

11226  
2014  
3

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



---

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES  
PSICODINAMICAS EN EL NUCLEO  
FAMILIAR: REVISION Y ANALISIS**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**ESPECIALISTA EN**  
**MEDICINA FAMILIAR**

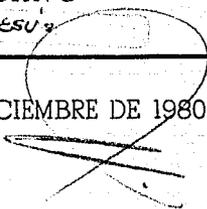
**P R E S E N T A N :**

AGUIRRE CORDOVA JUAN FRANCISCO  
BELLO LOYO HONORIO  
REYES VERGARA GUSTAVO  
ZUBIRIA ALANIS *JESU*

---

MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 1980





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	PAGINAS
SECCION I: PROTOCOLO:	
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y METODOS	5
SECCION II: INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA FAMILIA:	
CONCEPTOS GENERALES	8
PSICODINAMIA FAMILIAR	10
TIPOLOGIA FAMILIAR	11
CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA	14
FUNCIONES DE LA FAMILIA	16
CICLO DE VIDA FAMILIAR	17
TRANSFORMACIONES DEL SISTEMA FAMILIAR	22
SECCION III: BASES Y CORRIENTES DE TERAPIA FAMILIAR:	26
CONCEPTOS TEORICO-PRAGMATICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR	26
TEORIA PSICOANALITICA	26
TEORIA CONDUCTISTA	30
TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	32
TEORIA DE LA COMUNICACION	35
TEORIA GENERAL DE GRUPOS	38

	PAGINAS
PRINCIPALES CORRIENTES DE TERAPIA FAMILIAR	43
CORRIENTE TRANSICIONAL	43
CORRIENTE EXISTENCIAL	48
CORRIENTE SOCIOPSICOLOGICA	52
CORRIENTE LATINOAMERICANA	59
SECCION IV: PATOLOGIA FAMILIAR:	
CLASIFICACION	65
CELOS	67
ESTERILIDAD	70
DIVORCIO	72
DISFUNCION SEXUAL Y DISCORDIAL CONYUGAL	77
PAREJA HISTERICA	81
TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA	84
FARMACODEPENDENCIA	88
ALCOHOLISMO	91
HOMOSEXUALIDAD	95
PROBLEMAS IDIOSINCRATICOS	98
a) ENFERMEDAD CRONICA	98
b) LA FAMILIA ANTE LA MUERTE	101
c) SENECTUD	103
d) ESQUIZOFRENIA	106
DEPRESION	109
SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO	111
ENFERMEDAD PSICOSOMATICA	113

SECCION V: CONCLUSIONES:

PAGINAS

GUIA TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES PSICO- DINAMICAS EN EL NUCLEO FAMILIAR.	119
a) SONDED FAMILIAR	119
b) CRONOLOGIA DE LA VIDA FAMILIAR	120
c) INVESTIGACION DE LA DINAMICA FAMILIAR	123
d) EVALUACION DE LA FAMILIA CON RESPECTO A- LA INDICACION O NO DE LA TERAPIA FAMILIAR	125
e) FORMACION DE UN CONTRATO TERAPEUTICO	126
f) OBJETIVOS DE LA TERAPIA	127
g) IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	128
h) TECNICAS TERAPEUTICAS	128
i) FIN DE LA TERAPIA	130

## PROT O C O L O

### INTRODUCCION:

La Terapia Familiar ha sido parte del armamento terapéutico durante cerca de 30 años. Sorprende que artículos acerca de este método escritos en Holanda, Checoslovaquia, Alemania y México, empezaron a aparecer en el Index Medicus solo a partir de 1970 (1). En la última década, principalmente en los Estados Unidos, la Terapia Familiar ha dejado de ser un proceso experimental, usado solo en lugares especializados y se ha convertido en una nueva modalidad terapéutica que se practica en los Centros de Salud Mental (2).

En 1971, se introduce en México la Especialidad de Medicina Familiar (3), la que se ha enfrentado desde su inicio a definir su propia concepción, las funciones que debe desempeñar y su campo operativo (4). Si partimos del hecho de que el Médico Familiar sería... "el profesionista de nivel Universitario -- con un adecuado conocimiento de las funciones biológicas y psicológicas, que no solo se hace cargo de problemas patológicos -- sino que sirve de consejero indisputable para resolver conflictos emocionales, educacionales, matrimoniales y hasta económicos de la familia (5)", es evidente que el Médico Familiar al hablar de salud y enfermedad, tenga en cuenta que, la unidad mínima de estudio es grupal (6), y que en cualquier proceso morboso el enfermo no está solo, sino que actúa en forma muy directa con la unidad básica y natural de la estructura grupal: La Familia (7).

En la práctica clínica del Médico Familiar y de otros-especialistas que se abocan al estudio de la Familia, no existe uniformidad de criterio en cuanto al proceso que debe seguirse para llegar a un tratamiento del grupo familiar... "La elección de la terapia frecuentemente está determinada por la ideología y los recursos del Médico, y no por la aplicación sistemática de guías de investigación clínica generalmente aceptadas (8)".

Por lo que se justifica una revisión y análisis de las

distintas modalidades terapéuticas en Familia, con el fin de - elaborar una guía terapéutica para las alteraciones psicodinámicas del núcleo familiar que se ajuste a las limitaciones y necesidades del Médico Familiar en México.

#### ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO:

Cada vez, nos damos mayor cuenta de cuán importantes - son las alteraciones familiares para mantener y formar los patrones de conducta en el individuo (9), y así mismo de patología tanto mental como ocasionalmente orgánica, que se presenta bajo las influencias específicas de un grupo familiar. Consecuentemente ha emergido la Terapia Familiar como una nueva técnica importante que debemos tener en cuenta.

Dentro de las modalidades terapéuticas, podemos decir desde un punto de vista general, que existen tres corrientes en la Terapia Familiar: La transicional, la existencial y la sociopsicológica (2).

La Terapia Transicional amalgama los conceptos tradicionales y nuevos de la dinámica de los sistemas, para reestructurar psicológicamente al paciente mediante la exploración de los antecedentes, el contenido de la comunicación, la interpretación y la transferencia como elementos de cambio. De esta escuela destacan principalmente Nathan W. Ackerman en Nueva York y Boszormenyi-Nagy en Filadelfia.

La Corriente Existencial fomenta el crecimiento y la expansión de la persona, enfatizando el presente mediante la interacción del Terapeuta con los demás miembros de la familia como elemento principal de cambio. El principal exponente de esta corriente es Virginia Satir, quien incorpora conceptos gestaltistas y técnicas de grupo, teniendo esta técnica especial auge en Boston. Otro exponente es Carl Whitaker, quien utiliza los estados emocionales e incluso irascibles del terapeuta para atacar la rigidez y las defensas de los miembros de la familia, en este grupo también podría situarse a la Corriente Latino-Americana, representada por Pichón-Rivière, quien utiliza la técnica

ca del Grupo Operativo con la variante de que, la interacción es básicamente entre los miembros de la familia, concretándose el Terapeuta a tamizar, analizar, traducir y fomentar esta interacción.

Finalmente la corriente Sociopsicológica se basa en un cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, enfatizando la modificación de los procesos interpersonales disfuncionales. En esta escuela se encuentran Murray Bowen quien inicia el tratamiento familiar intrahospitalario en Washington, y a Salvador Minuchín en Filadelfia, quien interna familias enteras por períodos cortos de tiempo, para estudio y tratamiento supervisado por varios Terapeutas.

En cuanto a Técnicas Terapéuticas, existen dos grupos generales, el Genético-Dinámico y el de Apoyo (9). En el primero, se incluye al psicoanálisis, técnica basada en los trabajos de Sigmund Freud, quien utiliza las Asociaciones Libres, el Estudio de las Resistencias, la Interpretación de los Sueños y el Análisis de Transferencias, con objeto de revelar y modificar las fuerzas psicológicas inconcientes, aplicándose solo a individuos y no a grupos. En este grupo también encontramos a la Psicoterapia Breve, que utiliza como recursos auxiliares la Narcosis, la Ventilación, la Abreacción o Catáresis, la Persuasión, la Sugestión y la Hipnosis. La Terapia de Apoyo se indica en los estados de crisis, es una técnica que reduce las tensiones que provocan angustia, proporcionando un alivio inmediato y temporal de las angustias incontrolables. Las dos últimas técnicas pueden efectuarse tanto a nivel individual como grupal, buscando siempre una modificación de conducta que beneficie a la dinámica del grupo social básico: La Familia.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Desde que se instituyó en 1971 el Sistema Médico Familiar en México, como respuesta a la corriente tecnicista cre -

ciente y a la cada vez mayor demanda de médicos de primer nivel debido al tipo y frecuencia de morbimortalidad nacional -- (4), existen en el País 18 cedes que imparten el Curso de Medicina Familiar, bajo un programa común que solo varía de acuerdo a las necesidades y recursos de las distintas localidades -- (10).

Sin embargo, es un hecho de observación común, que -- las acciones enfocadas a la Familia como grupo primario, potencialmente causal y/o modificador de los procesos morbosos, son mínimas cualitativa y cuantitativamente, como lo demostró un estudio efectuado a 100 médicos familiares y egresados de la Residencia (11), en el que se pone de manifiesto que la mayoría de los médicos egresados se olvidan en la práctica del tratamiento integral familiar, a pesar de las orientaciones sociológicas, psicológicas y de dinámica familiar que se imparten durante la Residencia.

Pensamos que un ingrediente necesario para mejorar la Residencia e incluso la atención integral a nivel del médico egresado, es la creación de una guía terapéutica de las alteraciones psicodinámicas que sea impartida en el programa de Medicina Familiar, con el fin de unificar las diferentes corrientes terapéuticas en cuanto a trastornos psicodinámicos se refiere.

#### OBJETIVOS:

- a) Revisar en forma general las diferentes modalidades terapéuticas de los trastornos psicodinámicos.
- b) Clasificar los padecimientos más frecuentes en nuestro medio, que alteran la psicodinámica familiar.
- c) Integrar una guía terapéutica para los trastornos psicodinámicos familiares, práctica y factible en nuestro medio.
- d) Delimitar el tipo de trastornos psicodinámicos que entran en el campo del Médico Familiar para su tratamiento adecuado.

do, o en su defecto, canalizar en forma oportuna y adecuada a aquellos transtornos que salgan de este campo.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisará la bibliografía de los últimos 5 años y los libros catalogados como clásicos, que tocan los principales puntos para el tratamiento de los problemas familiares, reuniéndose cada artículo y/o libro en forma particular por los participantes de la tesis, discutiéndose a nivel grupal la interpretación y selección de los mismos, para evitar inferencias de tipo individual. En base al material obtenido se analizará y clasificará en forma integral, los distintos tipos de alteraciones psicodinámicas familiares, correlacionándolos con las modalidades terapéuticas específicas, para finalmente realizar una guía terapéutica factible de llevar a cabo en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Chagoya, L.: Dificultades en la enseñanza y aprendizaje de la Terapia Familiar. V. Congreso Mundial de Psiquiatría. (México). 1972.
- 2.- Minuchin, S.: Familias y Terapia Familiar. Ed. Prensa Médica Méx. 1977.
- 3.- Bol. Med. IMSS, 13 (4), 79. 1971.
- 4.- Melchor, J.: Historia de la Medicina Familiar. Tesis Recepcional, 1977.
- 5.- Bravo, A.: El Médico de Familia, su importancia en los servicios institucionales de salud integral. Bol. of. Sanit. Panam. 76 (6), 469. 1974.

- 6.- Caparrós, N.: Crisis de la Familia. Ed. Fundamentos. 1977
- 7.- Pichón-Riviere, E.: El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión.- 1978.
- 8.- Clarckin, y Cols.: Selection criteria for family therapy. Fam. Procc. 18 (1), 391 403. 1979.
- 9.- Noyes y Kolb.: Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. Interamericana. 1976.
- 10.- Ortiz, A. y Cols.: Estudio longitudinal de 50 familias. - Tesis Recepcional. 1977.
- 11.- Laguna, R. y Cols.: Actividades académicas, asistenciales y de investigación del médico especialista. Tesis Recepcional. 1979.

La familia es un conjunto de personas que forman una familia. Yo tengo una familia.

La familia se quiere, la mamá es la que cuida la casa, el papá es el jefe de la familia, los hijos respetan a sus papás, los papás son los que cuidan a -- los hijos, que si una cortada se hacen, la mamá los-cuidará. Así es una familia. (1)

(Expresión de una niña de 7 años)

## INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA FAMILIA.

### CONCEPTOS GENERALES

La naturaleza especial de la Medicina Familiar radica en dos grandes dimensiones (2), la síntesis y la aplicación de una gran variedad de conocimientos para el tratamiento de un amplio rango de problemas presentados en todos los grupos de edad a través del tiempo, y el énfasis en el desarrollo social y físico que en una persona constituye su realidad ecológica - inmediata.

Esta perspectiva interaccional entre individuo-familia y terapeuta, constituye el corazón de la Medicina Familiar y condiciona una mejor contribución al cuidado de la salud, en base al concepto de salud y enfermedad esencialmente contemplado en cualquier desarrollo particular, como una parte del subsistema ecológico denominado: "Familia" (2).

El Médico Familiar contemporáneo ha incrementado enormemente su interés en la familia como una unidad terapéutica - en base a tres poderosas razones (3):

1.- La enfermedad o disfunción de un miembro familiar altera estrechamente las relaciones entre los demás miembros - de la familia.

2.- El reestablecimiento de la enfermedad se afecta - por la naturaleza de las relaciones familiares.

3.- La meta de prevención y detección oportuna de las enfermedades se realizan más plenamente con una perspectiva familiar.

La familia como institución social, aparece con el hombre y evoluciona de acuerdo con la historia de éste. Los integrantes de la familia, seres por definición biológica y socialmente dinámicos, tienen un devenir y no constituyen un conjunto de elementos estáticos e inanimados, por más que haya familias al parecer así integradas (4).

A causa de factores que se atribuyen al progreso, la riqueza y la administración de cualquier país, la definición de familia variará, y hasta en una misma nación la estructura total de la familia tendrá características variables, como ocurre en las sociedades rurales (agrícolas) y urbanas (industriales). Persiste sin embargo, un aspecto común a todas (5), este hecho es que presentan una serie de patrones psicodinámicos que la explican como una totalidad.

Por dinámica familiar entendemos una "colección de -- fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione como -- unidad bien o mal" (6).

El concepto de la familia varía de acuerdo al momento histórico y social que presenta la humanidad, existiendo múltiples definiciones, sin embargo se mencionarán las que a nuestro juicio son las más ilustrativas:

- "La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad" (7).
- "La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntos y están relacionados entre sí por sangre, matrimonio o adopción" (Escuela Americana).
- "La familia está compuesta por el marido y la mujer, con niños o sin ellos, que nunca se han casado, o por un padre -- con uno o más niños que tampoco se han casado y que viven -- bajo un mismo techo" (Escuela Canadiense).
- "La familia es un grupo en permanente evolución, relacionado con los factores económico, político, social y cultural" -- (8).
- "La familia es cualquier grupo que intimida con un pasado y un futuro" (2).
- "La familia es la unidad primordial como experiencia de desarrollo en el adulto y el niño, en donde éste contempla sus primeros triunfos y fracasos y encuentra su primer intento de sociabilización" (4).

PSICODINAMIA FAMILIAR:

Si desde el punto de vista organicista de la Medicina, primero debemos conocer la fisiología normal del individuo para diagnosticar su patología, para el Médico Familiar es igualmente importante conocer la psicodinamia familiar normal para diferenciarla de aquella que es "patológica".

Worby y Gerar (3), utilizan el término de Dinámica o Psicodinámica Familiar para denotar aquellas formas regulares de conducta interactiva que presentan los miembros del grupo familiar como una totalidad, con el fin de maximizar por una parte, aquellos estados interiores de bienestar, seguridad, -- placer, satisfacción, realización y competencia, para clarificar la unidad de uno como persona separada de los otros; y por otra parte, minimizar los sentimientos stressantes como el pánico, la ansiedad, el desamparo, la desesperación, la tristeza, la indignidad y la desesperanza.

La división entre dinámica "normal" y "anormal" es -- muy arbitraria, ya que en este campo entran en juego los valores culturales y las posiciones morales de una sociedad (6).

Existen importantes tipos de conducta que explican la psicodinamia de un grupo familiar, y que a la vez le brindan -- su distinción o "personalidad". Tales conductas pueden incluir (3): El tipo de comunicación en la familia, la forma como maneja los sentimientos, las reglas y mecanismos que definen la distancia interpersonal entre sus miembros -- cerrada o -- abierta-, y los estilos y mecanismos utilizados para resolver las diferencias entre los miembros de la familia, tanto a nivel intra como intergeneracional.

Para que quede claro lo anterior, hemos escogido un -- artículo del Dr. Leopoldo Chagoya, autor que más ha escrito sobre la familia en México, donde en base a la dinámica familiar divide a la familia en dos tipos: Familia Normal y Familia Patológica.

En la Familia Normal, los sentimientos de ternura, có

lera y depresión se expresan libremente, se toleran las situaciones ambiguas y los errores de cada miembro, se acepta una dependencia parcial y mutua para la satisfacción de algunas -- necesidades, pero se reconoce la individualidad de cada miembro y no se sacrifica más que en momentos de crisis, la disolución familiar se percibe como un proceso natural en donde los padres se preparan poco a poco a la separación de los hijos, - en los momentos de crisis la comunicación es clara y directa, - los roles se encuentran bien delimitados y con cierta flexibilidad, en caso de rebelión ésta es contra estructuras sólidas.

En la Familia Patológica, los sentimientos de ternura, enojo y depresión se ocultan frecuentemente, ante la incertidumbre se empuja a los miembros a obrar pronto y de forma exagerada, la autonomía se delimita y se percibe a la independencia como resultado del odio y la cólera y no como un proceso - natural, por lo que se trata por todos los medios de preservar la dependencia y compañía de los hijos, en los momentos de crisis la comunicación lleva mensajes enmascarados y desplazados, los roles son rígidos y confusos, propiciándose la aparición - de roles idiosincráticos del tipo "oveja negra" o "chivo expiatorio".

Habiendo definido los conceptos de familia y psicodinámica familiar, consideramos de importancia el mencionar los - tipos de familia a los que se puede enfrentar el Médico en la práctica, las funciones, características, ciclo de vida y modificaciones del grupo tan complejo que es la familia.

#### TIPOLOGIA FAMILIAR:

La Tipología familiar refleja la diversidad de condiciones y subsistemas de una sociedad, que predeterminan la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esa sociedad, hecho de suma importancia, ya que dependiendo del tipo de familia se abordarán los problemas inherentes a ella. Para ésto existen diversas clasificaciones basadas en la cultura, el número de sus componentes, en la dinámica familiar, etc.

Según la Cultura a la que pertenece la familia puede ser (9):

- a) Familia de cultura indígena
- b) Familia rural
- c) Familia urbana

Según el Estrato Socioeconómico, la familia puede ser:

- a) Familia de estrato marginado y subproletario, con subsistencias totalmente precarias.
- b) Familia de estratos populares proletarios, dependientes de su actividad económica y con un nivel de subsistencia.
- c) Familia de estratos medios, más o menos participantes en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el nivel semisuntuario.
- d) Familia de estratos elitarios de dominio, que tienen un alto nivel de consumo y con necesidades suntuarias.

De acuerdo al número de miembros la familia puede ser (8):

- a) Extensa: Es la integrada por miembros de varias generaciones, abuelos, hijos, nietos, que viven juntos en una relación común.
- b) Nuclear: Es la integrada tan solo por el matrimonio y los hijos.

Según la dinámica familiar, Leñero (9) subdivide la clasificación en 4 partes:

- a) Según el ejercicio de la Autoridad:
  - 1. Familias de tipo autoritario e impositivo, frente a familias de tipo democrático e igualitario.
  - 2. Familias de autoridad masculina no compartida, frente a familias de autoridad femenina.

3. Familias con autoridad alternante o cíclica en el desempeño de la función decisoria, frente a familias en las que existe compartimentación en las áreas de autoridad.
- b) Según la división de funciones y tareas:
1. Familias en la que la actividad económica solo es desempeñada por el hombre, frente a familias donde también los hijos y la mujer trabajan.
  2. Familias en las que las tareas se realizan según edad, sexo, y status familiar frente a familias con una disgregación múltiple compartida, de dichas tareas.
- c) Según la dinámica de interacción entre sus miembros:
1. Familias integradas y solidarias, frente a familias -- desintegradas o con conflictos en las relaciones conyugales y extraconyugales.
  2. Familias de cooperación o subnuclearización en alianzas en torno a la madre, al padre u otros miembros.
- d) Según el sentido de desarrollo en el cambio y en la evolución familiar:
1. Familias subdesarrolladas: Son familias en donde aparece como elemento central una frustración e incapacidad para resolver problemas, encerrada en círculos viciosos de impotencia como núcleo, sus miembros acumulan una problemática que acaba por asfixiar a unos y a otros, las funciones familiares no se cumplen de acuerdo a los propósitos de la misma.
  2. Familias en Coyuntura: Al menos hay una toma de conciencia de su problemática biológica, económica, cultural, afectiva, social y existencial. Esta coyuntura puede dar lugar a un rompimiento del núcleo o a una superación de la situación al cambiar las condiciones -- prevalentes.
  3. Familias en desarrollo estructural: Consolidan las in-

terrelaciones humanas internas y externas. Reubica a sus miembros en forma positiva y funcional para el grupo, establece o reestablece los sistemas estructurales de su acción integrando nuevos elementos físicos y espirituales, lo que permite un desarrollo personal y grupal en su conjunto, sin sacrificar a nadie.

4. Familias con desarrollo superestructural: Crea nuevas metas, valores, normas y da lugar a un logro espiritual que va más allá de la seguridad estructural y social de la familia. Alcanza sus propias metas dando lugar a nuevas formas y unidades familiares.

#### CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA:

La familia es una totalidad emergente, resultado de las relaciones que forman un sistema, que no podemos conocer completamente si nos enfocamos solamente en forma aislada en sus partes. Entenderemos mejor como actúa la familia si nos adentramos a ella, examinando cómo la conducta de cada miembro combinada con la de los demás crea una realidad emergente que le atribuye a la familia su totalidad (2).

Los sistemas se autoregulan para mantener un rango de estabilidad a través de sus relaciones internas. Esta autoregulación puede ser de dos formas: Morfoestática y Morfogénica, en la primera las desviaciones de las normas se corrigen para asegurar la conservación del sistema en su forma presente, mientras que en la segunda, las desviaciones se amplifican para romper el sistema perdido, en un patrón para crear otro. Ambos tipos de mecanismos son esenciales para la supervivencia de la familia como un sistema, ya que cualquiera de las dos puede condicionar alteraciones de conducta o stress en uno de los miembros, o bien un colapso familiar total.

Don Jackson (2), propone un modelo de interacción familiar basado en el concepto de Homeostásis, al observar que frecuentemente la familia de los pacientes psiquiátricos pre-

sentaban repercusiones importantes al mejorar el paciente, postula que "...estas conductas y quizás también la enfermedad -- del paciente, son mecanismos homeostáticos que operan para -- brindarle al sistema alterado un delicado equilibrio". Por lo que la conducta individual cuando sea considerada en el contexto del sistema familiar, debe ser vista como servidora a una función para la totalidad del sistema.

La familia como un sistema interactuante, mantiene -- una serie de dimensiones importantes que lo justifican y lo -- perpetúan a través del tiempo, las que para Worby y Gerard son:

1.- Dimensión en el tiempo: El presente familiar es -- influenciado por su pasado, y el pasado y el presente por otro lado, influyen el futuro de la familia.

2.- Dimensión cultural: Con gran variabilidad entre -- las familias, según el grupo étnico y nivel socioeconómico al que pertenezcan.

3.- Dimensión en los límites familiares: La familia -- limita el control del acceso de otras personas, ideas y valores extrafamiliares.

4.- Dimensión social: Los miembros de la familia se -- interrelacionan de una u otra forma en un sistema de roles recíprocos, que acarrearán privilegios y responsabilidades.

5.- Dimensión en la comunicación y tipos de sentimientos: Estas variables tienen en la familia importantes consecuencias, en la capacidad de los miembros de la familia para entenderse unos con otros, conocer sus necesidades y actuar en conjunto para resolver los problemas en forma efectiva.

6.- Dimensión en el ciclo de vida familiar: Las familias manifiestan continuos cambios en su ciclo vital, que se -- dividen en estadios útiles para examinar las transiciones adaptativas que necesariamente requiere la familia a través del -- tiempo.

7.- Dimensión inter e intrageneracional: Esta interacción puede ser extensa, horizontal o verticalmente, cuando un-

miembro de cualquier generación experimenta una crisis.

### FUNCIONES DE LA FAMILIA:

Ransom y Massad mencionan que las funciones familiares sirven a dos tipos de propósitos (2): Uno interno y otro externo. Las funciones internas se relacionan con los miembros de la familia viviendo como un sistema, y las externas están reguladas por intercambios con las unidades sociales.

Bell y Voguel mencionan una gran variedad de funciones externas, centrando a la familia como un subsistema en un sistema social, tales como funciones económicas, políticas, comunitarias y de valores. Entre las funciones internas cada grupo se diferencia en roles para dividir las tareas y distribuir el poder, crea normas que regulen sus actividades, desarrolla la integración y solidaridad, y mantiene los límites interrelacionales.

