para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Dentro de ellos tenemos los límites claros (aspecto normal), difusos, aglutinados, rígidos y desligados.

C) *Entradas y Salidas*: Los sistemas abiertos están en contacto permanente con su medio por la acción de sus entradas y salidas. La primera se refiere a la energía, información, etc., absorbida por el sistema, la segunda a aquella energía e información que el sistema manda al exterior.

D) *Retroalimentación*: En la salida de un sistema alguna cantidad es devuelta como "información" a la entrada de modo que regula ésta y así equilibra al sistema o lo guía a la acción.

E) *Diferenciación, Crecimiento*: El sistema se desarrolla mediante el proceso de diferenciación, es decir desde una estabilidad, relativa hasta una elaborada y diferenciación más complicada.

F) *Equifinalidad*: El sistema puede llegar al mismo estado final partiendo de distintas condiciones iniciales y pasando por diferentes caminos.

L. Von Bertalanffy (1986)⁴: Distingue también dos tipos de sistemas: "cerrados y abiertos".

Sistemas Cerrados: Son aquéllos que se consideran aislados del medio circundante, que se circunscriben a la naturaleza inorgánica, inanimada y se rigen por las leyes de la termodinámica y la entropía, es decir en los sistemas cerrados no hay intercambio, por ejemplo una reacción química en un recipiente aislado y sellado.

Sistemas Abiertos: Son los que mantienen continua incorporación y eliminación de materia constituyendo y desmoliendo componentes sin alcanzar, mientras la vida dure, un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose a un estado uniforme (steady) que difiere de aquél y explica que "todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto".

Sin embargo, por la teoría general de los sistemas sabemos que cada sistema viviente se caracteriza por dos funciones aparentemente contradictorias y la capacidad de transformación cuyo interjuego mantiene al sistema en equilibrio, siempre provisorio que garantiza su evolución y creatividad, sin las cuales no hay vida; en donde la teoría de las reglas familiares se adecua a la definición inicial de un sistema como estable con respecto a algunas de sus variables, si estas variables tienden a mantenerse dentro de los límites definidos, y de hecho; ésta lleva una consideración más formal de la familia como sistema.

Minuchin y Fishman⁵: Refieren que una de las tareas vitales del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para

⁴ Bertalanffy V. L. (1986) Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica

⁵ Minuchin, S. & Fishman, Ch. H. (1993). *Técnicas de Terapia Familiar*. (pp.25-11).México.: Paidós

la satisfacción de sus necesidades psicológicas, sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. Las alteraciones de la salud mental del niño se producen básicamente cuando la familia ha dejado de ser para él la garantía de seguridad que necesita cumplir eficazmente su desarrollo físico, su armonía afectiva y su integración social. En los hechos concretos cada familia constituye una entidad peculiar y, por consiguiente cada niño aparece (enlazado) en un sistema que considerándolo clínicamente sea en absoluto original y particular.

Lynn Hoffman por su parte señala: "cualquier entidad cuyas partes covarían de manera interdependiente, y que mantienen el equilibrio de un modo activado por el error". "Algo que tiene partes que se conducen de manera previsible entre sí, creando una pauta que mantiene el equilibrio estable de la entidad introduciendo cambios en sí mismo".

De hecho el universo entero puede concebirse como una colección de sistemas. Dentro de este universo de sistemas hay dos tipos fundamentales: los vivientes y los no vivientes. Un sistema no viviente como un sistema planetario o un sistema climático no está "muerto", en el sentido de que tiene actividad y exhibe lo que, en líneas generales podría denominarse en el espacio, y los frentes de tormenta a veces hacen sentir muy intensamente su presencia.

Pero hay notables diferencias entre estos sistemas no vivientes, cuyo comportamiento puede con frecuencia predecirse a partir de las leyes de la física y los sistemas vivientes, cuyo comportamiento aún contiene muchos procesos exclusivos. Todos los sistemas presentan cierta clase de equilibrio (Andolfi, 1992).

En cuanto al sistema familia, Minuchin (1994) señala que estos se diferencian y desempeñan sus funciones mediante subsistemas, los cuales pueden estar formados por generación, sexo, interés o función, etc. Por ejemplo, un hombre puede ser hijo, sobrino, hermano, esposo, padre y así sucesivamente. Los subsistemas están divididos por límites y éstos están formados por las reglas que determinan quiénes participan y cómo. La función de los límites es proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y

plantea demandas especiales a sus miembros. Para que el funcionamiento familiar sea correcto, los límites entre los subsistemas deben estar claramente marcados. Dentro de los subsistemas tenemos:

El Subsistema Conyugal: Se da cuando dos adultos de diferentes sexo se unen con el propósito de formar una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la interpretación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir que ambos padres deben desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas.

El subsistema conyugal puede convertirse en un lugar de cobijo ante el estrés externo y en el generador para el contacto con el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento.

El Subsistema Parental: Cuando proviene el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación, imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. Se espera que el subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización, ya que el niño empieza a relacionarse con compañeros intrafamiliares, la escuela y otras fuerzas sociales exteriores a la familia. Si el pequeño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no sólo su relación con sus padres sino incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal. La relación de paternidad requiere de capacidad de alimentación, guía y control. Se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que componen.

Es imposible que los padres protejan y guíen sin, al mismo tiempo, controlar y restringir.

El Subsistema Fraternal: Es el primer contacto social en el que los niños desarrollan relaciones con sus iguales. De este modo aprenden a negociar, competir y cooperar. Cuando se relacionan con el mundo de sus iguales

extrafamiliares, tratan de actuar de acuerdo con las normas del subsistema fraterno. Este subsistema debe protegerse con sus límites, es decir, no deben tener ninguna interferencia de los adultos para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propios intereses y disponer de la libertad de cometer errores.

Por otra parte también se considera a la familia como sistema abierto que atraviesa por diferentes etapas del ciclo vital que van, desde el nacimiento hasta la vejez y la muerte.

1.2 Relaciones Familiares

Desde que existe el ser humano, la relación entre padres e hijos ha sido de gran importancia y trascendencia, y al mismo tiempo compleja y difícil. Implica el paso de una generación a otra; esto es el objetivo, pero además los padres sienten a sus hijos como parte de ellos mismos y representan su continuidad, les dedican lo mejor de sus potencialidades y depositan en ellos sus mejores deseos y esperanzas. Muchas veces se proyectan en sus descendientes y desean realizarse a través de ellos, en el sentido de que sus hijos puedan hacer lo que ellos mismos no lograron tanto laboral como económica y profesionalmente (Klorman, 1998); esto es lo que idealizan algunos padres para con sus hijos, pero no debemos olvidar que en la formación de los hijos hay que considerar varios aspectos de la vida del hombre, entre ellos el funcionamiento psicológico y social de un individuo que tiene sus bases en sus experiencias familiares, las cuales son reales y significativas, entonces también podemos decir que la identidad surge en su mayor parte, de la interacción familiar, donde las relaciones familiares constituyen una parte importante en la integración de una familia y en la formación integral de un individuo.

La mayor parte de las relaciones en la vida familiar son una mezcla de diferentes aspectos que se dan entre los integrantes de la familia, de sus necesidades de afecto, reconocimiento, poder, trascendencia, etc. cuando tomamos al individuo dentro de su grupo familiar, dejando de considerarlo aisladamente, apreciamos cuán inadecuada es nuestra actual concepción de la dinámica de la familia; a pesar de que la pertenencia del individuo a la familia es universal, no ha podido fijarse de una manera precisa y significativa la relación exacta entre ambos, ya que los procesos familiares, por su naturaleza, son en extremo complejos y su esfera de acción es casi global (Ackerman, 1994).

Dentro de la familia existen múltiples niveles a considerar, tales como: componentes biológicos, sociales, herencia, procesos de socialización; predisposición en la niñez y experiencias traumáticas en la edad adulta. En un principio existe, una división natural de este problema entre el rol de la familia

sobre la salud mental del niño y del adulto.

En un extremo se encuentra el problema de evaluar la dinámica de grupo de la familia como unidad integrada (Ackerman, 1976).

En el otro, el problema de fijar una conducta individual; como asunto intermedio entre ambos, se encuentra el de la evaluación del funcionamiento conjunto de las parejas más importantes dentro de la familia: marido y mujer, padres e hijos, y hermanos. Surge entonces la necesidad de relacionar estos distintos niveles de conducta dentro de la totalidad de la vida familiar, y establecer un criterio para sopesar la salud mental en relación de los conflictos y defensas familiares con los individuales y, la relación del fracaso de la complementación del rol familiar con una desorganización en la adaptación y enfermedad mental (Berenstein, 1987).

El estudio de las relaciones familiares surge en los años 70's, es cuando se observa un avance en el pensamiento psiquiátrico, ya que empezaron a incluirse figuras importantes de la familia en el estudio de un paciente. En este interés terapéutico se incluye en primer lugar a la madre del paciente, como un dominio en las relaciones interpersonales, posteriormente al pasar el tiempo se hizo la inclusión de toda la familia, registrándose así una novedad dentro del proceso del saber, el paso de una orientación elemental individual a una orientación básicamente centrado en la familia (Ackerman, 1976).

Ackerman (1994) uno de los principales investigadores en las relaciones familiares señala: "El compromiso emocional de una persona en uno u otro tiempo de relaciones humanas moviliza predominantemente las tendencias enfermas o las sanas. La forma en que estas tendencias actúan en las relaciones personales, determinan considerablemente como reaccionan con otros".⁶ Actualmente la mayoría de los profesionistas de la salud mental, se han dado cuenta de las características de comunicación y de los patrones en las relaciones al observar con detenimiento a las familias con pacientes identificados.

⁶ Ackerman, W. N. (1994). *Diagnóstico tratamiento de las relaciones familiares*. (pp 35-47, 398-413). Buenos Aires: Paidós

Las investigaciones de las relaciones familiares realizadas anteriormente por el *Dr. Ackerman* entre familia y salud mental, constituyen una parte muy importante en el estudio de las relaciones familiares, ya que involucra individuos y familia. Es decir, la naturaleza misma del problema, introduce dificultades determinadas. Personas y familias cambian en el transcurso del tiempo; de un período a otro no son las mismas, evolucionan de continuo. Surge entonces el problema de establecer cuál es el momento de realizar el estudio de la familia y sobre qué lapso, ya que el grupo familiar es la unidad de enfermedad y salud, así como de la unidad para la influencia terapéutica; no el paciente aislado sino el padre, la madre, los hijos y a veces también los abuelos, es decir todos aquellos que viven juntos como una familia bajo un mismo techo, más todos los demás parientes que desempeñan un papel importante en la familia y que, en muchas ocasiones la forma de como interactúan influye en su sana salud mental.

De acuerdo con el *Dr. Ackerman* la salud mental, no es una cualidad estática que alguien posea en privado; no se sostiene a sí misma; sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la cercanía de apoyo emocional de otros. Idealmente es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo, que realiza lo mejor del hombre en sus relaciones sociales; es el resultado de la capacidad para la realización óptima del potencial de un individuo para la vida en grupo. En un sentido general alude a atributos tales como la madurez, estabilidad, realismo, altruismo, un sentido de responsabilidad social, integración afectiva en el trabajo y en las relaciones humanas, implica confianza y coraje al enfrentar una experiencia nueva.

La concepción psicogénica de los trastornos afectivos y mentales, que de tempranas y perniciosas experiencias en el hogar tienen hondos y duraderos efectos sobre la adaptación psíquica del individuo, postula que hay pautas familiares de roles y conductas que presentadas por los padres y asimiladas por el niño, predisponen a éste a una u otra perturbación psíquica, según este punto de vista, son las actitudes y modos de conducirse de los padres lo que "hereda el

niño".⁷ Por lo tanto, el niño se forma por la influencia del ambiente por el cuidado, amor y disciplina de los padres, pero también por las pautas familiares y ambientales.

La norma de salud que una familia dada establece para sí, deriva de su propia idiosincrasia, su historia y tradición; éstas son transmitidas de una generación a otra, constituyen la individualidad de la constelación familiar, y se reflejan en juicios de valor específicos en cuanto a salud y formas preferidas de adaptación familiar a la comunidad, así como modos deseables de relación entre marido, mujer, padres e hijos. Aunque las relaciones padres-hijos son sumamente estrechas e íntimas, se dan amplias variaciones, que repercuten profundamente en la seguridad emocional del niño, y en la futura dirección de su personalidad en desarrollo; sólo en los últimos años a raíz de investigaciones en diversos campos del psicoanálisis, educación y desarrollo infantil se ha apreciado debidamente la influencia de las relaciones paterno-filiales en el desenvolvimiento de la personalidad. Estudios experimentales y clínicos acerca del crecimiento infantil, demostraron que las experiencias del niño son fundamentales en el moldeamiento de su personalidad, además de las relaciones entre ellos, con los padres sean acaso las más importantes (Klorman, 1988).

En el siglo pasado principalmente se desarrolla un importante interés por el enfoque de la enfermedad mental a través de la familia, al tratar de investigar y comprender los trastornos psiquiátricos en la familia; esto promete arrojar nueva luz sobre los procesos de la enfermedad y la salud, y ofrece nuevos métodos para estimularlos y para influir sobre ellos, tal vez puedan inaugurarse algunas vías eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Por lo que se concluye por una parte que en el caso de un enfermo mental, la familia actúa de modo principal en la identificación de enfermedades psiquiátricas, determina el curso de acción que se sigue, contribuye a estabilizar la enfermedad e influye sobre el desenlace del caso, tanto en lo que toca a las

⁷ Ackerman W.N., Boomer, S.D., Check, E.F., Ferreira J.A., Goodich, W.D., Hill, R. et al, (1976). *Familia y Conflicto Mental*. (pp.15-30, 57-87) Buenos Aires: Paidós.

recaídas como a la adaptación interpersonal.

La familia proporciona también la socialización para el rol del enfermo, contribuye a las sensaciones de alineación y de estigma, interviene para alterar el curso de la hospitalización y puede además menoscabar la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos. Esto no quiere decir que la familia sea el único público involucrado en la enfermedad mental. Se ha documentado reiteradamente el papel que tienen los agentes exteriores, los médicos, los amigos y hasta la propia persona en la definición de la situación.

Pero debido a su posición de control e influencia, habitualmente la familia nuclear es el más importante de los grupos que ejercen una actividad mediadora entre el grado de la enfermedad y el curso del paciente (Berenstein, 1987).

El problema no es entonces tanto, la forma del síntoma cómo el modo en que la capacidad integradora del individuo maneja el conflicto, control y la manera en que sus relaciones familiares afectan a este resultado. Lo más importante de tener en cuenta es el equilibrio dinámico del individuo y el grupo familiar, ya que éste puede influir en la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de recuperación y el riesgo de recaídas.⁸

⁸ Ackerman, W. N. (1994). *Diagnóstico tratamiento de las relaciones familiares*. (pp.35-47, 398-413). Buenos Aires: Paidós.

1.3 La Comunicación Familiar

En esta sección trataremos de entender la comunicación familiar desde el punto de vista de la teoría de la comunicación humana y, como es sabida la palabra *comunicar* proviene del latín *comunicare* que significa "compartir", es decir, cuando dos personas están en comunicación forman una unidad al estar haciendo un intento por salvar la distancia entre ellas, por medio de la emisión y recepción de mensajes que tengan significados para algo, estos significados pueden ser verbales o no verbales, pero de cualquier forma implican un intercambio simbólico.

La comunicación es considerada "un proceso social básico en la vida del hombre, pues a través de ella se logra su individualidad, manteniendo así sus relaciones sociales, logrando construir su auto percepción y desarrollando su identidad". Es un elemento que se debe considerar en el estudio de una familia, para poder conocer en especial varios aspectos, que rigen la interacción familiar (Flores, 1991).

El estudio de la comunicación también se ha basado principalmente en abarcar 3 aspectos importantes, estos son la *sintáctica*, la *semántica*, y la *pragmática* y así tenemos que:

La *sintáctica*: Se refiere a los problemas relativos a transmitir información.

La *semántica*: Estudia los significados de las palabras.

La *pragmática*: Se refiere a cómo afecta la comunicación a la conducta del hombre, este aspecto constituye el mayor interés para nuestra investigación, ya que a partir de esto intentamos conocer cual es la importancia de la comunicación en el ambiente familiar.

Como todos sabemos la conducta y no sólo el habla es comunicación, de tal forma que un síntoma dentro del sistema familiar implica una comunicación. Watzlawick (1991) uno de los autores de la Teoría de la Comunicación, nos

muestra los cinco axiomas exploratorios de la comunicación que permiten hacer una exploración clara y precisa sobre la misma.

Así, tenemos que:

El primer axioma se designa como *"la imposibilidad de no comunicarse"*, es decir no es posible no comunicarse, toda conducta es comunicación y se tiene que tomar en cuenta muchos modos de conducta verbal, tonal, postural, contextual, etc. Los diversos elementos de este conjunto (considerado como un todo) son susceptibles de permutaciones muy variadas y complejas, que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico. Si se acepta que, toda conducta en una situación de interacción (es una serie de mensajes intercambiados entre personas), en donde, tenemos que *mensaje* es cualquier unidad comunicacional singular, es decir, es comunicación. Se deduce que por mucho que lo intente, no se puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencios, tienen siempre valor de mensaje y, este tipo de conducta influye sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende, también comunican. La comunicación no sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, sino más bien en todo momento se está en intercambio constante de expresión de la comunicación, por ejemplo: la imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno de interés, es una parte integral del "dilema" esquizofrénico, donde el esquizofrénico trata de no comunicarse, pero el sin sentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación.

