

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UN GRUPO
DE FAMILIAS CON NIÑOS O ADOLESCENTES CON
VITÍLIGO”

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta

LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ CALVA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

REVISORA DE TESIS: LIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA

CIUDAD UNIVERSITARIA 2012



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.

“Todo sucede como si algo estuviera escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma”

“Para gozar es preciso un cuerpo”

“En el organismo, todo órgano se presenta siempre con una gran multiplicidad de funciones... Estas funciones del ojo no agotan el carácter del órgano tal como surge en el diván, determinando deberes, como corresponde a todo órgano...”

Jacques Lacan

Todo lo que termina comienza.....

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

A Blanca Elena Mancilla Gómez, excelente maestra, por su paciencia y guía a lo largo de la carrera y en el final de esta.

A Araceli Mendoza Ibarrola por su amistad y guía en mi formación profesional y en la revisión de esta tesis.

A Marco Antonio Olavarría Vega excelente psicólogo, maestro y amigo, quien colaboró en la elaboración del proyecto de tesis y obtención de la muestra.

A todos los pacientes del Instituto Nacional de Pediatría por su valiosa colaboración

A mi padre por su guía...

A mi madre por su inagotable amor y dedicación hacia nuestra familia...

Porque gracias a ellos soy lo que soy, porque me enseñaron a luchar en la vida, a amarla, y a no dejarme derrotar.

A Paty por estar siempre conmigo en los momentos difíciles y de alegría.

A Alfredo por su amor y protección.

A mi mamá Nina por su cuidado y amor. Porque siempre vivirá en mi corazón.

A mi abuelita Lala que vive en todos nosotros.

A Liz por su inmenso amor y paciencia.

A Hitler, Candy, Grizzly, Kodiak, Dolly, Kira y Elka Por ser más que humanos... y por ser mis lazarillos en la vida....

A todos y cada uno de los maestros de la Facultad de Psicología por haberme inculcado el amor y respeto por la psicología, porque gracias a ellos aprendí de su experiencia, entrega y dedicación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México Alma Mater de grandes hombres y mujeres de nuestro país, por haberme permitido empaparme con un poco de su conocimiento y sentirme orgullosamente universitario...

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I LA PIEL Y EL VITILIGO	
1.1. La piel y sus Características	4
1.2. Estructura y Función de la Piel	5
1.3. La pigmentación de la Piel	5
1.4. Vitiligo	7
1.5. Teorías acerca del Vitiligo	8
1.6. Tratamiento del Vitiligo	11
CAPITULO II LA FAMILIA COMO UN SISTEMA	
2.1 La Teoría General de los Sistemas	13
2.2. La Familia. Definición y Principales Funciones	15
2.3. La Teoría Estructural	17
2.4. Tipos de Familia	22
2.5. Ciclo Vital	23
2.6. Familias Psicósomáticas	26
2.7. La adaptación Familiar	29
2.8. Concepto de Familia Funcional y Disfuncional	30
2.9 Teoría de la Comunicación Humana	31

CAPITULO III
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

3.1. Medicina Psicosomática	38
3.2. Psicosomática y Piel	49
3.3. Trastornos Psicosomáticos en la Niñez y la Adolescencia	52

CAPITULO VI

Metodología	54
-------------	----

CAPITULO V

Resultados y Análisis de Datos

5.1. Datos Sociodemográficos	59
5.2. Descripción de la Muestra	71
5.3. Interpretación de Resultados	91

CAPITULO VI

Conclusiones y Discusión	93
Limitaciones y Sugerencias	95
Bibliografía	96

RESUMEN:

El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio descriptivo sobre el nivel de funcionamiento familiar en 30 familias en las cuales, un integrante niño o adolescente, presentaban vitíligo, dicha muestra fue tomada de pacientes que acudían a consulta externa del Departamento de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría. Se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Espejel y col. (1997). Este instrumento explora las siguientes áreas: autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. Se observó que el 83% de las familias con un integrante con vitíligo, son disfuncionales en las subescalas de autoridad, control, supervisión, afecto, conducta disruptiva y comunicación. Así como en las subescalas de apoyo y recursos son funcionales en más del 50% y en el caso del afecto negativo la tendencia fue de 50% funcional y 50% disfuncional a nivel general.

INTRODUCCIÓN:

La influencia que tiene la familia en el desarrollo infantil ha sido reconocida por diversos autores como Ackerman (1998), Ajuriaguerra (1975), Minuchin (1995) los cuales convergen en puntualizar la importancia de la familia, debido a que no solo cumple una función biológica, sino que proporciona afecto y sentimientos de pertenencia, garantiza su desarrollo emocional y guía en la enseñanza de ideas, valores y costumbres de la sociedad en la que se desenvuelve.

Fitzpatrick (2001) define al vitíligo como una alteración melanocitopénica adquirida, con predisposición genética, caracterizada por manchas acrómicas, bien limitadas, que puede cursar con alteraciones oculares, con presencia de autoanticuerpos y una elevada incidencia de asociación con enfermedades de origen autoinmune, como tiroiditis y diabetes mellitus.

Este padecimiento afecta aproximadamente del 1% al 4% de la población mundial. Su frecuencia de aparición puede ser bastante constante entre diversas razas y grupos étnicos. En México, Saúl (2001) menciona que el vitíligo ocupa entre el 3° y 5° lugar entre todas las dermatosis, con un 3 a 5% del total. En el Centro Dermatológico Pascua, se encuentra dentro de las 10 dermatosis más frecuentes. Afecta a todas las razas, con predominio en la raza negra; en cuanto al género se presenta por igual en hombres y mujeres, aunque algunos autores señalan leve predominio en el sexo femenino, lo cual se podría explicar, si se considera que es un padecimiento más estético que sintomático, ante esto, la mujer acude con mayor frecuencia a la consulta. En general, se considera como una dermatosis de la población joven; se ha reportado desde el nacimiento hasta los 81 años, con predominio entre los 10 y 30 años; el 50% de los enfermos inician antes de la segunda década. En la literatura científica actual, la mayoría de las investigaciones están dirigidas hacia la búsqueda de una etiología del padecimiento sin haber logrado conclusiones convencionales, soslayando la influencia multifactorial. Es así que el presente estudio tomó el factor familia y desde un punto de vista sistémico se da a conocer el nivel de funcionamiento familiar de las familias de niños o adolescentes que presentan vitíligo. El conocer cuáles han sido las áreas significativamente disfuncionales nos permitirá diseñar estrategias terapéuticas más acordes a las necesidades de las familias de niños o adolescentes que tiene vitíligo.

Por otro lado es importante destacar que el vitíligo no aparece al nacimiento y es raro antes de los dos años de edad. Según Esterin (1986) en algunos pacientes la lesión inicial está en relación con un traumatismo, quemadura solar, zona de presión de la ropa sobre la piel o situación emocional. Por lo anterior también se toma en cuenta el factor piel como una expresión de las emociones. Zaidens, citado por Goralí V. (1995) puntualiza que la piel es un órgano con numerosas e importantes funciones, se relaciona íntimamente con el sistema nervioso central, debido a su común origen ectodérmico. Por ser el órgano final de numerosos caminos nerviosos, la piel refleja emociones y el estado psicológico del individuo.

En el presente trabajo se aborda a la familia con base en la teoría general de los sistemas desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy, misma que es retomada por Salvador Minuchin para desarrollar el enfoque estructural que es su aportación al estudio de la familia.

El modelo que propone la teoría general de los sistemas es el de la familia como un sistema dinámico constituido por el conjunto de sus miembros cada uno en interacción con los demás. Esto significa que la conducta de los individuos está moldeada por la naturaleza de las relaciones que tiene con los demás miembros. Se asume que la conducta familiar no es sólo la suma de conductas individuales, sino el producto de su organización y de las interacciones de sus componentes, de la Fuente (1994).

Desde el punto de vista metodológico se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar a través de la cual se obtuvo el perfil de funcionamiento familiar para determinar su nivel de funcionamiento.

El análisis estadístico de los datos se realizó por medio de la estadística descriptiva para las variables de sexo, edad, escolaridad, etc., así como el resultado de la funcionalidad familiar y se contrastaron las diferencias de cada una de las variables para observar su funcionalidad o disfuncionalidad.

CAPITULO I

LA PIEL Y EL VITÍLIGO

1.1 La Piel y sus características.

La piel, es la cubierta exterior que recubre todo el cuerpo, no es una simple envoltura inerte, es un órgano complejo dinámico con varios tipos de células y estructuras especializadas que realizan múltiples acciones importantes para la salud y la supervivencia de todo el organismo. Como características sobresalientes destacan: es lisa, continua, resistente, flexible, elástica, extensible, tersa, turgente y húmeda, estas características varían de una persona a otra y aun en la misma persona en las diversas áreas del cuerpo. Se puede decir que la piel tiene dos caras, la externa que se expone al medio ambiente y la interna que está íntimamente unida al organismo, al medio interno, está de tal modo sujeta a agresiones, tanto del medio externo como del interno. Para darse cuenta de lo complejo que es el órgano cutáneo bastan los siguientes datos: un cm² de piel posee 5 folículos pilosos, 15 glándulas sebáceas, 100 sudoríparas, 4 m de nervios y 1 m de vasos, 5000 organélos sensitivos y 6 millones de células. Las variaciones de la piel normal se pueden observar en cuanto al grosor, color, textura y aspecto según los individuos y la región del cuerpo. Por ejemplo, existen diferencias en el grosor de la epidermis o dermis en ciertas regiones. La capa superficial de la epidermis córneo es muy gruesa en las palmas de las manos y plantas de los pies, el grosor total de la dermis es mayor sobre las porciones dorsales del cuerpo en comparación con las regiones como el escroto donde existe una epidermis muy delgada. La flexibilidad y elasticidad de la piel también varían de una región a otra. Por ejemplo, la piel sobre articulaciones (codos y rodillas) es flexible y movable en tanto que la situada sobre los dedos y el cuero cabelludo se encuentra más unida y es menos movable. La piel es uno de los órganos más grandes y versátiles, ésta estructura proporciona diversas funciones únicas como: proteger a las células más profundas del ambiente como la desecación, invasión microbiana, micótica y parasitaria, o de efectos dañinos de la luz ultravioleta, regula y ayuda a conservar la temperatura corporal, procesa sustancias antígenas que se le presentan y proporciona un adorno cosmético como un órgano con estructuras queratinizadas especializadas -pelo y uñas- que también tienen una función protectora, sirve como órgano neuroreceptor en el control

de diversos estímulos ambientales que lo hace de vital importancia pues interactúa con el medio ambiente registrando sensaciones, como el dolor, prurito, vibración, calor y frío.

1.2 Estructura y Función de la Piel.

Según Domonkos (1984) la piel se compone de tres capas: epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo o panículo adiposo. La epidermis que es la capa más externa, está directamente en contacto con el medio ambiente. Está constituida por una estructura ordenada de células denominadas queratinocitos, cuya misión básica es sintetizar la queratina, una proteína filamentosa que cumple una función protectora.

La dermis es la capa intermedia, su principal componente es una proteína estructural fibrosa llamada colágeno, este se encuentra en tendones, ligamentos y en el revestimiento de los huesos. La capa más interna de la piel, el tejido celular subcutáneo o panículo adiposo, está compuesto por lóbulos de adipositos o células grasas.

Orkin y col. (1994) puntualizan que la piel es un órgano complejo y dinámico con muchos tipos de células y estructuras especializadas que tienen múltiples acciones cruciales para la salud y la supervivencia.

Es uno de los órganos más grandes y versátiles y proporciona diversas funciones únicas:

- Protege a las células más profundas del ambiente
- Regula y ayuda a conservar la temperatura corporal
- Sirve como un órgano neuroreceptor
- Procesa sustancias antígenas que se le presentan
- Proporciona un adorno cosmético como un órgano con estructuras queratinizantes especializadas –pelo y uñas- que también tienen una función protectora.

1.3. La Pigmentación de la Piel.

El principal pigmento que determina el color de la piel es la melanina. Los factores más importantes en la determinación del color y matiz de la pigmentación cutánea son la química, cantidad, carácter, agregación y distribución de la melanina. Otros tres pigmentos que contribuyen al color normal de la piel son la hemoglobina oxigenada, la

reducida y los carotenoides. La diversidad de colores otorgados por la composición de estos pigmentos en piel, pelo y ojos es notable. El color de la piel puede variar de blanco espectral a negro parduzco oscuro. El color del pelo puede ser blanco, gris, rubio, pardo, claro u oscuro, negro o rojo. Los ojos pueden tener cualquier matiz desde el azul cielo hasta el negro azabache. El melanocito es la célula productora de pigmento de la epidermis, en el hombre el pigmento en la piel y el pelo proporciona una protección en contra de efectos dañinos de la luz solar; en algunas especies inferiores, el pigmento puede otorgar protección de camuflaje contra predadores o actuar para atraer a sus compañeros sexuales. Los individuos que carecen de pigmento como los albinos son sensibles a la luz solar, se queman con facilidad y están propensos a desarrollar cánceres a temprana edad. Parece probable que una función primaria de los melanocitos sea la eliminación de radicales libres formados en la piel durante diversos trastornos inflamatorios. Grandes cantidades de melanina indican un mecanismo protector eficiente y eficaz para la eliminación de los efectos perjudiciales de muchas toxinas químicas y físicas.

La densidad de población de células epidérmicas de pigmento varía de manera importante de una región del cuerpo a otra. La piel de los genitales tiene la densidad más elevada de melanocitos, la del tronco tiene la cantidad más baja, pero la cifra de células por unidad de área es similar para las personas de todas las razas esto quiere decir que, el color de la piel no depende del número de células de pigmento sino más bien de la cantidad de melanina formada. El número de melanocitos epidérmicos comienza a disminuir a los 40 años. Clínicamente, esta pérdida de células epidérmicas de pigmento se manifiesta por una tez más clara que se observa en forma típica en personas sanas de edad avanzada. Orkin y col. (1994)

Clasificación de tipos de piel

La clasificación de Fitzpatrick, (2006) divide los tipos de piel en base a su facilidad para quemarse y broncearse, en 6 tipos:

TIPO I Piel Blanca que se quema con facilidad y no se broncea.

TIPO II Piel Blanca que se quema con facilidad y se

	broncea mínimamente.
TIPO III	Piel ligeramente Morena que se quema moderadamente y se broncea gradualmente.
TIPO IV	Piel Morena que se quema mínimamente y se broncea bien.
TIPO V	Piel muy Morena que difícilmente se quema y se broncea intensamente.
TIPO VI	Piel Negra que no se quema y de profunda pigmentación.

1.4. Vitíligo:

Origen del término.

A lo largo de la historia, el vitíligo ha recibido diversos nombres, sin embargo se considera que es Aulo Cornelio Celso (53 A.C.-7 D.C.) es quien acuña el término con el que se conoce en la actualidad, el cual proviene del latín "*vitilus*" que significa ternera, descripción analógica con el aspecto de los pacientes. Mosher, (1999) refiere que el nombre efectivamente se origina de una palabra del latín pero corresponde a "*vitium*", cuyo significado es mancha, el sufijo "ligo" es muy común su uso en Latín y significa "unir, atar, causar" vendría significando la palabra Vitíligo "lo que causa una marca".

El vitíligo es una enfermedad idiopática caracterizada por la despigmentación cutánea de algunas áreas del cuerpo. Afectando aproximadamente del 1% al 4% de la población mundial. Aparece equitativamente en varios grupos étnicos y raciales. Es más evidente su aparición en grupos de piel más oscura en comparación con individuos de raza blanca debido a que al comenzar la despigmentación el contraste con la piel es más fácil de percibir. Los pacientes con vitíligo, nacen con piel normal y color en el cabello, desarrollando en años posteriores de la vida manchas blancas que son causadas por la destrucción de células epidérmicas de pigmento. Las manchas son de diversos tamaños pueden tener diversas configuraciones, y situarse simétricamente; la piel despigmentada es normal en todos los otros aspectos. Sin que se conozca con exactitud las causas o mecanismo que la generan.

1.5 Teorías acerca del Vitíligo:

En la actualidad dos hipótesis son las más aceptadas para explicar la fisiopatología del vitíligo: la inmunológica y la neurotóxica. La hipótesis inmunológica postula la existencia de anticuerpos antimelanocitos que destruirían las células productoras de melanina. La hipótesis neurotóxica postula la existencia de sustancias que destruirían las terminaciones nerviosas cutáneas y tendrían un efecto tóxico sobre el melanocito. Esta hipótesis es aplicable a los casos de vitíligo con distribución segmentada. El estrés emocional que en ocasiones se menciona como antecedente en algunos casos de vitíligo podría estar relacionado con el efecto neurotóxico.

Se piensa que el vitíligo es el resultado de la interacción de la genética, el ambiente y factores inmunológicos, que contribuyen a la destrucción de los melanocitos de la piel.

Para la Academia Americana de Dermatología, el vitíligo es resultado de la desaparición de los melanocitos de la piel, y actualmente se desconoce que lo produce.

En la actualidad se sostienen cuatro teorías para explicar su génesis:

- Una sostiene que existe un funcionamiento anormal de ciertas células nerviosas que generarían sustancias tóxicas que dañan a los melanocitos.
- Otra es que el sistema inmunológico del organismo destruiría los melanocitos. Los investigadores piensan que la pigmentación sería destruida por las respuestas del organismo a sustancias que son percibidas como extrañas.
- Las células que producen la pigmentación se autodestruirían. Mientras el pigmento se forma, ciertos productos tóxicos implicados en el proceso podrían ocasionar la destrucción de los melanocitos.
- Existiría un defecto de raíz genética que haría susceptible a los melanocitos a sufrir injurias. Refiriéndose a que el cuerpo desconoce sus propias células
- Una teoría que aún no ha sido demostrado afirma que estos sucesos emocionales desencadenarían una producción de anticuerpos contra los melanocitos -células ubicadas en la capa más profunda de la piel que son las encargadas de producir la melanina, sustancia que pigmenta la piel-, los que serían destruidos con el consecuente blanquecimiento de ciertas zonas.

Grimes y Kelly (1986) precisan que el surgimiento del vitíligo durante la infancia puede ser asociado a un trauma psicológico extremo y puntualizan que cuando la

enfermedad empieza durante la niñez temprana puede tener un efecto negativo profundo o duradero en la autoestima, pues a pesar de que la enfermedad es considerada médicamente benigna puede ser psicológicamente maligna su aparición, especialmente en niños y asocian enfermedades como la dermatitis atópica, asma, desordenes de la tiroides, alopecia areata y diabetes con la aparición del vitíligo.

Ruiz Maldonado (1980) relaciona la lesión inicial en el vitíligo, en algunos pacientes, con un traumatismo, quemadura solar, zona de presión de la ropa sobre la piel o situación emocional.

López González (2000) menciona que las investigaciones que abordan la relación entre el vitíligo y el estrés han arrojado que en más de un 50% de los enfermos, e incluso en un 70% aparece la enfermedad luego de la ocurrencia de eventos estresantes (en un periodo no mayor de 1 año), evaluados por las personas como relevantes para su bienestar.

Entre los principales estresantes se hallan, en los niños: el divorcio de los padres, en los adultos los conflictos de la pareja, problemas en el trabajo, conflictos familiares, la muerte de personas queridas, la separación de algún miembro de la familia por razones de trabajo, estudios o casamiento, la enfermedad de algún familiar cercano, sobrecarga con los estudios, etc. Resulta interesante además, que quienes reportan haber tenido eventos significativos vinculados al desencadenamiento del vitíligo se perciben más estresados; es decir que sus vidas las consideran más impredecibles, descontroladas y sobrecargadas, que aquellos que no refieren haber tenido tales acontecimientos.

Por otra parte Jean y Nordlund (1986) resaltan la importancia en el plano psicológico debido a que el paciente y la familia frecuentemente tienen una gran cantidad de preguntas acerca del vitíligo, incluyendo las causas, el tratamiento y la posibilidad de que otros niños se contagien, consideran también que en ciertas ocasiones se relaciona al vitíligo con el cáncer por lo que es importante proveer un soporte emocional para el paciente debido a que sufre un cambio radical en cuanto al aspecto de su piel, por otra parte observan que el vitíligo interfiere en las relaciones que el paciente establece en la escuela, con la familia, con sus amigos o con extraños y que las dificultades previas en las relaciones interpersonales frecuentemente se magnifican cuando se presenta desfiguración crónica de la piel.

Además de lo anterior Morales M. L. (1980) menciona que un factor importante a considerar es el estado emocional del paciente, que aunque no es la causa de la enfermedad, contribuye de una manera indirecta, ya que se ha observado en estos pacientes, que cuando son sometidos a estrés o a un ambiente de soledad, puede existir aumento en la secreción de cortisol y por lo tanto causar alteraciones en la inmunocompetencia.

Clasificación del tipo de Vitíligo de la “Escuela Mexicana de Dermatología”.

Localizado: Afecta un segmento corporal

Diseminado: Afecta dos o más segmentos, pero menos del 75% de superficie corporal

Generalizado: Afecta más del 75% del tegumento cutáneo

Clasificación de Fitzpatrick (2006)

Localizado

a) Focal: Presenta una o más manchas en una sola área, pero no con distribución metamérica.

b) Segmentario: Una o más manchas, que siguen una distribución metamérica

Generalizado

a) Acrofacial: Afecta cara y extremidades, cuando predomina en labios y dedos le denominan síndrome “Lip-tip”

b) Vulgar: Manchas diseminadas con distribución simétrica o asimétrica

c) Universal: Afecta toda la superficie corporal

Mixto

Puede ser segmentario, vulgar y/o acrofacial

Vitíligo infantil

Debido a la evolución que presenta el vitíligo en la población infantil afectada, se debe considerar como una variante con características propias, ya que en general la asociación con enfermedades autoinmunes es nula o mínima, lo que favorece un mejor pronóstico. En este grupo etario, la variedad clínica predominante es la segmentaria.

Al considerar los varios tipos de vitíligo basado en la distribución de lesiones en la piel, se encuentra que en niños tienden a incrementar la prevalencia en vitíligo segmental comparado con los adultos. La cara y el tronco son los más afectados comúnmente.

Vitíligo y enfermedades asociadas

Si se considera que el vitíligo se puede asociar a enfermedades autoinmunes hasta en un 20 a 30% de los casos y la coexistencia con enfermedades endocrinas en el 50% de los enfermos, se le acepta actualmente como un marcador de enfermedades sistémicas, sobre todo cuando se inicia después de los 40 años de edad, con un curso rápidamente progresivo.

1.6 Tratamiento del vitíligo:

Debido a que se desconoce la causa del vitíligo, no existe un tratamiento específico o que se considere eficaz en todos los casos, sin embargo, para elegir alguna modalidad terapéutica, debe considerarse varios factores como: edad, topografía, extensión de la dermatosis y tiempo de evolución, sin pasar por alto los efectos secundarios del tratamiento a nivel local o sistémico y desde luego el costo-beneficio, ya que en muchos casos, este último factor imposibilita el empleo de algunas terapias por su poca accesibilidad económica. El tratamiento puede ser tópico, sistémico, combinado, quirúrgico y cosmético o de camuflaje, con el objeto de repigmentar o despigmentar, es importante considerar en algunos casos el empleo de psicoterapia de apoyo

El tratamiento cosmético o de camuflaje, consiste en la aplicación de maquillajes de larga duración y alta adherencia, que permitan practicar incluso deportes acuáticos.

Despigmentación

Para aquellos pacientes que no han respondido a los diversos tratamientos, que tienen mucho tiempo de evolución y amplia superficie corporal afectada, una alternativa puede ser la despigmentación total en fases o bien sólo de algunas áreas, el agente de elección para estos enfermos es el éter monobencílico de hidroquinona (EMH) en concentraciones del 20 al 30%, para su empleo existen criterios de selección: *a) Absolutos*, para quienes acepten lo irreversible del tratamiento y el uso por tiempo indefinido de fotoprotectores y *b) Relativos*, para enfermos mayores de 40 años de

edad, con superficie afectada mayor del 40% y fototipos I y II. Es importante señalar que las concentraciones de EMH, para lograr un efecto despigmentante son muy irritantes, efecto que se debe advertir a los pacientes.