Debemos mencionar que para diferentes autores existen diversidad de criterios, pero en términos generales coinciden en varios puntos de las funciones básicas de la familia. De las múltiples clasificaciones consideramos de importancia las siguientes:

Para N. Caparros (10), las funciones de la familia se dividen en tres:

- 1.- Funciones para con el individuo: Decidir con un grado variable de conciencia, el nacimiento del individuo. Asumir en grado variable el hecho de la dependencia biológica del nuevo ser y modelar esta dependencia culturalizándolo.
- 2.- Funciones de la familia para consigo misma: Mantener como tal en el espacio, promover las condiciones ambientales idóneas para el surgimiento de otras familias semejantes (perpetuarse en el tiempo)
- 3.- Funciones de la familia para con la sociedad: Perpetuar las normas sociales. Homogeneizar en forma eficaz el psi -

quismo de los miembros que forman la sociedad.

Para Luis Leñero (11), las funciones universales de la familia son:

Regulación sexual; sustento económico; reproducción; educación; el desarrollo y el equilibrio emocional del individuo.

Para Natan W. Ackerman (12), son seis las funciones básicas de la familia:

- 1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida; protección ante los peligros externos. Función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación.
- 2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los afectos en las relaciones familiares.
- 3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar.
- 4.- El moldeamiento de las funciones sexuales.
- 5.- La ejercitación para integrarse en papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 6.- Fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

#### CICLO DE VIDA FAMILIAR.

Es bien conocido desde hace tiempo que las familias se mueven a través de una serie de fases, denominadas ciclo de vida familiar, hecho de importancia para el Médico Familiar, ya que en base a la etapa en la que se encuentre la familia, podremos orientarnos en el tipo de patología susceptible de prevención o tratamiento oportuno.

El concepto de ciclo de vida familiar percibe a la familia con un principio y un final, con una serie de estadíos secuenciales entre éstos, cada estadío se caracteriza por un nú

mero de tareas que deben ser confrontadas y resueltas en una forma satisfactoria y razonable (3).

Halley (3), menciona que a través de la evolución de la familia pueden aparecer problemas que cambian la estructura de la misma, por lo que el clínico debe de estar alerta a ello.

El Dr. Barragán (13) clasifica el ciclo de vida familiar en seis etapas y las correlaciona a los posibles factores de riesgo que pueden presentarse en las mismas:

Etapa I: Selección de la pareja.- Duración variable, etapa en la que se elige a la pareja en bases eminentemente -- sentimentales. Los factores de riesgo son la elección en base al estado de enamoramiento, sin tomar en cuenta los factores -- de personalidad mutua.

Etapa II: Transición y Adaptación Temprana.- Dura -- ción del 1o. al 3er. año de matrimonio. Adaptación a un nuevo-sistema de hábitos, demandas y satisfacciones con el cónyuge, -- diferentes a los valores instituidos en las familias de origen. Los factores de riesgo en esta etapa son la intromisión excesiva de los padres, económica y emocionalmente; disrupciones ante el grado de intimidad permitido por el cónyuge; lucha oculta por el poder (Chagoya); peleas y discusiones para resolver los conflictos, que pueden llegar al grado de disfunción conyugal si no se resuelven (14).

Etapa III: Paternidad y Reafirmación como Pareja.- -- Duración entre el 3o. y 8o. año de casados. Aparece con mayor-frecuencia la duda ante lo adecuado de la selección del cónyuge, lo que reafirma o separa a la pareja. Aparece el rol de -- ser padres con todas las satisfacciones y presiones que esto -- implica. Los factores de riesgo en esta etapa son la apari -- ción de celos en relación con amistades o amantes potenciales, lo que condiciona la aparición de los primeros triángulos amorosos. Si el poder recae simétricamente en ambos cónyuges puede haber problemas por competencia, si uno predomina y el otro se somete en una relación complementaria, puede haber sentimientos ocultos de parte del que se considera "inferior", para

Lederer y Jakson (1968), la relación ideal es aquella en que los cónyuges combinan la relación simétrica y complementaria.- En esta etapa se presenta la involucración de los hijos en la problemática conyugal, la que puede ser de 5 tipos según Minuchín (14):

1.- Triangulación: Ambos padres en conflicto exigen la lealtad del hijo, creando una situación imposible para éste, - ya que no puede ser leal a uno de los padres sin traicionar al otro.

2 y 3.- Coaliciones estables: En estos dos modelos el niño se alía definitivamente al padre o la madre, más comunmente a esta última. La diferencia entre el segundo y tercer modelo está en la conducta del padre excluido, quien en un caso continúa esforzándose por ganarse al hijo, aunque no obtiene resultados, y en el otro caso acepta la situación y no hace más intentos de relacionarse con el chico, permaneciendo al margen el resto del tiempo.

4.- Desviación del ataque: El conflicto es manejado por la pareja uniéndose contra el chico, quien mediante un proceso de "chivo expiatorio" (Bell y Voguel), es definido como el "malo" o el "problema familiar".

5.- Desviación protectora: La pareja esconde su conflicto y nunca lo toca, utilizando la cortina de humo de sobreproteger y preocuparse excesivamente por el niño, quien es definido como "débil" o "enfermo".

Etapa IV: Diferenciación y Realización.- Duración -- del 8o. al 15o. años de unión. Consolidación de la estabilidad del matrimonio al terminar las dudas de la elección del cónyuge. Los factores de riesgo son conflictos por diferencias en el ritmo de crecimiento de los esposos, especialmente en las obligaciones frente a los hijos, lo que condiciona sentimientos y alianzas Madre-Hijos, más o menos hostiles contra el padre. Conflictos por diferencias en el grado de realización individual logrado desde el punto de vista productivo.- Intromisiones externas por relaciones extramaritales.

Etapa V: Estabilización.- Duración 15o. al 30o. año de unión. Búsqueda del equilibrio entre las aspiraciones y -- los logros, que condiciona una estabilización tanto individual como matrimonial. Los factores de riesgo son por conflictos -- al existir apreciaciones diferentes en los logros alcanzados y en las aspiraciones futuras. Conflictos al perderse el atractivo y las habilidades físicas, que pueden condicionar nuevas dudas de selección del cónyuge y nuevamente triángulos amoros habitualmente con personas considerablemente más jóvenes.- Conflictos por la presentación de la adolescencia y la partida de los hijos, especialmente si éstos han sido involucrados en los conflictos conyugales.

Etapa VI: Enfrentamiento con Vejez, Soledad y Muerte. Duración entre el 30o. y 40o. años de unión. Los integrantes tienen mucha necesidad de apoyo y cariño uno de otro al enfrentarse con la pérdida de capacidades físicas e intelectuales, -- con la partida de los hijos y la muerte de parientes y amigos, y con el rechazo que existe en el mundo occidental hacia los -- ancianos. Las fuentes de stress dependerá del grado en que se valoren por la pareja y el individuo los parámetros antes mencionados.

La importancia de esta subdivisión antes mencionada -- es que nos brinda los parámetros necesarios para evaluar el -- grado de disfunción que presentan las familias en relación al -- estadio en que se encuentran en su ciclo de vida familiar. Con el fin de contar con una variable de comparación, a continua -- ción mencionaremos lo que para Worby y Gerárd constituyen las -- fases secuenciales del ciclo de vida familiar (3):

1.- Matrimonio Temprano: Formación de la familia.- -- Una de las tareas más importantes en esta fase para cada cónyuge es tener la suficiente autonomía psicológica ante su familia de origen, y este es un pre-requisito esencial para que -- la pareja pase a una segunda etapa en forma adecuada.

2.- Embarazo y Nacimiento del primer hijo.- El embarazo, el nacimiento del primer hijo y los primeros años de éste, alteran la organización de la vida familiar. Profundos cam --

bios entre los esposos se presentan, ya que se preparan para - efectuar el nuevo rol de Padres.

3.- Individualización del primer hijo.- Desde el segundo año de edad hasta que entra a la escuela primaria, aparecen conflictos potenciales entre los padres por causa del hijo (ya que se forma la poderosa diada Madre-Hijo). El padre puede sentirse desplazado o la madre insuficientemente apreciada o ayudada. Las relaciones malas entre los esposos favorecen la intromisión materna en los límites del hijo. El esposo en ocasiones estimula sutilmente la subestimación o el menosprecio por la esposa con el hijo.

4.- Emergencia de la sexualidad del primer hijo.- La principal tarea en esta fase es por parte de los padres la promoción de un desarrollo que optimice la relación de conflictos o ambigüedades, resolviéndose en forma satisfactoria en el terreno sexual. El niño necesita ser como el padre del mismo sexo, y al mismo tiempo lo percibe como un rival ante la figura del sexo opuesto.

5.- Escolaridad Temprana y Media.- El niño habita en el mundo de la familia y en el de la escuela (hecho brillantemente descrito en el libro de Herman Hesse "Demian") en donde existen diferentes concepciones y mecanismos para percibir las situaciones interpersonales, tales como sentimientos de ira y amor, manejo de las propiedades personales y de las propiedades de los otros, aceptación de otros conceptos étnicos, raciales y religiosos. Por lo que debe haber un cambio en los padres y en los hijos en la forma de concebir al mundo.

6.- Adolescencia en la familia.- Se presentan problemas de sexualidad, problemas en el rol de identidad ¿quién soy yo?, dependencia ¿cuánto necesito de los otros y en qué forma? e independencia ¿podré sostenerme solo? Lo que acarrea problemas focales en el adolescente y en el grupo familiar.

7.- Padres solos.- Cuando el último hijo de la casa se va, una serie de tareas se tienen que enfrentar a nivel individual y de pareja, la mujer tiene que afrontar el llamado -

"Síndrome de Soledad" para encontrar nuevas motivaciones en su vida. Para el padre el hecho de ser abandonado por los hijos le invita a reflexionar ante su propia forma de vida, lo que crea un sentimiento de pérdida de oportunidades y en ocasiones de desesperanza. Los padres es cuando más se encuentran en intimidad, hecho que condiciona satisfacción o temor. Otro -- stress en la pareja es el cambio de relaciones con sus propios parientes al requerir la reversión de los roles, al depender -- económica y emocionalmente de sus hijos. Es el tiempo en que se confronta la vejez y se vislumbra la muerte como una realidad que no puede ser negada.

#### TRANSFORMACIONES DEL SISTEMA FAMILIAR.

Una vez que hemos visto el desarrollo del ciclo vital de la familia, consideramos que es conveniente el revisar la forma en que el sistema familiar se puede modificar o transformar.

De acuerdo con Ransom y Massad (2), existen tres formas de transformaciones familiares:

1.- Histórica-Social: Incluye los efectos en la familia de influencias externas tales como, la industrialización, los cambios tecnológicos, los cambios económicos y trasculturas.

2.- Cambios Catastróficos: Pueden ser eventos históricos tales como las guerras y las depresiones económicas, eventos naturales tales como terremotos, o calamidades personales como enfermedades severas, muertes inesperadas, ruina financiera o cualquier evento que desorganiza radicalmente el patrón normal de vida familiar.

3.- Cambio por Desarrollo: Está influenciado por elementos externos, en los momentos de su evolución la familia -- se enfrenta con una reorganización de si misma, debido a cambios internos, tales como la adición o pérdida de sus miembros, el crecimiento y la maduración de sus miembros, la invo-

lucración de la familia y sus miembros con otras personas y -- subsistemas, los valores y las necesidades cambiantes de los -- miembros y la familia como grupo.

Dentro de estas transformaciones el stress en el sistema familiar, juega un papel muy importante en la adaptación y continuidad de la familia. Para Minuchín (14) los cuatro -- principales factores de stress son:

1.- Contaxto stressante de un miembro con fuerzas extrafamiliares: Cuando uno de éstos es afectado, los otros miembros sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Por ejemplo: Un esposo que enfrenta problemas de trabajo, critica a su mujer cuando ambos regresan a su casa, surge así una pelea, pero la mujer puede apoyar al marido y el -- apoyo mutuo renace. Por otro lado, si la pelea prosigue indefinidamente uno de los cónyuges abandona el campo, originándose así un stress no resuelto en el subsistema conyugal.

2.- Contacto stressante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares: En este caso, un sistema familiar puede verse sobrecargado por los efectos de una depresión económica, o el stress originarse en un cambio de domicilio a -- otra Ciudad. Los recursos de la familia se encuentran amenazados en forma particular por la pobreza.

3.- Stress en los momentos transicionales de la familia: Los problemas de transición se plantean básicamente en -- dos situaciones, uno: pueden producirse por cambios originados en la evolución de los miembros de la familia, y dos: por cambios en la composición de la familia. En el primer caso uno -- de los desencadenantes más habituales es el comienzo de la adolescencia de los hijos. La participación del niño en el mundo extrafamiliar y su status en ese mundo se incrementan y la relación entre los hijos y los padres se perturba. En esa situación se le debe apartar ligeramente del subsistema fraterno y se le debe otorgar una mayor autonomía y una mayor responsabilidad adecuada a su edad. Las transacciones del subsistema parental con él deben modificarse y dejar de ser relaciones del tipo Padre-Hijo, para convertirse en Padre-Joven Adulto.

En el segundo caso, cuando una familia incorpora a un nuevo miembro, éste debe adaptarse a las reglas, y el antiguo-sistema debe modificarse para incluir al nuevo miembro. Las formas de incorporación de nuevos miembros que pueden producir stress son: El nacimiento de un hijo, el matrimonio de un miembro de una familia extensa, la unión de dos familias a través del matrimonio de padres separados o viudos, o la inclusión de un pariente, amigo o hijo adoptivo. También puede haber stress por la adaptación a una disminución en el número de miembros de la familia, causado por circunstancias como: Muerte de un miembro, separación o divorcio, encarcelamiento, internamiento en una institución o partida de un niño para proseguir sus estudios.

4.- Stress referentes a problemas de idiosincracia: -  
Por ejemplo, una familia con un hijo retardado puede haberse adaptado al problema planteado mientras el niño era pequeño, pero la realidad del retraso, que los padres podían evitar cuando el niño era pequeño, debe ser enfrentado a medida que crece el niño y que la disparidad de desarrollo entre él y los niños de su edad se hace más evidente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Solorzano y Rivera, L.: La Familia en México, cap. III:67-89, Ed. Hosp. Inf. Méx. 1980.
- 2.- Ranson, D.C. y Massad, R.J.: Family Practice. Family Structure and Function, chapter 2 : 20-31, Ed. Saunders. 1978.
- 3.- Worby, C. y Gerard, R.: Family Practice. Family Dynamics, chapter 3 :32-46, Ed. Saunders. 1978.
- 4.- Dulanto, E.: La Familia. La Familia, punto de vista de un Pediatra, cap. I:29-52, Ed. Hosp. Inf. Méx. 1980.
- 5.- Bathla, P.C.: Integración de la Familia. An. Ac. Med. - - IMSS, 17:36-44, 1974.
- 6.- Chagoya, L.: La Familia. Dinámica Familiar y Patología, - cap. II:53-66, Ed. Hosp. Inf. Méx. 1980.
- 7.- Ackerman, N.W.: Tratamiento de la Familia Neurótica. Ed.- Paidós, 1978.
- 8.- Alberdi, I.: ¿El fin de la familia? Ed. Bruguera. 1977.
- 9.- Leñero, O.L.: La Familia. Estereotipos, tipos y neotipos de familia en México, cap. IV:91-138, Ed. Hosp. Inf. Méx. 1980.
- 10.- Caparrós, N.: Crisis de la Familia. Ed. Fundamentos. 1977
- 11.- Leñero, O.L.: La Familia. Ed. Edicol, S.A. Serie ANUIS, -- 1976.
- 12.- Ackerman, N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós. 1978.
- 13.- Barragán, M.: Interacción entre desarrollo individual y - desarrollo familiar. V congreso mundial de psiquiatría. - (México), 1972.
- 14.- Miruchín, S.: Familias y Terapia Familiar. Ed. Prensa Médica, Méx. 1977.

### CONCEPTOS TEORICO-PRAGMATICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR:

La Terapia Familiar nace como consecuencia de las observaciones de los Terapéutas abocados al estudio de la esquizofrenia y la delincuencia, quienes notaron que al tratar de cambiar la forma de funcionar de un paciente, en realidad estaban tratando de cambiar el funcionamiento de toda la familia -- de ése paciente, debido a que los miembros de la familia de ese individuo respondían saboteando o estimulando la conducta individual de uno de los suyos (1).

Así, el abordaje de la familia como unidad (Jackson, 1964), tuvo que evolucionar a través de sus 25 años de existencia en base a conceptos teóricos y pragmáticos que explicaran el funcionamiento y mantenimiento de la Familia como un Sistema, y que ayudaran a entender cómo este sistema impide o facilita la individualización de sus miembros (2).

Para Beker Jeffrey los principales conceptos teóricos y pragmáticos en los que se basa la Terapia Familiar, son los dados por la Teoría de la Comunicación, la Teoría Psicoanalítica y la Teoría General de los Sistemas. Chagoya (3) agrega que además de las mencionadas, cualquier Terapia Familiar debe incluir elementos de la Teoría Conductista. Por nuestra parte, considerando que la Familia es el principal grupo primario, foco de estudio del Médico Familiar, agregamos la Teoría General de los Grupos como otra Teoría básica para la comprensión de las técnicas y objetivos de la Terapia Familiar.

No siendo el objetivo de este trabajo el profundizar en estas teorías, si creemos de importancia el mencionar las bases de éstas y las aportaciones que han brindado un elemento importante al desarrollo de la Terapia Familiar.

#### TEORIA PSICOANALITICA:

El Psicoanálisis es el primer sistema psicológico que se centra sistemáticamente en las causas y consecuencias de la frustración y el conflicto del ser humano... "al poner de relieve

ve la importancia de las experiencias tempranas del niño (4)".

Deutsch y Krauss consideran que las principales aportaciones de esta teoría al estudio del individuo son la creación de modelos instintivos, la organización estructural de la personalidad y la clasificación de las etapas del desarrollo psicosexual del ser humano (4):

La creación de modelos instintivos explican el principio del placer, los mecanismos de defensa, la energía libidinal, el instinto tanático y el instinto erótico.

La organización estructural de la personalidad se forma de tres elementos que se encuentran interactuando constantemente:

i.- El Ello o Id, formado por todos los instintos inconscientes que buscan descarga inmediata y que se rigen por el principio del placer.

ii.- El Yo o Ego, que engloba el conjunto de capacidades psíquicas que permiten al individuo pensar, percibir y actuar en su ambiente, se rige por el principio de la realidad y es modificable por la experiencia social.

iii.- El Super Yo o Super Ego, que es la autoridad internalizada que equilibra a las dos anteriores por medio de una "Conciencia Moral" dada por las prohibiciones internalizadas y un "Ideal del Yo" dado por los ideales internalizados. Funciona erigiendo defensas ante los impulsos inaceptables del Ello, transformándolos en derivaciones socialmente aceptados.

Las etapas del desarrollo psicosexual del ser humano las clasifica en: Etapa Oral (temprana y tardía), Etapa Anal (temprana y tardía) y en Etapa Fálica, según se concentre la energía libidinal en la boca, la región anal o en los genitales.

Las Técnicas Psicoanalíticas utilizan a las Asociaciones Libres, a la Interpretación de los Sueños y Fantasías, al Análisis de las Resistencias y al Análisis de la Transferencia y Contratransferencia (5), con el fin de "...hacer conciente -

lo inconciente, disminuir las represiones, abrir los huecos de la memoria, todo ésto al mismo tiempo (Freud)".

Desde el punto de vista Terapéutico, existe la Terapia Analítica propiamente dicha y la Psicoterapia Psicoanalítica (6).

La Terapia Analítica se caracteriza principalmente -- porque se centra a los conflictos infantiles no resueltos que se encuentran activos, aunque en forma inconcientes en las Neurosis Transferenciales, utiliza a la asociación libre y al análisis de la transferencia, utiliza el diván con el fin de poner al paciente y al terapeuta fuera del alcance visual, necesariamente estimula los patrones regresivos temporalmente de sentimientos y pensamientos, un requisito indispensable por -- parte del terapeuta es un análisis previo a su persona, y por parte del paciente la posesión de un Ego tal, que tolere la -- frustración de sus impulsos sin respuestas estereotipadas o -- sin cambiar un patrón patológico por otro.

Este tipo de Terapia se indicaría en aquellos problemas que dan signos y síntomas lo suficientemente justificables como para recibir una Terapia Analítica, y cuya causa fuera un conflicto intrapsíquico con raíces en el pasado, activado aunque no en forma conciente en el individuo. Las Indicaciones -- serían: Histeria (reacciones conversivas, fobias y ansiedad -- histérica), Neurosis Compulsivas, Derivaciones o "Perversio -- nes" Sexuales, Desórdenes Neuróticos con variedad Oral, Anal o Fálica. Cabe mencionar que en cualquier indicación es indispensable un estudio individualizado de los conflictos de personalidad que presenta el paciente.

Las Contraindicaciones serían: Ausencia de un Ego razonable y cooperativo (como el que presentan las personas mayores de 40 años), Neurosis menores que no justifiquen ni el -- tiempo ni el dinero invertido, Neurosis que requieran terapia de Urgencia, pacientes con patrones de vida inmodificables, -- análisis a parientes o amigos del terapeuta y en pacientes psicóticos.

La Psicoterapia Psicoanalítica se caracteriza por en focarse principalmente a los conflictos y patrones dinámicos - que presenta el paciente en la actualidad de su vida cotidiana, utiliza técnicas de entrevista y discusión, utiliza en menor - frecuencia y profundidad al análisis de la transferencia y a - la asociación de ideas, es más flexible al disponer de drogas- psicotrópicas, electrochoques y otras medidas. En base al ob- jetivo perseguido, la Psicoterapia Psicoanalítica puede ser de Insight, de Relación o de Apoyo.

a) Terapia de Insight: Su objetivo es la remoción de- las defensas patológicas para la resolución de conflictos espe- cíficos. Enfatiza la discusión de los eventos interpersonales- con el paciente, puede ocasionalmente utilizar drogas psicotrú- picas. Las sesiones se efectúan 1 a 3 veces por semana, con - duración de media a una hora, por varios años. Por parte del - paciente se requiere de una personalidad relativamente madura, con capacidad de alianza terapéutica, y relativa tolerancia a- la frustración, con un nivel mínimo de autocrítica y motiva -- ción.

b) Terapia de Relación: Su objetivo es hacer crecer - una personalidad relativamente inmadura, a través de relacio- nes catalíticas. El terapeuta funciona verdaderamente como -- una figura parental que proporciona guía y ayuda. Enfatiza la discusión y clarificación de los eventos interpersonales, con- la finalidad de buscar una verdadera alianza terapéutica. Pue- de involucrar métodos grupales y terapia familiar para lograr- sus objetivos. Las sesiones se efectúan 1 a 2 veces por sema- na, con duración de media a una hora, en un tiempo variable de un mes a varios años. Por parte del paciente se requiere de - una personalidad capaz de crecer y de formar alianzas terapéu- ticas.

c) Terapia de Apoyo: Su objetivo es la reestauración- de un equilibrio alterado por situaciones de ansiedad o temor. Buscar ayudar a tolerar las situaciones desagradables. El te- rapéuta interviene en forma activa favoreciendo la catársis, - aconsejando y forzando la discusión centrada en problemas espe- cíficos. Puede auxiliarse de drogas psicotrópicas, hospitali-

zación, contacto con la familia, etc. Las sesiones se efectúan diariamente por pocos meses, con duración de una hora. Se requiere por parte del paciente una mínima capacidad para formar alianzas terapéuticas.

### TEORIA CONDUCTISTA:

Los orígenes científicos de la Terapia Conductual se remonta a más de 50 años con Thorndike (1898) y Pavlov (1928), pero es hasta 1920 en que se empieza a utilizar esta técnica en el campo de la clínica, cuando Watson y Rayner logran curar con éxito la fobia de un niño de 7 meses de edad mediante técnicas de acondicionamiento clásico (7).

La Teoría Conductista considera que la Psicología no debe detenerse en la comprensión del comportamiento, sino que debe alcanzar los niveles de la predicción y del control de la conducta, estudiándola con la misma metodología que utiliza la Ciencia Biológica (8).

La Técnica Conductista puede definirse como el conjunto de conocimientos clínicos y procedimientos terapéuticos desarrollados sistemáticamente a partir de las observaciones experimentales de la conducta animal y humana (7). Una de las principales características del Conductismo es su insistencia en los fenómenos objetivos y observables.

Con los conceptos utilizados en la Teoría Conductista -reforzamiento, conducta operante, condicionamiento, programas de reforzamiento y contingencias del reforzamiento-, se se considera posible la descripción de toda la conducta humana, en base a tres principios básicos: 1.- La Conducta es controlada por sus consecuencias, 2.- La programación de las consecuencias afecta a futuras conductas. y 3.- El moldeamiento de las conductas complejas se logra reforzando las conductas previas (8).

Entre las técnicas utilizadas en el Conductismo destacan la Desensibilización Sistemática, las técnicas de reforzamiento positivo y las técnicas aversivas.

La Desensibilización Sistemática basada en la Teoría de Wolpe (9), es una de las más importantes y de las más comúnmente usadas, se basa en los que Sherington denomina "Inhibición Recíproca" (?), refiriéndose al hecho de que si utilizamos una respuesta competitiva (tal como comida, relación, estímulo sexual o conversación animada) ante una respuesta de ansiedad previamente aprendida (tal como miedo a los espacios cerrados o fobias a insectos), ésta puede inhibirse gradual y progresivamente, al bloquearse la conexión entre la percepción sensorial del estímulo amenazante y las respuestas que condicionan la ansiedad. Otra técnica de desensibilización es la denominada de "Saturación" (Marks-1972), la que practicamente saturamos de estímulos amenazantes al paciente fóbico en forma ininterrumpida, con el fin de forzar la extinción del transtorno, esta técnica se puede utilizar con éxito en el tratamiento del hábito tabáquico.