El segundo axioma refiere que, *"toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación"*.

Una comunicación no sólo transmite información, sino que al mismo tiempo impone conductas. El aspecto referencial y conativo: el primero transmite los "datos" de la comunicación, y el segundo, "cómo debe entenderse dicha comunicación".

El tercer axioma señala, *"la puntuación de la secuencia de hechos"*. La

naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos entre los comunicantes. Bateson y Jackson introducen lo que ha sido llamado como la "puntuación de la secuencia de hechos". En la puntuación de la secuencia de hechos, no se trata de ver si en general es buena o mala, sino que la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende resulta vital para las interacciones en marcha, es decir, ellos señalan que la falta de acuerdo con respecto a la de puntuar la secuencia de hechos, es la causa de incontables conflictos en las relaciones humanas.

El cuarto axioma se refiere a la "*comunicación analógica y digital*". La comunicación *analógica* se relaciona con todo lo que sea comunicación no verbal, no sólo se limita a los movimientos corporales, a la conducta conocida como kinesis, pues también se debe incluir movimientos corporales, posturas y gestos, expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia del ritmo y la cadencia de palabras mismas y cualquier otra manifestación no verbal que el organismo es capaz de transmitir, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción; la comunicación *digital* es, el lenguaje de dígitos. El lenguaje digital carece casi por completo de significado, puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales, es decir, el aspecto relativo al contenido se trasmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógico. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

El último axioma se refiere a que "todos los intercambios comunicacionales son *simétricos y complementario*, son los que si estén basados en la igualdad o en la diferencia". La interacción *simétrica*: se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima. Por otra parte la relación *complementaria* hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria, mientras que el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), es decir, se da cuando los participantes se complementan uno con otro (Watzlawick, 1991).

Por lo tanto, la comunicación es una vía eficaz para pretender la relación de las personas con otras personas, de grupo con grupos, de tal forma que constituye el factor de transmisión de ideas y significados de información más importante que un determinado momento designa el tipo de relación que se da dentro o fuera de un sistema social o familiar.

En general un individuo no comunica, participa en una comunicación o se convierte en parte de ella. Así la comunicación, como sistema no debe entenderse sobre la base de un simple modelo por muy compleja que sea su formulación. Como sistema debe entenderse a un nivel transaccional.

1.4 Modelo Circumplejo

En 1979 (Olson Russell y Sprenkle) es cuando se inicia el desarrollo del *Modelo Circumplejo o Circunflejo* (que son las dos formas en que se conoce), con el cual se pretende establecer un instrumento válido y confiable basado en la teoría de sistemas, así como el enfoque comunicacional característico de la terapia familiar. Se empieza a elaborar con el objetivo de medir los lazos emocionales que presentan los miembros de la familia, el grado de independencia que se tiene en el sistema familiar, la estructura, las reglas y la relación de los roles.

Olson Russell y Sprenkle (1983) señalan que el desarrollo del *Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares* es "un intento de llenar un vacío que existe típicamente en la investigación sobre la teoría y la práctica, esta escala ha sido revisada varias veces para incrementar su confiabilidad, validez y utilidad clínica". Otras investigaciones por ejemplo han tratado de medir la relación entre el síntoma familiar y tipos de sistemas familiares, antes y después de un tratamiento, así como el cambio durante el proceso terapéutico, para planificar las intervenciones terapéuticas que podrían darse.

El Modelo Circumplejo evalúa 3 dimensiones estas son: *cohesión, adaptabilidad, comunicación marital y familiar*. Las cuales han surgido de más de 50 conceptos desarrollados en la dinámica marital y familiar. (Olson, 1983).

Cohesión marital y familiar (Unión) es definida como "la vinculación o lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí" los conceptos especificados o variables que pueden ser usados para diagnosticar y medir la dimensión de cohesión familiar son: Vínculo emocional, límites, coaliciones, intereses y recreación. Dan como resultado 4 niveles de cohesión, que van desde desligado (muy baja), separada (baja moderada, conectada (alta moderada) y amalgamada (muy alta). Donde se hipotetizó que el nivel central de cohesión (separado y conectada) tenía un funcionamiento familiar óptimo. Los extremos (desligado y amalgamado) son generalmente vistos como problemáticos. Se

considera que en las familias que están en el área central del modelo (separado y conectada) los sujetos son capaces de experimentar, balancear esos dos extremos y, son capaces de ser independientes y conectados a su familia. Cuando los niveles de cohesión son altos (amalgamados) hay consenso en la familia y poca independencia.

En los sistemas desvinculado los miembros de la familia "hacen sus propias cosas" con adhesión y compromiso limitado con su familia.

Adaptabilidad marital y familiar (cambio): Se define como "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas relacionadas, en respuesta al estrés situacional y lo evolutivo (desarrollo)".

Con el objeto de describir, medir y diagnosticar parejas y familias en esta dimensión, hay una variedad de conceptos que han sido tomados de las ciencias sociales. Estos son: poder familiar (asertividad, control, disciplina) estilos de negociación, roles interaccionales y reglas interaccionales. Existen aquí 4 niveles de adaptabilidad: altos de cambio (caótica) y los muy bajos de cambio (rígida), pueden ser problemáticos para los matrimonios y familiares. Por otro lado los puntajes moderados (estructurado y flexible) indican capacidad de balancear algunos cambios y alguna estabilidad de una manera más funcional, ahora bien para sintetizar de una forma más global las tipologías tenemos 3 tipos:

A) *Familias Balanceadas:* Son las familias que caen en la parte central del modelo, estas tienen grandes recursos (fuerzas matrimonial y familiar) a través del ciclo de vida familiar. Las familias balanceadas estarán menos vulnerables al estrés y se tratarán más afectivamente entre ellos. También usan varias estrategias para tratar eventos estresantes, por último generalmente tienen altos niveles de satisfacción.

B) *Familias Termino Medio:* Las familias de rango-medio, son esas que caen en uno de los extremos de una dimensión y en la parte o área central de la otra dimensión.

C) *Familias Extremas:* Son las que caen dentro de una parte o área extrema en ambas dimensiones.

Por último tenemos la *Comunicación marital y familiar* es la tercera dimensión en el Modelo Circumplejo, y es considerada como una dimensión facilitadora. La comunicación es considerada un movimiento crítico entre las dos dimensiones, porque es una dimensión facilitadora. La comunicación no se incluye gráficamente en el modelo.

Esta es la tercera dimensión del Modelo Circumplejo y es considerada una función facilitadora, la cual es decisiva para proporcionar la movilidad a las otras dos dimensiones y no esta incluida gráficamente en el modelo junto con la cohesión y adaptabilidad. En este aspecto debemos tomar en cuenta y es muy importante la forma de cómo se da esta comunicación. Se maneja en dos aspectos:

A).- Las habilidades de *comunicación positiva* (empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo) permiten a las parejas y familias compartir unos con otros sus necesidades cambiantes y preferencia entre sí, como la relación con la cohesión y adaptabilidad.

B).- La *comunicación negativa* (dobles mensajes, dobles vínculos y censuras) minimiza la habilidad de una pareja o los miembros de una familia, para compartir sus sentimientos, y por eso, restringe sus movimientos en estas dimensiones.

Otra forma de considerar el Modelo Circumplejo es como un mapa de 16 tipos de relaciones de parejas y familias. Estas 16 tipologías son resultado de la combinación de la cohesión y adaptabilidad, en donde este mapa es usado para describir a las familias de origen de los individuos.

El modelo es dinámico, en él se asume que los cambios pueden ocurrir en las familias, a través del tiempo; donde las familias pueden moverse en alguna dirección de la situación, la etapa del ciclo vital o socialización de los integrantes de la familia lo pueda requerir. Se predice que en diferentes etapas del ciclo vital de la familia, muchas familias pueden agruparse en algún tipo más frecuentemente que en otro.

Con este modelo representado en el cuadro A con sus respectivas tipologías, es posible determinar el grado de la cohesión y adaptabilidad de una unidad familiar o marital, evaluando los 15 conceptos interrelacionados de esta

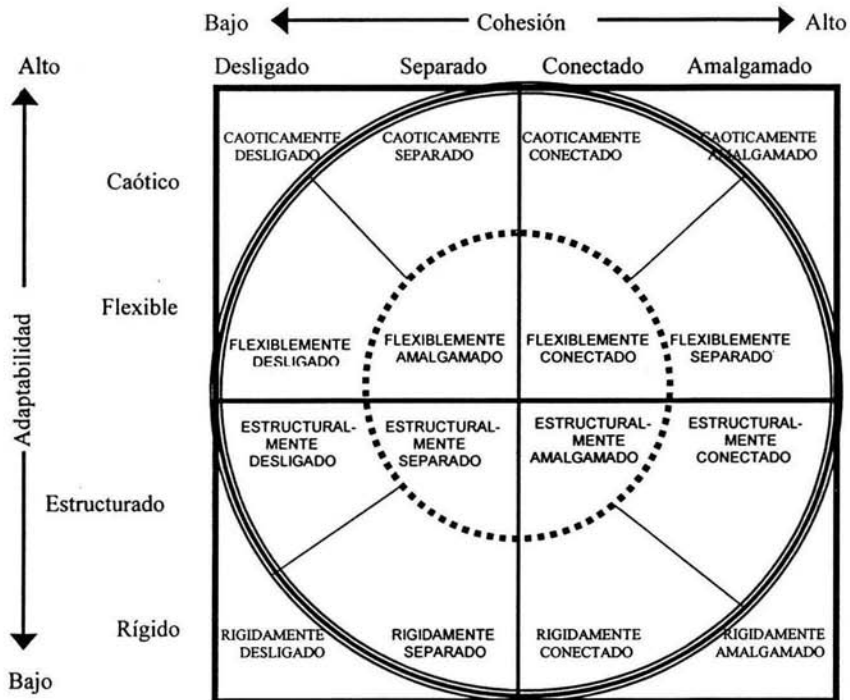
área. En la tabla 1, se hace la descripción de cada uno de los 8 conceptos interrelacionados de la *Cohesión*, y en la tabla 2 se proporciona también la descripción de los 7 conceptos interrelacionados, correspondiente a la *Adaptabilidad*, para tener una mejor comprensión de las tipologías.

CUADRO A

MODELO CIRCUMPLEJO

(Olson, Russell y Sprenkle, 1979)

Dieciséis Tipos de Sistemas Marital y Familiar



DIMENSIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR: CONCEPTOS INTERRELACIONADOS
(Olson, Russell y Sprenkle, 1979).

(Tabla 1)

	DESLEGADO (Muy bajo)	SEPARADO (Bajo a moderado)	CONECTADO (Moderado a alto)	AMALGAMADO (Muy alto)
INDEPENDENCIA	Alta independencia de los miembros de la familia.	Moderada independencia de los miembros de la familia.	Moderada dependencia de los miembros de la familia.	Alta dependencia de los miembros de la familia.
LÍMITES FAMILIARES	Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos.	Límites externos e internos semi-abiertos; límites generacionales claros.	Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros.	Límites externos cerrados Límites internos difusos; Límites generacionales difusos.
COALICIONES	Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio.	Coalición marital clara.	Coalición marital fuerte.	Coaliciones padre – hijo.
TIEMPO	Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).	El tiempo separado y juntos es importante.	El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas.	El tiempo juntos es maximizado. Se permite poco tiempo separados.
ESPACIO	Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo.	El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar.	El espacio familiar es maximizado; El espacio privado es mínimo.	Poco o ningún espacio privado en casa.
AMIGOS	Principalmente amigos individuales exclusivos; Pocos amigos familiares.	Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares.	Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y de la familia.	Pocos amigos individuales limitados. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia.
TOMA DE DECISIONES	Fundamentalmente se toman decisiones individuales.	La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares.	Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia.	Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia.
INTERESES Y RECREACIONES	Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.	Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.	Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.	La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

DIMENSION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR: CONCEPTOS INTERRELACIONADOS
(Olson, Russell y Sprenkle, 1979).
(Tabla 2)

	ASERTIVIDAD	CONTROL	DISCIPLINA	NEGOCIACION	ROLES	REGLAS	RETROALIMENTACIÓN DEL SISTEMA
CAÓTICO (Muy alto)	Estilos pasivo y agresivo.	No existe líder.	Laissez-Faire (permissiva). Muy indulgente.	Negociación interminable; pobre resolución de problemas.	Cambios dramáticos de roles.	Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas.	Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos.
FLEXIBLE	Generalmente asertivos.	Cambios fluidos con equidad.	Consecuencias impredecibles democráticas.	Buena negociación; buena solución de problemas.	Se hacen y se comparten roles; cambio fluido de roles.	Algunos cambios de reglas. Más reglas implícitas. Algunas reglas son impuestas.	Lazos más positivos que negativos.
ESTRUCTURADO	Generalmente asertivo.	Líder democrático y estable.	Democráticas; consecuencias Predecibles.	Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas.	Algunos roles se comparten.	Pocos cambios de reglas; reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas.	Lazos más negativos que positivos.
RÍGIDO (Muy bajo)	Estilos pasivo y agresivo.	Líder Autoritario.	Autocrática; demasiado Estricta.	Negociación limitada; pobre solución de problemas.	Roles rígidos; roles estereotipados.	Rigidez en las reglas; muchos reglas explícitas; pocas reglas implícitas; las reglas estrictamente se cumplen.	Principalmente lazos negativos; pocos lazos positivos.

CAPITULO 2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Enfrentarse a la ansiedad es una
necesidad diaria en el crecimiento
y desarrollo de todo ser humano.
(Spielberger, 1975).

2.1 Definición de Ansiedad

Antes de iniciar es importante aclarar que durante el desarrollo de este tema se hará uso de los términos ansiedad o angustia para referirnos al mismo concepto.

El término *Ansiedad* tiene su origen etimológico en la raíz griega y significa "presión intensa o estrangulación"(Lewis, 1967).

En latín la palabra *Ansius* y sus derivados implican estrechez o constricción usualmente con desconfort. Expresa sentimientos de inquietud y tristeza. Por su parte la terminología inglesa relevante incluye *Ange* (preocupación, aflicción), *Anger* (preocupación, pena, hoy en día este término es obsoleto) *Anguish* (dolor opresivo corporal o padecimiento mental severo) y *Anxious* que tiene 3 definiciones:

A) Preocupación mental sobre situaciones inciertas, estando en una situación de suspenso doloroso.

B) Deseo pleno de iniciar algo cuidadoso, expectante y,

C) (hasta al menos 1961) agitación y depresión como una sensación de opresión precordial de malestar (Lewis, 1967).

La ansiedad es una emoción similar al miedo que comienza sin ninguna fuente objetiva de peligro, la historia de la ansiedad se encuentra estrechamente ligada a las enfermedades mentales. Donde se habla de la ansiedad, causa-efecto, impulso y motivación. La ansiedad del individuo y los modos de enfrentarla están condicionados por el hecho de que se encuentra en un momento determinado en el desarrollo de su cultura, de manera similar, las diferentes teorías se remontan a las expuestas por Spinoza en el siglo XVII, por Kierkegaard en el siglo XIX o por Freud en el siglo XX, pueden entenderse solamente a cada una de ellas como destinadas a eliminar las experiencias

productoras de ansiedad en la gente de ese particular período histórico en el desarrollo de su cultura. En el siglo XVII principalmente existieron muchos autores que aportaron ideas germinales para la época moderna. Entre ellos se encuentran:

Giordano Bruno (quemado por la santa inquisición) cuya idea de la creación fue como un círculo concéntrico alrededor del yo, le dio la orientación filosófica originaria para el modernismo.

Jacob Boehme precursor del pensamiento, protestante, escribió con admirable comprensión acerca de la relación entre ansiedad y los esfuerzos creativos individuales y, Paracelso un médico renacentista enfatizó la influencia del deseo y la decisión del enfermo en el logro de la salud.⁹

Freud da el nombre de "*Neurosis de Angustia*" a la perturbación que surge completa o sólo rudimentariamente desarrollada, aislada o en combinación con otras neurosis. Todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal que es la angustia" (Freud 1895). Por lo tanto el término ansiedad servirá para describir una reacción emocional que consiste básicamente en sensaciones subjetivas y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo.

El estado de ansiedad es fácil de reconocer en uno mismo o en los demás (si lo comunican), ya que contiene una combinación especial del pensamiento, sensaciones desagradables y procesos fisiológicos que son característicos de una enfermedad, trayendo como consecuencias más graves el incremento de signos y síntomas que van repercutiendo en la vida del hombre.

No es fácil encontrar una determinación psicológica en la literatura especializada sobre la ansiedad. Muchas veces se presenta como un miedo a la nada "una sensación de temor a no sé qué", "un nudo en la garganta", "un mariposeo en el estómago" o cuando somos más precisos, expresamos "un nerviosismo en todo el cuerpo". Por otra parte se puede presentar como "insomnio, pérdida de apetito, sequedad en la boca, etc., porque estamos ansiosos".

⁹ Rolio, M. (1968). *La angustia normal y patológica*. (pp.27-35). Buenos Aires: Paidós.

Su intensidad varía pasando de un estado de gran malestar hasta sus formas más extremas que podrían terminar en un estado que clínicamente sería imposible distinguir del pánico.

Conde (1975) afirma que:

a) Existe un estado que se percibe a nivel subjetivo como sensación desagradable, con interferencia en conductas afectivas, y percibido como generador de otras conductas ajenas a la vida habitual de una persona.

b) La ansiedad como síndrome clínico siempre se haya asociada a las llamadas neurosis y ellas constituyen un elevado porcentaje de los motivos de consulta.

