

ENFERMEDAD y FAMILIA vol. 1

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
JOSÉ MANUEL BEZANILLA SANCHES
Coordinadores



ENFERMEDAD Y FAMILIA

Volumen 1

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
JOSÉ MANUEL BEZANILLA SANCHES
Coordinadores

ENFERMEDAD Y FAMILIA, Volumen 1

Primera Edición, mayo 2014

D. R.

Universidad Autónoma del Estado de México

Instituto Literario 100 ote.

C. P. 50000, Toluca, Estado de México, México

<http://www.auaemex.mx>

Elaborado en México

ISBN: 978-607-422-518-1

Portada: Faustino Mixcoatl Hernández

Edición y diseño: Jorge Armando Balderas Escobar

Licencia de creative commons:



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
ENFERMEDAD Y FAMILIA VOL. 1 by JOSÉ ANTONIO VIRSEDA HERAS Y JOSÉ MANUEL BEZANILLA is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

El contenido de esta obra es responsabilidad de los autores de cada capítulo

COMITÉ CIENTÍFICO

Los trabajos incluidos en este volumen, fueron dictaminados de manera anónima mediante el método de doble ciego por las siguientes personas:

Alicia Berbeglia, Karmina Elena Rojas Carrasco, Damaris Estrella Castillo, Ana Celia Chapa Romero, Alejandra Susana León Reyes, Carlos Geovanni Varela Vega, María Rosario Espinosa Salcido, Isaura Régulo, Karen Santana, Paola Blancas Escalona, Martha Adelina Torres Muñoz, José Luis Valdez Medina, Marisol Morales Rodríguez, Carmen Navarrete C., Nelson Zicavo M, David Jiménez Rodríguez, Rebeca Guzman Saldaña, Melissa García Meraz, María Alejandra Salguero Velázquez, Gustavo Ibarra Hurtado, Norma Delia Durán Amavizca, María Montero-López Lena, María Luisa Rascón Gasca, Arturo Del Castillo Arreola, Alicia Berbeglia, Martha Patricia Bonilla Muñoz, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, Amparo Miranda.

La corrección de estilo estuvo a cargo del lic. Francisco Macias Arriaga

Agradecimientos

Los coordinadores de libro agradecen el apoyo del Mtro. Javier Margarito Serrano García a la edición de este volumen.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en D. Jorge Olvera García
Rector

M. en E. Javier González Martínez
Secretaría de Administración

Dr. en ED. Alfredo Barrera Baca
Secretaría de Docencia

Dr. en Ing. Roberto Franco Plata
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

Dra. en L. Ángeles María del Rosario Pérez Bernal
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados

Dr. en C. POL. Manuel Hernández Luna
Secretario de Rectoría

M. en D. José Benjamín Bernal Suárez
Secretaría de Rectoría

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien
Abogado General

M. en E.P.D. Ivett Tinoco García
Secretaría de Difusión Cultural

Lic. Juan Portilla Estrada
Dirección de Comunicación Universitaria

M. C. I. Ricardo Joya Cepeda
Secretaría de Extensión y Vinculación

Lic. Jorge Bernáldez García
Secretaría Técnica del Gabinete

M. en A. ED. Yolanda Ballesteros Senties
Secretaría de Cooperación Internacional

Lic. en D. Yoab Osiris Ramírez Prado
Secretaría Particular

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

M. en P.E.E.S. Javier Margarito Serrano García
Director

M. en E.S. Lauro Santiago Velázquez Ovando
Coordinador de Vinculación y Extensión

M. en C.S. Juan Carlos Fabela Arriaga
Subdirector Académico

Lic. en Psic. Alejandro Gutiérrez Cedeño
Coordinador de la Licenciatura en Psicología

M. en Psic. María Teresa García Rodea
Subdirectora Administrativa

Lic. en G. Artemio Sánchez Cabrera
Coordinador de la Licenciatura en Educación

Dra. en I. Psic. Adelaida Rojas García
Coordinadora de la Unidad de
Planeación y Evaluación

Dra. en C. S. Erika Robles Estrada
Coordinadora de la Licenciatura en Trabajo Social

Dra. en C.S. Leonor Guadalupe Delgadillo Guzmán
Coordinadora de Investigación

Mtra. Ma. De los Ángeles Araujo González
Coordinadora de la licenciatura en
Cultura Física y Deportes

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I CONDICIONES DISRUPTIVAS

- **Familias mexicanas ante los procesos de salud enfermedad: lo crónico, lo psicosomático y el género** / María Rosario Espinosa Salcido 18
- **El estudio de la familia ante la enfermedad mental** / María Luisa Rascón Gasca y Marcelo Valencia Collazos 41
- **Familia, trastornos mentales y desarrollo espiritual. Una perspectiva psicosomática** / Carlos Geovanni Varela Vega 63
- **Familia e insuficiencia renal crónica terminal** / María Montero-López Lena, Armando Rivera-Ledesma, Sandra Zavala Jiménez, Ana Celia Chapa Romero y Jimena Gómez Gutiérrez 86
- **Apoyo familiar en el manejo de la diabetes tipo 2** / Arturo del Castillo Arreola, Gloria Solano Solano, Scarlett Iglesias Hoyos y Rebeca Guzmán Saldaña 107
- **Narrativas de los familiares como cuidadores primarios de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** / Ana Celia Chapa Romero, Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis 131

- La violencia doméstica como estresor y las repercusiones en la salud / Paola Blancas Escalona, Gloria Margarita Gurrola Peña, José Antonio Vírseda Heras, Patricia Balcázar Nava y Julieta Garay López 150

II FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

- Tipo de familia y su relación con adolescentes consumidores de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí / Gustavo Ibarra Hurtado y Francisco Javier Pedroza Cabrera 164
- El impacto del rol materno en el desarrollo de factores protectores personales de hijos adolescentes / Marisol Morales Rodríguez y Damaris Díaz Barajas 182
- La dinámica familiar y el espacio como factor de riesgo en el desarrollo de una enfermedad / Isaura Régulo y Karen Santana 200
- La personalidad en caos o entrópica y su impacto en la presencia de los síntomas somáticos / Martha Adelina Torres Muñoz, José Luis Valdez Medina, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Jorge Alvarado Orozco y Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes 216
- El afecto, factor importante para el funcionamiento familiar en los usuarios del Centro Universitario de Estudios para la Familia / Alejandra Susana León Reyes y Alejandra Nava Ernult 239

INTRODUCCIÓN

La presente publicación da a conocer aportaciones importantes que relacionan dos temas, la enfermedad y la familia, temas que son fundamentales en el ámbito teórico de la Psicología de la Salud y también en la vida de las personas y de las familias. Enfrentarse a la enfermedad es un reto para todas las familias. La publicación se caracteriza por la variedad de temas (trastornos mentales, diabetes, insuficiencia renal, violencia etc.), de abordajes teóricos y metodológicos (cuantitativos y cualitativos), lo que imprime una perspectiva interesante para el lector.

La publicación se divide en dos volúmenes, el primero sobre condiciones disruptivas y

factores protectores y de riesgo, el segundo sobre condiciones limitantes, patrones de crianza e intervenciones, aunque la clasificación no deja de ser efímera y provisional pues los temas están imbricados. Realizaremos un pequeño resumen sobre los diversos capítulos del primer tomo.

Con respecto la sección de condiciones disruptivas presentamos 7 apartados. En el apartado sobre Familias mexicanas ante los procesos de salud enfermedad: lo crónico, lo psicosomático y el género la Dra. Espinosa estudia la familia desde el enfoque sistémico y en especial de la resiliencia ante la enfermedad crónica, la incapacidad y trastornos psicosomáticos. La enfermedad cambia la forma de verse a sí mismo, el autoconcepto, el proyecto de vida; la discapacidad añade el estigma social, los trastornos psicosomáticos involucran la metáfora corporal que reflejan los modelos interactivos del sistema familiar como rigidez, sobreprotección y evitación de conflicto. La perspectiva de la construcción social de género implica un elemento importante en cuanto al tema. En una serie de viñetas la autora nos muestra las reacciones ante la enfermedad enfocada desde la perspectiva de roles estereotipados de lo masculino y femenino p. e. obligación de cuidar, de ser fuerte, no vale nada. El sobreinvolucramiento, problemas de límites, roles no bien perfilados, patrones rígidos, relaciones escasas y lejanas en el ámbito extrafamiliar, coaliciones, triangulaciones aparecen en la investigación con familias psicosomáticas. El sistema de creencias, aspecto central de la resiliencia, gira en torno a la identidad.

En El estudio de la familia ante la enfermedad mental María Luisa Rascón Gasca y Marcelo Valencia Collazos comentan resultados de varias investigaciones realizadas. El objetivo de una de ellas es conocer las necesidades de la familia ante un miembro con esquizofrenia. Se estudiaron a 8 familiares y 8 pacientes en

una investigación cualitativa por medio de grupos de discusión. Las principales categorías son las siguientes: necesidad de información, necesidad de atención integral, necesidad de servicios comunitarios, necesidad de abatir el estigma y la discriminación. Se describen también los trastornos en los cuidadores primarios informales, la expresividad emocional en la familia (EE) y sus efectos en los síntomas en los pacientes. Una mayor presencia de conductas sintomáticas y un bajo funcionamiento social del paciente son predictores de la emoción expresada en la familia. La familia es un socio importante en el tratamiento y la psicoeducación una herramienta indispensable para la intervención familiar. El apoyo al cuidador principal y los grupos de apoyo de familiares a los pacientes son indispensables.

En el apartado Familia, trastornos mentales y desarrollo espiritual. Una perspectiva psicósomática Carlos Geovanni Varela Vega elabora la relación entre la familia, el cuerpo, la enfermedad y la espiritualidad. La sociedad, pero sobre todo la familia determinan el significado del cuerpo, pues la segunda puede favorecer o restringir el desarrollo de las personas. La mente se concibe como algo no mecánico y no identificada con el cerebro; La mente es concebida como una unidad con el todo. Todo el cuerpo es la mente. Mente y espíritu son dos componentes diferentes. El espíritu está vinculado al conjunto, mientras que la mente es individual. La vía de acceso al conocimiento del espíritu no es la razón sino la intuición. Se presentan cuatro casos de TDA, premoniciones, alucinaciones y conversaciones con el Ángel guardián. El autor ejemplifica con los casos la desarmonía entre los cuerpos y el espíritu, la relación con la sociedad y con los procesos familiares. Hay que fomentar la posibilidad de ver el mundo desde el cuerpo en unidad con el espíritu sin negar la razón.

En el apartado Familia e insuficiencia renal crónica terminal los autores Montero-López, Rivera-Ledesma, Zavala, Chapa y Gómez-Gutiérrez tienen

como objetivo explorar en pacientes y en sus cuidadores cómo el tratamiento de la enfermedad con diálisis peritoneal continua ambulatoria ha afectado a la familia. Los entrevistados describen problemas de comunicación, sentimientos de descontrol y miedo, alteración de las rutinas y el manejo de la experiencia emocional. Se realizaron entrevistas en cuanto al involucramiento, funcionamiento familiar e impacto de la enfermedad. Se concluye recomendando fortalecer la capacidad adaptativa de enfermos y cuidadores a las exigencias de la enfermedad y del tratamiento y reforzar el apoyo emocional. El estudio confirma que la familia es la principal red de apoyo del enfermo.

En el apartado Apoyo familiar en el manejo de la diabetes tipo 2 los autores bajo un enfoque biopsicosocial después de describir la enfermedad exponen la importancia del automanejo, autonomía y responsabilidad del paciente hacia el tratamiento (empoderamiento). El apoyo social en general y el familiar en particular son aspectos importantes para fortalecer el autocuidado ya sea porque protegen o amortiguan el estrés o por su efecto directo en la salud independiente del estrés. El automanejo mejora cuando los familiares están dispuestos a cambiar sus conductas en apoyo al paciente, cuando tienen un plan similar de alimentación y hábitos saludables, sobre todo si se combina con un alto índice de autoeficacia en el paciente.