Las modificaciones de conducta a través de reforzamientos positivos se pueden utilizar para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos o en otros problemas, consiste en premiar con "fichas" aquella actitud deseada por el Terapeuta, mismas que se canjean por estímulos agradables o placenteros. Por ejemplo, si el paciente esquizofrénico se asea, se le da una "ficha" y ésta es cambiabile por un permiso, un dulce, etc.

Las técnicas aversivas son aquellas en las que predominan los reforzadores negativos con el fin de modificar una conducta. Por ejemplo, la aplicación de corrientes eléctricas a los pacientes con enuresis, al momento de mojar el colchón de la cama.

En esta corriente al Terapeuta se le denomina "Modificador de Conducta" y a los pacientes se les denomina "Clientes", ya que se considera a la enfermedad como un fenómeno dado por el medio ambiente que rodea al paciente, y no como una alteración inherente al mismo, por lo que el cambio se efectuará al cambiar al medio. Es importante el mencionar que con estas técnicas no se cura la causa desencadenante, sino solo se alivian los síntomas (?).

Las Técnicas Conductuales se utilizan con éxito en la Pedagogía, en la Rehabilitación de delincuentes y en los programas de Adiestramiento Industrial (8). En el terreno médico sus aplicaciones son (7, 8, 9):

Transtornos Neuróticos en los que predominen las fobias, las obsesiones, las compulsiones y los síntomas psicósomáticos.

Transtornos de Conducta: Tartamudeo, enuresis, hiperactividad, etc.

Disfunciones Sexuales: Impotencia, eyaculación precoz y retardada, frigidez, vaginismo, anorgasmia, etc.

Derivaciones Sexuales: Travestismo, fetichismo, homosexualidad egodistónica.

Eradicación de Hábitos y Costumbres: Tabaquismo, alcoholismo, obesidad, etc.

#### TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS:

La Teoría General de los Sistemas surge como una necesidad de integrar las diferentes ramas científicas en modelos universales (10). Esta Teoría estudia cada sistema globalmente, con objeto de establecer interrelaciones entre sus propios elementos y entre éstos con los de otros sistemas (11). Los sistemas están integrados por un conjunto de elementos específicos, orientados hacia un objetivo general.

Blaise Pascal (1623-1662) escribió: "encuentro imposible conocer el todo, sin conocer específicamente las partes". - Un siglo más tarde George W.F. Hegel (1770-1831) continuando - esta línea de pensamiento menciona:

- El todo es más que la suma de sus partes.
- El todo determina la naturaleza de sus partes.
- No se pueden entender las partes si se consideran aisladas - del todo, y

- Las partes son dinámicamente interdependientes.

Estos enunciados señalan la necesidad de conocer el todo para poder definir el comportamiento, estructura y naturaleza de -- las partes, siendo ésto en si, el fundamento histórico de la -- Teoría General de los Sistemas (11). En 1956, Bertalanffy -- enuncia que: "en cualquier sistema existen elementos que están interactuando en circuitos de retroalimentación, en los que -- cada elemento influye en los demás y a su vez es influido por éstos"(2).

Un Sistema es un conjunto de elementos interrelacionados, que constituyen una unidad operante y ordenada. Los Elementos que componen un Sistema pueden ser:

- a) Conceptos, de los que el Idioma es un buen ejemplo.
- b) Objetos, como las máquinas de escribir hechas de varias partes.
- c) Sujetos, como los integrantes de un equipo de Base-Ball, y
- d) Hombres-Máquina, como los apreciados en las aplicaciones de Cibernética, las investigaciones espaciales, etc. (11)

Desde un punto de vista práctico, esta teoría ofrece la posibilidad de transferir conocimientos de una ciencia a -- otra, en base a los denominados modelos de estudio, por lo que "...todo sistema es controlable en la medida que puede modelarse, es decir, puede imitarse con un modelo, pudiéndosele estudiar a este modelo su conducta" (10).

La Teoría General de los Sistemas tiene dos ramas básicas: una estudia los sistemas ya existentes con el fin de encontrar estrategias que optimicen su funcionamiento, y la otra es la que diseña o construye los sistemas por crearse (10).

Los Sistemas se pueden clasificar en varias categorías, siendo las más importantes (11);

- a) Sistemas Naturales: Se presentan en la naturaleza sin que -- haya mediado intervención humana alguna, un ejemplo sería -- un hormiguero.

- b) **Sistemas Artificiales:** Son aquellos en los que de alguna u otra forma ha intervenido la acción humana, pudiendo ser de la siguiente forma:
- De Procedimiento, como manuales, técnicas quirúrgicas, códigos civiles, etc.
  - Físicos, como las máquinas de escribir, las computadoras, etc.
  - Sociales, como las asociaciones médicas, la familia, etc.
  - Conceptuales, como el idioma, las matemáticas, etc.
- c) **Sistemas Abiertos:** Son aquellos en los que existe la posibilidad de intercambio con el medio que los rodea, hecho que puede provocar tanto estabilidad como inestabilidad.
- d) **Sistemas Cerrados:** No tienen la posibilidad de intercambiarse con el medio.
- e) **Sistemas Integrados:** Son aquellos en los que todos los componentes se encuentran interrelacionados de tal manera, que la modificación de uno produce cambios en todos los demás, - un ejemplo serían los sistemas ecológicos.
- f) **Sistema Independiente:** Es aquel en el que la alteración de uno de sus componentes no modifica en nada a los restantes, por ejemplo, algunas partes no necesarias en el funcionamiento de un automóvil.
- g) **Sistema Centralizado:** Es aquel en el que un elemento o "módulo", denominado "Nuclear", desempeña el papel principal. - Un ejemplo es el cerebro en el Sistema Nervioso Central Humano.

Para que un conjunto de elementos interrelacionen y - reciban el nombre de Sistema, deben tener las siguientes características: Una serie de elementos identificables (objetos, sujetos, conceptos, etc.), una disposición racional o un orden, - y una estructura que lo identifique, en el caso de la Familia - las características que lo engloban en un Sistema son el estar formado por varios miembros, interactuando bajo normas y re --

glas familiares, en un contexto social. Para el estudio de la Familia, uno de los modelos conceptuales con el que se pueden postular interrelaciones entre todos los elementos que participan en el desarrollo humano, es precisamente la Teoría General de los Sistemas, que considera y evalúa cada elemento participante como un componente independiente de los otros, que forma parte de un sistema total (12). La Familia funciona y mantiene su integridad como un Sistema, mismo que impide o facilita la individualización de sus miembros en base a las reglas invisibles y propias que lo sostienen en un equilibrio homeostático (2).

#### TEORIA DE LA COMUNICACION:

La Comunicación se define como un proceso en el que se transmiten mensajes por medio de signos verbales, visuales, escritos o corporales, agrupando, seleccionando y enviando símbolos de tal forma, que el que recibe el mensaje tenga un significado similar al que estaba en la mente del comunicador -- (13). Desde el punto de vista de la Teoría de la Comunicación de Shannon-Waever (14), un proceso de comunicación es un sistema que permite transferir información desde un punto llamado emisor hasta otro denominado receptor. Este modelo incluye -- los siguientes elementos:

La Fuente de la Comunicación.

El Emisor (encodificador).

El Mensaje.

El Canal.

El Receptor (decodificador).

El Destino de la Comunicación.

El Mensaje representa realmente el resultado material de la actividad de quien emite la comunicación, en cualquier mensaje deben de tomarse en cuenta los siguientes factores:

a) El Código, conjunto de símbolos estructurados con el fin de

brindar un significado.

- b) El Contenido, orden y estructura en que los elementos deben darse para que el mensaje tenga un significado.
- c) El Tratamiento del Mensaje, preparación que se hace del mensaje mentalmente antes de ser transmitido.

La Comunicación es indiscutiblemente un elemento importante en el desarrollo del ser humano, Bateson (2) menciona que "...somos producto de un proceso de comunicación, modificado y clasificado en varias formas por el impacto ambiental". - Dentro de la importancia del proceso de comunicación destaca - que:

- La Comunicación es la puerta de acceso al mundo de la cultura (14).
- Por medio de la Comunicación el ser humano se integra al medio que lo rodea, y se explica la conducta de las personas - con las que interactúa (1).
- La Comunicación es y ha sido el elemento básico de la convivencia social, y como lo menciona Virginia Satir, de la supervivencia humana.
- Las estructuras sociales organizadas pueden mejorar o deteriorarse, incluso hasta destruirse, en la medida en que se establezcan buenos o malos sistemas de comunicación (14).
- En todo momento el ser humano se está comunicando, no es posible no comunicarse en las relaciones interpersonales, incluso el silencio es una forma de expresar algo (1).

Watzlawick y Cols. mencionan que en toda comunicación existen dos niveles, uno que conlleva un informe y otro que -- conlleva una orden, estos niveles no son siempre explícitos y conforman lo que se denomina metacomunicación, hecho de importancia ya que la incapacidad para comunicarse en una relación directa, es un trastorno metacomunicacional serio. Para Virginia Satir, una comunicación funcional será aquella en la que - tanto la comunicación verbal, como la no verbal son congruen -

tes, de no ser así, las relaciones serán ambivalentes con mensajes de doble nivel que corporalmente contradicen lo expresado en palabras.

Para que una Comunicación sea adecuada ésta debe ser Clara, con mensajes que conllevan un mismo significado para -- las demás personas, y con mensajes completos integrados por un sujeto (yo), un verbo (hago esto...) y un complemento (en este lugar y en este momento), manifestados en forma directa a otra persona o circunstancia. La contraparte de la Comunicación clara es la obscura, confusa, incompleta e indirecta o -- desplazada.

El proceso de comunicación se puede alterar por acción de cualquiera de los elementos que lo integran (14). El Emisor y el Receptor pueden perturbar la comunicación en función de:

- Sus habilidades para comunicarse, al hablar, escribir, leer, escuchar, pensar o reflexionar.
- Sus Actitudes, hacia si mismo, hacia el tema que se trate, hacia el receptor o hacia el Emisor.
- Su nivel de Conocimiento, comunicando lo que sabe, desconociendo el código, no entendiendo el mensaje.
- Su cultura y Ubicación dentro de un Sistema Sociocultural.

Otro elemento que puede perturbar la comunicación son las barreras o ruidos, formados por las interferencias mezcladas o sumadas a las señales emitidas que enmascaran, deterioran o destruyen la información, las principales perturbaciones secundarias a estas barreras o ruidos son:

- Barreras Semánticas, no se entiende el significado del lenguaje.
- Barreras Pragmáticas, no se aplican correctamente los términos.
- Barreras de Pronunciación.

- Barreras Físicas, medio ambiente, distancia, etc.
- Barreras Psicológicas, stress, humor, etc.
- Barreras Fisiológicas, hipoacusia, sueño, etc.

#### TEORIA GENERAL DE GRUPOS:

Existe sin duda una íntima relación entre salud mental, personalidad y tipo de relaciones que se establecen entre los diversos grupos humanos. La Teoría General de los Grupos o "Dinámica de Grupos" se interesa por conocer la naturaleza de los grupos, las fuerzas psicológicas y sociales asociadas a ellos, la forma en que se organizan y las técnicas utilizadas para mejorar las relaciones humanas (15).

Un grupo es el conjunto de dos o más personas que se reúnen con cierta frecuencia, formando unidades dinámicas, en las que sus miembros se influyen mutuamente, persiguiendo un objetivo común, y cuyas acciones principios y roles se rigen por normas de conducta vigentes en el grupo mismo.

Según Loeser, las características de todo grupo son, una acción dinámica entre sus miembros a través de la comunicación, el tener objetivos e intereses comunes, el tener una relación entre tamaño y función; el regirse por un conjunto de normas, valores y principios; y el tener una capacidad para autoperpetuarse.

Un grupo puede clasificarse en varias categorías, y pasar de una categoría a otra, las principales agrupaciones son (15):

- 1.- Según el No. de componentes y la forma de relacionarse entre éstos, un grupo puede ser:
  - a) Primario: Grupos en los que existe una íntima relación entre sus miembros, los que se fusionan en un grupo común, con propósitos y aspiraciones compartidas. Un ejemplo lo integra el grupo familiar.
  - b) Secundario: Grupo en el que los contactos y las relacio

nes se establecen indirectamente, en forma impersonal y abstracta, con mayor distancia social y geográfica entre sus componentes. La expresión de los sentimientos frecuentemente está reestringida o aún ausente. Un ejemplo sería el dado en los Partidos Políticos.

2.- Según su Origen un grupo puede ser:

- a) Natural: grupo formado por subnúcleos que nacieron y viven en un lugar bien delimitado. Ejemplo: La Familia.
- b) Artificial: Grupo formado por núcleos primarios para un fin determinado. Ejemplo: Un grupo escolar.

3.- Por la duración en que interactuarán sus miembros un grupo puede ser:

- a) Temporal: Grupo que realiza una tarea de corta duración mismo que se desintegra al finalizar ésta.
- b) Permanente: Grupo con duración "indefinida", aunque a largo plazo su tendencia sea la desintegración.

4.- Por su estructura los grupos pueden ser:

- a) Formales: Grupos con normas, y reglas establecidas de manera explícita, son estructurados y estables.
- b) Informales: Grupos que carecen de un código o reglamento establecido, son poco estructurados y poco estables.

A la interacción que presenta el grupo se le denomina Dinámica de grupo, y al producto y consecuencia de esta interacción -constantemente cambiante-, se le denomina Proceso Psicosocial de Grupo, siendo los principales procesos de este tipo: 1.- El tener un Desarrollo: mismo que se finca en las siguientes etapas:

- a) Un Antecedente, para conocer a un grupo es indispensable el estudiar su historia, ya que ésta siempre va a influir en el grupo.
- b) Una Etapa de Formación, etapa en la que el sentimiento fundamental es de inseguridad y duda para compartir ac-

tividades, sentimientos y convicciones.

- c) Una Etapa de Adaptación, etapa en la que los miembros - intentan conocer las características de cada uno, pu -- diéndose presentar hostilidades entre los dirigentes -- que se encuentran en vía de surgimiento. En esta etapa se establecen de manera explícita los objetivos a alcan zarse.
- d) Una Etapa de Consolidación, etapa de plena identifica - ción de los objetivos personales y grupales.
- e) Una Etapa final de Disolución, etapa en la que el grupo se disuelve, ya sea por haberse logrado los objetivos, - por no lograrse el funcionamiento adecuado, o bien por - que se termina su vigencia.

2.- Integración: Todos los componentes se aceptan entre sí vol - untariamente, y siguen las normas y objetivos del grupo.- Se presenta en la etapa de consolidación.

3.- Cohesión: Grado en que los miembros desean permanecer en-- el grupo, por lazos afectivos, por satisfacciones obteni - das en el trabajo de grupo, por carencia de contradiccio - nes serias en la manera de pensar, sentir y actuar de las- personas (Compatibilidad), ó por la similitud de intereses personales (Homogeneidad).

Las fuerzas básicas presentes en todo grupo, se deri- van de los siguientes factores:

- Comunicación, como proceso psicosocial más importante, conse - cuencia y producto de toda interacción.
- Participación, la que puede ser Unidireccional, Bidireccio - nal o Multidireccional, en la Unidireccional la participación fluye del lider al grupo, en la Bidireccional hay respuesta- del lider en el grupo y del grupo en el lider, y en la Multi - direccional se alcanza el nivel en el que el grupo funciona- como unidad al dirigirse todos los componentes entre sí -ca- be decir que este tipo de participación es la ideal--.

- Roles, acciones que cada uno de los miembros desempeña dentro de un grupo, los que pueden ser Constructivos (rol de orientador, rol de facilitador y rol de estimulador), Destructivos (rol de agresor, rol de censor o entorpecedor y rol de reprochador), o bien, Independientes (rol de sumiso, rol de aislado y rol de dependiente). Como rol importante en todo grupo destaca el rol de Líder, el que puede recaer en un solo miembro o en varios, o bien ser rotatorio, se cataloga de Líder al miembro que influye en la conducta y pensamientos de todo el grupo.
- Toma de Decisiones, las que pueden realizarse por Autoridad, por Minoría, por Mayoría, por Concenso o por Unanimidad.
- Normas, englobadas en un código ético que estipule lo considerado como apropiado y aceptable de lo prohibido o indeseable, este código puede ser explícito o implícito.

Habrán mayores satisfacciones en los miembros que integran un grupo, si éste satisface las necesidades psicosociales de sus integrantes.

En cuanto a la dirección de los grupos existen tres tipos, el Autoritario, el Democrático y el Laissez-Faire. Los grupos conducidos autoritariamente son aquellos en los que la línea de acción siempre es determinada por el jefe, estos grupos producen una mayor cantidad de trabajo en menor tiempo, pero a la larga mayor hostilidad, competencia y agresión entre los miembros. Los grupos conducidos democráticamente son aquellos en los que los cauces de acción son objeto de discusión y decisión del grupo, mismos que son auxiliados y ayudados por el dirigente, estos grupos son más lentos en obtener resultados pero por estar más motivados son más productivos a medida que pasa el tiempo, expresando sus miembros una mayor satisfacción. Los grupos conducidos en el tipo laissez-faire tienen una completa libertad de decisión individual y grupal, con una mínima participación del dirigente, es el peor de los grupos mencionados, con menor calidad y cantidad en el trabajo y con más insatisfacción que en los otros tipos.

Cada miembro de un grupo es una personalidad individual, con sus propias creencias y expectativas, pero cuando interactúa en un grupo, experimenta una orientación distinta, -- una nueva manera de sentir y actuar (15).

Como se apreciará en las páginas siguientes cada una de estas Teorías anteriormente enunciadas, forman en conjunto la base teórica de la Terapéutica Familiar, al proporcionarnos una explicación de la dinámica interactuante en el núcleo que es el centro de la atención del Médico Familiar.

PRINCIPALES CORRIENTES EN TERAPIA FAMILIAR:

En México, por el momento no contamos con una corriente lo suficientemente importante, sin embargo cabe mencionar - que desde 1949 se están utilizando técnicas de Terapia Familiar en el Hospital Infantil de México, encabezadas desde 1972 por el Dr. Leopoldo Chagoya (16).

El lugar que ocupa esta rama Psicoterapéutica en nuestro medio, es cada vez más importante, hecho que se demuestra al incorporarse esta tendencia terapéutica prácticamente a todas las Instituciones del sector Salud en nuestro País.

Dentro de las corrientes actualmente seguidas en el terreno de la Terapia Familiar, existen básicamente tres modelos (17), el Transicional cuyo principal representante es Nathan W. Ackerman, el Existencial representado por Virginia Satir y el Sociopsicológico encabezado por Salvador Minuchín. Sin embargo no podemos ignorar la cada vez más importante corriente Latinoamericana, cuya representación recae en Enrique Pichón-Rivière, creador del Grupo Operativo en Argentina.

Mencionaremos cada una de estas corrientes, apoyándonos en los escritos de sus principales representantes, siguiendo una secuencia que explique las bases teóricas, el concepto de enfermedad como fenómeno familiar, los parámetros de Diagnóstico y las Técnicas Terapéuticas de cada una de ellas.

CORRIENTE TRANSICIONAL.

NATHAN W. ACKERMAN (18).

La Familia humana es única, es la unidad básica de la sociedad, es la unidad del crecimiento y de la experiencia, de la realización y del fracaso, de la salud y la enfermedad. Por lo que debemos considerar a la Familia como un todo orgánico, - ya que los desórdenes sociales de la Familia aumentan la vulnerabilidad de sus miembros a padecer desórdenes mentales y emocionales.

La Familia cumple dos funciones básicas, asegurar la-

supervivencia de sus miembros y plasmar la humanidad esencial del hombre mediante el proceso de sociabilización y crecimiento.

De acuerdo con su capacidad para alcanzar una regulación y equilibrio apropiados en sus funciones básicas, la Familia puede ser Adaptativa o Inadaptativa. Es Adaptativa si cumple en forma armónica con todas las funciones esenciales de acuerdo a la identidad y tendencias individuales de sus miembros. Es Inadaptativa si se altera en cualquiera de sus funciones vitales, si salvaguarda algunas en detrimento de otras, si sobrevalora algunas al mismo tiempo que menosprecia otras, si tiene pocos recursos para enfrentarse a sus conflictos y toma de decisiones, en estas familias se observa una inmovilidad creciente, conductas estereotipadas y rigidez, sin potenciales de crecimiento. Una familia sana provee todos los elementos necesarios de nutrición, unión y cooperación, llevando a sus niveles máximos los potenciales creativos de las diferencias entre sus miembros, mientras que en una familia deshecha o enferma las diferencias se viven como una amenaza invasora y destructora.

Quando en una familia no existe una preocupación compartida por el bienestar de unos y otros, y las diferencias individuales se perciben como amenazantes y destructivas, la aparición de un conflicto en cualquier nivel, induce conflictos en todos los demás. En este proceso un conflicto puede ser cambiado por otro, o bien desplazarse de una parte de la familia a otra, favoreciéndose una parte y perjudicándose la otra, el resultado es una mayor distorsión de la vida emocional de la familia y nuevos conflictos superpuestos a los antiguos. -- Quando el conflicto familiar es superpuesto o internalizado en algún miembro de la familia, éste lo encierra en su mente sin capacidad para resolverlo, por lo que lo re proyecta en el campo de la interacción familiar en forma de síntomas.

En este tipo de familias con problemas es común que se convierta a uno de los hijos en el "chivo emisario", hecho que inevitablemente condiciona que los demás miembros de la familia se conmuevan profundamente, desplegándose sentimientos -

de culpabilidad y temor, afectándose finalmente todo el núcleo familiar.

Las familias severamente perturbadas, exigen un sacrificio emocional importante a sus miembros para seguir perteneciendo al sistema familiar. Si el sacrificio es total el niño o el miembro familiar NO DEBEN SER, si el sacrificio es parcial el niño o el miembro familiar NO DEBEN SER DIFERENTES. En la Terapia Familiar los problemas que presenta el "chivo emisor" no deben ser enfocados en primera instancia, sino deben ser una finalidad secundaria, ya que el enfoque principal y primario debe centrarse en los conflictos y defensas patológicas de los padres de la familia.

Para desarrollar una Teoría Clínica de la Familia, necesariamente debemos ocuparnos de tres variables:

- a) Cómo está organizada la familia.
- b) Cómo se adaptan los miembros de la familia a sus distintos roles, y
- c) Qué tipo de personalidades individuales forman la familia.

En base a esta Teoría Clínica o Diagnóstico Familiar, valoraremos el método Psicoterapéutico, en el que intervienen varios factores:

- 1.- Las expectativas personales del paciente.
- 2.- La orientación del terapeuta con respecto al rol que debe desempeñar.
- 3.- La influencia que sobre el paciente tiene su grupo interactuante.
- 4.- La influencia que ejerce en el terapeuta el grupo de estudio, y
- 5.- Los ulteriores desarrollos de la Teoría de la Personalidad y del Método Terapéutico.

El objetivo de la Terapia será:

- a) Eliminación del sufrimiento y de los síntomas incapacitantes.
- b) Acrecentamiento de las capacidades del paciente para realizarse como persona y como miembro de una sociedad.

Para lograr estos objetivos, el Terapeuta debe tomar parte activa en el proceso de la familia, utilizando un intercambio emocional vivo y significativo, fijando su labor en: - Reeducar, Re-organizar y Resolver.

i.- Reeducar a la Familia a través de la orientación:

- El Terapeuta debe ser un educador en los problemas de la vida familiar, ofreciendo un mayor potencial para el crecimiento de la familia como un todo.
- El Terapeuta debe desempeñar un rol de auténtica figura paternal, controlador del peligro y fuente de apoyo.

ii.- Reorganizar a la familia, cambiando los patrones de comunicación familiar:

- Solicitará a la totalidad de los integrantes de la familia, para que intervengan en la discusión y planteamiento de problemas.
- Distinguirá los secretos verdaderos de los falsos, respetando los primeros y apoyando a la familia para que desbarate los segundos.
- Observará las interacciones -cara a cara- de los miembros familiares, ¿quién se sienta junto a quién? ¿quién mira a quién? etc.
- Observa la adaptación de los miembros familiares a sus respectivos roles.
- Establece la empatía y la comunicación entre los miembros de la familia, y entre la familia y él mismo.

iii.- Resolver el conflicto patológico, motivando las cargas afectivas de los miembros de la familia:

- Esclarece el conflicto disolviendo las barreras, los disfraces defensivos, las confusiones y los malentendidos.
- Elimina la carga de ansiedad del "chivo emisario", para esclarecer la naturaleza del transtorno básico de toda la familia.
- Neutraliza los ataques y el chivo emisarismo, utilizando para tal fin a los emergentes.

La Terapia Familiar no se debe tomar como una panacea, ni se debe indicar para cualquier transtorno que se le presente al médico, como todo, tiene indicaciones y contraindicaciones muy precisas:

#### Indicaciones de la Terapia Familiar:

- 1.- Reintegración de un paciente a su grupo familiar, en la fase final de la terapia individual.
- 2.- Tratamiento de las neurosis, de los desórdenes caracterológicos y de algunas psicosis del tipo de la esquizofrenia.
- 3.- Problemas de Farmacodependencia.
- 4.- Son de elección primaria en todo desorden conyugal.
- 5.- Perturbaciones en las relaciones entre los hijos con los padres.

#### Contraindicaciones de la Terapia Familiar:

- 1.- Presencia de tendencias malignas irreversibles que predisponen a la disolución de la familia en estudio.
- 2.- Familias con progenitores que padecen enfermedad paranoide, o que sean criminales o perturbados confirmados.
- 3.- Existencia de cierto tipo de secreto familiar válido.
- 4.- Existencia de prejuicios culturales, religiosos o socioeconómicos inflexibles, tanto en el Terapeuta como en los pacientes.

