

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO: PLANTEL TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS GRUPOS CON RESPECTO
A LA CARACTERISTICA FAMILIAR
EVITACION DE CONFLICTO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

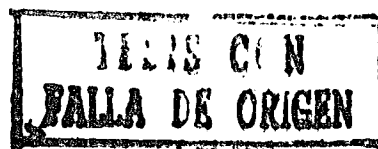
PRESENTA

MARIA TERESA JAUFFRED MERCADO

DIRECTOR DE TESIS:

EDUARDO ESPINOLA ESPARZA

México D.F.



1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 PANORAMA DEL DESARROLLO DE LA TE- RAPIA FAMILIAR	6 6
CAPITULO 2 ALGUNOS CONCEPTOS DE LA TEORIA GE- NERAL DE SISTEMAS.....	16
CAPITULO 3 TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.....	23
CAPITULO 4 MAPEO FAMILIAR.....	31
CAPITULO 5 ENFERMEDAD PSICOSOMATICA.....	35
CAPITULO 6 ENFERMEDAD CRONICA O TERMINAL....	55
CAPITULO 7 FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD	60
CAPITULO 8 METODO.....	65

8.1	PROBLEMA DE INVESTIGACION...	65
8.2	OBJETIVO GENERAL.....	65
8.3	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	66
8.4	HIPOTESIS.....	66
8.5	DEFINICION DE TERMINOS.....	67
8.6	DEFINICION DE LA POBLACION..	69
8.7	DEFINICION DE SUJETOS.....	69
8.8	DEFINICION DE INSTRUMENTO...	70
8.9	VALIDEZ DE LA PRUEBA.....	70
8.10	DEFINICION DE PERSONAL.....	72
8.11	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	73
8.12	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	73
8.13	VARIABLE DEPENDIENTE.....	73
8.14	VARIABLES CONTROLADAS.....	74
8.15	CONDICIONES EXPERIMENTALES..	74
8.16	PROCEDIMIENTO.....	75
8.17	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	76
CAPITULO 9	RESULTADOS.....	78
CAPITULO 10	DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	95

INTRODUCCION

El hecho de que las emociones afecten la salud de un individuo y de que ciertas características estructurales de una familia puedan dar origen, o mantener una enfermedad, parece fascinante como tema de estudio e investigación. Este tema puede ser enfocado de diferentes maneras.

Tradicionalmente, para entender la enfermedad se ha utilizado el modelo lineal que da explicaciones históricas y causales del padecimiento (Hoffman L.,1987). Este enfoque ha contribuido con aportaciones muy valiosas para la comprensión de la enfermedad psicosomática por medio, principalmente, de sus dos modelos más importantes: el médico y el psicodinámico.

El modelo médico ha demostrado de manera inequívoca que las emociones afectan tanto estructuras como funciones orgánicas (Kolb L.,1981). Esto ha sido comprobado tanto por observaciones clínicas y de laboratorio como por observaciones directas de órganos y tejidos en animales y en el ser humano.

El modelo psicodinámico por su parte, ha dejado claro que un individuo puede hacer uso, de manera inconsciente desde luego, de una enfermedad, incluso tan grave, que puede lle-

gar a causar su muerte, como una forma de adaptarse o protegerse de un estrés importante del que no podría liberarse por otros medios (Cameron N., 1982).

Estos dos modelos, aunque muy valiosos, no toman en cuenta las interacciones actuales entre el paciente y su medio ambiente, y si llegan a hacerlo, es sólo con fines diagnósticos, no considerándolo en el tratamiento; este modelo sitúa la enfermedad dentro del individuo.

El modelo sistémico amplía la visión del individuo, contemplándolo, no aisladamente, sino dentro de su contexto, y centrándose en los patrones de interacción entre éste y su medio significativo, su familia. Es ahí, donde este modelo ubica el origen o el mantenimiento de la enfermedad psicosomática.

Este trabajo tiene como propósito destacar la presencia de una característica familiar que, según trabajos anteriores realizados en poblaciones mexicanas, se ha manifestado claramente en las familias de los enfermos clasificados como psicosomáticos. Esta característica es: evitación de conflicto. Con tal propósito se compararon dos grupos, uno de familias con enfermos diagnosticados como crónicos, y otro de familias con enfermos diagnosticados como psicosomáticos; a ambas familias se les aplicó el -

"Cuestionario para detectar diferentes niveles de evitación de conflicto en la familia psicósomática" (López - Díaz, 1985). Se compararon sus respuestas y se analizaron los resultados con el fin de observar si existe alguna - diferencia significativa; en caso positivo, se podrá considerar que este cuestionario es una herramienta valiosa para la pronta identificación de la enfermedad psicósomática, y desde luego, ayudaría a la comprobación de que - la evitación de conflicto contribuye al inicio o mantenimiento de la misma.

La detección oportuna de esta característica en los patrones interaccionales de una familia con un enfermo que recae continuamente y que muestra resistencia al tratamiento, puede ayudar a establecer tempranamente el diagnóstico de su enfermedad, en el caso de que así lo sea, como psicósomática (donde factores psicológicos están - contribuyendo al inicio o a la exacerbación de una enfermedad física), lo cual permitirá derivarlo oportunamente a un tratamiento apropiado que lo libere de sus síntomas, en lugar de insistir en un tratamiento que lo único que - logrará será que este mal se haga crónico, con las consecuentes limitaciones para el paciente y su familia, además de lo elevado de su costo.

Para comprender más claramente lo hasta aquí expuesto, -

el material de este trabajo se organizó de la siguiente manera: en el capítulo I se expone una panorámica del desarrollo de la terapia familiar, quiénes fueron los pioneros, cómo llegaron a ella, cómo ésta vino a México y cuál ha sido su desarrollo en nuestro país.

En el capítulo II, se presentan las diferencias entre el pensamiento lineal y el circular, así como algunos de los conceptos de la teoría general de sistemas, los cuales son importantes para el entendimiento de la terapia familiar sistémica, y en especial de la terapia familiar estructural, que es una de las escuelas de terapia familiar que se apoya en estos conceptos, y que se expone en el capítulo III.

En el capítulo IV se muestran algunos de los signos más utilizados para elaborar un mapa familiar, el cual tiene como objeto permitirnos contemplar gráficamente el momento en que se encuentra la familia, así como elaborar hipótesis acerca de los movimientos que como terapeutas debemos realizar para ayudarla a recobrar su funcionalidad.

El capítulo V expone la visión de dos modelos muy importantes sobre la enfermedad psicósomática, estos modelos son el lineal y el sistémico.

En el capítulo VI se trata la enfermedad crónica, las formas en que ésta afecta a la familia, y las características que con frecuencia desarrolla una familia que sufre este problema.

El capítulo VII habla sobre la funcionalidad y disfuncionalidad familiar desde la perspectiva de la terapia familiar estructural.

En el capítulo VIII se expone la metodología de la investigación, en el IX los resultados de la misma, y en el X la discusión y las conclusiones.

CAPITULO I

PANORAMA DEL DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR

El movimiento de la terapia familiar empezó en Estados Unidos, a finales de los años 40 y principios de los 50. Su desarrollo se debió principalmente a las dificultades en el tratamiento de pacientes en dos áreas muy importantes: 1) la esquizofrenia, donde la aplicación de los principios psiquiátricos convencionales no estaba dando los resultados deseados, y 2) los tropiezos para tratar los problemas de conducta y delincuencia en niños. (Guerin P., 1976).

La terapia familiar surgió de manera independiente en varios lugares de Estados Unidos. Los pioneros llegaron a ella de la siguiente manera:

PALO ALTO, CALIFORNIA.

En 1952 el antropólogo G. Bateson recibió un apoyo económico para estudiar la naturaleza general de la comunicación. Al año siguiente se le unieron J. Haley y J. Weakland. En 1954 Bateson recibió otro apoyo económico, ahora para estudiar específicamente la comunicación esquizofrén-

nica; poco tiempo después se unió al proyecto D. Jackson como psiquiatra consultor y supervisor clínico. Del trabajo conjunto de estas cuatro personas, surgió el artículo más importante sobre la teoría del doble vínculo, "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" (en Haley J., 1981). Lo más importante del artículo es el replanteamiento que estos autores hacen sobre la naturaleza de la esquizofrenia. Tradicionalmente se pensaba que una persona que padecía de este mal o tenía alguna conducta psicótica, era debido al fracaso en su habilidad para manejar la realidad ocasionado por algún trauma ocurrido en la infancia. Estos autores supusieron algo muy diferente, esto es, que la esquizofrenia podía ser el resultado de la interacción familiar. Esta suposición se basó en sus observaciones de pacientes hospitalizados, ya aliviados, quienes después de la visita familiar quedaban muy perturbados, al grado de atacar al personal; así como de pacientes ya dados de alta que después de convivir un tiempo con sus familias, regresaban con la misma sintomatología. Estos autores se dedicaron entonces a buscar patrones familiares de comunicación característicos, encontrando lo que llamaron "doble vínculo" y que consiste en que una persona tiene que aprender a enfrentar una comunicación confusa y creadora de confusión, de parte de otra u otras personas con las que mantiene una relación importante, de la cual no es factible escapar y donde tiene que dar una respuesta; es-

ta persona recibe dos mensajes relacionados pero contradictorios, le es difícil detectarlos y además no se le permite hablar sobre su inconsistencia (Bateson, Haley, Jackson, y Weakland, 1956; en Nichols M., 1984). Un niño que crece dentro de este tipo de comunicación, no desarrolla habilidades ni para comunicarse ni para relacionarse, ya que se encuentra siempre atrapado en la comunicación, porque tiene que escoger, no entre dos mensajes contradictorios del tipo "malo si lo haces, y malo si no lo haces", sino entre dos mensajes que estan a diferentes niveles, por lo cual no puede escoger uno sin el otro, cosa que evidentemente le causa conflicto. Un ejemplo de este tipo de mensajes es, "quiero que me desobezcas". El niño no tiene alternativas, el doble vínculo en el que se encuentra es el siguiente: si obedece esta desobedeciendo, y si desobedece está obedeciendo (Haley J., 1981). Este tipo de comunicación es enloquecedora, y el niño prefiere responder defensivamente en una de estas dos maneras: a) siendo concreto y literal, o b) respondiendo con metáforas. Con el tiempo llega a suponer que detrás de cada frase hay un significado escondido, y puede llegar a desligarse del mundo exterior (Nichols M., 1984). Este artículo ha sido uno de los que más ha influenciado y más controversias ha levantado en el campo de la terapia familiar. También tiene gran importancia porque empieza a cambiar el pensamiento en relación a la conducta humana; antes se -

veían las cosas de una manera lineal, causa - efecto, y a partir de este artículo se empiezan a pensar de manera - sistémica.

Para 1959 la terapia familiar ya estaba siendo internacio-
nalmente conocida. En ese mismo año D. Jackson forma el -
Mental Research Institute (MRI), Haley se le une y tam-
bién V. Satir, quien asume el cargo de directora de entre-
namiento, y que en 1964 publica "Conjoint Family Therapy"
(en Guerin P., 1976), donde resume las ideas del MRI y de
otros lugares de Estados Unidos. En los años 60 también
se une al MRI P. Watzlawick, cuyas aportaciones sobre la
comunicación y el cambio son muy importantes. El, junto -
con J. Weakland y R. Fish desarrollan el proyecto de te-
rapia breve y la corriente estratégica del MRI. Juntos es-
criben una monografía muy importante llamada "Cambio" -
(Watzlawick P., Weakland J., y Fish R., 1982), la cual es
un tratado sobre el concepto del cambio clínico y su re-
lación con los sistemas humanos.

TOPEKA, KANSAS - WASHINGTON D.C.

A principios de la década de lo 50, M. Bowen también es-
taba trabajando con esquizofrénicos y sus familias. Co-
menzó instalando a sus pacientes en unas cabañas pertene-
cientes al Centro Menninger, para su observación y estu-

dio; después les pidió a las madres que se mudaran a vivir con sus hijos por un período de uno o dos meses. Al año siguiente incluyó a los padres, aunque su foco principal continuó siendo la psicosis madre-hijo. En 1954 llega a Washington, D.C. donde hospitaliza familias enteras de esquizofrénicos para realizar estudios de investigación. Para 1956 su proyecto tiene ya un considerable interés nacional e internacional, pero medio año más tarde empieza a tener serias dificultades administrativas; Bowen lo atribuye a que muchos de los resultados que estaba obteniendo eran herejías para las ideologías prevalecientes. Así que decide continuar sus estudios en el Georgetown University Family Center, pero la persona que le había ofrecido apoyo muere antes de que llegue su gente. En las décadas de los 60s y 70s Lyman Wynne continúa con el proyecto de Bowen, y produce muchos artículos importantes y clínicos destacados, como Shapiro, Beels, y Reiss (Guerin 1976). En Georgetown, Bowen entrena residentes de tiempo completo en la teoría y en la intervención sistémica familiar. En el Medical College of Virginia, establece el proyecto de video más extenso que existe en terapia, el cual ha producido excelentes cintas de enseñanza como , "Pasos hacia la Diferenciación del Self" (en Nichols M., 1984).

ATLANTA, GEORGIA.

Ahí C. Whitaker y J. Wakerton trabajan haciendo cooterapia. Comienzan viendo al paciente identificado, pero van agregando miembros de las familias, hasta que incluso llaman a los niños pequeños. Trabajan principalmente con problemas de conducta y delincuencia en niños. En 1946 se interesan en la esquizofrenia y trabajan con T. Malone en Wisconsin, donde sus estudios se centran en los esquizofrénicos y sus familias. En 1955 Whitaker deja la universidad y se dedica a la práctica privada por un período de diez años. En 1965 vuelve a la universidad para ser profesor de tiempo completo, dedicándose solo a la terapia familiar. Su interés se centra ahora en estudiar a la familia normal con su familia extensa, por lo que empieza por invitar a sus sesiones, además de a la familia nuclear, a los abuelos maternos y paternos, después incluye a muchos otros familiares más, y en ocasiones llega a reunir hasta 40 o 50 gentes en una sesión. En estos maratones Whitaker actúa sólo como reactor, ayudando a que se den interacciones entre los miembros de la familia, y señalando lo que observa.

NUEVA YORK.

Nathan Ackerman se considera una de las figuras más importantes de la psiquiatría infantil. De orientación psicoanalítica, comenzó trabajando con niños perturbados en la

Clínica Menninger en Topeka; en su trabajo usaba el modelo de esta clínica que consistía en que el psiquiatra viera al niño, y la trabajadora social a la madre; pero más adelante decidió tratar él a ambos. A partir de entonces Ackerman reevaluó toda su concepción de la psicopatología, y comenzó a ver a la familia como la unidad básica para diagnóstico y tratamiento. En 1957 se une a la Universidad de Columbia, formando el Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services. En 1960 funda el Instituto de la Familia, al cual le ponen su nombre cuando él muere en 1971. Ackerman publica varios artículos y libros importantes. En 1961 funda con D. Jackson la revista "Family Process", - siendo editor, primero J. Haley, y después D. Block; esta revista ha continuado como una de las principales en el campo de la terapia familiar. Otro de sus logros fue conseguir que se diera terapia familiar con un costo bajo, por lo que benefició a mucha gente.