CAPITULO II

LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

2.1 La Teoría General de los Sistemas.

Hoy en día el conceptualizar las diversas áreas de estudio científico y social en términos de sistemas, juega un papel preponderante para el desarrollo y explicación de éstas, debido a que la teoría general de los sistemas surge de diversos estudios en diversas áreas científicas como una manera de modificar la forma de comprender las mismas no de una manera aislada o individual sino vista desde una perspectiva como un organismo.

La perspectiva del científico Ludwig Von Bertalanffy (1971) propone no solo el estudio fragmentado o de procesos aislados, sino también el incluir la resolución de los problemas decisivos encontrados en la organización y el orden que los une como un resultado de la interacción dinámica de partes y que hacen el diverso comportamiento de cuando se estudian aisladas o dentro del todo, cuya formulación y derivación son principios válidos para los sistemas en general sea cual fuera la naturaleza de sus elementos que lo componen y las relaciones o fuerzas reinantes entre ellos.

Propone la existencia de los sistemas cerrados los cuales define como un complejo de elementos interactuantes cuyas características principales son que se consideran aislados del medio circundante y los sistemas abiertos que son aquellos que intercambia material con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales, sin alcanzar, mientras dure su ciclo de vida un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado uniforme.

Bertalanffy (1971) explica que un organismo vivo es ante todo un sistema abierto, ya que está en constante contacto e intercambio con el ambiente, constituyendo y construyendo partes, las propiedades de estos sistemas son:

- No sumatividad, refiere que las características constitutivas del sistema no son explicables a partir de las características de sus elementos. “El todo es más que la suma de sus partes”

- Estado uniforme, existen eventos tanto internos como externos que provocan reacciones en el sistema, sin embargo, siempre tiende al equilibrio dinámico, o sea, a un estado uniforme.
- Equifinidad que significa que se alcanza el mismo resultado final a partir de condiciones iniciales diferentes.
- Los sistemas vivos tienden a pasar de un estado de orden inferior a uno de orden superior; evolucionando hacia la diferenciación y organización creciente.
- Retroalimentación, la cual consiste en un proceso circular, en el cual, parte de la salida es remitida de nuevo como información sobre el resultado preliminar de la respuesta, permitiendo así que el sistema se autorregule, ya sea para mantener una variable o emprender el camino hacia una meta deseada.

Como todo organismo humano, la familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Por lo tanto, vale también para ella todo lo que dijo Von Bertalanfy (1993) a propósito del organismo activo: "El estímulo (por ejemplo, un cambio en las condiciones externas) no causa un proceso en un sistema que de otra manera sería inherente: solo modifica procesos en un sistema autónomamente activo" Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios dentro de la familia o llamados intersistémicos: como el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etcétera o provenga del exterior (cambios intrasistémicos) mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios profundos en el plano de los valores, etcétera, vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirán proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, de consentir el crecimiento de sus miembros, por otro (Andolfi 1994). Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. (Sánchez y Gutiérrez 2000)

2.2 La Familia. Definición y Principales Funciones.

Una familia “es un grupo en marcha, sujeta a cambiantes influencias externas, con una historia y un futuro compartidos, con etapas de desarrollo y pautas habituales entre sus miembros” (Haley, 1980).

“La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse; esas pautas apuntalan el sistema. Su organización y estructura, tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia” (Minuchin 1989)

“La familia es la célula de la sociedad. Es una unidad de relaciones humanas que dependen de miles de influencias externas y que se relacionan prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana.” Leñero (1977)

“La familia es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí, de la más profunda naturaleza” (Estrada 1984)

Ackerman (1974) afirma que la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Algunas formas de familia se han estructurado visiblemente como una unidad económica y ligado poco a su matriz biológica. Familia no siempre ha significado padre, madre e hijo. A veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa, compuesta de todos los que vivían bajo un mismo techo o que se sometían a la autoridad de una misma cabeza suprema - un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social.-

Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación.

Cuando se caracteriza a la familia como un organismo, se atribuye a esta las cualidades de proceso viviente y unidad funcional, se sugiere que la familia tiene una historia natural propia de su vida, un periodo de germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y la crisis, una lenta declinación y finalmente, la disolución de la familia vieja en la nueva. La familia de cada generación

nace, vive y muere, y -como el individuo- logra una especie de inmortalidad en sus descendientes: en cada generación, la configuración de la familia sufre cambios importantes con cada etapa de transición: tiene una clase de estructura en el periodo de parto, otra cuando el hijo entra en la pubertad y los padres en la madurez y aun otra cuando los hijos maduran, se casan, siguen sus variados caminos, los padres envejecen. Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la sociedad. La familia debe ajustarse desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros. Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonía familiar. Bajo condiciones de tensión y conflictos excesivos, pueden surgir desajustes que amenazan la integridad de la familia. Fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero saciar solamente estas necesidades no garantiza de ninguna manera que se desplieguen las cualidades humanas: la matriz para el desarrollo de estas cualidades humanas es la experiencia familiar de estar juntos.

Para Ackerman (1974) los fines sociales que cumple la familia moderna son:

1. Proveer de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen de protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Lo que define la atmósfera interpersonal única de la familia es la cambiante multiplicidad de las corrientes y contracorrientes emocionales. Es contra el fondo de esta atmósfera familiar, en constante flujo, que se desarrolla la personalidad y reacciones sociales del niño.

Se puede considerar a la familia como una especie de unidad de intercambio; los valores que se intercambian son el amor y bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. El proceso íntegro de distribución de satisfacción en la familia está dirigido por los padres. En ellos reposa especialmente el que las expectativas que pone cada miembro en otro estén destinadas a cumplirse razonablemente. La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo de grupos sociales.

2.3 La Teoría Estructural.

Para Minuchin (1974) la familia constituye un factor sumamente significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana. Es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. En muchos casos, se la puede considerar como la parte extracerebral de la mente.

La influencia de la familia sobre sus miembros fue demostrada experimentalmente por una investigación de las enfermedades psicósomáticas de la infancia que Minuchin condujo con Lester y Baker y su equipo (1974). Las comprobaciones realizadas en la investigación proporcionaron fundamentos experimentales para el núcleo básico de la terapia familiar, refiriéndose al hecho de que el niño responde a las tensiones que afectan a la familia.

El origen de la patología. Un primer axioma es que un individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. El individuo responde al estrés que se produce en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema. El individuo

puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto. Un segundo axioma que subyace a la terapia familiar es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del ese sistema. Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno- la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo - la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo que enfrenta.

Es importante destacar que la familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas si no que se debe tener un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos conteniendo tres componentes:

- En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
- En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psico-social de cada miembro.

Estructura Familiar. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quien relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Sin embargo la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo.

Subsistemas Familiares. El sistema familia se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistema. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias. La organización en subsistema de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado “yo soy”, al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

Subsistema conyugal. Este se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

Subsistema parental. Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

Subsistema fraterno. El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de sus iguales extrafamiliares, intentan actuar de acuerdo con las pautas del mundo fraterno. (Minuchin 1974)

Límites. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. Por ejemplo, el límite de un subsistema parental se encuentra definido cuando una madre le dice a su hijo mayor: no eres el padre de tu hermano. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de

los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. (Minuchin 1974)

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Si no existe esta claridad se corre el riesgo de ir a los extremos del funcionamiento de los límites y son designados como aglutinamiento y desligamiento. En términos humanos, aglutinamiento y desligamiento se refieren a un estilo transaccional o de preferencia por un tipo de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y disfuncional.

Homeostasis. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis. Por tanto los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente y no por principios estáticos o cerrados. La homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación. (Sánchez y Gutiérrez 2001).

La homeostasis es el Conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo, Cannon citado en Ackerman, (1974 cap. 5) incluye en su interpretación de la homeostasis la capacidad para adaptarse al cambio. Este autor refiere que “Es una condición básica del proceso vital que el organismo no solo debe adaptarse sino también cambiar simultáneamente, crecer y variar sus funciones de acuerdo con su estado de maduración y situación en el ambiente, de otra forma muere”. Lo cual fue denominado dentro de esa teoría como “equilibrio dinámico” en la vida interna del organismo y en su intercambio constante con el ambiente circundante.

Luego definió homeostasis o equilibrio dinámico “Como la capacidad de adaptación fluida creativa al cambio y que al mismo tiempo asegura ese monto de control coordinado que impide que un organismo sea abrumado por una cantidad de estímulos que excede su capacidad de acomodación; es una inestabilidad creativa controlada que regula la experiencia no para mantener la igualdad sino más bien para preservar

una capacidad flexible para el cambio, mientras impide que el cambio se vuelva demasiado rápido, tan rápido como para desintegrar las fuentes de adaptación y crecimiento. La esencia de la vida es cambio, crecimiento, aprendizaje, adaptación a condiciones nuevas y evolución creadora de nuevos niveles de intercambio entre la persona y el ambiente; el proceso vital no puede ser seguro ni estable es intrínsecamente fluido, cambiante e inestable. Aquellos que se empeñan por mantener un equilibrio estático debilitan sus recursos vitales, conduciéndolos a una agonía psíquica, es decir a la patología. ”. (Ackerman 1974)

El modelo estructural que Minuchin (1983) propone explora los siguientes aspectos:

Jerarquía: Es el nivel de autoridad que define quienes poseen el derecho de tener el mando, establecer las pautas de conducta y tomar las decisiones finales para toda la familia, resulta de gran importancia que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto familiar. La complementariedad e interdependencia de las funciones hará que operen como un equipo. Generalmente, el padre y la madre son los que deben ocupar la más alta jerarquía. Sin embargo, esta estructura de autoridad requiere de cierta flexibilidad que le permitan hacer cambios ante situaciones excepcionales o de crisis. De tal manera, la abuela o hijo mayor podrá incrementar su jerarquía cuando los padres les deleguen parte de su autoridad, para que supervisen o corrijan a los demás hijos, desempeñando así, funciones parentales. Este es un fenómeno relativamente frecuente en nuestra cultura, que puede ser funcional, siempre y cuando la delegación de la autoridad sea explícita, temporal, no exceda su grado de desarrollo emocional y los padres no traten de renunciar a sus funciones parentales.

Alianzas. Es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Son funcionales cuando son temporales e incluyen a miembros de la misma generación, como las establecidas entre los hermanos, los esposos, etc. También se consideran funcionales las alianzas entre miembros del mismo sexo. Cuando las alianzas son rígidamente persistentes o se vinculan miembros de las siguientes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero, se establece una asociación patológica llamada coalición. Por ejemplo, se establece una coalición entre esposa y su propia madre en contra de su esposo, o cuando madre e hijo se alían en contra del padre.

Territorio. Se refiere a la significancia, al espacio emocional que cada miembro ocupa dentro de la familia. Se identifica a través del grado de importancia y participación que tiene cada miembro en los eventos significativos de la vida familiar (Macias 1982). Un padre periférico que se limita únicamente a su rol de proveedor y tiene escasa interacción con el resto de la familia, tendrá poca significancia dentro de la misma.

Geografía. Consiste en la distribución física de los miembros de la familia para dormir, comer, viajar en automóvil, etc.

2.4 Tipos de Familia.

Para Ackerman (1969) las formas específicas de la familia varían de acuerdo con la cultura. En nuestra cultura heterogénea y velozmente cambiante, no puede existir una decidida uniformidad del patrón familiar; existen, más bien, muchos y variados tipos familiares, que se diferencian de la comunidad social en estructura, función y adaptación. Las familias mexicanas varían notablemente dependiendo de la zona o región donde se ubiquen, así como de su nivel socioeconómico y de la etapa por la que estén cursando por lo cual, Espejel y cols. (1997), describe los siguientes tipos de familia, los cuales se tomaron en consideración para clasificar a las familias del presente estudio.

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

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

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

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

Familia reestructurada semi-extensa. Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

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

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

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

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

2.5 Ciclo vital de la Familia.

La familia como un sistema único con una organización tiene un ciclo vital, un origen, un desarrollo y un final donde se plasman sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir. Este ciclo va a tener diversas características dentro de un marco de salud o de enfermedad. Por lo anterior Macias (1981) refiere que la familia es la unidad de crecimiento y experiencia, de fracaso y realización, así como de salud y enfermedad.

Estrada (1987) Señala que existen seis etapas del ciclo vital de la familia:

1. Etapa del Desprendimiento. Para cualquier ser humano todo cambio y desprendimiento es doloroso, más si se implican relaciones emocionales significativas, que se acaban o cambian la representación psíquica en el individuo.

Es necesario que la nueva pareja trate de desprenderse de los lazos paternos para que el ciclo vital de la familia vaya por buen camino.

Cada cónyuge preferentemente, deberá llegar al matrimonio con una identidad personal previamente formada. En la búsqueda de un compañero pueden intervenir dos factores: una búsqueda de cercanía y compañía o una búsqueda de fusión, siendo este un estado inmaduro en donde no se ha logrado adquirir una individualidad. Parejas de jóvenes que no pudieron resolver su relación con los padres buscar realizar su propia imagen: mecanismos basados en negar las diferencias del otro por lo que se producen deformaciones graves en la comunicación.

2. El encuentro. Al comienzo del matrimonio, una joven pareja debe enfrentar un cierto número de tareas. Los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. En este proceso de mutua acomodación, la pareja

desarrollará una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro, y a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior. Estas pautas transaccionales constituyen un conjunto invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia. La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos, parientes políticos, etc. Las prioridades se modifican debido a que los deberes fundamentales de la nueva pareja conciernen a su matrimonio y por lo tanto las familias de origen deben de apoyar y aceptar esta situación. (Minuchin 1974)

Para Estrada (1987) en esta etapa se trata principalmente de lograr dos puntos: primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. Y segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

3. El nacimiento de un niño. Esta etapa se caracteriza por generar un cambio radical en la organización familiar. Las funciones de los cónyuges deben definirse para encarar a los requerimientos del nuevo integrante de la familia en cuanto a la atención y alimento que este requiera y así encarar las restricciones impuestas al tiempo de los padres. El compromiso físico y emocional con el niño hace necesario un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones. Este período requiere también una renegociación de las fronteras con la familia en conjunto y con los elementos extrafamiliares.

Estrada (1987) afirma que el nacimiento de un niño requiere del apoyo de ambos padres para no perder el anclaje emocional entre estos a pesar de la aparición de un nuevo miembro, también deberá contarse con la seguridad de que existan consideraciones y cuidados, en particular para la nueva madre y su bebé y contar con la posibilidad abierta para que las áreas de interés común que conciernen a la crianza y educación del niño, se vayan ampliando. Por otra parte el niño puede favorecer la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diferentes facetas de la personalidad de cada cónyuge y facilita la penetración del sistema familiar a otros ámbitos sociales y culturales a través de la escuela, de los amigos del niño, del contacto con otras familias y otros grupos.

4. Otra de las fases importantes por las que pasa una familia es cuando los hijos se encuentran en la **etapa de la adolescencia**, la cual pone nuevamente a prueba la flexibilidad del sistema.

El crecimiento de los niños introduce paulatinamente elementos nuevos en el sistema familiar pues estos conocen otras reglas diferentes en casa de amigos las cuales comparan y cuestionan. La familia debe de negociar ciertos ajustes y modificar ciertas reglas, y los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan en libertad al hijo para reservarse experiencias. La familia tiene que interactuar con un sistema poderoso y competidor que es el grupo de los pares el cual cobra mucho poder para el menor, por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres, los temas de autonomía y el control se tiene que renegociar en todos los niveles. En este estadio comienza el proceso de separación; y este cambio resuena por toda la familia. (Minuchin 1981)

En esta etapa se conjunta también la edad de los abuelos que por lo general es crítica y se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan y esto es motivo de otra preocupación y es posible que se deba renegociar el hacerse cargo de los padres (Estrada 1987)

5. El reencuentro. Mc Iver citado en Estrada (1987) llamó a esta fase el “síndrome del nido vacío”: refiriéndose al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado

Minuchin (1981) menciona que este es el cuarto y último estadio en el que los hijos, ahora adultos jóvenes han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y, por fin, un cónyuge. La familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Aunque los miembros de la familia tienen detrás una larga historia de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que los padres e hijos se quieren relacionar como adultos. Este periodo se suele definir como una etapa de pérdida, pero puede ser de un notable desarrollo si los cónyuges, como individuos y como pareja, aprovechan sus experiencias acumuladas, sus sueños y expectativas para realizar lo inalcanzable cuando se dedicaron a la crianza de los hijos.

Como se puede observar los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Nuevos hermanos se unen a la familia los padres se convierten en abuelos : en diferentes periodos del desarrollo, por los cuales se hace primordial que la familia se adapte y se reestructure; los cambios de la fuerza y productividad relativa de los miembros de la familia requieren acomodaciones continuas, al igual que el cambio general de la dependencia de los niños frente a sus padres que se convierte en dependencia de los padres en relación con los hijos, a medida que los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer.

La familia debe enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad, y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición. En conjunto la familia sirve como soporte para que el individuo se integre paulatinamente a la sociedad.

6. La vejez. Estrada (1987) puntualiza que esta etapa es de las menos conocidas, se tiende a ignorar a los adultos mayores, a sentir impaciencia con ellos. Puede darse una sobreprotección de los hijos a los padres en donde no se les permite vivir con libertad o dejarlos en un total abandono.

La vejez es una etapa muy compleja que está plagada de misterio y amenazas por lo que es poco estudiada y la muerte se encuentra a solo unos pasos de llegar aunado a que por lo general no se buscan tratamientos especializados para hacer frente a estas situaciones.

2.6 Familias psicósomáticas.

Las familias desarrollan su propio nivel de salud y enfermedad, que tiende a mantenerse durante largo tiempo. Sin embargo, existen miembros de familias que tienen una incidencia alta de enfermedades diversas, mientras en otras familias la incidencia es baja. Asimismo dentro de una misma familia sana cada uno de sus miembros puede desarrollar distintas enfermedades a lo largo de un corto periodo. (Díaz Curiel 2000)

Cobb y cols. Citado por Díaz Curiel (2000) estudiaron la interacción entre mujeres con artritis reumatoide y sus maridos con ulcera peptica, sugiriendo como la manera en el que el matrimonio maneja la agresión pasa a tener un valor mediador en la aparición de dichas enfermedades. Del mismo modo, las familias de sujetos con hipertensión

tienden a tener en mayor número otros miembros con hipertensión que otras familias de la población general (Chazan y Winkelstein, 1964).

Ackerman (1974) enfatiza que el papel de la familia en la enfermedad psicósomática plantea dificultades especiales. Algunos estudiosos del problema enfatizan el concepto de diátesis o familiar refiriéndose al arreglo o disposición de la misma, de una vulnerabilidad constitucional familiar específica hacia el derrumbe de determinados sistemas orgánicos. Es la predisposición orgánica a padecer una enfermedad. Esta predisposición puede ser heredada (genética) o sobrevenida, pero sólo podemos hablar de diátesis cuando no sea causa suficiente (aunque sí necesaria) para padecer una enfermedad. En el caso de las enfermedades mentales, se plantea un modelo etiológico de diátesis-estrés, donde a la predisposición hay que añadirle un acontecimiento estresante. Otros enfatizan el papel de la tensión emocional en las relaciones interpersonales, especialmente dentro del grupo familiar. El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlcera, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido.

En el estudio de la psicodinámica de tales condiciones se ha prestado atención a las perturbaciones del funcionamiento equilibrado de las fuerzas internas de la personalidad: a los componentes intrapsíquicos del conflicto se les ha dispensado el énfasis primero; el aspecto interno del conflicto entre el individuo y su medio, aunque objeto de considerable especulación, sólo rara vez ha sido tema de investigación sistemática. Los estudios clínicos del problema general se concentran sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo, pero omiten una consideración sistemática de las fuerzas ambientales. Por otra parte los enfoques sociológico y cultural de los desórdenes psicósomáticos excluyen por lo general, o reducen al menos, a un mínimo el factor de la personalidad individual.

Repetidas veces se han descrito estructuras familiares que aparentemente favorecen el desarrollo de enfermedades somáticas crónicas: son características en estas familias las restricciones del contacto con el mundo exterior, así como la del contacto en el seno familiar. Jackson citado por Stierlin (1986) habla de familias restringidas.

Todas las formas de comunicación están reducidas drásticamente en lo cualitativo y en lo cuantitativo; lo poco que se habla es claro e inequívoco - a diferencia de las familias

con transacción esquizofrénica- pero está apenas emocionalmente cargado y poco referido al interlocutor (Hassan citado en Stieren 1986)

Stieren (1976) refiere que en este tipo de familias en el plano de la individuación relacional existen perturbaciones del tipo fusionista, es decir, la capacidad de delimitación y de soportar fronteras apenas está desarrollada. Las funciones de los objetos internos, que determinan la dinámica relacional exterior, están perturbadas o delimitadas.

Minuchin (1975) menciona que la estructura de la familia psicósomática incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre sus miembros; la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación para mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema. Sus miembros son buenos vecinos. No se querellan con nadie. Este tipo de familia se destaca por las relaciones de lealtad y de protección que en ella impera.

Para que surja una enfermedad corporal se deben tener en cuenta tres aspectos a considerar (Minuchin 1975):

1. Factores biológicos (vulnerabilidad fisiológica, facilitación somática, constitución alérgica hereditaria)
2. Factores psicosociales de estrés (cambios: mudanzas, paso del bachillerato a la universidad, de trabajo, o en el mismo trabajo cambio de estatus, etc.; pérdida de seres queridos, acontecimientos vitales agobiantes, etc.)
3. La estructura familiar, que modela la personalidad de cada uno de los miembros y actúa como continente de las cargas, conflictos, etc., y ofrece las posibilidades de reorganizar y la liberación de los conflictos y angustias de cada miembro

Minuchin citado en Onnis (1990) indica que los patrones transaccionales característicos de este tipo de familia son:

1. Aglutinamiento. Los miembros están sobre involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias de intrusión en los pensamientos, sentimientos, comunicaciones y acciones de los otros. No se permite la autonomía ni la intimidad. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

2. Sobreprotección. Todos los miembros muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular cuando el paciente asume su comportamiento sintomático toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, desviando con esto muchos conflictos intrafamiliares y es así como la enfermedad del paciente tienen una función protectora con respecto a la familia.
3. Rigidez. La familia particularmente se resiste al cambio, tiende a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existe problemas más allá de la enfermedad del paciente, niegan en consecuencia la necesidad de un cambio en el interior de la familia.
4. Evitación del conflicto. Estas familias tienen un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto, utilizando una serie de mecanismo para evitarlos y para no agravar el desacuerdo. El paciente es ahí donde juega un papel vital en el proceso para evitar el conflicto.

2.7 La adaptación Familiar.

Minuchin (1974) afirma que una familia puede encontrarse expuesta a presión originada en el crecimiento y desarrollo de sus propios miembros y subsistemas y a la presión externa generada en las exigencias para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros de la familia.

Debido a que la familia es un ente en constante evolución y movimiento este da la pauta para observar que existen determinados procesos dentro del mismo en que se requerirá de cierto reacomodo o movilidad para mantener su homeostasis.

Para Minuchin (1974) el stress sobre un sistema familiar puede originarse en cuatro fuentes:

1. El contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares.
2. Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.
3. Estrés en los momentos transicionales de la familia.
4. Estrés referente a problemas de idiosincrasia

2.8 Concepto de Familia Funcional y Disfuncional.

Para Espejel (1997) La Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Ackerman (1986) comenta que no existe una familia idealmente sana. Es posible concebir en un solo continuo el grado de éxito y fracaso en la realización de funciones familiares esenciales.

Desde este punto de vista se puede evaluar el grado de adaptación familiar de acuerdo con la forma en que la familia hace frente a sus problemas.

Minuchin (1985) asevera que el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas. En primera instancia, una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a stress del desarrollo apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

En segundo lugar, la familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento, se refiere a algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen reestructuración (Minuchin 1985)

Los límites de los subsistemas deben de ser firmes, pero sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Finalmente, una familia se adapta al stress de un modo que mantiene la continuidad de esta, al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales; eventualmente ello puede llevar a las familia a una terapia (Ackerman 1986)

Para Satir (1980) las familias funcionales son sistemas abiertos, organizados para entrar en transacciones con el ambiente, con capacidad para procesar informaciones con el ambiente, y manejan un grado de información ambiental; responderá a estímulos impredecibles, modificando y elaborando elementos estructurales; pudiendo regresar a estados anteriores o desenvolverse en nuevos estados.