5.- Existencia de defensas extremadamente rígidas y difíciles de abatir.

### CORRIENTE EXISTENCIAL

VIRGINIA SATIR (1, 19)

La conducta de cualquier individuo es una respuesta a una compleja serie de "reglas" metódicas y predecibles que gobiernan su grupo familiar, aunque dichas reglas no pueden ser conocidas por él o por su familia. Así, el sistema familiar es el principal contexto de aprendizaje para la conducta, los pensamientos y los sentimientos individuales.

La Familia debe analizarse como un sistema operante que conlleva: Una meta (la creación de nuevas personas y el desarrollo de las que ya existen), elementos esenciales (adultos, niños, hombres, mujeres), una organización funcional (autoestima, normas, comunicación, roles conyugales, paterno-filiales y filiales), medios para iniciar y mantener el sistema (relaciones sexuales, alimentación, habitación, vestido, etc.), capacidad de cambio ante los estímulos externos (sistema abierto si permite la posibilidad de cambio, o cerrado si lo permite muy poco o no lo permite) y por último la capacidad de auto perpetuarse a través del tiempo.

Como sistema la familia puede funcionar o no adecuadamente, siendo el parámetro de evaluación la autoestima, la comunicación, las normas y las relaciones con la sociedad de los distintos miembros de la familia, encontrándose básicamente dos tipos de sistemas familiares: los Conflictivos y los Nutridores.

Las familias conflictivas se caracterizan por tener una autoestima baja, una comunicación indirecta, vaga e incierta, normas fijas, rígidas e inmutables, y por un enlace con la sociedad temeroso, aplacante o acusador.

Las familias nutridoras se caracterizan por tener una autoestima alta, una comunicación clara, directa y específica, normas flexibles y sujetas a cambio, y un enlace con la socie-

dad abierto y sincero.

La autoestima es el concepto individual que cada quien tiene de sí mismo, concepto que es aprendido en el seno de la familia y por ende susceptible de modificarse. La autoestima se manifiesta por pautas de comunicación que indican el grado de salud que tiene una persona.

Todas las personas necesitan el reconocimiento de su autoestima y la aceptación por las demás personas, cuando la autoestima se encuentra amenazada se proyectará el grado de autoestima por medio de pautas de comunicación que pueden ser abiertas y fluidas, o bien, de doble nivel con mensajes contradictorios entre lo expresado verbalmente y no verbalmente, con relaciones confusas y superficiales. Como ejemplo de estos modelos se señalan:

- a) Modelo Aplacador: Consiste en aplacar la comunicación de tal manera que los otros no se enojen o molesten, para contar con la aprobación de los demás.
- b) Modelo Acusador: Consiste en culpar a las demás personas de los errores de uno mismo, para aparentar una imagen de fortaleza que gane el apoyo de los demás.
- c) Modelo Superrazonable: Consiste en superracionalizar las situaciones para dar una imagen de inteligencia y ecuanimidad ante los demás.
- d) Modelo Irrelevante: Consiste en distraer haciendo o diciendo cosas que no tengan relación con lo expresado, para ignorar las situaciones amenazantes.
- e) Modelo Abierto: Consiste en comunicarse con palabras que concuerden con lo comunicado no verbalmente, con relaciones libres, fáciles y honestas.

En una familia con sentimientos de minusvalía, cada progenitor verá al cónyuge como una parte complementaria de sus temores y debilidades, percibiendo las diferencias individuales como amenazantes para esta "complementariedad", cuando llegue el hijo, los padres lo verán como una extensión de sí

mismos y percibirán al otro cónyuge como una amenaza para el cumplimiento de sus deseos, al llegar el proceso de identificación sexual el niño toma partido por uno de sus padres corriendo el riesgo de perder al otro, y como respuesta a los deseos contradictorios y no rotulados de sus padres caricaturiza en su conducta los conflictos no resueltos que existen dentro de cada cónyuge, tanto como individuos, como padres y como pareja. Por lo que es evidente, que para que aparezcan síntomas en un miembro de la familia deben existir situaciones de doble vínculo que se manifiesten con mensajes de doble nivel -"Te ordeno desobedecer.."-, dichas situaciones a la vez han sido aprendidas en las familias de origen de los progenitores, perpetuando se esta pauta en la familia que presenta un paciente identificado.

Sobre esta base, lo que más contribuye a la sintomatología de los hijos es la disfunción marital, resultante de las percepciones amenazantes de las diferencias individuales y de la comunicación encubierta.

Si consideramos que la enfermedad es resultado de métodos inadecuados de comunicación, lógicamente la finalidad de la terapia será mejorar los métodos de comunicación.

El concepto más importante en la Psicoterapia es el de Maduración, estado en el cual el ser humano está por completo a cargo de sí mismo y es capaz de manejar adecuadamente el mundo en el que vive mediante una comunicación apropiada. Un individuo disfuncional no ha aprendido a comunicarse en forma apropiada, no se percibe ni se interpreta a sí mismo ni a los demás en forma correcta, todo como resultado de una baja estimación que conduce a una incapacidad para manejar las diferencias entre él y los otros y a una comunicación disfuncional.

Para determinar el grado de disfunción familiar es imprescindible el análisis de los siguientes procesos:

- a) Qué técnicas utilizan los miembros de la familia para manejar las diferencias de unos y otros.
- b) Qué roles desempeñan los diferentes miembros de la familia.

- c) Cómo se manifiesta el "Yo" (autoestima) de los miembros de la familia.
- d) Qué modelos de conducta en la familia de origen influyen en las interacciones de los miembros de la familia en estudio.

Las finalidades del análisis de los puntos mencionados son para que los miembros de la familia:

- 1.- Reconozcan que son individuos y que son diferentes entre sí.
- 2.- Reconozcan que pueden tener diferencias y desacuerdos, mismos que se deben poner sobre la mesa de manera abierta y sincera.
- 3.- Se comuniquen entre sí de la forma más clara, diciendo lo que ven, piensan y sienten de unos y de otros.

El papel de Terapeuta debe ser el de un modelo de comunicación, que enseña a la familia las reglas de la comunicación: ¿Cómo me veo? ¿Cómo te veo? ¿Cómo creo que tu me ves? con este objeto el Terapeuta debe:

- Utilizar los medios para averiguar los hechos y no suponerlos.
- Mostrar al paciente el aspecto que tiene ante los otros, en un contexto y en una relación interpersonal apropiada.
- Mostrar a la familia que es fácil dar y recibir información.
- Aumentar la autoestima de los pacientes a base de refuerzos positivos.
- Disminuir la sensación de amenaza al fijar las reglas de la interacción: nadie puede hablar por otro, nadie puede interrumpir, etc.
- Disminuir la sensación de amenaza al plantear las sesiones de forma tal que la familia sienta en todo momento que la preocupación principal es la familia.

- Manejar el material cargado de tensión y emotividad, cambiando en su momento el tema a otros puntos menos estresantes.
- Ayudar a los pacientes a ver como han influido en su conducta los modelos pasados.
- Delinear los roles y funciones, incluso en la forma de dirigirse a los pacientes.
- Llenar los huecos de comunicación, interpretando los mensajes, y poniendo en palabras la comunicación no verbal.

Por último cabe enfatizar las ventajas de la Terapia Familiar en relación a otros modelos terapéuticos: El Terapeuta tiene mayor oportunidad de observar objetivamente las diferentes interacciones familiares.

Existencia de una gran flexibilidad y variabilidad en cuanto a la duración y momento de las sesiones, sitio de las sesiones, número y tipo de personas que acuden a las sesiones y en cuanto a las técnicas y herramientas que se utilizan para que los pacientes experimenten distintos estados conductuales, como lo son el videocasete, la grabación de las sesiones, la simulación de conflictos familiares, los juegos de comunicación, etc.

#### CORRIENTE SOCIOPSICOLÓGICA.

SALVADOR MINUCHIN (17).

Todo sistema familiar se caracteriza por tener la propiedad de cambio si se transforma su estructura, autoperpetuándose su propia funcionabilidad a través del tiempo.

La Terapia Estructural de la Familia estudia al individuo en su contexto social, con el fin de modificar la organización familiar y así, lograr cambios de conducta tanto individuales como familiares.

Las funciones básicas del sistema familiar son: a) La protección psicosocial de sus miembros, proporcionándoles al mismo tiempo un sentimiento de identidad y uno de separación o

autonomía. b) Adaptarlos a una cultura con las características sociales del medio extrafamiliar. Para realizar estas funciones la familia opera a través de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, regulando en esta forma la conducta de sus miembros.

En cuanto a estructura la familia se diferencia y funciona a través de Subsistemas formados por individuos o diadas, éstas pueden ser por generación, sexo, intereses o función, -- con diferentes niveles de poder y aprendizaje.

El Subsistema Conyugal lo forma el padre y la madre -- con el objetivo primordial de adaptarse y acomodarse mutuamente. El Subsistema Parental lo forma uno o ambos padres con -- los hijos, con la principal función de sociabilizar, proceso -- que es inevitablemente conflictivo. El Subsistema Fraternal es -- tá formado por los hijos de la familia y su objeto es fomentar la cooperación, negociación y sentido de competencia.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben de ser claros, permitiendo a sus miembros el pleno desarrollo de sus funciones sin interferencias, y a la vez permitiendo el contacto de los demás miembros y subsistemas. En base a estos dos polos opuestos, los -- límites nos ayudan a evaluar el funcionamiento de las familias, clasificándolas en familias con subsistemas aglutinados y con -- subsistemas desligados.

Los subsistemas aglutinados se caracterizan porque -- los miembros de la familia se encuentran excesivamente implicados entre sí, respondiendo con exceso a esta interacción, con -- límites interpersonales difusos y con intromisión de los miembros de la familia en los pensamientos, sentimientos y comunicaciones de los otros, con confusión de los roles y con una -- autonomía severamente limitada.

Los subsistemas desligados se caracterizan por tener -- límites muy rígidos, con una comunicación difícil, con tendencia a no brindar respuestas sus miembros cuando es necesario -- hacerlo y por fomentar sentimientos de independencia despropor -- cionados con escasa capacidad de interdependencia.

La normalidad o anormalidad de una familia varía de acuerdo a sus posiciones en estos dos extremos.

La finalidad del análisis estructural será delimitar la forma en que interactúan disfuncionalmente los subsistemas para reestructurar los subsistemas patológicos a una relación más funcional. Los peligros que conlleva este análisis estriban en que al trabajar con un subsistema se dañe a los demás, - ya sea por ignorar el impacto de las intervenciones en los - - otros subsistemas, o bien, por ignorar completamente a los - - otros subsistemas.

Lo que conduce a una familia a Terapia es la sintomatología que presenta uno de sus miembros, el Paciente Identificado, quien utiliza estos síntomas como un recurso para mantener el sistema, el que generalmente es disfuncional y responde a los requerimientos internos y externos con estereotipias ante el cambio, mediante pautas transaccionales rígidas que proyecta a uno de sus miembros.

La función del Terapeuta será:

- 1.- Asociarse a la familia en una posición de liderazgo para evaluar la estructura de la misma y permitir su transformación, al desequilibrar el sistema.
- 2.- Liberar al Paciente Identificado de su posición anómala, - al crear coaliciones entre los subsistemas que permitan -- otro sistema basado en la cooperación de iguales.

Para lograr estos objetivos, se utilizan las Técnicas de Asociación y Reestructuración.

Técnicas de Asociación (Unión o Acomodamiento):

La técnica de unión es la que el terapeuta realiza para relacionarse directamente con los miembros de la familia, - El acomodamiento enfatiza las acciones que realiza el terapeuta para adaptarse a la familia con el fin de lograr la alianza. Si el terapeuta se acomoda a la organización y estilo familiar, la familia también se acomodará a él. Las técnicas de asociación son: Mantenimiento, Rastreo y Mimetismo.

a) **Mantenimiento:** Técnica de acomodación que proporciona un apoyo programado a la estructura familiar, tanto a nivel individual como total. Por ejemplo, el elogio del terapeuta a las habilidades con que algunos miembros enfrentaron una situación.

b) **Rastreo:** Técnica de acomodación que consiste en plantear preguntas que clarifiquen lo que está en juego, o que amplíen algunos de los puntos expuestos, con la finalidad de fomentar y fortalecer la información.

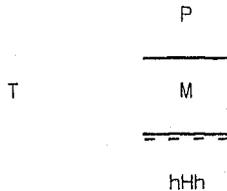
c) **Mimetismo:** Técnica de acomodación en la que el terapeuta se asemeja a los miembros de la familia en todos los rasgos universales de la condición humana. Por ejemplo, el hecho de pedirle un cigarrillo al miembro familiar que está fumando.

A partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con los procesos de unión y acomodamiento a la familia, el terapeuta desarrolla un diagnóstico o hipótesis de la familia, en el que evalúa las transacciones de la familia en base a 6 áreas fundamentales:

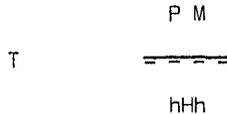
- 1.- Cómo se estructura la familia, qué pautas transaccionales son preferidas y qué alternativas hay disponibles.
- 2.- Cuál es la flexibilidad del problema, qué capacidad existe en el sistema para reestructurarse, modificando las alianzas en respuesta a las circunstancias cambiantes.
- 3.- Cómo responde la familia a las acciones individuales de sus miembros, para evaluar el grado de aglutinamiento o desligamiento.
- 4.- Qué contexto de vida lleva la familia ante las fuerzas de stress en la economía familiar.
- 5.- Examinar el estadio de desarrollo en que se encuentra la familia, y cómo funciona en base a este estadio.

- 6.- Explorar en qué forma los síntomas del paciente - identificado se utilizan para mantener las pautas transaccionales preferidas por la familia.

Con el diagnóstico familiar en base a la evaluación - de los puntos mencionados, se realiza un mapa familiar que explique la estructura y funcionabilidad del sistema, y se hace el contrato terapéutico estipulándose frecuencia, tiempo y número de individuos que asistirán a las sesiones. Un ejemplo - de Mapa Familiar es el siguiente: En una familia cuyo conmutador central es la madre, quedando el padre fuera de la interacción dinámica con los hijos, el mapa quedaría:



Por lo que el objetivo del Terapeuta sería romper esta estructura, reforzando al núcleo conyugal para que las relaciones parentales fueran equitativas:



**Técnicas de Reestructuración:**

Son el conjunto de intervenciones terapéuticas a las que se enfrenta una familia para lograr el cambio, existiendo cuando menos las siguientes modalidades:

1.- Para captar las pautas transaccionales de la familia, el terapeuta debe descentralizar la información en su persona y fomentar la interacción familiar, por medio de:

a) Dramatización de las pautas transaccionales: El terapeuta hace que la familia en lugar de describir las acciones,

las actúe. Por ejemplo: "...habla con tu padre con respecto a esto".

b) Recreación de los canales de comunicación: El terapeuta estimula a los miembros de la familia a hablar entre sí, descentralizando la plática en su persona, Por ejemplo: el terapeuta evita el mirar a alguien cuando se cuestionan preguntas directas, le da vuelta a su silla, fija la atención en el techo, etc.

c) Manipulación del espacio: El terapeuta reubicará a los miembros de la familia en diferentes lugares, juntándolos, separándolos, interponiéndose entre ellos, para reforzar o sabotear alianzas.

## 2.- Consolidación de Límites:

a) Creación de un intercambio flexible entre autonomía e interdependencia familiar, consolidando límites en las familias aglutinadas o disminuyendo la rigidez de las familias desligadas.

b) Reubicación de los subsistemas conyugal, parental y fraterno.

## 3.- Intensificación del Stress:

a) Bloqueo de pautas transaccionales: Consiste en obstruir el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales de esa familia, es una táctica de las más simples. Por ejemplo, al preguntarle a la niña su opinión se bloqueará la contestación habitual de la madre y se insistirá en que conteste la niña.

b) Acentuación de las diferencias: Señalamiento de las discrepancias entre dos o más personas de la familia, con el fin de fomentar las discusiones y el intercambio de ideas.

c) Desarrollo del conflicto implícito al bloquear las defensas naturales de la familia. Por ejemplo, al hablar abiertamente de los secretos "oficiales" de la familia.

d) Alianzas TEMPORALES con un miembro o subsistema, -

cuando la familia niega conflictos en forma rígida.

4.- Asignación de Tareas: Ya sean dentro de la sesión, en el hogar o en cualquier otro sitio, con el fin de perpetuar el proceso terapéutico más allá de la sesión, y evaluar la capacidad de reestructuración de la familia.

5.- Utilización de los Síntomas: Con el fin de combatir la tendencia familiar a centralizarse en el paciente identificado.

a) Enfoque centrado en el síntoma: El terapeuta influirá en la familia para que opere ayudando al paciente identificado a disolver sus síntomas.

b) Exageración del síntoma: El terapeuta exagera e intensifica el síntoma que presenta el paciente identificado, con el fin de regular las transacciones interpersonales en la familia.

c) Desacentuación del síntoma: El terapeuta utiliza al síntoma como vía de alejamiento de la familia en el enfoque centrado en el paciente identificado.

d) Adopción de un nuevo síntoma: El terapeuta desplaza temporalmente el foco de atención terapéutica en los problemas que presente otro miembro de la familia.

e) Reetiquetamiento del síntoma: El terapeuta cambia el apelativo profesional del síntoma por el de un problema intrafamiliar. Por ejemplo, anorexia se cambia a desobediencia ante la incompetencia paterna.

6.- Apoyo, Educación y Guía: El terapeuta guiará y apoyará con medidas educativas los factores de salud, enfermedad, nutrición, conflictos extrafamiliares (desempleo, cambio de residencia, etc.) y al sistema en su totalidad.

El proceso de Unión y Reestructuración se encuentra en continuo movimiento, intercalándose uno con otro en forma variada y complementaria.

CORRIENTE LATINOAMERICANA.

ENRIQUE PICHON-RIVIERE (20).

La familia como unidad indispensable de toda organización social, solo puede funcionar en base a las diferencias individuales que existen entre sus miembros, si estas diferencias son negadas aunque fuera por un solo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que está condicionando la vida normal, lo que crea un estado de confusión y caos. Así, se considera a la enfermedad mental no como la enfermedad de un sujeto, sino como enfermedad en la unidad básica de toda estructura social: La Familia, en la que el enfermo desempeña un rol de portavoz emergente de una situación total.

El sistema de interrelaciones del grupo familiar si - que un modelo triangular básico: el Sujeto, la Madre y el Padre (o sus substitutos a los que se les adjudican roles que -- ellos asumen). Las distorsiones en este sistema hacen surgir una serie de perturbaciones y malentendidos. Es en este campo en el que debe comprenderse y esclarecerse la enfermedad de un individuo, ya que este grupo estereotipado y poco productivo -- se transformará con el uso de determinadas técnicas en el instrumento mismo de la operación correctora.

La emergencia de una neurosis y/o psicosis en el ambiente del grupo familiar significa que un miembro de este grupo -- asume un rol nuevo, transformándose en portavoz o depositario de la ansiedad del grupo, hecho que altera la estructura grupal al perturbar los roles familiares y al condicionar mecanismos de segregación, en donde el enfermo es alienado por su grupo inmediato. En el grupo se instala una inseguridad social -- ante el cambio, esta inseguridad o ansiedad puede ser depresiva o paranoide. En la depresiva predomina el temor ante la -- pérdida de un status determinado, en la paranoide predomina el temor a las nuevas condiciones de vida o el temor al ataque -- externo. Al emerger la enfermedad en uno de los miembros, se configura una pauta estereotipada como reflejo de una seguridad patológica que fomenta la formación de un círculo cerrado.

La pauta estereotipada básica es la depresión, generalmente manifestada por ansiedad ante el cambio. La situación estereotipada pone a funcionar mecanismos de segregación, de expulsión y de alienación del paciente, organizándose el grupo para mantener fuera al paciente, realizándose a veces verdaderos sacrificios con tal de que se mantenga la segregación. El depositario de las ansiedades y tensiones del grupo-familiar sería el miembro más fuerte, ya que su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad mental, por lo que enferma con el fin de preservar al resto del grupo del caos y la destrucción, si el rol asumido es eficaz, el grupo logra mantener cierto equilibrio sociodinámico.

En este sistema de depositación de ansiedades y tensiones, debemos considerar a los depositantes, lo depositado y al depositario:

- Qué estructura personal desde el punto de vista dinámico y funcional tiene en ese momento el paciente.
- Qué imagen interna tiene el grupo de ese paciente.
- Cuáles son los estereotipos del paciente y cuál es su grado de intensidad.
- Cuáles son los estereotipos del grupo y cuál su grado de intensidad.
- Cuál es el monto de los mecanismos de segregación utilizados por el grupo.
- Cuál es la naturaleza de los miedos básicos de la familia: miedo a perder la estructura ya lograda a miedo al ataque en la nueva situación a estructurar.
- Cuál es el grado de "situación terapéutica negativa", dada por los miedos y resistencias al cambio.
- En qué niveles se encuentra la comunicación familiar y el grado de aprendizaje.
- Cuáles son las fantasías básicas existentes:
  - a) Fantasías de enfermedad

b) Fantasías de tratamiento, y

c) Fantasías de curación.

Desde el punto de vista terapéutico a la técnica empleada se le denomina: Técnica de Grupos Operativos de Esclarecimiento, de Aprendizaje, de Capacitación o Tarea. El objetivo central es la curación del enfermo, al configurar una nueva red de comunicaciones que cambien consecuentemente el aprendizaje, la ansiedad global asumida por el paciente se fragmenta, haciéndose cargo cada miembro del grupo de una parte de ella.- El grupo se convierte así, en una empresa cuyo negocio es la curación de uno de sus miembros a través del esclarecimiento de todos.

Las técnicas empleadas por el coordinador de grupo o terapeuta, tienen como objetivos romper los estereotipos, evitar las recurrencias de éstos en el paciente y en toda la familia.

El principal recurso del terapeuta será la creación, el mantenimiento y el fomento de la comunicación para que el grupo aprenda, se comunique y opere, aliviándose así, la ansiedad básica. El esclarecimiento familiar que se presenta a veces como "revelaciones", disminuye progresivamente el malentendido que existía en el grupo.

En su análisis situacional y operacional el terapeuta se enfocará a conocer:

- 1.- Quién es el portavoz de la enfermedad grupal.
- 2.- Cuáles son los roles perturbados, enfocándose con mayor énfasis en el tipo de liderazgo existente.
- 3.- Cuáles son las ideologías y prejuicios predominantes en la familia.
- 4.- Cuál es el malentendido básico que altera el funcionamiento familiar.
- 5.- Cuáles son los secretos familiares (aquellos que todo mundo conoce, pero de los que nadie habla).

- 6.- Si existen mecanismos de segregación y preservación para el portavoz, como mecanismo homeostático por parte de la familia.
- 7.-Cuál es la situación triangular básica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Satir, V.: Psicoterapia Familiar Conjunta. La Prensa Médica Méx. 1980.
- 2.- Baker, J.: Family Systems: A Review and Synthesis of eight major concepts. Fam. Ther. 3 (1), 1-27, 1976.
- 3.- Chagoya, L.: Terapia Familiar. V. Congreso Mundial de Psiquiatría (México), 1972.
- 4.- Deutsch, M. y Krause, R.M.: Teorías en Psicología Social Cap. 5, 122-162.
- 5.- Noyes y Kolb.: Psiquiatría Clínica Mod. Ed. Interamericana. 1976.
- 6.- Stewart, R.L.: Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy, Del Freedman an Kaplan: Comprehensive Textbook of - Psychiatry III, cap. 30:1799-1824.
- 7.- Birk, L.: Behavior Therapy and Behavioral Psychotherapy. - Del Harvard Guide to Modern Psychiatry, cap. 19:433-458.- Ed. Armand M. Nichol. 1972.
- 8.- Medina, P.J.: Skinner y el Skinnerismo, Folletos Conacyt.
- 9.- Puente, S.F.: Notas sobre Terapia Conductual.
- 10.- Medina, A.: La Teoría de los Sistemas. Naturaleza 3 (5) - 216-226, 1972.
- 11.- Soto de León, B.: Sistemas y Modelos. Curso de Admón. para Personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica. IMSS. Cap. 5, 1-22, 1978.
- 12.- Barragán, M.: Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. V. Congreso Mundial de Psiquiatría - (México). 1972.
- 13.- Watzlawick, P. y Cols.: Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Tiempo Contemporáneo. 1973.

- 14.- Soto de León, B. y Zárate S.H.: La Comunicación en las Organizaciones. Curso de Admón. para Personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica. IMSS. Cap. 7:1:20-1978.
- 15.- Gómez, R.J. y Zárate. S.H.: Los Grupos Humanos. Curso de Admón. para Personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica. IMSS. Cap. 4:1-50, 1978.
- 16.- Serrano, H.: Psicoterapia Familiar en Instituciones Médicas del ISSSTE. Neur-Neurocir-Psiq. Méx. 18 (2 y 3), 1977
- 17.- Minuchin, S.: Familias y Terapia Familiar. Prensa Médica-Méx. 1977.
- 18.- Ackerman, N.W.: Tratamiento de la Familia Neurótica. Ed.-Paidós, 1978.
- 19.- Satir, V.: Las Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar.- Ed. Prensa Médica Méx. 1977.
- 20.- Pichón-Riviere, E.: El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión.- 1978.

## PATOLOGIA FAMILIAR

Numerosos estudios han demostrado que la familia se comporta como si fuera una unidad. Un grupo cada vez mayor de observaciones clínicas ha llevado a la conclusión de que la psicoterapia familiar tiene que orientarse hacia la familia como un todo (1).