FILADELFIA.

En este lugar hay un grupo importante de pioneros, entre ellos podemos mencionar a Ivan Boszormenyi-Nagy, quien en 1957 funda el Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, y que junto con G. Spark publica un libro muy interesante, "Lealtades Invisibles" (Boszormenyi-Nagy y Spark G. 1983). También importante es Zuk, él en 1971 desarrolla el enfo-

que triádico en terapia familiar. Otro de los pioneros en este grupo es A. Schafien, que junto con R. Birdwhistle estudia el lenguaje corporal en la psicoterapia. También está Atteneave, que en 1960 desarrolla el concepto de network therapy (en Nichols M., 1984), el cual amplía el contexto de tratamiento más allá de la familia nuclear. Otro miembro destacado de este grupo es Salvador Minuchin; este autor desarrolló un enfoque familiar para el tratamiento de niños delincuentes en el Wiltwyck School for Boys en Nueva York. Minuchin trabajó con mucho éxito, con familias marginadas de los barrios pobres, lo cual le valió el ser invitado como director de la Child Guidance Clinic de Filadelfia, donde junto con Mario Montalbo y otros escribió el libro "Families of the Slums" (1967). Más adelante se le une J. Haley, quien de manera conjunta con Minuchin desarrolla un enfoque con la menor cantidad posible de conceptos teóricos, del cual saldrá más adelante la "Terapia Familiar Estructural" (en Nichols M., 1984).

MEXICO.

En México la terapia familiar se inicia en la década de los 60s. En 1963 R. Macías regresa a este país, después de realizar su entrenamiento en Montreal. El, junto con R. Derbez y L. Estrada, también entrenados en Montreal, inicia el primer curso de especialización de posgrado en te-

rapia familiar en 1969, (Macías 1988). En 1971 organiza el Congreso Mundial de Psiquiatría, donde en uno de los simposia participan V. Satir, C. Whitaker, A. Ferber, y R. Macías. En 1972 se funda El Instituto de la Familia A. C. (IFAC), al que se incorpora L. Leñero y S. Mekler. En 1973 también se incorpora M. Barragán, quien en 1975 se separa para fundar con L.T. Millan el Instituto Mexicano de la Familia. En 1981 I. Maldonado, E. Troya, J. Vicencio y M. Díaz forman el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). En 1980 y 1981 la Universidad de las Américas, que tenía un programa de maestría en psicología clínica, lo cambia por uno en Orientación en Terapia Familiar (Macías 1988). En 1981 se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C. con J. Emerich, A. Freidberg, M. Roach y G. Cásares. El primer congreso de esta asociación es realizado en México en noviembre de 1986. Dos institutos más son creados en 1984, El Instituto de enseñanza e investigación en psicoterapia llamado "Personas" con L. Herrera, M. Pardo, J. Emerich y A. Freidberg. Y el Instituto Mexicano de la Pareja, dirigido por M. Barragán. En 1987 nacen dos institutos más, el Instituto de Terapias Breves dirigido por M.B. Moctezuma; y el Centro Mexicano de Investigación y Clínica S.C. (CEMIC) que es fundado por T.Robles de Fabre, R. Eustace, M. Ceruti, y D. Rubli. A la fecha hay terapeutas familiares en distintas partes de la república, como en Puebla, Veracruz,

Jalisco, Chihuahua, y Nuevo León (Macías R., 1988).

Este enfoque surge como una necesidad, ya que los modelos empleados no estaban surtiendo los efectos deseados en problemas importantes como los relacionados con esquizofrenia y delincuencia juvenil.

Este enfoque es nuevo en México, y está adquiriendo solidez debido a los resultados positivos obtenidos tanto en el área de diagnóstico como en la de tratamiento, estableciéndose como una opción más para la solución de problemas. Este modelo se apoya en la teoría general de sistemas, de la cual revisaremos algunos conceptos importantes para la comprensión de este trabajo en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

Tradicionalmente, la manera de entender el comportamiento se ha basado en el modelo médico o en el psicodinámico clásico, ambos lineales, los cuales influenciados por la física de la época en la que fueron creados, explican los comportamientos actuales de las personas en términos históricos y causales del padecimiento.

G. Bateson, uno de los científicos que más ha investigado sobre la manera circular de entender el comportamiento, señala en su libro "Mind and Nature" (en Hoffman L., 1987) una diferencia importante entre el mundo de los objetos físicos, y el de las formas vivas. Para el primero, supone un modelo de bola de billar, en el que la causalidad es lineal, y donde las fuerzas actúan unidireccionalmente sobre las cosas, por lo que un evento, A, afectará a un evento, B, y éste a un evento, C, y así sucesivamente, formándose una cadena lineal de eventos. En el mundo de las formas vivas, las fuerzas son importantes, pero también lo son la información y las relaciones (Hoffman L., 1987).

Para el pensamiento circular, que comenzó a surgir a par-

tir de la segunda guerra mundial, y que se funda en el concepto de información y por lo tanto de retroalimentación, en lugar del concepto de energía; el contexto en el que ocurren los eventos es crucial, ya que a diferencia del modelo lineal, donde al enfermo se le aísla para ocuparse de su estado físico y de la naturaleza de su mente, en el modelo circular los límites de la investigación se amplían para observar, no sólo la conducta sintomática del enfermo, sino el efecto que causa en quienes lo rodean y las formas en que estas reacciones afectan la conducta del primero. Tomando en cuenta lo anterior, vemos que el foco se desplaza del individuo visto aisladamente, hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio, por lo que "el observador pasa de un estudio deductivo de la mente, al estudio de las manifestaciones observables de la relación" (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1987, pág.23)

Para entender más claramente ambos tipos de pensamiento, se refiere el ejemplo clásico de un hombre que accidentalmente patea a una piedra y a un perro. En el primer caso, la piedra se moverá porque la energía del pie pasa a ella, y ésta se desplazará de una manera previsible, según la cantidad de energía que le fue transferida, su forma, su peso, y el tipo de superficie en la que se encuentra. Pero ¿que pasa si ese mismo pie patea a un pe-

erro?. Las conductas del perro pueden ser varias, pero en cualquiera de los casos el perro no estará reaccionando de acuerdo a la energía recibida en el golpe, sino respecto a su propio metabolismo, o sea, que lo que se está transmitiendo no sólo es energía sino información. La patada comunica algo al perro y éste reacciona con otro acto de conducta-comunicación (Watzlawick, Beavin , y Jackson 1987). En el ejemplo podemos observar cómo el evento A, afecta al B, y éste vuelve a afectar al evento A, formándose una cadena circular de eventos, los cuales se afectan y modifican unos a otros. Por esta razón dice Bateson, no se puede aplicar el mismo tipo de epistemología a los objetos físicos que a los seres vivos.

La interacción es considerada como un sistema, por lo que le es aplicable la Teoría General de Sistemas, cuyo iniciador fue Ludwig Von Bertalanffy (1975), y quien se refiere a ella como "la formulación y derivación de principios que son válidos para los sistemas en general (pág. 159). Veamos ahora unas definiciones que son importantes para este estudio.

Von Bertalanffy (1975) define sistema, como "un conjunto de elementos que se interrelacionan entre ellos mismos así como con su contexto" (pág. 159), por lo que encontramos que la conducta de un elemento es diferente den-

tro del sistema que cuando se aísla de él.

Por otro lado, por contexto o medio ambiente, se entiende según la definición de Hall y Fagen que: "para un sistema dado, el medio es el conjunto de todos los elementos que lo constituyen y cuyos atributos (ésto se refiere a las propiedades de los elementos), al cambiar, afectan al sistema y también aquellos elementos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema"...(en Falcón, A.E., 1981, pág. 16).

Los sistemas pueden ser divididos en dos grupos según su relación con el medio, cerrados y abiertos. Los sistemas cerrados no tienen ningún tipo de interacción con el medio ambiente, y sólo se pueden encontrar en el campo de la física o de la química, Watzlawick y cols. (1984) proponen como ejemplo para este tipo de sistema, una reacción química que se desarrolla dentro de un recipiente aislado y sellado. Todos los sistemas vivos son sistemas abiertos, y por sistema abierto podemos entender que intercambia materiales, energía o información con su medio ambiente de una manera continua (Falcón A.E., 1981). La familia, siendo un sistema abierto se compone, internamente, de reglas específicas de comportamiento y, externamente, de funciones de interacción dinámica con su medio ambiente (Andolfi M., 1987). Los sistemas pueden estar incluidos en sis-

temas más amplios, y a la vez pueden subdividirse en subsistemas. En el caso de la familia, ésta pertenece a un sistema más amplio que es su grupo social, y se subdivide en subsistemas: los esposos, los padres, los hermanos, - las mujeres, los hombres etc. (Nichols M., 1984).

Hay algunas propiedades que pertenecen a todo sistema abierto, como: totalidad, no sumatividad, equifinalidad. Así como algunos mecanismos: homeostasis, retroalimentación, y calibración (en Hidalgo M.L. y Noriega M.A., 1985). La totalidad consiste en que cada una de las partes de un sistema, está de tal manera relacionada con las otras, - que si se produce un cambio en una de las partes que lo componen, provocará cambios en las demás y, por lo tanto, en el sistema total (Falcón A.E., 1981). Sumatividad es el concepto opuesto al anterior, es decir, que cada elemento se comporta de manera independiente, y su conducta no afecta a los otros elementos del compuesto, y el cambio total del compuesto sería la suma de las variaciones individuales de los elementos que pertenecen a éste. Esto no puede ocurrir en un sistema, por lo tanto, una de las propiedades del sistema es la no sumatividad (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1987). La retroalimentación es el mecanismo que permite que la relación entre las partes de un sistema abierto y su medio ambiente sea circular. "La retroalimentación significa que de las salidas (output) de un sistema, una cierta cantidad es monitoreada de re-

greso como información (input) y de esta manera, posteriormente, al sistema le es posible regular, estabilizar o dirigir la acción del sistema" (Falcón A.E., 1981, pág. 32). Más aún, existen tipos de retroalimentación, la positiva y la negativa. La positiva, es la que lleva al cambio, o sea, a la pérdida de estabilidad o equilibrio. La retroalimentación negativa es la que tiende a mantener el estado constante de las cosas, es decir, la estabilidad del sistema (Falcón A.E., 1981). La homeostasis es el mecanismo por medio del cual un sistema regula sus variables, obligándolas a permanecer dentro de sus límites. Es debido a la homeostasis, que la familia puede mantener su equilibrio y lograr su estabilidad. Refiriéndose a la homeostasis familiar, D. Jackson (en Nichols M., 1984) ha dicho que no es un estado de invarianza, sino una estabilidad en la varianza; por lo que una familia puede estar el lunes en el punto A y el martes en el B, sin perder su homeostasis (en Nichols 1984). Todas las familias deben de tener un cierto grado de retroalimentación negativa, pero debe existir también la positiva para conseguir el equilibrio. En las "familias disfuncionales" esto se consigue por medio de la conducta sintomática de uno de sus miembros, p.e. uno de los hijos tiene un ataque de tos, o le pega a su hermano, justo cuando los padres están peleando, por lo que éstos dejan de pelear para atender a la situación. La calibración es el rango de fluctuaciones acepta-

bles en un sistema (Andolfi M., 1987). Aplicando esta definición a la familia, podríamos decir que se trata de las reglas familiares dentro de las que sus miembros funcionan.

En esta exposición, la familia es considerada como un sistema abierto que cumple con todas las leyes de un sistema de este tipo. El enfoque se amplía, del individuo aislado al individuo dentro de su contexto, porque la conducta de cada elemento de un sistema es diferente dentro de éste - que cuando se aísla de él; de esta manera, al estudiar el sistema completo podemos apreciar mejor lo que acontece, convirtiéndose de un estudio deductivo, a uno observable, lo cual tiene la gran ventaja de una mayor objetividad - tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Una de las escuelas de terapia familiar que hace suyos los conceptos de la teoría general de sistemas, es la terapia familiar estructural que revisaremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

Salvador Minuchin (1985) es quien desarrolló la teoría familiar estructural. Originario de Argentina, donde realizó sus estudios, su desarrollo profesional ha tenido lugar principalmente en los Estados Unidos. Ahí ha trabajado durante muchos años con familias urbanas pobres multiproblemáticas, primero en Nueva York, y luego en Filadelfia, para lo cual desarrolló un enfoque familiar del que más tarde surgió la teoría familiar estructural. Esta teoría ha alcanzado mucha fuerza desde los años 70, volviéndose uno de los modelos conceptuales más usados en esta área; porque, a pesar de su complicación, ya que cada familia está formada por una serie de individuos cuyas conductas afectan continuamente a los demás, encuentra en ellas una organización subyacente que él llama estructura, sobre la cual se puede instrumentar un diagnóstico y un tratamiento. Este enfoque presenta un marco instrumental claro, que da orden y sentido a las transacciones familiares. Es una terapia de acción que toma en cuenta al individuo, a la familia y a su contexto social. Va dirigida a las interacciones en el aquí y en el ahora de las familias, pero lleva el propósito de modificar la estructura básica subyacente a las interacciones familiares (Nichols M., -

Minuchin (1985) considera que las familias llegan a terapia porque ya no saben qué hacer con lo que les ocurre, están atoradas porque aplican a su problema las mismas - conductas repetitivas con que tantas veces han intentado resolverlo sin lograrlo, y sienten que ya no pueden hacer nada. La terapia familiar estructural esta diseñada para desatorarlas, proporcionándoles alternativas de acción, esto es, dando oportunidad a que utilicen otras conductas existentes dentro de sus posibilidades, pero no utilizadas, dando lugar a que surga una estructura más funcional.

Esta teoría se compone de tres constructos básicos (Minuchin 1985). Estructura, subsistemas, y límites o fronteras.

Para Minuchin (1985), la estructura familiar es "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a traves de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo, y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema" (pág. 86). Un ejemplo de pauta transaccional podría ser el siguiente: - una madre llama a su hijo a comer, si éste obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él, y - quién es él en relación con ella en ese momento y en ese

contexto. Las operaciones repetidas en esos términos, constituyen una pauta o patrón transaccional. Otro ejemplo de pauta transaccional sería, refiriéndonos al mismo ejemplo, que el niño no viniera hasta que la madre le gritara, o bien, que solo lo hiciera si el padre lo ordena. Las pautas transaccionales mantienen la conducta de las personas pertenecientes a la familia dentro de ciertos límites, y son mantenidas a través de dos sistemas de coacción, el generacional y el idiosincrático. El generacional está formado por reglas universales acerca de toda organización familiar, jerarquía de poder entre padres e hijos, y complementariedad de funciones entre esposos. El idiosincrático está formado por las negociaciones explícitas e implícitas que la familia realiza cotidianamente, de las cuales resultan ciertas pautas de relación que permanecen y por las que la familia interacciona siempre de la misma manera, olvidando otras alternativas que aunque existen en su gama de conductas, pareciera que no, pues jamás se recurre a ellas. De esta manera el sistema se mantiene a sí mismo "automáticamente" hasta que un estrés muy fuerte produce disfunción en la familia.