En el apartado Narrativas de los familiares como cuidadores primarios de pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) los autores tienen como objetivo conocer las experiencias de personas que viven con un miembro con VIH a través del curso del padecimiento en relación a las prácticas del cuidado y al significado. La familia cumple un papel de acompañamiento y de apoyo emocional, económico e instrumental. Como técnica se utilizan las narrativas que se desprenden de las entrevistas a los afectados para dar sentido a su experiencia

y el estudio de caso. En la entrevista se tenían en consideración puntos focales como el diagnóstico, las crisis, estilo de vida, acceso a los servicios, aspectos cotidianos. El análisis fue narrativo categorial: atender a los síntomas, diagnóstico, apoyo emocional, acompañar a los servicios de salud, cuidados cotidianos, apoyo económico, recaídas, normalizar la vida. Para poder realizar estas actividades se tiene que superar el problema de la discriminación que puede dificultar el compartir el diagnóstico de manera oportuna. El apoyo familiar presupone la agencia activa del afectado en cuanto a un estilo saludable y la adherencia al tratamiento. Hay que prestar atención a la sobrecarga de los cuidadores.

En el apartado sobre La violencia doméstica como estresor y las repercusiones en la salud se investiga a través del modelo Síndrome de adaptación paradójica la violencia doméstica y las repercusiones en la salud de las mujeres. Se utilizaron las técnicas de la autobiografía, el incidente crítico y la entrevista a profundidad. Se describen los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales del síndrome adoptando las mujeres el modelo mental del agresor a lo largo de las fases del síndrome, que son la desencadenante, reorganización, afrontamiento y adaptación. Los efectos de la situación prolongada del estrés en la salud son migrañas, depresión, estrés postraumático, cambio de humor, inseguridad y otros como ideación suicida. La participante es una mujer de 44 años de edad en situación de violencia física, psicológica, económica y sexual en un periodo de 28 años de relación.

El la sección sobre Factores protectores y de riesgo está estructurado en 7 apartados.

En el apartado sobre Tipo de familia y su relación con adolescentes consumidores de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí se busca determinar la relación entre el consumo de alcohol en adolescentes y la familia. En general el consumo en la

muestra es bajo, de todas formas hay algunos participantes en riesgo, el consumo es menor en el primer año de secundaria que en el resto de los años de secundaria, el consumo femenino va en aumento. El consumo bajo se asocia con familias típicas nucleares (factores protectores), el riesgo de consumo se asocia con familias atípicas y con familias nucleares reconstruidas (factores de riesgo). Se realizaron correlaciones entre la tipología de la familia y el nivel de consumo de riesgo de alcohol (con el test AUDIT)

En El impacto del rol materno en el desarrollo de factores protectores personales de hijos adolescentes las autoras destacan la relevancia del rol ocupacional y el nivel educativo de las madres, lo que determina que a mayor status ocupacional y a mayor nivel de educación los recursos psicológicos y las estrategias de afrontamiento de los adolescente tiendan a ser mejores, lo que facilita su adaptación. Queda claro que las madres en esos dos factores mencionados es un factor protector de los adolescentes.

En La dinámica familiar y el espacio como factor de riesgo en el desarrollo de una enfermedad se aborda la importancia del espacio como extensión de la familia como el lugar, el nido de la dinámica familiar, como proyección de la identidad familiar. Se utilizó el método de casos y la técnica de la entrevista a profundidad, que se interpreta de acuerdo a 12 categorías: necesidad de control, descalificación, espacios de poder, mascotas como miembros de la familia, enfermedad como reflejo, enfermedad como manipulación, miedo a hacerse cargo, aprendizaje a llenar el vacío, ejercicio de poder, autoritarismo, servilismo y distanciamiento, aunque solamente se exponen en el presente trabajo las 6 categorías primeras.

Se da una relación entre el espacio físico y la forma de interacción. La enfermedad sería como una negación de verse a sí mismo y sentirse, una decisión de quedarse en la inmovilidad, los sentimientos son silenciados y la única forma de expresarlos es a través del desarrollo de la enfermedad.

En La personalidad en caos o entrópica y su impacto en la presencia de los síntomas somáticos se describe una tendencia en la vida a la pérdida del equilibrio, al caos con predominio de niveles de miedo, conflicto, depresión, miedo, que son señales de desgaste y tensión que debilitan el sistema inmunológico. La somatización es resultado de la interacción de la mente cuerpo como unidad. La personalidad en caos se asocia con síntomas somáticos. Los patrones de conductas de la personalidad tipo A incluyen competitividad elevada, impaciencia entre otros, el tipo B de personalidad no asociado a enfermedad se caracteriza por tranquilidad, confianza, el tipo C es pasivo, evitativo, se asocia con supresión de emociones. A la muestra intencional se le aplicaron el cuestionario de niveles de personalidad en caos y el cuestionario de autorreporte de somatización. Se realizó un análisis factorial y se describen 8 factores. Se describen las diferencias de síntomas somáticos en la personalidad en caos alta y media y en hombres y mujeres. Cuanto más alto el nivel de caos mayor tendencia a la somatización y mayor en las mujeres.

En El afecto factor importante para el funcionamiento familiar en los usuarios del Centro Universitario de Estudios para la Familia se describe el afecto como la forma primera y primaria de relación. Se intenta identificar la funcionalidad familiar; se utilizaron la entrevista y la escala de funcionamiento familiar, que contiene 9 factores, control, autoridad, supervisión, comunicación, conducta disruptiva, afecto, afecto negativo y recursos. Se repasan diversos modelos familiares en relación a la funcionalidad p. e. sistema de valores, organización clara, gama afectiva,

diálogos. El afecto es la expresión externa de las emociones, tiene componentes como pertinencia, intensidad, movilidad y rango. La educación afectiva y el modelo socioafectivo desarrollado en la infancia en la familia es importante. Entre los factores disfuncionales con puntaje bajo se encuentran los de autoridad, conducta disruptiva, comunicación y afecto; los factores funcionales con puntaje alto son control, supervisión, apoyo, afecto negativo y recursos. El afecto es importante pues configura las competencias socioemocionales como adultos. La influencia de la familia es el denominador común en todos los trabajos.

José Antonio Vírseda Heras y José Manuel Bezanilla

Coordinadores

PARTE I
CONDICIONES
DISRUPTIVAS

FAMILIAS MEXICANAS ANTE LOS PROCESOS DE SALUD

María Rosario Espinosa Salcido

LA FAMILIA Y LA SALUD

La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. A la familia se le ha conceptualizado como grupo y como institución y precisamente el enfoque sistémico permite enlazar ambas dimensiones del concepto al hacer énfasis en el carácter interactivo de los miembros que la componen y por el tipo de valores y normas que se producen y reproducen en su seno. Andolfi (1991), en el marco de la teoría sistémica señala a la familia como un punto de encuentro entre necesidades individuales e instancias sociales, más aún como un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí.

La familia tiene una alta injerencia en todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, pues cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. El grupo familiar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se





desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida, las funciones familiares permeadas por el amor y el afecto, generan procesos que actúan como protectores de salud o coadyuvantes de la enfermedad (Espinosa, 2004a). Se ha encontrado una relación estrecha entre las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud y las conductas de los hijos en edad adulta (Epps y Jackson, 2000).

Bloch (2001) establece que la Terapia Familiar Sistémica en el campo de la atención a la salud, forma parte de todo un movimiento intelectual, teórico y metodológico; orientado hacia enfoques holísticos y ecosistémicos en Medicina y en Psicología, que unen conceptualmente la mente y el cuerpo, y consideran a las personas dentro de sus contextos sociales específicos, de manera directa, a la familia, puesto que el cuidado de la salud está íntimamente ligado a ella.

Así podemos decir que ante la aparición de la enfermedad y sus secuelas, se establece un patrón recursivo “familia, servicios y equipo de salud” que conforman el contexto ecológico de la pauta llamada enfermedad. Misma que tiene lugar en un contexto y es una construcción social en el sentido de su complejidad (biológica, psicológica, social y cultural) y porque incluye múltiples sistemas de significados en interacción, por ejemplo; los familiares, el que vive la enfermedad, los que están en relación a la enfermedad misma, los de los profesionales involucrados y los relacionados a los sistemas asistenciales (Espinosa, 2004a)

En la actualidad, y alejándose de concepciones dualistas, el proceso salud - enfermedad se ve como un todo, donde la psiquis actúa como instancia reguladora del comportamiento, constituye un eslabón del mecanismo interno de producción de las enfermedades. Estados emocionales, rasgos personales y la influencia psicológica de los grupos de pertenencia y referencia, en los que la familia ocupa un lugar relevante, intervienen en el mecanismo de producción,



desajuste y mantenimiento de la enfermedad y en los comportamientos habituales insanos. Sin embargo el proceso salud-enfermedad es un tema largamente discutido y de sumo interés ya que conlleva el análisis de variables biológicas, psicológicas, sociales, políticas y culturales. El reconocerlo como un proceso refleja la complejidad del fenómeno pero al mismo tiempo nos permite identificar fases o aspectos particulares que están presentes y posibilitan una mayor comprensión e incluso señalan estrategias para abordar la problemática, por ejemplo, se habla de estilos de vida y relación con el mantenimiento de la salud, formas de afrontar la enfermedad (Schmaling y Sher, 1997) o niveles de análisis como familia, enfermedad crónica e incapacidad (Rolland, 2009) o familias psicósomáticas (Onnis, 1990) e incorporar la variable de género pues el mundo está compuesto por hombres y mujeres, que se rigen o viven en condiciones de inequidad de género (Castro y Bronfman, 1998) lo que agudiza o complica las relaciones en familias aquejadas por alguna enfermedad.

Como en este trabajo estamos interesados en los procesos que viven las familias mexicanas que enfrentan una enfermedad crónica e incapacidad o sufren algún trastorno psicósomático, con una visión de género, presentamos algunas precisiones sobre esos temas y algunos resultados de investigaciones realizadas en los últimos años.

La enfermedad crónica amenaza las funciones orgánicas, sociales y emocionales, requiere largos períodos de hospitalización y modifica la vida de los enfermos y de sus familiares. Oks (2001), quien conoce en carne propia y por su experiencia clínica lo complejo e insoslayable que es vivir con una enfermedad crónica en la familia, señala que se produce impacto y discontinuidad en la vida personal y familiar, debido a la alternancia de momentos mejores o peores (específicos de cada



enfermedad) y que invariablemente se presentan cambios de la vida en general. Para toda persona con una enfermedad que pone en riesgo su vida y se enfrenta con diferentes niveles de incapacidad, se intensifican las cuestiones que tienen que ver con una amenaza de pérdida. Díaz Curiel (2000), en sus estudios sobre artritis reumatoide, señala que el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afecta profundamente su auto-concepto ya que desde éste momento y en adelante, todo será distinto. Su proyecto de vida deberá ser revisado y, a menudo, no podrá saber cuál será su curso.

Evidentemente algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, cuanto implican discapacidad, desfiguración y dolor, como es el caso de artritis reumatoide o esclerosis múltiple, por ejemplo. En general, hay mayores dificultades para adaptarse a las enfermedades que afectan la imagen corporal y por tanto la auto-imagen de las personas.

La adaptación a la enfermedad crónica depende de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo social, la educación, las creencias religiosas, los esquemas personales, los patrones de personalidad, la inteligencia, la habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, entre otros. Todos estos factores pueden permitir encontrar un sentido a la enfermedad y mantener la esperanza. En fechas recientes se ha incorporado el enfoque de la resiliencia familiar, que da cuenta de cómo las familias salen adelante en la adversidad (Walsh, 2002) desarrollando procesos y recursos resilientes asociados a la comunicación, la organización y al sistema de creencias, ante la presencia de carencias o pérdidas como la muerte, la discapacidad y la enfermedad.

La discapacidad según Rolland (2009) puede aparecer de manera súbita, por ejemplo, en la amputación de algún miembro después de un accidente o la fatiga





resultante de un inesperado infarto al miocardio. O bien surge de manera gradual y/o cíclica según el tipo de enfermedad.