Como unidad, la familia presentará alteraciones en su psicodinamia, al enfrentarse con los diferentes tipos de stress enunciados en los capítulos anteriores, sin embargo para fines de este trabajo, consideramos de importancia el clasificar -- aquellos transtornos que siendo más frecuentes en nuestro medio son causa o efecto de disfunciones psicodinámicas familiares.

Cabe aclarar que si bien, todos los siguientes transtornos afectan en una forma u otra a todos los elementos que integran el sistema, las alteraciones predominan en un subsistema, por lo que las dividiremos en base a éstos:

Transtornos que alteran la psicodinamia familiar y -- que predominan a nivel del subsistema conyugal.

- 1.- Celotipias.
- 2.- Esterilidad.
- 3.- Divorcio y Segundo Matrimonio.
- 4.- Discordia Conyugal y Disfunción Sexual.
- 5.- Pareja Histérica.

Transtornos que alteran la psicodinamia familiar y -- que predominan a nivel del subsistema parental:

- 1.- Transtornos de Conducta.
- 2.- Farmacodependencia:
  - a) Drogadicción,
  - b) Alcoholismo

### 3.- Homosexualidad.

Transtornos que alteran la psicodinámica familiar y que predominan a nivel del subsistema filial.

#### 1.- Celos de Caín.

Transtornos que alteran la psicodinámica familiar no clasificables en ningún nivel (Globales):

#### 1.- Problemas Idiosincráticos:

- a) Muerte.
- b) Enfermedad Crónica y padecimientos congénitos y hereditarios.
- c) Senectud.
- d) Esquizofrenia.

#### 2.- Depresión.

#### 3.- Suicidio e Intento de Suicidio.

#### 4.- Transtornos Psicósomáticos.

En base a esta clasificación, efectuamos una revisión en la literatura de la forma específica en que estos transtornos alteran la psicodinámica familiar o bien son resultado de alteraciones psicodinámicas, por lo que a continuación describimos estos transtornos relacionados con los aspectos psicodinámicos inherentes a éstos y así mismo el enfoque psicoterapéutico familiar que se ha impartido en ellos.

## LOS CELOS

El diccionario define a los celos, como la inquietud de la persona que teme que aquellos a quien ama le de la preferencia.

Los celos son un fenómeno universal, que todos los humanos conocen y han experimentado; sin embargo en ocasiones -- siembran sufrimiento y causan separación de los individuos, dividiendo a las parejas, familias, grupos sociales e incluso a las naciones. Las reacciones de celos predominan más en la vida corriente que en la psicopatología, presentándose en forma episódica como respuesta a un estado de depresión o neurosis o como una manifestación de infantilismo psicoafectivo y mental, haciendo que el individuo tienda a recurrir más que de costumbre a la proyección, sin que ésta tome características patológicas (2).

Los celos mórbidos traducen ansiedad y sentimientos de inferioridad y pueden llegar a configurar cuadros de una verdadera psicosis paranoide o demencia. Este tipo de celos -- ha sido estudiado principalmente en el enfermo alcohólico (vea se tema de alcoholismo). (4)

Los celos pueden ser clasificados en dos grupos: Los celos infantiles entre los que destacan el complejo de Edipo y Electra y los celos de Caín. Y el segundo grupo corresponde a los celos pasionales que se dan con mayor frecuencia entre la pareja conyugal.

Los celos de Edipo se presentan con más frecuencia entre los 4 y 5 años de edad, en que se descubre al padre como modelo y adversario. El niño para salir de la situación edípica lucha contra el rival del cual está celoso, desafiando al padre y haciendo demostraciones de virilidad y poder.

Los celos de Caín a menudo se presentan más precozmente que los celos de Edipo. Aparecen cuando se presenta el primer hermano y se acompañan de deseos de muerte hacia éste, lo que puede ser reforzado por los padres con su actitud hacia el

nuevo miembro. La posición del hijo de la familia favorecen los celos fraternales, siendo la posición más delicada la del hijo de en medio. Los celos se manifiestan por actitudes depresivas, o neuróticas, puede haber agresión, resignación y actitudes de regresión, así como identificación, asumiendo el rol del padre para ejercer su dominio sobre el hermano. (2)

Los celos pasionales y paranoides según David Cooper (3), son debidos a una homosexualidad latente, y su mecanismo es el siguiente: La persona A está celosa de la persona C, -- que tiene una relación con la persona B, que a los ojos de A -- es "su persona" y de ésto se deduce que gran parte del temor y la ira de A se derivan de los deseos homosexuales reprimidos -- que en este caso se dirigen a C, y que cuando ésta penetra genitalmente a B, este acto es para A, como una anhelada y temida violación anal.

El tratamiento de los celos maritales se puede enfocar en tres niveles: individual, interpersonal y sistemático (5). Considerando que los celos son un problema que se establece de la relación de dos o más personas y tomando en cuenta los patrones culturales de nuestra sociedad, pensamos que el modelo terapéutico que mejor se apega a nuestras familias con problema de celos es el de la terapia interpersonal, que consiste en que el terapeuta se centre en la pareja, con el fin de aclarar las pautas y dinámica de entendimiento y fomentar una comunicación clara y abierta que se maneje sin connotaciones peyorativas. La meta es ayudar a la pareja a alejarse de los celos, renegociar las relaciones conyugales y reforzarlas positivamente. Apoyándose en un modelo de acción voluntario conciente y controlado a través de la razón. (5)

En los celos de Edipo se orienta al padre para permitir ser "alcanzado" o "rebasado" por el hijo, para que éste deje de ver al padre como un rival, y pueda de esta manera continuar su camino hacia la madurez. Durante este combate la madre se convierte en amiga de sus hijos, el objetivo es que una vez que el niño se desprenda de la madre y de los celos hacia el padre pase al mundo de los "demás" seres que no forman par-

te de su familia.

Con respecto a los celos entre hermanos los padres deben de acoger con calma las declaraciones celosas del niño, hablando con él de las desventajas y ventajas de tener un hermano menor. Y por último nunca comparar el hermano desfavorablemente con el primogénito o Benjamin. (2)

## ESTERILIDAD Y FAMILIA

El término esterilidad implica la incapacidad de la pareja para lograr la concepción. Infertilidad es la incapacidad de la pareja para llevar a buen término el producto de la concepción. (6)

La esterilidad puede ser primaria o secundaria, absoluta o relativa, a su vez la absoluta se divide en temporal y permanente. Se considera estéril a la pareja después de dos años de vida sexual activa.

Es un hecho frecuentemente ignorado a nivel de la profesión médica el impacto emocional que acompaña a la esterilidad. Los factores emocionales en sí juegan un papel significativo en la totalidad de la esterilidad o infertilidad, ya que las grandes tensiones psicológicas pueden ser la causa principal o contribuyente de esta patología. Sandler menciona a las causas emocionales como responsables de infertilidad en un 25% de los casos, y por otro lado, Josselyn encuentra un incremento de la fertilidad en las parejas que adoptan un hijo, probablemente como consecuencia de un cambio en el comportamiento sexual de la pareja.

Desde el punto de vista psicodinámico, la infertilidad según Kroger connota un temor inconsciente ante la maternidad, o bien un intenso rechazo internalizado a la figura materna. Es un hecho de observación común que existen parejas con problemas maritales que presentan un incremento en la tasa de aborto. (7) Es un estudio efectuado en 30 parejas con problemas de esterilidad (8) se muestra que la esterilidad es causada de alteraciones psicodinámicas emocionales en un 58.2% de los casos, alteraciones conductuales en un 45.9% y alteraciones sexuales en el 32.5%, con alteraciones psicodinámicas totales entre las que predominan los sentimientos de culpabilidad, depresión, ira, rechazo, aislamiento, agresión a la pareja infidelidad y alteraciones en la comunicación.

Desde el punto de vista terapéutico se debe de descartar y asegurar que no exista patología orgánica, ya que con el

tratamiento adecuado y corrección de la esterilidad o infertilidad es muy probable que se corrija la alteración psicodinámica de la pareja.

Desde el punto de vista de la psicoterapia familiar-- a la pareja, se debe considerar a ésta como una entidad triangular, formada por el varón, la mujer, y la relación mutua que existe entre ellos, por lo que la terapia familiar actualmente es uno de los procedimientos indicados para la corrección de las alteraciones psicodinámicas que existen entre los cónyuges y en muchas ocasiones corrección de la esterilidad o infecundidad. (8)

Que la psicoterapia familiar es útil en este tipo de problemas lo comprueban varios estudios, entre los que destaca el de Boconoschkin (7), quien refiere una serie de casos con varios años de esterilidad en los que se habían intentado varios tratamientos sin resultados de éxito, y en los que solo tras una larga entrevista de los cónyuges con psicoterapia familiar se apreció curación.

## TERAPIA DEL DIVORCIO

En 1975 hubo más de un millón de divorcios en Estados Unidos, el doble de los ocurridos en los 10 años anteriores. - Se calcula que si el divorcio continúa incrementándose a éste ritmo cerca del 30 a 40% de los matrimonios actuales terminarán en divorcio. Aproximadamente 9 millones de niños, o sea 1 de cada 7 son hijos de padres divorciados. (9) En 1975 la Dirección General de Estadística del Departamento de Programación y Presupuesto de México, D.F., da las siguientes cifras con respecto al divorcio: En dicha fecha hubo 16,791, siendo las 5 principales causas siguientes las más frecuentes: 1.- Incompatibilidad de caracteres; 2.- Abandono injustificado; 3.- Maltratos; 4.- Adulterio comprobado; 5.- Falta de cumplimiento económico. La mayor frecuencia de divorcios se registra del 1o. al 5o. año de casados. La edad de los cónyuges en la cual ocurren la mayor cantidad de divorcios es de los 15 a los 19 años y va declinando conforme avanza la edad y el tiempo de matrimonio.

Que el divorcio puede ser una experiencia angustiante, dolorosa y devastadora tanto para los padres como para los hijos no necesita documentarse, sin embargo no obstante son muy pocas las investigaciones que se abocan al estudio del proceso de divorcio y sus consecuencias. (9)

Kenneth y Morton definen al divorcio psíquico como el fenómeno que se ha llamado desenamoramiento y lo consideran un paso indispensable para que se realice un divorcio constructivo. El divorcio psíquico puede ser paralelo o pasional. El primero es aquél en que los consortes no se han involucrado psicológicamente en forma intensa. La mayoría de estos divorcios están formados por personas jóvenes que no tienen niños y cuyo lapso de matrimonio es corto. El divorcio pasional es el que por desgracia se presenta con más frecuencia, generalmente corresponde a matrimonios de larga duración, en los que ha habido relaciones intensas y completas con presencia de hijos y cuya ruptura de las relaciones es consumada con dificultad y dolor.

Las etapas del divorcio psíquico, según Kennet y Mor-ton son las siguientes:

1.- Período Pre-divorcio: En esta etapa surge la duda ante el divorcio; y se pueden dar las siguientes situaciones en un tiempo variable:

- a) Etapa de creciente insatisfacción marital y tensión por parte de ambos cónyuges, que se reciente más en uno --- que en otro.
- b) Intento de reconciliación, con intentos francos de buscar sentimientos de ayuda mutua, o bien se solicita con sejo a amigos o familiares.
- c) Disminución importante de la intimidad marital. Uno de los dos esposos puede tomar un amante para tener una -- "seguridad" psicológica ante lo inminente de la separación.
- d) Rompimiento franco de la fachada de solidaridad matrimonial, y se hace de conocimiento público que el matrimonio es un serio problema, en este período pueden aparecer los abogados y ocurrir o no la separación física.

II.- Período de Decisión:

- a) Un esposo toma firmemente la decisión de divorciarse,-- lo que condiciona un sentimiento de alivio.
- b) Posteriormente surge la ansiedad y pánico en ambos cónyuges ante lo inminente de la separación, cuestionándose si podrán sobrevivir solos.
- c) Se renueva la intimidad matrimonial como una muestra de la dependencia y rechazo de la relación.
- d) Nuevamente se renueva la lucha y el ataque, revelándose la naturaleza verdadera como una muestra de las etapas-inmediatas anteriores.

Las etapas c y d, pueden repetirse varias veces, con un "estira y afloja".

- e) Aceptación final de lo inevitable, del divorcio, acompañado de angustia, ahora debida al planteamiento ¿Cómo terminará el arreglo?

III.- Período de duelo y aflicción: Es un período complejo y crítico.

- a) Sentimientos de culpa y autoreproche por considerarse culpable del rompimiento hay sentimientos de fracaso y minusvalía, soledad y depresión (La aflicción por el esposo perdido es en ocasiones más importante que la observada ante la muerte del esposo).
- b) Angustia por el esposo que señala el retorno al equilibrio.
- c) Aceptación de los hechos positivos y negativos del matrimonio, con un autoanálisis lleno de verdadera tristeza.

IV.- Período de Re-equilibrio: En este período se levanta la autoestima y disminuye el duelo por el matrimonio.

#### Criterios para un divorcio Constructivo (9):

Un divorcio constructivo es aquel en el que se ha completado favorablemente el proceso de divorcio psíquico y prevalecen ciertas condiciones:

- a) Ambos cónyuges desean el término del matrimonio, el cual es negociado con sentimientos sanos.
- b) Los cónyuges deben ser capaces de seguir laborando juntos en las situaciones que así lo requieren, principalmente cuando hay hijos de por medio.
- c) En el divorcio constructivo, el daño psíquico a los hijos se minimiza por mantenerse unas buenas relaciones entre los cónyuges y permitiendo el amor de los hijos hacia ambos padres (Es de vital importancia continuar las relaciones del hijo con el padre que no tiene la custodia, ya que así los niños sabrán que cuentan con un padre y una madre en caso -

necesario).

- d) En el divorcio constructivo se conserva la autoestima, y hay capacidad de iniciar nuevas relaciones íntimas, satisfactorias y un alto sentimiento de competencia personal.

Los obstáculos para un divorcio constructivo son los siguientes:

- a) Disturbio en el divorcio psíquico.
- b) Diferentes motivaciones para divorciarse, que condicionan además de conflictos emocionales, diferentes perspectivas en el post-divorcio para cada pareja. Es frecuente que el consorte que desea el fin del matrimonio tenga sentimientos de culpabilidad que se expresan como angustia contra el otro, y aquel que desea continuar el matrimonio tenga sentimientos de humillación combinados con angustia, ante la incertidumbre del futuro.
- c) Cuando la pareja insiste en fomentar acusaciones basadas en hechos pasados.

El número de hijos influye en la culpabilidad de los padres ante el divorcio.

- d) Participación de abogados, ya que éstos defienden los intereses de un esposo y atacan las del otro, postura poco recomendable. Desconocimiento de las bases psicológicas y psicodinámicas que acarrearán conflictos innecesarios y existencia de intereses personales financieros, en cuanto a tiempo y tipo de intervención legal.

Estrategias Terapéuticas:

- A) Intervenciones reflexivas.- El terapeuta creará un ambiente de confianza y confidencia en las sesiones, manteniendo la confidenciabilidad de las declaraciones. Se recomiendan en las 2 primeras sesiones que la entrevista se efectúe individualmente, con el objeto de valorar secretos y hablar libremente.

El terapeuta debe analizar la situación matrimonial en base a 3 aspectos principalmente problemáticos: 1.- Clientes con errores de apreciación que lo más común es que soliciten -- salvar su matrimonio en lugar de terminarlo; 2.- Etapa del período de divorcio en que se encuentra; 3.- Presencia de -- sabotaje, uni o bilateral, que evidencian que uno o ambos -- cónyuges no tienen intereses en conservar el matrimonio. -- Conflictos matrimoniales altamente destructivos que amena -- zan la integridad física y psicológica de uno o ambos cónyuges. Matrimonios con fondos neuróticos, destructivos con ba ses irreales.

Mantenimiento de la imparcialidad terapéutica.

- 8) Intervenciones contextuales.- Intentos del terapeuta para -- modificar el ambiente en que se gesta la pelea, con la crea ción de condiciones que permitan a la pareja tomar sus pro pias decisiones y efectuar sus propias negociaciones.

Se intentará por medio de técnicas ya sea estructurales o -- conductuales, modificar la Tensión Emocional. Habrá que re gular los contactos con los abogados. Aclarar el origen de la disfunción promoviendo el entendimiento de la interac -- ción matrimonial destructiva. Habrá que estructurar la ne gociación, manteniendo el cuidado de los hijos, etc., en ca laboración con ambos esposos.

## TERAPIA SEXUAL Y DISCORDIA CONYUGAL

Las disfunciones sexuales son trastornos psicosomáticos, que impiden al individuo realizar el coito, o gozar de él. Pudiendo hallarse inhibidos tanto en componente vascongestivo como el orgasmo de la respuesta sexual. En el varón produce tres síndromes disfuncionales: La impotencia, que es un trastorno de la erección, la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. Las disfunciones sexuales femeninas las podemos dividir en vaginismo, que es un espasmo del introito vaginal, la disfunción sexual femenina general, denominada frecuentemente frigidez y la disfunción orgásmica. (10)

Masters y Johnson fueron los primeros psicoterapeutas que trataron a las disfunciones sexuales con resultados de éxito muy elevados. (11)

Aunque existen muchos enfoques distintos de la nueva terapia breve de las disfunciones sexuales, la mayor parte tienen en común la asignación de tareas sexuales, y la utilización, por parte del terapeuta, de la respuesta de la pareja a dichas tareas. Las tareas, además de sus aspectos de condicionamiento, descondicionamiento y aprendizaje, se utilizan para abrir la comunicación, provocar reacciones y desarrollar el sentimiento de estar trabajandó juntos. Para conseguir ésto - hace falta un tipo muy concreto de cooperación entre los compañeros que podría ser bloqueado por la discordia. (10)

Es esencial que las tareas sean cumplidas y no saboteadas. Para lograr ésto y avanzar hacia la realización sana del potencial sexual de cada cónyuge, es necesario que ambos - cumplan con 4 requisitos en cuanto a la cooperación: a) Los cónyuges deben dejar a un lado sus luchas y hostilidades para que éstos componentes negativos no determinen acciones significativas. b) Deben aceptarse mutuamente como compañeros sexuales. c) Tienen que mostrar un deseo de ayudarse el uno al otro y así mismo. d) Uno u otro cónyuge debe de estar dispuesto a demorar su propia gratificación durante varias semanas y no plantear exigencias sexuales. (10)

Los excelentes resultados mencionados anteriormente, se refieren a los efectos de la sexoterapia en pacientes que sufrían alguna disfunción sexual específica, pero que gozaban en escencia de una buena salud de un matrimonio satisfactorio. A excepción de la eyaculación precoz y el vaginismo, en donde el resultado del tratamiento son independientes de una psicopatología concomitante, los pacientes sexualmente disfuncionales que sufren de problemas psicopatológicos y/o se mueven alrededor de una psicopatología conyugal destructiva, tienen un pronóstico más pesimista. (10 y 11)

Uno de los factores más importantes para el pronóstico, es el grado con que se moviliza la ansiedad en el paciente sintomático. La ansiedad provocada por la amenaza de ruptura de éstas, puede interferir en la realización de estas tareas - psicoterapéuticas y/o minar la confianza mutua en la pareja, - así como un posible sabotaje por uno u otro cónyuge. El compañero sexual no permanece inmutable ante el cambio de su compañero, los efectos de la terapia sexual sobre el status psicológico del compañero no sintomático oscilan entre los altamente beneficiosos y los peligrosamente disruptivos. (10)

Cabe definir a la discordia conyugal como la presencia de luchas o la carencia de armonía entre los cónyuges. Pueden darse matices desde los leves hasta los muy graves, desde lo crónico hasta lo episódico, puede haber agresión física o vivir distantes entre ellos sin ninguna relación de intimidad.

Greene registra a la falta de comunicación, las discusiones constantes, las necesidades emocionales insatisfechas, la insatisfacción sexual, los desacuerdos financieros, los trastornos motivados por los parientes políticos, la infidelidad, los conflictos relativos a los hijos, la dominancia de alguno de los cónyuges, y la suspicacia, por ese orden, como las diez quejas más frecuentes entre las parejas que acuden a consejo conyugal.

De las parejas vistas por Clifford J. Sager que acuden a un consejo matrimonial, un 75% terminaba revelando problemas de tipo sexual, además de su problema conyugal, Y a la

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

inversa, de aquellas parejas que acudieron específicamente para que se les tratara su disfunción sexual, el 70% demostró insatisfacciones conyugales que caen dentro de la categoría descrita por Greene.

En la terapia conyugal no se exige el nivel relativamente no hostil de cooperación que es necesario en la terapia sexual. En la primera el nivel necesario de cooperación se alcanza a través del deseo de la pareja para hacer un esfuerzo auténtico para mejorar su relación, incluso si se da una gran hostilidad. Se insta a la pareja a explorar sus sentimientos hostiles, sus juegos negativos, sus luchas por el poder, su competitividad y sus actos destructivos hacia el otro, así como la transferencia recíproca y las conductas regresivas. Si uno u otro cónyuge no muestra interés por mejorar la relación conyugal, la terapia de la pareja no puede continuar. (12)

De acuerdo con Clifford J. Sager, se evalúan los factores que sirven para determinar si está o no indicado la terapia sexual para una pareja que presenta dificultades conyugales, encontrando que las parejas en matrimonio se pueden dividir entre categorías generales, según la naturaleza y la medida en que ésta es secundaria a la disfunción sexual o viceversa:

- a) En el primer grupo, la disfunción sexual produce discordias dentro de la relación conyugal, y la terapia sexual es el tratamiento de elección.
- b) Este grupo se compone de aquellas parejas cuya discordia conyugal bloquea las funciones sexuales, siendo ésta la más común de las situaciones. Generalmente la terapia sexual se encuentra indicada debido a que los sentimientos positivos de la pareja y su deseo de mejorar su funcionamiento sexual, sobrepasan los aspectos negativos de la relación.
- c) El tercer grupo incluye a aquellas parejas con trastornos conyugales graves, con hostilidad básica, que impide a los cónyuges cooperar en el tratamiento rápido de las disfunciones sexuales.

Una vez que se ha establecido la disfunción como parte de un sistema reverberante, las transacciones mutuas de la pareja, su funcionamiento sexual, los síntomas de la discordia conyugal y la dinámica intrapsíquica, se convierten todos -- ellos en determinantes de manifestaciones patológicas en otras partes del sistema, de una manera circular. (12)

La intervención terapéutica puede centrarse en cual -- quiera de estas variables. Sin embargo a menos que se modifiquen las transacciones, no es posible que perduren los efectos positivos logrados al mejorar el funcionamiento sexual mediante la terapia sexual. Por lo tanto, cuando en el momento de -- la evaluación no se cumplen los cuatro requisitos para iniciar la terapia sexual, es necesario comenzar con una modalidad --- que consiga disminuir la hostilidad y patogenicidad de las -- transacciones de la pareja.

En las parejas que habían funcionado previamente bien, basta romper la cadena de las interacciones patógenas para re- establecer en funcionamiento sexual satisfactorio. En el segun- do subgrupo en donde uno o ambos compañeros presentan una inadecuación sexual que existía antes de que se estableciera la -- relación, es posible que el conflicto marital se halle subordi- nado a la disfunción. Cuando este es el caso, y la relación -- marital es por lo demás básicamente sana, conviene realizar lo antes posible una terapia sexual. Cuando la disfunción exis- tía ya de antes es obvio que la interacción entre los conyuges no produjo la disfunción en el compañero vulnerable. (1)

Gurman A. y Knudson R. reportan resultados favorables con la terapia conductual cuando hay conflictos maritales. (13) La premisa teórica en la que se basa la terapia marital conduc- tual, es que la conducta de los individuos está dada por recom- pensas que modifican la conducta, siendo la cohesión operativa el mecanismo de refuerzo negativo al que perpetúa la discor- dia conyugal. El objetivo de la terapia es aumentar el prome- dio de interacciones basadas en refuerzos positivos, disminuir la interacción aversiva negativa y fomentar la comunicación.

### PAREJA HISTÉRICA

La pareja histérica es aquella que está formada por un individuo histérico, generalmente del sexo femenino, y el esposo de ésta. La Histeria --principalmente del tipo conversivo--, es una de los motivos más frecuentes de consulta a las que se enfrenta el Médico Familiar (14).

Por Personalidad Histérica entendemos a aquellos individuos, quienes durante un período significativo de tiempo, -- exhibe la mayoría o todas de las siguientes características -- (15):

- a) Fuertes creencias de que se es víctima en la vida.
- b) Formas de presentación histriónicas y provocativas para llamar la atención de los demás.
- c) Extrema emotividad, la que es lábil y superficial.
- d) Manipulación de las demás personas por medio de -- seducciones, impotencias fingidas y enfermedades -- imaginarias.
- e) Importante dependencia en las relaciones interpersonales.

Para Bergner (15), la personalidad del histérico y de su cónyuge pueden considerarse como características conductuales aprendidas en las familias de origen.

El esposo del individuo histérico tiene varias tendencias conductuales: Raramente presenta objeciones ante la conducta de su esposa, aunque ésta sea extrema: A su esposa muestra una máscara de paciencia, tolerancia e inalterable tranquilidad, despreocupándose de los problemas matrimoniales con una ecuanimidad total; En general juega el papel de "ayudante", -- complementando el rol de esposa de "ayudada"; No comparte obligaciones ni responsabilidades familiares, típicamente es un proveedor que no participa en otras tareas tales como el cuidado de los hijos, la toma de decisiones, etc.

La persona histérica está constantemente decepcionada de los demás a quienes culpa de su infelicidad, y trata de controlarlos con amenazas y desplieguez emotivos. Es renuente a aceptar la responsabilidad de sus propios actos, a menos que con éstos consiga la admiración de los demás. Está conciente del sexo y es sexualmente provocativa, aunque con frecuencia no responde sexualmente (14).