Por otro lado, la estructura familiar no se observa fácilmente, sólo se puede apreciar en acción, por esta razón es necesario que la familia acuda completa a las sesiones de terapia. Así, el terapeuta procederá acomodándose o u-

niéndose a la familia por medio de una técnica conocida como "joining", después alterará la estructura familiar mediante las técnicas reestructurantes de esta teoría, - ayudando a que emerjan otras conductas ya existentes pero no utilizadas por la familia. Se considera que al reorganizar la estructura familiar el problema desaparecerá.

La familia realiza sus funciones a través de los subsistemas (Minuchin S., 1985) Cada individuo es un subsistema, pero también las diadas o grupos mayores lo son. Los subsistemas pueden estar formados por generación, sexo, interés y/o función. Los subsistemas obvios son, el conyugal, el parental, y el fraterno. El subsistema conyugal está formado por dos personas del sexo opuesto que se unen con la intención explícita de formar una familia. Para lograr un buen funcionamiento es necesario que la pareja se complemente en sus tareas y que se apoyen mutuamente. El subsistema parental; de este subsistema se requieren las funciones de alimentación, socialización, - guía, y control; pero todas ellas aplicadas con flexibilidad. Es muy importante que durante el proceso de formación de los hijos se les proporcione autonomía, y que - tanto los padres como los hijos tengan claro que hay una diferencia de autoridad entre ambos subsistemas.

El subsistema fraterno; este subsistema es muy importan-

te para los hijos ya que aquí es donde aprenderán a relacionarse con sus iguales, y donde ensayarán las conductas que más adelante desempeñarán en el mundo exterior y adulto. Por esta razón los padres deben darles libertad y no intervenir en la resolución de todos sus conflictos, ya que si actúan de esta manera los niños se harán dependientes y quedarán incapacitados para resolver sus problemas por ellos mismos.

Los subsistemas no obvios, son las coaliciones que surgen dentro de las familias, por ejemplo: una madre y su hijo adolescente pueden tener una relación tan estrecha que excluya al padre. Otro ejemplo de coalición es una madre tan unida con sus hijos que el padre no tiene cabida; o bien, la familia puede estar dividida en dos equipos, la madre y los hijos pequeños por un lado, y el padre y los hijos adolescentes por el otro; o el padre con una hija adolescente, la madre con un hijo adolescente y los pequeños solos en otro equipo. Las combinaciones pueden ser innumerables.

Los "límites" (Minuchin S., 1985) son como los muros invisibles que se construyen alrededor de los individuos o subsistemas. Estos son los que definen quiénes participan y de qué manera, por ejemplo, una pareja de recién casados tiene que poner límites hacia las familias de ambos

para protegerse de posibles interferencias. El subsistema conyugal debe poner límites a los hijos para mantener su autonomía y cercanía. En el fraterno deben existir para que lo protegan de la interferencia excesiva de los padres. Los límites pueden darse de tres maneras distintas: claros, difusos, y rígidos (Minuchin S., 1985). Los claros son los que caracterizan a una familia funcional, - protegen al subsistema de interferencias que alteran su función, pero no impiden el paso temporal de miembros de un subsistema al otro, por ejemplo, una hija adolescente puede llevarse como amiga con su madre, pero cuando las circunstancias lo requieren debe aceptar la jerarquía de ésta. Los límites rígidos caracterizan a una familia desligada. En este tipo de familia cada uno de sus miembros vive como en una isla, y pueden hacer lo que quieran mientras no afecten los intereses de los demás. Esto tiene - ciertas ventajas, como que hace personas muy independientes porque sus miembros al no recibir ayuda de los demás se ven forzados a desarrollar sus propios recursos. Los inconvenientes son que carecen de afecto y cercanía. Estas familias no se apoyan entre sí hasta que son víctimas de un estrés extremo (Minuchin S., 1985). Los límites difusos dan como resultado una familia amalgamada (Minuchin S., 1985) En ella sus miembros cuentan con el apoyo ilimitado de los demás, pero obviamente pierden autonomía e independencia. El siguiente ejemplo puede ilustrar a la

familia con límites difusos y a la familia con límites rígidos: en la primera hay una conmoción si el niño no se come el postre, y en la segunda los padres no tienen idea siquiera de si el niño comió.

Minuchin propone que toda familia tiene una estructura definida por sus patrones de interacción, está dividida en subsistemas que la ayudan a funcionar, y posee unos límites que marcan cuándo, quiénes y de qué manera participan. Cuando la familia acude a terapia, es porque está atorada y no encuentra cómo solucionar su problema. El terapeuta que observa a toda la familia en interacción, se da cuenta de cuales son sus patrones de interacción, o sea, de su estructura; estudia los subsistemas observando qué coaliciones se han formado, cómo son sus límites, y cual es la función del síntoma en el sistema. Después de esto, procede a unirse a la familia y luego altera su estructura, desbarata coaliciones y establece límites claros. Por medio de estas acciones reorganiza a la familia, y al ser reorganizada, el síntoma dejará de tener una función en el sistema y no tendrá para qué seguir existiendo.

La meta de la terapia familiar estructural es facilitar el funcionamiento familiar para resolver síntomas y estimular el crecimiento en los individuos, al mismo tiempo que se preserva el mutuo apoyo familiar. Existen también

metas a corto plazo que pueden aliviar los síntomas y que se ponen en práctica especialmente si el síntoma amenaza la vida, como en la anorexia nervosa. Sin embargo, si no se da un cambio estructural en el sistema, los síntomas reaparecerán; pero si se modificó la estructura el síntoma queda sin función y no tiene por qué regresar.

Para saber cómo se encuentran; la estructura familiar, - los límites, y los subsistemas de una familia, tanto en el momento en que llega a terapia, como en las diferentes etapas por las que va pasando, la elaboración de un mapa familiar es muy útil para el terapeuta.

CAPITULO IV

MAPEO FAMILIAR

Para entender la disfunción familiar, un mapa que nos ayude a apreciar de manera gráfica esta disfunción es de gran utilidad, ya que nos permite ver la situación de la familia, con lo que podemos hacer hipótesis sobre lo que está ocurriendo y de los movimientos que tenemos que realizar para lograr su funcionalidad. Este mapa nos ayudará a ver dónde, y entre qué miembros se están dando las coaliciones, qué subsistemas están siendo invadidos y por quién, qué miembros de la familia son periféricos o centrales; cómo son límites, cuál es la jerarquía de cada elemento familiar, entre qué miembros hay conflicto, quién es el paciente identificado, etc.

Este mapa va cambiando conforme se van dando los cambios en la familia, y el terapeuta puede ir "palpando" lo que se ha hecho y lo que falta por hacer.

Los signos más conocidos para el mapeo familiar son los siguientes:

Hombres:



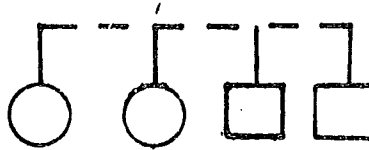
Mujeres:



Subsistema parental:



Subsistema fraterno:



La línea divisoria entre el subsistema parental y el fraterno, indica cómo son los límites entre estos dos subsistemas, pueden ser:

claros -----

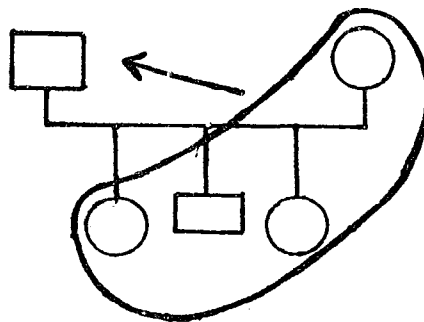
difusos

rígidos _____

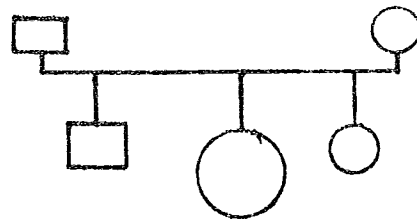
El conflicto entre dos miembros es expresado así:



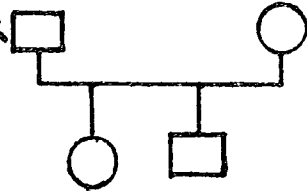
Las coaliciones:



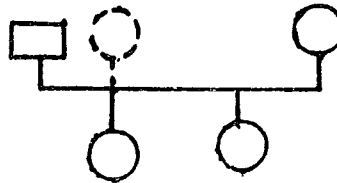
Miembro central:



Miembro periferico:



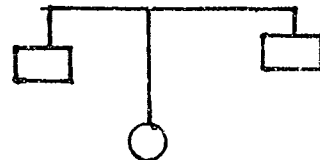
Hijo parental:



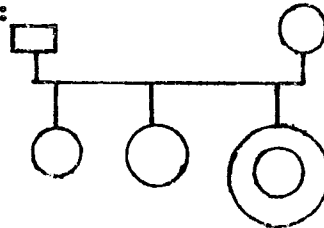
Jerarquía en el subsistema parental:



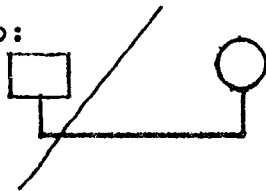
Jerarquía en el subsistema fraterno:



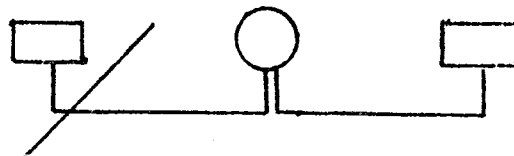
Paciente identificado:



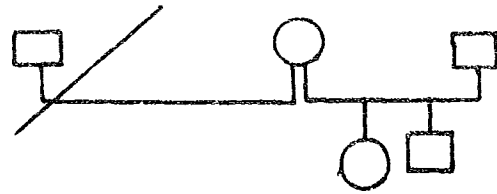
Divorcio:



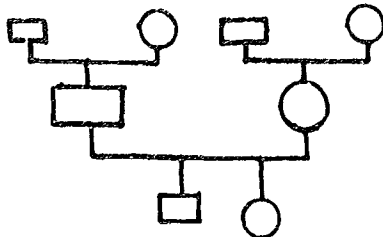
Segunda pareja:



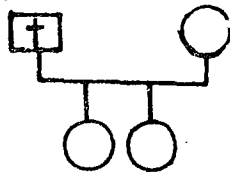
Hijos con la segunda pareja:



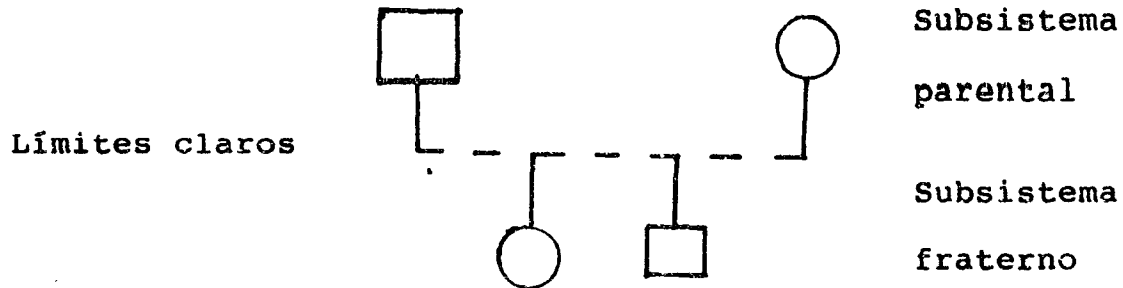
Abuelos:



Muerte:



Sistema funcional:



Como podemos apreciar un sistema familiar funcional tiene límites claros, jerarquías apropiadas en ambos subsistemas. No hay coaliciones, hijos parentales, conflictos - crónicos, miembros centrales o periféricos, ni paciente identificado.

El mapeo familiar nos da una idea muy clara de cómo está la familia en el momento en que lo hacemos, esto es muy útil en todas las disfunciones, incluyendo la enfermedad psicosomática.

CAPITULO V

ENFERMEDAD PSICOSOMATICA

¿Que es la enfermedad psicósomática?

El Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1988, pág. 915), define enfermedad psicósomática de la siguiente manera: "de, relacionado, involucrado o interesado con síntomas corporales causados por perturbaciones mentales o emocionales".

Por otra parte, la enciclopedia Salvat (1978, pág. 2752) define enfermedad psicósomática y dice que "se aplica a todo síntoma o síndrome funcional relacionado de modo ostensible con un trastorno psíquico. Estas afecciones son concebidas como enfermedades de adaptación; las manifestaciones clínicas pertenecen al área de la expresión involuntaria, en contraposición con las de la neurosis y psicosis que afectan la vida de relación".

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III (1983), la ubica en la categoría 316.00 denominándola "Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico ". Señala que esta categoría capacita al clínico para darse cuenta de los factores psicológicos que contribuyen a la iniciación o exacerbación de una enfermedad -

física. También indica que, para que se pueda afirmar que ciertos factores psicológicos afectan la enfermedad física, tiene que existir evidencia de una relación temporal entre los estímulos ambientales y la iniciación o exacerbación de la enfermedad física. Esta categoría se puede usar para cualquier enfermedad física en la que el clínico juzgue que hay factores psicológicos que la afectan. Los siguientes son ejemplos de enfermedad en que con más frecuencia se encuentra esta relación:

obesidad	arritmia
cefalea de tensión	taquicardia
migraña	ulcera gastroduodenal
angus pectoris	cardioespasmo
dismenorrea	piloroespasmo
dolor sacroiliaco	nauseas
neurodermatitis	vómitos
acné	enteritis regional
artritis reumatoide	colitis ulcerosa
asma	polaquiuuria.

Pero advierte que esta categoría no debe ser usada para trastornos de conversión, en los cuales, la patología específica no es demostrable a través de procesos de laboratorio y por lo tanto se conceptualizan hipótesis solamente psicológicas.

Los criterios para el diagnóstico de los factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM III, 1983 pág.317) son los siguientes:

"A. Los estímulos ambientales psicológicamente significativos se encuentran temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de la enfermedad física.

B. La enfermedad física tiene, o bien una patología física demostrable (artritis reumatoide), o bien un proceso psicopatológico conocido (migraña o vómitos).