Por otra parte Skinner (1975): "La ansiedad considerada emoción surge como un concepto construido hipotéticamente para explicar ciertas conductas".

El concepto de ansiedad:

A) Es un concepto intuitivo, es decir, como evento privado sólo observable para introspección y por ello resulta prácticamente comunicable. Se ha postulado su existencia a partir de cambios conductuales manifiestos, pero luego estos cambios pasan a ser explicados por el estado al cual dieron origen y de esta manera la importancia se centra en el estudio de la ansiedad como estado interno.

B) Se ha desviado la atención de toda la investigación en psicología buscándose siempre la explicación de la conducta dentro del individuo.

C) Todas las explicaciones que ha dado el mentalismo en psicología sirven y servirán para dar una más fácil, pero falsa respuesta a los procesos conductuales, pues calman la curiosidad, pero someten la investigación al inmovilismo". (Rojas, 1998).

De las definiciones recientes tenemos que:

La angustia es una reacción global de la persona que percibe una situación como amenazante a su existencia organizada. Desde un punto de vista descriptivo, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. La angustia normal es la compañera del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. Por otra parte tenemos a la angustia patológica, por su intensidad, su persistencia, su recurrencia, las

situaciones que la suscitan y sus expresiones sintomáticas. De éstas destacan los estados de ansiedad generalizada, los ataques de pánico y las fobias (De la fuente, 1980).

Ravagnan (1981)¹⁰ cita a Kammerer quien define a la ansiedad y angustia de la siguiente manera:

1.- Destaca que "ambas perturbaciones coinciden con situaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o había de acontecer, desarrollándose -sea angustia o ansiedad- bajo el signo de la indeterminación y la inseguridad".

2.- Ambas expresan "un estado de expectación ante el peligro que amenaza la personalidad y que puede llegar a producir su disociación".

3.- Ambas despiertan en el individuo "el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración".

Estamos así a merced de un estado similar al que acontece en la situación de estrés, con sus fases de alarma, resistencia y agotamiento, si bien con algunas sensibles variantes. Dichas alteraciones permitirían incluir la ansiedad neurótica y la angustia dentro de la órbita de las enfermedades de adaptación del individuo. En él se desata una serie de defensas y la compuesta marcha de circuitos periféricos y centrales que comprometen las formaciones diencefálicas, los sistemas endocrinos y el sanguíneo que recibe todo el caudal hormonal alterado. En suma la estructura del sujeto, alterada por factores de incidencia psíquicos u orgánicos, ofrece características muy diversas.

¹⁰

Ravagnan, L. M. (1981). *El origen de la angustia* (pp.27-35). Argentina: Universitaria

2.2 Etiología de la Ansiedad

La angustia normal es la compañera del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. Desde un punto de vista descriptivo, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. Dentro de ciertos límites la angustia facilita las funciones cognitivas, promueve el aprendizaje y prepara al organismo para superar obstáculos y para encontrar soluciones, pero si rebasa los límites de la tolerancia fisiológica, es ya un estado patológico, desorganizado y disruptivo que puede causar daños severos al organismo y puede destruirlo. Los desórdenes psicofisiológicos que tiene a la angustia como un eslabón en su cadena etiopatogénica, son hoy en día formas muy frecuentes de patología. De la fuente (1980) señala que la angustia es un estado de alertamiento fisiológico que presenta manifestaciones sistémicas: palpitaciones, disnea (respiración difícil o complicada), sequedad en la boca, sensación de constricción en el pecho, mareos, flujo de sangre en la piel, aumento del volumen del pulso en dedos, sudores, etc. Algunos de estos cambios fisiológicos pueden ser estimados en forma directa.

El origen y causas de la ansiedad han sido estudiados desde diferentes puntos de vista entre ellos destacan los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Biológicos

Las manifestaciones clínicas de la angustia, como palpitaciones, disnea, sudores, mareos, etc. indican que hay cambios fisiológicos susceptibles de ser medidos en forma directa o indirecta, sin embargo estos cambios no son específicos y reflejan tan solo un estado de "alertamiento" fisiológico. Este alertamiento fisiológico y su correspondiente alertamiento afectivo, son comunes en una serie de estados emocionales intensos como la excitación sexual o la cólera. Algunos correlatos fisiológicos son el resultado de la activación del sistema que forma la médula suprarrenal y el sistema nervioso simpático tales como el aumento de adrenalina y de los niveles de cortisol, colesterol y ácidos grasos en la sangre, también están implicados la cóclea y sus conexiones con el sistema reticular, así como ciertos cambios en los

registros electroencefalográficos consistentes en aumento de actividad beta y disminución del ritmo alfa. Las áreas del cerebro que están más implicadas en la angustia son la amígdala del lóbulo temporal y el sistema reticular. Se piensa que la angustia se produce cuando la excitación en estas áreas alcanza un nivel crítico y ya no es posible su integración.

También se habla de que la herencia juega un papel en los estados de angustia, ya que manifiesta predisposición dentro de una familia, la cual puede desarrollarse o no dependiendo del contexto socio-cultural que se desenvuelva.

Psicológicos

Desde el punto de vista psicológico Freud consideró a la angustia como patológica y la explicó como resultado de la represión de fuerzas instintuales (impulso) que amenazan con irrumpir en la conciencia y alteran el equilibrio de la personalidad, posteriormente pensó que la angustia es resultado de la represión, lo que es reprimido es aquello que genera angustia. También postuló que la primera angustia que se tiene es la de separación; la que el niño experimenta al quedarse solo en la oscuridad o con personas extrañas. Generalmente, se acepta que la angustia surge de conflictos psicológicos que tienen antecedentes en situaciones de la infancia, sin embargo, no siempre se puede relacionar la angustia con un conflicto psicológico ya sea consciente o inconsciente, actual o pasado, su origen también no sólo puede deberse a causas psicológicas, ya que las enfermedades como el hipertiroidismo, la epilepsia, los estados postraumáticos, las intoxicaciones pueden influir en manifestaciones clínicas de ansiedad importantes.

Dentro de esta área, uno de los Modelos que más se utiliza en el tratamiento de pacientes con trastorno de ataque de pánico es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC); se diseña para tratar de reunir los diversos enfoques psicológicos existentes. Garske 1988 cita a Raymy, 1975 quien describe que la TCC tiene sus inicios desde los tiempos de los filósofos griegos y romanos más antiguos hasta los modernos. En la actualidad los teóricos modernos emplean términos como: "constructos desordenados", "creencias irracionales", "distorsiones cognitivas", "habilidades inadecuadas", "pensamientos automáticos", etc. Así, los terapeutas de esta corriente teórica

hacen resaltar la interdependencia de los procesos envueltos en pensamientos, sentimientos y conductas incluyendo las consecuencias ambientales. Dentro de estas líneas teóricas tenemos los Cognitivos Semánticos y las Teorías del Aprendizaje Social. En cuanto a técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual encontramos: la relajación, inoculación de estrés, aproximaciones sucesivas, Terapia Racional Emotiva y de la Conducta (TREC), entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Sociales y Culturales

El origen y grado de la angustia que sufren los individuos dependen de condiciones propias de cada sociedad y cada cultura. Las condiciones sociales y culturales son inadecuadas a las necesidades humanas son fuente de angustia y determinantes en sus contenidos. Las contradicciones en cada sociedad y en cada cultura son vividas por los individuos en forma personal. La dotación genética, biografía y las circunstancias de cada quien establecen las diferencias. Por otra parte cada época de la vida (infancia, adolescencia, climaterio, senectud) tienen sus propias fuentes de angustia.

Pero el avance de las neurociencias y en la tecnología aplicada a su estudio, han permitido empezar a identificar ciertas alteraciones neuroanatómicas y neurofisiológicas que intervienen en la etiopatogenia de algunas formas de ansiedad.

Los trastornos de angustia engloban todas aquellas entidades clínicas en las que la angustia corresponde al síntoma primario del padecimiento y el esfuerzo por controlarlos producen manifestaciones de angustia suficientemente intensas como para requerir de control y tratamiento, se incluyen dentro del grupo los trastornos de angustia generalizada, a las fobias en sus distintas modalidades, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático.

Por otra parte, hay evidencia suficientemente sostenible para considerar que los trastornos de angustia tienden a asociarse de manera familiar, por lo que es factible que compartan alteraciones genéticas similares. Sin duda alguna, la prevalencia de estos trastornos en la población en general, al igual que en las poblaciones psiquiátricas, es elevada. Como grupo, los trastornos de angustia ocurren en una proporción casi al doble en las mujeres en

comparación con los hombres; son más frecuentes en individuos divorciados, viudos y separados y están muy relacionados con una situación socioeconómica baja. La patología de la angustia también se le investiga en sus aspectos epidemiológicos, neurobiológicos, genéticos, neuropatológicos, psicofarmacológicos, nosológicos y psicosociales entre los más importantes. (Berlanga, 1996).

Enrique Rojas (1998): Señala por su parte "cuatro parcelas" fundamentales desde donde pueden originarse fenómenos ansiosos. Estos son los aspectos endógenos, biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, podemos afirmar que la ansiedad, aun siendo una manifestación esencialmente endógena, tiene una génesis polidimensional. Él define las "cuatro parcelas"¹¹ de la siguiente manera:

Endógeno: Es de alguna manera el patrimonio físico heredado. Aquí la base es biofuncional. Es una constitución por dentro *el endon* se moviliza, corre, se expresa y aflora siempre movido por dos vientos principales; los acontecimientos externos de una parte y los procesos somáticos de otra. Está situado en una zona fronteriza entre lo corporal y lo psíquico. Lo endógeno depende de la genética, la herencia y los cambios internos del organismo, aunque en bastantes ocasiones los acontecimientos exógenos tiran de este plano y producen acontecimientos ansiosos desencadenados.

Biológicos: Alude a que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añaden a los síntomas de ese cuadro clínico. Esto suele suceder en enfermedades graves donde existe un riesgo vital auténtico. Así sucede en el cáncer, en enfermedades tiroideas, procesos infecciosos agudos o en la adicción a las drogas.

Desencadena dos maneras fundamentales de ansiedad: a).- La ansiedad aparece como un síntoma de esa enfermedad. b).- La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito inesperado sin previo aviso.

Psíquico: Se refiere a lo que desde Freud se conoce con el nombre de psicodinámico, la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se conexionan entre sí y pueden emerger la ansiedad cuando se analiza o recorre la propia vida, sin haber digerido muchos de sus aspectos más esenciales:

¹¹ Rojas, E. (1998). *La ansiedad*. México (pp.10-55). México: Planeta Mexicana.

unos padres separados o muy distantes, hecho que el sujeto no ha podido superar; experiencias amargas que han dejado un gran impacto en su personalidad y que, al ser recordadas, dejan paso a estados de inquietud, desasosiego o zozobra interior.

Social: Ha tomado gran importancia. Los aspectos más llamativos hay que verlos a través del aislamiento, la soledad, la incomunicación, tipos de vida excesivamente monótonos, el paro laboral o una actividad laboral intermitente (por ejemplo: estrés, respuesta de un organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas, se manifiesta a través de tres planos específicos: físicos, psicológicos y de conducta, entre otros factores desencadenantes.

Recientemente científicos españoles (Estivill et al, 2001) descubren el factor genético que predispone a la ansiedad. Ellos refieren que una alteración genética en el cromosoma 15 es el principal factor de riesgo para que se desencadenen trastornos de ansiedad, la enfermedad psiquiátrica más frecuente en el mundo occidental. La duplicación de una extensa zona del cromosoma 15 llamado DUP25 en la que se encuentran de 20 a 60 genes, es la responsable de los mecanismos cerebrales que regulan los procesos de alerta que se ven potenciados. En estas condiciones, determinados factores ambientales, así como características, propias de la personalidad, acentúan la posibilidad de padecer trastornos de pánico, agorafobia, fobia social u otras formas de ansiedad. Esta enfermedad afecta entre el 10% y 15% de la población mundial. Aquí se abre un nuevo capítulo en el estudio de enfermedades complejas en las que la herencia genética es un factor de riesgo pero no una causa.

2.3 Tipos de Ansiedad

Antes de 1980 la clasificación de los trastornos por ansiedad parecía sencilla. La ansiedad estaba clasificada como un trastorno individual generalmente bajo el título de "neurosis de ansiedad". El diagnóstico de la neurosis por ansiedad parecía ser bastante estable y ha sobrevivido desde que *Sigmund Freud* en 1895 lo describiera por primera vez como un síndrome diagnóstico separado.¹²

Es interesante que aunque *Freud* incluía estos ataques de pánico en su argumentación para la separación de la neurosis de ansiedad como un diagnóstico (esto es para la inclusión de lo que se llama ahora trastorno por pánico en un grupo), él no sostenía que el pánico fuera un diagnóstico específico. No obstante su descripción, reforzada por expertos más recientes, *Donald Klein* en Nueva York, se ha convertido en la piedra angular del nuevo diagnóstico del trastorno de pánico.

Sin embargo *Freud* (1895) describió diez características comunes de las neurosis por ansiedad, las cuales son: irritabilidad general, expectación aprensiva, angustia flotante, ataques de ansiedad, terror nocturno, vértigo, desarrollo de fobias, trastornos gastrointestinales, parestesias y una tendencia hacia la cronicidad. Estas características difícilmente pueden ser mejoradas como una descripción de los rasgos predominantes de la ansiedad patológica. La descripción de *Freud* de los ataques de ansiedad es también oportuna en vista de la creciente clasificación del trastorno como una entidad diagnóstica separada. Indica *Freud* en dicha descripción que la ansiedad "puede irrumpir bruscamente en la conciencia sin ser producida por una sucesión de ideas, provocando así un ataque de ansiedad". El ataque de ansiedad de este tipo puede consistir en un sentimiento de ansiedad solamente, sin ninguna idea asociada, o ir acompañada por la interpretación que está más a mano, como ideas de extinción de la vida o de una apoplejía, de amenazas de locura o bien algún tipo de parestesia (similar a la aura histérica) puede estar combinada con sentimientos de ansiedad, o finalmente el sentimiento de ansiedad puede estar ligado a una o más de las funciones corporales tales como la respiración, la actividad cardíaca, inervación vasomotora o actividad glandular.

¹² Tyrer, P. (1989). *Clasificación de las Neurosis*. (pp.19-40). Madrid: Díaz de Santos.

El diagnóstico del trastorno por pánico fue identificado por primera vez como una entidad diagnóstica en el DSM-III, ha sido refinado más tarde en el DSM-III-R, en el CIE-10 y actualmente en DSM-IV.

Los trastornos de ansiedad están separados en: trastornos por pánico y trastornos por ansiedad generalizada. La razón por la cual el pánico fue deslizado de la superestructura de la neurosis de ansiedad fue como muchos cambios en la clasificación, una consecuencia del tratamiento (De la Fuente, 1980).

Para que el trastorno de pánico lograra el estado diagnóstico era necesario definir su naturaleza claramente y subrayar las diferencias en él y otras formas de ansiedad. Esto se hizo postulando una situación, el trastorno por ansiedad generalizada en el cual había ansiedad y tensión no enfocaba a menudo con síntomas corporales, pero no asociado con ataques de pánico. Había también que hacer una distinción entre los ataques de ansiedad que solamente se dan durante la exposición a un estímulo identificable, más que en ausencia de un estímulo.

Las implicaciones terapéuticas de esta distinción fueron grandes. La imipramina y probablemente otros antidepresivos, podían ser tratamientos específicos para el trastorno por pánico, mientras que para la ansiedad generalizada más difusa, otros tratamientos tales como la relajación y medicamentos sedantes como las benzodiazepinas, serían más apropiadas (Greenblh y Shader, 1974). Esta combinación de descripción exacta y distinción terapéutica condujo a la adopción del trastorno de pánico por la American Psychiatric Association y su inclusión en el DSM-III como un diagnóstico por propio derecho.

De acuerdo con el DSM-IV, los trastornos de ansiedad se encuentran clasificados de la siguiente manera:

- ❖ Trastorno de angustia sin agorafobia.
- ❖ Trastorno de angustia con agorafobia.
- ❖ Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- ❖ Fobia específica.
- ❖ Fobia social.

- ❖ Trastorno obsesivo-compulsivo.
- ❖ Trastorno por estrés post- traumático.
- ❖ Trastorno por estrés agudo.
- ❖ Trastorno de ansiedad generalizada.
- ❖ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- ❖ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- ❖ Trastorno de ansiedad no especificado.

Es importante mencionar que en cualquiera de estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia (ataque de pánico) y agorafobia, donde:

La *crisis de angustia o ataque de pánico*: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañado habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión y malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control. Cabe mencionar que este tema será tratado con detalle más adelante.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia y agorafobia de carácter o síntomas similares a la angustia.¹³

Por su parte el CIE-10 clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente forma:

Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Trastorno de ansiedad fóbica

- ❖ Agorafobia
- ❖ Fobias sociales

¹³ American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV* (4ta. Edición). México: Pichot.

- ❖ Fobias específicas(aisladas)
- ❖ Otros trastornos de ansiedad fóbica
- ❖ Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
- ❖ Otros trastornos de ansiedad
- ❖ Trastorno de pánico (ansiedad episódica)
- ❖ Trastorno de ansiedad generalizada episódica paroxística
- ❖ Trastorno mixto de ansiedad y depresión
- ❖ Otros trastornos mixtos de ansiedad
- ❖ Otros trastornos de ansiedad específicos
- ❖ Trastorno de ansiedad sin especificación
- ❖ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ❖ Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación
- ❖ Trastorno disociativo (de conversión)
- ❖ Trastornos somatomorfos
- ❖ Otros trastornos neuróticos.