El consorte histérico considerándose a si mismo débil, impotente e incapaz de manejar sus propios temores, busca un individuo que pueda mantener un grado de tranquilidad, para que la ayude a superar las vicisitudes de la vida. Por otro lado el futuro esposo, es lógico, sin emociones y desinteresado en su conducta diaria, por lo que la fuerte reactividad y emotividad del histérico son una guía adecuada de complementariedad para él.

A través del tiempo, la histérica percibe a su marido como indeciso, ineficaz y castrado, al recibir solo una ayuda superficial y al tener que realizar la mayoría de las responsabilidades familiares, hecho que aumenta los sentimientos de abandono y dispara los resortes histéricos emanados de su familia de origen, en forma de verbalizaciones contra el carácter de su esposo, recurriendo a enfermedades imaginarias y en último recurso al intento de suicidio. Ante esto el esposo empieza a utilizar los patrones de conducta adquiridos en su familia de origen, la agresividad pasiva, retirándose más y más de su esposa y adentrándose más en su empleo, lo que condiciona el sentimiento de solo ser un proveedor.

Desde el punto de vista terapéutico (15), se debe formar una triada integrada por el esposo, la esposa y el terapeuta, con los siguientes objetivos:

1.- Ni el esposo ni la esposa están "locos", sino que cada uno es responsable de su conducta, con lo que se priva al histérico de la excusa de la irresponsabilidad ante su conducta, y al esposo de la excusa de no enfrentarse a su esposa por ser una "enferma".

2.- Ni el esposo ni la esposa son el "problema", sino que acuden porque la conducta de cada uno ha contribuido a propiciar las dificultades maritales.

3.- Desarrollo por la pareja de una redistribución de responsabilidades en forma justa, equilibrada y placentera.

4.- Reequilibrar la conducta hiper-racional del esposo y la extrema reactividad emocional de la esposa, para que cada uno desarrolle sus propias capacidades sin bloquearse uno al otro.

## TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA

Se podría comprender que trastorno de la conducta es una situación conflictiva y dinámica, resultante de las actitudes de un sujeto, en este caso el niño o el joven, tiene o realiza fuera de las normas o rutinas que sus padres o quienes lo rodean, no consideran correctas y adecuadas, de acuerdo con los patrones socioculturales del medio geográfico que habitan y la época en que viven (16).

La conducta anormal de un niño debe ser valorada de acuerdo al desarrollo evolutivo que corresponde a su edad, sexo, el grado y tipo de desviación, el sistema familiar al que pertenece y a las consecuencias transitorias o permanentes que puede tener sobre su evolución. (16, 17)

Los problemas de la conducta son trastornos que se ven con suma frecuencia en la consulta del médico familiar, y en términos generales podríamos decir que los trastornos de la conducta y el aprendizaje se presentan en todos los estratos sociales, mientras que los problemas neuróticos son más frecuentes en estratos socioeconómicos altos. (17, 18)

Muchos problemas de la conducta son peculiares y frecuentes en las diversas etapas del desarrollo (18), por lo que describiremos los más importantes de acuerdo con este criterio:

A) Durante la primera infancia de 0 a 30 meses de edad:

- 1.- Llanto excesivo: Expresa una necesidad insatisfecha.
- 2.- Alteraciones en la conducta motora: Expresa situaciones de deprivación afectiva.
- 3.- Problemas en la alimentación: Expresa dificultades en la relación madre-hijo, o por lo contrario las dificultades de una madre para satisfacer las necesidades del niño.
- 4.- Trastornos del Sueño: Expresa dificultades en la relación niño medio ambiente.
- 5.- Espasmo del Sollozo: Generalmente se presenta en niños --

emocionalmente lábiles, con demandas exageradas de gratificación y negativismo marcado.

B) Durante la Edad Preescolar:

- 1.- Anorexia: Intervienen en su presentación múltiples factores, quizá la más frecuente de sus causas es la falta de una buena relación entre el niño, parientes y madre, así como los patrones socioculturales.
- 2.- Enuresis: Traduce ansiedad y/o depresión.
- 3.- Encopresis: Generalmente traduce algún problema emocional severo.
- 4.- Manipulación del Cuerpo: Refleja incapacidad del medio ambiente para proporcionar al niño intereses adecuados, y será más frecuente mientras más solo se encuentre el niño.
- 5.- Manifestaciones de Ansiedad: A este tipo corresponde al aferrarse a la madre y el temor de separarse de ella aún cuando ésta se separe por solo unos minutos.
- 6.- Fobias: El sujeto proyecta aquellos sentimientos o impulsos que le son inaceptables hacia el objeto o situación de la fobia, con el objeto de mantenerse libre de ansiedad.
- 7.- Crisis de Cólera, Indisciplina, Destructividad y Celos: - La ira generalmente se debe a frustraciones que sufre para satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas las del juego. Tienen importancia los sentimientos de ansiedad y angustia y los padres muy rígidos e intolerantes.
- 8.- Inhibición de las Actitudes del Juego: Son generalmente problemas que manifiestan dificultades en la relación con los padres y/o hermanos.
- 9.- Transtornos del Lenguaje: Es muy frecuente que se presente en los celos de caín.

C) Durante la Edad Escolar: (de 7 a 14 años).

- 1.- Mentiras, pueden ser un mecanismo de defensa para evitar-

represiones, las mentiras de Fabulación son con el objeto de llamar la atención, las interesadas porque con ellas - intentan satisfacer necesidades materiales y/o emocionales, las de derivación, especialmente las de actos de culpa y las de calumnia que generalmente traducen una psicopatología severa.

- 2.- Robo: Se puede considerar al robo en términos generales - como equivalente a una mentira interesada. Los hurtos repetidos, especialmente cuando son planeados traducen varias carencias de valores o son consecuencia de ambientes cargados de frustración, tensión y disarmonía.
- 3.- Problemas de Ajuste Escolar: Revelan problemas en el hogar o en la sociabilización. En algunas ocasiones son debidos a causas orgánicas. Otras son expresiones de desajustes emocionales, con raíces en las crisis psicossociales, en las inhibiciones y frustraciones originadas por los padres o por el medio ambiente.

Los síntomas que se manifiestan como trastornos de la conducta infantil, se puede clasificar de la siguiente manera: a) desajustes, b) trastornos de la personalidad, c) Trastornos psicofisiológicos, d) trastornos neuróticos. No se incluye en la clasificación los trastornos psicóticos, los síntomas encefálicos orgánicos, las deficiencias intelectuales y los trastornos genéticos (17).

Los trastornos de la conducta tienen una etiología multifactorial, provenientes de la familia, el medio escolar y del propio niño, en cuanto su temperamento, personalidad, constitución y edo. biológico. Algunas de las causas que con mayor frecuencia originan trastornos de la conducta son: Embarazo no deseado, parto distócico, descuido en las necesidades básicas del niño, herencia, estado nutricional, alcoholismo, divorcio, discordia conyugal, padres psicóticos y antisociales, hijo único, IQ, etc. (18)

Tomando en consideración que los trastornos de la conducta son ocasionados por múltiples factores, el abordaje -

terapéutico deberá ser efectuado desde un punto de vista multi disciplinario, enfocando la atención desde las distintas áreas problemáticas que influyen en el trastorno.

El manejo terapéutico implica muchos aspectos, pero quizá el método más valioso desde el punto de vista psicoterapéutico sea el abordaje desde el campo de la psicoterapia familiar (17, 18). Los resultados que se obtienen como favorables en la terapia familiar, en los trastornos infantiles y en los problemas adolescentes son de un 71% y 65% respectivamente. -- (16)

El atenuar la ansiedad de la familia sobre síntomas reales o ficticios establecer el equilibrio entre las demandas de la familia, la escuela y la sociedad, y a las limitaciones del niño, son tareas esenciales del terapeuta familiar.

En ocasiones estará indicada la terapia individual la cual deberá efectuar un p<sup>a</sup>idopsiquiatra, en otras ocasiones será necesaria la terapia conyugal. Afortunadamente la menor -- parte de las veces, habrá que retirar al niño del ambiente hostil familiar, transfiriéndolo en forma temporal a guarderías o en forma definitiva a hogares sustitutos. (18) La ayuda de maestros y las personas allegadas al niño son vitales para una terapia eficaz y duradera. El uso de medicamentos psicotrópicos tiene indicaciones precisas y debe ser utilizado solo por médicos psiquiatras calificados. (16, 17, 18)

## FARMACODEPENDENCIA

Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica, deletéreo para el individuo y para la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características incluyen: 1) Un abrumador deseo o necesidad de seguir tomando la droga. 2) Tendencia a aumentar la dosis, 3) Dependencia psíquica y a veces física de los efectos de la droga (OMS).

El problema de la drogadicción siempre ha existido. - La compleja interacción de fuerzas sociales, culturales y familiares determinan la facilidad en la disponibilidad del fármaco. (19)

En México se encuentra en primer lugar la intoxicación con marihuana, y en segundo lugar la inhalación de solventes (20). Las estadísticas del Tribunal para Menores de México muestran un incremento del 6 al 46% en las admisiones por el uso de algún psicofármaco. El hecho de que en los últimos 10 años, los internamientos que eran en edades promedio de 14 a 15 años, hallan bajado hasta los 8 a 10 años, es también indicio del problema. Dos problemas que agravan aun más el fenómeno de la drogadicción son: El hecho de nuestra vecindad con los Estados Unidos y el paso de drogas de Sudamérica a los Estados Unidos. (20)

La población joven es la más afectada por la farmacodependencia, con un franco predominio en el sexo masculino. La preferencia por un determinado fármaco varía de acuerdo a la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la ocupación. La personalidad es un factor determinante en la autoadministración de drogas. (20)

Se consideran tres grupos de usuarios de drogas de acuerdo al Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, los cuales son: A) Experimentadores, B) Usuarios Sociales y Ocasionales, C) Farmacodependientes Funcionales o disfuncionales. (19)

El Dr. Handlarz (21), encontró situaciones comunes en las familias de los farmacodependientes que describiremos brevemente ya que son de interés para nuestro trabajo. En primer lugar los farmacodependientes son por lo general adolescentes que se encuentran en un conflicto surgido por los intentos de ruptura de los vínculos dependientes con las figuras parentales y por ende la pérdida de tales objetivos primarios, tratando a través de la droga de substituir a los mismos. Observó también que la drogadicción surgía como defensa de una personalidad deficitaria, frente a las intensas ansiedades que se agudizan por el periodo de cambio que caracteriza a ésta etapa -- del desarrollo. Enfatizar el momento evolutivo no implica dejar a un lado la personalidad previa, ya conformada en forma patológica, en una estructura familiar muy peculiar, que no ha sabido brindar la contención familiar necesaria para el desarrollo adaptativo del paciente, y que no ha podido resolver -- las situaciones de crisis sufridas a lo largo de su desarrollo como Familia. Por tal motivo el Dr. Handlarz concluye que la situación familiar de no resolución de crisis grave, es un factor que hace que el adicto no puede sobrellevar su crisis adolescente con defensas adecuadas y que tenga que apelar a la -- droga como una tentativa de solución.

En cuanto al grupo familiar se encontró con mucha frecuencia familias disgregadas, inestables y disfuncionales, donde las relaciones familiares se establecen patológicamente (21). El Dr. Robles menciona (20) que la disolución familiar promueve la farmacodependencia y prueba de ello es la mayor incidencia de drogadicción entre los hijos de padres divorciados.

Las Madres con suma frecuencia son sobreprotectoras o con patrones conductuales que alternan entre los sumamente permisivos y los sumamente controladores. Otra de las actitudes encontradas con frecuencia es la seducción al hijo por parte de la madre. (21)

Los padres suelen estar ausentes física o psíquicamente lo que permite que los pacientes no tengan identificaciones masculinas adecuadas, reforzándose los lazos simbióticos con --

la madre (23).

En cuanto a las relaciones entre los padres, éstas - por lo general son deficientes y el paciente ocupa para la madre el lugar del esposo ausente concluyéndose que la droga es un intento para salir del vínculo incestuoso con la madre.(21)

Como es de suponerse la comunicación en la familia en estos casos es patológica; y puede llegar a sancionársele al drogadicto por tener una percepción adecuada de la familia. -- Con frecuencia algunos miembros de la familia presentan síntomas psiquiátricos u otras adicciones pero estas son encubiertas (23). Finalmente el drogadicto es el único miembro que -- con su problemática logra reunir a la familia para que acuda a esta a tratamiento (21).

En la actualidad son múltiples los intentos terapéuticos que se han utilizado en el campo de la psicoterapia familiar, con buenos resultados y un amplio porvenir. (19, 21, 24)

El Dr. Robles opina que la técnica psicoterapéutica - que ha dado mejores resultados en el tratamiento de la farmacodependencia es la psicoterapia de grupo y que gran parte del pronóstico de dichos pacientes va a depender de la colaboración del grupo familiar. (20)

Otras técnicas terapéuticas que también se mencionan con buenos resultados son: La terapia marital, tratamiento de grupo para los padres, tratamiento del paciente identificado y los padres concurrentemente, tratamiento con familias individuales y terapia familiar múltiple. (24)

Alvin H., hace un estudio que parece prometedor, tratando de llevar el tratamiento intrahospitalario conductual al hogar. (22).

## ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por la ingesta repetida y excesiva de alcohol, que interfiere en todos los aspectos de la vida del bebedor. (25)

Son múltiples las clasificaciones que se han propuesto, sin embargo una de las más empleadas es la propuesta por el Dr. Jellinek en 1940, que reconoce 4 grupos (25): 1) Alcoholismo neurótico con problemas subyacentes previos. 2) Alcoholismo no complicado. 3) Alcoholismo con pérdida de control, y un estado permanente y progresivo de ingerir bebidas alcohólicas. 4) Alcoholismo por incapacidad de abstenerse de beber.

Encuestas realizadas en México, nos reportan cifras - que varían entre 5 a 7 alcohólicos por 1000 habitantes (25). - El Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de la S.S.A., reporta una cifra de 160,000 alcohólicos inválidos para 1971 en México; y se calcula que para 1980 habrá más de 3 millones de inválidos alcohólicos mayores de 18 años. (28)

Asociado al alcoholismo hay una alta incidencia de -- criminalidad, drogadicción, suicidios y hechos violentos. (4)

El Instituto Nacional de Alcohólicos de los Estados-- Unidos ha tratado de determinar una personalidad en el enfermo alcohólico, sin embargo hasta el momento no se ha logrado encontrar una personalidad bien definida en dichos sujetos. En - Nuestro país el alcoholismo representa una pérdida económica - muy elevada, hecho que está determinado principalmente por - - tres factores: a) Ausentismo laboral, b) La familia cuya economía se reciente y se crean situaciones que alteran su funcionamiento, c) Afección a nivel social Nacional, al bajar la productividad general del País. (25)

Desde el punto de vista de la Teoría del Aprendizaje- (26) el alcoholismo se explica por una conducta aprendida en - la infancia, que posteriormente se puede olvidar, pero siempre quedando latente esta predisposición la cual se podrá manifestar en la juventud o la edad adulta. También hay familias en-

las cuales el consumo de alcohol es bajo, y esto está determinado principalmente por cuestiones educacionales y culturales; y es de gran valor en estos casos el ejemplo que se les da a los hijos. Desde el punto de vista de Freud el alcoholismo es un mecanismo de compensación ante la figura materna, substituyendo el alcohol el cariño y afecto de madres rechazantes, o bien substituyendo a la madre en las pulsiones homosexuales latentes. También se ha asumido a la figura paterna fría y distante como condicionador de alcoholismo. (4)

Se ha demostrado que el alcoholismo alivia necesidades psicológicas de raíz profunda; y en el individuo emocionalmente inmaduro y dependiente en el que estas tensiones son extremas o su tolerancia a la angustia es baja, puede desarrollar una reacción neurótica o bien recurrir a la ingestión excesiva de alcohol, llegando a la embriaguez con el fin de eliminar la ansiedad. En ocasiones cuando el alcoholismo ya no es suficiente para eliminar la angustia y ansiedad el individuo desarrolla una neurosis de angustia franca con síntomas psicóticos, como medida más drástica para manejar su frustración. (25)

Aunque la paranoia alcohólica no es fácil de reconocer es conveniente mencionarla ya que ésta tiene grandes repercusiones dentro del núcleo familiar (4). Esta afección puede cursar con conflictos homosexuales reprimidos, que explica el alcoholismo y la psicosis al mismo tiempo. Puede encontrarse una personalidad previa de tipo paranoide. Esta entidad se caracteriza por ideas delirantes de celos e infidelidad. Para apoyar esto el enfermo aduce las razones más insignificantes y los argumentos más absurdos, Los celos son motivados por un sentimiento de culpabilidad y miedo no reconocido y cuyo origen son los rasgos e impulsos de su propia personalidad. A causa de su desarrollo incompleto y mala integración de su personalidad estos pacientes son particularmente ineptos para satisfacer la demanda prolongada de adaptación social que implica el matrimonio. (4)

Una vez pasada la primera etapa del cuadro agudo de -

intoxicación y sus complicaciones, el terapeuta familiar enfocará sus esfuerzos hacia el manejo psicoterapéutico del hábito de tomar, refiriendo al paciente al psiquiatra en los casos -- que haya cuadros psicóticos u otras enfermedades mentales en -- las que se requiera atención especializada, (25). La rehabilitación del alcoholismo se efectúa en dos áreas fundamentales, -- luchar contra el hábito mismo y evitar todos los factores socioculturales que actúan como reforzantes del alcoholismo. En este tercer nivel es muy importante la psicoterapia a la familia, que como hemos visto resulta dañada en su funcionamiento, en su dinámica, en su economía y su condición social. (25)

Los primeros estudios en psicoterapia familiar estaban encaminados a descubrir el papel que juega la esposa en la iniciación y perpetuación del hábito del esposo alcohólico; -- sin embargo estudios recientes no concluyen ninguna evidencia de personalidad típica de esposas de alcohólicos (27). La importancia de estos estudios es que fijaron la atención en la familia del enfermo alcohólico. Actualmente se sabe que las familias del enfermo alcohólico se afectan y que éstas pueden ayudar o interferir en el proceso terapéutico. (27) En el tratamiento para los alcohólicos y sus esposas se examinan como criterios de cambio terapéutico, la insatisfacción marital y la conducta interaccional, teniendo como variables para el éxito de la terapia la reducción en la ingesta de alcohol y la -- disminución de los síntomas depresivos en el hombre y la mujer. Gliedman y cols, encontraron que aunque se reducía la tendencia a beber, el principal cambio se observaba en la conducta, -- como resultado de la satisfacción marital y la satisfacción -- del esposo alcohólico consigo mismo, disminuyendo la sintomatología psicológica de ambos cónyuges en especial la irritabilidad y la depresión. Concluyéndose en dicho estudio que la terapia grupal es más efectiva que la individual.

Ewings y cols. también demostraron que en la terapia grupal al asistir la esposa no alcohólica a las sesiones; había una asistencia mayor por parte del esposo alcohólico, así como una menor ingesta de alcohol y mayor armonía marital, encontrándose con los esposos que asistían solos a la terapia --

pia. (27)

Ewings y Fox basándose en los trabajos de Jackson ven al matrimonio del alcohólico como un mecanismo homeostático -- que se establece para resistir los cambios a través del tiempo. El tratamiento que altera los patrones conductuales de los demás miembros de la familia, puede, por definición eliminar el sustrato necesario para la permanencia del alcoholismo. Cuando es posible modificar el sistema de relaciones familiares, la disfunción alcohólica es aliviada, aunque no se haya abocado la terapia a esta enfermedad. (27)

Sin duda alguna la agrupación de Alcohólicos Anónimos es una de las asociaciones que han dado al mundo mejores resultados en la rehabilitación del enfermo alcohólico. Actualmente cuenta con más de 1,000,000 de miembros. Aunque está estructurada sin guía psiquiátrica y su programa se limita al campo social y religioso, ha sido de gran valor en la reorientación de muchos adictos hacia una vida socialmente adecuada. Este programa aunque se ha ideado con un optimismo poco realista, ha utilizado de manera constructiva muchos principios de psicoterapia de grupo. Uno de los rasgos más importantes en la asociación es el énfasis en la inspiración y sugestión del grupo. El programa de alcohólicos anónimos ignora la causa de la adicción al alcohol y enfoca directamente al hecho mismo de beber. Por desgracia hay alcohólicos que reusan ingresar a esta asociación, por razones que se ignoran. Finalmente mencionaremos que la asociación cuenta ya con otras asociaciones que son exclusivas para las esposas de los alcohólicos y otras para sus hijos. Dichas agrupaciones tienen al parecer buenos resultados de éxito en la rehabilitación de la familia del alcohólico. (4, 28)

## HOMOSEXUALIDAD

De acuerdo con el diccionario se entiende por homosexual, a aquella persona que tiene apetencias sexuales hacia individuos de su mismo sexo.

El médico familiar que trata pacientes adultos tiene muchos pacientes homosexuales a su cargo, sin embargo en la --- gran mayoría de los casos ignora tales encuentros. El hombre afeminado y la mujer masculina, son tan solo estereotipos que se encuentran en una minoría de la población homosexual. Esto fue comprobado científicamente por Kinsey hasta hace apenas 30 años en que publicó su reporte clásico, en el que estima que --- aproximadamente el 10% de la población masculina de raza blanca es homosexual. (29)

Muchos estudios posteriormente concluyen que la homosexualidad es una expresión sexual que se encuentra en un rango psicológicamente normal. (29, 30) En 1978 el Consejo Administrativo de la Asociación Psiquiátrica Americana, retiró a --- la homosexualidad del Diagnóstico oficial de desórdenes mentales. (4)

El homosexual vive su condición como algo que lo llena de angustia, culpa y desesperación, y es la sociedad quien pueda explicar tan brillantemente los factores que determinan dicha expresión sexual; sin embargo no ha podido ofrecer hasta ahora al homosexual más que un desprecio y rechazo que lo expresa en formas múltiples y que condiciona en él un desajuste psicológico, en ocasiones trascendental en la vida del homosexual. En este sentido resulta legítima la afirmación de los --- defensores de la homosexualidad, los cuales dicen que no son ellos los que deben curarse, sino la sociedad. (31)

El Dr. Robert J. Stoller hace un exámen del concepto Freudiano de homosexualidad y llega a la conclusión de que la teoría de Freud permanece vigente en la actualidad. Freud --- afirma que la sexualidad siendo un hecho biológico universal, ejerce una influencia psicológica necesariamente, y que en el fondo es un reflejo de lo biológico. Siendo de esta manera ---

que la bisexualidad es un punto de partida hacia la homosexualidad. Para Freud en última instancia la homosexualidad es -- una inhibición y disociación del desarrollo psicosexual y lo -- coloca entre los transtornos psicopatológicos en la fase Edípica; por lo tanto toda información teórica debe de proceder de los puntos de fijación infantil, así como de la comprensión de la construcción inconciente del paciente y del conocnimiento olido del desarrollo psicosexual y de las vicisitudes que el yo en el desarrollo tiene que enfrentar en cada etapa del desarrollo. (31, 4)

En la familia del individuo homosexual con mucha frecuencia encontramos que es dominada por la figura materna. El padre suele ser ausente, sádico o lejano, lo que promueve la -- identificación del niño con la madre. Dicha relación negativa del padre con el hijo, más la fijación edípica con la madre, -- promueve la renuncia futura con toda mujer, con el objeto de -- evitar la rivalidad con los hombres que reflejan en él la figura paterna, de tal manera que con dicha actitud evitan ser castrados por él. De esta manera transforman el odio por el padre en "amor" por los hombres, y se entregan a ellos como su madre, evitando el castigo y los deseos incestuosos por la madre. (4)

La curiosidad sexual es norma en el niño desde la etapa pre-escolar en la cual el individuo se muestra interesado -- en el mundo que lo rodea y trata de explicarse las incógnitas -- que surgen a su paso. El medio familiar por los patrones culturales imperantes, es refractario a esta curiosidad, y aún -- frecuentemente la condena o cuando menos, se preocupa excesivamente. El niño tiene entonces que "investigar" por su cuenta. En otros casos, el problema surge por una estimulación precoz -- en esta área, bien por parte de adultos (aún familiares al niño) o por otros niños; cuando el medio familiar es disfuncional o totalmente inadecuado al área sexual puede convertirse -- en la principal fuente de gratificación para el niño, como suele suceder en los hospicios e internados. (16)

El clínico debe brindar la seguridad al paciente de --

que el conocimiento de su homosexualidad permanecerá inviolable si así lo desea éste. Un requisito básico en el terapeuta que trabaja con homosexualidad es que debe tener un conocimiento sólido de su propia sexualidad y no presentar prejuicios en su propia sexualidad ni ante la de los demás.

Los objetivos de la terapia familiar ante un problema de homosexualidad deben ser encaminados para que la familia -- del homosexual, comprenda que dicha "desviación sexual" es una variante la respuesta normal del ser humano. Y que el intento de convertir a los homosexuales en heterosexuales contra sus deseos es inútil y poco ético, ya que en sus deseos para "curar" al paciente homosexual, se puede ocasionar en el paciente identificado problemas psicológicos y sociales muy severos. Finalmente cuando algún clínico por razones religiosas, culturales o personales no puede estar en posición de ayudar a la problemática de orientación sexual, está indicado derivarlo a otro terapeuta. (29)

Masters y Johnson recientemente hacen publicaciones sobre el tratamiento de las disfunciones sexuales en los homosexuales, con técnicas conductuales y resultados de éxito elevados. (30)

## PROBLEMAS IDIOSINCRATICOS

Para los fines de este trabajo consideramos a los problemas idiosincráticos a aquellos que alteran la psicodinámica familiar, sin que el problema tenga su origen a consecuencia de una disfunción familiar propiamente dicha.