Nos encontramos que la discapacidad, de acuerdo a la afección, puede deteriorar el funcionamiento mental o cognoscitivo (Alzheimer), la percepción (ceguera), el movimiento corporal (parálisis o atonía muscular) o se presenta una disminución de producción de energía del cuerpo (enfermedades cardiovasculares o respiratorias). Otro factor íntimamente asociado con la incapacidad, es el estigma social. Algunas enfermedades son tan evidentes, que se vuelven estéticamente incapacitantes, por ejemplo: deformaciones y secuelas de quemaduras. Otras más han sido satanizadas y condenadas socialmente, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Lo cual impide a la persona afectada el ejercicio de funciones y se da su segregación psicosocial y sobre todo laboral.

Tanto en la enfermedad crónica, la discapacidad y las llamadas enfermedades psicosomáticas se han incorporado miradas holísticas, donde la familia ocupa un lugar primordial.

Lo psicosomático desde los modelos sistémicos se parte de la concepción de la familia en términos de sistemas y supone la comprensión del síntoma desde el concepto de unidad y dentro del marco ecológico de conductas en que se halla inmerso. El síntoma aparece ya como una necesidad del sistema, no de los individuos. Entender el síntoma desde la causalidad circular implica conocer cómo es que se concatena con todas las demás conductas familiares (Navarro, 1992). Así el síntoma psicosomático adquiere las características de una comunicación coherente con las modalidades y las reglas de la red comunicacional en la que aparece y tiende a perpetuarse; adquiriendo el valor de una metáfora en la que el



fenómenos corporal no solo involucra valencias emocionales sino que sintetiza en sí mismo y refuerza al mismo tiempo los rígidos modelos interactivos del sistema personal en que aparece.

Analizar los fenómenos psicosomáticos bajo este contexto posibilita en palabras de Onnis (1990, pág. 16)

“...el restituir a la enfermedad psicosomática su característica fundamental: la de punto doloroso de interacción de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura en la que la misma manifestación biológica, inscribiéndose en un cuerpo “vivido” y por tanto sujeto de historia, se convierta ella misma, en sujeto y objeto posible de historia... en este sentido se puede afirmar que la enfermedad psicosomática se propone como paradigma del modo específicamente humano de enfermar”

Con esta visión el dato biológico se correlaciona sin perder su especificidad, junto con los otros componentes involucrados: los emotivos y los interpersonales.

Se han realizado diversos estudios en familias con un miembro con problemas psicosomáticos y los datos indican que cuando se modifican modelos interaccionales significativos de la familia, se producen también cambios significativos en los sistemas de la enfermedad psicosomática. Dentro de un marco sistémico (Minuchin, 1991) fue uno de los primeros en ver desde esta óptica familias con problemas de salud, por ejemplo, asma, diabetes, anorexia. Encontró características que identifican a los sistemas familiares que padecen estos trastornos, tales como:

- Cuentan con relaciones de proximidad extrema
- Existe una escasa definición de límites
- Sobreprotección rígida hacia los hijos





Ausencia de la resolución de conflictos y evitación de los mismos

Existe implicación generacional (hijos, abuelos, etc.) en procesos de triangulación. Este conjunto de cualidades se considera como el factor clave en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, éste a su vez, se considera como una llamada de atención que evidencia las características de la familia. Onnis (1990) coincide con estos hallazgos donde, dice, es constante, independientemente del problema, la presencia de rigidez en las reglas familiares ante demandas de cambio evolutivo, la evitación del conflicto a través de la triangulación y rasgos aglutinantes y sobreprotectores.

Mara Selvini y su equipo (1990) trabajaron con familias anoréxicas desde lo que denominan los juegos familiares que implican todo un sistema de relaciones, creencias y valores históricos de la familia y su relación con el síntoma, estableciendo el papel que juega el mismo dentro de ese sistema en particular. Identifican una serie de reglas implícitas en los modelos comunicacionales: frecuencia alta de rechazo de los mensajes, grandes dificultades para asumir abiertamente el papel de líder, prohibición alianzas/coaliciones abiertas y nadie asume culpa alguna.

Rausch y Bay (1993) especifican algunos aspectos sobre poblaciones similares: la familia se presenta regularmente desesperada y agotada ante los múltiples esfuerzos no exitosos por vencer la enfermedad y el paciente que presenta el trastorno psicossomático se muestra hostil y reacio a cooperar, en el caso de la anorexia los padres generalmente tienen una historia explicativa sobre la enfermedad y al mismo tiempo sentimientos mezclados: culpa, enojo y susto. Los hermanos sienten al mismo tiempo fastidio y temor. También es común que los miembros de estas familias se perciban así mismos como perfectamente normales, padeciendo un único problema que una vez solucionado permitiría que todo estuviera bien.



Komblit (1997) en sus propuestas de evaluación e intervención en familias con un miembro cursando ya sea con diabetes, asma, trastornos gastrointestinales, jaquecas u otras enfermedades considera importante el análisis de la tensión y crisis existente cuya magnitud o clima relacional dependerá de a) la definición que la familia haga del hecho (enfermedad) , b) el sentido que le otorga, lo que a su vez, configurará c) la magnitud de la tensión y estilo de respuesta, todo ello expresado por el estado emocional de los miembros del grupo incluyendo la familia extensa.

Los estudios anteriores reflejan los avances en el conocimiento de las familias denominadas psicósomáticas, pero ¿se comportarán de la misma manera las familias de nuestro país que acuden a terapia familiar?, ya Martha Pardo (1984) demostró que el amalgamamiento en familias psicósomáticas mexicanas no es necesariamente disfuncional, sino que se constituye más bien como un parámetro cultural.

El género. En relación al término, si bien puede fundamentarse en las características biológicas, es ante todo una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que diferencian al hombre de la mujer. Como construcción social, se encuentra en permanente cambio, además no es universal; entonces, más que hablar de género femenino y masculino, se trata de los géneros masculinos y femeninos, (Ramos, 1991) donde Género se emplea para designar las relaciones sociales entre los sexos (hombre-mujer, hombre-hombre, mujer-mujer), pasando así a ser una forma de detonar las construcciones socio-culturales de ideas sobre los estereotipos, roles e identidades asignados a mujeres y hombres.

Es importante recordar que la perspectiva de género es no sólo una nueva forma de abordar teórica y metodológicamente el estudio de la condición de vida y su situación vital de mujeres y hombres, sino que es una posición filosófica y política frente al mundo. (Olson, cit. en Pakman, 1997)





Al adoptar una postura crítica, se reconoce que la forma en que hombres y mujeres son considerados, la valoración social que reciben y la división social de su trabajo, son invenciones humanas que van mucho más allá de lo que las diferencias biológicas pudieran determinar. Esta idea es particularmente útil, cuando nos enfrentamos a la enfermedad crónica, la discapacidad y los trastornos psicossomáticos.

En una sociedad donde se valora la autosuficiencia, la independencia emocional y el poder (personal y sobre otros), no podemos menos que recordar a los grupos y/o personas que no cubren estas demandas. Tal es el caso de aquellos que cursan una enfermedad con niveles de discapacidad particulares y donde no se tienen las mismas expectativas si se es hombre o mujer o más aún si es un niño, adulto o viejo; todos aquellos merecen consideraciones, que involucran al género.

Una visión sistémica de los problemas humanos, incluidos por supuesto los de salud nos lleva a recordar la interconexión e influencia mutua que tienen los subsistemas entre sí, por ejemplo: el tipo de enfermedad, las etapas de vida (individual, familiar y de la enfermedad misma) y el contexto sociocultural. En los países latinos, como México, vivimos en un sistema patriarcal, donde se establecen premisas y el deber ser, para hombres y mujeres, donde el sistema de creencias desempeña un papel fundamental en las configuraciones de la capacidad de respuestas de adaptación de una familia que debe hacer frente a una enfermedad crónica (Rolland, 2009). Ya que las explicaciones y significados que se atribuyen a los problemas de la salud determinarán las construcciones de la realidad, las narrativas o historias (White y Epston, 1993; White, 2002) donde se señalan el qué, el cómo, y el quién deberá asumir ciertos roles ante la enfermedad y la discapacidad. Además incluyen los niveles de significado que contemplan lo biológico, lo humano y lo social.



Rolland (2009) dice que las normas culturales varían en áreas como la definición del rol adecuado de enfermo, el tipo y grado de comunicación abierta permitida acerca de la enfermedad; qué personas deben incluirse en el sistema responsable del cuidado del enfermo (por ejemplo: familia extensa, amigos, los profesionales de la salud) quién debe ser el principal responsable del cuidado, dónde se ubica un factor de género, ya que casi siempre es la esposa, la madre o la hija o la nuera. Es decir, se considera que la mujer, a veces independientemente de su edad, es la que debe asumir estas responsabilidades. Sin embargo una visión de género nos lleva a estudiar tanto a mujeres como a varones en la dinámica familiar.

Por tanto, surgen algunas preguntas: ¿cuáles serán los estilos preferidos de relación en las familias de interés?, ¿qué forma adquirirán, si aparecen, los parámetros señalados en la literatura sobre las familias que sufren problemas de salud?

Para ilustrar algunas de las variables importantes asociadas al Género y sus manifestaciones ante la enfermedad crónica y la discapacidad, Espinosa (2004a), nos reporta datos resumidos de una investigación clínica con siete familias que solicitaron terapia familiar. Todas tenían un miembro con enfermedad crónica y diferentes niveles de discapacidad.

Caso 1. Mujer con diagnóstico de cáncer, aparentemente bajo control. Motivo de consulta, depresión del esposo.

En esta familia se asume la idea de permitir la intromisión de la familia extensa, compuesta por una abuela y dos tías maternas, no solo al inicio de la enfermedad, sino en sus diferentes etapas; crítica o estable. El pertenecer al sexo femenino,





significaba en esta familia: “Cuidar”. El esposo tenía sensaciones de inutilidad, de ineficacia por haber fallado como “defensor de la familia y jefe de la misma.” El varón había crecido bajo premisas de género que indicaban que la responsabilidad total de una familia, recaía en los hombres. Ante la presencia del cáncer en su esposa y la necesidad de tener que compartir la jerarquía, (servicios de salud y familia extensa), se sentía rebasado. Al respecto, Burman y Margolin (1992) dan particular importancia a incluir al esposo sano en el tratamiento del enfermo y evaluar el impacto de la enfermedad en el mismo, agregaríamos, que el proceso terapéutico sensible al género, permitió al consultante trascender los roles prescritos culturalmente.

Caso 2. Mujer con diagnóstico de Lupus, motivo de consulta: depresión en la esposa que padece la enfermedad crónica y discusiones maritales.

En esta familia antes de la aparición de la enfermedad, los roles estaban muy marcados, estereotipados digamos: Ella como cuidadora y responsable única de los hijos y labores hogareñas y El como proveedor de casa, vestido y sustento. Ante las consecuencias de la enfermedad, aparecen en la madre-esposa sentimientos de culpa por “No cumplir con su deber,” mientras que el esposo-padre, expresa enojo “Por sentirse utilizado o sometido a sensiblerías femeninas”. Como se ve al hombre le resulta más difícil adaptarse a situaciones de cambio de roles o a la reasunción de los mismos. Rollan (2009) apoya estos resultados pues dice que los hombres tienen más dificultades para adaptarse a papeles de cuidadores, se sienten ansiosos y agresivos

Caso 3. Varón con diagnóstico de Diabetes no dependiente de insulina. Motivo de consulta: No adherencia al tratamiento médico y quejas del esposo por los cuidados de su esposa.

Las variables de género identificadas en el varón que presentaba problemas de salud fueron conductas irresponsables y osadas “Porque los hombres somos



fuerteres”, y su mujer se regía bajo las premisas de “Cuidar y proteger”, asumiendo el total de las conductas de cuidado hacia el marido, además de considerar “Que era su responsabilidad”, el curso positivo o negativo de la enfermedad de su marido. Aquí encontramos que la visión patriarcal, pone a los hombres en un dilema: aceptar o no ayuda, expresar o no su estrés y miedos, ya que hay sido educados en la no expresión de sentimientos o emociones, donde lo femenino es equivalente a debilidad (Kindlon y Thompson, 2009). En cuanto a la mujer, tradicionalmente se le ha asignado el papel de expresión del afecto y de cuidadora, lo cual la hace más vulnerable, convirtiéndola en sobreprotectora.

Caso 4. Enfermedad diagnosticada, varón que sobrevivió a un infarto al miocardio. Motivo de consulta, porqué lo mandó su médico.