Aquí se define al *trastorno de pánico* de la siguiente manera:

Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación u objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (es decir, de un modo imprevisible).

Un *ataque de pánico* se caracteriza por lo siguiente: es un discreto episodio de temor o de malestar, se inicia bruscamente, alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.¹⁴

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10*. Madrid: Meditor. López.

2.3 El Trastorno de Ataque de Pánico

El trastorno de pánico ha sido definido por diferentes autores, pero la mayoría coincide en describir la sintomatología que lo identifica. Posteriormente se darán algunas definiciones para tener una mejor referencia y comprender mejor todos los síntomas que componen este trastorno. El significado que tiene la palabra "*pánico*" proviene de un origen interesante. El Dios griego Satánico "*pan*", con la parte superior del torso (tronco del cuerpo humano) y la cara de hombre, pero con el cuerpo de un animal, tenía un sentido endiablado del humor y gustaba hacer bromas pesadas al hombre. Los viajeros por la región griega de la Arcadia solían aterrizar cuando atravesaban los bosques de la zona, lugar donde vivían muchos animales salvajes. A "*pan*" le encantaba saltar fuera de la naturaleza frente a ellos, para desaparecer de nuevo rápidamente. La ansiedad y el terror agudo experimentados por los viajeros fueron llamados "*pánico*", dado este origen, sin embargo esta descripción difiere de lo que se usa ordinariamente en la actualidad para describir los pánicos, la mayoría de los cuales se producen en ausencia de ningún estímulo identificable (Tyrer, 1989).¹⁵

Colin, P. R. en la "Guía informativa para enfermos, familiares y amigos", editada por Laboratorios ROCHE, refiere en relación al *trastorno de pánico* que "se trata de una enfermedad caracterizada por episodios breves de miedo intenso que son acompañadas por múltiples síntomas físicos, como palpitaciones o mareos, que aparecen en forma repetitiva y de manera inesperada, en ausencia de cualquier amenaza externa". Se piensa en la actualidad que estas "crisis de angustia", son un componente esencial del trastorno de pánico, aparecen cuando en el cerebro se echan andar una serie de mecanismos que normalmente empleamos para reaccionar frente a un peligro, la respuesta llamada de "enfrentamiento" o "huida", pero en el caso de la enfermedad, tales mecanismos se disparan de manera inapropiada. El ataque de pánico inicial aparece de manera súbita mientras la persona está ocupada en cualquier actividad cotidiana, como manejar su auto, o ir de compras. Inesperadamente aparecen el temor y la sintomatología, que puede

¹⁵ Tyrer, P. (1989). *Clasificación de las Neurosis* (pp.19-40). Madrid: Díaz de Santos.

incluir: Palpitaciones rápidas y violentas, dolores en el pecho, vértigo, mareo y náuseas, dificultad para respirar, cosquilleo o entumecimiento en las manos, sofoco o escalofríos, sensación de estar soñando o deformación de las percepciones, terror, sentir que algo horrible va a pasar y que no puede evitarlo, miedo de perder el control, de volverse loco o hacer algo que le cause vergüenza y miedo a morir, la crisis duran desde varios segundos hasta algunos minutos y tiende a desaparecer”.

El ataque de pánico inicial puede aparecer cuando la persona está bajo un considerable estrés por exceso de trabajo o ante la pérdida de alguien cercano. Puede ocurrir también después de una cirugía o del parto, o como consecuencia de un accidente grave. El consumo excesivo de cafeína, cocaína u otros estímulos pueden dispararlo también. Sin embargo, lo habitual es que la crisis tome al sujeto por sorpresa, lo cual le confiere ese carácter tan devastador. Algunas personas que han tenido solamente un ataque de pánico, no desarrollan un problema que afecte seriamente sus vidas; pero en otras las crisis aparecen una y otra vez causando un gran sufrimiento.

En otro artículo titulado: “El desorden del pánico en niños y adolescentes”, Lane (1998) señala que el ataque de pánico es común y tratable. Los niños y los adolescentes con el desorden del pánico sufren períodos inesperados y repetidos de intenso terror o incomodidad, acompañado de otros síntomas tales como palpitaciones rápidas y falta de aliento. Estos períodos se llaman ataques de pánico y duran desde algunos minutos hasta varias horas. Los ataques de pánico se presentan sin dar aviso. Los síntomas de ataque de pánico incluyen: terror intenso con presentimientos de que algo terrible va a ocurrir, palpitaciones rápidas del corazón o taquicardia, mareos vértigos, falta de aliento o el sentirse sofocado, temblores o sacudidas, una sensación de irritabilidad, miedo de morir, de perder el control o de volverse loco”.¹⁶

El desorden de pánico comienza frecuentemente durante la adolescencia, aunque puede comenzar durante la niñez y a veces es común en familias. Los ataques pueden interferir con las relaciones sociales, el trabajo

¹⁶ Lane, F. (2000). El desorden de pánico en niños y adolescentes. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACPA)*. 50. Recuperado el 21 de Septiembre de 2003. (www.aacap.org/publications/apntsFam/FFF50.HTM).

escolar y el desarrollo normal del niño o del adolescente.

Actualmente y de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV¹⁷ que es del cual se tomaron los criterios para la selección de la muestra de este trabajo, define a la crisis de angustia o ataque de pánico de la siguiente manera:

a) La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

b) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

c) Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación). Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico será Trastorno de angustia con agorafobia o Trastorno de angustia sin agorafobia.

La *crisis de angustia* (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

¹⁷ American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. (4ta. Edición). México: Pichot.

Características diagnósticas

La aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

Son 13 los síntomas somáticos o cognitivos que vienen constituidos por:

1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca 2.- Sudoración 3.- Temblores o sacudidas 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento 5.- Sensación de atragantarse 6.- Opresión o malestar torácicos 7.- Náuseas o molestias abdominales 8.- Inestabilidad o mareo (aturdimiento) 9.- Desrealización o despersonalización (estar separado de uno mismo) 10.- Miedo a perder el control o «volverse loco» 11.- Miedo a morir 12.- Parestesias sensación de entumecimiento u hormigueo) y 13.- Escalofríos o sofocaciones.

Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad, pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales:

1.- Crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente);

2.- Crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva

inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia), y

3.- Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (p. ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis de angustia, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo).

Por ejemplo, aunque el trastorno de angustia, por su propia definición, requiere que al menos algunas de estas crisis de angustia sean descritas como inesperadas, los individuos con este trastorno declaran frecuentemente haber sufrido crisis de angustia situacionales, sobre todo a medida que avanza el curso de la enfermedad. Las cuestiones relacionadas con el diagnóstico de las crisis de angustia situacionales se discuten en los respectivos apartados «Diagnóstico diferencial» de los textos correspondientes a los trastornos en los que las crisis de angustia pueden aparecer.

De acuerdo con el CIE-10¹⁸, se define al **trastorno de pánico** (ansiedad paroxística episódica), donde la característica principal es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, son por tanto imprevisibles. Los síntomas varían en cada caso, pero es muy frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irritabilidad (despersonalización y desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir o perder el control o enloquecer. Cada crisis dura sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres son bastante variables.

En esta misma clasificación, se señala que a menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10*. Madrid: Meditor. López.

padecen terminan por salir, por escapar, de donde se encuentran. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener ataques de pánico.

Pautas para el diagnóstico.

En esta clasificación las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico.

El diagnóstico de pánico es el principal, sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.

Para el diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes.

A). En circunstancias en las que no hay peligro objetivo.

B). No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.

C). En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad anticipatoria leve.

Incluye: Ataques de pánico

Estados de pánico.

Por último *Jurado* (2002) cita a Beck G. J. y Zebb J. B., 1994 para definir tres tipos característicos de ataques de pánico vinculados ya sea con el inicio de ellos o la presencia o ausencia de disparadores situacionales, por ejemplo hay "a) ataque de pánico inesperado, es decir ocurre espontáneamente, no se asocia a ningún disparador situacional. B) Ataque de pánico con vínculo situacional, ocurre inmediatamente a la exposición del disparador situación (por ejemplo ver una serpiente o un perro, llegando a provocar un ataque. C) Ataque de pánico situacionalmente predispuesto, es muy probable que ocurra ante la exposición del disparador situacional, pero no necesariamente ocurre después de la exposición (por ejemplo es más probable que los ataques ocurran mientras maneja un automóvil, aunque en ocasiones en que se maneja sin experimentarlos ocurre después de manejar durante media hora)".

2.5 Trastorno de Ataque de Pánico y Familia

La vida de un ser humano no es solamente su nacimiento, crecimiento y desarrollo, ni las diferentes etapas del ciclo vital, sino más bien implica una serie de factores constituidos y dados por su familia, los cuales son de vital importancia para su salud mental como individuo. Las constantes transformaciones en la vida del hombre han incitado desconfianza y temor entre las naciones alterando el aspecto de la vida familiar perturbando ciertas pautas establecidas en el individuo la familia y la comunidad. Así sus continuos cambios responden al proceso evolutivo de la existencia. La familia es un constante objeto de estudio desde hace varias décadas y gracias a esto se logran conocer datos importantes para el desenvolvimiento y las relaciones del hombre con su grupo, pero la percepción de la salud mental y la actitud hacia ella, surge durante la segunda mitad del siglo XX. El país que ha destacado por sus estudios acerca de la percepción de la población en general hacia el enfermo mental es Estados Unidos.

El movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar; en la familia no en el consultorio médico (durante el decenio de 1950) (Hoffman, 1987).

Los seres humanos también tienen cierta incapacidad para ver los sistemas de relaciones que los mantienen, pero en ese tiempo no había terapia del padre ni de la madre, ni de la familia, ni primera entrevista en terapia familiar, simplemente el movimiento crecía. Ackerman N. en Nueva York; Bowen M. en Topeca y Washington D.C., Minuchin S. y Auerswald E. H. en Nueva York, Framo J. y Zuk G. en Filadelfia, Bateson G., Haley J., Watzlawick P., Bell J. y Satir V. en Palo Alto, por mencionar unos cuantos, ellos llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de práctica e ideas. Ellos se centraron en el estudio de las propiedades de la familia como "sistema". Y por "sistema" habitualmente querían decir toda entidad cuyas partes covarían entre sí y que mantenían equilibrio en una forma activada por errores. Hacían hincapié en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema. Es decir, la salud mental no sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la

cercanía y apoyo emocional de otros. Idealmente es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo que realiza lo mejor del hombre en sus relaciones sociales.

Dado el efecto que tienen las relaciones familiares para sus miembros; dentro del núcleo familiar, esto puede representar un factor relevante en el tratamiento de pacientes con algún problema de salud mental (Minuchin, 1994).

Ackerman (1976): Por su parte insistió en lo mismo al decir: "Si un miembro de la familia comienza un tratamiento individual cualquier cambio de actitudes y conducta del paciente altera la conducta recíproca de otros miembros de la familia y a su vez, el cambio en su conducta afecta la experiencia del paciente".

Los resultados demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental esta influenciado en gran medida por las características de agresión, imprecisión e irresponsabilidad del sujeto, así como variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de la comunidad.

Berenstein (1987) cita a *Freud* quien relacionó varios tipos de causa recíproca por medio del sistema de las series complementarias. La combinación de los factores congénitos y hereditarios y las experiencias infantiles en el ambiente familiar y social determinaban la serie de disposición, la cual por influencia de los motivos actuales o desencadenantes, condicionados a su vez por la disposición, determinaban la emergencia del trastorno mental. De esta manera, el creador del psicoanálisis anticipó una causalidad estructural a cambio de la causalidad lineal imperante en la época y aún vigente en la actualidad.

Cuando pasamos a considerar al enfermo mental en su contexto familiar y social estamos aplicando un significado cultural al trastorno mental. Tomar al enfermo como un ente autónomo y trastornado es resultado de aplicar un significado natural. La perspectiva del psiquiatra a menudo coincide con la del grupo familiar cuando define la realidad del esquizofrénico, del psicópata, del histérico, etc. De los cuales la familia se afirma ajena y al cual ninguna relación determinante les une, al que está enajenado.

Por lo general, en nuestra cultura, la sociedad, los médicos y el grupo familiar explican la emergencia del trastorno como un acontecimiento natural, biológico, autónomo e independiente, lo cual resulta del aislamiento y de la ruptura de la relación señalada.

La definición del problema nos muestra a la familia del enfermo mental como un sistema escindido en sanos y enfermos, si bien esta última categoría está cubierta por un sólo integrante. La familia con frecuencia se queja de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar, aunque si aplicáramos el mismo razonamiento a la inversa estableceríamos la suposición de que el grupo familiar es la causa del trastorno mental. Por lo tanto, es necesaria la construcción de un nivel donde se pueda incluir a todos los integrantes del grupo familiar, esto es considerar a los integrantes no aislados, sino ubicados y definidos desde el sistema. Cuando una familia se organiza por medio del eje salud/enfermedad contiene otras participaciones correspondientes a su organización, social, económica religiosa y psicológica que resultan ser satisfactorias en su ambiente, pero también podemos ver a la familia como un "sistema dualista",¹⁹ es decir aquel en el cual "los miembros de la comunidad se reparten en dos divisiones las cuales mantienen entre sí relaciones complejas que van desde la hostilidad declarada hasta la intimidad muy estrecha y donde, en general, se encuentran asociadas diversas formas de rivalidad y cooperación".

La organización dualista determina que los individuos se definan, los unos en relación a los otros por su pertenencia o no pertenencia a la misma mitad, cada una de las cuales adopta una denominación distinta. A nivel familiar, una de las mitades está formada por el enfermo y adopta tal denominación y la otra mitad, formada por sanos, que en efecto adopta esta denominación. Ambas mitades forman una posición y enmarcan un sistema insoluble ya que no pueden entenderse uno de los términos sin el otro. Este sistema dualista aparece como una forma de regular el principio de la reciprocidad. Por ejemplo: Una familia puede cuidar con solicitud a su enfermo mental y sin embargo maltratarlo y reprocharle por su maltrato a los integrantes. En este caso se enfocarán a las familias con paciente con

¹⁹ Berenstein, I. (1989). *Psicoanálisis de la Estructura Familiar* (pp.35-40). México. Paidós.

trastorno de ataque de pánico, ya que es la principal causa de este estudio, es decir se tiene que indagar la relación que hay entre el trastorno de ataque de pánico y las características de la familia.

En seguida tenemos a:

Lara et al (1988): En las últimas dos décadas, el avance del conocimiento en este campo ha sido importante. Las crisis de angustia se pueden inducir en pacientes susceptibles a través de infusiones de lactato o mediante la inhalación de bióxido de carbono; se han establecido patrones de agregación familiar en los que se muestra que la crisis de angustia entre familiares de pacientes con este trastorno es mayor que entre los familiares de pacientes con otras formas de ansiedad, y usando técnicas de biología molecular se ha propuesto que las crisis de angustia pueden ser el resultado de una alteración genética localizada en el cromosoma 16. Todo lo anterior sugiere que en efecto las crisis de angustia constituyen un trastorno distinto de la ansiedad generalizada.

Pinsof (1992): Realizó un estudio de un caso, en el que se describe a una mujer jamaicana de 44 años que ha buscado tratamiento cinco veces durante una serie de años por ataques de pánico y depresión. Aquí se analizaron los patrones culturales restrictivos y patriarcales que dominaban su matrimonio y que impide a la Sra. Peters realizar su propia agenda. En este mismo artículo Watts J. (1992) señala que los pacientes con disputas de patrones y creencias culturales son sólo justificables cuando juegan un papel muy importante en la creación y/o mantenimiento de un síntoma o problema presente que el paciente quiere cambiar, es decir las creencias culturales claramente bloquean la solución de un problema y tenían que ser dirigidas. Dentro de la estructura del problema centrado, dirigir otras dimensiones o metaestructuras, tales como estructuras, poder o proceso intrapsíquico, es solo justificable cuando esas dimensiones interfieren con los esfuerzos del paciente por resolver los problemas para los cuales está buscando ayuda. La Sra. Peters no podía llegar a donde quiere llegar psiquiátricamente (siendo relativamente libre de síntomas) sin cambiarlo al menos afrontar determinadas creencias culturales acerca de la estructura marital, relaciones de poder y roles de género.

Sánchez-Sosa et al (1992) aplicaron el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) en una investigación sobre el tipo y la calidad de interacción familiar y signos de desajustes psicológicos en adolescentes escolares. Este estudio se centró en las respuestas, al proporcionar un instrumento que explora la ansiedad, más específicamente episodios agudos de angustia severa. Los resultados revelaron diferencias significativas entre los sujetos con incidencia alta y baja de episodios agudos de ansiedad severa, al respecto de aspectos relativamente específicos de la relación entre, y con los padres; más específicamente con violencia verbal o física en la relación de los padres, incluyendo amenazas de separación; así como algunos estilos de interacción con el individuo. Los resultados mostraron que estas variables actúan como factores de riesgo o predictores de la génesis de los episodios de angustia. Finalmente a diferencia de otros estudios que sugieren que la ausencia real o funcional del padre no se relaciona con factores asociados con estados de angustia, los resultados del presente trabajo revelaron que la función paterna juega un papel central en el desarrollo de episodios agudos de ansiedad severa.