C. La enfermedad no es debida a un trastorno somatoforme" (DSM III, pág 317).

Debemos anotar también que existen diferencias entre una enfermedad psicosomática primaria y una secundaria (Minuchin y cols. 1978). En la enfermedad psicosomática primaria existe una disfunción fisiológica presente, esta disfunción es el síntoma. El elemento psicosomático consiste en la exacerbación de esta disfunción en respuesta a estímulos emocionales más que fisiológicos. Esto se puede observar claramente en los desórdenes metabólicos, como la diabetes o la diatesis alérgica (asma). Así, un niño diabético que presenta episodios recurrentes de cetoacidosis, su disfunción fisiológica, desencadenados por

causas emocionales, puede ser considerado un "diabético psicossomático" (Minuchin y cols. 1978); y un niño asmático que presenta ataques severos y frecuentes en respuesta a estímulos emocionales puede considerarse un "asmático psicossomático". En ninguno de estos casos se puede pensar que la etiología de la enfermedad original sea psicológica. En la enfermedad psicossomática secundaria, no existe un desorden fisiológico predisponente, el elemento psicológico está en que el sujeto transforma los conflictos emocionales en síntomas somáticos, los cuales pueden convertirse en una enfermedad severa e incapacitante como la anorexia nervosa.

El interés de médicos, fisiólogos, psiquiatras y psicólogos por este tema es muy grande y las publicaciones muy abundantes. Estas pueden clasificarse según su enfoque en dos modelos conceptuales principales, el lineal y el sistémico.

MODELO LINEAL

La idea de que las perturbaciones emocionales están unidas a un exceso de actividad fisiológica y pueden producir enfermedades e incluso la muerte no es nueva. Esto se ha venido observando desde hace mucho tiempo y ha dado origen a que diversas corrientes se apliquen a su estudio.

Tres escuelas son las que más se han distinguido en las investigaciones psicosomáticas modernas: la americana de corte psicoanalítico, la rusa con un enfoque reflexológico y la alemana, de inspiración biológica y filosófica. Además de estas tres escuelas, existe la corriente de investigaciones experimentales psicofisiológicas, que se desarrolla por todo el mundo y sobre la que informa el Journal of Psychosomatic Research (Ey Henri, 1980).

Es innegable la relación entre las emociones y las reacciones físicas. Nuestros órganos internos y tejidos están continuamente en actividad, adecuando sus funciones a los requerimientos del organismo pero, ¿cómo afecta el estrés emocional el funcionamiento de los órganos?

Cuando una persona se encuentra en una situación que representa un estrés más fuerte de lo acostumbrado, sin importar si éste es interno o externo, se prepara fisiológicamente para huir o para pelear; esto se hace con la ayuda de las glándulas suprarrenales y el sistema nervioso autónomo. Como este último también regula el equilibrio de los órganos así como de la piel, inevitablemente éstos participan en la preparación para la emergencia. Si se puede expresar el enojo agresivamente o hay posibilidad de una fuga inmediata, la energía movilizada no disipa y consume en las reacciones viscerales; pero si no hay expre-

sión o acción, los cambios viscerales se vuelven patológicos y producen desórdenes psicósomáticos (Cameron N., 1982)

Cannon (en Cameron N., 1982) a principios de siglo realizó estudios con animales y demostró que el despertar de las emociones como miedo, rabia, y hambre, puede producir cambios en las secreciones, en las tensiones musculares, y en la circulación (Kolb L., 1981).

Con los estudios de Pavlov (en Kolb L., 1981), las investigaciones se ampliaron, ya que se demostró, también en estudios realizados en animales, que el "despertamiento" de emociones con producción o inhibición de secreciones orgánicas puede ser aprendido.

Wolf y Wolf (en Cameron N., 1982), demostraron con toda claridad cómo factores emocionales influyen en las funciones orgánicas. Ellos estudiaron a un paciente con una gastrostomía, encontrando que las emociones placenteras del apetito producían aumento en la secreción, vascularización de la mucosa, y aumento en la motilidad de la pared gástrica. La tristeza, el desaliento y los autorreproches, hacían que la mucosa palideciera y que disminuyera la secreción. La angustia producía hiperemia, hipersecreción e hipermotilidad. Los sentimientos agresivos aumentaban notablemente la secreción y había un discreto aumento en

la motilidad (Kolb L., 1981). Beaumont (en Cameron N., - 1982), un médico americano, había realizado un experimento muy similar, aunque rudimentario a principios del siglo XIX. El tuvo la oportunidad de observar la pared del estómago de un cazador herido de bala, y al que le quedó una abertura por espacio de dos años. Beaumont observó la actividad gástrica del sujeto, comprobando su participación en las perturbaciones emocionales (Cameron N., - 1982).

También Wolf y Wolf (en Cameron N., 1982), estudiando porciones expuestas de colon de pacientes fistulosos, demostraron que las situaciones provocadoras de conflicto, resentimiento y hostilidad, se asociaban con hipermotilidad e hipersecreción de lisozimia y moco; y en algunos pacientes con hiperfunción mantenida durante estados de ira o resentimiento aparecieron hemorragias petequiales. La melancolía y el miedo se asociaban a hipofunción del intestino grueso (Kolb L., 1981).

Engel y Reichman (Kolb L., 1981), observaron a una lactante con fístula gástrica, encontraron diferenciación en las respuestas del intestino ante estímulos sociales. Después de cierto periodo el estómago de la niña comenzó a responder fisiológicamente como si estuviera recibiendo y digiriendo alimento cada vez que su médico estaba pre-

sente (Kolb L., 1981).

De acuerdo a las observaciones clínicas y de laboratorio podemos darnos cuenta que las emociones de gran intensidad, ya sean súbitas o variadas y prolongadas pueden desorganizar el funcionamiento orgánico. Así queda establecido el hecho de que las emociones pueden influir en el funcionamiento y en la disfunción de los órganos.

Psicodinámicamente, según Kolb (1981), las respuestas psicofisiológicas pueden entenderse como la perturbación inapropiada de las reacciones orgánicas que han servido para adaptarse o protegerse de algún estrés en la experiencia anterior. Aunque los desórdenes psicósomáticos puedan amenazar la vida o impliquen una distorsión, pérdida de función, o incomodidad y desfiguración, pueden ser adaptativos; pero, si producen todo eso, ¿cómo llamarlos adaptativos?. Lo son, porque comienzan protegiendo al paciente de algo peor, en otras palabras, son maladaptativos pero en un principio logran algo que el paciente no conseguiría de otra manera. Estos síntomas maladaptativos (Cameron N., 1982 pág. 662) logran lo siguiente:

- 1.- Un problema psicósomático pone una enfermedad física en el lugar de una situación intolerable.
- 2.- Estos desórdenes incluyen una ansiedad primaria, pero ésta será mas fácil de soportar que una ansiedad se-

cundaria basada en conflictos conscientes.

- 3.- Una enfermedad psicosomática puede proteger al paciente de caer en una psicosis franca.
- 4.- Los problemas psicosomáticos le dan al paciente los privilegios otorgados a una persona enferma.
- 5.- Mediante la enfermedad física, el paciente puede obtener los cuidados, interés y afecto que ha deseado, y no ha obtenido por otros medios (Cameron N., 1982).

Según Kolb (1981), los psicoanalistas han postulado que los síntomas psicosomáticos representan regresiones fisiológicas. Conforme este punto de vista, la expresión fisiológica se debe a que las defensas psicológicas normales no son ya suficientes para mantener la homeostasis. Los síntomas se consideran análogos a las respuestas orgánicas indiferenciadas de un niño muy pequeño. Pero ¿por qué se selecciona cierto órgano o sistema?. Adler (en Kolb L., 1981) sugirió que existe una inferioridad de ciertos órganos, y ésto determina los síntomas específicos. Dunbar (en Pardo M., 1984) pensaba que el tipo de personalidad era un factor determinante para el tipo de enfermedad somática, y correlacionó ciertos perfiles de enfermedad con ciertos perfiles de personalidad; por ejemplo, sostenía que el "Tipo asmático" se correlacionaba con una personalidad insegura, narcisista, muy dependiente, y con una nece-

sidad importante de realizaciones. El "tipo ulceroso" iba de acuerdo con una persona tensa, para quien obtener una posición social era algo básico, también era muy ambicioso. El "tipo colítico", era ordenado, obsesivo y ambicioso.

Alexander y otros (en Kolb L., 1981) creen que es un conflicto emocional específico el que determina la anormalidad de un órgano específico. Groen (en Kolb L., 1981) ha hablado respecto al cambio de un síndrome a otro, sugiriendo que ésto se debe a la capacidad del sistema nervioso para sustituir en otra enfermedad una forma de padecimiento que utiliza para adaptarse. Se puede considerar que estos cambios son el medio que el individuo utiliza para mantener, a través de la enfermedad, una adaptación homeostática precaria; en tal situación, la personalidad del paciente y el estrés preexistente que produjo el síndrome reactivo, no ha cambiado. El síndrome reactivo en sí ha sido modificado por un cambio en el ambiente, como por ejemplo, una intervención terapéutica que no influyó en la estructura básica de la personalidad, ni sobre la amenaza que implica el estrés.

Otros autores como Wolf (en Kolb L., 1981) opinan que no son los factores psicológicos los que determinan el órgano o sistema afectado, sino más bien una tendencia he-

reditaria a responder somáticamente ante el estrés y el conflicto en una forma característica para cada individuo.

Mirsky (en Kolb L., 1981) apoya la idea de que existen - ciertos determinantes constitucionales para cada desorden psicofisiológico específico.

El Síntoma psicósomático no explica por sí solo la angustia subyacente que lo provocó. Por lo tanto, en cierto modo puede considerarse que el síntoma psicósomático "funcional" es una medida de urgencia que el paciente utiliza para impedir que la angustia lo agobie (Kolb L., 1981).

Como podemos darnos cuenta, las aportaciones del modelo lineal al conocimiento de la enfermedad psicósomática son realmente importantes; sin embargo, es claro que, aunque toma en cuenta factores externos, la enfermedad es siempre concebida dentro del individuo. Por lo tanto el tratamiento también va dirigido a la persona aislada de su contexto. Veamos ahora cuales son las diferencias con el modelo sistémico.

MODELO SISTEMICO

En los años 50 el modelo sistémico comienza a desarrollarse; este modelo surge de un campo de observación diferen-

te, ya que no estudia al enfermo aislado, sino que lo contempla dentro de su contexto significativo, su familia; y a ésta dentro de la sociedad, tomando muy en cuenta el proceso de retroalimentación entre el individuo y su contexto (Haley J., 1981).

Este tipo de enfoque ha sido utilizado por diversos investigadores, entre los que podemos mencionar a Boszormenyi-Nagy y G. Spark, quienes sostienen que los individuos adquieren deudas de lealtad familiar, y que la deslealtad hacia esas deudas se relaciona con malestares físicos - (Boszormenyi-Nagy y Spark 1983).

M. Selvini Palazzoli (1974), reportó acerca del tratamiento de más de 60 niños anorécticos, encontrando la existencia de componentes familiares muy relacionados con el síndrome de anorexia, y cómo éstos podían ser modificados a través de la terapia familiar.

Haley (1981) también trabaja con este enfoque, al igual que Whitaker (Guerin P., 1976), M. Bowen (Guerin P., 1976), y muchos más. Este trabajo se centrará en los estudios de Minuchin y sus cols. (Minuchin, Rosman, y Baker; 1978) - quienes en Filadelfia, realizaron trabajos con niños psicossomáticos, principalmente diabéticos y anorécticos, pero también con otros enfermos psicossomáticos y sus fa-

milias.

En este modelo Minuchin y cols. (1978) propone un movimiento circular entre los miembros de la familia, donde la conducta de uno, afecta la de los otros. Estos autores señalan que cada parte del sistema familiar es organizada y organizadora de las otras partes del sistema, y que la conducta de uno de los miembros es simultáneamente causada y causante de la conducta de los otros. Un principio y un fin sólo se pueden definir arbitrariamente.

El modelo sistémico (Minuchin y cols., 1978) postula dos puntos básicos para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad psicosomática:

- 1.-Ciertos tipos de organización familiar están muy relacionados con el surgimiento y/o el mantenimiento de los síndromes psicosomáticos en los niños.
- 2.-Los síntomas psicosomáticos juegan un papel muy importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

Dentro de este modelo (Minuchin y cols., 1978) la patología se sitúa en el proceso de retroalimentación que se da entre el niño y su familia, ya que se ha demostrado que las interacciones familiares afectan fisiológicamente al niño.

El tratamiento no está diseñado para modificar directamente el síntoma, sino la estructura familiar que lo ha propiciado y mantenido, considerando que al modificar la estructura el síntoma quedará sin función y desaparecerá - (Minuchin y cols., 1978).

Estos autores se dedicaron a trabajar con los enfermos - psicósomáticos porque sus síntomas realmente amenazaban sus vidas y no estaban obteniendo muy buenos resultados con el modelo lineal. Por lo que usando el modelo sistémico se dedicaron a buscar un patrón de funcionamiento - común a todas las familias que padecían este mal. Encontrando que, tanto las familias de diabéticos como de asmáticos clasificados como psicósomáticos por la severidad de la enfermedad y la resistencia al tratamiento, como - las familias de anorécticos, poseían cuatro características que no poseían las demás familias, aún las de los - asmáticos y diabéticos "normales". Estas características son: amalgamamiento, rigidez, sobreprotección, y evitación de conflicto.

Se encontró (Minuchin y cols., 1978) también que en los casos de enfermedad psicósomática primaria, donde existe una disfunción fisiológica, la parte psicósomática está en que los síntomas se exacerban por motivos emocionales. Mientras que en la enfermedad psicósomática secundaria, donde no hay una etiología fisiológica, los conflictos -

emocionales son convertidos directamente en síntomas, como en el caso de la anorexia nervosa.

Después de muchos casos estudiados (Minuchin y cols., - 1978) se llegó a la conclusión de que las características de amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación de conflicto tienen que aparecer juntas para que se dé la enfermedad psicosomática, si falta alguna de ellas no se da.

Otro punto importante sin el cual no se presenta la enfermedad es el involucramiento del niño en el conflicto parental. Esto es considerado por Minuchin y cols. (1978) como la quinta característica. Veamos ahora en qué consisten estas características.

El AMALGAMAMIENTO, se refiere a una necesidad exagerada de proximidad entre los miembros de la familia, así como también a la exagerada intensidad con que sus interacciones se caracterizan. Este patrón afecta a todos los niveles del sistema: familia, subsistemas e individuo. Cuando las familias presentan esta característica, se observa - que un cambio en un miembro del sistema, o la relación - entre dos de ellos, repercute a través de todo el sistema. Un conflicto entre dos personas puede resultar en una serie de alianzas cambiantes debido a que todos los miembros se involucran. La comunicación directa entre dos per-

sonas, miembros de la familia, se bloquea porque un tercero se encarga de transmitir los mensajes. En cuanto a los límites, éstos son débiles y se cruzan fácilmente, lo que propicia que uno o varios hijos actúen parentalmente hacia sus propios padres o hermanos; también que sean un padre y un hijo quienes tomen las decisiones de la familia etc. A nivel personal, la diferenciación entre los miembros de la familia es pobre y el individuo se pierde en el sistema, ya que las fronteras que definen la autonomía de cada individuo casi no existen, siendo casi imposible funcionar en forma individual diferenciada. No existe la privacidad, incluso en los pensamientos y sentimientos de uno se entrometen los otros, dando como resultado percepciones poco diferenciadas de uno mismo y de los demás (Minuchin y cols., 1978, pág. 30).