A su vez las familias disfuncionales son consideradas como sistemas cerrados, que desarrollan límites rígidos hacia el exterior. Sin embargo, aun la familia con mayor disfuncionalidad, interactúa con el ambiente.

2.9 Teoría de la Comunicación Humana.

El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas: semántica, sintáctica y pragmática. La semántica abarca los problemas relativos a transmitir información. La comunicación afecta a la conducta, y este es un aspecto pragmático. Así toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta.

Noción de Función y Relación

Las variables no tienen un significado propio, sino que resultan significativas en su relación mutua, esto constituye el concepto de función.

Las investigaciones sobre los sentidos y el cerebro han demostrado acabadamente que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relaciones, y que ellas constituyen en esencia la experiencia.

Así, la esencia de nuestras percepciones no son cosas sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino signos que representan una conexión una infinidad de posiciones posibles de carácter similar.

Información y retroalimentación

La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La negativa caracteriza la homeostasis (estado constante) por lo cual desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de relaciones. La positiva lleva al cambio, o sea a la pérdida de estabilidad o de equilibrio.

Los grupos interpersonales (grupos de desconocidos, parejas, familias, etc.) pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta a la de las otras, y la de los demás a ésta.

Redundancia

La redundancia ha sido ampliamente estudiada en dos de las áreas de la comunicación humana, en la sintáctica y en la semántica. Cada uno de nosotros posee vastos conocimientos acerca de la legitimidad y probabilidad estadística inherentes tanto a la sintáctica como a la semántica de las comunicaciones humanas. Desde el punto de vista psicológico este conocimiento resulta interesante por el hecho de hallarse casi por

completo fuera de la percepción humana. Nadie, excepto un experto puede establecer las probabilidades de las secuencias o los órdenes jerárquicos de las letras y palabras en un lenguaje dado, a pesar de lo cual todos podemos percibir y corregir un error de imprenta, agregar una palabra que falta, etc...

La redundancia pragmática es cuando contamos con un monto elevado de conocimientos que nos permiten evaluar, modificar y predecir la conducta.

Metacomunicación y el concepto de cálculo

La meta comunicación es cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación. Así utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación sino que se refieren a ella.

Algunos axiomas exploratorios de la comunicación

1er Axioma: La imposibilidad de no comunicar

Se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana.

Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

2º Axioma: Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson, estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales y connotativos de toda comunicación.

El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje.

El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes.

El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la misma.

La relación puede expresarse en forma con verbal gritando o sonriendo, y puede entenderse claramente a partir del contexto en que tiene lugar.

La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro.

Así llegamos al 2º axioma "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una meta comunicación".

3º Axioma: La puntuación de la secuencia de los hechos.

La puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

Así llegamos al 3º axioma "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes"

4º Axioma: Comunicación digital y analógica.

Estos dos tipos de comunicación -uno mediante la semejanza auto explicativa y otro mediante una palabra- son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales.

Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje.

La comunicación analógica es toda comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras.

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5º Axioma: Interacción simétrica y complementaria.

En una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

3. La comunicación patológica

Cada uno de los axiomas antes mencionados implica ciertas patologías.

1° Axioma: La imposibilidad de no comunicarse

Una situación típica de esta clase es un encuentro entre dos desconocidos, uno de los cuales quiere establecer una conversación y el otro no, por ejemplo, dos pasajeros en un avión que comparten un asiento. Supongamos que A sea el que no quiere hablar. Hay dos cosas que no puede hacer, no puede abandonar físicamente el campo y no puede no comunicarse. La pragmática de este contexto comunicacional se ve así limitada a unas ciertas reacciones posibles:

- a. Rechazo de la comunicación: A puede hacer sentir a B, en forma más o menos descortés, que no le interesa conversar.
- b. Aceptación de la comunicación: A terminará por ceder y entablar conversación.
- c. Descalificación de la conversación: A puede defenderse mediante una técnica de la descalificación, esto es, puede comunicarse de manera tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas (cambios de tema, oraciones incompletas).
- d. El síntoma como comunicación: a puede fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.

2° Axioma: La estructura de los niveles de la comunicación (contenido y relación)

Variaciones posibles:

1. En el mejor de los casos, los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y también al de relación.
2. En el peor de los casos, encontramos la situación inversa: los participantes están en desacuerdo con al nivel de contenido y también al de relación.
3. Entre ambos extremos hay varias formas mixtas importantes:
 - a. Los participantes están en desacuerdo con el nivel de contenido pero ello no perturba su relación
 - b. Los participantes están de acuerdo con el nivel de contenido pero no en el de su relación
 - c. Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos, "contenido y relación"
 - d. Por último están todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido a fin de no poner en peligro una relación.

En los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre el contenido y la relación, el desacuerdo puede surgir en cualquiera de los dos niveles, y ambas formas dependen una de la otra.

Definición del self y del otro

En el nivel relacional las personas proponen mutuamente definiciones de esa relación. La persona P puede ofrecer a la otra, O, una definición de sí misma.

- Confirmación

O, puede aceptar (confirmar) la definición que da P de sí mismo.

- Rechazo

El rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que P tiene de sí mismo, de hecho ciertas formas de rechazo pueden ser constructivas

- Desconfirmación

No se refiere a la verdad o a la falsedad de la definición que P da de sí mismo, sino más bien, niega la realidad de P como fuente de tal definición. La desconfirmación afirma de hecho: "Tú no existes".

Niveles de percepción interpersonal

Estamos en condiciones ya de volver a la jerarquía de mensajes que surge cuando analizamos la comunicación en el nivel relacional.

Hemos visto que ante la definición que P da de sí mismo, O puede dar tres respuestas posibles: confirmación, rechazo o desconfirmación. Por medio de cualquiera de ellas O comunica: "Así es como yo te veo".

Esto lleva a contextos meta comunicacionales cuya complejidad hace tambalear la imaginación y que sin embargo, tienen consecuencias pragmáticas muy específicas.

Impenetrabilidad:

La visión que el otro tiene de mí es tan importante como la que yo tengo de mí mismo. Lo que hace que la impenetrabilidad sea tan difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico el hecho de que las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas.

Si los órganos de la percepción interpersonal son impenetrables, esta ceguera inevitablemente lleva a conflictos para los cuales sólo dos motivos parecen posibles: locura y maldad; estos conflictos relacionales constituyen patrones cuya comprensión

permite ver bajo una nueva luz muchos de los cuadros clínicos de la psicopatología tradicional.

3° Axioma: La puntuación de la secuencia de los hechos

Las discrepancias en cuanto a la puntuación de las secuencias de hecho tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro pero no lo sabe.

Lo que podemos observar en casi todos estos casos de comunicación patológica es que constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación, o sea hasta que los comunicantes estén en condiciones de meta comunicarse.

Causa y efecto

Ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción.

Profecía auto cumplidora

Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca (piensa, nadie me quiere... todos terminan por no quererlo a causa de su actitud).

Errores de traducción entre el material analógico y digital

Todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional, constituyen propuestas acerca de las reglas futuras de la relación.

Al traducir el material analógico al lenguaje digital, deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues éstas faltan en el modo analógico. Es muy difícil transmitir el no digital al lenguaje analógico. El ritual puede ser el proceso intermedio entre la comunicación analógica y la digital (delfín que muerde despacio al hombre para demostrarle que si no lo lastima él no lo va a lastimar).

Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria

Escalada Simétrica

Hemos sugerido ya que en una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia.

Complementariedad rígida

Equivale a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Así, según el contexto, el mismo patrón puede ser acabadamente confirmador del self en un momento y desconfirmador en una etapa posterior de la historia natural de una relación.

CAPITULO III

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

3.1 Medicina psicosomática.

Para Békei (1984) la medicina psicosomática considerada como especialidad es una ciencia muy joven: apenas cuenta sesenta años aproximadamente. Sin embargo, en la práctica existe desde que existe la medicina misma.

En el aspecto religioso y empírico encontramos las dos raíces, siempre paralelas, de la medicina, postuladas por Masserman citado en Békei (1984) la raíz mágica y la racional. La reunión de estas dos raíces implantadas en su contexto social forma la base de la medicina psicosomática hoy.

En muchos lugares de Grecia se instalaron sanatorios- templos dedicados a Esculapio- hacia los que se dirigían gran número de enfermos en busca de curación. La conducta terapéutica que se seguía en estos sanatorios se puede comparar fácilmente con la que impera en la actualidad en instituciones similares. La terapia, se basa en la empatía humana, estaba acompañada por distintas medidas de reconocimiento físico, apoyo moral y rehabilitación social. Primeramente los pacientes tenían que profesar su adhesión al culto del templo y ser recibidos en la fe y protección de éste. Luego empezaba el tratamiento individual.

Después de esta preparación participaban en actividades grupales diversas que ejercían efectos terapéuticos mediante la música, el teatro y las discusiones guiadas. Se realizaban también sesiones individuales, en las que el paciente se hallaba reclinado y en compañía de un filósofo contratado especialmente para escuchar y resolver sus problemas.

Según la definición de Grinker citado en Haynal (1980) la psicosomática es un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho, la noción de psicosomática no se refiere ni a la fisiología o a la patofisiología, ni a la psicología o psicopatológica, sino a un concepto de proceso entre sistemas vivos y su elaboración social y cultural.

Hienroth citado en Haynal (1980) internista y psiquiatra, introdujo los términos de psicosomática (1818) y somato psíquica (1828). El primero expresaba su convicción de la influencia de las pasiones sexuales sobre tuberculosis, la epilepsia y el cáncer,

mientras que el segundo se refería a las enfermedades en las que el factor corporal modifica el estado psíquico.

La metodología sistémica concibe las enfermedades psicosomáticas como punto doloroso de interacción de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura. La manifestación somática se inscribe en un cuerpo vivido, convirtiéndose de esta manera en sujeto y objeto posible de historia. En este sentido se puede afirmar que la enfermedad psicosomática se propone como paradigma de modo específico de enfermar. El síntoma psicosomático, desde esa perspectiva, se hace comprensible y decodificable si se tiene la posibilidad de observarlo en el contexto que aparece. Se trata, pues, de ver como el síntoma psicosomático adquiere las características de una comunicación dentro de un contexto relacional determinado coherente con sus propias modalidades y reglas. El síntoma habla, comunica, expresa un sentido. Sintetiza el sentido comunicativo del sistema en el que se halla inmerso; por eso solamente es descifrable dentro de su propio contexto: el familiar (Díaz Curiel 2000)

Para Courel (1996) la primera condición para que se califique actualmente de psicosomática a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como una explicación científica válida y completa.

En la sección que se ocupa de los desórdenes somatoformes el DSM IV (1995) se refiere que para contar un síntoma como significativo, no debe estar completamente explicado por una condición médica general conocida o el mal o su empeoramiento resultar excesivos respecto a lo esperado de la historia, los exámenes físicos o los hallazgos de laboratorio.

Se considera que en estos casos intervienen factores causales llamados psíquicos, así como la posibilidad de recurrir para su atención a acciones o recursos no físicos ni químicos ni biológicos, sino psicoterapéuticos. Como se percibe, ya sea explícita o implícitamente, se reconoce que agentes de una materialidad cuya entidad espera precisiones son capaces de afectar al organismo biológico.

El DSM IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1995) explica que la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo)

y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario). Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos. Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios.

Existen los siguientes trastornos somato formes:

- El **trastorno de somatización** (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudo neurológicos y dolor.
- El **trastorno somatomorfo indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.
- El **trastorno de conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.
- El **trastorno por dolor** consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.
- La **hipocondría** es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

- El **trastorno dismórfico corporal** es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.
- En el **trastorno somatomorfo no especificado** se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

Cabe hacer mención que una base importante de la psicósomática hoy en día se vio influida por los estudios que Freud realizó y que se mencionan a continuación aunque los objetivos del presente estudio no los contemple. En el siglo pasado la difusión de la psicología y del psicoanálisis en la cultura dieron nuevas facetas a la idea de que las dolencias del organismo son susceptibles a influencias, condicionamiento y determinaciones desde la esfera anímica. Ya las primeras preocupaciones nosográficas de Freud condujeron a la distinción entre afecciones en las que se evidenciaban mecanismos psicógenos y aquellos en las que no, dando lugar en su separación entre las psiconeurosis y las neurosis actuales.

La enfermedad psicósomática debe ser examinada desde 4 puntos de vista:

- Factor constitucional, si lo hay.
- El factor especial que influencia la elección del órgano esto es, el problema de la especificidad orgánica.
- El factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicósomático que se establece en la familia de la infancia.
- La influencia de la adaptación del individuo a roles familiares y extrafamiliares en la adolescencia y edad adulta.
- Factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familia, comunidad y cultura.

Aun cuando mucho es todavía desconocido, hay sugestivas evidencias que la disfunción psicósomática tiene en común algunos rasgos dinámicos con desordenes traumáticos de la personalidad : La aparición de un síntoma psicósomático refleja daño de las capacidades integrativas de la personalidad manifestado en una disminución del dominio del medio y del control de las emociones básicas : las perturbaciones psicológicas con disfunciones psicósomáticas , parecen en efecto representar un

esfuerzo inútil para compensar esta falta de control. El potencial homeostático del organismo está variablemente lesionado.

El organismo se enfrenta con una excesiva carga de estímulos, tanto de fuera como de adentro, que no puede superar adecuadamente. Del aspecto psíquico de la respuesta psicosomática sugiere un esfuerzo mal llevado para restablecer el control sobre el desborde emocional y restablecer el dominio sobre los peligros en el medio exterior a un nivel infantil de omnipotencia. Parece ser el componente interno del conflicto, esto es, el conflicto enfocado en la zona entre el organismo y el medio, el que se relaciona más con la respuesta psicosomática que el componente interno: naturalmente este aspecto extrapsíquico del conflicto, sin resolver se retroalimenta en la personalidad y agrava los conflictos internos viejos. Así la reacción psicosomática se concibe como un recurso sustitutivo inútil y regresivo para la descarga de impulsos en abierta acción; su propósito implícito es restaurar el control sobre una amenaza del ambiente por medio del restablecimiento del dominio mágico.

Freud designó con la expresión “conversiones histéricas” a síntomas corporales que consideraba productos de mecanismos psíquicos”. La denominación de esta clásica neurosis contenía la idea de una transformación, cambio o mutación de algo perteneciente al campo del pensamiento en algo de orden orgánico o corporal.

Para Freud las emociones son causas accesorias y el factor sexual es la causa específica e indispensable.

La mayoría de los pacientes que acuden a una consulta médica presentan una sintomatología física predominante que sirve de presentación. Traducen sus conflictos y tensiones mentales en síntomas físicos, con lo cual no son capaces de percibir subjetivamente y formular en palabras los principales determinantes psíquicos de su enfermedad física, como tampoco encontrar una solución a corto plazo, en estos casos cuando la presión interna, producto de apetitos, las necesidades y las fantasías no satisfechas es excesiva y la válvula de liberación que supone su formulación en palabras ya no es suficiente, se puede manifestar materialmente, en forma de síntoma físico, es decir, como síntoma somático de causa psíquica.

La somatización es un efecto secundario significativo de la búsqueda centrada en una dolencia orgánica y el descuido de la parte mental. Por ello, se entiende el traslado de los conflictos psíquicos al ámbito físico. Una somatización, por lo tanto, constituye una

forma especial de proceso psíquico de defensa. Con el transcurso del tiempo, el paciente está cada vez más convencido de que sus dolencias deben tener una causa física, construyendo una comprensión somática de la enfermedad

Los problemas orgánicos por sí solos únicamente explican las dolencias que aquejan a los pacientes en un tercio de los casos. En la tercera parte de los casos, tanto los factores orgánicos como los psico-sociales son los causantes de las manifestaciones de la enfermedad, y en el resto de los pacientes resulta imposible establecer una causa orgánica clara. Los fenómenos psicósomáticos más conocidos son las reacciones de estrés de causa psico-social. Se habla de enfermedades psicósomáticas sólo cuando un trastorno psicósomático ha conducido a una deficiencia orgánica y con ello a la enfermedad psicósomática. Numerosos estudios han demostrado que los pacientes con enfermedades psicósomáticas o trastornos funcionales, al igual que los pacientes con neurosis, se ven atrapados durante excesivo tiempo en un círculo vicioso fruto de un diagnóstico y una terapia insuficientes.

La familia, producto muy complejo, actúa como factor de riesgo, tal como se ha demostrado en diversos estudios. El niño sintomático como representante real de la familia enferma hace un llamamiento a entender la situación. La aparición frecuente de enfermedades somáticas en el niño pueden mostrar también los trastornos en las interacciones. La psicósomática se dedica al estudio de las interacciones entre la mente (psique) y el cuerpo, es decir, a responder la pregunta sobre como los procesos mentales (psíquicos) afectan al cuerpo o de qué forma los procesos físicos se manifiestan a nivel mental.

Las reacciones psicósomáticas también pueden manifestarse en casi todos las personas en relación con situaciones vitales especialmente preocupantes pero son de naturaleza pasajera.

Los trastornos psicósomáticos son diferentes y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales según K Leaderach-Hofmann (1997):

Síntomas de conversión. Un Conflicto neurótico se excluye por razones de defensa de las vivencias psíquicas, manifestándose a través de las percepciones del cuerpo; se ha somatizado. El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad

voluntaria y los órganos sensoriales. Algunos ejemplos los encontramos en las parálisis histéricas, las parestesias, la ceguera y la mudéz psicógena, los vómitos o los fenómenos dolorosos.

Síndromes funcionales (somatoformos) Este grupo está formado en su mayor parte por “pacientes problemáticos” que acuden al médico con un cuadro de molestias cambiantes y con frecuencias difusas, que pueden afectar el sistema cardiocirculatorio, el tracto gastrointestinal, el aparato locomotor, los órganos del sistema respiratorio o sistema urogenital. Se trata de trastornos de la percepción o funcionamiento de determinados órganos o sistemas orgánicos.

Al contrario de lo que ocurre con la sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica de un trastorno de una función o percepción corporal. Alexander (1951) describió fenómenos físicos como signos que acompañan a las emociones sin carácter de expresión, dándoles la denominación de neurosis orgánicas.

Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (psicosomatosis) Están producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y ulcera duodenal.

Además de esta clasificación de los trastornos psicósomáticos existen otras que también son posibles. La alternativa más importante es el intento de clasificación realizada por Engel citado por K. Leaderach-Hofmann (1997)

Trastornos psicógenos

Trastornos psicofisiológicos

Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto

El lenguaje emocional y el lenguaje verbal dependen de mecanismos cerebrales. Este hecho es importante para la patología psicósomática porque los desórdenes corporales derivados de la emoción, expresan un desarreglo de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo y de la homeostasis del medio interior. Estos desórdenes

corporales producidos por el miedo, la angustia o la cólera, no se distinguen en sus manifestaciones, de los mismos síndromes causados por una agresión cerebral de otra naturaleza y que responden al mismo dispositivo neurofisiológico. El shock emocional es un estrés como otros (traumáticos o toxico-infecciosos), que obligan al organismo a movilizar sus defensas para enfrentar una situación amenazadora. La reacción general que sobreviene a un estrés prolongado modifica el pulso, la tensión arterial, la temperatura. El equilibrio hidromineral y la reserva alcalina, el equilibrio gluco-protéico, la fórmula sanguínea y la secreción de los esteroides urinarios.

El shock emocional desencadena una reacción de alarma que no es nada específica, la misma reacción se produce por irritación neurovegetativa central, por ejemplo, en la hipertensión arterial, el glaucoma y la úlcera. El shock emocional y los estados de tensión emocional provocados por situaciones de conflicto son traumas biológicos. Sus efectos patógenos pueden engendrar toda clase de perturbaciones funcionales y orgánicas. El pasaje de la emoción a la lesión, no es más que un caso particular de una ley muy general, a saber que un desorden del sistema neurovegetativo provoca manifestaciones funcionales que por su intensidad o su persistencia, se organiza. La investigación psicosomática tiene bien establecido que la emoción es una de las causas de las irritaciones neurovegetativas, viscerales, humorales y hormonales. Antes la emoción era un factor ocasional más que una causa determinante. En presencia de diversos trastornos psicosomáticos donde se encuentran factores emocionales, es siempre difícil precisar si estos son solamente elementos de una constelación etiológica o, por el contrario juega un rol preponderante. La emoción es muy desigual, según los individuos, y la misma desigualdad se reconoce con respecto a las manifestaciones psicosomáticas. No se puede negar la existencia de una predisposición constitucional hipermotiva que se acompaña de un eretismo neurovegetativo con fuertes reacciones vaso-motrices. La emoción "sofocada" no está acompañada de la calma que sigue a los gestos y las gesticulaciones, se produce un flujo de irritaciones internas que crean una impresión de tensión permanente. La emoción no ha sido liquidada. Es por esto que sujetos inhibidos estarían más propensos que los otros a los problemas psicosomáticos. Cuanto menos se manifiesta una emoción, más perturba interiormente. El neurótico impasible en apariencia que reprime los gestos de agresión o de huida con voluntad de controlarlos, es el más

expuesto a los desórdenes internos. Ciertos tipos de neurosis vegetativas no son innatas y, en cierto modo, dados en una constitución, sino adquiridas en el curso de la evolución de un individuo bajo la presión de hechos casuales y de hechos institucionales. Es decir ligados a las instituciones sociales y, en particular, a la educación recibida en el grupo familiar. La formación de la personalidad no solamente es determinada por una infraestructura psicológica y social sino adquirida bajo la influencia del medio y de las reacciones que modifican profundamente las instancias elementales. Y esto tiene consecuencias terapéuticas, pues lo que es innato es inmutable pero lo que es adquirido es modificable.

La medicina psicosomática, para Delay, (1961) está fundada sobre los postulados de Hipócrates, quien consideró a la enfermedad no como un mero accidente, como algo exógeno, como una mera mancha física, sino como un desorden interno, como una desarmonía de la physis. La enfermedad, para Hipócrates, consiste en la pérdida de un orden que el médico procura establecer. Delay llama a esto el equilibrio psicosomático. Para la medicina psicosomática el campo de la etiología se amplía: la causa de síntomas somáticos incluirá no solo las perturbaciones físicas sino también las perturbaciones emocionales.

Según Delay (1961) a menor expresión de las emociones, mayor probabilidad de enfermar. Dos verdades importantes compartimos con la psicología y la medicina: las emociones afectan al cuerpo y la vida psíquica tiene sustrato en el cerebro.

El problema de la psicogénesis está enlazado con la vieja dicotomía psique versus soma. El fenómeno psicológico y somático tiene lugar en el mismo organismo y son simplemente dos aspectos del mismo proceso. En el organismo vivo ciertos procesos psicológicos son percibidos subjetivamente como sentimientos, ideas y esfuerzos.

La investigación psicosomática trata con procesos en los cuales ciertos eslabones en la cadena causal tienden, en el presente estado de nuestro conocimiento, más rápidamente a un estudio por métodos psicológicos y no fisiológicos ya que la investigación detallada de emociones como de procesos cerebrales no está lo suficientemente avanzada.

Según Goralí (1995) las funciones fisiológicas afectadas por influencias psicológicas pueden ser divididas en tres categorías principales:

a) Comportamiento voluntario. Se lleva a cabo bajo la influencia de motivaciones psicológicas. Por ejemplo con la percepción de hambre ciertos movimientos coordinados se llevan a cabo, los que son convenientes para obtener alimento y aliviar el hambre.

b) Inervaciones expresivas. Estos procesos psicológicos tales como sollozar, suspirar, reír, sonrojarse, gesticular y el hacer muecas que tienen lugar bajo la influencia de tensiones emocionales específicas. Todos estos movimientos complejos expresan ciertas emociones y al mismo tiempo alivian una tensión emocional específica, tristeza, lástima de sí mismo, humor, etc.

c) Respuestas vegetativas a estados emocionales. Este grupo de respuestas consiste en reacciones viscerales al estímulo emocional y es de particular significación para la medicina interna y otras especialidades médicas. El abordaje psicosomático en medicina se originó en el estudio de los disturbios vegetativos que se desarrollan bajo ciertos estados emocionales

Como fue postulado por Cannon, citado en Goralí (1995) la función principal de la porción simpática del sistema nervioso autónomo es la regulación de las funciones vegetativas internas en relación a las actividades externas, particularmente en situaciones de emergencia. En otras palabras, el sistema nervioso simpático está implicado en la preparación del organismo para la lucha y la huida por la modificación de los procesos vegetativos del modo más útil en situaciones de emergencia.