Téllez (1995): En una investigación realizada sobre el trastorno de pánico y embarazo encontró que: El trastorno de pánico es una manifestación clínica frecuente en mujeres jóvenes, cuyo tratamiento requiere la utilización de técnicas psicoterapéuticas de tipo cognitivo-conductual y la administración de psicofármacos como benzodiazepinas o inhibidores de la recaptación de la serotonina. Los fármacos se utilizan para corregir el déficit funcional de los sistemas de noradrenalina, serotonina o gabacerebrales y el compromiso de estructuras cerebrales como el locus ceruleus y el sistema límbico, mecanismos involucrados en la causa del trastorno de pánico. El trastorno de pánico tiene una base heredofamiliar. El 50% de los pacientes tiene al menos un familiar que ha presentado síntomas, lo cual hace pensar que el trastorno de pánico es el fenotipo de una alteración genotípica y que el "gen del pánico" es responsable del cuadro clínico y de los posibles marcadores biológicos en el diagnóstico de la enfermedad, es también crónica de aparición temprana en mujeres menores de 25 años, es un enfermedad de varias dimensiones que requiere para su diagnóstico y tratamiento tener en cuenta cuatro puntos cardinales: el aspecto etiológico-metabólico, los factores psicosociales

concomitantes, las conductas de evitación y la necesidad de un tratamiento a largo plazo realizado dentro de un enfoque médico-conductual para disminuir la intensidad de las crisis y la comorbilidad con trastornos depresivos, abuso de alcohol o tranquilizantes y la conducta suicida, si bien los trastornos de pánico disminuyen en el embarazo por la acción de los mecanismos hipotalámicos y placentarios, en algunas pacientes es necesario utilizar antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, teniendo siempre en cuenta la farmacocinética singular de la unidad madre-hijo y las posibilidades terapéuticas de algunos psicofármacos.

Berlanga (1996) por otra parte señala que hay evidencias suficientemente sostenibles para considerar que los trastornos de angustia tienden a asociarse de manera familiar, por lo que es factible que compartan alteraciones genéticas similares. Sin duda alguna la prevalencia de estos trastornos en la población general, igual que en las poblaciones psiquiátricas, es elevada. Como grupo, los trastornos de angustia ocurren en una proporción casi al doble en mujeres en comparación con los hombres; son más frecuentes en individuos divorciados, viudos y separados, y están muy relacionados con una situación socioeconómica baja. La patología de la angustia se le investiga en sus aspectos epidemiológicos, neurobiológicos, genéticos, neuropatológicos, psicofarmacológicos, nosológicos y psicosociales entre lo más importante.

Los niños y adolescentes con el desorden de pánico sufren períodos inesperados y repetidos de intenso terror, o incomodidad, acompañados de otros síntomas tales como palpitaciones rápidas y falta de aliento. Estos períodos se llaman "ataques de pánico". Más de tres millones de americanos experimentarán el desorden de pánico durante sus vidas. El desorden de pánico comienza frecuentemente durante la adolescencia, aunque puede comenzar durante la niñez y a veces es común en las familias, sus complicaciones pueden ser devastadoras ya en los menores pueden interferir en sus relaciones sociales, trabajo escolar y desarrollo normal del niño o adolescente. Por ejemplo un niño puede negarse a ir a la escuela o separarse de sus padres. En casos más severos el niño o el adolescente puede temer el salir de las casa, es decir, evitar ciertos lugares o situaciones, lo que se llama "agorafobia". Algunos de ellos pueden desarrollar también depresión mayor y pueden correr el riesgo de un comportamiento suicida, o al tratar de reducir la

ansiedad algunos adolescentes con desorden de pánico usaran alcohol o las drogas.²⁰

La causa exacta del trastorno de pánico, se desconoce, pero existe una clara influencia de la herencia (los estudios sugieren que si un gemelo idéntico presenta este trastorno, el otro desarrollará el trastorno de pánico en el 40% de las veces. Además, el trastorno de pánico tiene influencias ambientales y de aprendizaje, como a menudo ocurre en los miembros de una familia quienes no están relacionados genéticamente entre sí y el 60% de los gemelos idénticos no comparten la condición.

El trastorno de pánico se presenta a menudo el doble en mujeres que en hombres y aproximadamente el 2% de la población resulta afectada cada año. La persona afectada con frecuencia vive con temor a otro ataque, y es posible que no quiera estar sola o alejada de asistencia médica. Los síntomas por lo general comienzan a la edad de 25 años y aunque el trastorno de pánico se puede presentar en niños, no suele diagnosticarse hasta que la persona es mayor (Ballas, 2002).

La idea inicial de este estudio surge cuando los pacientes durante su consulta externa en el Departamento de Retroalimentación Biológica del Instituto Nacional de Psiquiatría relataban episodios de conflictos en su vida familiar lo que relacionaban de alguna forma con la intervención en su tratamiento.

De aquí que, este trabajo se centró en encontrar una relación entre el desorden de ataque de pánico y las características de su familia, planteando las siguientes preguntas: ¿Cuál es la tipología familiar de los pacientes con trastorno de ataque de pánico y la de su familia? ¿Identificar si la tipología interviene en el tratamiento y recuperación de los pacientes?.

²⁰ Lane, F. (2000). El desorden de pánico en niños y adolescentes. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Recuperado el 21/09/2003. www.aacap.org/org/publications/apntsFam/FFF50.HTM

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar la percepción del funcionamiento familiar y la ansiedad de los pacientes con trastorno de pánico y sus familiares medida a través del **FACES II** y el **IDARE**.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1) Determinar el nivel de ansiedad (Rasgo-Estado) del paciente y de sus familiares.

2) Determinar la tipología familiar a través de la percepción del paciente con trastorno de pánico y la de sus familiares.

3) Relacionar la percepción del funcionamiento familiar con el nivel de ansiedad y variables familiares y demográficas.

3.2 HIPOTESIS.

Dado el tipo de estudio no existen hipótesis explícitas, salvo las implícitas derivadas de las variables en estudio.

3.3 VARIABLES.

- Sociodemográficas
- Género (Paciente y Familiares)
- Edad (Paciente y Familiares)

Familiares

- Adaptación Familiar Real e Ideal
- Cohesión Familiar Real e Ideal
- Tipo de Familia (Balanceado, Medio y Extremo).

Clínicas

- Ansiedad Rasgo-Estado.

SUJETOS.

La muestra estuvo formada por 30 pacientes psiquiátricos que acudían al Servicio del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", que cumplían con los criterios del DSM IV y los criterios de inclusión. Así también fueron seleccionados dos familiares cercanos por cada paciente. Este familiar fue el esposo (a), el padre, la madre u otro, quien aceptó participar en el proyecto.

Se evaluaron 30 pacientes, 17 mujeres y 13 hombres con una media de edad de 36.1 ± 8.8 años, 21 (70.0%) pertenecientes al subsistema parental y 9 (30%) al subsistema filial. Los pacientes en estudio fueron diagnosticados con trastorno de pánico por médicos psiquiatras del INPRFM según los criterios del DSM-IV. Por cada paciente en estudio se evaluaron dos familiares (60 en total), 36 mujeres y 24 hombres con una media de edad de 35.5 ± 12.4 años, 38 (64.4%) perteneciente al subsistema parental y 22 (35.6 %) al subsistema filial.

3.4 SELECCION DE SUJETOS.

La selección se llevó a cabo de forma propositiva y no probabilísticas según los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Tener un diagnóstico bajo los criterios del DSM IV realizado por un psiquiatra del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
- Con o sin agorafobia.
- Que estuvieran bajo tratamiento farmacológico, de preferencia ansiolíticos y antidepresivos.
- Tener mínimo un año de evolución de la enfermedad para tener un diagnóstico bien diferenciado de otras enfermedades, porque de lo contrario pueden presentarse otros malestares que compliquen este padecimiento y dificultarían la selección de la muestra de esta investigación.
- Paciente sin rasgos psicóticos y/o sin depresión mayor.
- Que vivan dentro de un núcleo familiar.

3.5 ESCENARIO.

Las aplicaciones se realizaron en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", en los consultorios donde son atendidos los pacientes.

Los pacientes acudieron el día y la hora señalada por el investigador para realizar las aplicaciones de los instrumentos (**FACES II e IDARE**); aquí se dieron las instrucciones necesarias para la contestación de los cuestionarios.

3.6 TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, comparativo y correlativo.

3.7 PROCEDIMIENTO.

1. Paso. Selección de Pacientes.

El primer contacto al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" lo solicitan los usuarios de forma personal o por medio de canalización de otra institución, se realiza la 1era. consulta o preconsulta por un psiquiatra, quien valora si es candidato a ingresar al instituto o en caso contrario se deriva a otra instancia. Si se queda como paciente, pasa a estudio socioeconómico (para establecer el costo del servicio, éste se realiza por nivel), después sigue consulta externa para indicaciones de seguimiento que puede ser: 1.- Exámenes de Gabinete (Bin, Resonancia Magnética o Mapeo Cerebral) y Laboratorio. 2.- Diagnóstico Psicométrico, Psicoterapia, Retroalimentación Biológica, derivación a una clínica interna del Sueño, Adolescencia, Género, Alimentación, Adicciones y Geriatria. 3.- Hospitalización (si lo requiere, aquí por parte de Trabajadores Sociales imparten los Grupos Psicoeducativos para familiares y pacientes). De la población específicamente del Departamento de Retroalimentación Biológica se seleccionaron a los primeros 30 pacientes y 2 de sus familiares bajo los criterios ya mencionados, a los cuales se les invitó para participar en esta investigación.

2. Paso. Aplicación de los Instrumentos.

Una vez hecha la selección, el investigador avisó por teléfono a los pacientes el día y la hora en que tenían que acudir al consultorio para realizar la aplicación de las pruebas psicológicas (*FACES II* e *IDARE*), y una vez en el consultorio se le aplicaron a los pacientes y a los familiares que se presentaron. Posteriormente se les dieron las instrucciones necesarias para la forma en que tenían que contestar el instrumento. Primero se aplicó al paciente y después a los familiares con quienes se programó una cita.

ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos obtenidos se analizarán por medio de Análisis Lineal Estructural (ANOVA simple), con el objetivo de generar un modelo que explique las interrelaciones entre las variables estudiadas.

DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

En la presente investigación se hizo uso de los tests *IDARE* (Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo de Spielberger & Díaz-Guerrero) y *FACES II* (Cohesión y Adaptabilidad Real e Ideal de Olson). En seguida tenemos una descripción de cada instrumento para tener una mayor información de lo que evalúa.

INSTRUMENTOS.

ESCALAS EVALUATIVAS DE COHESIÓN, ADAPTABILIDAD Y COMUNICACIÓN MARITAL Y FAMILIAR (*FACES II*)

(Olson, Russell y Sprenkle, 1979)

EL *FACES II* es una modificación del *FACES* original basado en la teoría del Modelo Circumplejo o Circumflejo formulado por David L. Olson,

Candyee Rusell y Douglas S. Sprenkle. Los autores definen tres dimensiones: la *Cohesión*, la *Adaptabilidad* y la *Comunicación Marital y Familiar*.

Cohesión Marital y Familiar: Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente a la familia. La cohesión familiar se define como los lazos emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros. Involucra los siguientes factores: interdependencia, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.

Adaptabilidad Marital y Familiar: Es definida como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de refacción en respuestas de estrés que producen fuerzas circunstanciales o el propio desarrollo de los miembros. Involucra: Asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas y retroalimentación del sistema.

Comunicación Marital y Familiar: Esta es la tercera dimensión del Modelo Circumplejo y es considerada una función facilitadora, la cual es decisiva para proporcionar la movilidad a las otras dos dimensiones y no esta incluida gráficamente en el modelo junto con la cohesión y adaptabilidad. En este aspecto debemos tomar en cuenta y es muy importante la forma de cómo se da está comunicación.

Las habilidades de *comunicación positiva* (empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo) capacitan a las parejas y familias para compartir unos con otras sus necesidades cambiantes y preferencias.

Y la *comunicación negativa* (dobles mensajes, dobles vínculos y censura) minimiza la habilidad de una pareja o los miembros de una familia para compartir sus sentimientos y de tal modo restringe sus movimientos en esa dirección.

Dentro del *Modelo Circumplejo*, Olson D. Y Col. Se plantean 4 niveles de cohesión familiar, desde el rango de baja cohesión (rígido) hasta el extremo de alta adaptabilidad (Caótica). Los dos intermedios se etiquetan como flexibles y estructurados.

Para cada dimensión los niveles balanceados (moderados) son hipotéticamente los sanos y las áreas extremas son generalmente observadas como problemáticas para las parejas y familias a través del tiempo. Se

identifican 16 tipos de sistemas familiares y maritales a través de las combinaciones de estos niveles. Estos son:

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1.- Flexible /separado | 9.- Estructurado/separado |
| 2.- Flexible/conectado | 10.- Estructurado/conectado |
| 3.- Flexible/desligado | 11.- Estructurado/desligado |
| 4.- Flexible/amalgamado | 12.- Estructurado/amalgamado |
| 5.- Caótico/separado | 13.- Rígido/separado |
| 6.- Caótico/conectado | 14.- Rígido/conectado |
| 7.- Caótico/desligado | 15.- Rígido/desligado |
| 8.- Caótico/amalgamado | 16.- Rígido/amalgamado |

Las siglas provienen de su nombre en inglés: *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, es decir, *Escalas para Evaluar la Adaptabilidad y Cohesión Familiar. (FACES)*.

En esta investigación se incluyen 30 reactivos del FACES II, teniendo dos espacios de respuesta, en la primera columna se evalúa como es el ambiente familiar de la persona (familia real) y en la segunda columna cómo le gustaría que fuera su ambiente familiar (familia ideal).

Para las respuestas se conservo la presentación utilizada en Estados Unidos. La cual consistió en una escala de medición de actitudes de tipo Lickert, en la cual se presentaron 5 categorías:

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

De los 30 reactivos finales del cuestionario FACES II, 16 corresponden a la dimensión de adaptabilidad.

Dentro de la primera se conceptualizan 8 características: *Interdependencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de*

decisiones, intereses y diversión. Incluye las siguientes preguntas del cuestionario: 1-3, 5-7, 9-11, 13-14, 15-17, 19-21, 23-25, 27-29-30.

En la segunda dimensión se conceptualizan 7 características: *Asertividad, control, disciplina, negociación, roles, regla y retroalimentación del sistema*, incluyen las siguientes preguntas: 2-4, 6-8-10, 12-14, 16-18, 20-22 y 26.

La cuantificación de esos 16 y 14 renglones respectivamente permite ubicar a la familia, en alguno de los 16 tipos.

La *Comunicación* gráficamente no se representa y en base a la tipología, se puede interpretar como positiva o negativa.

Los totales encontrados, deberán ubicarse en el cruce de las coordenadas del cuadro que aparece esto nos proporciona el tipo de familia, de forma global podemos tener tres tipos: *Balanceado, Medio y Extremo*.

Cabe mencionar que la estandarización fue hecha en México por Braverman (1986), pero no fueron utilizados en esta investigación los puntajes estandarizados, sino los originales de Olson. Es decir, durante la clasificación de los resultados de la prueba de *FACES II*, se observa que las tipologías eran muy diversas, al grado de preguntar ¿cuál de todas las tipologías encontradas era la que caracterizaba en su mayoría a estos pacientes?, pero no se encontró respuesta con los puntajes estandarizados. Por lo que se decidió utilizar los puntajes originales de Olson, siendo más acertados lo que permitió el establecimiento de las tipologías de los pacientes con trastorno de ataque de pánico y sus familiares. Además, en relación a la dimensión de la comunicación, Braverman al realizar la estandarización del instrumento, no la menciona, por lo que los resultados estarían incompletos.

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE).
(Spielberger y Díaz Guerrero, 1975)

La construcción del IDARE se inició en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación, tanto en la Ansiedad-Estado como en la Ansiedad-Rasgo.

La Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado.

Es un instrumento para la medición de ansiedad ideado por Spielberger-Lushene (1969), cuyo objetivo es detectar la intensidad y la frecuencia de la ansiedad partiendo de supuestos de la personalidad, tales como el estado y el rasgo.

La escala *Estado* explora la manifestación de la ansiedad que surge o se tiene en un momento dado, es decir, su existencia y su grado.

La escala *Rasgo* explora las características más o menos estable o permanente, frecuencia con un fenómeno dado ansioso que se produce o que implica que un sujeto se comporte de determinada manera.

El instrumento es autoadministrable, se aplica de forma individual o en grupo, y no requiere de mucho tiempo para ser contestado. En México la validación ha sido publicada por Díaz-Guerrero (1975).

La estandarización del IDARE, se aplicó primero a la escala A-Estado (forma SXE) y en seguida la escala A-Rasgo (forma SXR). Este es el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede crear si se aplica primero la escala A-Rasgo. En contraste ha sido demostrado

que las escalas A-Rasgo son relativamente inmunes al efecto de las condiciones bajo las cuales son aplicadas (Johnson 1968, Johnson & Spielberger 1968, Land 1969).

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo, ya contestado el instrumento completo, se califica de acuerdo a las plantillas de claves propias de este test, luego se ubica el resultado en las tablas de percentiles propuestas por la prueba, de acuerdo a la población que se le este aplicando y por último en otra tabla se tiene el resultado final. (Las tablas antes mencionadas se encuentran en el manual de la prueba).