### a) LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD CRONICA:

El término enfermedad crónica implica, una alteración prolongada en alguna función orgánica del individuo, que modifica las capacidades para desempeñar adecuadamente su rol familiar. En Estados Unidos aproximadamente el 10% de la población se ve afectada por enfermedades crónicas. En México desconocemos el porcentaje. (32)

Cuando la persona afectada es cabeza de familia, el resultado de la enfermedad repercute en los ingresos, teniendo que limitarse los miembros familiares quizá en su movilidad social o su residencia, para garantizar que el paciente identificado recibe los cuidados necesarios y adecuados. Así mismo la persona afectada debe ajustar sus necesidades personales y sociales para que éstas sean congruentes con la realidad de sus capacidades físicas. La familia del paciente identificado está expuesta a los mismos factores que el paciente y responde en función de los mismos determinantes, aunque la relación no sea obligatoriamente la misma a la del enfermo, ya que intereses externos también intervienen en el familiar. (32).

Las reacciones de culpa son más importantes en el familiar que en el paciente identificado, en base a dos factores predisponentes: El primero es el niño con invalidez crónica a consecuencia de un accidente, que crea sentimientos de haberse podido evitar por alguno de los miembros de la familia. El segundo caso de culpabilidad es el que se presenta en los padres por haber transmitido alguna enfermedad hereditaria a sus hijos con repercusiones crónicas. (33, 34)

Las reacciones de la familia ante la enfermedad crónica son entre otras irritación, mal humor ante el paciente iden

tificado, hipocondria en otro de los miembros de la familia, -  
sobreprotección y temores innecesarios, etc.

Las familias con problemas idiosincráticos se desorganizan fácilmente al contar entre sus miembros a individuos monogólicos, con enfermedades congénitas o retrasados mentales. Al percibirse de las anormalidades es común que los padres reaccionan en forma un tanto cuanto confusa y ambivalente hacia el paciente, sin embargo a medida que el paciente identificado se desarrolla, los padres abrigan esperanzas en cuanto a una posible mejoría o curación. Al enfrentarse a la realidad y no obtenerse los resultados deseados, se presentan diferentes grados de frustración (32). Al acrecentarse tales frustraciones, se desarrollan al principio sentimientos de culpabilidad no verbalizados, condicionando un estado de conformismo. Por otro lado ante lo imposible de mantener una frazada de resignación, se pueden mantener reprimidos los sentimientos de culpabilidad y afloran manifestaciones de recriminaciones mutuas, acusaciones, explosiones de ira y enrarecimiento de la comunicación, que perturban la estructura familiar. (32)

Generalmente alguno de los hermanos del paciente - - - identificado, presenta alteraciones en la conducta, por desarrollarse un ambiente de privación afectiva, ya que los cuidados y atenciones son enfocados al paciente identificado. Tratará de llamar la atención creando sintomatología de tipo psicósomático, cuadros neuróticos agudos o cuadros depresivos, ante la actitud paterna de rechazo abierto. (35)

Lo indicado será la terapia de apoyo a toda la familia, enfocando la atención hacia los padres en las primeras sesiones, para que recuperen parte de su confianza y seguridad en sí mismos. Se explicará claramente que el padecimiento no ha sido provocado por ellos. Que los demás miembros familiares también requieren atenciones y que esto lo expresan mediante síntomas depresivos y psicósomáticos; para mejor efecto de esta confrontación, se hará participar activamente a los hijos, ayudándolos a expresar abiertamente sus demandas. Se comprometerá a padres y hermanos a brindar ayuda al paciente - - -

identificado en sus limitaciones y estimular sus potenciabilidades. Se recomienda la terapia breve, y ya que están cumplidos los objetivos con el grupo familiar, se continúa con las sesiones con el paciente identificado, por medio de terapia individual, con el fin de estimular sus potenciabilidades físicas y mentales. (32)

## b) LA FAMILIA ANTE LA MUERTE

La muerte es imposible de definir, sin embargo existen varias clasificaciones de muerte: a) Muerte Médica (en la que hay cese de las funciones del corazón, b) Muerte Civil (cuando desaparece una persona aún cuando ésta siga viva, c) Muerte Religiosa (en la que hay una transmigración del alma al reino de dios). (35)

Ante el Dx de enfermedad incurable, surge en el paciente una "parálisis emocional" y puede haber en el paciente sentimientos de culpabilidad y vergüenza (33), cohibiéndose frecuentemente por una serie de miedos relacionados con la muerte (35). La respuesta que utiliza como respuesta es la regresión, sintiéndose con una gran necesidad de ser ayudados por médicos y enfermeras y paradójicamente el paciente tiene una respuesta de hostilidad, volviéndose exigentes e irritable. Otro tipo de defensa empleado ante la muerte, es rechazar la ayuda médica y rehusar los medicamentos. Con mucha frecuencia encontramos también que los pacientes recurren a innumerables especialistas y se someten a intervenciones dolorosas con el fin de seguir con vida. El mecanismo de defensa más utilizado por los pacientes es la negación la cual puede ser directa o indirecta. (35)

Las reacciones de la familia se dirigen contra el médico, en forma de resentimiento, presión o ambas (32). La respuesta de la familia ante el Diagnóstico de enfermedad incurable, es que en algunas ocasiones alguno de los miembros se acerca demasiado al paciente, abrumándolo con sus intentos inconscientes de proteger los sentimientos de culpa que existen en sus relaciones, y otras familias abandonan al paciente como si ya hubiera muerto, representando igualmente intentos inconscientes de autoprotección. (32, 36)

Ante la familia el papel del médico es evitar en la misma los extremos de acercarse o alejarse demasiado del paciente, dejándolos en la mitad del camino. Con esto la familia puede ayudar mucho al paciente para que no se sienta aban-

donado ni poco querido, pero tampoco excesivamente protegido, - beneficiándose también los miembros de la familia al mitigar -- las futuras sensaciones de culpabilidad. (35)

El tratamiento de la criatura con enfermedad incurable es un punto importante, ya que la psicoterapia se debe dirigir- hacia los padres, manteniéndolos informados y evitando que sur- jan sentimientos de culpabilidad. (16)

En cuanto a la disyuntiva de decir la verdad al pacien- te o no, se debe tener en cuenta que la negación es esperanza, - y como tal es tan importante para los pacientes, como un analgé- sico para el dolor. Sin embargo el médico debe buscar el equi- librio entre la negación y la realidad. (35)

Los médicos han de acercarse a sus pacientes con espe- ranza, amabilidad sin lamentaciones y angustias para la familia- su función más importante en este en este período es darle al - paciente la oportunidad de hablar, al escuchar permite que el - paciente libere sus miedos.

Al médico no le corresponden las lágrimas de la fami - lia, pero si la tristeza silenciosa que sufre un amigo cuando - otro se marcha, tampoco le corresponde brindar esperanzas de ti- po religioso, aunque parezca adecuado, pues puede ayudar a los- pacientes a aceptar una muerte religiosa sin poner a prueba sus- propias convicciones. La esperanza que hay que brindar se re-- fiere a la propia dignidad, lograda al través del difícil proce- so de la muerte, de la misma forma en que se percibe la sensa - ción de logro a lo largo del proceso del igualmente difícil pro- ceso de la vida. (35)

c) SENECTUD Y FAMILIA

De acuerdo con el diccionario médico, se considera a la senectud como el período de la vida humana cuyo comienzo se fija a la edad de 60 a 65 años, caracterizado por una declinación de todas las facultades e involución orgánica.

Existen múltiples clasificaciones de la edad, el Dr. Manuel Payno ha clasificado a los adultos y personas mayores -- desde el punto de vista médico en 2 grupos: Etapa preventiva de 40 a 59 años de edad y 2.- Etapa de padecimientos geriátricos -- de los 60 años en adelante. (37)

La población de ancianos está creciendo notablemente, en 1900 1 de cada 25 personas tenían más de 65 años de edad, para 1950 esta relación había cambiado de 1 por 13. Actualmente la población de ancianos está aumentando en una proporción de 1,000 ancianos por día (38). Los habitantes ancianos de la República Mexicana conforman el 5% de la población total, siendo, del sexo masculino el 2.9% y del sexo femenino del 2.1%. El 15.9% de los habitantes se encuentran en la etapa pre-clínica -- preventiva de los padecimientos de las personas mayores. (37)

En nuestra sociedad envejecer constituye una tragedia para la mayoría de los individuos de uno y otro sexo. No existe la debida preparación para las distintas etapas de la vida, -- como son la madurez, la madurez avanzada, la pre-senilidad y la senilidad, pudiendo afirmarse que aquel que envejece sin una -- orientación técnica, asistencia médica y colaboración social, -- llega a una vejez llena de desengaños, con enfermedades, incapacidades, desajustes económicos y psicológicos que pueden llegar a la neurosis, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, hipochondria, transtornos paranoides, farmacodependencia y síndromes orgánicos mentales. (37)

Es triste observar que gran número de personas de edad avanzada se encuentran en un punto menos que abandonadas por -- sus familiares, otros son humillados y relegados por la sociedad, los menos gozan de una buena situación económica y social- (38).

Los problemas económicos y sociales como son el desempleo, las jubilaciones, las consecuencias de las enfermedades crónicas o la incapacidad física y psíquica son otras de las limitantes a las que se enfrenta el anciano. Otro problema no -- menos importante es el cultural: La educación del adulto y de -- los familiares que lo rodean, así como las diversas actitudes -- de ellos para con el anciano (39).

Muchas personas mayores de 60 años sufren de depresiones importantes, cuando enferman. Además pueden exacerbarse en enfermedades latentes tales como: Glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc. que por su carácter amenazante para la vida y las limitaciones funcionales que imponen, -- pueden provocar temor, ira y reacciones depresivas. Si bien -- las personas de edad avanzada hablan de sus temores de quedar -- inválidos o incapacitados, rara vez hablan de su temor a la -- muerte. En algunos casos no obstante, una preocupación total -- por la muerte puede representar paradójicamente un tipo de negación. (4)

Conforme el hombre se hace viejo el stress de las limitaciones físicas y mentales cada vez mayores, la soledad que resulta de la pérdida de amigos, familiares, y tal vez el rechazo de los hijos, producen una angustia que puede desencadenar mecanismos de defensa como son el retorno al pasado y embellecimiento del mismo, la proyección paranoide o una falsa seguridad en si mismo que llega al grado de la dominancia. Otros ancianos, -- debido a sentimientos de inseguridad o insuficiencia, se vuelven mal intencionados, adquieren espíritu de contradicción o regresan a un estado de dependencia. Según lo anterior tanto factores biológicos psicopatológicos, patológicos y socioculturales contribuyen a los cambios de la personalidad de la edad -- avanzada. (38)

Contrariamente a las opiniones populares, las personas de edad que viven con miembros de su familia, o los ven a menudo, no son necesariamente más felices o están más a salvo de -- los trastornos psiquiátricos o se encuentran menos solos, tristes o aburridos, que las personas de edad que viven solos y ven

rara vez a sus familiares. De hecho lo contrario es a menudo - cierto el hecho de vivir con los familiares crea situaciones - conflictivas entre los demás miembros de la familia ya que la - conducta del anciano altera la solidaridad y cohesión familiar (37).

En otras ocasiones las personas de edad avanzada condi- cionan una carga para los hijos y demás miembros de la familia- ya que tienen que sustentarlos económicamente (38). En otras -- ocasiones los miembros de la familia tienen que soportar las en- ffermedades crónicas y físicas del anciano y otras veces las per- sonas de edad avanzada intentan redimir a las personas jóvenes- de la familia presumiendo de su superioridad moral (40). Una - crisis potencial que se presenta con frecuencia es cuando un -- miembro anciano de la familia sacrifica a los demás miembros de la familia. Otra crisis potencial que afecta al anciano es - - cuando se considera la institucionalización. Al mismo tiempo - los adultos pueden usurpar la autoridad y autonomía de los an- cianos. En la mayoría de estas situaciones familiares existe al- gún grado de usurpación en ambos lados y en diferentes niveles. (40)

El terapeuta o Médico familiar deben brindar atención- a los padecimientos orgánicos del paciente y brindarle las medi- das médicas que estén a su alcance. (37, 38) El consejo geriá- trico es más efectivo cuando es breve y con objetivos definidos. Se debe brindar terapia de apoyo al paciente y a sus familiares y no se debe de efectuar re-estructuración de personalidades. - El anciano debe comprender la carga que juega para el resto de- la familia, Rol que es menos apropiado cuando se acompaña de de- presión. La terapia grupal es una de las técnicas terapéuticas más recomendadas (40), y ayuda a abrir nuevos horizontes en las relaciones personales y en la identificación grupal, así mismo- la terapia grupal le brinda la posibilidad al anciano de plan- tear sus problemas. También se recomienda la terapia ocupacio- nal con el fin de mantenerlo atento en otras actividades más -- productivas. (37, 40)

d) ESQUIZOFRENIA Y FAMILIA

Según los antipsiquiatras, la razón de la enfermedad mental es social y muchas veces tiene su origen en situaciones familiares. (42)

Para Mossige y cols. "La psicopatología de la esquizofrenia se define en términos de comunicación", las alteraciones en la comunicación caracterizadas por pautas "rígidas" (poca capacidad o deseo de escuchar y tomar en cuenta lo que dicen los otros, lenguaje difuso e impreciso, acentuación del egocentrismo con poca consideración del punto de vista contrario) en la familia, que predispone a la aparición de miembros esquizofrénicos dentro de la misma. (41)

Características del esquizofrénico.- Se ha conjeturado repetidamente que la persona neurótica logra establecer un lazo amoroso y un vínculo de identidad con al menos uno de sus progenitores, mientras que el esquizofrénico no logra hacerlo.

El esquizofrénico es el espectro de una persona, Somáticamente, está entero, pero psíquicamente está fragmentado. -- (4)

Al investigar el desarrollo del esquizofrénico, debemos formularnos una serie de preguntas:

- 1.- ¿Logró esta persona originalmente establecer un lazo afectivo con un progenitor y con la familia? En caso afirmativo:
- 2.- ¿Dicho lazo disminuyó en el curso posterior del desarrollo?
- 3.- ¿Fue distorsionado o destruido?

Esquizofrenia y desórdenes familiares asociados.

A.- La esquizofrenia puede ser considerada un trastorno separado y definido del organismo individual; el medio familiar, visto como un factor periférico, gravita sobre el curso de la enfermedad, pero afecta principalmente sus manifestaciones secundarias.

B.- El medio familiar puede ser considerado, no como algo exter

no sino como algo que pertenece al núcleo mismo del proceso de la enfermedad.

Así, la interacción familiar afecta tanto a las manifestaciones primarias como a las secundarias. Por lo tanto la herencia puede establecer un grado de susceptibilidad, pero es la influencia social y emocional de la vida familiar la que convierte una debilidad latente en una enfermedad Psicótica mani-fiesta. La enfermedad es entonces un síntoma de la desviación de la familia.

Suponiendo la existencia de tipos múltiples de esquizofrenia, pueden muy bien existir también múltiples tipos de estructura familiar asociada. Un tipo dado de familia puede contribuir en mayor o menor medida, en mayor o menor profundidad o con mayor o menor malignidad al desarrollo del desorden esquizofrénico. En algunas familias existe una tendencia a mantenerse unidos, al tiempo que conservan una actitud de devoción hacia el miembro esquizofrénico. En otras familias, es evidente que en determinado punto crítico en el tiempo, el vínculo viviente entre el paciente y la familia se ha roto irremisiblemente. Los parientes parecen cerrar sus filas; de allí en adelante no le dejan lugar emocional al paciente dentro del grupo (hecho denominado por Pichón-Riviere: segregación familiar). Cuando un esquizofrénico ha abandonado a la familia, y la familia y la comunidad lo han abandonado a él, es sumamente difícil re-establecer la conexión.

Ackerman enfoca el tratamiento en 3 niveles(51):

- 1.- Tratamiento del desorden esquizofrénico individualmente.
- 2.- Valoración de las repercusiones de esta patología en el núcleo familiar.
- 3.- Psicoterapia del grupo familiar, centrada en los rasgos únicos de la relación entre el paciente y la familia.

Para el miembro esquizofrénico el terapeuta debe ser realmente un salvador, un libertador del "muerto viviente". Debe revivir la confianza del paciente, volver a infundirle inte-

reses en la vida. El terapeuta solo logrará esto si es capaz de disminuir el temor que le inspiran al paciente los malignos poderes destructivos, que él cree existen dentro de su yo y a su alrededor.

Se espera que la terapia familiar en esta enfermedad - podrá contrarrestar tendencias patógenas específicas como las siguientes:

- 1.- El que la familia viva como una amenaza a la necesidad que experimenta el paciente de volver a la vida, de crecer, de curarse.
- 2.- El que la familia actúe como si el paciente poseyera un poder destructivo maligno.
- 3.- La sensación de amenaza a su salud que experimentan los progenitores cuando el paciente ejerce su poder mágico.
- 4.- La negación compartida por los progenitores de las realidades emocionales predominantes.

Finalmente consideramos que el papel fundamental del Médico familiar, es prevenir la esquizofrenia latente, en aquellos núcleos familiares que muestran alteraciones de la comunicación, caracterizadas por pautas rígidas. (41)

## DEPRESION

La depresión es un término genérico que se aplica a una serie de desórdenes de la afectividad, que puede presentarse aisladamente o asociada a otros estados patológicos. Involucra desórdenes globales de la personalidad y se caracteriza por abatimiento del humor (aflicción, pesimismo, desesperanza) y por una inhibición de las motivaciones (apetitos e intereses). (43)

En el estado depresivo se altera la esfera psíquica, -- la esfera somática y la conducta en general, en el área cognitiva son notables la fijación de la atención del enfermo en las vivencias dolorosas, y la transformación pesimista de la imagen que tiene de sí mismo. Una proporción elevada de problemas interpersonales, conyugales, familiares y ocupacionales, etc., -- tienen su origen en la depresión, por lo que ésta no solo afecta a quien la sufre, sino también a quienes convivan con el paciente (45). En un estudio de Weissman y Paykel se demuestra que las fricciones en las mujeres deprimidas son significativamente mayores que en las mujeres normales, siendo las primeras fricciones con el subsistema filial y conyugal hecho que indiscutiblemente repercutirá sobre el sistema familiar en su totalidad.

El Dr. Ramón de la Fuente encuentra que la incidencia y prevalencia de la depresión son muy elevadas. Se trata de un desorden de tipo psiquiátrico que es sin lugar a dudas el más frecuente en los servicios de consulta externa y medicina interna. Más de 38% en 1000 estudiantes que han consultado el departamento de Salud Mental de la UNAM sufrían algún grado de depresión. En un estudio epidemiológico de los desórdenes depresivos, Lehman encuentra las siguientes cifras: En la población -- del mundo la prevalencia es de 3 a 4%, de cada 10 personas una habrá de sufrir depresión en algún momento de su vida, uno de cada 5 enfermos recibe tratamiento médico y uno de cada 50 es hospitalizado y uno de cada 200 es suicida. (44)

De la Fuente y Campillo en 1975 encuentran que los síntomas que encubren el síndrome depresivo en 100 pacientes son:--

Manifestaciones de conducta (crisis matrimoniales, crisis de va  
lores, alcoholismo, abuso de drogas, etc.), en 39%. Síndrome de  
angustia flotante en el 26%, Síntomas de la constelación neuró-  
tica (ideas obsesivas, hipocondriacas, fobias paranoides celoti-  
pias, etc.) en 14%, Síntomas somáticos en un 12% (precordial --  
gias, cefaleas, etc.), y síntomas propios de depresión (insom-  
nio, apatía, fatiga, anorexia, etc.) en 9%. Por lo que inferi-  
mos psicodinámicamente la depresión puede iniciarse en el nú --  
cleo familiar o bien perpetuarse, ya que gran parte de los pro-  
blemas que encubren a la depresión se originan y manifiestan --  
como problemas de dinámica familiar. Por otra parte los sínto-  
mas clásicos y propios de la depresión son los menos, hecho que  
puede conllevar a errores de diagnóstico y tratamiento, como lo  
demuestra un estudio efectuado en un Hospital Español Unidad de  
Psiquiatría, en 200 casos de depresión. (45)

La terapia de la depresión debe encaminarse a dos as-  
pectos fundamentales, el farmacológico y el psicoterapéutico. -  
En este último el médico familiar debe sospechar estados depre-  
sivos enmascarados, sin omitir una investigación de los estados -  
afectivos, evitando el uso indiscriminado y excesivo de exame-  
nes de laboratorio, y abuso de medicamentos inútiles (vitaminas,  
hormonales, atarácicos, sedantes, etc.)

El abordaje terapéutico deberá hacerse inicialmente --  
desde un punto de vista individual valorando el grado de depre-  
sión en base al riesgo suicida para canalizarse en su caso al--  
servicio de psiquiatría. Por otro lado dado que el cuadro de -  
presivo se acompaña de otras alteraciones psicodinámicas, la te-  
rapia familiar se encaminará a resolver las causas que desenca-  
denaron el desajuste del paciente. (43, 45)

## SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO

Se entiende por suicidio al acto premeditado que realiza una persona con el fin de quitarse la vida, pudiendo lograrlo o no. (46)

En el mundo de 1000 a 2000 personas intenta quitarse la vida diariamente (OMS). En México se menciona que cada 31 hrs. ocurre un suicidio, con una tasa de 3.4 por 100,000 hab.-- presentándose en el 80% en hombres. (41). En el D.F. se reporta que en el último año se presentaron 1,008 suicidios en la República Mexicana, predominando en los hombres principalmente -- de la edad de 15 a 29 años y en las mujeres de 15 a 24 años. -- (48)

El suicidio se presenta con mayor frecuencia en las zonas urbanas, ya que la industrialización y el estilo de vida -- que este generan, favorecen la ruptura de la cohesión familiar y el quebrantamiento de los valores tradicionales (46). Se ha demostrado que gran parte de los problemas que llevan al suicidio se originan dentro del núcleo familiar, de donde se deriva el estudio familiar integral. (49)

Entre las teorías que tratan de explicar la psicodinamia del suicida destaca la de W Dtaekel apoyada por la tesis de Freud, quienes mencionan que nadie se suicida sin haber considerado previamente el matar a otra persona (16). Sin embargo los sentimientos de cólera y venganza no siempre se encuentran presentes en esta situación. Desde el punto de vista familiar es innegable la relación entre disfunción familiar e intento de -- suicidio, al grado en que Joseph y Richman han llegado a clasificar a las familias como suicidogénicas, las cuales tienen entre sus principales características: a) Incapacidad para aceptar necesariamente el cambio. b) conflictos, fallas y fijaciones en los roles. c) Disturbios en la estructura familiar (Sistemas cerrados, aislamiento del suicida potencial por la familia, etc.) d) alteraciones afectivas, e) dificultades transaccionales y f) intolerancia a la crisis. (49)

Por otra parte las principales causas de intento de --

suicidio en México (46), muestran la íntima relación con problemas familiares: Disgustos familiares en un 13.4%, Enfermedades graves e incurables 13.4%. Amorosas 8.2%. Dificultades económicas 5.6%. Intoxicación por alcohol 4.0%. Enajenación mental 4.0%. Remordimientos 2.8%. Drogadicción 1.1%. Se ignoran 6.7 -- otras 40.8%.

Según Joseph y Richman las razones principales para intento de suicidio son: Agotamiento de los recursos personales, laborales y familiares, presencia de una crisis que no puede ser resuelta por los mecanismos usuales. Necesidad de mantener una homeostásis patológica, la mayor parte de las veces dirigida a evitar el cambio y la separación.

La terapia familiar es una de las técnicas más recomendables ante un caso de intento de suicidio, siendo la principal meta, ayudar a catalizar el proceso que capacitará a los participantes a aceptar el cambio tanto a nivel individual como familiar, disminuyendo la cantidad de interacción destructiva y la ansiedad inevitable que acompaña al crecimiento y desarrollo, modificando la comunicación y proporcionando esperanza. (46)

## FAMILIA Y ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

Se entiende por enfermedad a toda manifestación de patología orgánica que tiene su origen a nivel psíquico.

Los síntomas se deben a un estado crónico y exagerado de las expresiones fisiológicas normales de la emoción. Si estos fenómenos persisten por largo tiempo pueden dar origen a -- las alteraciones estructurales. Nadie duda hoy en día que la emoción es un fenómeno regido por mecanismos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central.

Los trastornos psicosomáticos se caracterizan por: --  
Trastorno psicológico - Perturbación funcional - Enfermedad ce  
lular - Alteraciones en la estructura. (50)

La Asociación Psiquiátrica Americana ha clasificado -- los trastornos psicosomáticos en la siguiente forma: Trastornos psicosomáticos respiratorios, trastornos psicosomáticos -- cardiovasculares, Trastornos psicosomáticos gastrointestina--- les, etc. (4)

Para Ackerman la enfermedad psicosomática debe ser exa  
minada desde 4 puntos de vista: a) Factor constitucional, si lo hay. 2) El factor especial que influye en la elección del órga  
no; éste es el problema de especificidad orgánica. 3) El factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicosomático que se esta  
blece en la familia de la infancia; 4) La influencia de la adap  
tación del individuo a los roles familiares y extrafamiliares; -  
5) Factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familia, comunidad y cultura.