La economía de guerra significa prioridades para las mercaderías de guerra y prohibición de ciertas producciones de tiempos pacíficos.

En el organismo el estado emocional de preparación corresponde a la economía de guerra y la relajación a la economía de la paz, así como ciertos sistemas de órganos que son necesarios en la emergencia comienzan a ser estimulados mientras los otros son inhibidos. En general las alteraciones de las funciones vegetativas pueden ser divididas en dos categorías principales. Estas dos categorías corresponden a dos actitudes emocionales básicas:

Preparación para la lucha o huida en emergencia:

Estas alteraciones son el resultado de la inhibición o represión de impulsos defensivos u hostiles. Dado que los impulsos son reprimidos o inhibidos, el comportamiento correspondiente (lucha o huida) nunca se consuman. Aun así el organismo está

fisiológicamente en un estado constante de preparación y el resultado es que el estado crónico de preparación persiste en el organismo junto con esas reacciones fisiológicas que normalmente se necesitan en una situación de emergencia.

Ciertas fases de la preparación vegetativa para la acción concentrada son sostenidas crónicamente porque las fuerzas motivadoras subyacentes están neuróticamente inhibidas y no son liberadas en la acción adecuada

Apartamiento de la actividad dirigida hacia el exterior:

Un segundo grupo de neuróticos reaccionan a la necesidad de un comportamiento defensivo retirándose emocionalmente de la acción a un estado dependiente. En lugar de enfrentar la emergencia, su primer impulso es pedir ayuda como lo hacían cuando eran niños indefensos. Este tipo de pacientes reacciona paradójicamente: en lugar de prepararse para una acción dirigida hacia afuera, se retira a una condición vegetativa que es justo el reverso de la que es apropiada.

La teoría antes mencionada se diferencia principalmente entre dos actitudes: 1 prepararse para enfrentar la situación que produce ansiedad enfrentándola activamente y 2 retirarse de ella hacia una dependencia aumentada como lo hace un niño que se vuelve hacia la madre pidiéndole ayuda en lugar de enfrentar la emergencia. De acuerdo a los conceptos de Cannon el primer tipo de actitud emocional es acompañado por un incremento de la excitación simpática y el segundo por el incremento de la excitación parasimpático. Las respuestas fisiológicas varían consecuentemente. El deseo de ser cuidado como se vio en las retiradas vegetativas puede aparecer como el deseo de ser alimentado, acariciado, elogiado, alentado o ayudado por otros en cualquier variedad de otros modos.

3.2 Psicósomática y Piel.

La piel es la zona del cuerpo base para la comunicación y relación social. Entre emoción relacional y piel, existe una estrecha vinculación, en donde se pone de manifiesto los sentimientos de vergüenza, suciedad y baja autoestima de sí mismo, asociado a la necesidad de exhibir, tanto lo malo para expiar culpa, como la belleza para obtener gratificación. La piel en el terreno social y amoroso, es el área básica para obtener de los demás, tanto sentimientos de asco y repugnancia como de halago, caricia y amor. Por lo que en las entidades dermatológicas en ocasiones es obligado sospechar causas psicósomáticas. (Martínez Piña 1973)

Kozak (1993) define a la piel como un órgano de expresión que reacciona directamente a los procesos inconscientes, a las tendencias inconscientes del Yo, a las tendencias paranoides o fóbicas del Yo.

Según Kozak (1993) El origen psicógeno de las perturbaciones de la piel ha sido descrito y considerado desde la antigüedad. Eczemas, verrugas y otras afecciones han sido observadas por dermatólogos y obedecen a causas psíquicas, por lo menos susceptibles de un tratamiento psicoterapéutico. Así mismo este autor refiere que las concepciones más modernas de dermatología, piensan en una causa múltiple de las enfermedades de la piel, coincidiendo de algún modo con la ecuación etiológica de Freud donde se abre la necesidad de un estudio integral de la situación: siendo la enfermedad considerada como una reacción de la totalidad del organismo frente a determinados estímulos a través de determinados sistemas, en este caso la piel.

Luban-Plozza (1997) refiere que la piel, permite reconocer perfectamente el estado de ánimo de la persona. Puede considerarse como el órgano psicósomático del ser humano. La piel es el órgano básico de todas las percepciones

Así mismo menciona que la piel es, desde el punto de vista fisiológico, uno de los órganos de expresión más importantes de nuestras emociones, por ejemplo, cuando nos sonrojamos, palidecemos, sudamos, tenemos prurito o carne de gallina, reacciones que son visibles como consecuencia de las emociones que nos afectan.

La piel es sobre todo el vehículo de descarga de los conflictos internos. Este hecho hace tiempo que se conoce y se refleja en determinadas frases hechas ; se habla de “personas de piel dura”, de aquellas que “no pueden salir de su piel”, que “no se sienten bien con su piel”, que “se quieren salir de su piel”.

Para Saúl (2001) la emoción es factor de primer orden en la determinación de algunas enfermedades de la piel, aunque es difícil establecer el mecanismo de la producción de ellas. La piel es como una extensa “pantalla” donde se proyectan imágenes eritematosas, discromías, papulosas, eczematosas, como resultado del estímulo de la corteza cerebral, el diencéfalo o el centro subtalámico. La piel, como límite superficial del cuerpo, es un órgano muy extenso que responde a las emociones de diferente manera, puede obrar como fuente receptora a las emociones de diferente manera, puede obrar como fuente receptora de estímulos y a la vez puede ser estimuladora; es lugar de descargas fisiológicas de ansiedad y puede constituirse en el asiento de diversas expresiones de la mente. La asociación de ciertas dermatosis con determinados tipos de temperamento es bien conocida. La irritabilidad aumentada del sistema nervioso simpático produce enrojecimiento del cuello, dermatografismo, sudoración, manos frías y otras manifestaciones que no llegan a ser verdaderas enfermedades. Se considera a las manifestaciones cutáneas psicósomáticas como un equivalente afectivo que pide ser una descarga disfrazada de cólera, ansiedad, miedo o algún otro sentimiento. La aparición de una psicodermatosis implica sentimientos de piedad o angustia que la hacen más fácil de soportar, produciéndose un fenómeno de conversión de lo psíquico a lo orgánico. Podríamos decir que todo padecimiento cutáneo por más orgánico que fuera, tendría un componente psíquico variable. Saúl (2001)

Según Obermayer citado en Saúl (2001) se podrían considerar tres grupos de padecimientos cutáneos:

- Dermatosis claramente psicógenas tales como la eritrofobia o rubor anormal, la hiperhidrosis, la bromhidrosis, la tricotilomanía, onicofagia
- En el segundo grupo incluiríamos otros padecimientos en que el factor psicógeno es importante pero no el único como el vitíligo, la neurodermatitis diseminada y circunscrita
- El tercer grupo está formado por padecimientos en el que el factor psíquico es menos importante o es más discutido como la psoriasis, el liquen plano, el acné, la rosácea y otros.

Prácticamente no hay otro órgano que reaccione con tanta rapidez a las emociones como la piel. También pueden verse afectadas otras estructuras anexas a la piel,

como el pelo y las uñas. La piel es un órgano de límite, una barrera entre el propio mundo y el mundo ajeno (frontera frente al entorno). Es un órgano de expresión para quien lo observa, que considera que la piel del otro es bonita, fea, repugnante o limpia. La piel es un órgano sensorial, que puede captar y percibir estímulos (calor, frío, dolor, ardor, prurito, tacto y sensaciones sexuales). Puede reaccionar, en forma de cambios en la irrigación sanguínea, desde el rubor de la vergüenza hasta la palidez del terror, desde la producción de eczemas y vesículas hasta la formación de escamas. De todas formas, se supone que en la mayoría de los casos existe una predisposición hereditaria a estas formas de reacción agudas.

De acuerdo con la opinión de los embriólogos, las reacciones entre los factores nerviosos y psíquicos y determinadas enfermedades cutáneas no son tan sorprendentes. Tanto la piel como el SNC se desarrollan a partir del mismo blastodermo, el denominado ectodermo. En este sentido podría decirse que el órgano cutáneo es una especie de divertículo del sistema nervioso. Se sospecha que, desde el punto de vista psicosomático, la piel ocupa una posición intermedia entre los órganos con inervación voluntaria y aquellos órganos que no están sujetos a la inervación voluntaria y que no permiten que el significado y la finalidad de determinados procesos mentales adquieran directamente un significado simbólico.

La piel no es sólo el espejo del alma sino también un medio de comunicación.

Acontecimientos importantes en la vida de las personas como la pérdida de seres queridos, el divorcio o la pérdida del empleo, y contrariedades de la vida cotidiana como los problemas en las relaciones con miembros de la familia, compañeros de trabajo o vecinos, constituyen factores de riesgo para la aparición de enfermedades.

Ahora bien, sus consecuencias negativas tendrán lugar en función de la naturaleza de tales eventos, del significado personal y de los recursos; ya sean materiales, personales o sociales, con que el individuo cuente para afrontarlos adecuadamente.

Sánchez y cols. (1988) estudiaron comparativamente 22 niños portadores de vitíligo y 22 niños neuróticos, todos los pacientes del grupo de los portadores de vitíligo recibieron tratamiento dermatológico y evidenciaron la etiología psicógena del vitíligo en estos niños. Un 50% de los casos presentaron las manchas acromáticas después de haber sufrido un estrés emocional. Las investigaciones que abordan la relación entre el vitíligo y el estrés han arrojado que en más de un 50 % de los enfermos, e

incluso en un 70 %, aparece la enfermedad luego de la ocurrencia de eventos estresantes (en un período no mayor de 1 año), evaluados por las personas como relevantes para su bienestar.

Entre los principales estresores se hallan, en niños: el divorcio de los padres, en adultos los conflictos con la pareja, problemas en el trabajo, conflictos familiares, la muerte de personas queridas, la separación de algún miembro de la familia, por razones de trabajo, estudios o casamiento, la enfermedad de algún familiar cercano, sobrecargas con los estudios, problemas de vivienda, problemas económicos, entre otros. Resulta interesante además que quienes reportan haber tenido eventos significativos vinculados al desencadenamiento del vitíligo se perciben más estresados; es decir que sus vidas las consideran más impredecibles, descontroladas y sobrecargadas, que aquellos que no refieren haber tenido tales acontecimientos.

3.3 Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia.

Para W. Kruse (1997) Las causas de las enfermedades infantiles de tipo funcional y psicosomáticas deben buscarse principalmente en el entorno social del niño, por ejemplo una postura sobreprotectora de la madre, así como también el rechazo, pueden convertirse en trastornos psicotóxicos durante la edad de la lactancia. Todas las manifestaciones psicosomáticas tienen como características común el hecho que los factores psicógenos desempeñan un papel más importante que en otras enfermedades psicosomáticas. La reacción de la madre frente a los problemas de desarrollo del niño, pero también las experiencias inolvidables que el niño tiene dentro de la familia a través de las enfermedades psicosomáticas, provocan unas interacciones que suponen una carga cada vez mayor que sufre una enfermedad psicosomática y que dificultan su separación normal de la madre. Los niños y adolescentes no suelen estar en condiciones de simbolizar sus conflictos a través del lenguaje; por lo tanto, utilizan el lenguaje orgánico para hacer que sus quejas sean reclamatorias. Así mismo W. Kruse (1997) define como trastornos psicosomáticos de la infancia los cuadros patológicos debidos principalmente a los trastornos psíquicos. Se incluyen también los síndromes funcionales, como por ejemplo, los espasmos respiratorios de origen emocional, la enuresis nocturna, la obesidad y la anorexia nerviosa. Todos los trastornos psicosomáticos tienen en común el hecho de que los

factores causales de tipo psicógeno desempeñan un papel relevante. En este tipo de padecimientos el conflicto se somatiza con excesiva facilidad, sobre todo cuando gracias a ello se descarga la estructura neurótica de la relación entre padres e hijos. Son conocidos los fenómenos psicósomáticos que presentan algunos lactantes de 6 a 8 meses de edad cuando de repente se les niega la relación afectiva con la madre. Estos niños llaman la atención por su comportamiento triste y resignado, lloran mucho, con frecuencia no tienen apetito, etc.

Para Ajuriaguerra citado en Díaz Curiel (1991) Las enfermedades psicósomáticas se caracterizan por una desorganización somática, pasajera o permanente, cuya génesis o desarrollo comporta un determinismo de orden psicológico, ya sea virtual o regresivo, que pone en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces.

Según D.W. Winnicott citado en Díaz Curiel (1991) la enfermedad psicósomática implica una escisión en la personalidad del individuo. Esta escisión se produce a nivel mental como una defensa primordial contra un medio considerado como hostil y persecutorio. Pero en este sentido la somatización puede tener un valor positivo, ya que de mantenerse ese nivel de excitación (angustia) dentro del aparato mental podría tener consecuencias catastróficas para su funcionamiento posterior. Por lo anterior Díaz Curiel (1991) menciona que es importante señalar que la enfermedad psicósomática infantil tiene una doble vertiente. Por una parte se convierte en un nuevo código de señales que pone en evidencia que algo no marcha bien en el entorno del niño. Esto induce un cambio en el medio familiar donde se intensifican los cuidados y la atención que van a transformar la situación del niño. Por otro lado, el síntoma somático aparece como un medio de descarga de conflictos que de no ser así sobrepasarían las posibilidades del aparato mental todavía inmaduro conllevando graves daños para la estructuración de su personalidad en el futuro.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

Pregunta de Investigación:

¿Cómo son los tipos de familia en las que existe un niño o adolescente que desarrolla vitíligo?

Hipótesis:

H₁ Existe disfunción en familias de niños o adolescentes con vitíligo evaluadas a través de la Escala de Funcionamiento Familiar.

H₀ No existe disfunción en familias de niños o adolescentes con vitíligo evaluadas a través de la Escala de Funcionamiento Familiar

Variables:

Se definen conceptual y operacionalmente las siguientes variables para el presente estudio:

Variable independiente: Nivel de funcionamiento Familiar

Variable dependiente: Vitíligo

Familia: Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en el que se desenvuelve. Espejel (1997)

Funcionalidad familiar: La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Espejel (1997)

Vitíligo: es una leucoderma (manchas blancas) cutánea adquirida. En general representa mayor problema cosmético mientras más oscura es la piel de quien lo padece, en niños de piel blanca puede pasar inadvertido. En el vitíligo los melanocitos o células cutáneas, encargadas de producir la melanina, pigmento de color café oscuro al que debe la piel su color, cesa de funcionar y eventualmente desaparece.

Muestra:

Se trabajó con 30 familias de niños o adolescentes con diagnóstico de vitíligo que acudieron a consulta externa del servicio de dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, la muestra se obtuvo por un muestreo no aleatorio por cuotas.

Se seleccionó una muestra que cubría las siguientes características:

Criterios de Inclusión:

- Familias con un niño o un adolescente con diagnóstico de vitíligo
- Que acudan a consulta médica al Instituto Nacional de Pediatría
- Que acepten colaborar en la investigación

Criterios de Exclusión:

- Niños o adolescentes que presenten otra patología orgánica asociada
- Familias de niños o adolescentes con dos o más miembros diagnosticados con vitíligo
- Familias sustitutas de niños o adolescentes con diagnóstico de vitíligo
- Que acudan a consulta con otro familiar o tutor que no sea la madre
- Familias que no acepten participar en el protocolo de investigación
- Niños o adolescentes con diagnóstico de vitíligo asociado con diagnóstico de retraso mental

Criterios de Eliminación:

Aquellos sujetos que deserten durante el transcurso de la evaluación psicológica familiar.

Escenario:

Instituto Nacional de Pediatría. La entrevista y aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar, se realizó en un consultorio del Servicio de Psiquiatría y Psicología de dicho instituto.

Instrumento:

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia. Las áreas son : territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología, las categorías dinámico estructurales que se obtuvieron por el análisis factorial fueron : autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. La Escala de Funcionamiento Familiar es el resultado de la evolución de muchos años de trabajo no solo en nuestro país, con sujetos y familias mexicanas, sino de la revisión minuciosa de otras guías de evaluación familiar originadas en otros países como Canadá y Estados Unidos de América y de la certeza que era necesario adaptar y crear instrumentos para nuestra población más que adoptar los de otros países.

Confiabilidad del instrumento:

Aunque este cuestionario se ha diseñado para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicarse en forma individual, el proceso de validación y confiabilidad en nuestro país dio como resultado que los 40 ítems cuentan con buena discriminación, con una consistencia interna alfa de Cronbach=0.91, de ahí que con los resultados obtenidos el instrumento cuenta con una confiabilidad de .91 y discrimina sensiblemente las familias funcionales de las disfuncionales.

Criterios de calificación de la escala:

Los criterios de calificación incluyen tres aspectos muy importantes: la etapa del ciclo vital por la que cursa la familia, la clase socioeconómica y la estructura de la familia.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías. Asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de los psicólogos que evalúan considerando los tres aspectos mencionados anteriormente. Incluyendo los criterios de calificación para los reactivos propuestos por la autora, cualquier pregunta que no sea posible de contestar porque no es el caso, se calificará con 4, como por ejemplo acostumbra hacer promesas no

Una vez calificado cada uno de los 40 ítems se procedió a pasar las puntuaciones obtenidas al formato de calificación, de acuerdo al número de reactivo que corresponde a cada una de las áreas dinámico estructurales, se obtuvo la suma horizontalmente por cada una de estas, y el puntaje global de funcionamiento familiar se obtuvo sumando verticalmente los ítems que no estén sombreados en dicho formato. Debido a que un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos, posteriormente se realizó la suma por área y por puntaje global, se procedió a graficar los datos en la hoja de perfil de funcionamiento familiar para ubicar el nivel de funcionamiento. El resultado de los puntajes obtenidos en cada área se vació en la hoja de captación de datos para su posterior procesamiento.

Definición de términos:

Familiograma. Es la representación gráfica de la familia que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc. Así como la detección del paciente identificado cuando este existe. Espejel (1997)

Dinámica familiar. Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia. Espejel (1997)

Familia. Un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve. Espejel (1997)

Estructura Familiar. La forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas y límites, territorio y geografía. Espejel (1997)

Funcionalidad familiar. La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Espejel (1997)

Tipo de Estudio:

De campo exploratorio: debido a que se busca descubrir las relaciones e interacciones ente variables psicológicas y describir las mismas.

Procedimiento:

Una vez seleccionada la muestra se procedió a aplicar a cada familia la Escala de Funcionamiento Familiar obteniendo la información de la madre biológica, se comenzó estableciendo rapport y posteriormente se explicó que se iba a proceder a hacer algunas preguntas sobre la familia y el entrevistador marcó la o las posibilidades de respuestas que creyó convenientes de acuerdo a las respuestas dadas por la entrevistada, así mismo se aplicó un formato de entrevista donde se obtuvieron los datos de diversas variables así como el familiograma.

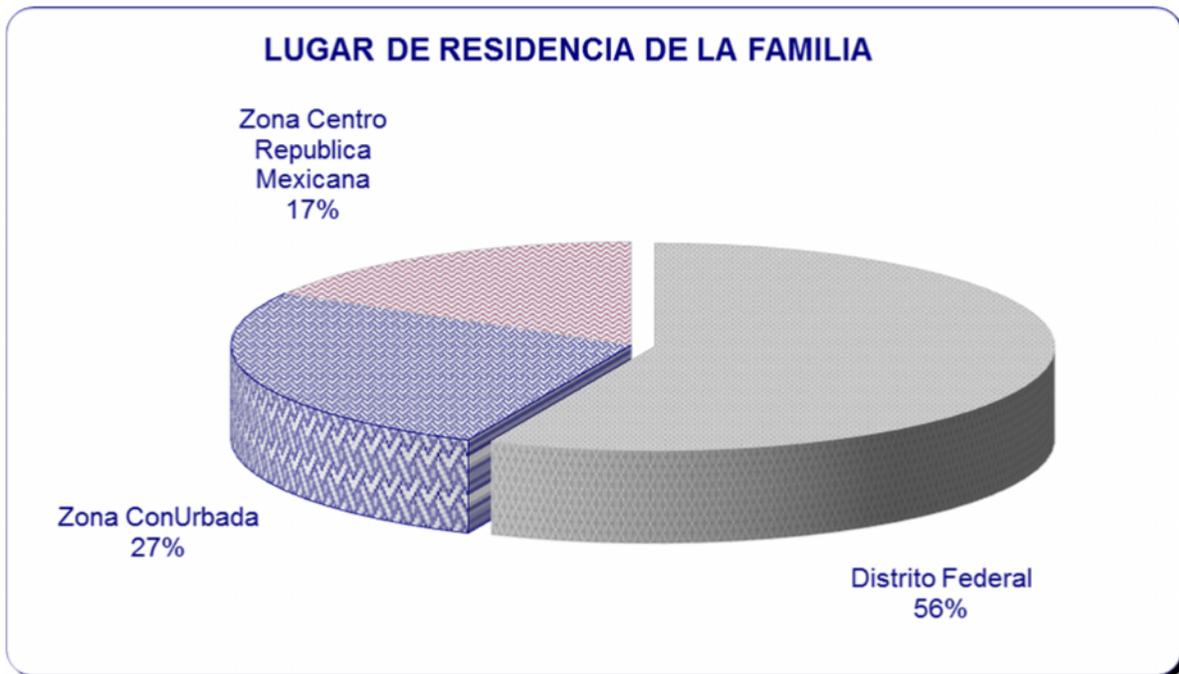
Esta valoración psicológica tuvo una duración aproximada de 2 horas.

Una vez realizado lo anterior, se procedió a la revisión, calificación y codificación del instrumento aplicado para su posterior procesamiento.

El análisis estadístico de los datos se realizó por medio de la estadística descriptiva para las variables de sexo, edad, escolaridad, etc., así como el resultado de la estructura, funcionalidad familiar y se contrastaron las diferencias de cada una de las variables para observar su funcionalidad o disfuncionalidad.