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Los resultados y su análisis se presentan de la siguiente manera:

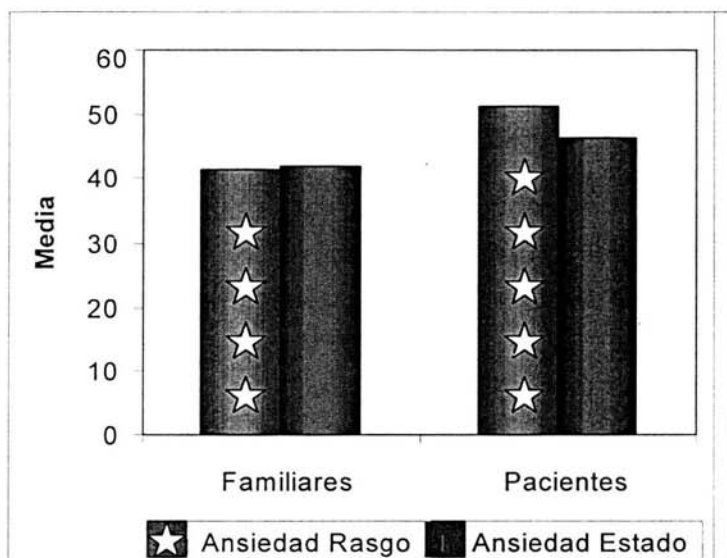
En primer lugar encontramos a). Un cuadro general de la media y desviación estándar de pacientes y familiares correspondientes a las pruebas aplicadas del *FACES II* (Adaptabilidad y Cohesión Real e Ideal) e *IDARE* (Ansiedad Estado-Rasgo) (Tabla 1), b). Gráfica de barras donde se representa el puntaje total de pacientes en comparación con los familiares del *IDARE* (Tabla 1.1), c). Cuadros de los porcentajes totales de las tipologías familiares del *FACES II* y su representación en el Modelo Circumplejo de Olson (Tabla 2), con sus respectivas interpretaciones de cada porcentaje por escrito (Modelo 1 y 2), d). Correlaciones entre variables en donde se utilizó un cuadro dividido en tres partes para tener una mayor facilidad en la comprensión de resultados e interpretación de cada variable (Tabla 3 y 4) y e). Esquema de las asociaciones entre variables que se realizaron para las correlaciones.

Tabla 1. Resultados de la comparación entre pacientes con trastorno de pánico y sus familiares.

FACES II e IDARE

Variable	Familiares		Pacientes		F	p
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar		
Adaptabilidad Real	42.2	11.8	43.9	11.5	0.412	0.523
Adaptabilidad Ideal	57.5	7.2	60.6	7.4	3.590	0.061
Cohesión Real	54.2	13.3	51.7	12.7	0.746	0.390
Cohesión Ideal	66.7	7.2	67.3	7.7	0.104	0.748
Ansiedad Rasgo	41.5	9.5	51.3	10.7	19.528	0.001
Ansiedad Estado	41.9	11.7	46.4	14.1	2.658	0.107

Tabla 1.1 Resultados de la prueba del IDARE (Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo) comparado entre pacientes y familiares.



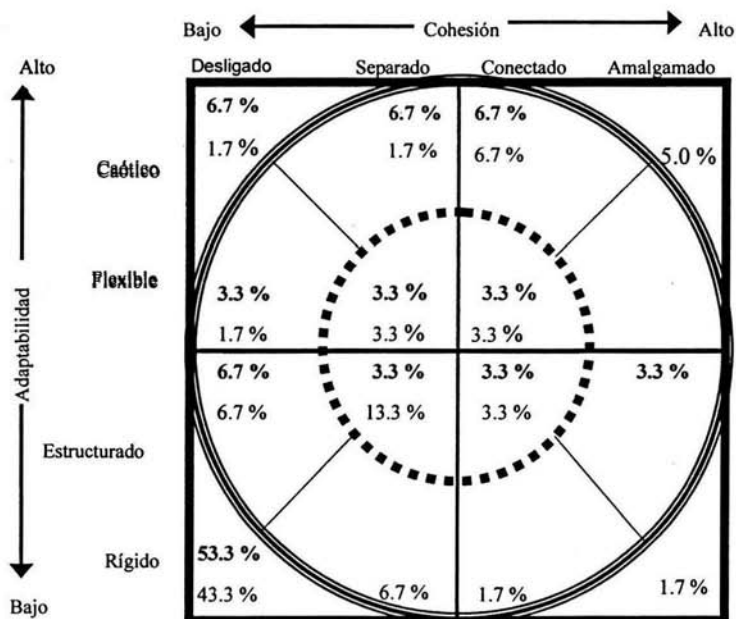
A) Con relación a la de Ansiedad-Rasgo tanto en pacientes como en familiares se puede observar que hay una diferencia significativa, el puntaje en familiares es de 41 y pacientes 43 de acuerdo al término medio, entendiéndose que la Ansiedad-Rasgo se está presentando en ambos grupos, siendo más dominante como es esperado en los pacientes, es decir se presentan características más o menos estables o permanentes de ansiedad, frecuencia con que un fenómeno dado ansioso se produce, o implica que un sujeto se comporte de determinada manera.

B) Los puntajes obtenidos en Ansiedad-Estado de pacientes y familiares son 45 y 42 respectivamente de acuerdo a la media, indicando que esta ansiedad es más permanente en ambos grupos de estudio, su existencia y su grado de reacción, es casi idéntico en el comportamiento en pacientes como en familia.

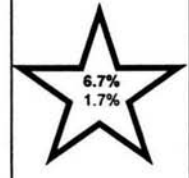
Tabla 2. Tipo de familia según el Modelo Circumplejo, Adaptabilidad y Cohesión Real e Ideal en pacientes con trastorno de pánico y sus familiares. (Modelo 1. y Modelo 2.)

		Tipo de familia					
		Extrema		Media		Balanceada	
Pacientes	Real	18	60.0%	8	26.7%	4	13.3%
	Ideal	9	30.0%	17	56.7%	4	13.3%
Familiares	Real	31	51.7%	15	25.0%	14	23.3%
	Ideal	14	23.3%	27	45.0%	19	31.7%

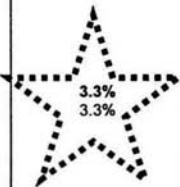
**REPRESENTACION GRAFICA DE LOS PORCENTAJES TOTALES DE
LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MODELO DE OLSON.
MODELO 1.
REAL**

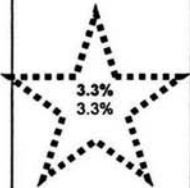


PORCENTAJES TOTALES DE PACIENTES Y FAMILIARES.	MODELO 1. INTERPRETACION CUALITATIVA DE LAS TIPÓLOGIAS REALES DE PACIENTES Y FAMILIARES DE ACUERDO AL FACES II.	
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos.	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separados y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.

	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separados y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.

	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas. Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.
	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.

	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separados y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.
	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.

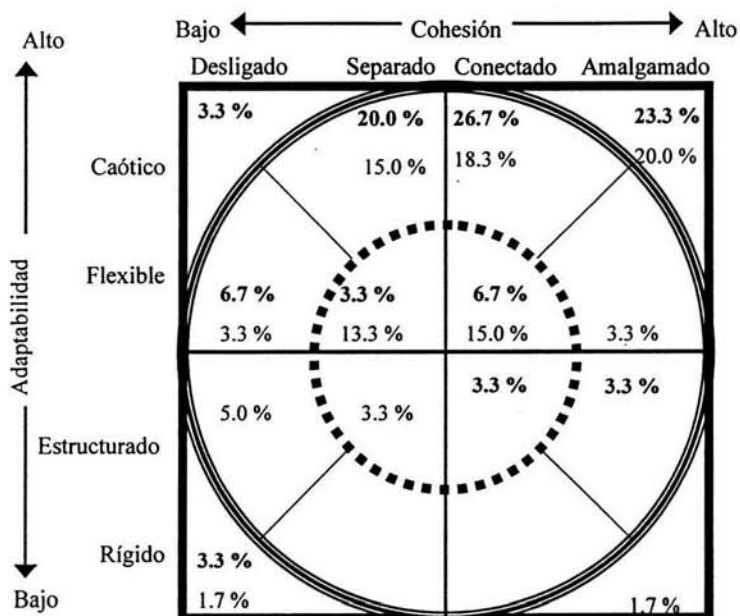
	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.
	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo. Líder autoritario. Autocrática; Demasiado estricta. Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados. Rigidez en las reglas; Muchos reglas explícitos; pocas reglas implícitas; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; Pocos lazos positivos.	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.

	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo. Líder autoritario. Autocrática; Demasiado estricta. Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados. Rigidez en las reglas; Muchos reglas explícitos; pocas reglas implícitas; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; Pocos lazos positivos	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separados y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.
	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo; Líder autoritario; Autocrática; Demasiado estricta. Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados. Rigidez en las reglas; Muchos reglas explícitos; pocas reglas implícitas; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; Pocos lazos positivos.	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.

	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo; Líder autoritario; Autocrática; Demasiado estricta ; Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados; Rigidez en las reglas; Muchos reglas explícitos; pocas reglas implícitas; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; pocos lazos positivos.	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.
---	--	--

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS PORCENTAJES TOTALES DE
LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MODELO CIRCUMPLEJO.
MODELO 2.

IDEAL



PACIENTES
FAMILIARES

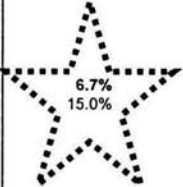
BALANCEADO
MEDIO
EXTREMO



PORCENTAJES TOTALES DE PACIENTES Y FAMILIARES.	MODELO 2. INTERPRETACION CUALITATIVA DE LAS TIPÓLOGIAS IDEALES DE PACIENTES Y FAMILIARES DE ACUERDO AL FACES II.	
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separado y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.

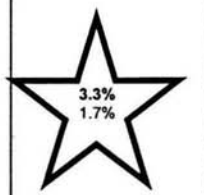
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.
	CAÓTICAMENTE Estilos pasivo y agresivo; No existe líder. Laissez-Faire (permisiva); muy indulgente. Negociación interminable; pobre resolución de problemas; cambios dramáticos de roles. Cambios dramáticos de reglas; muchas reglas implícitas; pocas reglas explícitas; las reglas son arbitrariamente impuestas. Principalmente lazos positivos. Pocos lazos negativos	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separado y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.

	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.
	FLEXIBLEMENTE Generalmente asertivos. Cambios fluidos con equidad. Consecuencias impredecibles democráticas. Buena negociación; Buena resolución de problemas Se hacen y se comparten roles; Algunos cambios de reglas implícitas; Las reglas son impuestas frecuentemente; Lazos más positivos que negativos.	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos, Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	SEPARADO Moderada independencia de los miembros de la familia. Límites externos e internos semi-abiertos; Límites generacionales claros. Coalición marital clara. El tiempo separado y juntos es importante. El espacio privado se mantiene; hay algún espacio familiar. Algunos amigos individuales; algunos amigos familiares. La mayoría de las decisiones son tomadas en forma individual. Capacidad para decisiones conjuntas sobre temas familiares. Algunas actividades familiares son espontáneas, algunas actividades individuales son apoyadas.

	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	CONECTADO Moderada dependencia de los miembros de la familia. Límites externos semi-abiertos; límites internos abiertos; límites generacionales claros. Coalición marital fuerte. El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas. El espacio familiar es maximizado; el espacio privado es mínimo. Algunos amigos individuales; se programan actividades con amigos de la pareja y familia. Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia. Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.
	ESTRUCTURALMENTE Generalmente asertivo. Líder democrático y estable. Democráticas; Consecuencias predecibles. Negociaciones estructuradas; Buena resolución de problemas. Algunos roles se comparten. Pocos cambios de las reglas; Reglas más explícitas que implícitas. Las reglas usualmente son impuestas. Lazos más negativos que positivos	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo; Líder autoritario; Autocrática; Demasiado estricta ; Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados; Rigidez en las reglas; Muchos reglas explícitos; pocas reglas implícitas; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; pocos lazos positivos.	DESLIGADO Alta independencia de los miembros de la familia. Límites externos abiertos; límites internos cerrados, límites generacionales rígidos; Coaliciones débiles; usualmente hay un chivo expiatorio. Tiempo separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente). Espacio separado entre ambos físicamente y emocionalmente al máximo. Principalmente amigos individuales exclusivos; pocos amigos familiares. Fundamentalmente se toman decisiones individuales. Básicamente las actividades individuales son hechas sin involucrar a la familia.
	RIGIDAMENTE Estilos pasivo y agresivo; Líder autoritario; Autocrática; Demasiado estricta ; Negociación limitada; Pobre solución de problemas. Rigidez en los roles y roles estereotipados; Rigidez en los roles; Muchos roles explícitos ; pocos roles explícitos; Las reglas estrictamente se Cumplen. Lazos principalmente negativos; pocos lazos positivos.	AMALGAMADO Alta dependencia de los miembros de la familia. Límites externos cerrados; límites internos difusos; límites generacionales difusos. Coaliciones padre - hijo. El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado. Poco o ningún espacio privado en casa. Pocos amigos individuales. Principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la pareja y la familia. Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia. La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

ASOCIACION ENTRE LAS VARIABLES DEL FUNCIONAMIENTO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON EL NIVEL DE ANSIEDAD (ESTADO-RASGO), COHESIÓN, ADAPTABILIDAD, MODELO CIRCUMPLEJO Y DEMOGRÁFICAS.
(Con un total de N= 90 participantes, 30 pacientes y 60 familiares)
(TABLA 3)

Variable dependiente	Variable independiente	β estándar	Z	p	Varianza explicada	Interpretación
Adaptabilidad Real	Subsistema	0.252	2.65	0.008	19.6%	El subsistema parental percibe a sus familias más caóticas que el subsistema filial.
	Ansiedad estado	-0.363	-3.82	<0.001		La ansiedad estado se asocia a una percepción más rígida de las familias.
Adaptabilidad Ideal	Adaptabilidad Real	0.278	2.95	0.003	25.9%	Una mejor percepción de la adaptabilidad real se asocia a una mayor adaptabilidad ideal.
	Tipo Familia Ideal	-0.416	-4.56	<0.001		La percepción ideal de la adaptabilidad familiar se asocia a una tipo ideal de familia balanceada.
	Subsistema	0.188	2.00	0.046		El subsistema parental percibe idealmente a sus familias más caóticas que el subsistema filial.
Cohesión Ideal	Adaptabilidad Ideal	0.373	3.84	<0.001	31.8%	Las familias percibidas idealmente como amalgamadas se asocian a una percepción caótica de la familia, y las desligadas como rígidas.
	Edad	-0.323	-2.62	0.009		A mayor edad se desea una familia más amalgamada.
	Subsistema	-0.283	-2.28	0.023		El subsistema parental percibe idealmente a sus familias más amalgamadas que el subsistema filial.
	Tipo Familia Ideal	-0.237	-2.44	0.015		La cohesión se asocia idealmente a las familias balanceadas.

ASOCIACION ENTRE LAS VARIABLES DEL FUNCIONAMIENTO DE PACIENTES
Y FAMILIARES CON EL NIVEL DE ANSIEDAD (ESTADO-RASGO), COHESIÓN,
ADAPTABILIDAD, MODELO CIRCUMPLEJO Y DEMOGRÁFICAS.
(Con un total de N= 90 participantes, 30 pacientes y 60 familiares)
(TABLA 4)

Variable dependiente	Variable independiente	β estándar	Z	P	Varianza explicada	Interpretación
Ansiedad Rasgo	Ansiedad Estado	0.690	9.00	<0.001	47.7%	La ansiedad rasgo se asocia a la ansiedad estado.
Cohesión Real	Cohesión Ideal	0.255	3.34	<0.001	59.3%	Una mejor percepción de la cohesión real se asocia a una mayor cohesión ideal.
	Adaptabilidad Ideal	-0.185	-2.37	0.018		Las familias percibidas como amalgamadas se asocian a una percepción ideal caótica de la familia, y las desligadas como rígidas.
	Adaptabilidad Real	0.750	10.79	<0.001		Las familias percibidas como amalgamadas se asocian a familias caóticas.
Tipo Familia Real	Tipo Familia Ideal	0.284	3.32	<0.001	46.2%	Cuando se percibe a la familia como balanceada entonces idealmente también se desea balanceada.
	Adaptabilidad Ideal	0.190	2.21	0.027		Las familias extremas se asocian a familias rígidas, y las balanceadas a familias caóticas.
	Cohesión Real	0.611	7.81	<0.001		Las familias extremas se asocian a familias desligadas, y las balanceadas a familias amalgamadas.
Edad	Subsistema	-0.706	-9.39	<0.001	49.8%	El subsistema filial presenta menor edad que el parental.
Paciente Identificado	Ansiedad Rasgo	0.439	4.70	<0.001	22.8%	El paciente identificado se asocia a mayor ansiedad rasgo.
	Adaptabilidad Ideal	0.223	2.38	0.017		El paciente identificado desea una familia más rígida


```

graph TD
    CReal[Cohesión Real]
    CI[Cohesión Ideal]
    TReal[Tipo Real]
    TI[Tipo Ideal]
    AReal[Adaptación Real]
    AI[Adaptación Ideal]
    AS[Ansiedad Estado]
    AR[Ansiedad Rasgo]
    PI[Paciente Identificado]
    S[Subsistema]
    E[Edad]

    AS --> AReal
    AR --> AReal
    PI --> AReal
    PI --> AI
    PI --> TReal
    S --> CReal
    S --> CI
    S --> AI
    E --> CI
    TI --> CI
    TI --> AI
    TI --> TReal
    AI --> CReal
    AI --> CI
    AI --> TReal
    CI --> CReal
    CI --> TReal
    CReal --> CI
    TReal --> CI
    
```

95

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se debe reconocer y aceptar que aún no existe una actitud adecuada de parte de la sociedad y la familia hacia la enfermedad mental. Es decir, en los pacientes con trastorno de ataque de pánico y sus familiares se observa que el funcionamiento familiar es disfuncional, esto se corrobora desde el momento en que los pacientes acudían a su tratamiento al Instituto Nacional de Psiquiatría en donde sus quejas más comunes eran en torno a su familia, se quejaban de incompreensión hacia la enfermedad, el no acompañarlos a su tratamiento, no comprarles el medicamento cuando se les terminaba, entre otras. Quizá esto dé la pauta para que el padecimiento se mantenga, se dificulte su recuperación o se den recaídas, pues no debemos olvidar que la familia desempeña un papel fundamental y es un factor muy representativo en la vida de cualquier ser humano. También hay que tomar en cuenta el cuidado que el paciente tenga de su persona y con la toma de sus medicamentos, que por supuesto también es influenciado por la interacción con los miembros de su familia.