Respecto a la SOBREPOTECCION se propone que entre los miembros de la familia hay un alto grado de preocupación por el bienestar de los otros. Las respuestas de crianza y protección se utilizan constantemente. Como se puede suponer, el exceso de protección retarda en los hijos el desarrollo de autonomía, competencia, y la realización de actividades fuera de la seguridad familiar. Para un niño criado donde la preocupación por el bienestar de los otros se valora ampliamente, la experiencia de proteger a la familia, usando los síntomas, puede ser un reforza-

dor muy importante para el mantenimiento de su enfermedad (Minuchin y cols., 1978, pág. 31).

En cuanto a la RIGIDEZ, supone que la familia con esta característica está decidida a mantener el status quo. En periodos de crecimiento o de cambio, experimentan gran dificultad, e insisten en mantener los métodos de acción acostumbrados. Respecto a autonomía individual, no permiten siquiera que se exploren posibilidades que podrían llevar a una negociación en ese punto. Consideran que su único problema es la enfermedad del niño; no aceptan que la familia tenga necesidad de cambiar. Su umbral para el conflicto es muy bajo, y casi cualquier evento puede terminar en enfermedad por lo disfuncional de los mecanismos de enfrentamiento (Minuchin y cols., 1978, pág. 31).

En el caso de la EVITACION DE CONFLICTO, la familia evita negociar o resolver los problemas y prefieren ignorarlos que discutirlos. Cada familia según su idiosincracia dicta las formas en que la evitación se llevará a cabo. Generalmente uno de los esposos es el evitador, y cuando el otro saca a la luz áreas de dificultad, el evitador ve la manera de desviar la confrontación, ya que ésta puede llevar a admitir la existencia de un conflicto, y a su negociación. Estas familias invierten mucha energía en concenso y armonía. Pueden darse desacuerdos abiertos, -

pero cuando esto ocurre, vemos cómo otros miembros intervienen, logrando cambios de tema que evitan llegar al punto conflictivo antes de que éste se haga evidente. Los miembros de la familia rápidamente se movilizan para mantener un umbral manejable de conflicto, cosa que logran a través de maniobras distractoras que hacen que el problema permanezca en un nivel difuso (Minuchin y cols., 1978, ag. 32).

Estas son las cuatro características estructurales disfuncionales encontradas en las familias psicósomáticas; pero estos puntos, aunque inducen al estrés a niños vulnerables no explican la etiología y el mantenimiento del síntoma. La explicación la encontraron Minuchin y sus cols. (1978) en la retroalimentación circular, donde además de estas cuatro características, nos encontramos con el involucramiento del niño en el conflicto parental, y la importancia de su síntoma en la homeostasis familiar, ya que éste se vuelve el regulador de la familia. El niño sintomático puede ser involucrado en el conflicto parental para evitar el conflicto de varias maneras. Minuchin (1985) menciona tres: triangulación, coalición padre-hijo y desviación de conflicto. Respecto a la TRIANGULACION, propone que cuando este patrón se da, el niño es puesto en una posición en que no puede expresarse sin tomar partido por uno de los padres en contra del otro. En cuanto

a la COALICION PADRE-HIJO, el niño tiende a formar una -
coalición estable con uno de los padres en contra del o-
tro. En su caso la DESVIACION DE CONFLICTO propone que, -
cuando esto ocurre, la diada marital se encuentra osten-
siblemente unida. Los padres sumergen su conflicto y mues-
tran una postura de protección o de inculpamiento hacia
su hijo, el cual es definido como su único problema. Los
padres oscilan entre su preocupación por el niño enfermo
y su desesperación por la carga que les impone al no tra-
tar de ayudarse. En la mayoría de los casos, la preocupa-
ción absorbe a la pareja, de manera que todos los sínto-
mas de rivalidad marital, y aun de diferencias menores,
son suprimidos (Minuchin y cols., 1978)

Dentro del enfoque lineal, el modelo médico ha dejado -
claramente establecido por medio de análisis de laborato-
rio y de observaciones de órganos parcialmente expuestos,
que las emociones pueden influir en el funcionamiento y
la disfunción de los órganos. Por su parte, el modelo -
psicodinámico propone que las respuestas psicofisiológi-
cas pueden entenderse como perturbaciones inapropiadas -
de las reacciones orgánicas que han servido para adaptarse
o protegerse anteriormente.

En su caso, el modelo sistémico amplía el campo de obser-
vación estudiando al enfermo en interacción con su fami-

lia, y presta mucha atención a la retroalimentación que se da entre éstos, ya que la conducta de uno es causada y - causativa de la conducta de los demás. Este modelo sitúa la patología no en la persona sino en las relaciones; por lo que el tratamiento está diseñado para modificar la estructura familiar, o sea, sus interacciones, con lo cual el síntoma quedará sin función e idealmente desaparecerá. Este modelo propone cuatro características familiares - que, dándose en conjunto propician la somatización; estas características son amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación de conflicto, las cuales, unidas al involucramiento de uno de los hijos en el conflicto parental originan, exacerbaban y/o mantienen la enfermedad.

Ambos modelos son valiosos y no son excluyentes, por lo que, utilizándolos unidos, se puede lograr éxito en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades psicósomáticas.

Como hemos visto, la familia psicósomática posee ciertas características que dan origen y/o mantienen la enfermedad. Por su parte, la familia crónica desarrolla también algunas características peculiares que la hacen disfuncional, impidiendo el desarrollo adecuado de sus miembros, como veremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO VI

ENFERMEDAD CRONICA O TERMINAL

La enfermedad crónica es definida por el diccionario Webster's Ninth New Collegiate, 1988, pág.239) de la siguiente forma: "del griego Chronos, tiempo. Se dice de una enfermedad que dura mucho tiempo o es recurrente".

Eustace R. (1987, pág. 43) afirma que ésta se define por "una característica inquebrantable, no se cura nunca" Ahora bien, veamos cuales son las características generales (Anderson D. 1977) de una enfermedad de este tipo:

- 1.- "Generalmente su inicio es gradual.
- 2.- Es de duración indefinida.
- 3.- Puede desarrollarse de manera insidiosa.
- 4.- Puede instalarse por un muy largo periodo.
- 5.- Puede ser episódica.
- 6.- Puede haber mucho sufrimiento y dolor por mucho tiempo, o cuando menos periodicamente.
- 7.- La remisión o la muerte pueden no ocurrir en un período muy largo.
- 8.- El gasto económico puede ser astronómico.
- 9.- Hay una amenaza constante o intermitente de invalidez permanente o de muerte".

Como podemos apreciar, la aparición de una enfermedad crónica o terminal dentro de una familia constituye un cambio radical tanto en su interior como en su entorno. En su interior provoca mucho sufrimiento a todos sus miembros. Tal vez las capacidades del enfermo se vean disminuídas, su tratamiento se torne muy oneroso, complicado y doloroso. La enfermedad afectará a la familia según sus propias características, el lugar que el enfermo ocupe en la familia, y la etapa de ciclo vital en la que ésta se encuentre (Robles de Fabre, 1986). Si la familia se encuentra en una etapa de cambio, donde se están buscando nuevos patrones de interacción puede ser que éstos no lleguen a darse, manteniendo a la familia en una etapa anterior, lo que es perjudicial para sus miembros ya que detiene su crecimiento (Penn P., 1983). La familia también se verá afectada de manera diferente si la enfermedad se presenta en forma abrupta o progresiva. Si es progresiva hay más tiempo para acostumbrarse a la idea, así como para adaptar la estructura familiar, cambiando la distribución de roles, echando a andar mecanismos de solución de problemas etc. Cuando se presenta en forma abrupta se tienen que lograr los mismos ajustes pero en un mínimo de tiempo, lo que produce mucha tensión (Anderson D., 1977).

Otro punto importante que hay que tomar en consideración para entender cómo se verá afectada la familia, es cuan-

do la enfermedad se presenta de manera episódica, ya que para este tipo de problema se requiere una estructura muy flexible para poder estar cambiándola, de normal a estructura en crisis. Cuando una familia se ve afectada por un mal de este género hay repercusiones emocionales en todos los subsistemas; el conyugal, el parental, y el fraterno. Las repercusiones emocionales en el subsistema parental se ha observado que muy frecuentemente son las siguientes: en la mayoría de los casos el padre se convierte sólo en el proveedor, la madre en la encargada absoluta del cuidado del niño enfermo; ésto hace que ella se alíe con el hijo y el médico, por lo que el padre se siente relegado, abrigando sentimientos de hostilidad, soledad y culpa (Velasco de la Parra, 1974). En el sistema conyugal ocurre que, la relación de la pareja disminuye notablemente, sus paseos, sus reuniones con amigos, su relación con el exterior en general, se hace casi nula ocasionando graves fricciones entre ellos. Se ha observado que después de que el paciente muere, alrededor del 5% de los padres se divorcia, el 18% se separa, y el 70% tiene graves problemas conyugales (Dávila S., 1983). En cuanto a las repercusiones en el sistema fraterno, éstas serán diferentes según las edades y etapas de desarrollo emocional en la que se encuentren los hermanos, los pequeños lo que más resienten es la ausencia de la madre. Los preescolares perciben los cambios como un rechazo hacia

ellos, lo que puede ocasionar conductas regresivas. Los niños en edad escolar reaccionan con resentimiento, hostilidad y coraje, y es muy probable que se presenten problemas escolares, inhibición, retraimiento, fantasías diurnas o síntomas psicossomáticos. Los hijos mayores son los que asumen el rol parental (Davila S., 1983). La muerte del niño puede crear sentimientos de culpa, rechazo, miedo, ansiedad de separación, enuresis, miedo a la muerte y sentimientos de hostilidad hacia los padres por su "incapacidad" de cuidar al niño enfermo (Davila S., 1983). La familia atacada por este mal, puede, conforme pasa el tiempo, volverse muy rígida e impedir que haya límites individuales. No quiere que nada se mueva, no permite que se dé ningún cambio, centrándose en ella misma y evitando al máximo cualquier intercambio con el exterior; al mismo tiempo fomenta una fusión entre sus miembros. Cualquier intento de separación es sentido como una sentencia de muerte, tanto para el enfermo como para toda la familia; y el resultado de esta conducta es un bloqueo de la evolución del ciclo vital (Socorsi, Lombardi, y Rubini 1987).

En resumen, las características de la familia con enfermo crónico o terminal son las siguientes: los límites en el interior de la familia se diluyen permitiendo que el enfermo se vuelva central, es decir, que todo gire en función de él. Se modifican las jerarquías, pasando el niño

a ocupar un lugar superior al de los padres. El subsistema conyugal pierde importancia frente al parental. Cuando el tratamiento es complicado y costoso, el miembro de la familia que atiende al paciente se sobrecarga de trabajo, dejando de interactuar casi de manera total con el resto de la familia. El otro padre se vuelve sólo proveedor, por lo que ambos padres se convierten en periféricos al sistema, quedando el resto de los hijos desatendidos tanto física como emocionalmente. Alguno de los hijos toma el lugar del miembro sobrecargado. Cuando uno de los padres es el enfermo, toma la función de hijo y alguno de los hijos la de padre. Generalmente su compañero se convierte en su cuidador. Se empiezan a dar conductas disfuncionales en los otros miembros, especialmente en los hermanos; en general, se agravan las conductas disfuncionales ya existentes. En algunos casos la familia se une y sus problemas anteriores pasan a segundo término. Cuando la familia es flexible puede enfrentar la enfermedad y el tratamiento con mejores posibilidades para todos sus miembros que si es rígida. La familia rígida puede llegar incluso a la desintegración (Robles de Fabre, 1987).

Hablamos de funcionalidad y disfuncionalidad familiar, - pero muchas veces no tenemos una idea muy precisa de lo que implican estos conceptos; veamos si lo expuesto en - el capítulo siguiente los aclara un poco.

CAPITULO VII

FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la que permite que los miembros de una familia se desarrollen y crezcan en condiciones óptimas, permitiéndoles entrar y salir del sistema - sin obstáculos (López y Díaz, 1985).

Minuchin y cols. (1978), refiriéndose a la disfuncionalidad familiar, mencionan dos características indispensables que la familia debe tener para criar hijos con identidad propia; estas características son autonomía y sentido de pertenencia. Es dentro de la familia que los niños desarrollan este sentido de ellos mismos como individuos autónomos, pero que pertenecen a un grupo y pueden depender de él. Por lo tanto la forma en que la familia funciona tiene implicaciones enormes para el desarrollo individual, ya que los patrones transaccionales del grupo forman la matriz para el crecimiento psicológico. Existen muchos patrones compatibles con el desarrollo saludable de los miembros, aún cuando entre ellos difieran ampliamente en cuanto a su sistema de valores, patrones de crianza de los hijos, su organización del espacio, del tiempo, y de la distribución de roles (Minuchin y cols. 1978).

Cada escuela de terapia familiar tiene su visión de lo que es funcionalidad y disfuncionalidad. Como este trabajo está basado en la terapia estructural de Salvador Minuchin, nos centraremos en su punto de vista. Así, Minuchin y cols. (1978) proponen que una familia normal es aquella que no carece de problemas, sino que constantemente está negociándolos para lograr una vida en común. El modelo - propuesto por esta escuela para evaluar la salud de la familia, define a la estructura familiar como un sistema - abierto sociocultural en transformación. El sistema se - considera funcional cuando los límites son claros y flexibles dentro del sistema, y entre éste y su medio ambiente, cuando la jerarquía entre los subsistemas es la adecuada y cuando hay la suficiente flexibilidad como para que - exista autonomía e interdependencia entre sus miembros. Un sistema es disfuncional (Minuchin S., 1985) cuando los límites son permeables en exceso, dando como resultado una familia amalgamada, donde la diferenciación entre sus miembros es muy leve; o bien, donde los límites son muy rígidos, lo que resulta en una familia desligada donde prevalece el aislamiento individual y la falta de apoyo entre sus miembros.

También se observa disfuncionalidad (Minuchin S. 1985), cuando el funcionamiento de los subsistemas no es el apropiado, debido a jerarquías inadecuadas, alianzas o coali-

ciones indebidas, en caso de involucramiento de uno de los miembros para evitar el conflicto, y cuando la estructura origina o mantiene el síntoma.