El paciente ocupa buena parte de las sesiones en dar rodeos, evita hablar sobre sí mismo y los efectos emocionales de la enfermedad cardíaca. Se enfocaba a los aspectos prácticos de su vida: trabajo, dinero, creía que a su familia no le había preocupado lo que le pasó y se mostraba insensible hacia el miedo y sufrimiento de los mismos, decía “Siempre he trabajado y tengo ahorros para poder seguir manteniéndolos, mi esposa no tiene porque sufrir o trabajar. Un hombre tiene la obligación de cuidar a su familia”. Se denota la influencia cultural, común hacia los varones: ocultar sus sentimientos y emociones, agravado, en este caso, por patrones previos de comunicación (escasa, indirecta y superficial), donde se hace necesario no solo propiciar en la familia una comunicación abierta, sino deconstruir y co-construir premisas flexibles en cuanto al género, (White y Epston, 1993) ya que el varón cree, sinceramente que sus conductas no son machistas, pero la relación refleja que sigue esas prácticas.

Caso 5. Mujer con antecedentes de cáncer, aparentemente erradicado y con



ablación bilateral de senos. Motivo de consulta: problemas maritales por cuestiones sexuales.

Este caso clínico nos permite analizar que ciertas enfermedades y sus secuelas en mujeres, crean problemas especiales, ya que el cáncer de mama o de útero, afectan los cánones de belleza o las funciones de reproducción. Como se refleja en los comentarios de “Ella: ya no sirvo para nada. Es que no entiendo para que quiere tener relaciones sexuales, aparte estoy fea” y “El: es que ya no me quieres, dejaste de quererme”

En las sociedades patriarcales como la nuestra, se resalta que la mujer debe cumplir ciertos cánones de belleza y además su valor como individuo reside en ser madre, con lo cual se invalida a la mujer como persona. Si ya ser mujer era sinónimo de gente de segunda clase, al verse afectada por estos problemas, se asume y se le asigna menos estatus y por tanto menos derechos, como por ejemplo, el derecho al placer y al ejercicio de su sexualidad. Por otro lado, este mismo sistema patriarcal que resalta el falo y enseña a los varones que intimidad es sinónimo de conducta sexual, ante las dificultades de las enfermedades crónicas o cierta incapacidad para ejercer esas conductas, se convierte en un problema muy serio y central en la vida de los hombres.

Los últimos dos casos (6 y 7) muestran las reacciones de un hombre y una mujer, profesionistas exitosos, solteros y casi de la misma edad (27 y 29 años, respectivamente) ante un mismo diagnóstico: artritis reumatoide. El motivo de consulta de ambos, fue parecido, cómo afrontar las consecuencias –en general– de la enfermedad. Se aclara que son casos independientes y asistieron a terapia después de haber sufrido la primera crisis de la enfermedad, caracterizada por periodos de dolor e incapacidad importante.



Ella buscó redes de apoyo: en la familia, en el ámbito laboral (por ejemplo, quién la sustituyera en la etapa crítica) y en las instituciones de salud. Comunicó de manera clara y abierta sus miedos y se cuestionó sobre sus posibilidades de seguir adelante, valorando sus recursos ante la enfermedad y sus secuelas. Mostró adherencia al tratamiento médico y al psicológico.

Él, se aisló de su familia y de su pareja, se refugió en el alcohol y en conductas agresivas, se mostró impotente para el manejo práctico de la incapacidad y hacía esfuerzos sobrehumanos para lucir fuerte y gallardo, a pesar del dolor y la incapacidad para moverse, principalmente en los miembros inferiores. Tenía poca adherencia al tratamiento médico y psicológico, ya que insistía en tener el control de manera individual, ante la enfermedad.

La terapia con la mujer se deslizó a través de una conversación que empoderaba los recursos de la persona ante la enfermedad. Con el varón, antes de poder establecer conversaciones semejantes, se desarrollaron otros diálogos, sobre los diálogos (Gergen, 1999), que le señalaban “su deber ser” masculino ante situaciones difíciles. En cuanto a las llamadas familias psicosomáticas mexicanas, en este caso de la Ciudad de Morelia, Michoacán, se realizó una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, transversal y descriptiva; participaron 20 familias nucleares con un hijo asmático con edades entre 6 y 12 años; el objetivo del estudio fue caracterizar el funcionamiento y la organización de la familia por su relación con la detonación y persistencia de los síntomas asmáticos en el miembro de la familia que experimenta la enfermedad, los resultados parciales reflejan que 80% de se mostraron poco funcionales en el área de afecto; 60% fueron poco funcionales en la comunicación; y 50% moderadamente funcionales en recursos. (Rodríguez, Kanán, Vázquez, León, Barbosa y Tejeda, 2008)



En otra investigación sobre la dinámica que presentaban las familias psicomáticas, pero considerando diferentes etapas de vida; Espinosa (2004b) se planteó el objetivo de identificar las características y patrones de interacción en 17 familias así como identificar el sistema de creencias que sustentan en relación con la enfermedad y los profesionales de la salud. Las familias fueron canalizadas en su mayoría por médicos.

Los resultados sintetizados mostraron que la mayoría de las familias eran de tipo nuclear y casi todas se encontraban distribuidas en dos etapas del ciclo vital: adolescencia (8) y desprendimiento de los hijos o nido vacío (6). En cada una de éstas se encontró una familia en proceso de divorcio (2). Mientras que dos familias tenían hijos en edad escolar y en etapa de crianza de hijos menores de seis años. En cuanto al sexo del paciente psicosomático, tres eran varones de edades entre 30 y 40 años, y las 14 restantes fueron mujeres de entre 19 y 44 años. Ávila (1998) especifica que de acuerdo al DSM IV, la somatización se considera un desorden que se presenta en etapas tempranas de la vida (<30 años) principalmente en mujeres aunque no exclusivamente, y se caracteriza por la presencia de síntomas físicos múltiples y recurrentes, inexplicados que generan gran interferencia en la vida normal del paciente.

Las principales manifestaciones sintomáticas identificadas comprendieron: migrañas, cefaleas, dolores difusos en el cuerpo, mareos y náuseas, insomnio, problemas gastrointestinales, alteraciones menstruales, úlcera, hipertensión arterial, obstrucción de la laringe, sensación de angustia y diabetes. Cabe destacar que esta población fue canalizada por médicos internistas del Seguro Social (institución de salud pública en México), ya que no respondían al tratamiento de la forma esperada.



De acuerdo a la literatura (Minuchin, Kornblit y Onnis, op, cit.) en todas las familias se detectaron patrones de interacción con rasgos de sobre involucramiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos. Sin embargo los cuadros psicossomáticos más frecuentes e intensos se presentaron en las familias con hijos adolescentes y las del nido vacío, donde además se vivía el estrés por los divorcios en curso.

Las manifestaciones relacionales en esos grupos fueron las siguientes: perturbación de los límites donde las familias nucleares parecían incapaces de determinar límites claros y flexibles entre ellos y la familia de origen, incluso de ambos progenitores. Estos límites difusos se hacían evidentes de manera constante, ya que generalmente privaban los valores del grupo sobre los individuales, asimismo se observó una continua intrusión de unos miembros con otros (pensamientos, sentimientos, conductas). Los roles no estaban bien perfilados, se modificaban con frecuencia y de forma azarosa, por ejemplo: hijos parentales, padres con deficiencia jerárquica. El papel del paciente psicossomático parecía ambivalente entre pacificador-provocador. La tendencia a la sobre involucración se reflejó incluso como una inclinación al hacinamiento y miedo a estar solos, por ejemplo aglutinarse en una recámara, aunque el espacio físico de la casa no lo justificara. Todas las familias mostraron patrones de sobre involucramiento, más obvios en las familias con hijos pequeños, aquí debería considerarse propio de la etapa, por tanto funcionales (Pardo, 1987).

Donde sí se perfilaron perfectamente los roles protectores, disculpadores, con un alto grado de solicitud e interés recíproco fueron en las familias en fase de desprendimiento donde hay hijos solteros mayores de 28 años que son pacientes psicossomáticos, aparentemente la somatización permite a los familiares expresar



sus miedos y angustia, bajo el marco protector de la enfermedad y al mismo tiempo las conductas solícitas ahogan los posibles reclamos y fomentan la dependencia. Los patrones rígidos están casi siempre en la organización de las familias estudiadas, si bien presentan un discurso colaborador, las normas saltan como bloques de concreto inamovibles, conceden pero no acceden. Se observaron relaciones más de tipo complementario rígido en el subsistema conyugal.

En 13 de las 17 familias se encontró que establecen relaciones escasas y lejanas con los grupos extra familiares, incluso reportan no tener amigos ni interés de ampliar su campo relacional. Se muestran suspicaces y viven bajo un clima de desconfianza. Se imponen en su lenguaje frases como “debe de...”, “siempre ha sido así...” “no es posible...”

Las coaliciones (encubiertas) proliferaron y, en el manejo del conflicto la baja tolerancia hacia la confrontación se evidenció con técnicas de desviación mediante la triangulación, o el señalamiento de algún miembro de la familia (cónyuge, hijo o paciente sintomático) como la causa de los problemas familiares. Otro de los estilos favoritos fue el negar o minimizar los conflictos cambiando el tema, así como la negativa de todos de asumir el papel dominante y la responsabilidad personal, dispersando la tensión y solución de conflictos a través del juego “no tengo la culpa ni te la hecho”.

En las familias con una persona psicósomática adulta casada, los triángulos incluían a un miembro de la familia de origen o política en la familia con hijos escolares, en cuatro familias con hijos adolescentes y en otra viviendo el desprendimiento de los hijos al mismo tiempo que afrontando las crisis de la jubilación y divorcio, las triangulaciones incluían a los hijos, se presume aunque no se pudo corroborar



con una evaluación médica, que ellos estaban también iniciando su carrera psicosomática.

El sistema de creencias de estas familias giró sobre su identidad o visión como familia y/o paciente identificado y los atributos y fuerzas de la familia-enfermedad. Ejemplos: “nadie debe lastimar (emocionalmente) a otro”, “la salud es lo primero si no se tiene no puedes hacer nada” “nadie te quiere más que tu familia” “entre las familias no debe haber secretos” “si no estuviera enfermo podría decirle las cosas” “no me gusta estar así pero me siento incompetente y débil ante mis problemas de salud” “no me explico por qué me pasa esto” “si alguien se enferma es prioritario atenderlo” “cuando él (ella) esté bien podrá, hará, etc.” “creemos que ha de ser (lo psicosomático) algo físico” “no es algo que pueda controlar”, entre otros.

Se destacan las creencias populares acerca de las enfermedades psicosomáticas y los problemas que se encuentran en el intento de hacer una lectura sistémica. Primero, hallaremos un largo historial familiar de intervenciones somáticas, en el cual, médicos, psiquiatras y profesionales de la salud habrán hecho lo posible por tratar el problema. Ante la ineficacia de sus tratamientos, pueden terminar por calificarlo de intratable o crónico. Esto hace que las familias lleguen desesperadas a terapia como última alternativa, reclamando una solución. En esta situación, la figura del terapeuta utiliza como unidad de análisis e intervención a la familia como otra forma de buscar, auscultar y entender la enfermedad.

CONCLUSIONES

Conforme se ha ido avanzando en el campo de las relaciones humanas, las ciencias de la salud han incorporado diferentes planteamientos que apuntan (unos más otros menos) hacia una concepción del individuo como ser social, así el foco se traslada de los individuos a los sistemas que los comprenden y a las situaciones en las





que participan. El que se subraye la importancia del contexto familiar no significa subestimar o minimizar la presencia o influencia de la alteración biológica, significa en cambio evidenciar como lo demuestra la experiencia clínica, que el dato biológico no es suficiente para dar la razón de toda la realidad del fenómeno. Esto lo expresa Onnis (op cit) avalando el trabajo con familias, donde ésta trasciende los límites de la persona aislada y a pesar de ello es lo bastante pequeña y suficientemente delimitada por lo que sirva de unidad de investigación.