Ahora bien, de acuerdo al orden en el planteamiento de los objetivos, se hace la discusión y las conclusiones:

1). En el *IDARE* se observó que en ambas escalas hay una estrecha relación (Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo) entre pacientes con ataque de pánico y sus familiares por los puntajes obtenidos, por otra parte tenemos que los pacientes por tratarse de personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad (ataque de pánico) los resultados son los esperados, pues los puntajes más elevados son de los pacientes; aunque la diferencia con sus familiares es mínima. Podemos hablar entonces de que exista una predisposición a la ansiedad, lo cual concuerda con lo encontrado por Berlanga (1996), donde señala que hay evidencias suficientes para considerar que los trastornos de angustia tienden a asociarse de manera familiar, por lo que es factible decir que se comparten alteraciones genéticas similares. Estivill et al (2001) publicaron que hay un factor genético que predispone a la ansiedad, al parecer hay una alteración genética en el cromosoma 15, señalando también que esta enfermedad afecta entre el 10% y 15% de la

población mundial, claro que no debemos olvidar que quizá factores físicos, sociales, educativos, familiares, ambientales entre otros pueden también contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad muy importante en el futuro. Podemos decir que un factor que también promueve la ansiedad es la ansiedad misma del ambiente familiar; suponemos que si las condiciones familiares estuvieran libres de estrés, disminuiría el comportamiento ansioso del Paciente Identificado, lo cual facilitaría relaciones más funcionales entre sus miembros y probablemente mejorarían las condiciones para lograr un tratamiento más eficaz. Como sabemos cualquier evento estresante dentro del ambiente familiar genera cambios en la dinámica, la que puede traer como consecuencia una transformación en la organización familiar.

2) Con respecto a los resultados arrojados por la prueba al *FACES II* tenemos lo siguiente: .

ADAPTABILIDAD Y COHESION REAL DE LOS PACIENTES.

Respecto a la tipología de *Adaptabilidad Real de los pacientes* es 53.3 % la cual es clasificada como *Rígida* siendo el más representativo dentro del Modelo Circumplejo de Olson; de forma global en el área *Extremo*, el cual se interpreta de la siguiente manera:

Asertividad: Estilos pasivos y agresivos

Control: Líder autoritario

Disciplina: Autocrática, demasiado estrictas.

Negociación: Limitada; pobre solución de problemas.

Roles: Rigidez en los roles y roles estereotipados.

Reglas: Rigidez en las reglas, muchas reglas explícitas, pocas reglas implícitas, las reglas se cumplen estrictamente.

Retroalimentación del sistema: Principalmente lazos negativos, pocos lazos positivos.

Con relación a la *Cohesión Real de pacientes* es clasificada como *Desligada* y en comunicación es *Extremo*, entendiéndose de la siguiente forma:

Independencia: Alta independencia de los miembros de la familia.

Límites familiares: Límites externos abiertos, límites internos cerrados, generacionales rígidos.

Coaliciones: Coaliciones débiles, usualmente un chivo expiatorio.

Tiempo: Separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).

Espacio: Espacio separado entre ambos física y emocionalmente al máximo.

Amigos: Principalmente amigos individuales exclusivos, pocos amigos familiares.

Toma de decisiones: Fundamentalmente se toman decisiones individuales.

Intereses y Recreaciones: Básicamente las actividades son hechas sin involucrar a la familia.

En ambos puntajes su forma de *Comunicación es Negativa*, es decir (dobles mensajes, dobles vínculos y censuras), este tipo de comunicación minimiza la habilidad de una pareja o los miembros de una familia, para compartir sus sentimientos, y por eso restringe sus movimientos en estas dimensiones

Ahora bien de acuerdo con Oppenheimer K. y Frey Joseph (1993) los resultados de los datos en adaptabilidad concuerdan con los encontrados por ellos, es decir al comparar los estudios en ambos, la tipología familiar en *Adaptabilidad es Rígida*, es decir ellos refieren que sí hay estabilidad, pero no hay la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura, poder, roles y reglas, etc. Esto en relación a la respuesta de estrés que se produce por fuerzas circunstanciales debido al propio desarrollo de los miembros.

Las pautas de comportamiento rígidas difícilmente permiten la entrada o salida de comunicación que pudieran cambiar a una estructura familiar más flexible (Minuchin, 1994).

ADAPTABILIDAD Y COHESION IDEAL DE LOS PACIENTES

Con relación a la tipología de la *Adaptabilidad Ideal de los pacientes* más significativa que tenemos es del 26.7% de pacientes se encuentran dentro de la tipología *Caótico* y de forma global dentro del Modelo Circumplejo es término *medio*, significa lo siguiente:

Asertividad: Estilos pasivo y agresivo

Control: No existe líder

Disciplina: Laissez-Faire (permisiva), muy indulgente.

Negociación: Interminable, pobre resolución de problemas.

Roles: Cambios dramáticos de roles.

Reglas: Cambios de reglas dramáticos. Muchas reglas implícitas, pocas reglas explícitas. Las reglas son arbitrariamente impuestas.

Retroalimentación: Principalmente lazos positivos, pocos lazos negativos.

La tipología de *Cohesión Ideal de los pacientes* corresponde a lo *Conectado* y en la forma global del Modelo Circumplejo corresponde al término *Medio*, interpretándose de la siguiente manera:

Independencia: Moderada dependencia de los miembros de la familia.

Límites Familiares: Externos semi-abiertos; Límites internos abiertos; Límites generacionales claros.

Coalición: Marital fuerte.

Tiempo: El tiempo juntos es importante. El tiempo separado se permite por razones aprobadas.

Espacio: El espacio familiar es maximizado. El espacio privado es mínimo.

Amigos: Algunos amigos individuales, se programan actividades con amigos de la pareja y familia.

Toma de decisiones: Se comparten algunas decisiones individuales. La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia.

Intereses y Recreaciones: Se programan algunas actividades familiares. La familia se involucra en intereses individuales.

En este caso se puede suponer que la *Comunicación es Positiva-Negativa*, ya que tiende a movilizarse de forma intermedia en los términos de balanceado y extremo, provocando que se pase de la empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo, a una comunicación de dobles mensajes, dobles vínculos y censuras.

Comparando la tipología real con la ideal donde el resultado es extremo aquí vemos que hay una diferencia significativa parece que los pacientes desean un cambio en sus relaciones familiares, pero llama la atención la tipología caótica en donde se mantiene una pertenencia a su grupo, es decir parece difícil que exista una separación entre los integrantes. Quizá en esto se involucran otros factores importantes en la vida del hombre como son: la cultura, el aprendizaje, la religión o socialmente hablando, en donde el ser humano tiene que pertenecer a una familia y estar con ella, pues eso le da seguridad, pertenencia y estabilidad. Sin embargo, hay ocasiones que tiene la necesidad de separarse por motivos de trabajo, matrimonio, estudio, etc., la cual puede causar inestabilidad en sus relaciones por no tener la capacidad de enfrentar el cambio como ya se había mencionado.

ADAPTABILIDAD Y COHESION REAL DE LOS FAMILIARES

La tipología *Adaptabilidad Real de los familiares es Rígida* con un 43.3% y de forma global dentro del Modelo Circumplejo es *Extremo* y se describe de la siguiente manera:

Asertividad: Estilos pasivos y agresivos.

Control: Líder autoritario.

Disciplina: Autocrática, demasiado estrictas.

Negociación: Limitada; pobre solución de problemas.

Roles: Rigidez en los roles y roles estereotipados.

Reglas: Rigidez en las reglas, muchas reglas explícitas pocas reglas implícitas, las reglas estrictamente se cumplen.

Retroalimentación del sistema: Lazos principalmente negativos, pocos lazos positivos.

La tipología *Cohesión Real de los familiares* es *Desligada* y de forma global dentro del Modelo Circumplejo es *Extremo* y su descripción corresponde a:

Independencia: Alta independencia de los miembros de la familia.

Límites familiares: Límites externos abiertos, límites internos cerrados, generacionales rígidos.

Coaliciones: Coaliciones débiles, usualmente un chivo expiatorio.

Tiempo: Separado de la familia al máximo (física y/o emocionalmente).

Espacio: Espacio separado entre ambos física y emocionalmente al máximo.

Amigos: Principalmente amigos individuales exclusivos, pocos amigos familiares.

Toma de decisiones: Fundamentalmente se toman decisiones individuales.

Intereses y Recreaciones: Básicamente las actividades son hechas sin involucrar a la familia.

En ambos puntajes su forma de *Comunicación es Negativa*, es decir (dobles mensajes, dobles vínculos y censuras), este tipo de comunicación minimiza la habilidad de una pareja o los miembros de una familia, para compartir sus sentimientos, y por eso restringe sus movimientos en estas dimensiones.

En este punto tenemos que la rigidez en los familiares es una característica real, al ser el puntaje más elevado en adaptabilidad, es decir la familia tiene dificultad para cambiar su estructura de poder, roles y reglas relacionadas en respuesta al estrés situacional y/o evolutivo (desarrollo). Entendiéndose con esto que el paciente identificado tiene que enfrentarse a un sistema familiar rígido con falta de flexibilidad y elasticidad, en este caso hacia la enfermedad mental. En tanto que la cohesión es desligada, da la pauta para entender que hay desapego entre los miembros de la familia y contribuyendo así a una incomprensión hacia un paciente identificado, ya que no existe una actitud de entendimiento y apoyo entre todos, por la situación

actual que se presenta y de alguna forma viene afectar la flexibilidad de las interacciones entre sus miembros y la evaluación de su ciclo vital familiar.

ADAPTABILIDAD Y COHESION IDEAL DE LOS FAMILIARES.

La *Adaptabilidad Ideal de los familiares* es 20.0% corresponde a la tipología *Caótico* y la categoría de comunicación es *Extremo*, se describe de la siguiente forma:

Asertividad: Estilos pasivo y agresivo.

Control: No existe líder.

Disciplina: Laissez-Faire (permissiva), muy indulgente.

Negociación: Interminable, pobre resolución de problemas.

Roles: Cambios dramáticos de roles.

Reglas: Cambios de reglas dramáticos. Muchas reglas implícitas, pocas reglas explícitas. Las reglas son arbitrariamente impuestas.

Retroalimentación: Principalmente lazos positivos, pocos lazos negativos.

La *Cohesión Ideal de los familiares* más representativa corresponde a la tipología *Amalgamado* y de forma global dentro del Modelo Circumplejo es *Extremo*, interpretándose como:

Independencia: Alta dependencia de los miembros de la familia.

Límites familiares: Límites externos cerrados, límites internos difusos, límites generacionales difusos.

Coaliciones: padre - hijo.

Tiempo: El tiempo juntos es maximizado; se permite poco tiempo separado.

Espacio: Poco o ningún espacio privado en casa.

Amigos: Pocos amigos individuales, principalmente se ven al mismo tiempo a los amigos de la familia y la pareja.

Toma de decisiones: Todas las decisiones, personales y de relación se deben hacer junto con la familia.

Intereses y Recreaciones: La mayoría o todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.

En ambos puntajes su forma de *Comunicación es Negativa*, es decir (dobles mensajes, dobles vínculos y censuras), este tipo de comunicación minimiza la habilidad de una pareja o los miembros de una familia, para compartir sus sentimientos, y por eso restringe sus movimientos en estas dimensiones

Por último señalaremos que los familiares que se encuentran en el área de la rigidez-desligado, les gustaría encontrarse en una dinámica más relajada donde seguramente disminuye el estrés y la ansiedad, es decir se encontró que hay una mayor apertura al intercambio personal y social, y mayor claridad de lo que espera el paciente, que van al área rígida, caótico y amalgamada.

Por todo lo anterior, se concluye que los pacientes con puntajes que pudieran caer término medio en comparación con el resto del puntaje de la familia, es quizá lo esperado para todos. Sin embargo, no podemos saber cuales son esos factores que les ayudan a ellos a mantener sus relaciones más funcionales, con relación a la enfermedad del paciente, es decir se debe de entender que las familias tienen poca capacidad de enfrentar el cambio, y por otro lado, ante la enfermedad de uno de sus miembros la familia se rigidiza, promoviendo un ambiente poco flexible que exacerba las problemáticas.

Si bien es cierto, las relaciones familiares con los pacientes con trastorno de ataque de pánico no son funcionales porque de acuerdo al **FACES II** los puntajes más altos tienden a caer en término extremo o medio en cuanto a la consideración de la gravedad del problema. Lo que se esperaría para ser funcional es el manejo del término balanceado, lo cual le permitiría mejores relaciones entre sus miembros, los pacientes y familiares. Este aspecto concuerda con el estudio realizado por Jurado (2002) quien señala que los aspectos cualitativos encontrados en su investigación le permitieron concluir que las principales situaciones de vida que se asocian y actúan como disparadores de los ataques de pánico en su población fueron: Por ejemplo: "personas muy temerosas, evitativas, que tienen miedo a la muerte o de algún familiar, padecieron maltrato en la infancia y vivieron

angustia por un trato duro, y el rechazo del padre alcohólico; así también observó problemas de pareja, de relaciones interpersonales, dificultad para asumir la responsabilidad de ser cuidador de una persona con un problema crónico, incesto, estrés crónico, fuerte necesidad de afecto, perfeccionismo y abuso sexual. Además, durante la infancia o en la edad adulta se pueden vivir algunas experiencias negativas que contribuyan a la génesis del trastorno de pánico. Por un lado en la infancia tenemos los eventos de: sobreprotección, peleas en casa, duelo no superado, y asumir responsabilidades no propias para la edad, y en la edad adulta tenemos: Asalto, bloqueo del llanto (no poder llorar) problemas con familiares del cónyuge (odios), no poder manejar el enojo, experimentar frustración o resentimiento por metas truncadas o no haber podido iniciarlas, falta de información sobre sexualidad. Finalmente, este mismo autor señala otro generador de la aparición de los ataques de pánico son: asumir cargas emocionales fuertes y crónicas (por ejemplo, regalar a un hijo y no volverlo a ver, perder a un hijo en un accidente y sentirse culpables de su muerte)".

Esto nos da una referencia mayor de cuales son algunos aspectos emocionales de la vida del ser humano que pueden desencadenar de manera personal los ataques de pánico, y en comparación con los resultados obtenidos por las tipologías, tenemos que hay una relación entre algunos aspectos antes mencionados, ya que, nos da la pauta para entender que las relaciones familiares son disfuncionales y probablemente algunas de estas disfunciones estén estrechamente involucradas con las problemáticas planteadas por Jurado; y que pueden dar origen a los trastornos de pánico y en nuestro caso al posible mantenimiento y recaídas de la enfermedad.

3). En las correlaciones de la percepción del funcionamiento familiar con el nivel de ansiedad y variables y demográficas se interpreta lo siguiente:

- a) La Ansiedad-Rasgo se asocia a la Ansiedad-Estado, esto demuestra que existe una estrecha relación entre ambos tipos de ansiedad.

- b) Existen diferencias en las distintas correlaciones realizadas, es decir hay cambios en las percepciones tanto en pacientes como en los familiares.
- c) Se observa que mientras las familias tienen sus relaciones disfuncionales, más problemas se presentan en su Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación.
- d) Si la Adaptabilidad-Cohesión Real o Ideal es balanceada, las relaciones familiares tenderán a ser más sanas.
- e) En cuanto a los subsistemas, el parental percibe a su familia más disfuncional que el filial.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En este apartado se manifiestan algunas consideraciones respecto a la realización de este estudio.

No existe mucha información bibliográfica y de investigación con relación al tema, son pocos los estudios que se han hecho para tener un panorama más amplio sobre las relaciones entre pacientes con ataque se pánico y sus familiares.

Hubo dificultad al pedir a los participantes el apoyo para las aplicaciones de los instrumentos (*FACES II e IDARE*), ya que algunos de ellos se resistieron a participar por no tener tiempo, o por tratarse el tema de la familia, entre otras negativas.

La selección de la muestra y el reclutamiento se dificultó por las características propias y particulares de los criterios de exclusión, porque se tuvo que escoger de varios pacientes los que cumplieran con dichos requisitos, así como el tipo de tratamiento que estaban tomando y que no hubiera otro trastorno mental comórbido.

Con respecto al *IDARE* es un instrumento que fue estandarizado hace varios años por Díaz-Guerrero en 1975, sería recomendable hacer una nueva estandarización para detectar cambios o realizar modificaciones importantes que puedan ayudar en la utilización y mejoramiento del instrumento. Además de que éste es de los pocos tests que miden dos aspectos importantes de la ansiedad.