Como hemos visto a lo largo de lo expuesto en los capítulos anteriores, la terapia familiar es un enfoque muy reciente, especialmente en México, razón por la cual la investigación en este campo es muy necesaria para conocer los alcances y las limitaciones de estas propuestas. El estudiar a la familia en su totalidad y en interacción frente al terapeuta, es una técnica que representa muchas ventajas, siendo una de ellas la objetividad, ya que no se deduce lo que ocurre, sino que se ve; ésto hace que el diagnóstico sea mucho más objetivo y que el tratamiento se oriente hacia las conductas disfuncionales observadas por el terapeuta. Para lograr lo anterior, es de gran utilidad un mapa que nos ayude a ver gráficamente cuál es la situación de la familia, cuáles son sus áreas disfuncionales; y que nos permita hacer hipótesis acerca del diagnóstico y el tratamiento.

En cuanto a la enfermedad psicósomática, el enfoque lineal ha hecho grandes aportaciones tanto por medio del modelo médico como del psicodinámico, pero no ha tomado en cuenta el contexto del paciente para su tratamiento.

Minuchin y cols. (1978) utilizando el enfoque sistémico, y después de trabajar muchos años con enfermos psicósomáticos y con sus familias, encuentran cuatro características familiares que si se presentan juntas propician la somatización. Estas características son amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación de conflicto. Estos hallazgos fueron hechos en Estados Unidos. Aquí en México, M. Pardo (1984) llevó a cabo una investigación con familias mexicanas, y encontró que las psicósomáticas compartían con las no psicósomáticas, tres de las características encontradas por Minuchin, éstas eran amalgamamiento, sobreprotección y rigidez, debido probablemente a la idiosincracia del mexicano, pero la cuarta característica, evitación de conflicto, se encontraba con mayor frecuencia en las familias con enfermo psicósomático. Basada en este estudio M. López Díaz (1985), construyó un instrumento para medir diferentes niveles de evitación de conflicto, y lo aplicó a familias asmáticas, tanto psicósomáticas como no psicósomáticas, encontrando que, en las familias con enfermo psicósomático, los niveles de evitación de conflicto eran significativamente más altos que en el grupo de las familias con enfermo no psicósomático.

Es muy importante aportar evidencia sobre este punto, ya que si por medio del instrumento elaborado por López Díaz (1985), el "Cuestionario para detectar diferentes niveles

de evitación de conflicto en la familia psicósomática" se puede discriminar un enfermo psicósomático de otro que no lo es, basándose en esta característica familiar, sería muy valioso porque se podría aplicar a enfermos que se sospeche que son psicósomáticos, y así canalizarlos prontamente al tratamiento adecuado. Esto ahorraría al paciente sufrimientos, limitaciones etc., y a la familia, además de evitarle muchos gastos, le ayudaría a superar este problema que la detiene en su crecimiento y que además es fuente de resentimiento, porque al no resolver sus conflictos éstos quedan latentes afectando conductas futuras. Al médico le ahorra frustración y pérdida de tiempo; y a la institución una gran erogación económica.

Además de las ventajas arriba mencionadas, es importante tener en mente la terapia familiar sistémica como una opción más de tratamiento.

Ahora pasaremos a la parte metodológica, donde se investigarán los niveles de evitación de conflicto en dos grupos de enfermos, uno crónico y el otro psicósomático.

METODO

8.1 Problema de Investigación.

Se ha señalado en trabajos anteriores (Pardo M., 1984) y (López Díaz M., 1985) que la característica familiar evitación de conflicto, se encuentra presente en niveles más altos en las familias psicósomáticas que en las demás familias. Considero que, debido al incremento de enfermedades psicósomáticas, y al tratamiento poco adecuado que con frecuencia reciben, es importante aportar evidencia acerca de si esta característica familiar realmente influye, en el desarrollo y/o mantenimiento de este tipo de enfermedad.

8.2 Objetivo General.

Averiguar los niveles a los que se encuentra la característica familiar evitación de conflicto en dos grupos de familias, utilizando el "Cuestionario para detectar diferentes niveles de evitación de conflicto en la familia psicósomática.

8.3 Objetivos Específicos.

- Identificar a las familias con enfermo psicossomático y a las familias con enfermo crónico, a través de su diagnóstico clínico.
- Comparar los dos grupos de familias con respecto a la característica familiar evitación de conflicto, por medio del "Cuestionario para detectar diferentes niveles de evitación de conflicto en la familia psicossomática. (López Díaz M., 1985).

8.4 Hipótesis.

- H_1 Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático puntuarán más alto en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.
- H_0 Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático no puntuarán más alto en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.
- H_{a1} Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático puntuarán más bajo en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.
- H_0 Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático

co no puntuarán más bajo en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.

H_{0.1} Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático puntuarán igual en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.

H₀ Las respuestas de las familias con enfermo psicossomático no puntuarán igual en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.

8.5 Definición de Términos.

Evitación de conflicto; para definir esta característica se tomaron en cuenta los mecanismos que con más frecuencia utiliza la familia (López Díaz M., 1985), estos son:

- señalar a alguien como responsable de los problemas,
- hacer cambios de tema en la conversación,
- desviar la conversación,
- distraer o interrumpir,
- negar o minimizar la existencia de problemas,
- hablar de los problemas con poca seriedad, esto es, -
riéndose o bromeando,
- Abstenerse de participar en la solución de los problemas,
- Amenazar con dejar el cuarto si se habla de problemas

de la familia (López Díaz M. 1985).

Enfermedad Psicosomática; el DSM III (1983) la denomina como Factores Psicológicos que afectan el Estado Físico, y señala la contribución de los factores psicológicos en la iniciación o exacerbación de una enfermedad física. - Operacionalmente, podemos definir enfermedad psicosomática (López Díaz M. 1985) como una enfermedad que llama la atención por su severidad y por la resistencia al tratamiento médico. Se puede medir por la frecuencia de las siguientes circunstancias

- número de hospitalizaciones en un período de tiempo, - Minuchin y cols. (1978) mencionan un año,
- número de crisis,
- inasistencias a la escuela o trabajo,
- número de visitas al médico,
- tipo de medicamentos empleados.

Enfermedad Crónica; se define según Eustace R. (1987) como una enfermedad con una característica inmodificable, no se cura nunca.

Sus características (Anderson D., 1977) son:

- generalmente su inicio es gradual,
- puede desarrollarse de manera insidiosa,
- puede ser episódica,
- puede haber mucho sufrimiento y dolor por mucho tiempo

- o periódicamente.
- la remisión o la muerte pueden no ocurrir en un período muy largo de tiempo,
 - hay una amenaza constante o intermitente de invalidez permanente o de muerte,
 - el gasto económico puede ser enorme.

8.6 Definición de la Población.

La población está constituida por pacientes crónicos del Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México, de pacientes psicósomáticos y crónicos del Instituto Nacional de Pediatría, y de consultorio particular.

8.7 Definición de Sujetos.

Se obtuvo una muestra de 21 familias, 11 de ellas con enfermo crónico y 10 con enfermo psicósomático. La muestra fue tomada de la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría (4 casos); del Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México (9 casos); de consultorio particular (8 casos). Las edades de los pacientes fluctuaron entre 3 y 38 años. Todas las familias habitaban en el Distrito Federal. Las ocupaciones de los pacientes son: 17 estudiantes, 1 secretaria, 1 contador público, 1 taxista, 1 dedicada al hogar. En el grupo de

los psicósomáticos se registraron tres casos de asma, dos de alergia, 2 de neurodermatitis, uno de obesidad, uno de anorexia nervosa y uno de migraña. Dentro de las enfermedades crónicas se encontraron nueve casos de deficiencia mental, uno de alcoholismo y uno de sordera.

8.8 Definición de Instrumento.

Se utilizó el "Cuestionario para Detectar Diferentes Niveles de Evitación de Conflicto en la Familia Psicósomática", elaborado por López Díaz (1985).

Este cuestionario consta de 30 reactivos, 10 miden evitación de conflicto, 10 enfrentamiento al conflicto, y 10 son distractores. Solo se pueden obtener dos tipos de respuesta, CIERTO y FALSO. En los reactivos que miden evitación de conflicto una respuesta de CIERTO, tiene valor de 2 puntos. Una respuesta de FALSO, tiene valor de 1 punto. En los reactivos que miden enfrentamiento al conflicto se puntúa con 2 una respuesta de FALSO, y con 1, una respuesta de CIERTO. Los reactivos distractores tienen valor de 0 en ambas respuestas.

8.9 Validez de la Prueba.

Inicialmente (López Díaz M., 1985) se elaboraron 90 reac-

tivos, 45 de ellos eran afirmaciones favorables al objeto medido, o sea , la evitación de conflicto, y 45 eran afirmaciones desfavorables al mismo punto; estos últimos medían enfrentamiento al conflicto.

Para redactar los reactivos se tomaron como base los mecanismos que la familia utiliza para evitar el conflicto (López Díaz M., 1985). Estos mecanismos son:

- hacer cambios de tema,
- desviar la conversación,
- señalar a alguien como responsable de los problemas,
- distraer o interrumpir,
- hablar de los problemas con poca seriedad, utilizando bromas y risas,
- negar o minimizar los problemas,
- abstenerse de participar en la solución de problemas,
- amenazar con dejar la habitación si alguien habla de problemas de la familia.

Una vez elaborado el cuestionario inicial, se seleccionaron 12 jueces para que calificaran objetivamente la favorabilidad o desfavorabilidad de cada reactivo. Estos jueces fueron calificados terapeutas familiares, expertos en la teoría estructural sistémica. Para seleccionar los reactivos ya calificados por los jueces se aplicaron dos criterios, 1) la media aritmética, y 2) el grado de dis-

persión de cada reactivo. Se prefirió el de menor variabilidad, la media aritmética de cada reactivo.

Para la selección de reactivos se utilizaron los siguientes pasos:

- 1.- Se dieron cinco alternativas: nada, algo, medianamente, bastante, totalmente; recibiendo las calificaciones de 1, 2, 3, 4 y 5. La dirección de los reactivos dependía de si éstos eran favorables o desfavorables.
- 2.- A las omisiones se les dió valor de 2.
- 3.- Se obtuvo la media aritmética de cada reactivo.
- 4.- El criterio para seleccionar los 20 reactivos finales, 10 de los cuales serían favorables y 10 desfavorables hacia la evitación de conflicto, fue el de hacer definitivos los 20 de mayor media aritmética.
- 5.- Añadir 10 reactivos distractores tomados de la "Escala del Medio-Ambiente Familiar" de Rodolfo H. Moss - en (López Díaz M., 1985). Esta escala consta de 90 reactivos, de los cuales se escogieron 10 que tuvieron relación con el ambiente cultural de nuestro país, y por la sencillez de su redacción.

8.10 Definición de Personal.

El cuestionario fue aplicado, calificado e interpretado

por la autora del presente trabajo.

8.11 Diseño de Investigación.

Se utilizó un estudio correlacional en el cual se pretende (Matheson, Bruce, y Beauchamp, 1983) "determinar el grado de relación que existe entre dos o más variables. Por lo menos una variable, y generalmente ambas permanecen libres de todo control por parte del experimentador. Estas variables no controladas pueden ser de tipo orgánico" (pág. 116). En el presente estudio se están relacionando las variables, evitación de conflicto y los diagnósticos psicossomático o crónico, otorgados a cada una de las personas del grupo de enfermos.

8.12 Variable Independiente.

La variable independiente, es el "Cuestionario para Detectar Diferentes Niveles de Evitación de Conflicto en la Familia Psicossomática" (López Díaz M., 1985).

8.13 Variable Dependiente.

La variable dependiente son los puntajes altos y bajos - resultado de la medición de la característica familiar, evitación de conflicto, y su posible relación con los -

diagnósticos referidos para cada una de las familias.

8.14 Variables Controladas.

Una misma persona aplicó y calificó los cuestionarios.

8.15 Condiciones Experimentales.

En el Instituto Nacional de Pediatría, el cuestionario - fue aplicado en un cubículo de $3m^2 \times 3m^2$, bien iluminado. El mobiliario consta de una cantidad variable de sillas, un pequeño escritorio, un armario, una televisión, y una videocasetera. La persona que respondió el cuestionario estaba sentada en una de las sillas del cubículo; tenía la posibilidad de preguntar en caso de duda sobre alguno de los reactivos. Aplicó una sola persona; no hubo interrupciones.

En el Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México, la persona que contestó el cuestionario se encontraba sentada en un cubículo de $2.50m^2 \times 1.50m^2$, cuyo mobiliario consta de un escritorio y dos sillas. El cuarto estaba bien iluminado, y la persona tenía la posibilidad de preguntar en caso de no entender alguno de los reactivos. No se presentaron interrupciones; aplicó la misma persona en todos los casos.

En cuanto al consultorio particular, es un cubículo de 4m x 4m , amueblado con tres sillones, uno de tres plazas, uno de dos plazas, y otro de una plaza; hay tres lámparas, así como un pequeño librero. Está bien iluminado y ventilado. La persona que respondió al cuestionario, se encontraba cómodamente sentada; tenía la posibilidad de preguntar en caso de duda. Aplicó la misma persona, y no hubo ninguna interrupción.

8.16 Procedimiento.

1.- Se seleccionaron los sujetos, identificando a un grupo de familias como psicósomáticas y a otro como crónicas.

2.- Se identificó a las familias como psicósomáticas por la severidad de su síntoma, esto es, por la frecuencia de hospitalizaciones, visitas al médico, ausencias a la escuela o al trabajo, tipo de medicamentos empleados y resistencia al tratamiento médico.

Las familias que se identificaron como crónicas, fue debido a que su enfermedad no tiene curación y se instala en el sujeto por el resto de su vida.

3.- Se aplicaron los cuestionarios; en la mayoría de los

casos, (18) fueron contestados por la madre del paciente, en (2) por la esposa, y en (1) por el paciente mismo.

4.- Se calificaron todos los cuestionarios.

5.- Se separaron los cuestionarios, ya calificados, pertenecientes a las familias con enfermo psicossomático y los pertenecientes a familias con enfermo crónico.

6.- Se compararon los resultados para ver cuáles arrojan los puntajes más altos.

7.- Se sacaron las medidas de cada población.

8.- Se realizó una prueba f , para verificar si las varianzas de ambas poblaciones se podían suponer iguales, ya que sin esta comprobación la prueba t de student no es confiable.

9.- Se aplicó la prueba t .

10.- Se procedió al análisis de los resultados.