CAPITULO V RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

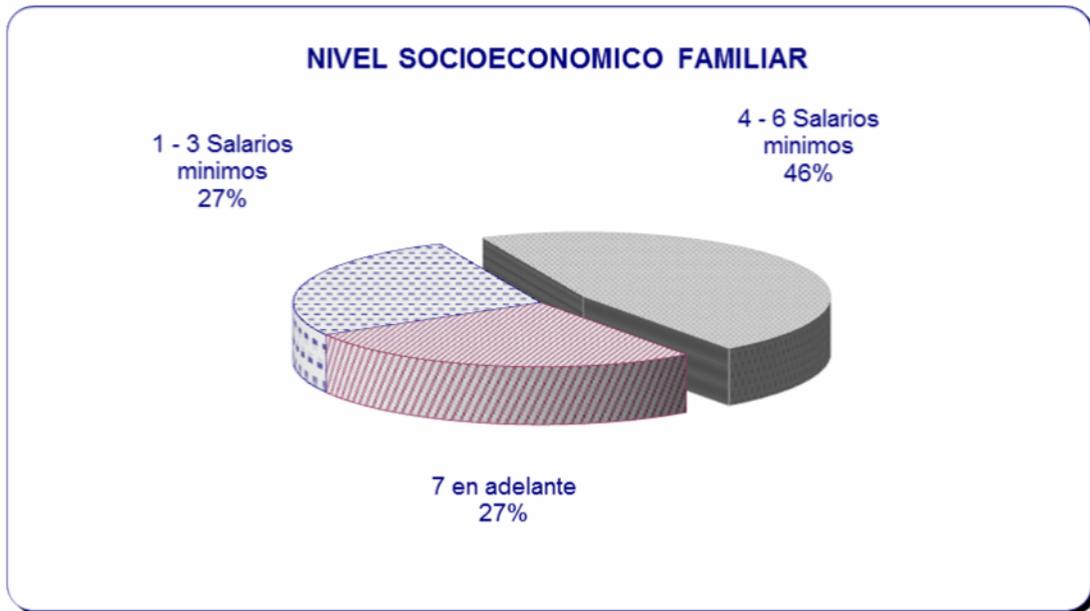
5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



GRAFICA 1

TABLA 1 RESIDENCIA	
	%
Distrito Federal	57
Zona Conurbana	27
Zona Centro República Mexicana	17

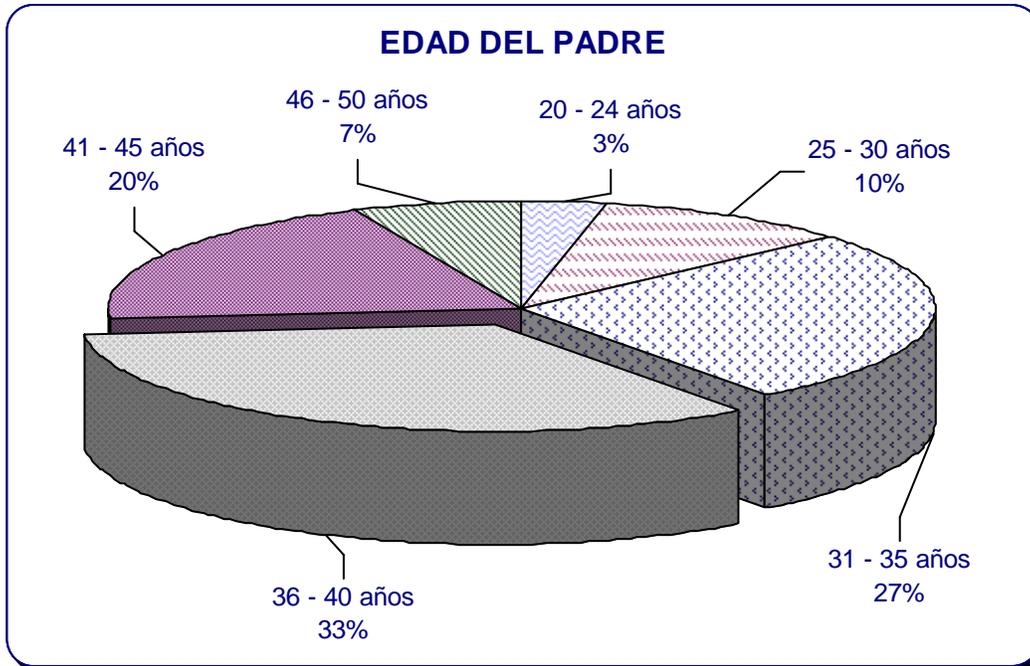
La muestra fue obtenida en más del 50% de personas que vivían en el D.F. Mientras que el 27% se situó en la zona conurbana y el resto en el interior de la república



GRAFICA 2

TABLA 2 NIVEL SOCIOECONÓMICO	
	%
1 - 3 Salarios mínimos	27
4 - 6 Salarios mínimos	47
7 en adelante	26

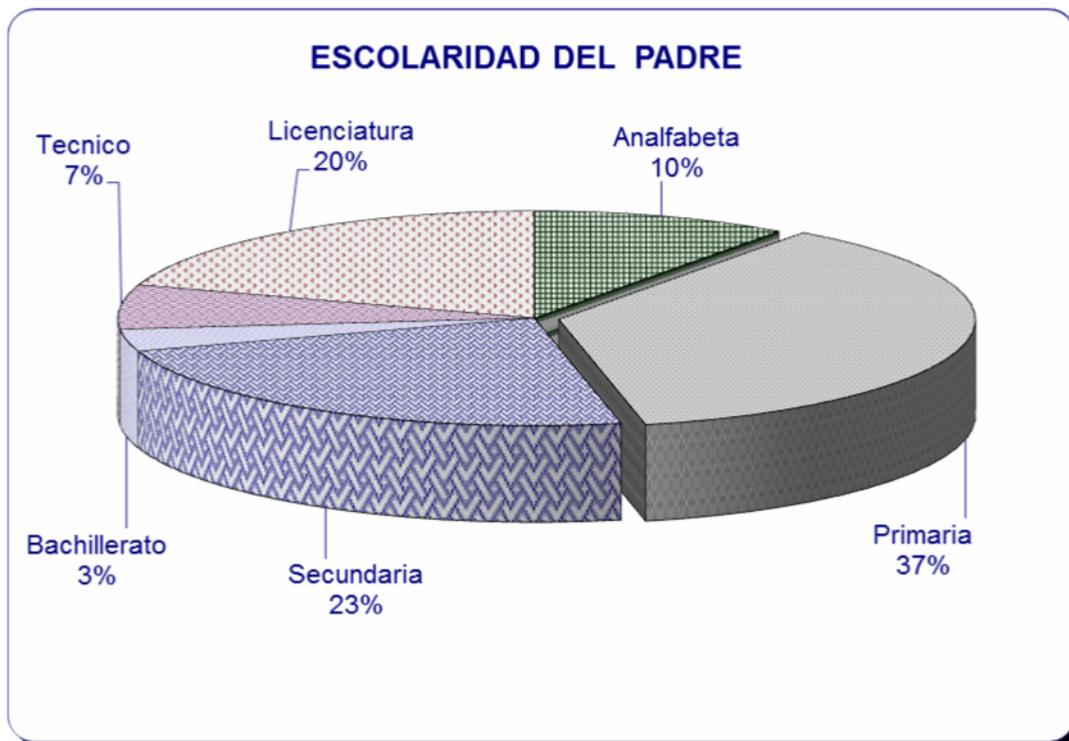
El nivel socioeconómico fue situado en un 47% en el rango de 4 a 6 salarios mínimos, seguido de 27% en el rango de 1 a 3 salarios mínimos y 26% en 7 salarios mínimos en adelante.



GRAFICA 3

TABLA 3 EDAD DEL PADRE	
	%
20 – 24 años	3
25 – 30 años	10
31 – 35 años	27
36 – 40 años	33
41 – 45 años	20
46 – 50 años	7

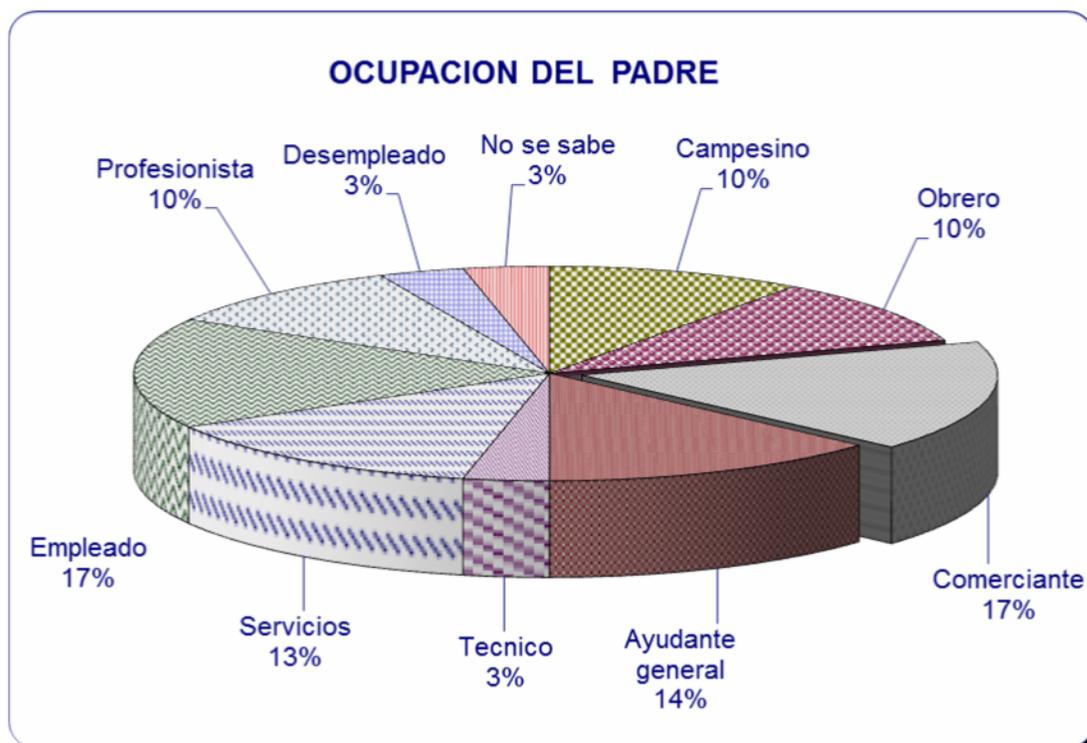
En esta gráfica se observa que el 33% de los padres de los niños o adolescentes con vitíligo tienen entre 36 y 40 años, el 27% entre 31-35, el 20% entre 41 y 45, el 10% entre 25 y 30 años y el 7% entre 46 y 50 años, finalmente solo el 3% está en el rango de edad de 20 a 24 años.



GRAFICA 4

TABLA 4 ESCOLARIDAD DEL PADRE	
	%
Analfabeta	10
Primaria	37
Secundaria	23
Bachillerato	3
Técnico	7
Licenciatura	20

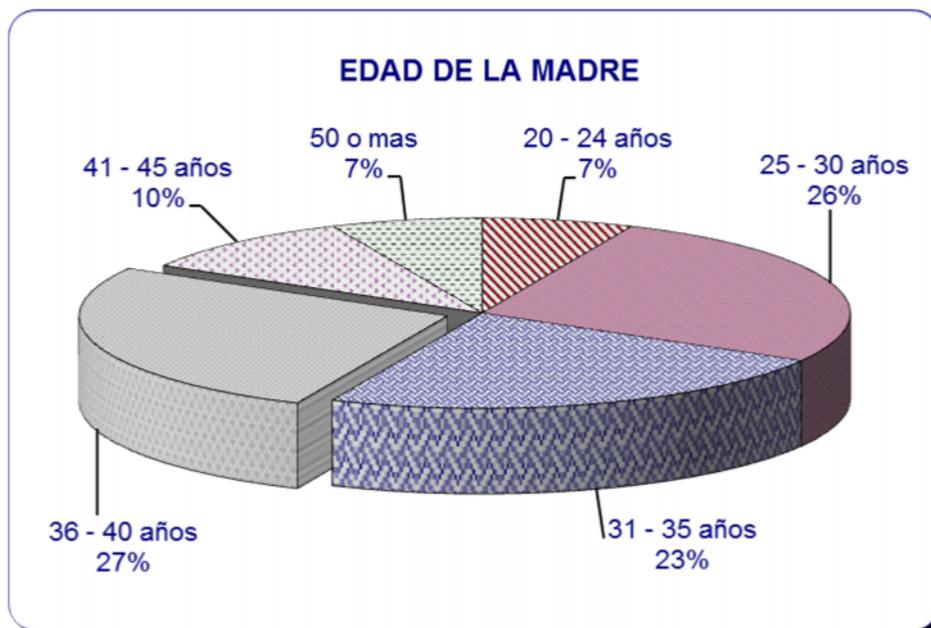
En cuanto a la escolaridad del padre la mayoría de ellos (un 37%) solo cursaron hasta la primaria, el 23% secundaria, el 20% licenciatura el 10% cursó estudios de bachillerato o técnicos y un 10% es analfabeta.



GRAFICA 5

TABLA 5 OCUPACIÓN DEL PADRE	
	%
Campesino	10
Obrero	10
Comerciante	17
Ayudante general	13
Técnico	3
Servicios	13
Empleado	17
Profesionista	10
Desempleado	3
No se sabe	3

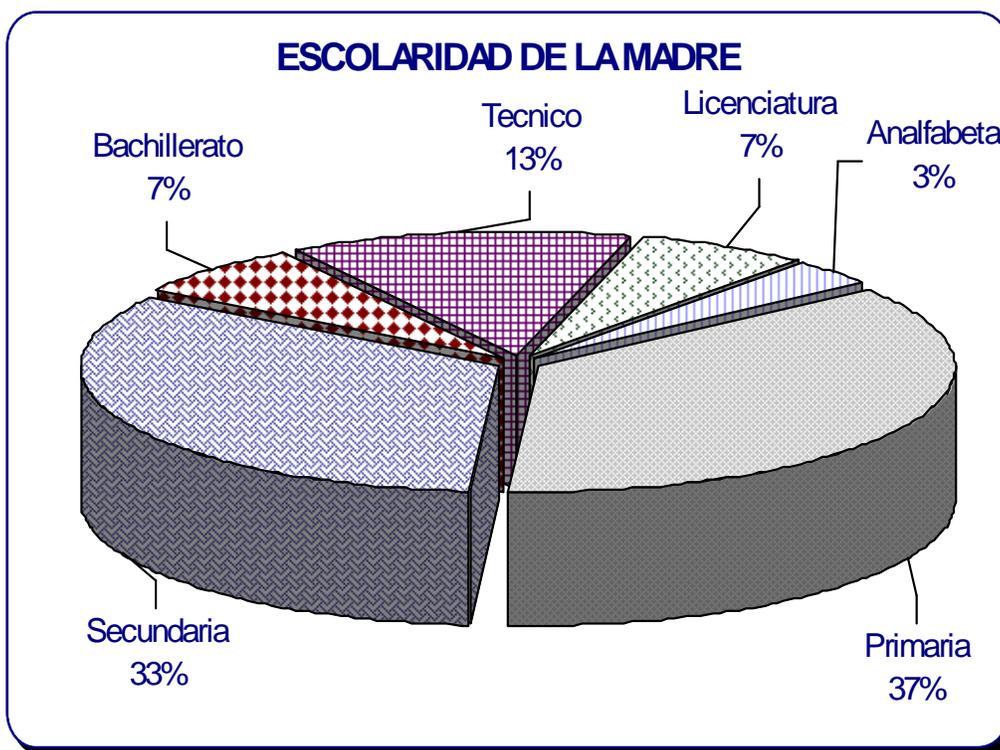
En cuanto a la ocupación del padre las tendencias más significativas están que el 17% se dedica al comercio, otra igual cantidad es empleado, el 10% son campesinos y globalizando las profesiones (obrero, ayudante general, servicios, técnico) se tendría un 39% en estas profesiones, solo un 3% es desempleado y también un 3% se desconoce la actividad actual por no vivir en el seno familiar.



GRAFICA 6

TABLA 6 EDAD DE LA MADRE	
	%
20 - 24 años	7
25 - 30 años	27
31 - 35 años	23
36 - 40 años	27
41 - 45 años	10
50 o más	7

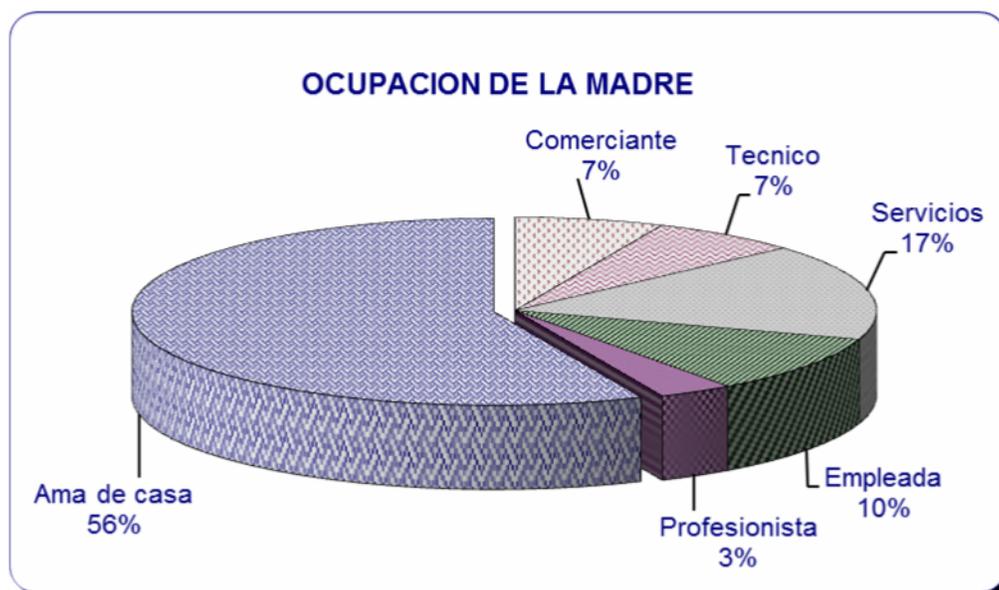
En cuanto a la edad de la madre, el 27% está situado en un rango de 25 a 30 años, otro porcentaje similar está en el rango de 36 a 40 años, el 23% tienen entre 31 a 35 años, el 10% tienen entre 41 a 45 años y 7% tienen de 20 a 24 años y otro 7% tiene 50 o más.



GRAFICA 7

TABLA 7 ESCOLARIDAD DE LA MADRE	
	%
Analfabeta	3
Primaria	37
Secundaria	33
Bachillerato	7
Técnico	13
Licenciatura	7

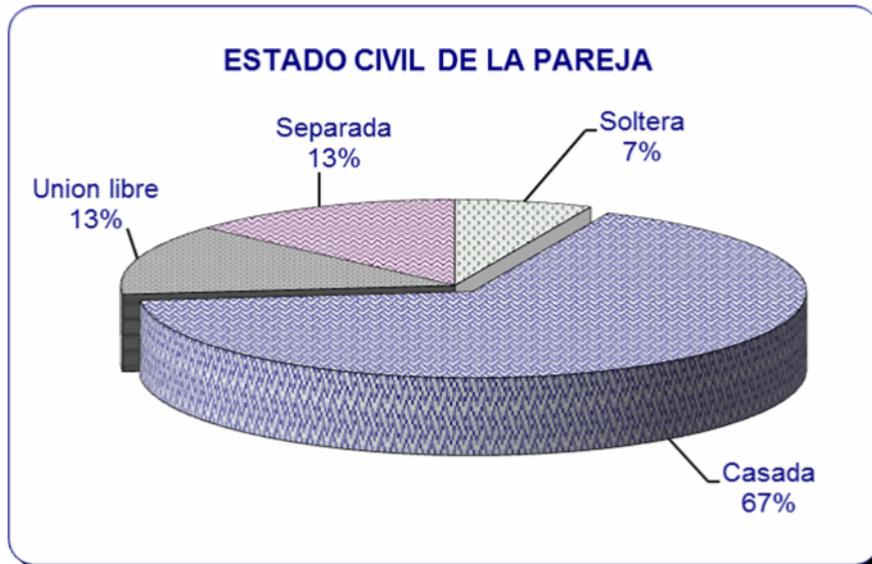
En cuanto a la escolaridad de la madre se observó que el 37% terminaron la primaria, 33% la secundaria, 13% tiene estudios técnicos, 7% termino el bachillerato, 7% tiene una licenciatura y sol el 3% es analfabeta.



GRAFICA 8

TABLA 8 OCUPACIÓN DE LA MADRE	
	%
Comerciante	7
Técnico	7
Servicios	17
Empleada	10
Profesionista	3
Ama de casa	56

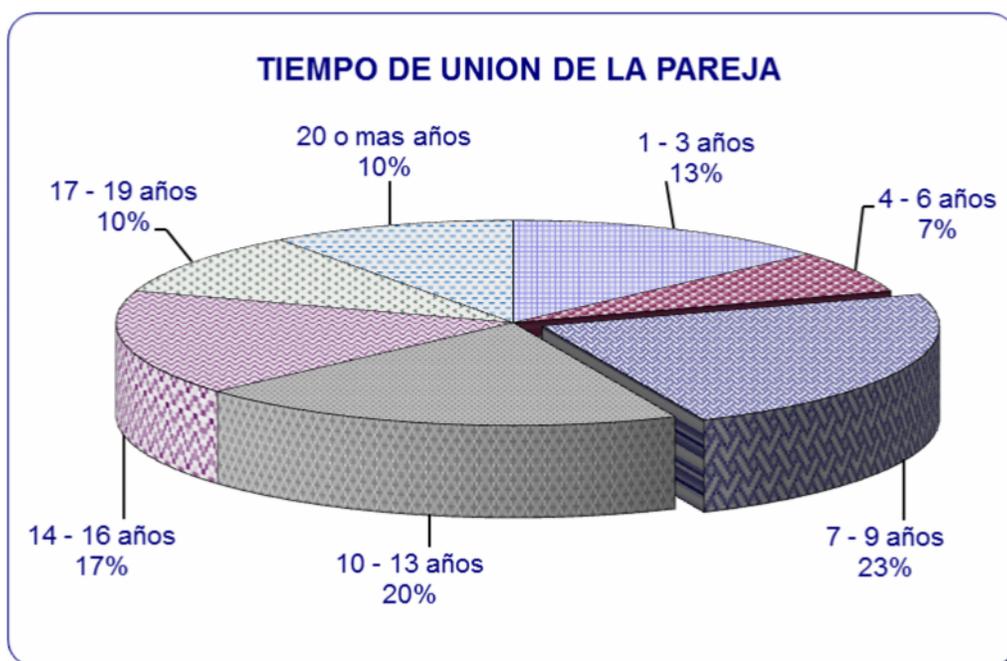
El 56% de las madres se dedican al hogar, el 17% trabajan prestando servicios domésticos, 10% son empleadas, 7% se dedican al comercio, 7% a servicios técnicos y únicamente el 3% ejerce su profesión a nivel licenciatura.



GRAFICA 9

TABLA 9 ESTADO CIVIL	
	%
Soltera	7
Casada	67
Unión libre	13
Separada	13

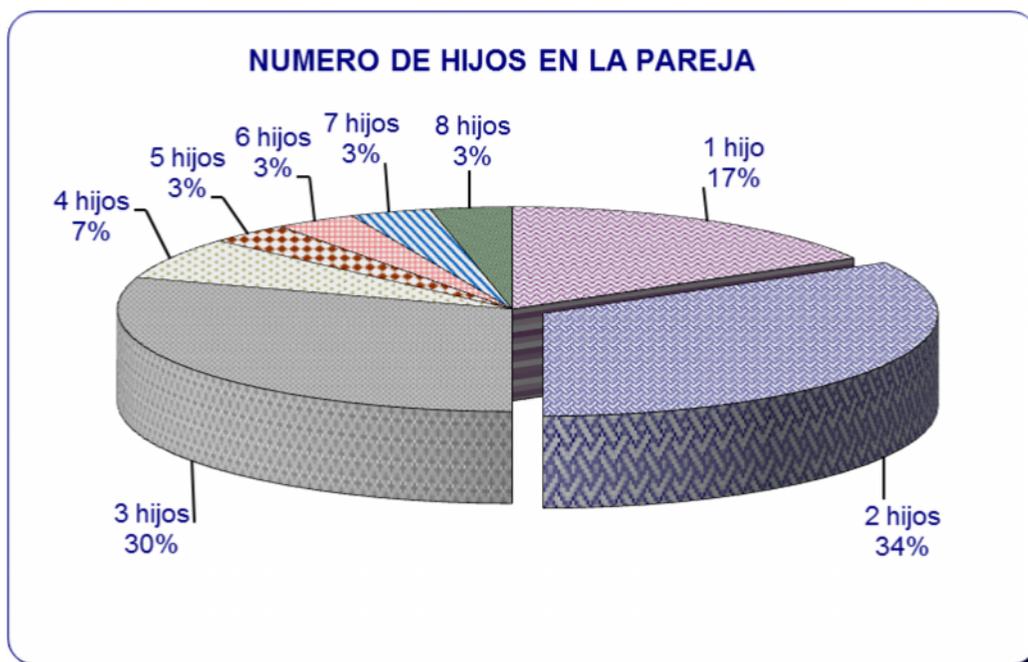
El estado civil de la pareja es casada en un 67%, 13% en vive en unión libre, 13% está separada y 7% son madres solteras.