En cuanto a la estandarización del *FACES II* realizada por Braverman (1986) se manifestara una crítica constructiva por su investigación, ya que los puntajes estandarizados no corresponden con los puntajes obtenidos en este estudio, es decir al realizar las tipologías con los puntajes de Braverman y Olson se encontró: Que en el caso del paciente con No.14 dentro de las familias de estudio, que comparando la tipologías entre Braverman y Olson son:

Braverman

Olson

Adaptabilidad Real - Estructurado
 Cohesión Real - Conectado
 Adaptabilidad Ideal - Rígido
 Cohesión Ideal - Amalgamado

Adaptabilidad Real - Rígido
 Cohesión Real - Desligado
 Adaptabilidad Ideal - Estructurado
 Cohesión Ideal - Separada

Dando como referencia que las tipologías son completamente diferentes; hacer una comparación es importante, pues da la pauta para seguir investigando sobre la prueba de **FACES II**. Es decir, hay que seguir comparando los puntajes propuestos por Braverman con otras investigaciones, porque probablemente haya factores y variables que es importante considerar y analizar. Por lo que se concluye que en este trabajo es necesario manejar estos puntajes de estandarización con reserva.

Es necesario que en las próximas investigaciones del tema se contemplen otras variables (como entrevista semiestructurada, grado de estudios, estado civil, número de integrantes de la familia, entrevistar a todos los familiares de la familia nuclear, etc.) que pueden ser de gran importancia para tener una información más completa de cada participante de la investigación.

Con relación al Instituto Nacional de Psiquiatría se recomienda o se propone que como parte del tratamiento, se realicen pláticas informativas sobre la enfermedad del paciente, para no estar en desconocimiento de lo que sucede con su familiar y dentro de ello sugerir la importancia del apoyo de la familia durante el tratamiento de éstos, con la finalidad de ayudar al paciente en su tratamiento y prevenir subsecuentes crisis.

Así también, se sugiere realizar un estudio sobre la personalidad del paciente con ataque de pánico, para tener datos de cómo es su comportamiento, si hay algunos rasgos de personalidad característicos y propios de los pacientes que tienen esta enfermedad y tal vez esta estructura de personalidad también predisponga o contribuya con la presencia de los ataques de pánico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman, W. N. (1994). *Diagnóstico tratamiento de las relaciones familiares* (pp.35-47, 398-413). Buenos Aires: Paidós.
2. Ackerman W.N., Boomer, S.D., Check, E.F., Ferreira J.A., Goodich, W.D., Hill, R. et al, (1976). *Familia y Conflicto Mental* (pp.15-30, 57-87). Buenos Aires: Paidós.
3. Ackerman, W. N., Auerswald E.D., Cheeck, E.F., Elderkin, B.J., Bell, W.N., Curry, E. A., Flomenhaft, K. et al, (1976). *Grupo terapia de la familia* (pp.134-155, 200-211). Buenos Aires: Paidós.
4. Aguilar A. (1992) Un índice fisiológico de la angustia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 10, 99-109.
5. Andolfi, M. (1992). *Terapia Familiar* (pp.17-28, 74-86). Buenos Aires: Paidós.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. (5th Ed.). México: Chávez.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. (4ta. Edición). México: Pichot.
8. Ayuso-Gutierrez, J. L., Llorente, L. J., Ponce de León, C. & Ayuso-Mateos, J. L. (1993). HLA and Panic Disorder. *American Journal Psychiatry*. 150 (5), 838-839.
9. Ballas, Ch. (2002). *Trastorno de pánico. MEDLIN Eplus Enciclopedia Médica*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2003 (www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/encyarticle/000924.htm).1-3
10. Barrera, T. G. (2000). El perfil de la familia. *Revista Psicología*. Septiembre-Octubre 2000. México. 9-32.
11. Braverman, S. R. (1986). Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos. *Tesis Doctoral*. Universidad Nacional Autónoma de México.
12. Berenstein, I. (1987). *Familia y Enfermedad Mental* (pp. 23-90). Argentina: Paidós.
13. Berenstein, I. (1989). *Psicoanálisis de la Estructura Familiar* (pp.35-40). México. Paidós.

14. Berlanga, C. (1996) Evaluación clínica y tratamiento de los pacientes con trastorno de angustia. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (4), 52-57.
15. Berlanga C. & Sosa A. L. (1988) La validez diagnóstica de los trastornos de ansiedad generalizada y de las crisis de angustia. *Salud Mental*, 11 (3), 1-8.
16. Bertalanffy V. L. (1986). *Teoría general de los sistemas* (pp.25-89). México: Fondo de Cultura Económica.
17. Breton, S. (1986). *¿De qué tiene miedo?* (pp.15-39). Barcelona. Grijalbo.
18. Casco, M. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental. Una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 10(2), 41-53.
19. Castellini, R (1998). Los apuntes de la biología. *Revista Pan*. 3. Recuperado el 21 de Septiembre de 2003. (<http://villacan.com.ar/pan/Rev3/valter.htm>).
20. Castanedo de Alba, L. (2004). Padecen de ansiedad 15 millones de Mexicanos. *El Universalonline*. Recuperado el 29 de agosto de 2004. (www.el-universal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=2069438&tabla=notas).
21. Cooligan H. (1990). *Métodos de Investigación y Estadística en Psicología* (pp. 25-39,45-54-176-186, 296-304). México: Manual Moderno.
22. Cox, J.B., Endler, N. S., Swinson, P.R. & Norton G.R. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research Therapy*, 30(1), 67-69.
23. Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D.L. & Slymen, D. (1983). A Family Study of Panic Disorder. *Archive General Psychiatry*. 40. 1065-1069.
24. Cueli, J., De Aguilar L. R.; Martí, C., Lartigue & T. Machaca, P. (1990). *Teorías de la Personalidad* (pp. 485-494). México: Trillas.
25. Chapman, T. F., Mannuzza, S., Klein, F.D., and Fyer, J. (1994). Effects of informant mental disorder on psychiatric family history data. *American Journal Psychiatry*, 151(4), 574-579.
26. Downie N. M. & Heath R.W. (1973). *Métodos Estadísticos Aplicados* (pp. 100-157). México: HARLA.
27. De la Fuente, R. (1980). Angustia Normal y Angustia Patológica. *Salud Mental*, 3(4),13-18.
28. De la fuente, R. (2000). La familia. *Revista Psicología*. Septiembre-Octubre 2000.México. 2-14.

29. Faravelli, C. & Pollanti, S. (1989). Recent life events an panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 622-626.
30. Flores, J. L.(1991).Relación entre síntomas del paciente diagnosticado como esquizofrénico y la interacción con su grupo familiar desde el punto de vista de la teoría de la comunicación. *Tesis de Maestría*. Universidad Nacional Autónoma de México.
31. Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T. et al. (1970). *La Familia* (pp.45-68). España: Península.
32. Freud, S. (1973). *La Neurastenia y la Neurosis de Angustia*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (Trabajo original en 1895).
33. Guitart, P. M. (1991).La Estabilidad en la Pareja. *Tesis de maestría*. Universidad Nacional Autónoma de México.
34. Garske, J. (1988). *Psicoterapias Contemporáneas Modelos y Métodos* (pp.331-360). Barcelona: DDB.
35. Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de Terapia Familiar* (pp.16-18). México: Fondo de Cultura Económica.
36. Ibáñez, M. (1992). *Manual para la elaboración de una tesis*. México: Trillas.
37. Ilcyszyn G. R. & Gurí J.C. (2001). La mutación genética responsable de los ataques de pánico. *Psiquiatría*.16. Recuperado el 5 de julio del 2003. (www.healthing.com/psiquiatria/psiquiatria7.html).
38. Jurado C. S. (2002). Génesis, sintomatología y tratamiento del trastorno de pánico en población del D. F. *Tesis Doctoral*. Universidad Nacional Autónoma de México.
39. Kerlinger, F., Lee. B. H., Pineda, A. L., Mora, M. I., Diez, B.C., Badillo, B.G. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw Hill. 23, 35-54, 173-186, 296-304.
40. Kleinknecht, A. R. & Lee-McCaulay J. (1988). *Panic Disorder, Panic Attacks and Social Support Among Adolescents*. Presented at the 3rd World Congress on Behaviour Therapy, Edinburgh Scotland.
41. Klorman, E. (1988). *Las difíciles relaciones entre padres e hijos* (pp.11-39). México: Hermes.
42. Laing, R. D. & Esterson, A. (1967). *Cordura, locura y familia* (pp.35-78). México: Fondo de Cultura Económica.

43. Lane, F. (2000). El desorden de pánico en niños y adolescentes. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACPA)*. 50. Recuperado el 21 de Septiembre de 2003. (www.aacap.org/publications/apntsFam/FFF50.HTM).
44. Lara, M. C., Ontiveros, M., Berlanga, C. y De la Fuente, J. R. (1988). Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. *Salud Mental*. 11 (4), 7-11.
45. Majer, W., Lichtermann, J., Minges, J., Oehrein, A., (1993). A Controlled family Study in Panic Disorder. *Journal Psychiatry Research*. 27 (1). 79-87.
46. Markowitz, J.S. (1989) Quality of life in panic disorder. *Arch Gen psychiatry*. 46, 984-992.
47. Marks, I. M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales* (pp.23-27). México: Martínez-Roca.
48. Mathis, D. R. & Tanner, Z., (1991). Cohesion, Adaptability and Satisfaction of Family Systems in later life. *Family Therapy*. 18(1). 47-60.
49. Minuchin, S. & Fishman, Ch. H. (1993). *Técnicas de Terapia Familiar*. (pp.25-11). México. Paidós.
50. Minuchin, S. (1994). *Familias y Terapia Familiar* (pp. 19-78, 183-204). Barcelona, España: Gedisa.
51. Mora, J. J. (1991) Análisis de cohesión y adaptación familiar según el FACES II. Aplicado adolescentes. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional Autónoma de México.
52. Moreau, D. & Weissman, M. M. (1992). Panic disorder in children and adolescents: A Review. *American Journal Psychiatry*. 149(10).
53. Noyes, R. Jr., Clancy, J. and Woodman, C. (1993). Environmental Factors Related to the Outcome of Panic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 181 (9), 529-238.
54. Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Bruce, P., Coryell, A. W. (1990). Outcome of panic Disorder. *Archive General Psychiatry*. 47, 809-817.
55. Olson, D.H., Sprenkle, D.H. and Russell, C.S. (1979). "Circumplex Model of marital and family systems: I, Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications". *Family Process*, 18. 3-28.
56. Olson, D., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Muxen, J.M., Larsen, S.A., and Wilson, A. M. (1983). *Families: What makes them work?*. United States of America: Sage Publications.

57. Olson, D., Russell, C.S. and Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems. Theoretical Update. *Family Process*. 22, 69-83.
58. Oppenheimer K. & Frey J. (1993). Family Transitions and Developmental Processes in Panic-Disordered patients. *Family Process*. 32, 341-352.
59. Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10*. Madrid: Meditor. López.
60. Padilla R. M. (1994). Comparación en la Cohesión y Adaptabilidad Según el FACES II ante Familia con y sin Paciente. Psiquiátrico. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional Autónoma de México.
61. Panic Disorder. (1987). *Current Medical Topics*. (Editado por Upjohn) [folleto]. U.S.A.: Ballenger J. C.
62. Pinsof, M. W. (1992). Commentary: Culture and psychotherapy integration. *Family Process*. 31, 111-118.
63. Pujol, G.X., Estivill, X., Ribas, C., Corbella, J., Bulbena, A., Mas-Colell, A. (2001). Los científicos localizan el gen del pánico. *La vanguardia*. (lycos.es/igonzal/descubr-ans.html).
64. Ravagnan, L. M. (1981). *El origen de la angustia*. (pp.27-35). Argentina: Universitaria.
65. Rocha, J. L. M. (2001). *La Diversidad de la Familia Actual*, Conferencia presentada el 4 y 11 de noviembre en la Expo 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México. Palacio de Minería.
66. Rojas, E. (1998). *La ansiedad*. México (pp.10-55). México: Planeta Mexicana.
67. Rollo, M. (1968). *La angustia normal y patológica*. (pp.27-35). Buenos Aires: Paidós.
68. Rosendo, G. (1988). Tipología familiar y el maltrato al menor. *Tesis de Maestría*. Universidad de las Américas.
69. Russell, C.S. (1979). "Circumplex Model of marital and family systems: III empirical valuation with families". *Family Process*, 18, 29-45.
70. Sánchez-Sosa, J. J., Jurado, C. S. y Hernández, G. L. (1992). Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes: Análisis Etiológico de Predictores de Crianza y Interacción Familiar. *Revista Mexicana de Psicología*. 9(2), 101-116.

71. Simón, F. B., Sterlin, H. & Winne, L.C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. (pp. 24, 56-78, 106-108, 151-153, 201-202, 237-239, 351-353, 368-369, 403-406, 413-417). México: Gedisa.
72. Spielberger, & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad. Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
73. Soifer, R. (1979). *¿Para Qué la Familia?* (pp. 21-23). Buenos Aires: Kapelusk.
74. Trastorno de pánico. *Guía informativa para enfermos y amigos*. (Editado por Laboratorios Roche) [folleto]. México: Colin.
75. Tellez, V. J. E. (1995). Trastorno de pánico y embarazo. *Psiquis*. México. 4(2), 20-25.
76. Tyrer, P. (1989). *Clasificación de las Neurosis* (pp.19-40). Madrid: Díaz de Santos.
77. Vaughn, C. E. & Lef, P. J. (1976). The Influence of Family and Social Factor's on the Course of Psychiatric Illness. *British Journal Psychiatry*. 129, 125-137.
78. Warren, H. C. (1987). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica. 336-337.
79. Watzlawick, P., Beavin, B. J. y Jacson, D.D. (1986). *Teoría de la Comunicación Humana* (pp.41-79). Barcelona: Herder.
80. Weissman, M. M. (1993). Family Genetic Studies of Panic y Disorder. *Journal Psychiatry Research*. 27(1), 69-78.
81. Weissman, M. M. (1991). Panic Disorder Impact on Quality of Life. *Journal Clinical Psychiatry*. 52(2). 6-8.

APENDICES

ANEXO A

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Nasalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento ansioso	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento agitado	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

IDARE Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	☐	☐	☐	☐
22. Me canso rápidamente	☐	☐	☐	☐
23. Siento ganas de llorar	☐	☐	☐	☐
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	☐	☐	☐	☐
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	☐	☐	☐	☐
26. Me siento descansado	☐	☐	☐	☐
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	☐	☐	☐	☐
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	☐	☐	☐	☐
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	☐	☐	☐	☐
30. Soy feliz	☐	☐	☐	☐
31. Tomo las cosas muy a pecho	☐	☐	☐	☐
32. Me falta confianza en mí mismo	☐	☐	☐	☐
33. Me siento seguro	☐	☐	☐	☐
34. Trato de sacar el cuerpo a las crisis y dificultades	☐	☐	☐	☐
35. Me siento melancólico	☐	☐	☐	☐
36. Me siento satisfecho	☐	☐	☐	☐
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	☐	☐	☐	☐
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	☐	☐	☐	☐
39. Soy una persona estable	☐	☐	☐	☐
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	☐	☐	☐	☐

EMPRESA
DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
Y SOCIALES

ANEXO B

CUESTIONARIO FACES II

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes 30 preguntas en ambos paréntesis, en la primera columna trate de describir, cómo es su ambiente familiar (familia real) y en la segunda columna como le gustaría que fuera su ambiente familiar (familia ideal). Conteste la primera columna y al terminar realice la segunda. Para ello utilizaremos la siguiente escala:

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

	I REAL	II IDEAL
1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.	()	()
2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	()	()
3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con otros miembros de la familia.	()	()
4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.	()	()
5.- Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto.	()	()
6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.	()	()
7.- Nuestra familia acostumbra a hacer actividades en conjunto.	()	()
8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.	()	()
9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.	()	()
10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.	()	()
11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.	()	()
12.- Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	()	()
13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tiene que tomar.	()	()
14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren.	()	()
15.- Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades.	()	()

- | | |
|--|---------|
| 16.- Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños. | () () |
| 17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. | () () |
| 18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. | () () |
| 19.- Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia. | () () |
| 20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas. | () () |
| 21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer. | () () |
| 22.- En nuestra familia todos compartimos responsabilidades. | () () |
| 23.- Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia. | () () |
| 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia. | () () |
| 25.- Los miembros de la familia se evitan unos con otros cuando están en casa. | () () |
| 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. | () () |
| 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien. | () () |
| 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos. | () () |
| 29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. | () () |
| 30.- Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros. | () () |

Gracias por su colaboración.

ANEXO C

Descripción de las Variables y Valores que se utilizaron para la realización de la base de datos:

No. de folio.

De 1 a 90 participantes.

No. de familia

De 1 a 30.

Posición dentro de la familia.

1 = Filial. (Padres e hijos).

2 = Parental. (Otro integrante).

Paciente Identificado.

Paciente = 1.

Familiar = 2.

Sexo

Masculino = 0

Femenino = 1

Puntajes Modelo Circumplejo

ADAPTAREAL.-Puntaje de adaptación real.

ADAPIDEAL.-Puntaje de adaptación ideal.

COHEREAL.- Cohesión real.

COHEIDEAL.-Cohesión ideal.

Puntajes del IDARE.

Ansiedad-Rasgo.

Ansiedad-Estado.

Clasificación de acuerdo grado del Modelo Circumplejo.

CIRCUNR.- Tipología con el Modelo Circumplejo Real.

CIRCUNI .- Tipología con el Modelo Circumplejo Ideal

Tipología global.

1.- Balanceado

2.- Medio

3.- Extremo