Es importante señalar las coincidencias en los resultados de las investigaciones realizadas en familias mexicanas (Espinosa, 2004a, Espinosa 2004b, Rodríguez y cols. 2008) y que corresponden con las principales características reportadas por otros autores en las familias psicósomáticas: rigidez, sobreprotección, evitación de conflicto y aglutinación. Esta dinámica causa poca eficacia en cuanto a la demostración del afecto y para sustentar la comunicación, lo anterior se traduce en una permanencia de sentimientos negativos que repercute en la pobre utilización de recursos para salir adelante y, en ocasiones, se desconoce la existencia de éstos.

Por tanto, se ha incorporado en la práctica clínica y en la investigación con familias nacionales, enfoques que propicien el reconocimiento y la aplicación de los recursos familiares (Espinosa, 2013, Walsh, 2002), ante la presencia de carencias o pérdidas como la muerte, la discapacidad y la enfermedad.

Se reconoce que existen múltiples variables: las relacionadas a la enfermedad en sí misma, al psiquismo e historia de vida personal; otras más que conciernen a la dinámica y estructura familiar particular, en diferentes etapas y momentos vitales y ciertas condiciones socioculturales y económicas, inclusive.



En cuanto a una visión de género, permite comprender que la subjetividad no es idéntica entre las personas, ni entre los grupos y tampoco, obvio es señalarlo, entre mujeres y hombres. La particular construcción de género de mujeres y hombres hace que ellas y ellos desarrollen subjetividades genéricas y personales específicas (Lamas, 2003). Cada quién aprende según sus posibilidades – y contexto- y cada quien internaliza, asume en grados diferentes, el conjunto de mandatos de género, los cumple o los desobedece. Por eso los cambios genéricos son, además de cambios identitarios, cambios en la subjetividad, como se apreció en las diferencias entre hombres y mujeres ante los procesos de salud-enfermedad, en este estudio. Finalmente, como terapeutas familiares, se reconoce que la terapia es en sí misma una opción política contextual que va a estar continuamente filtrada y estará, a su vez, filtrando las premisas culturales, incluyendo aquellas que se refieren a las relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres que históricamente se han establecido entre ellos. No se debe ignorar las fuerzas sociales, donde en lo individual y como equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, otros) se participa muchas veces de manera inadvertida, en el mantenimiento de sus consecuencias negativas y de la perpetuación de las relaciones de poder que ponen a algunas personas en desventaja con otras, por ejemplo: sanos/enfermos, especialistas/pacientes, hombres/mujeres, entre otras.

Se aprecia que tenemos reflexiones por hacer, premisas que cuestionar sobre la manera particular del hombre de vivirse y sujeto de historia, ante el modo específicamente humano de enfermar, y por supuesto sobre las acciones emociones y cogniciones que guían nuestra labor profesional .

REFERENCIAS

- Andolfi, M. (1991) Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicología relacional. Buenos Aires: Amorrortu
- Ávila, A. (1998). Proceso psicosomático y personalidad considerados desde las técnicas proyectivas. Conferencia Magistral (notas) en el XIII Congreso de la





S.E.R.Y.M.P.

- Bloch, D. (2001). Mental Health and Family Therapy. Conferencia dictada en 23^a. Annual Meeting of the American Family Therapy Academy, 27 al 30 de junio, Miami Beach, Fl. Organizada por American Family Therapy Academy
- Burman, B. y Margolin, G. (1992). Analysis of the Association between marital relationship and Health Problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, Vol. 112, no. 1, 39-63
- Castro, R. y Bronfman, M. (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En J. Figueroa (Comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la Salud*. México. El Colegio de México
- Díaz Curiel, J. (2000). El modelo de funcionamiento familiar psicossomático: estudio en familias de niños con artritis reumatoide juvenil. *Psiquis* 21, (6): 293-300.
- Epps, S. y Jackson B. J. (2000). Empowered families, successful children. En: *Early intervention programs that work*. Washington DC: American Psychological Association. 135-162
- Espinosa, S. R. (2004a). Características relacionales en familias psicossomáticas. *Revista SEFPSI*, Vol. 7, Números 1-2, 53-62
- _____ (2004b). Los factores de género en la enfermedad crónica y la discapacidad. *Alternativas en Psicología*. Año IX, No. 10. Agosto-Septiembre, 82-93
- _____ (2013). Recursos resilientes en familias mexicanas. PAPCA Proyecto financiado UNAM FES Iztacala
- Gergen, K. J. (1999) *Realities and Relationships: soundings in social construction*. United States of America: Harvard University Press
- Kindlon, D. y Thompson, M. (2008). *Educando a Caín*. Buenos Aires-México: Atlántida



- Komblit, A. (1997). Somática Familiar: enfermedad orgánica y familia. España: Gedisa
- Lamas, M. (2003). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM PUEG
- Minuchin, S. (1990). Familias y Terapia Familiar. México: Gedisa
- Navarro, J. (1992). Técnicas y programas en Terapia Familiar. España: Paidós
- Oks, H. (2001). Enfermedad crónica: un abordaje clínico que promueve el desarrollo de la voz. *Sistemas Familiares*, 17(3), 5-12
- Olson, M. (1997). “Conversación” y “texto”: dos lenguajes para una perspectiva de la terapia que sea sensible al género. En Marcelo Pakman (comp.) *Construcciones de la Experiencia Humana. Vol. II.* España: Gedisa, 195-243
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos. España: Paidós
- Pardo, M. (1984). A systems approach toward understanding Mexican psychosomatic families. Tesis doctoral. Columbia Pacific University
- Ramos, C. (1991). El género en perspectiva. De la dominación universal a la representación múltiple. México: UAM-I
- Rausch, H. C. y Bay, L. (1993). Anorexia nerviosa y bulimia. España: Paidós
- Rodríguez, R., Kanán, G., Vázquez, E., León, A., Barbosa, C. y Tejeda., R. (2008). Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicossomática con un hijo asmático. *Salud Mental* 31(1), 63-68
- Rolland, J. (2009). Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. España: Gedisa
- Schmaling, K. B. y y Sher, T. G. (1997). Physical health and relationships. En W. Kim Halford y Howard J. Markman. *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention.* Nueva York: John Wiley and Sons



Selvini, M., Cirillo, S. y Sorrentino, A. (1990). Los juegos psicóticos de la familia.

España: Paidós

Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice

Applications. *Family Relations*, 51, 2, 130-138.

White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. España:

Paidós.

White, M. (2002). Reescribir la vida. España: Gedisa

EL ESTUDIO DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL

María Luisa Rascón Gasca y Marcelo Valencia Collazos

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los años 50, la consideración, atención y el trato a la familia que tiene un integrante con trastorno mental han tenido cambios, ya no se culpabiliza y se ha descartado el papel de la familia en la etiología del trastorno mental.

La evolución en el tratamiento médico y psicosocial ha sido relevante orientándose los esfuerzos a la integración de modalidades en el servicio de salud mental, del equipo profesional que brinda atención y de la parte social en la reinserción en la comunidad. Sin embargo, en nuestro medio social hay necesidades que aun no han sido atendidas en lo que refiere a los familiares de personas con trastorno mental, como el adiestramiento para ser cuidadores y agentes comunitarios ya que en ella recae la responsabilidad del seguimiento y de la atención.





Actualmente se estima que 450 millones de personas en el mundo sufren de alguna forma de trastorno mental; de estas alrededor de 24 millones padecen esquizofrenia, la cual se presenta de igual manera entre hombres y mujeres (OMS, 2004); se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. (Pai y Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield y Harvey, 1994; citados en OMS, 2001).

La evidencia resultante del estudio de la OMS (2001), indica que muchos países no están preparados para hacer frente al aumento previsto de los trastornos mentales y conductuales a nivel mundial por falta de políticas, programas y recursos, donde 41% no disponía de una política de salud mental; 25% carecía de legislación sobre salud mental; 28% no poseía un presupuesto independiente para la salud mental; 41% no disponía de centros de tratamiento para los trastornos mentales graves en el ámbito de la atención primaria; 37% carecía de centros de atención comunitaria; y 65% de las camas para enfermos mentales se encontraban en hospitales psiquiátricos. El incremento de la necesidad de ayuda para las personas con esquizofrenia y sus familiares, la falta de recursos no son las únicas dificultades que hay que superar, también es necesario eliminar el estigma social que rodea a estas patologías.

En este capítulo se exponen resultados de investigación desde el método cualitativo y cuantitativo, se presentan las principales aportaciones de estudios de la familia de pacientes con esquizofrenia y de otros trastornos mentales, realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en los últimos 16 años. Debido a la gran cantidad de datos con los que se cuenta y tomando en cuenta el espacio para incluir la información, solamente se presenta una recopilación resumida de algunas aportaciones, considerando que la mayoría de los resultados



de estas investigaciones ya han sido publicados en revistas científicas nacionales e internacionales, así como en libros de esta área de estudio.

Necesidades clínicas y sociales de los familiares de pacientes con esquizofrenia

Conocer las principales necesidades clínicas y sociales a las que se enfrentan los familiares de pacientes con esquizofrenia fue el objetivo desarrollado mediante la investigación cualitativa, a partir de grupos de discusión para cada unidad de estudio: pacientes y familiares.

En los grupos de discusión se abordaron diversos temas, como la concepción y significado que tiene cada uno de la esquizofrenia; las creencias que hay en torno a la enfermedad mental; las principales necesidades y dificultades a las que se han enfrentado como familiares y personas con la enfermedad; se abordó también la temática del estigma, la discriminación social, el problema de la falta de integración social y laboral que existe actualmente en pacientes con este diagnóstico.

El procedimiento se hizo a partir del análisis de las transcripciones de las grabaciones de los grupos de discusión, después se estructuraron los principales ejes temáticos; se seleccionaron algunos fragmentos del discurso de los familiares y personas con la enfermedad que se consideraron representativos en lo concerniente a la temática del presente capítulo, para articular finalmente dicha información mediante contenidos teóricos.



Se encontraron los siguientes resultados:

Datos Demográficos

1) Familiares de personas con esquizofrenia (F)

Ocho familiares (siete mujeres y un hombre); seis fueron madres, una hermana y un padre. Promedio de edad de 59.4 años, 55.6% eran solteros y 44.4% casados. Nivel educativo: el 12.5% estudió secundaria, 33.3% preparatoria y 55.6% estudió uno o más años de la universidad. El 77.8% reportó tener una actividad remunerada y 22.2% no remunerada (se dedicaban al hogar). 44.4% de los familiares convivía con su familiar enfermo todo el día. Uno de los familiares veía al paciente sólo por la tarde, y el resto (44.4%) lo veían un rato en la mañana, por la tarde o por la noche.

2) Personas con esquizofrenia (P)

Ocho pacientes (una mujer y siete hombres). El promedio de edad fue de 38 años; desviación estándar 4.4. El 87.5% eran solteros y sólo uno vivía con su pareja; el 50% tuvo estudios de nivel medio superior y 50% uno o más años de la universidad; 37.5% estaba desocupado y 50% tenía una ocupación; 37.5% estudiaba y sólo uno tenía trabajo; 75% de los pacientes del grupo vivía con ambos padres; uno vivía solo y otro vivía con su pareja.

Los resultados categóricos de los familiares fueron

1) NECESIDAD de Información: Actualmente existe una gran necesidad de información sobre las enfermedades mentales en todos los sectores de la sociedad, lo cual dificulta la búsqueda de atención oportuna y, como consecuencia, hay una cronificación y deterioro de los enfermos. Además, el desconocimiento general sobre las instituciones y hospitales donde se atienden los diferentes trastornos mentales hace que los pacientes y sus familiares no sepan a dónde acudir para obtener un diagnóstico y proceder al tratamiento adecuado. A su vez, la falta de información



promueve el estigma y la discriminación hacia los pacientes con esquizofrenia, razón por la cual se crea una barrera para el proceso de entendimiento, comprensión y aceptación de la enfermedad y dificulta la integración social.

2) NECESIDAD de atención integral: Se ha demostrado que para una verdadera integración social de los pacientes con esquizofrenia es necesario implementar nuevas formas de abordaje basadas en un tratamiento integral que incluya el tratamiento médico-psiquiátrico, la atención a la familia y dos o más modalidades de intervención psicosocial, como apoyo psicoterapéutico individual o grupal, psicoeducación, terapia ocupacional, inducción laboral, etc. (Díaz y cols., 2005). Sin embargo, en muchas instituciones no existe un verdadero tratamiento integral donde se complemente el tratamiento farmacológico, psicológico, psicosocial y familiar y, de esta manera, se cubran las necesidades de los pacientes a largo plazo.