GRAFICA 10

TABLA 10 TIEMPO DE UNIÓN DE PAREJA	
	%
1 - 3 años	13
4 - 6 años	7
7 - 9 años	23
10 - 13 años	20
14 - 16 años	17
17 - 19 años	10
20 o más años	10

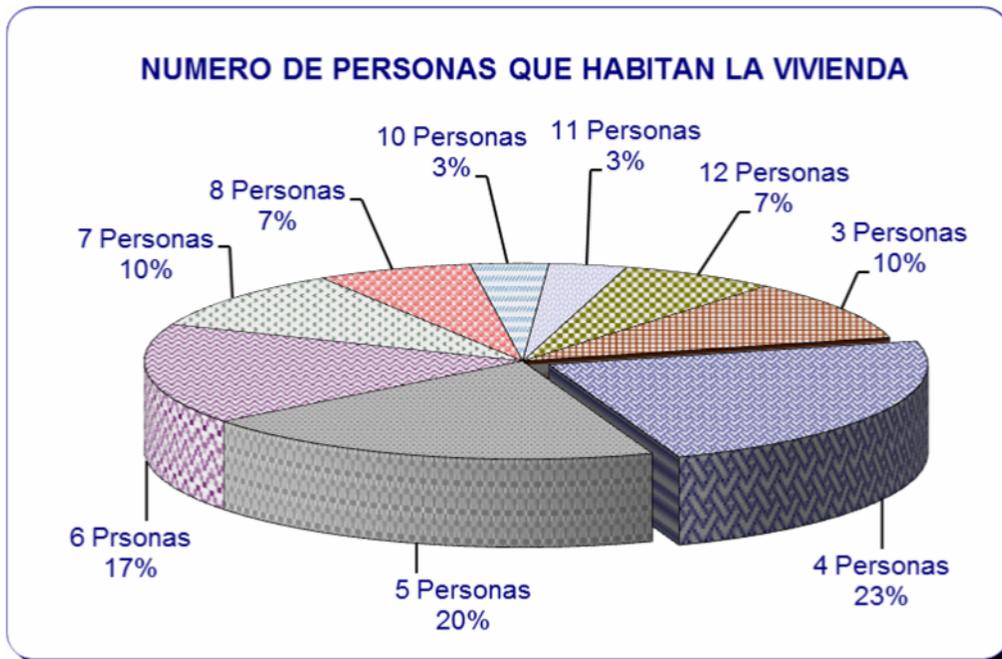
El tiempo de unión de la pareja se centra en el 23% los cuales tienen entre 7 a 9 años de vivir en pareja, 20% de 10 a 13 años, 17% de 14 a 16 años, 13% de 1 a 3 años, 10% de 17 a 19 años, otro porcentaje igual tiene 20 años o más y el 7% tiene entre 4 a 6 años.



GRAFICA 11

TABLA 11 NUMERO DE HIJOS EN LA PAREJA	
	%
1 hijo	17
2 hijos	34
3 hijos	30
4 hijos	7
5 hijos	3
6 hijos	3
7 hijos	3
8 hijos	3

El número total de hijos está principalmente en un porcentaje de 34% con un total de 2 hijos, 30% tienen 3 hijos, 17% son hijos únicos, 7% tiene 4 hijos y el restante porcentaje está dividido en partes iguales de 5 hasta 8 hijos.



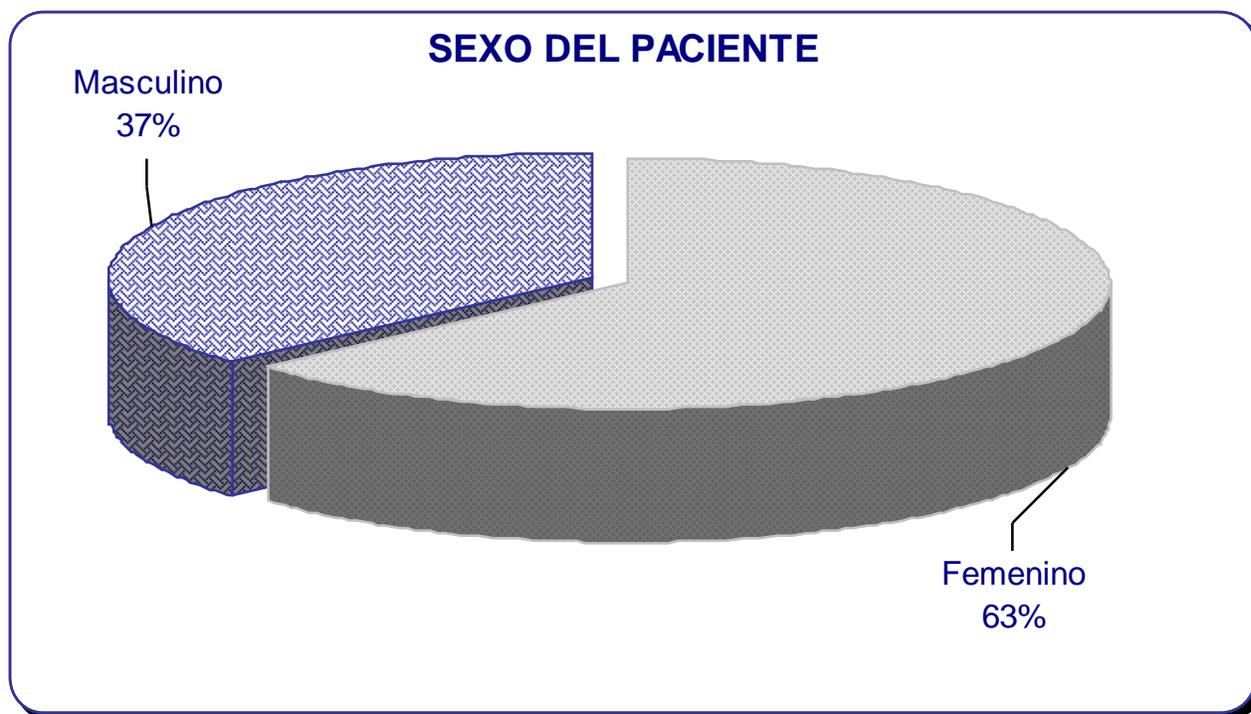
GRAFICA 12

**TABLA 12
NUMERO DE PERSONAS
QUE HABITAN LA
VIVIENDA**

	%
3 Personas	10
4 Personas	23
5 Personas	20
6 Personas	17
7 Personas	10
8 Personas	7
10 Personas	3
11 Personas	3
12 Personas	7

En 23% de la muestra las personas que habitan la vivienda son 4, el 20% 5, 17% 6, 10% 4, 7% 12 personas, 3% 10 personas y 3% 11 personas.

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

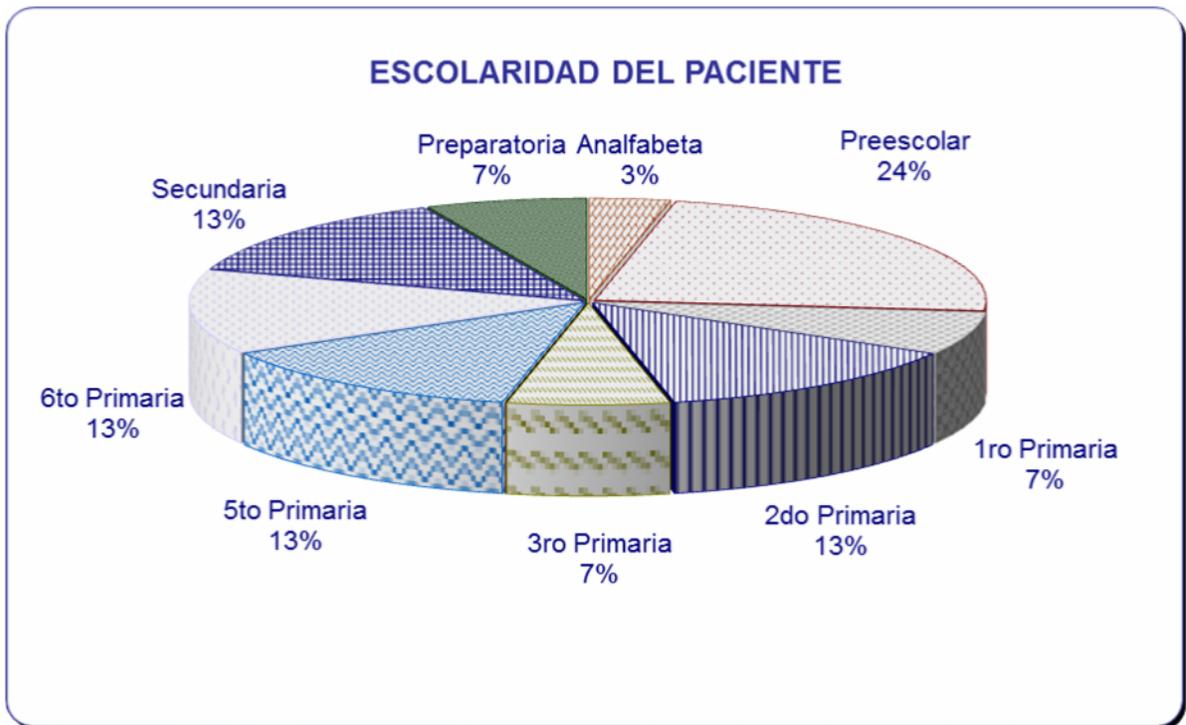


GRAFICA 13

TABLA 13 SEXO	
	%
Femenino	63
Masculino	37

Tabla 20

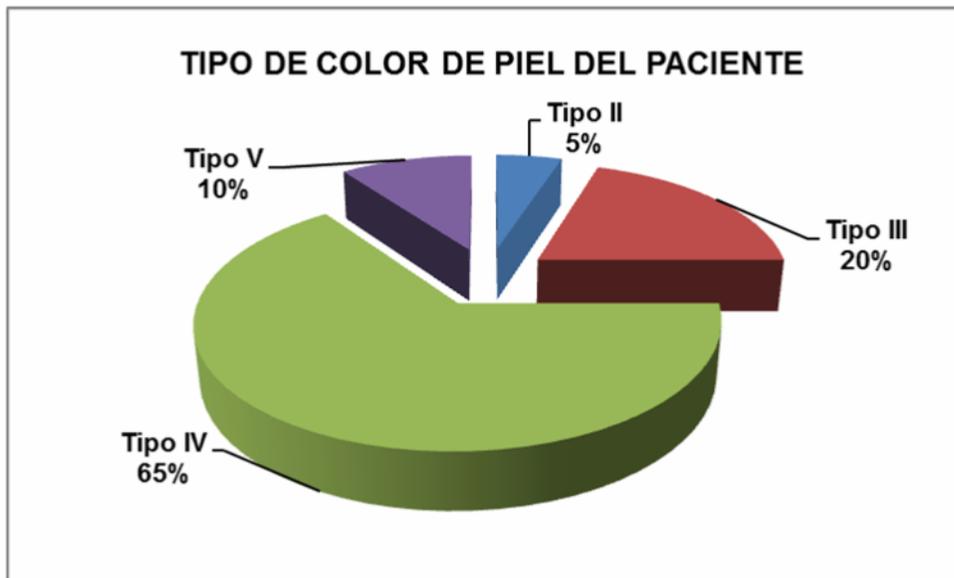
La tendencia en cuanto a sexo se inclinó hacia el sexo femenino ya que se tuvo un 63% del total de la población contra un 37% en el sexo masculino en el paciente identificado



GRAFICA 14

TABLA 14 ESCOLARIDAD DEL PACIENTE	
	%
Analfabeta	3
Preescolar	24
1ro Primaria	7
2do Primaria	13
3ro Primaria	7
4to Primaria	0
5to Primaria	13
6to Primaria	13
Secundaria	13
Preparatoria	7

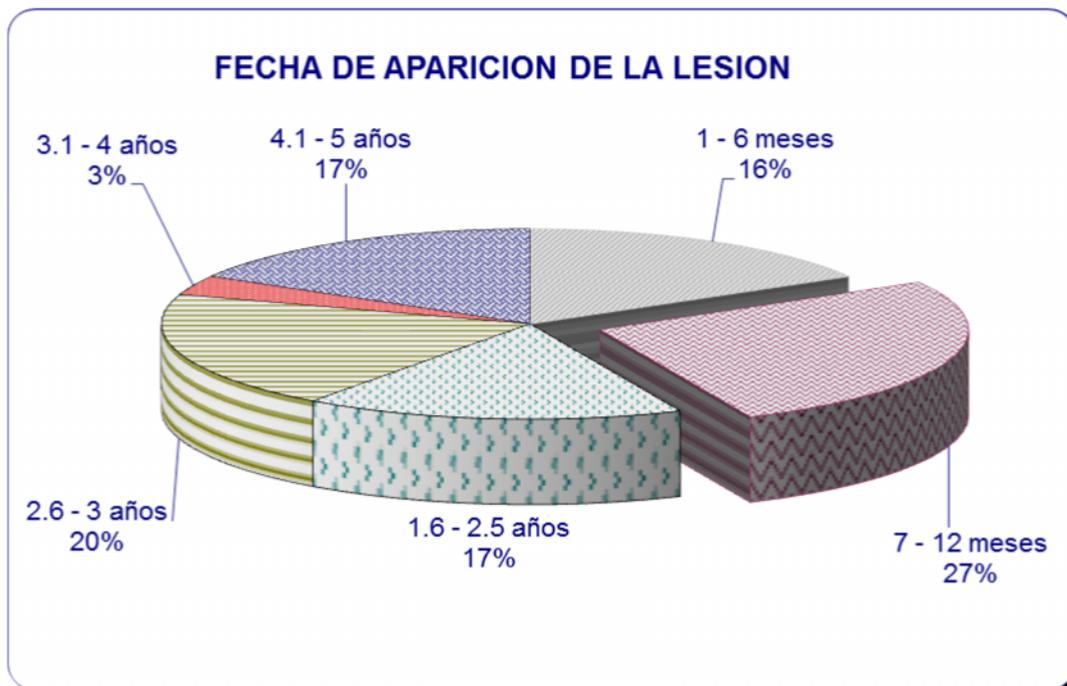
En la gráfica 1 podemos observar que un alto porcentaje de la muestra estudiada (el 53%) cursaban la primaria, seguida de un 24% el preescolar, 13% secundaria, 7% preparatoria y el resto aun no iniciaban su escolarización (3%)



GRAFICA 15

TABLA 15 TIPO DE PIEL	
	%
Tipo II	5
Tipo III	20
Tipo IV	65
Tipo V	10

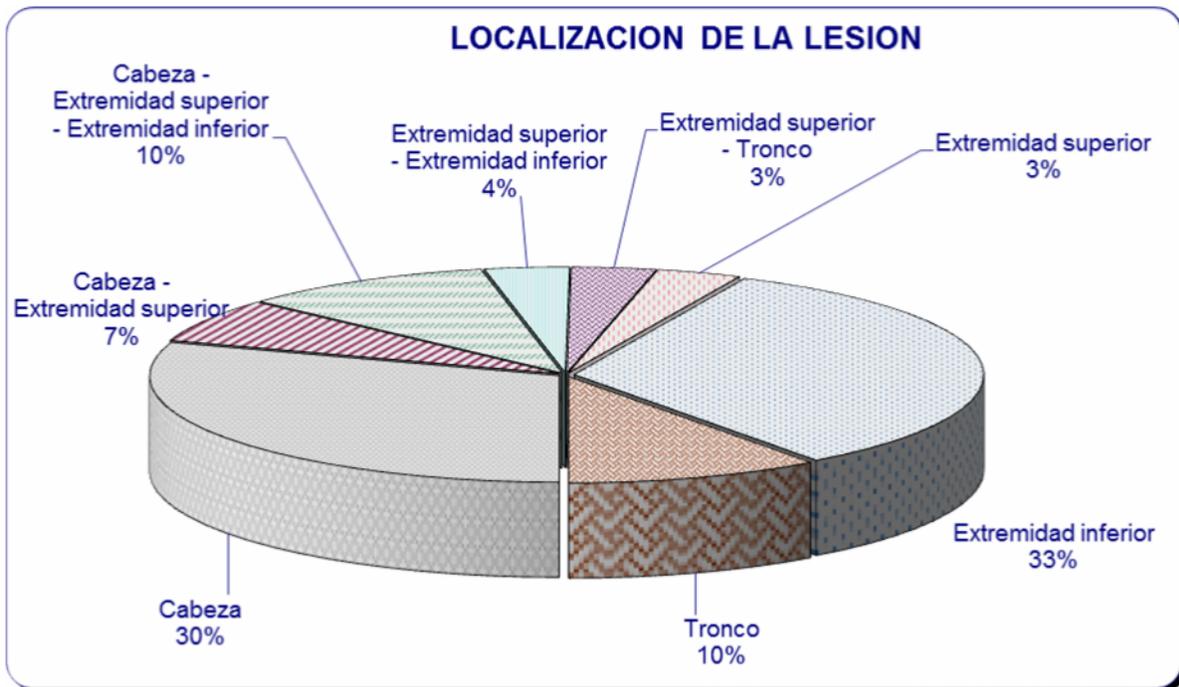
En la gráfica 21 podemos observar que la tendencia de los pacientes estudiados en cuanto al color de la piel está en un 65% en el tipo IV y 20% en el tipo III, es importante señalar que en la población con color de piel más oscura el vitíligo es más evidente.



GRAFICA 16

TABLA 16 FECHA DE APARICIÓN DE LA LESIÓN	
	%
1 - 6 meses	17
7 - 12 meses	27
1.1 - 1.5 años	0
1.6 - 2.5 años	17
2.6 - 3 años	20
3.1 - 4 años	3
4.1 - 5 años	17

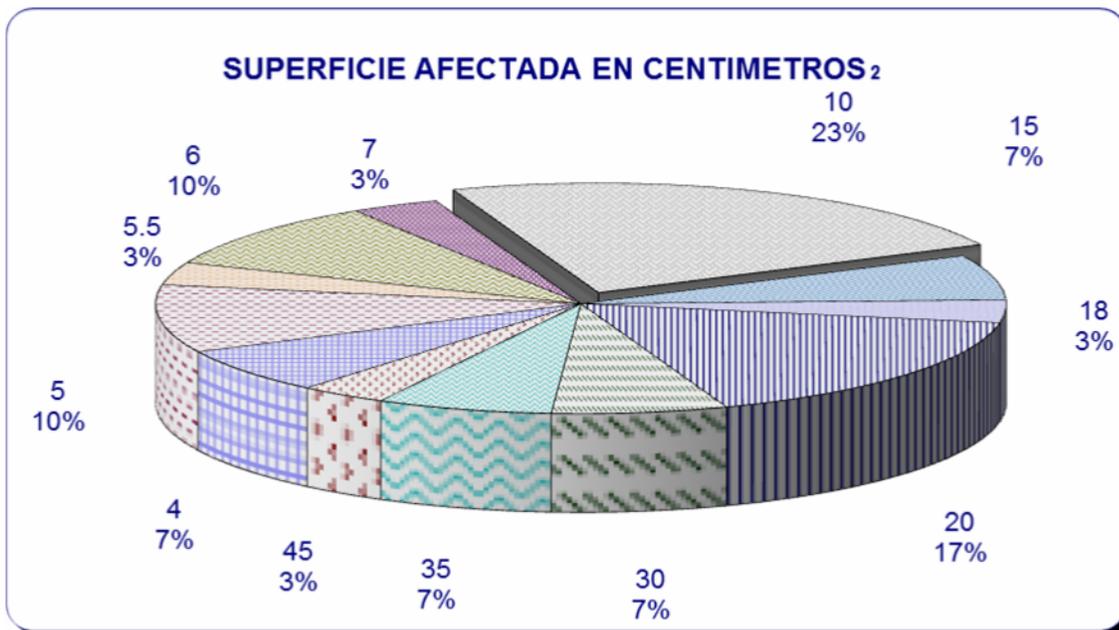
En la presente grafica podemos observar que la tendencia de la fecha de aparición de la lesión se inclina en un 26% entre 7 y 12 meses, siguiendo con un 20% de 2.6 a 3 años por lo que se puede concluir que la aparición del vitiligo es máxima de 3 años.



Grafica 17

TABLA 17 LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	
	%
Cabeza	30
Cabeza - Extremidad superior	7
Cabeza - Extremidad superior - Extremidad inferior	10
Extremidad superior - Extremidad inferior	3
Extremidad superior - Tronco	3
Extremidad superior	3
Extremidad inferior	33
Tronco	10

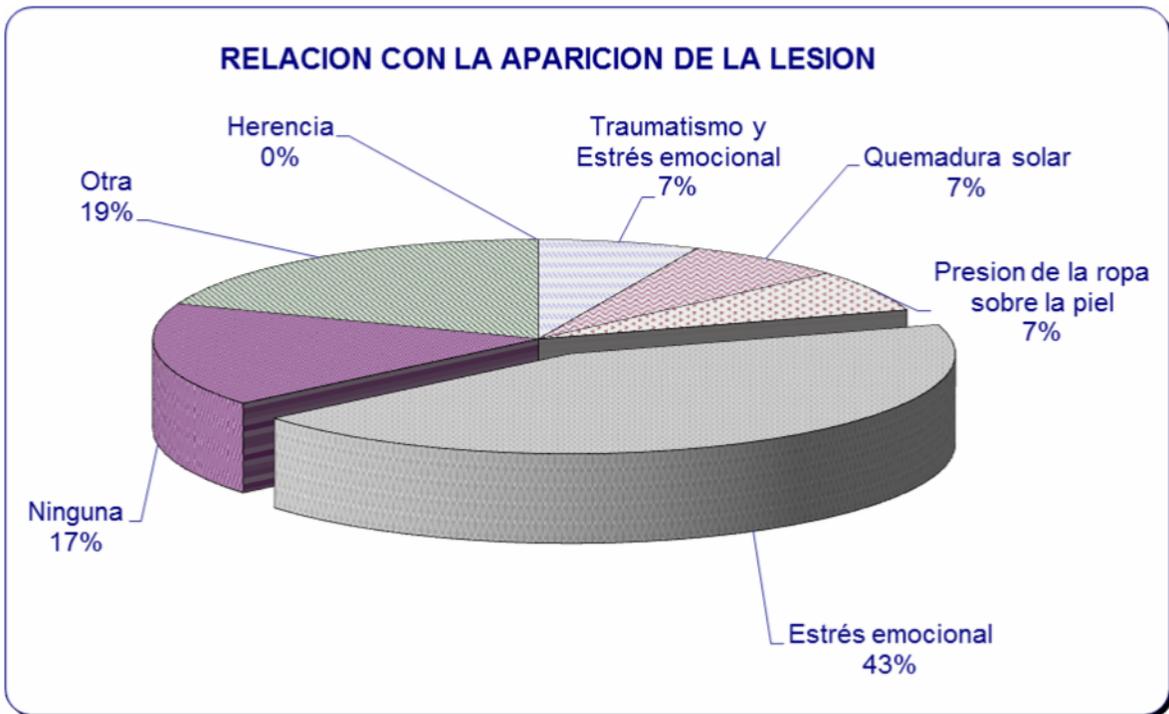
En esta grafica la cuantificación de la lesión se hace más difícil pues el vitíligo solo en su primera aparición puede comenzar en solo una pequeña parte del cuerpo, sin embargo en estados avanzados pueden existir diversas partes del cuerpo, la tendencia en esta muestra se inclinó al 30% en la cabeza



GRAFICA 18

TABLA 18 SUPERFICIE AFECTADA EN CM 2	
CM ₂	%
4	7
5	10
5.5	3
6	10
7	3
10	23
15	7
18	3
20	17
30	7
35	7
45	3

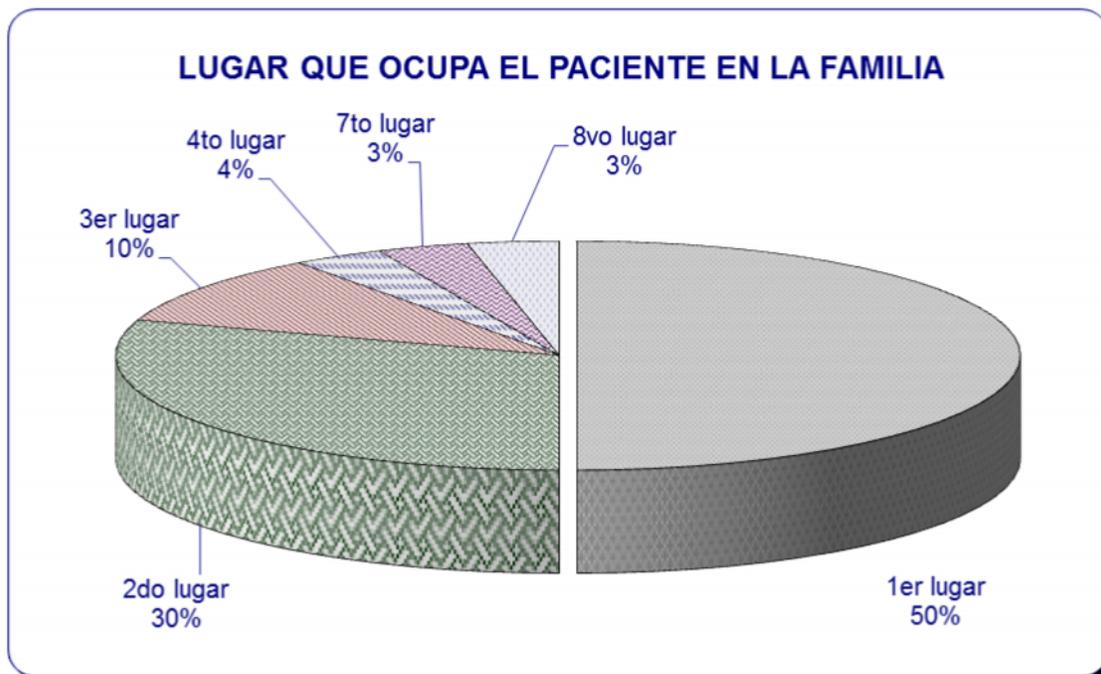
En esta grafica se observa que al medir la superficie afectada por paciente un porcentaje del 23% tenían lesiones de aproximadamente 10 c_{m2} y un 17% 20 cm₂