Aún cuando mucho es aún desconocido, hay sugestivas -- evidencias de que la disfunción psicosomática tiene en común al  
gunos rasgos dinámicos con desórdenes traumáticos de la persona  
lidad. La aparición de síntomas psicosomáticos 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 disfunción psicosomática, parecen en efecto representar un esfuerzo inútil

para compensar esa 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. El aspecto psíquico de la respuesta psicósomática sugiere un esfuerzo mal llevado para restablecer el control sobre el desborde emocional, y restablecer el dominio sobre los peligros en el medio externo a un nivel infantil de onnipotencia. 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 psicósomática que el componente interno. Naturalmente este aspecto extrapsíquico de conflicto, sin resolver, se retroalimenta en la personalidad, y agrava los conflictos internos más viejos. Así la reacción psicósomática se concibe como un recurso sustituto 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 de restablecimiento del dominio mágico. (51)

En relación a esta enfermedad se ha encontrado que se presenta en familias poco comunicativas, rígidas, donde se impide el crecimiento individual y por lo tanto del grupo, se presenta el trastorno a cualquier edad pero es más frecuente en la niñez y en la adolescencia. (50)

Se ha visto que la terapia familiar tiene buenos resultados en este tipo de trastornos, aunque por esto no se debe descartar la terapia individual. Las dos van encaminadas a la psicoterapia breve, recomendándose en ambas actitudes de inicio la farmacoterapia con antidepresivos o ansiolíticos. Posteriormente se encaminará la terapia familiar hacia la investigación del problema de fondo del paciente identificado, y buscando el cambio de la familia en aquellas áreas psicodinámicas patológicas. También se ha intentado en este tipo de trastornos la de sensibilización sistemática, en la cual los resultados han sido satisfactorios y a corto plazo. (52, 53)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Satir, V.: Psicoterapia Familiar Conjunta, Ed. La Prensa - Médica Mexicana, 1980.
- 2.- Los Celos: Fascículos de los Laboratorios Roche.
- 3.- Cooper, D.: La Muerte de la Familia, Ed. Ariel. 1980.
- 4.- Noyes y Kolb.: Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. Interamericana. 1976.
- 5.- Teisman, W.: Jealousy: Systematic Problem-Solving Therapy with Couples. Fam. Process Vol. 18(2) pág. 151-160. Jun.-1979.
- 6.- Mac Gregor, C.: Esterilidad. Rev. de la Facultad de Medicina. Vol. XXIII año 23 No. 4 págs. 5-21. 1980.
- 7.- Repercusiones Emocionales, Sexuales y de la Conducta en la Pareja Estéril. Tesis Recepcional, Clínica 26 IMSS. 1980.
- 8.- Ruteldege, A.L.: Valoración Psicomarital y Tratamiento de la Pareja Infecunda. Clínicas Médicas de Norte América.
- 9.- Kenneth, K. Morton, D.: Divorce Therapy: An In-Depth Survey of Therapists Views. pág. 413-433. 1979.
- 10.- Singer Kaplan H.: La Nueva Terapia Sexual. Ed. Alianza. -- 1978.
- 11.- Masters, H. Johnson E.: Incompatibilidad Sexual Humana. - Ed. Intermédica. 1978.
- 12.- Greene, B.L.: La Nueva Terapia Sexual. Ed. Alianza. 1978.
- 13.- Gurman, A.; Knudson R: Behavioral Marriage Therapy. Fam.-- Process. Vol. 17 (2) págs. 121 a 138. Jun. 1978.
- 14.- Frazier, S.H., Piscano N.J.: Hysteria and Phobias. Fam. -- Practice. Ed. Souders. págs. 297. 1978.
- 15.- Bergner, R.M.: The Marital Sistem of the hysterical Individual. Fam. Process. págs. 85 a 95.

- 16.- Valenzuela H., Aguilar, A.: Problemas de la Conducta. Manual de Pediatría. Ed. Interamericana. págs. 644-654. 1975
- 17.- Cuevas, L : El Niño Problema. Atención Médica. Vol. IX (10) págs. 40-50. Octubre 1978.
- 18.- Mesa Redonda: Transtornos de la Conducta en el Niño. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXII Año 22 págs. 8 a 29. 1979.
- 19.- Belsasso, G.: Alteraciones Sociales de la Conducta. La Drogadicción como ejemplo. Neurobiología de la Conducta Humana. Simposio Syntex. págs. 78 a 83.
- 20.- Mesa Redonda: Historia Natural de la Farmacodependencia. - Revista de la Facultad de Medicina. Vol XVIII Año 22 No. 6 págs. 4 a 32. 1975.
- 21.- Handlarz, M.: Aporte al Estudio y Tratamiento del Adicto y su Grupo Familiar. Actas Psiquiátricas de América Latina - Vol. 22 págs. 289-293. 1976.
- 22.- Alvin, H.: Transfer of therapeutic effects of Hospital at-Home. Vol 18 (1). págs. 87 - Marzo 1979.
- 23.- Coleman B.S.: Family Therapy and Drug Abuse. Fam. Process. Vol. 17 págs. 21 a 29 marzo 1978.
- 24.- Stanon M.: Family Treatment approaches to drug abuse Problems: A review. Fam. Process. Vol. 18 (5), págs. 251 a 275 Sep. 1979.
- 25.- Velazco, R.: Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XIX-Año 19 No. 11 y 12, págs. 6 a 27. 1976.
- 26.- López E.C.: Aspectos Psicodinámicos del Alcoholismo. Psiquiatría (LL) págs. 33 a 36.
- 27.- Steeinglass P.: Experimentin with Family Treatment Approaches to Alcoholism 1950-1975 a Reviw. Family Process. - -- págs. 97 a 123.
- 28.- Publicaciones de Alcohólicos Anónimos.: Oficinas Generales

- 29.- Owen, W.: The Clinical Approach to the Homosexual Patient. Annals. of Internal Medicine. Vol. 93 (1). págs. 90 a 92-- July 1980.
- 30.- Masters, H., Johnson E.: Homosexualidad en Perspectiva. - Ed. Intermédica. 1979.
- 31.- Zaid, M.: La Complejidad Homosexual. Mundo Médico. Vol. IV (43) págs. 35-46. 1977.
- 32.- Islas, J.: Métodos de ayuda Psiquiátrica Familiar. La Familia. Boletín del Hospital Infantil de México. 1980.
- 33.- Hollingsworth Ch.: Reactions to the Death of their Child. The Family in the morning. Parte III. 1977.
- 34.- Peck, B.: Effects of Childod Cancer on Long-Term Survivors and their Families. Bristish Medical Journal. Mayo 1979.
- 35.- Schnaper, N.: Aspectos Psicosociales del tratamiento del-- Canceroso. Clínicas Médicas de Norte América. No. 2 págs.- 1151-1159. 1977.
- 36.- Marty Keyser: At Home eith Death; A Natural Child-Death. - The Journal of Pediatrics. Vol. 9 (3) Mayo 1979.
- 37.- Mesa Redonda: Geriatria. Revista de la Facultad de Medi - cina.
- 38.- Freedman y Kaplan: Geriatria Psiquiátrica.
- 39.- Payno, M.: Envejecimiento y las Alteraciones del Sistema - Nervioso. Atención Médica. Vol. IX (9) Págs. 44-54 Septiem bre 1978.
- 40.- Brink, T.L.: Geriatric Couseling: A Practical Guide. Family Therapy. Vol. III (2). págs. 163 a 167. 1976.
- 41.- Mossige, S. y cols.: Egocentrism and Inefficiency in the - communication of Families Contuning Schizofrenis members. - Family Process. Vol. 18 (4) págs. 405. Diciembre 1979.
- 42.- Alberdi, I.: ¿El fin de la Familia? Ed. Bruguera. 1977.

- 43.- De la Fuente R.: Papael de la Depresión en la Patología - Humana. Neurobiología de la Conducta Humana, Simposio Sintex.
- 44.- Lehman, H.E.: Epidemiology of Depressive Disorders. Excerpta Médica 1971.
- 45.- Mesa Redonda: Depresión. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XVIII (10) Año 18 págs. 6-32. 1975.
- 46.- Campillo, C.: Suicidio. Revista de la Facultad de Medicina Vol. XXI (2) Año 21 págs. 5-19. 1978.
- 47.- Dirección General de Estadística de Programación y Presupuesto de México.
- 48.- Jiménez, N.R.: El Suicidio en México.
- 49.- Joseph y Richman.: The Family therapy of Attemped Suicide. Family Process págs. 131 a 142. 1979.
- 50.- Delay, J.: Introduction a la Medicine Psychosomatique. París Masson. 1979.
- 51.- Ackerman, N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Horme. 1978.
- 52.- Seyle, H.: The stress of de Life. New York Mac Graw-Hill - 1969.
- 53.- Wolpe, J.: The Practice of Behavior Therapy. Ed. Pergamon-1973.

GUIA TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES PSICODINAMICAS EN EL NUCLEO FAMILIAR

El primer problema que se presenta al Terapeuta al enfrentarse al desafío que representa la perturbación en la familia, es cómo obtener información suficiente y confiable que le permita hacer diagnósticos adecuados y plantear un tratamiento que tenga éxito (1). Este problema se puede deber según Clar--kin y cols. (2), a la ausencia de una guía práctica de investigación sistemática de los problemas familiares.

Estando concientes de que en última instancia es el --clínico quien debe decidir la forma de tratamiento, considera --mos que un criterio de selección o una guía terapéutica no sub--tituye al juicio clínico pero ayuda a crearlo (2).

El tratamiento de la familia por su misma naturaleza, --lleva una nueva forma al tratamiento de parejas, diadas, tria --das, etc., este tipo de tratamientos múltiples aún están en eta --pa experimental (1), y es lo que nos motiva a realizar una --guía de tratamiento con el objeto de iniciar un criterio unifi--cador en nuestro medio de las alteraciones psicodinámicas en el núcleo familiar, que sea factible de realizarse en la consulta--externa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A.- SONDEO FAMILIAR:

Con este término describimos al conjunto de procedi --mientos que le brindan al Médico Familiar un panorama general --de la familia a estudiar. El sondeo se efectuará en el primera entrevista y se enfocará a los siguientes puntos:

A1.- Motivo de Consulta (Primer contacto con la fami --lia): Se valorará si la perturbación --causa de la sociedad de --ayuda-- predomina en un miembro de la familia, en las relaciones y funciones familiares como una unidad total, o bien, si se de--ben las perturbaciones a situaciones stressantes extrafamilia --res. (1)

A2.- Ficha de Identificación Familiar:

a) Composición de la familia: Número de miembros que --

la integran, edad y sexo de los integrantes de la familia y de otros ocupantes de la casa. (1)

b) Ambiente físico: Casa, vecindario, movilidad geográfica, saneamiento. (1)

c) Estructura social y cultural: Ocupación, ingresos, estrato social y Religioso, movilidad social. (1)

d) Aspectos particulares: Casamientos previos, separaciones, embarazos, problemas de salud mental o física, muertes-inoportunas. (1)

e) Examinar la etapa del ciclo de vida en que se encuentra la familia. (3)

A3.- Identificación de las fantasías básicas existentes (4):

a) Fantasías de enfermedad.

b) Fantasías de tratamiento y

c) Fantasías de curación.

Con el fin de valorar qué espera la familia del Médico tratante.

#### B.- CRONOLOGIA DE LA VIDA FAMILIAR:

Por medio de este término utilizado por V. Satir (5), se identificará y ratificará el pasado y el presente de la familia, para motivarla a superar sus problemas (6), y para valorar qué modelos de conducta en la familia de origen influyen en las interacciones de los miembros de la familia en estudio. (5)

B1.- Se interrogará cómo fue la vida familiar de los cónyuges antes de conocerse. (5)

B2.- Se interrogará cómo fue el origen de las relaciones y cual fue el desarrollo del noviazgo. (1)

B3.- Se interrogará cuales eran las perspectivas de cada cónyuge al contraer matrimonio con respecto al otro. (5)

B4.- Se investigará cual fue el impacto de la paterni-

nidad en los cónyuges. (5)

En base a los datos recopilados se procederá a realizar un Familiograma, el cual consiste en una representación gráfica de la estructura y las relaciones interactuantes más importantes de la familia.

FECHA \_\_\_\_\_

# FAMILIOGRAMA

ABUELOS PATERNOS

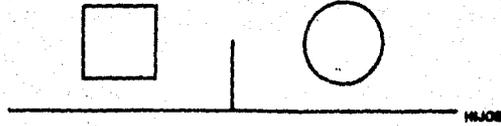


ABUELOS MATEROS



PADRE

MADE



## CODIGO

□ HOMBRE

○ MUJER

⊘ MUERTE

⊞ MATRIMONIO

⊟ DIVORCIO

— UNION LIBRE

○ FAMILIARES BAJO EL MISMO TECHO

⊞ ABORTO

⊞ BUENA RELACION

⊞ CONFLICTOS - NO COMUNICACION

⊞ DEPENDENCIA EXCESIVA

HIJOS EN ORDEN CRONOLOGICO, DESCENDENTE DE IZQUIERDA A DERECHA

C.- INVESTIGACION DE LA DINAMICA FAMILIAR:

Teniendo un panorama general de la familia, valorando su historia y la posible influencia que tuvo en ésta la familia de origen, procederemos a analizar la situación psicodinámica actual de la familia a tratar, en base a:

C1.- Roles familiares:

- a) Cómo se encuentra la relación matrimonial habitualmente. (1)
- b) Cómo se encuentra la relación paterno-filial habitualmente. (1)
- c) Cómo se encuentra la relación filial habitualmente. (1)
- d) Cuáles son los roles perturbados. (4)
- e) Cuál es el tipo de liderazgo que existe en la familia. (4)
- f) Quién de los miembros del grupo juega el rol de --- "chivo emisario". (4)

C2.- Límites:

Investigaremos cómo responde la familia a las acciones individuales de sus miembros, para valorar el grado de aglutinamiento o dependencia y desligamiento o autonomía que priva en el sistema familiar (3). Esto lo lograremos haciendo que se describa por los miembros de la familia una rutina familiar, o bien, discriminando las conductas que aparecen en interacciones espontáneas durante las sesiones. (6)

C3.- Exploración e Identificación de problemas interpersonales:

Para investigar y explorar los problemas interpersonales latentes y no siempre manifestados en los integrantes de la familia, estimularemos las discusiones, observando las conductas de los integrantes, y averiguando en forma directa el por qué actúan así, con el fin de determinar la existencia de trián

gulos o diadas. (6)

Así mismo, valoraremos qué técnicas utilizan los miembros de la familia para manejar las diferencias de unos y otros. (5)

#### C4.- Comunicación:

Durante las sesiones valoraremos el tipo predominante de comunicación que utiliza la familia (5), por medio de fomentar la verbalización de los problemas que presenta el núcleo familiar (6). Por otra parte, exploraremos la existencia de secretos familiares verdaderos y falsos de ese núcleo. (1,4,6)

#### C5.- Afecto:

Se valorará si es adecuado o no, en base a la descripción del clima emocional por parte de los miembros de la familia, y en base a la forma y frecuencia en que se expresan libremente estos sentimientos por parte del grupo de estudio. (6)

Dentro del afecto es importante el investigar cómo se manifiesta la autoestima de cada uno de los miembros de la familia. (5)

#### C6.- Personalidad individual:

Se explorará el tipo de personalidad individual que existe entre los integrantes de la familia (1,6), en base a sus actitudes, su apariencia y su conducta, para valorar el conflicto patógeno de éste desde un marco funcional total.

#### C7.- Síntoma Pantalla:

Se explorará en qué forma los síntomas del paciente -- identificado son utilizados por la familia, para explicarnos -- cuales son las pautas transaccionales preferidas por la familia. (3)

#### C8.- Funciones familiares:

Se investigará la forma en que realiza sus funciones -- la familia, tanto desde el punto de vista psicológico como material valorando el grado de satisfacción a nivel individual en --

los aspectos nutricionales, ambientales, sexuales, etc. (1)

D.- EVALUACION DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA INDICACION O NO DE LA TERAPIA FAMILIAR:

En esta etapa, en base a las intervenciones con la familia, ya valorada su estructura y tipo de interacción, y ya de terminada la influencia que tiene en la conducta y sintomatología de sus miembros, se decidirá si está indicada o no la Terapia Familiar: (2)

D1.- Indicaciones de Terapia Familiar:

- a) Es de elección en todo desorden de índole conyugal. (7)
- b) Disfunciones sexuales. (2)
- c) Problemas serios familiares de tipo afectivo, laboral, de salud, etc., que condicionen crisis en la familia.
- d) Cuando más de un miembro de la familia presenta problemas. (2)
- e) Cuando en un tratamiento individual se busca ganancia secundaria por la existencia de un sistema familiar patológico. (2)
- f) Conductas estereotipadas del adolescentes. (2)
- g) Existencia de niños manipuladores o con alteraciones de conducta que predominen en la esfera parental. (2)
- h) Cuando se hayan involucradas otras generaciones en el problema (2).
- i) Cuando se quiere reintegrar un paciente a su grupo-familiar, en la fase final de la terapia individual (7)
- j) Tratamiento de las neurosis, de los desórdenes caracterológicos y de algunas psicosis del tipo de la

esquizofrenia. (7)

k) Farmacodependencia. (7)

D2.- Contraindicaciones de Terapia Familiar:

- a) Presencia de tendencias malignas irreversibles, que predispongan a la disolución de la familia. (7)
- b) Cuando la familia está desintegrada con poco o ningún deseo de resolver su situación. (2)
- c) Familias con progenitores que padecen enfermedad psíquica, o que sean criminales o perversos confirmados. (7)
- d) Existencia de cierto tipo de secreto familiar válido. (2,7)
- e) Existencia de prejuicios culturales, religiosos o socioeconómicos inflexibles, tanto en el terapeuta como en la familia. (7)
- f) Defensas extremadamente rígidas y difíciles de abatir. (7)
- g) Cuando el problema presentado es resultado de conflictos intrapsíquicos severos. (2)
- h) Cuando se prefiere por parte de los familiares - -- otras medidas tales como servicios religiosos, trabajadoras sociales, etc. (2)
- i) Necesidad de otro tipo de terapia antes que la familiar. (2)

E.- FORMACION DE UN CONTRATO TERAPEUTICO:

Cuando un individuo presente problemas, se debe de entrevistar a la totalidad de los miembros que conforman su núcleo familiar, con el fin de explicarles el motivo primordial de la terapia y buscar que se comprometan todos los miembros, en la resolución del problema enfocado a nivel familiar. Como todo proceso desconocido y nuevo, la terapia familiar despierta en-

siedad e incertidumbre, que el médico familiar debe abatir -- brindando una orientación básica del tipo y reglas de la terapia, en una forma cordial, que proporcione apoyo y evite condescendencias. (6)

A todo este proceso en conjunto le denominamos Contrato Terapéutico, en el que se estipula la frecuencia, el tiempo de duración de las sesiones y el número de individuos que asistirán a ellas. (3)

Para nuestros fines consideramos que el tipo de terapia familiar adecuada sería, el denominado por Clarkin (2) de duración breve, con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana, -- siendo variable el número de asistentes a las mismas según el -- caso, y considerando de suma importancia la necesidad de entrevistar aisladamente al núcleo marital y en los casos que lo requieran a los individuos en forma aislada, en una o dos sesiones de acuerdo al tipo de problemática presentada en la familia.

#### F.- OBJETIVOS DE LA TERAPIA:

El principal objetivo del terapeuta será el ayudar a -- la familia a resolver sus problemas y a modificar el núcleo disfuncional en un grupo armónico que fomente la salud y el bienestar de sus integrantes, para esto variarán los diversos enfoques de cada autor, mismos que se resumen a continuación:

Para Minuchín, el objetivo de la terapia será el asociarse a la familia en una posición de liderazgo, para evaluar la estructura de la misma y permitir su transformación, desequilibrando el sistema. (3)

Para Wright (6) el objetivo del terapeuta será, en base a los recursos con los que cuenta la familia, aumentar la capacidad de sus miembros en la resolución de sus problemas, romper las interacciones de patrones conductuales inadecuados y -- clarificar y fomentar el afecto, para mantener mejores patrones de conducta.

Para Ackerman (7), el objetivo del Terapeuta será la eliminación del sufrimiento y los síntomas incapacitantes del --

paciente identificado, con el fin de acrecentar sus capacidades como persona y como individuo en la sociedad.

Para Satir (5), el objetivo será buscar que los miembros de la familia reconozcan que son individuos y que son diferentes entre sí, para que se comuniquen en forma clara diciendo lo que ven, piensan y sienten de los demás.

Y por último, para Pichón-Riviere, el objetivo terapéutico será la fragmentación de la ansiedad global asumida por el paciente identificado, para que cada miembro del grupo se haga cargo de una parte de ella. (4)

#### G.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Se elucidará el problema actual en base a (6):

1.- Valorar cuales son las diferentes formas de percibir el problema por parte de los miembros de la familia, haciendo preguntas concretas y aclarando ambigüedades.

2.- Se valorará cómo ha repercutido este problema entre los miembros familiares.

3.- Se investigará cual es la posible causa del problema según los miembros familiares.

4.- Se investigará la forma en que se han resuelto los problemas previos para valorar su adaptación al cambio.

5.- Se explorará que impacto tiene el problema entre la familia en caso de no poder resolverse.

6.- Se resumirá el problema presentado y se ratificará con la familia.

7.- Se reconceptualizará finalmente el problema con un enfoque familiar.

#### H.- TECNICAS TERAPEUTICAS:

Actualmente, como dice Ackerman (1), han surgido varias escuelas con teorías y técnicas dispares, cada una compitiendo con la otra, cada una sosteniendo una teoría diferente y

enseñando a sus discípulos de acuerdo a ésta, cada una tendiendo a aplicar su propio método a una gran variedad de alteraciones, ninguna de las técnicas principales es completa en sí misma, pues cada una señala diferentes facetas del proceso patológico, sin embargo consideramos de interés el mencionar aquellas técnicas que pueden estar al alcance del Médico Familiar factibles de ser utilizadas en su práctica diaria:

a) Reconocer el tipo de lenguaje utilizado por la familia, para adaptarse a las mismas palabras y frases utilizadas por ésta. (6)

b) Mantener durante todo el transcurso de la sesión el respeto que se merecen unos y otros. (6)

c) Buscar las alianzas familiares, trabajando temporalmente y en forma cíclica con todos los subsistemas posibles. -- (6)

d) Reconocer los propios errores cuando éstos ocurran y disculparse con la familia cuando esté indicado. (6)

e) Reconocer la falta adecuada de progreso con la terapia y explorar los posibles factores inhibitorios intra o extra familiares. (6)

f) Distinguir los secretos verdaderos de los falsos, respetando los primeros y apoyando a la familia para que desbarrate los segundos. (1)

g) Observar las interacciones -cara a cara- de los miembros para valorar el grado de adaptación de éstos a sus respectivos roles: Quién mira a quién, quién se sienta junto a quién, etc. (1)

h) Disminuir las sensaciones de amenaza en los miembros de la familia, al fijar las reglas de interacción desde el principio: nadie puede hablar por otro, nadie puede interrumpir, etc. (5)

i) Manejar el material cargado de emoción y tensión, cambiando en su momento el tema a otros puntos menos stressantes. (5)

j) Facilitar y legitimizar el llanto abierto, como una respuesta saludable. (6)

k) Ayudar a los pacientes a ver como han influido en su conducta los modelos pasados. (5)

l) Llenar los huecos de comunicación, interpretando -- los mensajes y poniendo en palabras la comunicación no verbal.-- (5)

ll) Hacer que la familia en lugar de describir las acciones, las actúe. (3).

m) Reubicar a los miembros de la familia en diferentes lugares, con el fin de reforzar o sabotear alianzas. (3)

n) Intensificar el stress: obstruyendo el flujo de comunicación a lo largo de sus canales habituales y señalando las discrepancias entre los miembros de la familia. (3)

ñ) Asignar tareas simples que perpetúan el proceso terapéutico fuera de la sesión. (3)

o) Utilizar los síntomas del paciente identificado, -- exagerándolo, desacentuándolo, reetiquetándolo o adoptando nuevos síntomas en otros miembros familiares. (3)

p) A nivel de la consulta externa cabe mencionar que -- una de las formas más importantes y simples de ganarse la confianza de la familia, es resolviéndoles en forma oportuna y --- apropiada los problemas orgánicos que presenten. (8)

#### I.- FIN DE LA TERAPIA:

La Terapia familiar puede terminar por iniciativa de -- la familia, si sus argumentos son válidos, debemos reconocer es te derecho y aceptar la iniciativa familiar sin hacer presiones ni dañar a los miembros. (6)

Si la familia ha adquirido más confianza en ella misma al solucionarse su problemática y a adquirido al menos por el -- momento patrones de conducta adecuados, procederemos a reforzar y a resumir los esfuerzos positivos de cada uno de los integran tes en la resolución del o de los problemas, y se dará por ter-

minada la sesión dejando una invitación abierta a la familia - en caso de presentar nuevas crisis que vuelvan a requerir ayuda por parte del Médico Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Paidós. 1978.
- 2.- Clarkin, J., Frances, A., Moodie, J.: Selection Criteria -- for Family Therapy. Fam. Proc. 18(4): 391-403, Dic. 1979.
- 3.- Minuchín, S.: Familias y Terapia Familiar. Pren. Méd. Mex.- 1977.
- 4.- Pichón-Riviere, E.: El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión. -- 1978.
- 5.- Satir, V.: Psicoterapia Familiar Conjunta. Pren. Méd. Méx. - 1980.
- 6.- Tomm, K., Wright, L.: Training in Family Therapy: Percep -- tual, Conceptual, and Executive Skills. Fam. Proc. 18 (3):- 227-250, Sep. 1979.
- 7.- Ackerman, N.W.: Tratamiento de la Familia Neurótica. Ed. -- Paidós. 1978.
- 8.- Velazco, O.R.: Modelo de Entrevista Familiar. Guía impartida en el Curso de Especialización en Medicina Familiar. Clínica No. 25 IMSS. 1980.