3) NECESIDAD de servicios comunitarios: A pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchas de las personas que viven con esquizofrenia presentan variados déficits y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria. Por ello, se necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares (Rodríguez, 2004). Requieren los familiares ser tomados en cuenta en los servicios, que existan grupos de apoyo comunitarios para situación de crisis, de reinserción laboral y social.





4) NECESIDAD de abatir el estigma y la discriminación. Se perciben los familiares maltratados y discriminados tanto por el personal de los servicios de salud general como por los de salud mental, además la estigmatización es percibida y sentida por demostraciones de la sociedad en general, en medios de comunicación y por sus mismos familiares.

Se concluye la necesidad de incorporar a los pacientes y a sus familiares a un modelo de atención caracterizado por la asistencia médica integrada en un modelo interdisciplinario colaborativo en el que es imprescindible llevarlo a cabo en la comunidad. Se identificó la necesidad del combate al estigma y discriminación, destacando la autodiscriminación del paciente, de la familia y de los profesionales al tener relación con la enfermedad mental. Evitar contribuir al estigma es importante mediante la información adecuada de lo que son las enfermedades mentales, al permitir la prevención de situaciones de rechazo creando conciencia, siendo más fraternos y facilitando la pronta integración a la vida cotidiana de las personas con enfermedad mental. La familia actúa como nexo entre el enfermo y la sociedad, favoreciendo su integración. (Rascón et al, 2010)a. Además, la familia es crucial en el control terapéutico del enfermo, ya que el índice de incumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes con enfermedades mentales es muy elevado y puede llegar hasta un 75% (Lieberman et al, 2005). Si se lograra el cambio de la política asistencial actual de los psiquiátricos al modelo comunitario, los cambios beneficiarían a los pacientes, a las familias y a toda la sociedad. El énfasis en la prevención primaria y secundaria en la atención socio-sanitaria, posiblemente incidiría en favorecer menor discapacidad y facilitaría el mantenimiento de estos enfermos en dispositivos más normalizados.



Carga familiar y trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia

Al estudiar la relación entre los familiares y la persona con esquizofrenia, se sostiene que están involucrados ambos en el cuidado y la evolución de la enfermedad. El término Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente.

El conocer la frecuencia de los trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares cuidadores primarios informales (FCPI), relacionados con la experiencia de ser cuidador de su pariente con esquizofrenia en México puede ser importante, considerando que el conocimiento de estos aspectos puede ayudar al bienestar del paciente y por lo tanto a realizar un mejor manejo y evolución de la enfermedad. Para conocer estos aspectos se llevó a cabo un estudio descriptivo, correlacional, transversal y ex-post-facto, de una muestra no probabilística y de tipo circunstancial, que incluyó a 131 FCPI, a quienes se les aplicó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (The Compositive International Diagnostic Interview version 1.0 (CIDI) (Witchen et al, 1991); y la Cédula de Evaluación de la Conducta Social (Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) (Platt et al, 1980). La información clínica, respecto al promedio de recaídas con hospitalización de los pacientes fue de 1.6 veces \pm 0.90 en los dos años anteriores al momento de la valuación del FCPI; 58% de los FCPI reunió criterios para algunos de los trastornos psiquiátricos explorados por el CIDI, con un rango entre uno a cuatro diagnósticos: trastornos depresivos (20.6%), trastornos con etanol (9.9%) y trastornos disociativos (7.6%). La depresión fue el trastorno más frecuente, principalmente en las mujeres, seguido por el abuso o dependencia al alcohol que fue más frecuente en los familiares varones.





Las enfermedades físicas detectadas en los FCPI fueron agrupadas de la siguiente manera: del aparato digestivo 15.3%, cardiovasculares 13%, endócrinas 9.2%, del sistema óseo 9.2%, neurológicas 5.3%, cáncer 4.6% y el resto (43.4%) se distribuyeron entre las enfermedades respiratorias, infecciosas, alérgicas y auto-inmunes. Los FCPI reportaron alguna enfermedad física (48%) y algún trastorno emocional (74%) relacionado con el padecimiento del familiar con esquizofrenia. Las variables que se asociaron con los trastornos en los FCPI fueron la presencia de conducta sintomática en el paciente, el número de años de evolución de la enfermedad y el número de hospitalizaciones; $r = 0.38$; $p > 0.000$. (Rascón et al, 2010.b)

La expresividad emocional en la familia

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes utiliza un concepto denominado Emoción Expresada (EE) en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento que uno o varios de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas o más semanales. Brown, et al (1972); Vaughn y Leff, (1976); Leff y Vaughn, (1981), Leff, y cols (1985), Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo, los cuales son percibidos en general como estresantes, pero también pueden ocurrir aspectos positivos como la calidez. La crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente y que se describen de la siguiente manera:



a) La crítica.- Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.

b) El sobreinvolucramiento o sobreprotección.- Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar; está compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, es similar al trato que generalmente se le da a un niño sobreprotegido, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

c) La hostilidad.- Se presenta cuando existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y algunas veces para comprender la situación del familiar enfermo.

El propósito de este trabajo consistió en mostrar la relación entre el tipo de Emoción Expresada (EE) (tanto Alta como Baja) por el familiar responsable (FR), y la Conducta Sintomática (CS), así como con el Funcionamiento Social (FS) del paciente con esquizofrenia. Se planteó también un modelo conceptual para evaluar los factores predictores de la EE Alta.

Se utilizó un diseño transversal de una muestra no probabilística y de tipo circunstancial, la selección fue de manera secuencial, los sujetos de estudio fueron 33 familiares responsables de pacientes con esquizofrenia, que asistían a la consulta externa de la Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México. Los instrumentos empleados fueron:

1. Cédula de evaluación de la conducta del paciente (SBAS) (Platt et al, 1980)



y 2. Cuestionario encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE). (Guanilo et al, 1993).

Los resultados indicaron que los familiares con EE Alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, en tanto que los familiares con EE Baja reportaron más miedos o temores, olvidos, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas de las personas enfermas. En los familiares con EE Baja se observó un mejor funcionamiento en el desempeño de tareas domésticas, en la demostración de afecto, en las actividades realizadas en el tiempo libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el informante y el paciente.

En los familiares estudiados destacó la EE Alta en cuatro de diez familiares, y el componente característico fue el sobreinvolucramiento, que incluyó aspectos de sobreprotección, consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación, similar al trato que normalmente se le da a un niño, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable.

El modelo de estudio demostró que la mayor presencia de conducta sintomática y un menor nivel de funcionamiento social del paciente, fueron variables predictoras de una interacción familiar con características de mayor demostración de crítica, hostilidad y/o sobreinvolucramiento, que explicó 46% de la varianza con niveles de significancia estadística (Rascón et al, 2008).

Los beneficios de la psicoeducación en los familiares de personas con trastornos mentales

La psicoeducación incluye dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados intrínsecamente y hacen referencia a la educación que se ofrece a los familiares



y a las personas que sufren de un trastorno psicológico, La meta es que tanto el familiar como el paciente entiendan y sean capaces de manejar la enfermedad. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con una visión a largo plazo.

La finalidad de la psicoeducación es aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad. Se sabe que un mayor conocimiento permite a las personas con trastorno mental y a sus familiares y amigos afrontar la enfermedad de manera más efectiva, otro beneficio importante es el combatir al estigma (Uribe 2007). También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, aislamiento, entre otros aspectos (Rascón et al. 2012).

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un curso denominado de “Familia a Familia” (FaF) desarrollado por La Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales (NAMI) para familiares de personas con trastornos mentales como: Depresión severa, trastorno bipolar, fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y dual, que asisten a Voz Pro Salud Mental, en México, DF. El estudio fue de prueba-posprueba de 12 grupos de familiares, los participantes $n=450$, fueron evaluados al inicio y después de tomar el curso psicoeducativo, mediante el instrumento Voz Pro Salud Mental (VPSM-INPRF) por medio del cual se evaluaron los cambios respecto a los conocimientos, las actitudes, y la aceptación acerca de la enfermedad mental. La investigación se desarrolló en dos fases: Primera fase, para la prueba del instrumento se consideró el contenido del curso, examinado por jueces, posteriormente se probó su confiabilidad para la población con un Alpha de Cronbach de: 0.840. La segunda fase, consistió en la



aplicación prueba-postprueba a los participantes que asistieron a los cursos. Dentro de los resultados se encontró que el curso de Familia a Familia (FaF) generó un cambio significativo al final del mismo en los sentimientos de los familiares participantes T: -2.34, p:.02, respecto a la actitudes evaluadas destacaron el sobreenvolucramiento Z: 3.43, p:.000; la crítica, Z. 2.30 p:02; el enojo Z: 2.66 p:.00; la preocupación Z: -2.93 p:.00; y el cambio en el nivel promedio de conocimientos media Pre: 4.29 DE: 2.39 y la media Postprueba 6.81 DE: 1.88. En cuanto al proceso de aceptación de la enfermedad se presentaron avances importantes: desde el rechazo de la enfermedad por los familiares (Ingreso (I):9.6%, y Egreso (E): 3.0%); el regateo (I:32.4%; y E:28.4%); la culpabilidad (I:11.8%, y E: 6.0%) sentirse tristes y derrotados (I:47.1% y E: 24.6%); otro paso fue el reconocer considerarse agobiados (I:43.4% y E: 30.8%); hasta diversos pensamientos optimistas y aceptar la oportunidad de una vida digna aún con la enfermedad para su familiar (I:89.7%, el E= 56.7%); y el constatar que el padecimiento del familiar ya no le produce dolor (I:36% y E:56.7%). Respecto a los sentimientos de los familiares se encontró T: -2.34, p: .02. (Rascón et al, 2009)

Los resultados revelan que es necesario considerar a la familia en el proceso de la enfermedad como un socio activo indispensable así mismo como una persona a la que se debe ayudar a enfrentar con habilidad la solución de problemas relacionados con la convivencia entre cuidador y enfermo. Se ha observado que la implicación familiar, favorece la evolución del paciente, ya que la continuidad del tratamiento es más sostenible y el pronóstico se hace favorable.

Otra de las aportaciones de la intervención psicoeducativa en los familiares es que se motivan para crear redes sociales de apoyo a tal grado, que se han formado diversas asociaciones de familiares que sirven de apoyo para los pacientes y sus



familias. Algunas de ellas son: Asociación de familiares, amigos y personas con esquizofrenia: AFAPE, Asociación de amigos al arte: Am`ARTE y, a su vez, el interés por participar e integrarse a la asociación de familiares y usuarios de la red nacional Voz Pro Salud Mental.

De todas estas investigaciones incluidas en el presente capítulo se pueden destacar los puntos siguientes:

- La intervención familiar contribuye a menores tasas de recaídas y a un menor número de re-hospitalizaciones que tienen efecto sustancial en el ahorro económico; tanto para las familias como para la institución de salud mental.
- Como resultado de las intervenciones familiares la carga emocional percibida en los familiares fue menor, así como los cambios en la expresión emocional (EE).
- La mejoría no se centra únicamente en el funcionamiento del usuario, sino de todos los miembros de la familia.
- Cuando la familia se involucra de manera informada mejora la adherencia a la medicación prescrita.
- En México como en otros países de Latinoamérica, los diferentes tipos de intervención corresponden a características particulares, producto de su contexto histórico, político, social y cultural específico. En México se ha desarrollado el trabajo institucional central, así como el avance en el trabajo comunitario.