GRAFICA 19

TABLA 19 RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE LA LESIÓN	
	%
Traumatismo y Estrés emocional	7
Quemadura solar	7
Presión de la ropa sobre la piel	7
Estrés emocional	43
Ninguna	17
Otra	19
Herencia	0

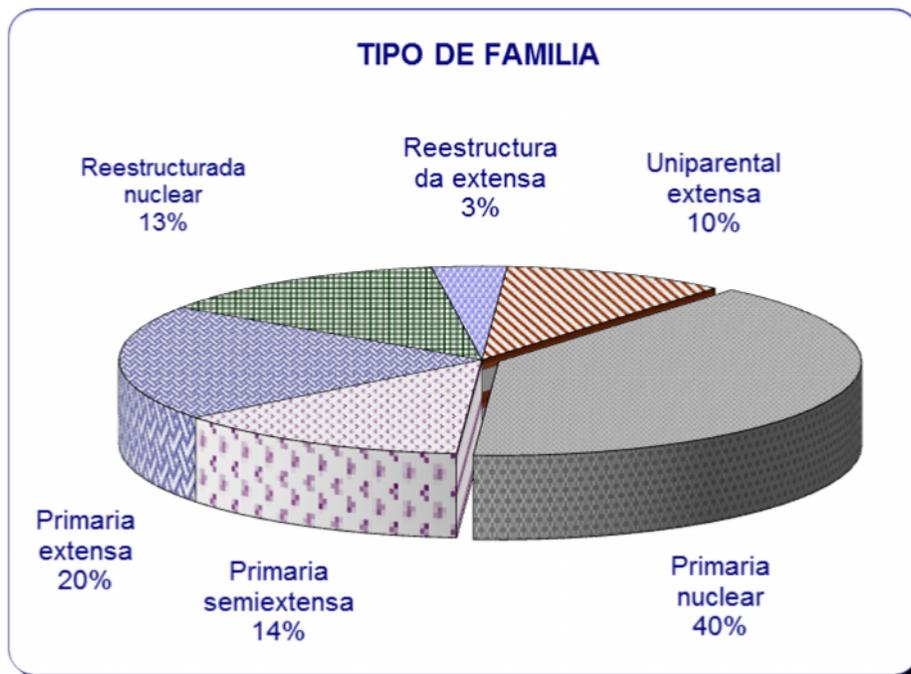
En esta gráfica se observa que el 43% de las madres entrevistadas relacionar la aparición de la lesión con estrés emocional, 7% con estrés emocional y traumatismo (algún golpe), dando un total del 50%, 7% a una quemadura de sol, 7% a la presión de la ropa sobre la piel, 17% no le atribuyen o asocian ninguna causa con la aparición de la lesión y el 19% a otras causas no especificadas.



GRAFICA 20

TABLA 20 LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE EN LA FAMILIA	
	%
1er lugar	51
2do lugar	30
3er lugar	10
4to lugar	3
7to lugar	3
8vo lugar	3

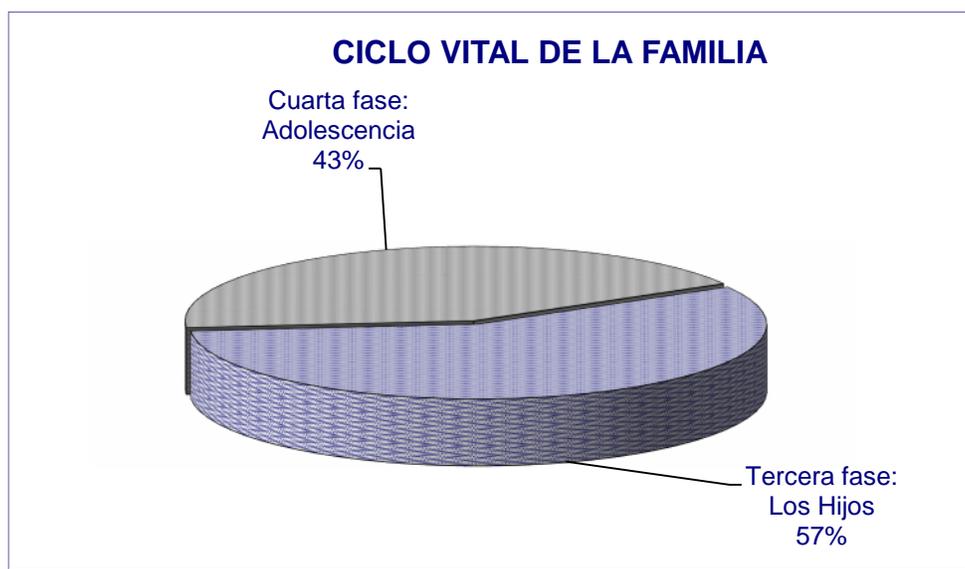
En esta grafica observamos que de manera significativa el 51% de los sujetos estudiados ocupan el primer lugar en la familia, 30% el segundo lugar y 10% el tercer lugar



GRAFICA 21

TABLA 21 TIPO DE FAMILIA	
	%
Primaria nuclear	41
Primaria semiextensa	13
Primaria extensa	20
Reestructurada nuclear	13
Reestructurada extensa	3
Uniparental extensa	10

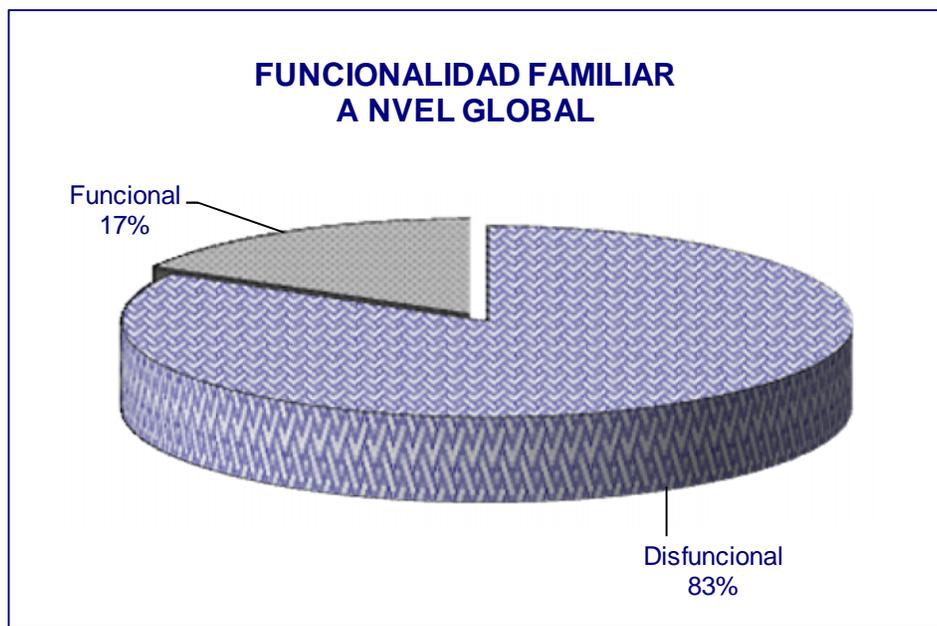
En esta grafica es clara la tendencia que la familia nuclear está presente en un 41%, la primaria extensa en 20% y la familia primaria semiextensa en 13%.



GRAFICA 22

TABLA 22 CICLO VITAL DE LA FAMILIA	
	%
Tercera fase: Los Hijos	57
Cuarta fase: Adolescencia	43

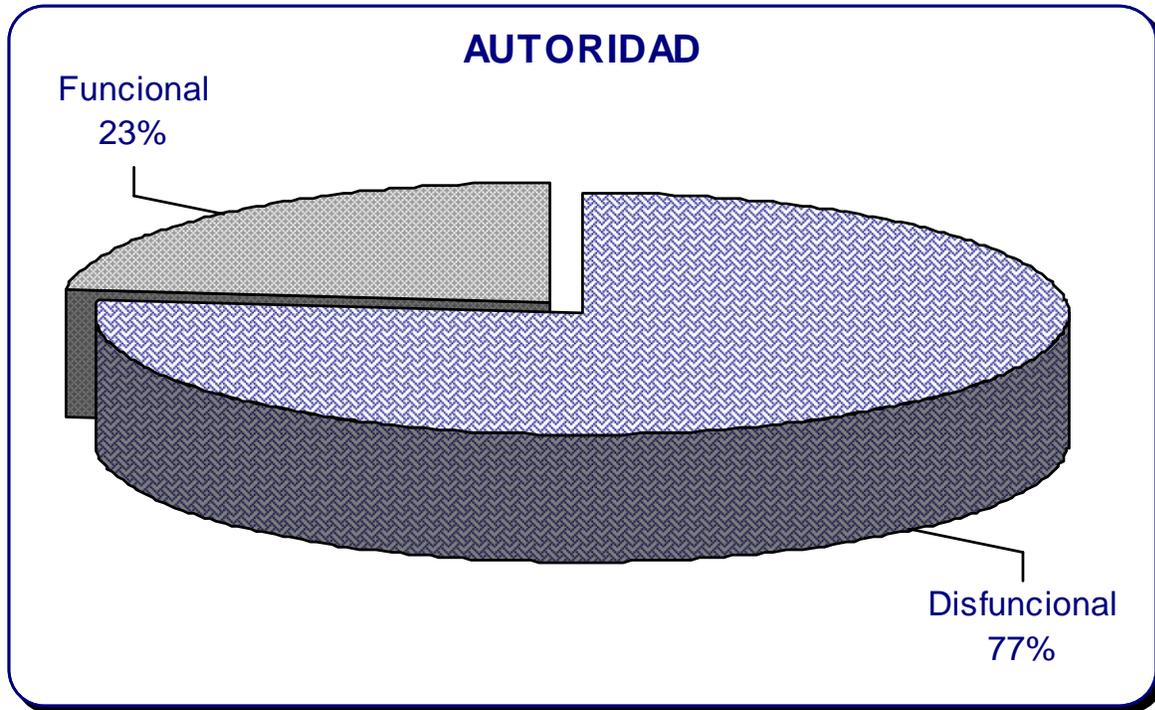
En la gráfica 28 podemos observar que el 57% de la muestra se encuentra en la fase de crianza de los hijos, el 43% está entre la cuarta etapa.



GRAFICA 23

TABLA 23 FUNCIONALIDAD A NIVEL GENERAL	
	%
Disfuncional	83
Funcional	17

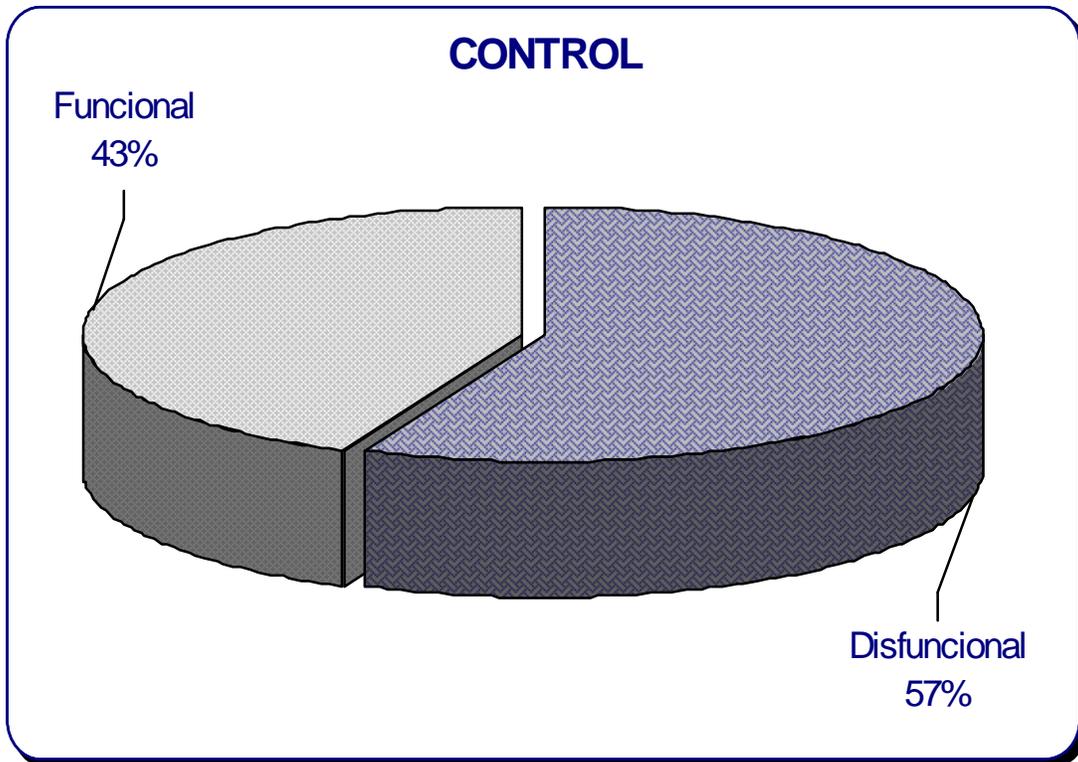
En esta grafica se observa que un gran porcentaje de las familias estudiadas (83%), a nivel general presentan disfuncionalidad familiar.



GRAFICA 24

TABLA 24 AUTORIDAD	
	%
Disfuncional	77
Funcional	23

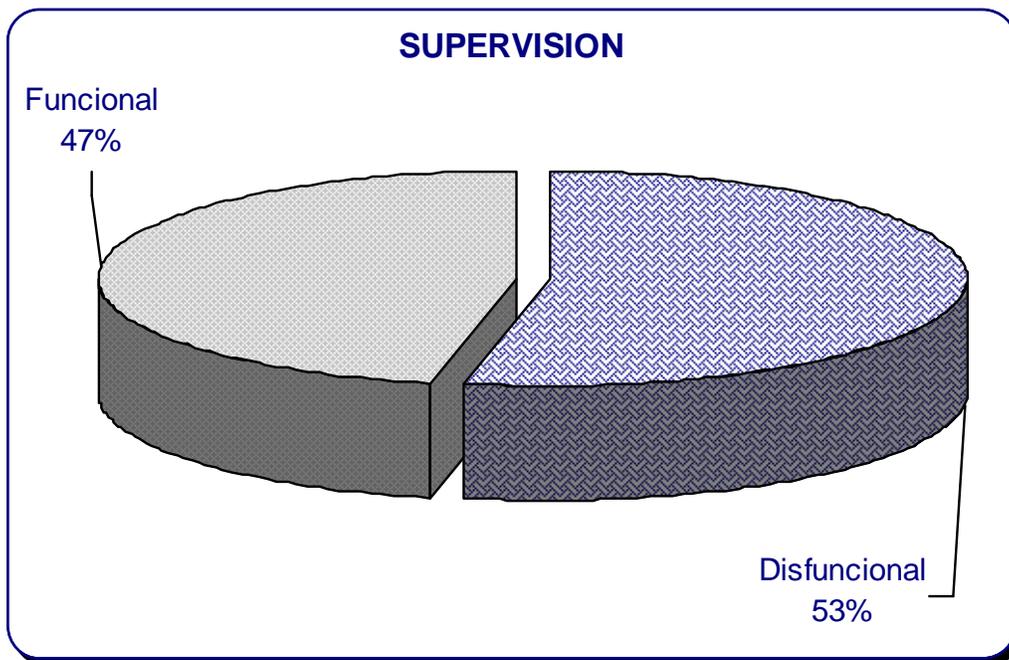
En los datos presentados se observa que la autoridad es disfuncional en un 77% lo que indica que no existe una adecuada eficacia en la aplicación de la autoridad debido a que no se avisa cuando alguien invita a casa a alguien o se le avisa a otro familiar que no pertenece al subsistema parental, en las decisiones familiares no participa el subsistema parental, los hijos u otro no familiar deciden el programa de tv. y algún miembro del subsistema parental se aísla algunas veces, así como uno o varios subsistemas familiares (incluyendo al parental) ha presentado algún problema emocional, así como también existen otros familiares (excluyendo al subsistema parental y de los hijos) que son más reconocidas y tomadas en cuenta



GRAFICA 25

TABLA 25 ORDEN	
	%
Disfuncional	57
Funcional	43

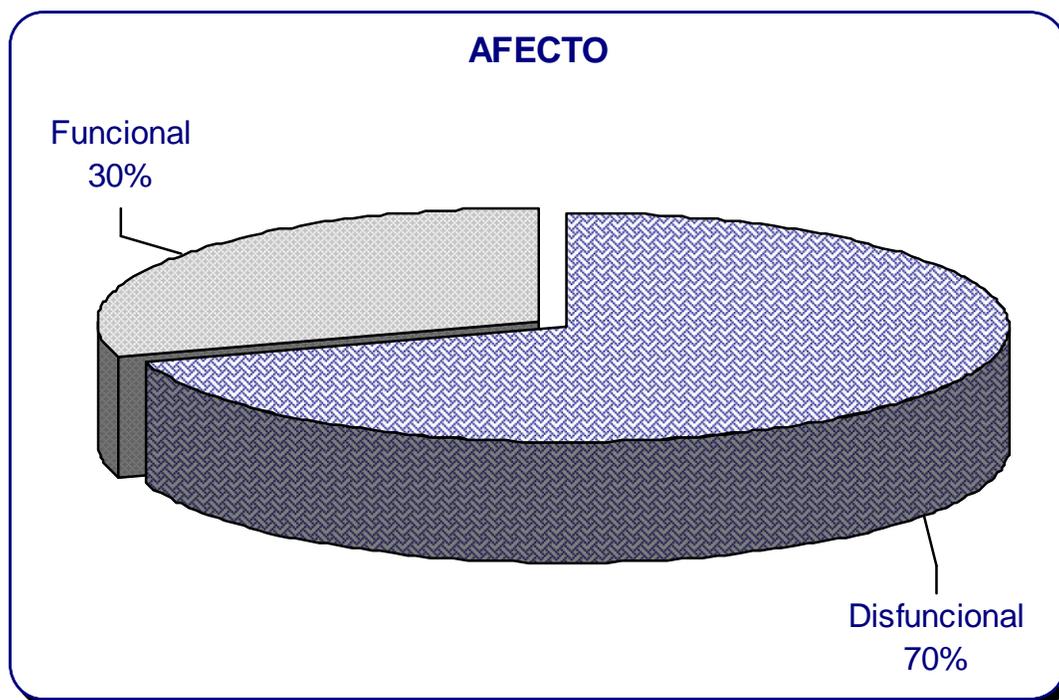
En la siguiente grafica se observa que el área de control es disfuncional en un 57% lo que indica que no se manejan límites y modos de control de conducta adecuados. Esto es debido a que si un padre castiga a un hijo pueden intervenir el otro padres, los hijos y otros familiares, se considera que solo un subsistema familiar es más alegre o se divierte más y que alguien del subsistema parental se aísla, se ha llegado a golpear en la familia entre el subsistema parental.



GRAFICA 26

TABLA 26 SUPERVISIÓN	
	%
Disfuncional	53
Funcional	47

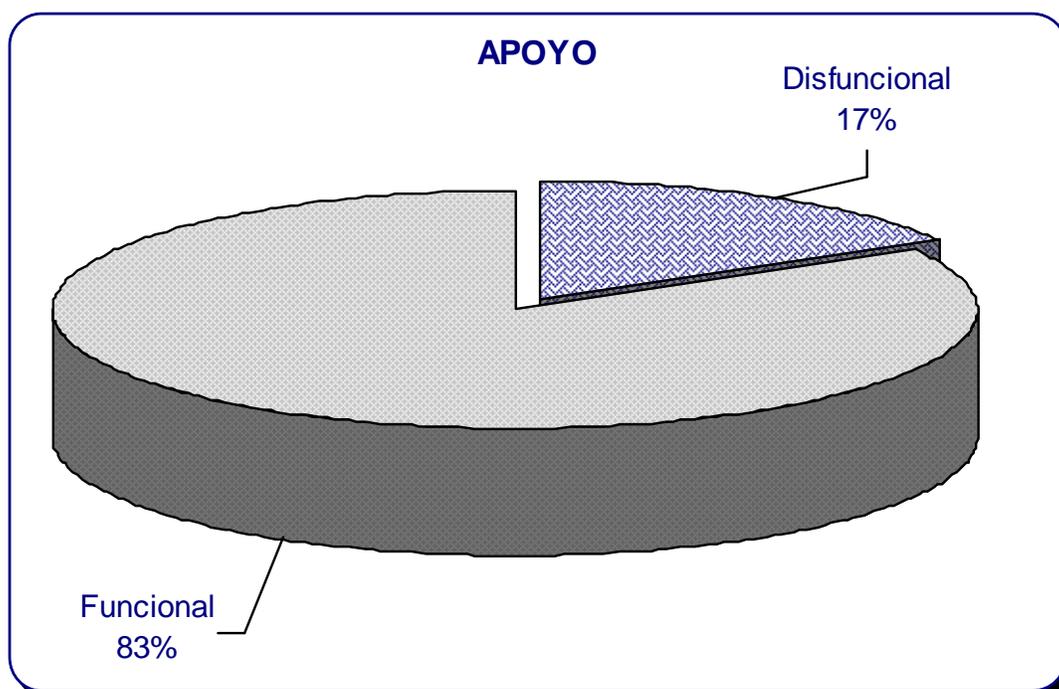
En este grafico se observa un 53% de disfuncionalidad que sugiere poca vigilancia de normas y comportamiento familiar. Cuando en casa algo se descompone la reparación es organizada por los hijos y otros familiares (excluyendo el subsistema parental), los hábitos higiénicos los supervisan otros no familiares, cuando alguien comete una falta se castiga de manera corporal o instrumentalmente por parte de los hijos u otro familiar