8.17 Análisis Estadístico.

Como se indicó en el punto 8.8, el cuestionario consta de 30 reactivos, 10 de ellos miden evitación de conflicto, 10 enfrentamiento al conflicto y 10 son distractores. Se pueden obtener sólo dos tipos de respuesta, CIERTO y FALSO. Para hacer el análisis estadístico se procedió de la siguiente manera:

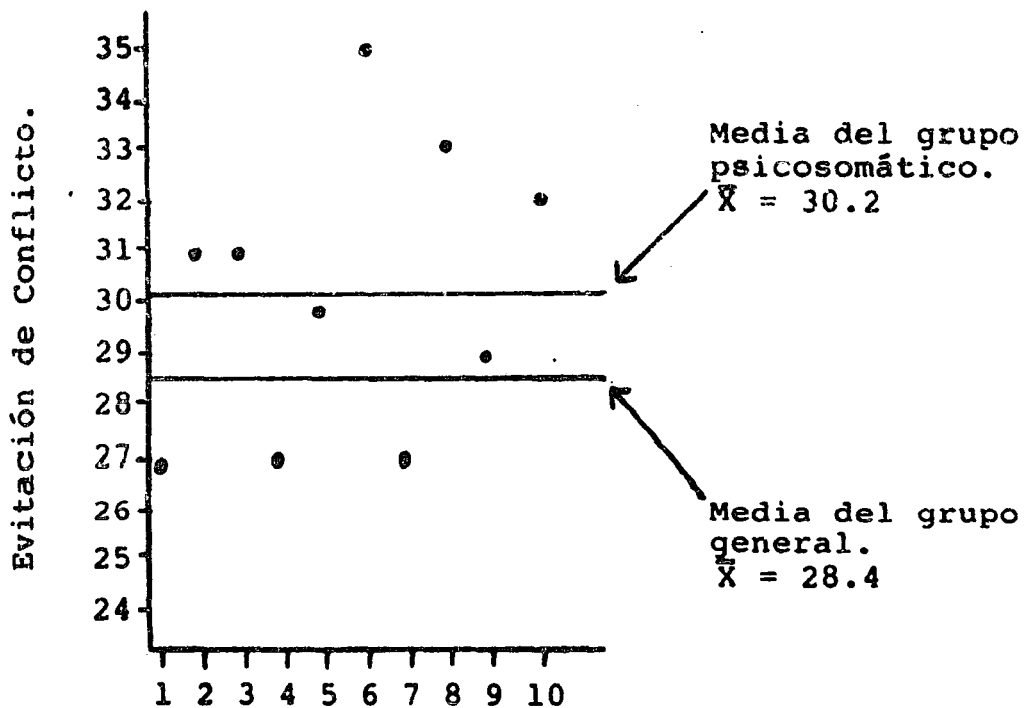
- 1.- A los reactivos distractores se les dió la calificación de 0. Los 10 reactivos que miden evitación de conflicto se calificaron, con 2 las respuestas de CIERTO y con 1 las de FALSO. Los reactivos que miden enfrentamiento al conflicto se calificaron, con 2 las respuestas de FALSO y con 1 las de CIERTO.
- 2.- Los cuestionarios respondidos y calificados se separaron en dos grupos, a) los correspondientes al grupo de los psicósomáticos y b) los correspondientes al grupo de los crónicos.
- 3.- Se obtuvieron las medias de cada uno de los grupos.
- 4.- Se realizó una prueba f, para verificar si las varianzas de ambas poblaciones podían suponerse iguales, ya que sin esta comprobación la prueba t no es confiable.
- 5.- Se aplicó la prueba t de student, para comparar diferencia de medias.

CAPITULO IX

RESULTADOS

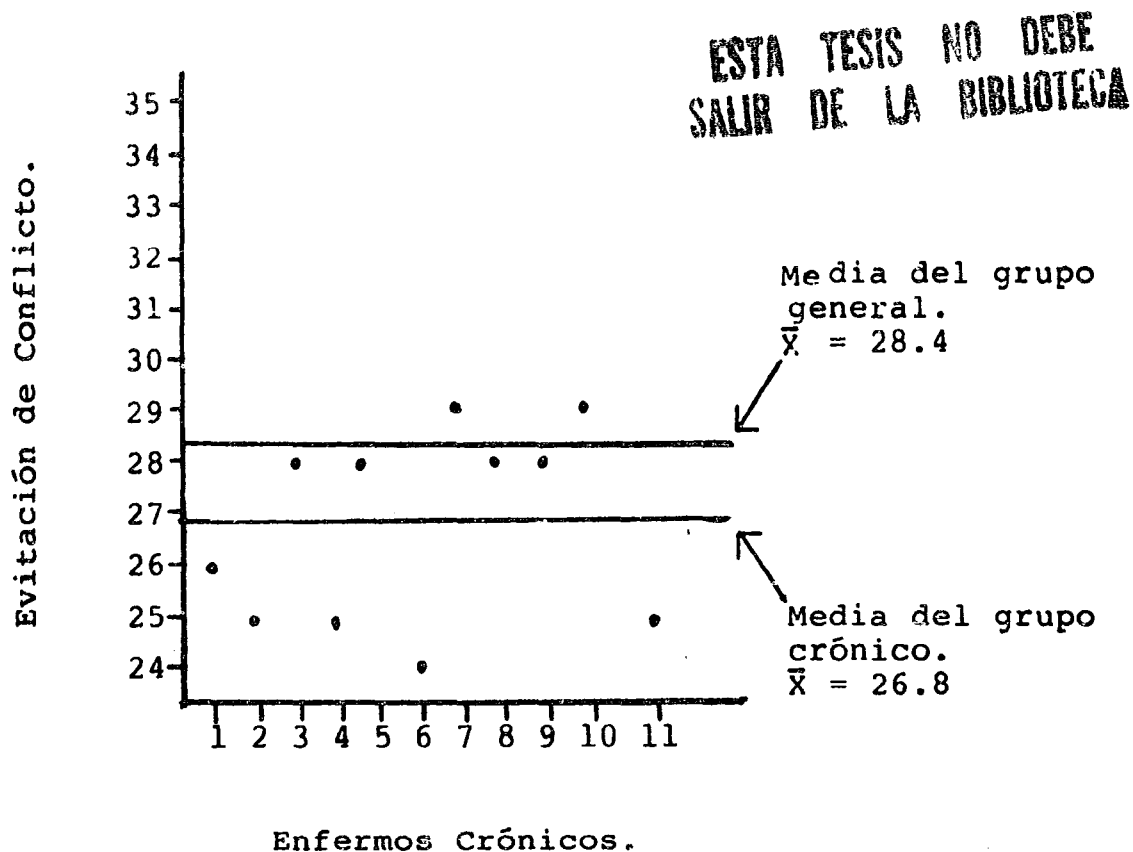
Se encontró que las calificaciones de los grupos en el "Cuestionario para Detectar Diferentes Niveles de Evitación de Conflicto en la Familia Psicósomática" (López Díaz, 1985), fué como sigue: el grupo de psicósomáticos puntuó entre 27 y 35, y el de crónicos entre 24 y 29. La media para el grupo de los psicósomáticos fué de $\bar{X} = 30.2$, y para el grupo de los crónicos de $\bar{X} = 26.8$. La media para el grupo en general fué de $\bar{X} = 28.4$. Todos estos datos se aprecian mejor en el siguiente diagrama de dispersión:

Diagrama de Dispersión.



Enfermos Psicósomáticos.

Diagrama de dispersión.



Habiendo obtenido las puntuaciones de cada individuo en el cuestionario aplicado, podemos ver como se correlacionan con la variable enfermedad, tanto crónica como psicossomática.

Analizando las puntuaciones individuales en el grupo de los enfermos diagnosticados como psicossomáticos, encontramos que, la familia No.1, obtuvo una puntuación de 27, lo que nos indica que, respecto a la media de su grupo, se encuentra 3.2 puntos abajo y 1.4 puntos abajo de la media de todos los enfermos de esta muestra, lo que

nos dice que esta familia no evita el conflicto.

La familia No. 2 puntuó 31, esto es, .8 arriba de la media de su grupo, y 2.6 arriba de la media de todo el grupo, indicándonos que esta familia, sí evita el conflicto.

En la familia No. 3 vemos que su puntuación es de 31, exactamente igual que la familia anterior, por lo que concluimos que también evita el conflicto.

La familia No. 4 alcanzó una puntuación de 27, lo que nos indica, al igual que con la familia No. 1, que no evita el conflicto.

La familia No. 5 puntuó 30, lo que la ubica levemente abajo de la media de su grupo, .2, y por arriba de la media general por 1.6 puntos, lo que con respecto a la muestra estudiada en este trabajo, denota que evita el conflicto.

En la familia No. 6 encontramos un puntaje de 35, ésta es la puntuación más alta de su grupo y del grupo general, está 4.8 puntos arriba de la media de los psicósomáticos, y 6.6 puntos arriba de la media general. Esta es la familia que más evita el conflicto en toda la muestra estudiada.

La familia No. 7, obtuvo una puntuación de 27, igual que

las familias uno y cuatro, mostrándose como no evitadora de conflicto.

La familia No. 8, alcanzó una puntuación de 33, lo que la coloca por arriba de la media de su grupo por 2.8 puntos, y por 4.6 puntos arriba de la media del grupo general. Esta familia ocupa el segundo lugar en evitación de conflicto, rebasada sólo por la familia No. 6.

Podemos observar que la familia No. 9, tiene una puntuación de 29, lo que la sitúa 1.2 puntos abajo de la media de su grupo y .6 arriba de la media general, por lo que podemos decir que sí evita el conflicto.

La familia No. 10 marcó 32 puntos en el cuestionario, indicándonos que está 1.8 arriba de la media de su grupo, y 3.6 arriba de media general.

Dentro del grupo de los crónicos encontramos los siguientes resultados:

La familia No. 1 puntuó 26, levemente por abajo de su media, .8, y 2.4 abajo de la media general. Esta familia no evita el conflicto.

La familia No. 2, tuvo una puntuación de 25, 1.8 por debajo de su muestra, y 3.4 abajo de la media general. Esta

familia no evita el conflicto.

Encontramos que la familia No.3 obtuvo una puntuación de 28, 1.2 arriba de su media, y .4 abajo de la media general lo que nos indica que esta familia no evita el conflicto.

La familia No. 4 puntuó igual que la familia No.2, lo que nos indica que no evita el conflicto.

La familia No. 5 puntuó 28, igual que la familia No. 3 No evita el conflicto.

La familia No. 6 obtuvo la puntuación más baja de todas las familias de la muestra, está 2.8 puntos abajo de su media, y 4.4 puntos abajo de la media general, ésto nos indica que de todas las familias de la muestra, ésta es la que más se enfrenta al conflicto.

La familia No. 8 puntuó 28, igual que la 5 y la 3. No evita el conflicto.

La familia No. 9 puntuó igual que la 8, la 5, y la 3; 28, indicando que no evita el conflicto.

La familia No. 10 tuvo un puntaje de 29, 2.2 puntos arri-

ba de la media de su grupo, y .6 arriba de la media general. Esta familia sí evita el conflicto.

La familia No. 11 obtuvo una puntuación de 25, al igual que la familia No. 2. Esta familia no evita el conflicto.

Analizando los resultados anteriores vemos que la media de los psicósomáticos se ubica 3.4 puntos arriba de la de los crónicos y, basándonos en la media de todos los enfermos, encontramos que el 70% de los psicósomáticos están por arriba de ella, indicando que son evitadores de conflicto, mientras que sólo el 18% de los crónicos evitan el conflicto.

Después de lo anterior aplicamos una prueba t de student para saber si hay una diferencia significativa en los efectos de la evitación de conflicto entre los enfermos psicósomáticos y los crónicos. Para llevar a cabo la prueba t, antes se realizó una prueba f, para verificar si las varianzas de las dos poblaciones podían suponerse iguales; el resultado de esta prueba fué positivo, por lo que se efectuó la prueba t.

De la prueba t, con un nivel de significación de 0.01, y con un número de grados de libertad de 19 (suma del tamaño de la muestra menos 2), a la cual corresponde un nivel

crítico de $t_a = 2.552$, obtuvimos que el valor t para la muestra es de $t = 3.36$, por lo que se concluye que existe una diferencia significativa entre ambos grupos respecto a la evitación de conflicto. Siendo mayor la muestra del grupo psicossomático que la del crónico.

Por los resultados expuestos en este capítulo, podemos observar que la hipótesis de trabajo se acepta, ya que las respuestas de las familias con enfermo psicossomático puntuaron más alto en los cuestionarios que las respuestas de las familias con enfermo crónico.

La hipótesis alternativa uno, se rechaza debido a que las familias con enfermo psicossomático no puntuaron más bajo en los cuestionarios que las familias con enfermo crónico.

La hipótesis alternativa dos, también se rechaza porque las respuestas de las familias con enfermo psicossomático no puntuaron igual que las respuestas de las familias con enfermo crónico.

CAPITULO X

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En Estados Unidos, Minuchin y sus cols. (1978), descubrieron que había cuatro características de funcionamiento familiar, que si se encontraban todas reunidas podía darse o mantenerse la enfermedad psicósomática; estas características son amalgamamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflicto. Ellos postulaban que ninguna de estas características por sí sola era suficiente para producir o mantener una enfermedad psicósomática.

En México M. Pardo (1984) estudió un grupo de 24 familias, todas ellas mexicanas, de las cuales unas eran psicósomáticas y otras no lo eran, encontrando algo bastante diferente a lo encontrado en E. U., esto es, que todas las familias, tanto las psicósomáticas como las no psicósomáticas, presentaban los mismos niveles de amalgamamiento, sobreprotección y rigidez, lo cual puede considerarse como idiosincrático de la cultura mexicana; para entender más claramente esta afirmación, veamos lo que señalan algunos autores respecto a la familia mexicana. Falicov y Karrer (en Pardo M., 1984) afirman que ésta se encuentra enclavada en una extensa red familiar, donde cada miembro tiene responsabilidades hacia los demás, lo cual crea in-

terdependencia grupal y una fuerte identidad familiar; -
ésto tiene la ventaja de proporcionar apoyo y protección
a cada uno de los miembros de esta red, pero a cambio les
exige fidelidad y obediencia, además de limitar considera-
blemente su individualidad, autonomía y autosuficiencia.

Careaga (1984), señala el papel que la sociedad mexicana
da a la mujer de la clase media, aunque otros autores, co-
mo Octavio Paz (1969), consideran que con ciertas varian-
tes, es el mismo en todas las clases sociales. En México,
la mujer es educada para casarse, se le permite ir a la
escuela y tener amigas, pero su verdadero fin es casarse;
ya que lo logra, su vida gira totalmente en función del
matrimonio, su esposo, su casa. Pero ahora, su marido se
encuentra muy ocupado con su carrera hacia el éxito, por
lo que ya no le presta la atención que antes le prestaba,
y como no tiene suficiente trabajo en la casa, no se le
permite trabajar o tener amigas, se acerca cada vez más
a su familia de origen, ya que ésta es prácticamente la
única opción que le es permitida. Su vida empieza a tener
sentido con la llegada de los hijos, y se dedica a alimen-
tarlos, educarlos, a defenderlos de los demás, etc., en
una palabra, se realiza a través de ellos. Pero cuando -
estos hijos quieren ejercer su voluntad individual, la ma-
dre se siente en peligro, ya que sin ellos, ¿cuál es el
sentido de su vida?, ¿para qué va a vivir?, por lo que -

emplea diversos medios, como el chantaje sentimental, para regresarlos al seno materno. Según el mismo autor (1984), los hijos criados en este ambiente no se forman como seres humanos con alternativas, sino que son personajes rígidos, apáticos y conformistas. Al hijo varón le costará mucho trabajo convertirse en un adulto autónomo, pero a la hija, con tantas limitaciones, le queda sólo la posibilidad de repetir el patrón de su madre, lo cual, a su vez, perpetuará el esquema. Esto explica por qué se afirma que las características de amalgamamiento, sobreprotección y rigidez sean idiosincráticas de nuestra cultura.