CONCLUSIONES

Desde el momento que un integrante de la familia ha sido identificado como una persona con un trastorno mental, tanto el paciente como su familia invariablemente pasan por un proceso que puede incluir diversos momentos de crisis, cuando reciben el impacto del diagnóstico, el proceso de aceptación o rechazo del



mismo, la posible culpa acerca de la aparición de la enfermedad, las perspectivas inmediatas y futuras respecto al manejo de la enfermedad, la connotación social del diagnóstico y sus implicaciones en amigos y conocidos de la familia, así como la afectación en las relaciones laborales, el costo del tratamiento en cuanto a medicamentos consultas, y terapias, el estigma, la discriminación, y la carga económica, emocional, física y social para la familia. También implica un recuerdo de todas las vivencias, complicaciones y vicisitudes experimentadas por la familia antes del inicio de la enfermedad, conocida como la fase prodrómica, considerando como la mejor opción para resolver esta situación, la búsqueda de atención profesional con especialistas en salud mental. Si ha ocurrido un brote psicótico, que implique que el paciente se torne agresivo y pudiera hacerse daño a sí mismo o a los demás, será necesaria la hospitalización con todos sus beneficios y complicaciones. Si por el contrario no hay peligro, es necesario igualmente buscar ayuda profesional. La búsqueda de atención es un elemento importante, lo deseable es que pudiera ser inmediatamente al momento de la aparición de la sintomatología, pero generalmente no es así. De acuerdo a la Secretaría de Salud, el tiempo que tardan los familiares de personas con trastornos mentales en llevar a su pariente enfermo para que reciba atención especializada es de 8 a 15 años (Vitela, 2006), otros han reportado el tiempo en hasta dos años (Valencia et al 2001). Esto se puede deber a la falta de información y al desconocimiento de donde llevar a su familiar enfermo para que reciba atención. Clínicamente se considera que mientras más tiempo tarden los pacientes en buscar atención, el pronóstico respecto a su recuperación puede ser más complicado. Cuando no hay conciencia de la enfermedad, o bien una negación de la misma y la familia no quiere apoyar al paciente el panorama puede ser muy desalentador. La realidad es que la familia va experimentando una serie de cambios y ajustes a muy largo plazo, sobre todo cuando se trata de padecimientos mentales crónicos.



Se ha encontrado que los trastornos mentales tienen un componente biológico, psicológico y social, que deben ser tomados en cuenta en el tratamiento integral del paciente en el cual varios aspectos deben ser considerados como: el paciente, el equipo de tratamiento, la familia y el escenario en donde se realicen las intervenciones que generalmente pueden incluir la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales. Desde los años 50, se han desarrollado una gran variedad de terapias psicosociales como el aprendizaje de habilidades psicosociales (Valencia et al 2003; Bellack et al 2004; Liberman 2008; Valencia et al 2010; Valencia et al 2012 a, b); manejo de la enfermedad (Atkinson et al 1996; Mueser et al 2002 terapia psicológica integrada (Briand et al y cols 2006; Roder et al 2006), terapia cognitiva (Velligan et al 2006; Bell et al 2009), psicoeducación a la familia (Bauml et al 2006; Xia et al 2011).

Cada vez se pone más énfasis en que el manejo, así como la implementación de diversas modalidades de intervenciones, debe realizarse en la comunidad, un ejemplo de ello, es el programa de prevención de recaídas (Godoy et al 2012); de reinserción laboral (García, 2012); rehabilitación en contextos domiciliarios (Moriana et al, 2012); tratamiento asertivo comunitario (Bond et al, 2001), tratamiento familiar basado en la información cultural Weissman et al, 2012) o el que realiza Voz Pro Salud Mental en México (2012). El hospital psiquiátrico antes considerado como el eje principal de las actividades clínicas y terapéuticas, ha cambiado sus funciones a dar en la actualidad, atención por medio de la Consulta Externa, a pacientes que se encuentran en la comunidad, o bien hospitalizar a los pacientes por periodos muy breves de tiempo, alrededor de un mes, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, por lo tanto en las últimas décadas ha habido una transición del hospital psiquiátrico a la comunidad.





En el esquema actual de salud mental, la familia ha tomado un rol protagónico ya que no se la considera como parte del problema, siempre y cuando acepte colaborar, sino más bien como una parte importante de la solución que puede ayudar de una manera considerable en la recuperación del paciente y por lo tanto en la tranquilidad de la familia. Por diversas razones, ha ocurrido un cambio en la actitud de las familias, las cuales piden una participación más activa en el proceso de tratamiento de su pariente enfermo, hacen un esfuerzo meritorio para estar más informadas respecto al manejo de la enfermedad, sobre todo considerando que hoy en día el acceso a cualquier tipo de información es más fácil con el uso del internet, o con toda la información disponible para familiares como la proporcionada por la National Alliance on Mental Illness (NAMI) de los Estados Unidos. La buena noticia es que ahora tenemos familiares mejor informados que se han convertido en el mejor aliado del equipo de tratamiento y esta alianza repercute favorablemente en la mejoría y bienestar de los pacientes. Su participación en cursos psicoeducativos, también ha permitido a los familiares, realizar un manejo más conveniente cuando se presentan eventos negativos como: la exacerbación de síntomas, cuando no hay una buena respuesta al tratamiento farmacológico, o ante la posibilidad de una recaída, reconociendo las señales de alarma, o en la eventualidad de una rehospitalización. Existe una mayor sensibilización en los familiares en cuanto a utilizar la comunicación como la mejor herramienta para promover el diálogo y buscar la resolución de problemas y conflictos en la familia.

Otro aspecto positivo es que actualmente los familiares se han organizado en diversos grupos de apoyo a los pacientes y a los mismos familiares, esto ha ayudado a que una familia afectada por un familiar con un trastorno mental no se sienta sola con el problema, sino más bien acompañada por otras familias con problemas similares. Compartir los problemas puede ayudar a que las familias se sientan



comprendidas en su problemática y en consecuencia disminuir la carga emocional que implica tener a una persona con un trastorno mental en la familia. Un ejemplo acerca de la importancia de compartir problemas es el libro en el cual se ilustran historias de la vida real desde la perspectiva de los familiares en el cual transmiten sus experiencias y vivencias con personas con trastornos mentales (Backlar, 1994). De lo que se trata es que la familia al participar en diversas modalidades terapéuticas, tenga más herramientas y opciones para enfrentarse a las dificultades que conlleva el manejo de la enfermedad mental. Este capítulo ilustra diversas investigaciones que nos permiten entender que el estudio de la familia de personas con trastornos mentales adquiere relevancia por la importancia que tiene la familia en colaborar y participar en el tratamiento de su pariente enfermo. Un trastorno mental no solamente afecta al paciente, afecta también a todos los integrantes de la familia. Para ser un cuidador responsable, el cuidador debe recibir información sobre la enfermedad y aprender diversas técnicas que le permitan resolver conflictos, manejar crisis, prevenir nuevos episodios y promover la calidad de vida en el paciente y en la familia.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren hacer patente su agradecimiento a los familiares de personas con trastorno mental y al CONACyT por el financiamiento del proyecto con clave 3335-H y 46569-H

REFERENCIAS

- Atkinson, JM., Coia, DA, Gilmur, WH. & Harper, JM. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br. J. Psychiatry*, Vol.168, 199-204
- Backlar, P. (1994). The family face of Schizophrenia. *True stories of mental illness*



- with practical advice from America's leading experts. Tarcher Putman Publisher.
- Bauml, J., Frobose, T., Sibylle, K., Rentrop, M. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, Vol.32, No.S1, S1-S9
- Bell, M., Tsang HWH., Tamasine G. & Bryson GJ. (2009). Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol.35, No.4, 738-747.
- Bellack, AS., Mueser, KT., Gingerch, S. & Agresta, J. (2004). Social skills training for schizophrenia. A step by step Guide. New York: Guildford Press.
- Bond, G.R., Decker, D.R. & Drake, R.E. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, Vol.51, 313-322
- Briand C, Vasiliadis HM, Lesage A, Lalonde P, Stip E, Nicole L, (2006) Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: Clinical outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Jul. 194(7):463-470.
- Brown GW., Birley JLT., Wing JK., (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *Br. J. Psychiatry*, 121, 241.
- Díaz, L. R., Ortega, H., Leños, C., Rodríguez, M. S., Rascón, M. L., Valencia, M., et al. (2005) La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo II, *Revista Salud Mental*, núm. 28, pp. 9-19
- García, M. (2012). La reinserción laboral de personas con trastorno mental grave. En M. Valencia (ed.) *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia*. México: Herder, pp. 363- 393.
- Godoy, JF., Muela JA., Godoy D. (2012). Prevención de recaídas en la



- esquizofrenia. En M. Valencia (ed) Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Herder, pp. 73- 137.
- Guanilo JV, Seclén YM. (1993). Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HDHN. Tesis para obtener el título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú,
- Leff, J. y Vaugh, C. (1985) Expressed emotion in families. New York: Guilford Press, pp.7-25. Leff, J. & Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' Expressed Emotion in Relapse of Shizophrenia: a two year and follow-up. British Journal of Psychiatry, 139,102-104.
- Liberman, R. P. (2008) Recovery from disability Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lieberman, J., Stroup, S., McEvoy, JP., Swartz, M., Rosenheck, RA., Perkins, DO., (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. The New England Journal of Medicine, Vol. 353, Vol. 12, 1209-1223.
- Moriana, JA., Alarcón, E., Herruzo, J., (2012). Rehabilitación psicosocial para esquizofrenia y trastornos mentales graves en contextos domiciliarios. En M. Valencia (ed) Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Herder, pp. 173-207. Mueser, KT., Corrigan, PW. & Hilton, D. (2002). Illness management and recovery From severe mental: a review of the research. Psychiatric Services, Vol. 22, 1272-1284 National Alliance on Mental Illness NAMI; [www.nami.org](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, 2001. Informe sobre la salud en el mundo, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. En red: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf



Organización Mundial de la Salud, 2004 Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Ginebra.

Pekkala, E., Merinder, L. Psicoeducación para la esquizofrenia (2008) Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software

Platt, S., Weyman, A., Hirsh, S., Hewett, S. (1980). The social behavior assessment schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatr*; 15:43-55.

Rascón, ML., Gutiérrez, M. de L., Valencia, M., y Murow E. (2008). Relación entre La emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática De pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Rev. Salud Mental* 31; Mayo-junio p. 205-212.

Rascón, ML., Cámara, G., García, S., Alcantara, H., Sampedro, A., Casanova, L. (2009) Beneficios del Curso Familia a Familia, VPSM-NAMI. Cartel, XXI Congreso Nacional Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C "A mayor conocimiento, menor estigma" Acapulco, Guerrero 13 -17; Noviembre

Rascón, ML., Alcantara, H., Casanova, L. (2010^a) Las necesidades clínicas y sociales de familiares de personas con esquizofrenia en Florencia Peña Saint Martin y Beatriz León Parra (coord.), *Medicina Social en México* 1. Experiencias, subjetividad y salud Ed. EON; ISBN: 978-607-7519-87-4; pp. 89-104.

Rascón, ML., Caraveo, J., Valencia, M. (2010b) Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica*, Vol. 62 N°6; Noviembre- Diciembre, 509-515.

Rascón, M. L., Alcántara, H. (2012) La familia como instrumento para reducir riesgos en la esquizofrenia en M. Valencia, *Alternativas terapéuticas en la esquizofrenia*". México: Herder. Capítulo de libro 7; p.305-330 ; ISBN: 978-607-7727-22-4



- Rodríguez, A. (2004) Módulo II. La integración y coordinación de la atención social Y sanitaria a las personas con enfermedad mental grave y prolongada: modelos, en Plan de Formación. Modelos de abordaje de la enfermedad mental crónica, Dirección General de Servicios Sociales, Conserjería de Familia y Asuntos Sociales. Madrid.
- Roder, V., Mueller, D., Mueser, K. & Brenner, H. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia. Is it effective. Schizophrenia Bulletin, 32, Suppl 1: S1-S93
- Uribe, M., Mora, O., Cortes, A. (2007). Voces del estigma: Percepción de estigma En pacientes y familias con enfermedad mental. Universitas Médica. Vol. 48 N° 3.
- Valencia, M., Ortega, H. (2001). Cap X El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En Ortega, HE. y Valencia, M. (Editores). Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas. Colección de Libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: 399-454.
- Valencia, M., Rascón, ML., Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación Respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Salud Mental 26(5):1-18.
- Valencia, M., Rascón, M.L., Juárez, F., Escamilla R., Saracco, R., Liberman, RP. (2010) Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. Psychiatry, 73, 3, 248-263.
- Valencia, M. (2012) Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. Barcelona: Herder
- Valencia, M., Díaz, A., Juárez, F. (2012). Integration of pharmacological and psychosocial treatment for schizophrenia: the case of a developing country proposal. En Pharmacotherapy. Badria, F. (Editor). InTech Publishers: 41-68.
- Valencia, M., Liberman, RP., Rascón, ML., Juárez, F. (2012). Habilidades



- Psicosociales para la esquizofrenia. En M. Valencia Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Herder, 23 - 71
- Vaughn, Ce., Leff, Jp. (1976). The Measurement Of Expressed Emotion In The Families Of Psychiatric Patients, Clin Psychol, Vol. 15: 157-165.
- Vitela, N. (2006), Trastornos mentales, identifíquelos. Reforma Salud, Marzo, 12-13. Voz Pro Salud Mental en México; www.vozprosaludmental.org.mx
- Weissman, A., Wasserman, S., Duarte, E., Dunham, R., Koneru, V. (2012). Tratamiento familiar para esquizofrenia basado en la información cultural. En M. Valencia, Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Herder, 209-241.
- Witchen, HU., Robins, LN., Cottler, LB., Sartorius, N., Burke, JD., Regier, D. (1991) Cross - Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Multicenter WHO/ADAMHA Fields Trials. Br J Psychiat, 159: 650-3.
- Xia, J., Bertil Merinder, L. & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 37,1, 21-22

FAMILIA, TRASTORNOS MENTALES Y DESARROLLO ESPIRITUAL. UNA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA

Carlos Geovanni Varela Vega

EL CUERPO EN EL ENFOQUE PSICOSOMÁTICO Y LA FAMILIA.