GRAFICA 27

TABLA 27 AFECTO	
	%
Disfuncional	70
Funcional	30

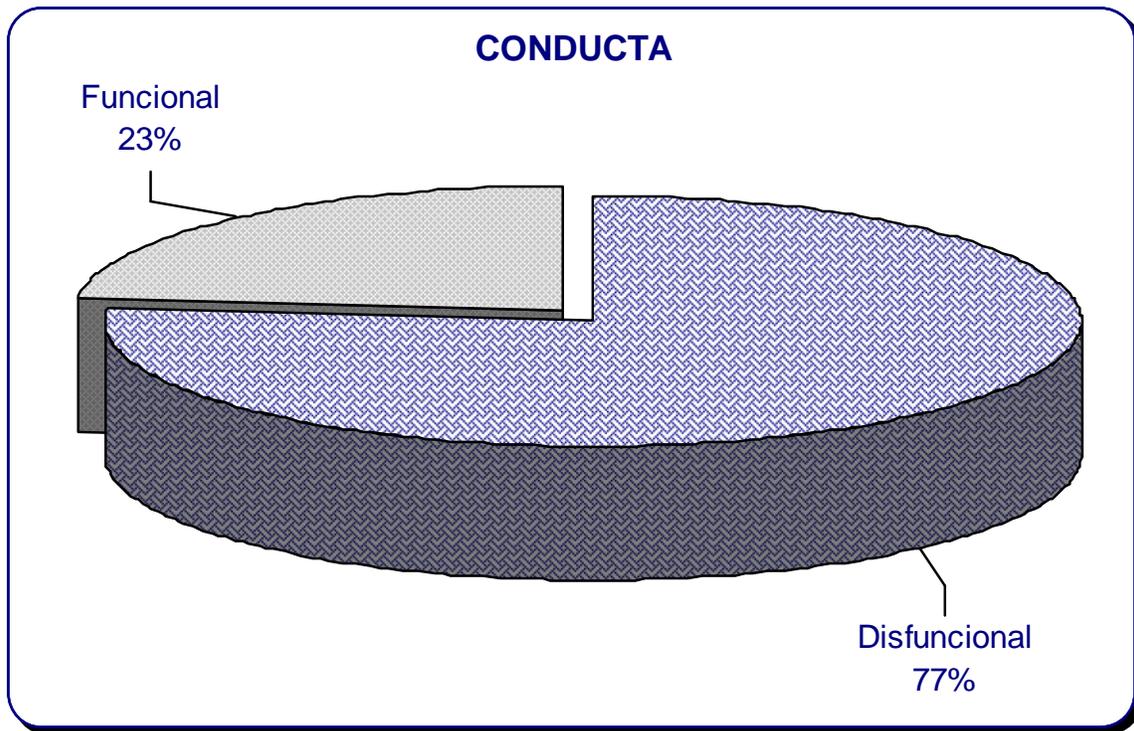
En la gráfica de afecto se observa una disfuncionalidad del 70%, por lo que podemos concluir que las muestras de afecto de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia no son los adecuados o no se presentan. Esto es debido a que si se abrazan espontáneamente excluyen a un subsistema familiar, lo mismo sucede al considerar quienes son los más alegres o los que más se divierten, por otra parte no se considera que expresen libremente sus opiniones o solo se hace entre subsistema o con otros familiares, al tomar las decisiones importantes o acuerdos familiares es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo a los demás subsistemas



GRAFICA 28

TABLA 28 APOYO	
	%
Disfuncional	17
Funcional	83

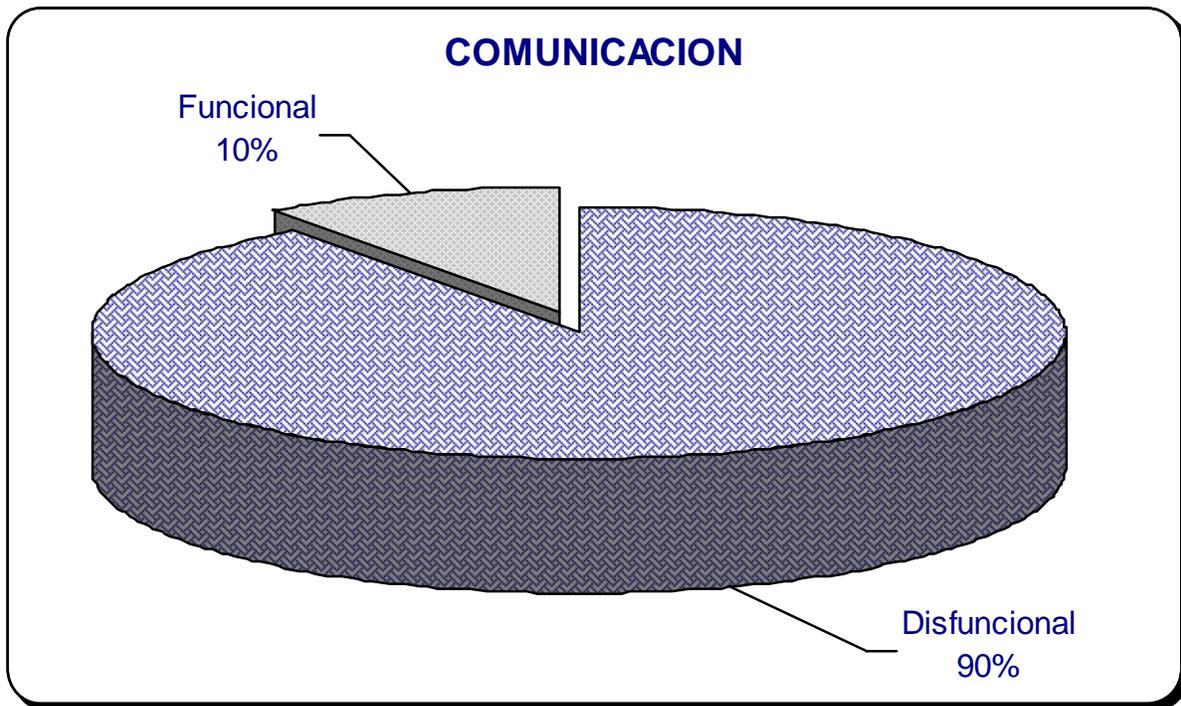
En este grafico cabe mencionar que es el área que presenta mayor funcionalidad con respecto a las otras ocho y representa la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar. Lo que se observa es que existe un adecuado apoyo dentro de la familia situación que podría ser aprovechada para proporcionar más soporte al entorno familiar



GRAFICA 29

TABLA 29 CONDUCTA DISRUPTIVA	
	%
Disfuncional	77
Funcional	23

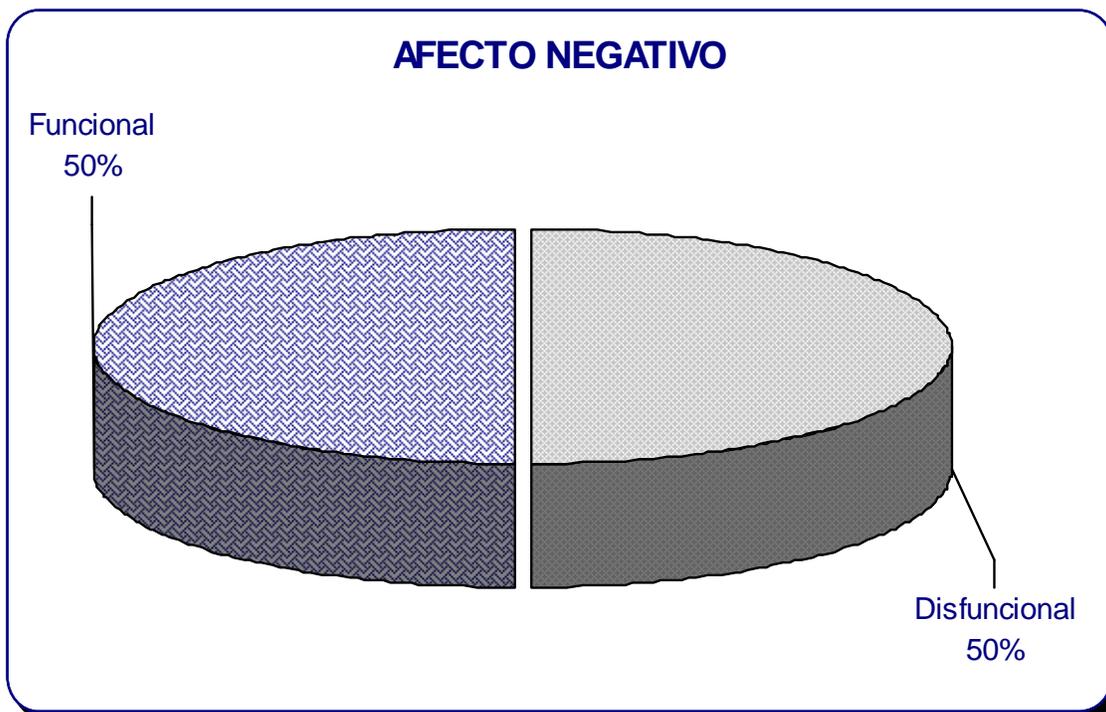
En este grafico se observa disfuncionalidad en un 77% en el área de conducta disruptiva la cual evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente. Esto es debido a que no se respetan los horarios para comer o llegar, alguien del subsistema familiar se aísla con frecuencia uno o varios subsistemas familiares (incluyendo al parental) ha presentado algún problema emocional, por otra parte frecuentemente existe un miembro de la familia que se embriague con alcohol



GRAFICA 30

TABLA 30 COMUNICACIÓN	
	%
Disfuncional	90
Funcional	10

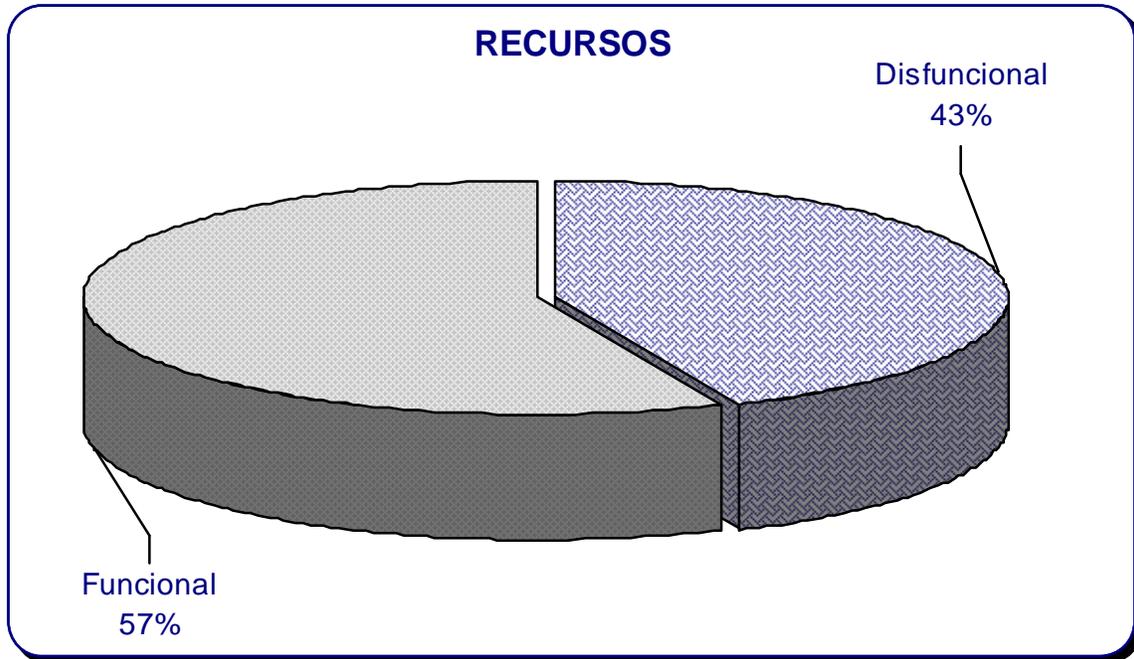
En este grafico se observa que el área de comunicación es 90% disfuncional, en esta se evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se está dando dentro de la familia. Por ejemplo rara vez salen juntos como familia, cuando un padre castiga a un hijo pueden intervenir los hijos u otro familiar, no consideran que expresen libremente sus opiniones, no conversan entre los miembros de la familia, cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado se pide ayuda fuera de la familia,



GRAFICA 31

TABLA 31 AFECTO NEGATIVO	
	%
Disfuncional	50
Funcional	50

En este grafico se observa que el afecto negativa esta en 50% funcional y 50% disfuncional, en esta área se evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.



GRAFICA 32

TABLA 32 RECURSOS	
	%
Disfuncional	43
Funcional	57

En este grafico se observa que las familias evaluadas en mayor porcentaje cuentan con recursos los cuales se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

5.3. Interpretación de Resultados:

Se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar a una muestra de 30 familias, para determinar si es funcional o disfuncional.

En el presente estudio se ha podido observar que en un 83% de las familias estudiadas son disfuncionales a nivel general y solo un 17% son funcionales.

Al analizar cada una de las áreas estudiadas por la prueba se observa que el área que es más disfuncional a nivel general es la comunicación ya que un 90% de las familias es disfuncional, esta área evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia por lo que podemos concluir que en la familia estudiadas la comunicación no es la adecuada entre sus miembros.

Otra área que presenta problemas es la autoridad ya que un 77% de las familias presenta problemas en esta área, la cual evalúa la eficiencia de la autoridad entre la familia. Se considera como más funcional a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

El área de conducta disruptiva es disfuncional en un 77% esta área evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna situación emergente.

El área de afecto es disfuncional en un 70% y este evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

El área de orden es 57% disfuncional y evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

El área de supervisión es 53% disfuncional y evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento.

El área de afecto negativo es 50% funcional y 50% disfuncional y evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

El área de recursos es 57% funcional y 43% disfuncional y se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

El área de apoyo es 83% funcional y 17% disfuncional y representa la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

Por otra parte es importante mencionar que en un 63% de la muestra son niñas en comparación con los varones que representan el 37%.

Es importante mencionar que un 50% de las madres entrevistadas atribuyen la aparición del vitíligo a estrés emocional. Este factor es muy importante tomarlo en cuenta ya que algunos autores toman en cuenta la aparición del vitíligo a un factor estresante que pudiera general la enfermedad.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

En el presente estudio que se realizó con 30 familias con un miembro niño o adolescente con vitíligo se puede concluir que en términos generales el nivel de funcionamiento familiar es disfuncional en un alto porcentaje debido a que se encontró que las familias estudiadas presentan alteraciones importantes en las áreas de comunicación la cual, autoridad, conducta disruptiva y afecto. En la mayoría de las investigaciones acerca del vitíligo se ha puesto mayor énfasis en dar un tratamiento específico al padecimiento dejando de lado los factores que pudieran estar implicados en el desencadenamiento de este padecimiento que tiene implicaciones a nivel psicológico y social, solo algunos estudios mencionan que han observado que factores emocionales como estrés o cambio en la vida de un individuo puede desencadenar el vitíligo. Así mismo es importante destacar que la familia como un sistema abierto tiene influencia tanto de factores externos como internos y cualquier tipo de tensión puede tener repercusiones en la dinámica familiar y requerirá un proceso de adaptación que no siempre será el más adecuado pudiendo recaer en un miembro de la familia.

En el presente estudio se observó que un alto porcentaje de las madres de los niños o adolescentes relacionan la aparición del vitíligo con estrés emocional (en un 43%) aunado a que en el 50% se presentó el vitíligo en el primogénito, es importante señalar que la aparición de la enfermedad puede ser una forma de responder al estrés que se producen dentro del sistema para mantener su homeostasis, sin embargo denota la incapacidad para resolver o enfrentar el conflicto, evitando el mismo con poca apertura hacia el cambio y mucha rigidez en su pautas de control familiar.

A través de la enfermedad el niño manifiesta algo que no marcha adecuadamente en el entorno familiar y es un medio de descarga del conflicto familiar ya que la expresión de emociones se manifiesta a través de la enfermedad del paciente.

A partir del conocimiento del nivel de funcionamiento familiar en las familias estudiadas se puede sugerir que en pacientes que presenten problemas de vitíligo podría ser importante observar el factor psicológico tanto en el paciente como en la dinámica familiar ya que actualmente el vitíligo es una enfermedad que no tiene una etiología

determinada por lo que la atención multidisciplinaria podría tener un mejor resultado en el tratamiento con niños o adolescentes con esta enfermedad dermatológica que quizás no tiene implicaciones medicas graves pero el impacto psicológico que el paciente tiene en su imagen corporal y familiar ha quedado de lado. Aunque el vitíligo no influye en el estado general de salud tiene un impacto psicosocial ocasionando deterioro de la autoestima y la autoimagen, afectando el estilo de vida del paciente y la dinámica familiar.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Una de las principales limitantes fue la dificultad para obtener una muestra más grande con este padecimiento. En algunos casos las madres no aceptaban realizar la evaluación por la falta de tiempo o intereses en el mismo
- Otra de las limitantes fue la ausencia de estudios relacionados entre el vitíligo y la funcionalidad familiar. Ya que los principales estudios están enfocados al tratamiento y no las causas del padecimiento.
- Debido a la limitante de que la familia completa asistiera a la aplicación de la prueba, se trabajó únicamente con la madre y esto impidió poder observar la dinámica familiar en su conjunto, las interacciones entre los subsistemas y las pautas de control de conducta.

Por lo anterior se sugiere:

- Una próxima o futura investigación que amplié la muestra.
- Dar mayor uso de la Escala de Evaluación Familiar ya que proporciona información de manera inmediata y con amplia confiabilidad de la funcionalidad en las familias mexicanas.
- Es muy importante realizar el estudio con otros miembros de la familia, ya que existieron limitaciones en cuanto a la observación a través de las interacciones verbales y no verbales del grupo familiar
- Las alteraciones estéticas causadas por las lesiones del vitíligo ocasionan dificultades sociales y psicológicas por lo cual se sugiere proporcionarles apoyo psicoterapéutico a los pacientes con vitíligo. A los padres de los niños afectados también se les puede brindar asesoría psicológica. Una buena relación médico-paciente tiene un efecto positivo en el apego al tratamiento médico y psicológico.

REFERENCIAS

- Ackerman N, (1969) Psicoterapia de la Familia Neurótica, Argentina: Horme.
- Ackerman N, (1976) Grupoterapia de la Familia, Buenos Aires: Horme.
- Ackerman N, (1977) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Dinamismo de la vida familiar (5ª ed.) Buenos Aires: Horme.
- Ajuriaguerra (1975) Manual de Psiquiatría Infantil, España: Masson.
- Andolfi M. (1994) Terapia Familiar. México: Paidós
- Arenas R, (1987) Dermatología, Atlas diagnóstico y tratamiento (1ª ed.) México: Mc Graw Hill.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) España: Masson.
- Békei M, (1992) Trastornos Psicósomáticos en la niñez y la adolescencia (4ª ed.) Buenos Aires: Nueva Visión.
- Berenstein I. (1987) Familia y Enfermedad Mental Argentina: Paidós
- Bertalanffy Ludwig (1993) Teoría General de los sistemas (1ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Chiozza Luis, (1976) Cuerpo, Afecto y Lenguaje (1ª ed.) Argentina: Paidós
- Cline J. Y Nordlund J (1986) Pediatric Dermatology Vol. 3 N° 6
- Courel R, (1996) La cuestión psicósomática Argentina: Manantial.
- Cusinato M, (1992) Psicología de las relaciones familiares Barcelona: Herder.
- De la Fuente R, (1992) Psicología Médica (2ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica.

- Delay J. (1961) introducción a la Medicina Psicosomática Paris: Masson.
- Dermatología Rev Mex 2011;55(5):267-276
- Díaz Curiel, J. (1991) Trastornos Psicosomáticos en la infancia. España: CEPE.
- Domonkos, Anthony N (1984) Tratado de Dermatología, Barcelona: Salvat. 2a. ed.
- Espejel Aco y Cols. (1997) Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar (1ª ed.) México: Universidad Autónoma de Tlaxcala
- Estrada L, (1995) El ciclo vital de la familia (9ª ed.) México: Posada.
- Fitzpatrick T, (2001) Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica (4ª ed.) Madrid: Mc Granw-Hill.
- Fitzpatrick T, (2001) Dermatología en medicina general, Tomo II (5ª ed.) Argentina: Medica Panamericana.
- Fitzpatrick. Dermatología En Medicina General. Tomo 3. Freedberg, Irwin; Fitzpatrick, Thomas Bernard Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Goralí Vera C, Estudios de Psicosomática, Volumen 1,2,3 (7ª ed.) Argentina: Atuel Cap.
- Grimes E. y Kelly P. N. (1986) Pediatric Dermatology Vol. 3 N° 6
- Haley (1980) Terapia no Convencional. Amorrortu: Buenos Aires
- Haynal A, (1980) Medicina Psicosomática Barcelona: Masson.
- Hoffman L. (1994) Fundamentos de la Terapia Familiar (1ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica.

- Kerlinger Fred N., Howard B. Lee.(2002) Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Ed. Mc Graw Hill. Cuarta edición México.
- Kornblit A. (1984) Somática Familiar (1ª ed.) España: Gedisa
- Kozak M. (1993) Medicina Psicosomática Barcelona: Grupo Cero.
- Leñero L. (1977) La Familia. México: Edicol
- López G. (2000) Determinantes Psicosociales en la Aparición y Curso del Vitíligo: Revista Cubana Med. Gen. Integr. 200:16(2):171-6
- López P. (1995). La Estructura Familiar del niño con discapacidad visual, desde el enfoque sistémico-estructural, según la Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM). UNAM Facultad de Psicología.
- Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, Laederach-Hofman K, (1997) El Enfermo Psicosomático en la Practica (6ª ed.) España: Herder.
- Maldonado R. (1984). Acta Pediátrica Mexicana Vol. 5 N°. 2. México: Instituto Nacional de Pediatría.
- Maldonado R., Saúl, Ibarra y Tamayo (1980) Temas de Dermatología Pediátrica México. Francisco Méndez Cervantes Editor.
- Martínez P, (1973) Patología Psicosomática en la clínica Barcelona: Científico Medico.
- Mendoza G. (1984). Acta Pediátrica Mexicana Vol. 5 N°. 2. México: Instituto Nacional de Pediatría.
- Minuchin S, (1994) Técnicas de la Terapia Familiar (7ª ed.) México: Paidos.
- Minuchin S, (1995) Familias y Terapia Familiar (5ª ed.) España: Gedisa.

- Morales LM. Vitiligo: Estudio psicosexual comparativo de 30 pacientes. Tesis de Dermatoleprólogo, CDP, México, 1980
- Mosher DB, et al. Vitiligo: Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. In: Update Dermatology In: General Medicine. Ed. McGraw-Hill. New York. 1999, pp. 794.
- Muños V. (1998) Características de la Dinámica Familiar de Niños con Encopresis Secundaria
- Onnis Luigi, (1990) Terapia Familiar de los Trastornos Psicósomáticos, México: Paidós
- Orkin M, (1994) Dermatología (5ª ed.) México: Manual Moderno.
- Papp P, (1988) El proceso del cambio (1ª ed.) México: Paidós.
- Paul Watzlawick. Teoría de la Comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Editorial Herder 13ª edición España 2006
- Porter R. y Hill B. (1991) The Journal of Health and Social Behavior. Vol. 32 Nº 2 Junior.
- Rage Ernesto, (1997) Ciclo Vital de la Pareja y la Familia (1ª ed.) México: Plaza y Valdés
- Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-Agosto, 2003 Vitiligo Fermín Jurado Santa Cruz
- Revista Cubana de Medicina General Integral 2000;16 (2):171-6 López González Determinantes Psicosociales en la aparición y curso del vitiligo
- Revista Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica 2003:1(1):18-23 Vitiligo en Niños y sus Asociaciones con otras Patologías. Treviño y cols.

- Ruiz Maldonado R. Tamayo Velásquez E. Epidemiología de las enfermedades de la piel en 10,000 pacientes pediátricos. Instituto Nacional de Pediatría, México D. F. Bol Med.Hosp.Infant. (Méx), 1977;34:137-161
- Sánchez G. (1988) Vitíligo. Aspectos Psicológicos: Rev. Hosp.Psiquiat. Habana 1988 463-476
- Sánchez L. (2000) Funcionamiento Familiar con Menores Víctimas de Abuso Sexual
- Sánchez V. y Araluce M., y Cols. (1988) Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana Julio-Septiembre Vol. 29 83.
- Satir V. (1980) Psicoterapia Familiar Conjunta. México: Prensa Médica Mexicana
- Satir V. (1991) Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México: Pax
- Saúl A, (2001) Lecciones de dermatología (14ª ed.) México: Méndez.
- Saúl A. Discromías: Vitíligo. En: Lecciones de Dermatología. Ed. Méndez-Cervantes. 14ª. Ed. México, 2001, pp. 474.
- Siegel S, (1991) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta (3ª ed.) México: Trillas.
- Stierlin H, (1986) Terapia de la Familia: la primera entrevista (1ª ed.) Argentina: Gedisa.
- Treviño L. y cols. (2003) Vitíligo en Niños y su Asociación con otras Patologías. Revista Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica 2003: 1(1): 18-23

- Umbarger C, (1993) Terapia Familiar estructural Buenos Argentina: Amorrortu.
- Von Lichtenberg M. (1998) Las Áreas Comunes en la Estructura y Funcionalidad de las Familias de Niños con Diagnostico de Depresión detectadas mediante la Escala de Funcionamiento Familiar
- Zinser Otto, (1992) Psicología Experimental México: Mc Graw Hill.