En cuanto a la característica de evitación de conflicto, M. Pardo (1984) encontró que las familias mexicanas psicósomáticas presentan niveles más altos que las no psicósomáticas.

Basada en este estudio, M. López Díaz, (1985) construyó un instrumento que mide diferentes niveles de evitación de conflicto, y lo aplicó a 70 madres de niños asmáticos, psicósomáticos y no psicósomáticos, encontrando que las respuestas de las madres con hijos psicósomáticos puntuaban más alto que las de las madres con hijos no psicósomáticos. Ella estudió sólo a niños pequeños y limitó las respuestas de los cuestionarios a las madres de éstos.

En el presente estudio se tomó como sujetos de la muestra tanto a niños como adultos, ya que una enfermedad psicossomática se puede desarrollar a cualquier edad. No se limitó la respuesta de los cuestionarios sólo a las madres, porque, según el enfoque de terapia familiar sistémica no hay un enfermo, sino que todo el sistema está enfermo, se habla de la familia psicossomática no de un paciente y su familia como dos entidades separadas, por lo que no importaba quién contestara el cuestionario, siempre y cuando fuera miembro de un sistema familiar en el que existiera un miembro diagnosticado como psicossomático, o como crónico. Por otro lado, se incluyó cualquier tipo de enfermedad psicossomática, ya que en los dos estudios anteriores a los que hago referencia, sólo se habían estudiado asmáticos, con lo que podría pensarse que hubiera algún tipo de relación entre el asma y la evitación de conflicto. Incluyendo diferentes enfermedades psicossomáticas la prueba se puede considerar más válida para la enfermedad psicossomática en general. El objeto de comparar a un grupo de enfermos psicossomáticos con un grupo de enfermos crónicos y sus familias, fué el establecer si esta característica no aparece también en niveles altos en el grupo de los crónicos, por lo que, en caso de que así fuera, la aplicación del cuestionario aplicado en este trabajo, no tendría ningún valor, ya que la característica que nos interesa no se distinguiría por aparecer fundamentalmente

en la población psicosomática.

Los resultados, a pesar de las diferencias con los estudios antes mencionados, fueron muy similares, encontrándose una diferencia significativa entre el grupo de psicosomáticos y de crónicos en cuanto a la variable evitación de conflicto; ésto, a pesar de que todos los pacientes psicosomáticos estaban en terapia, aunque algunos de ellos habían asistido a muy pocas sesiones, y de los pacientes crónicos sólo uno estaba en terapia, y otro había estado meses atrás.

De lo anterior se puede concluir que esta característica de funcionamiento familiar, evitación de conflicto, está presente en los casos de enfermedad psicosomática, por lo que sería muy importante la aplicación de esta prueba cuando la enfermedad que se está tratando presente una inexplicable frecuencia de recaídas, de hospitalizaciones, o una clara resistencia al tratamiento. Al diagnosticar tempranamente una enfermedad como psicosomática, en caso de que lo sea, se puede dar el tratamiento adecuado evitando - que ésta se instale como crónica, limitando considerablemente al paciente y a su familia.

La limitación principal del estudio es el tamaño de la muestra, ya que una población de 21 familias es muy pe-

queña en relación a la gran población de familias que se encuentran aquejadas, tanto por males crónicos, como psicósomáticos.

Se recomienda que esta prueba sea aplicada a poblaciones mucho más amplias, para comprobar si los resultados continúan siendo los mismos, lo cual aportaría evidencia sobre si la característica de funcionamiento familiar, evitación de conflicto, realmente está relacionada con el origen o mantenimiento de la enfermedad psicósomática.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ajurriaguerra, J., Marcelli, D. Manual de Psicopatología del Niño. (Barcelona: Toray-Masson 1982).
- 2.- American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III - (Barcelona: Masson S.A. 1983).
- 3.- Anderson, D., Living with a Chronic Illness Hazelden Foundation, California 1986).
- 4.- Andolfi, M., Terapia Familiar (Buenos Aires: Paidós 1987).
- 5.- Bateson, G., Steps to An Ecology of Mind (New York: Ballantine Books 1976).
- 6.- Bertalanffy, L.V., Teoría General de los Sistemas (México: Fondo de Cultura Económica 1979).
- 7.- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G., Lealtades Invisibles (Buenos Aires: Amorrortu 1983).
- 8.- Cameron, N., Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad (México: Trillas 1982).
- 9.- Careaga, G., Mitos y Fantasías de la Clase Media en México: Ed. Oceano 1984).
- 10.- Dávila, S., La Familia del Niño Leucémico (México: Tesis de Maestría UDLA 1983).

- 11.- Ey, H., Bernard, P., Bresset, Ch., Tratado de Psiquiatría (Barcelona: Toray-Masson 1980).
- 12.- Falcón, A.E., Introducción al Análisis Interaccional de la Familia (México: Tesis de Licenciatura, UIA 1981).
- 13.- Guerin, P.J., "The First 25 Years" en Family Therapy (New York: Gardnes Press 1976).
- 14.- Haley, J., Reflections on Therapy (The Family Therapy INstitute of Washington D.C. 1981).
- 15.- Haley, J., Terapia para Resolver Problemas (Buenos Aires: Amorrortu 1984).
- 16.- Haley, J., Terapia No Convencional (Buenos Aires: Amorrortu 1984).
- 17.- Hidalgo, M.L., Noriega, M.A., Técnicas de Terapia Familiar Estructural a través de un Videocassette de Enseñanza (México: Tesis de maestría UDLA 1985).
- 18.- Hoffman, L., Fundamentos de Terapia Familiar (México: Fondo de Cultura Económica 1987).
- 19.- Keey, B., Ross, J., Construcción de Terapias Familiares Sistémicas (Buenos Aires: Amorrortu 1985).
- 20.- Kolb, L., Psiquiatría Clínica Moderna (México: La Prensa Médica Mexicana 1981).
- 21.- Koman, S.L., Stechler, G., "Making the Jump to Systems" en el Handbook of Adolescents and Family Thera-

- py (New York: Gardner Press 1985).
- 22.- López Díaz, M., La Evitación de Conflicto en la Familia Psicósomática Mexicana (México: Tesis de Maestría, UDLA 1985).
 - 23.- Matheson, D., Bruce, R., Beauchamp, K., Psicología Experimental: Diseño y Análisis de Investigación (México: ED. CECSA 1980).
 - 24.- Macías, R., "Notas para la Historia de la Terapia Familiar en México" en Revista de la Asociación de Terapia Familiar A.C. Vol.I No.1, México 1988.
 - 25.- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L., Psychosomatic Families (Cambridge: Harvard University Press 1978).
 - 26.- Minuchin, S., Familias y Terapia Familiar (México: Gedisa 1985).
 - 27.- Minuchin, S., Caleidoscopio Familiar (Barcelona: Paidós 1985).
 - 28.- Minuchin, S., Fishman, H., Técnicas de Terapia Familiar (México: Paidós 1987).
 - 29.- Mish, F.C. Ed. Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (Springfield: Merriman-Webster Inc. Publ. 1988).
 - 30.- Nichols, M., Family Therapy (New York: Gardner Press 1984).
 - 31.- Pardo, M., A Systems Approach Towards Understanding Mexican Psychosomatic Families (filadelfia: Tesis Doctoral, Columbia University 1984).

- 32.- Paz, O., El Laberinto de la Soledad (México: Fondo de Cultura Económica 1969).
- 33.- Ramirez, S., El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones (México: Grijalbo 1977).
- 34.- Robles de Fabre, T., Eustace, R., Fernández de C.M., El Enfermo Crónico y su Familia (México: Cemic 1987).
- 35.- Salvat Ed., S.A. Enciclopedia Salvat. Diccionario (Barcelona, 1976).
- 36.- Selvini Palazzoli, M., Self Starvation. From the In-Trapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa (London: Chauser Publ. Company 1974).
- 37.- Socorsi, M., Lombardi, F., Rubbini, P., "Capturing Death: Families of Children Recovering from Oncological Disease" en Family Systems Medicine Vol.5, No. 2, 1987).
- 38.- Vallejo Nájera, J. A., Introducción a la Psiquiatría (Barcelona: Ed. Científico Médica 1981).
- 39.- Velasco de la Parra, M.L., "Illness as a Systems Element within the Family Structure" en Psychosomatic No.15, 1974, pp.174-177.
- 40.- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson D., Teoría de la Comunicación Humana (Barcelona: Herder 1987).
- 41.- Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R., Cambio (Barcelona : Herder 1982).

ANEXO 1

"Cuestionario para Detectar Diferentes Niveles de Evitación de Conflicto en la Familia Psicósomática"

Datos sobre el paciente

Fecha _____

Nombre _____

Edad _____

Ocupación _____

Sexo _____

Enfermedad _____

Duración _____

Pronóstico _____

Datos sobre quién responde:

Nombre _____

Edad _____

Rel. con Pac. _____

Ocupación _____

¿Están en Terapia? _____

¿De qué tipo? _____

¿Desde cuando? _____

- | | | | |
|------|---|--------|-------|
| 1.- | Para nuestra familia es muy importante aprender cosas nuevas y diferentes. | CIERTO | FALSO |
| 2.- | La enfermedad de mi Hijo(a) no mejorará si el ambiente familiar no cambia. | CIERTO | FALSO |
| 3.- | En nuestra familia tratamos de estar alegres todo el tiempo. | CIERTO | FALSO |
| 4.- | Prefiero callarme cuando se discuten los problemas de la familia. | CIERTO | FALSO |
| 5.- | Salir adelante en la vida y triunfar es muy importante para nuestra familia. | CIERTO | FALSO |
| 6.- | Me cuesta trabajo llegar a un acuerdo con mi esposo cuando discutimos algún problema. | CIERTO | FALSO |
| 7.- | Nos gusta salir los fines de semana. | CIERTO | FALSO |
| 8.- | Existe un sentimiento de unión en nuestra familia. | CIERTO | FALSO |
| 9.- | Cuando hay problemas en la familia mi hijo(a) empeora. | CIERTO | FALSO |
| 10.- | Los domingos nos gusta ir a la feria. | CIERTO | FALSO |
| 11.- | De no ser por la enfermedad de mi hijo(a) todo estaría bien en la familia. | CIERTO | FALSO |
| 12.- | En nuestra familia no dejamos los problemas sin resolver. | CIERTO | FALSO |

13.- Los miembros de nuestra familia se apoyan unos a otros.	CIERTO	FALSO
14.- Me gustaría platicar con mi esposo las diferencias de opinión que existen entre los dos.	CIERTO	FALSO
15.- Algún miembro de la familia toca un instrumento musical.	CIERTO	FALSO
16.- Tanto mi esposo como yo estamos dispuestos a resolver los problemas.	CIERTO	FALSO
17.- A mi familia le gusta ir al zoológico.	CIERTO	FALSO
18.- Me interesa participar en la solución de problemas familiares.	CIERTO	FALSO
19.- A mi esposo le gusta hacer bromas cuando trato de hablar de algo que me molesta.	CIERTO	FALSO
20.- Después de resuelto cualquier problema, a mi esposo y a mí nos gusta platicar si la solución fue la mejor.	CIERTO	FALSO
21.- De no ser por la enfermedad de mi hijo (a) pienso que seríamos felices.	CIERTO	FALSO
22.- Cuando hablo de problemas con mi esposo, generalmente, no lo hago delante de los niños.	CIERTO	FALSO
23.- Si le digo a mi esposo sus verdades, se enoja, por lo tanto no lo hago.	CIERTO	FALSO

- | | | |
|--|--------|-------|
| 24.- A mi familia le gusta mucho ver la televisión. | CIERTO | FALSO |
| 25.- Cuando mi esposo dice algo con lo que no estoy de acuerdo, prefiero callarme para no hacer más grande el problema. | CIERTO | FALSO |
| 26.- Evito tener problemas porque a mi me gusta la armonía. | CIERTO | FALSO |
| 27.- Ante las amenazas no me quedo callada. | CIERTO | FALSO |
| 28.- Cuando a mi esposo no le gusta de lo que estamos hablando, cambio el tema. | CIERTO | FALSO |
| 29.- En mi casa, generalmente, se lavan los trastos después de comer. | CIERTO | FALSO |
| 30.- Mi esposo no tolera hablar de los problemas entre nosotros, por lo que cuando discutimos, siempre terminamos insultándonos. | CIERTO | FALSO |

CUADRO DE RESULTADOS.

PSICOSOMATICOS

SUJETOS	EDAD	SEXO	CALIF.	T.FAM.	SESIONES	OCP.PAC.	OCP.REL.	CONTESTO	INST.	ENF.
1	3	M	27	si	2	estudia	Lic.	madre	CP	alergia
2	9	M	31	si	8	estudia	hogar	madre	INP	asma
3	9	F	31	si	30	estudia	hogar	madre	INP	anorexia
4	13	M	27	si	5	estudia	Lic.	madre	CP	dermatiti
5	14	F	30	si	12	estudia	hogar	madre	INP	asma
6	16	F	35	si	8	estudia	hogar	madre	CP	dermatiti
7	22	F	27	si	5	hogar	hogar	madre	INP	obesidad
8	22	F	33	si	3	estudia	Lic.	madre	CP	migraña
9	33	F	29	si	12	secr.	Secr.	Pac.	CP	alergia
10	38	M	32	si	48	C.P.T.	Secr.	esposa	CP	alergia

CRONICOS

SUJETOS	EDAD	SEXO	CALIF.	T.FAM.	SESIONES	OCP.PAC.	OCP. REL.	CONTESTO	INST.	ENF.
1	4	M	26	no	-	estudia	maestra	madre	CEEUVM	Down
2	6	M	25	estuvo	16	estudia	hogar	madre	CP	Sordera
3	7	M	28	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Down
4	9	F	25	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Def. Med.
5	11	F	28	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Def.Sup.
6	11	F	24	no	-	estudia	Enfer.	madre	CEEUVM	Def.Sup.
7	14	F	29	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Down
8	15	M	28	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Def. Sup.
9	15	M	28	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Def.Sup.
10	17	F	29	no	-	estudia	hogar	madre	CEEUVM	Def.Trauma
11	26	M	25	si	4	taxista	Secr.	esposa	INP	Alcoholismo

CEEUVM=Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México.

INP=Instituto Nacional de Pediatría.

CP=Consultorio Particular.