López (2006b; 2011; 2013) considera que el cuerpo es un espacio que se construye en relación a una época, una geografía, a la historia personal y los deseos de un sujeto. En el cuerpo se concretan también los deseos de una cultura que mueven a las emociones expresándose en su movimiento interior; los órganos, las actitudes, los sentimientos están presentes en lo que se hace cotidianamente, la acción, la palabra o los pensamientos de un ser humano. Por ello es posible decir que el cuerpo es una unidad indisociable al interior y al exterior de la piel, una unidad orgánica, emocional y espiritual.

Esta lectura del cuerpo humano tiene similitudes con otras que se desarrollaron en diferentes culturas a lo largo de la historia, en las cuales se consideraba que el cuerpo era





una unidad con la naturaleza, que sus partes tenían correspondencias con las de la Tierra y que esta unidad se expresaba en algo más que interrelaciones de intercambios de energía o materia, sino que tenía una dimensión espiritual. Ejemplos de esto los podemos encontrar en los nativos norteamericanos (Mander, 1994), en las civilizaciones prehispánicas (López, 2008), el taoísmo (Schipper, 2003), en las culturas africanas (Kasanda, 2011) o en las tribus de Oceanía (Le Breton, 2002).

En todos los casos, la ruptura o pérdida de la armonía del hombre con este principio de unidad de la vida, traía consigo la enfermedad y restaurarla requería de una intervención que tocaba las dimensiones de lo corporal, lo emocional, lo social y lo espiritual; los remedios herbolarios se acompañaban de masajes o frotamientos, recomendaciones de convivencia, rezos y peticiones a espíritus de los animales, las plantas o fuerzas de la naturaleza para que ayudaran en la recuperación de un sujeto. Estas prácticas se constituyeron como una serie de tradiciones milenarias, representaron un saber que paso de generación en generación entre individuos con “dones” de curación, los cuales les permitían entrar en contacto con estos espíritus de la naturaleza, los de los muertos, o que tenían habilidades para sentir la energía de los otros y moverla con la finalidad de que alcanzaran la salud (Durán, 2013). López retomó la teoría de los cinco elementos que se basa en la filosofía taoísta para poder dar una lectura al cuerpo humano como una unidad. En esta lógica el movimiento energético del cuerpo es una expresión vital, un movimiento ordenado y complementario de fases de la energía (yin - yang) que se puede ver expresado en la armonía entre frío – caliente, seco –húmedo, tosco – sutil, órgano –emoción (Campos, 2011; Jun & Jing, 2013). Dicho movimiento se concreta en los órganos internos que tienen correspondencias con emociones, agentes de la naturaleza, estaciones del año, sabores, colores y partes del cuerpo (*ver Tabla 1*).



De tal forma que estos agentes pueden tener un proceso armónico que en la lógica de la acupuntura se presentan como un proceso de intergeneración, en esta condición la madera se expande, se bifurca como el hígado que, al igual que los árboles que depuran el aire y brindan oxígeno, depura la sangre y la carga de hierro, la oxigena. Los árboles crecen con decisión y fuerza, esa decisión se expresa en el cuerpo en el trabajo de la vesícula que da esa energía al intestino delgado para la digestión. También es notoria en las articulaciones que permiten que el sujeto se eche a andar, son el soporte de la vida (Durán, 2004; López, 2004; Campos, 2011).

Tabla 1. Correspondencias en la teoría de los cinco elementos.

| Órgano | Emoción | Naturaleza | Estación | Sabor | Color | Sentidos | Partes. |
|----------------------------|----------|------------|---------------|---------|----------|----------|-------------|
| Hígado, Vesícula | Enojo | Madera | Primavera | Ácido | Verde | Ojos | Tendones |
| Corazón, Intestino delgado | Alegría | Fuego | Verano | Amargo | Rojo | Lengua | Vasos |
| Estómago, Bazo-P. | Ansiedad | Tierra | Verano Tardío | Dulce | Amarillo | Boca | Músculos |
| Pulmón, Intestino Grueso | Tristeza | Metal | Otoño | Picante | Blanco | Nariz | Piel y pelo |
| Riñón, Vejiga | Miedo | Agua | Invierno | Salado | Negro | Oído | Huesos. |

Fuente: El autor.

El moverse en la vida con decisión permite que surja la alegría por la existencia que se cultiva en el corazón como un fuego que calienta apaciblemente al cuerpo. En la naturaleza este fuego se genera de la madera y da un calor que permite el espíritu de la comunicación, ya que el fuego une lo existente, como en un incendio en el bosque, el fuego funde todo y crea una tierra fértil que permite la vida. Así unió a los seres humanos alrededor de las hogueras, dando sentido a los hogares y permitiendo la comunicación, el corazón es el órgano del vínculo, de la convivencia



y se expresa en la lengua, en los vasos sanguíneos: la primera nos comunica con otros seres humanos y los vasos comunican nuestras células, tejidos, órganos. El intestino delgado es la cede de ese calor interno que se vincula con lo externo, pues en él se extrae el calor de los alimentos (Idem).

Cuando el fuego reduce las cosas a cenizas surge la tierra, la tierra es el punto de equilibrio, es la firmeza, la templanza, en ella se da la solidez de la vida; en el cuerpo ese proceso se da en bazo-páncreas y el estómago, órganos de la templanza, pues el estómago es la sede de las sensaciones, ahí se da la sensibilidad humana, mientras que el páncreas domina el pensamiento, la creatividad y la fantasía; la armonía entre ambos es el punto medio del temple, entre pensar, decir y hacer; por ello se expresan en la boca y los músculos que son los encargados de ejecutar las ideas del ser humano manteniéndolo en contacto con la tierra, mientras la boca permite decir lo que se hace (Idem).

Cuando la tierra es lo suficientemente sólida y rica da origen a los minerales y metales, estos permiten filtrar, extraer la humedad de la tierra para hacer que brote el agua, que se mueva, permiten el flujo, la renovación; enriquecen con su esencia a aquello que se va, evitan que las cosas se estanquen, le dan un nuevo brillo a la vida, son los depuradores de la existencia; se vinculan al desapego, de la misma forma que el pulmón y el intestino grueso que permiten la circulación de la vida al interior del cuerpo, reciben lo que necesitan y sueltan cuando ha pasado el tiempo en que lo recibido debía permanecer en la vida del individuo. Esa labor de dar, de recibir, de renovarse se expresa también en la piel, juntos permiten dar continuidad a la vida del ser humano que está en renovación constante (Idem).



Como se mencionó, esa depuración dará origen al flujo, entonces surgirá el agua que expresa la voluntad de la vida, pues el agua se acopla a los espacios, se abre camino, es el elemento de la persistencia, encuentra salidas, abre espacios para continuar su movimiento; esa voluntad está también en los riñones y en la vejiga, ellos son la sede de la persistencia en la existencia, cuando el fluir de los líquidos al interior es bueno, la vida entera de la persona lo es, no se detiene en su actividad, persiste, concluye lo que inicia, el individuo está en movimiento constante. El oído y los huesos son también la sede de este espíritu, pues la armonía del oído permite escuchar las señales de la vida que dan la pauta para poder acoplarse, para fluir en ella; mientras que los huesos representan la voluntad de millones de células que se unieron para permitir al ser humano mantenerse firme en la vida, en lo que inicia. Finalmente, éste flujo del agua permitirá otra vez el surgimiento de la madera (Idem).

Pero este proceso que hemos mencionado es solo uno de los movimientos posibles de la energía, hay otros dos a los que denominamos de dominancia y contradominancia, los cuales aparecen cuando está armonía interior ha sido quebrada. La madera puede invadir la tierra y secalarla; la tierra hace lodo al agua y ésta apaga el fuego; el fuego funde el metal que corta a la madera. En el cuerpo humano esto puede representar que una emoción comienza a ejercer un dominio sobre el órgano haciendo que éste altere el proceso de los otros, por ejemplo cuando la ira que se asocia al hígado domina la vida de la persona está va a tener efectos sobre el estómago, una gastritis puede ser la respuesta a un hígado que está constantemente inflamado por el enojo. Si esto persiste, se puede desatar la ansiedad en la persona, puesto que siempre piensa en el motivo de su enojo, lo cual puede afectar al riñón, creando una infección o lo inflama, lo que traerá miedos constantes, pues el pensamiento es el origen de las dudas y las dudas



fácilmente se convierten en miedos e indecisiones. De ahí el movimiento puede irse al corazón creando una baja en la presión arterial, con lo que puede perderse la alegría por vivir pues no hay voluntad, lo que traerá tristeza y un debilitamiento de los pulmones o el intestino grueso. Todo ello será una expresión de dominación de un órgano o una emoción sobre los otros cuando entran al proceso de acumulación o competencia (Idem).

En la última relación (contradominancia) la desarmonía da pie a un daño irreversible, antinatural; la madera por ejemplo agotaría todos los minerales de la tierra. Si estos fueran los dominantes se generarían tantos que apagarían el fuego con su naturaleza fría; el fuego evaporaría al agua; el agua inundaría a la tierra; y la tierra se secaría acabando con la madera. Este proceso es más parecido a lo que experimentamos en los desastres naturales, como un tsunami en el que la tierra es inundada; el cuerpo humano establecería esas relaciones en su interior, esto puede verse ejemplificado en padecimientos como los crónicos – degenerativos, por ejemplo en la aparición de una diabetes en la que el páncreas deja de producir insulina después de un susto (riñón). El cuerpo entonces entra a una fase de degradación que responde a una pérdida de la armonía interior por años, pues para llegar a este movimiento de la energía el cuerpo paso por los otros dos. Lo cual implica que la energía, las emociones tienen una ruta de movimiento al interior y la ruptura de esta armonía altera las rutas creando los procesos de enfermedad, con sus implicaciones en lo emocional, lo orgánico, lo espiritual (Idem).

Esta lectura del proceso corporal ha sido un instrumento interpretativo que le ha permitido comprender a López el cuerpo humano como parte de un macrocosmos, de un contexto histórico y geográfico, en este caso del cuerpo de los mexicanos. A través de una revisión histórica ha podido encontrar esta ruta del movimiento



interior de los cuerpos en relación con las políticas económicas-sociales de una cultura, con la geografía y la alteración de los recursos naturales (López, 2000a; 2000b), con la historia ancestral que nos remite al viaje de las emociones a lo largo de las generaciones (López, 2012); pero también con la pérdida de un proyecto de seres humanos que defiende el principio de la vida en el macro y microcosmos, y de paso, la pérdida de la mística del espíritu humano (López, 2013).

En esta postura que entiende el cuerpo en unidad, es muy importante el principio de la cooperación al interior y exterior del cuerpo, este principio es el que ha posibilitado el surgimiento de la vida en el planeta, el paso desde los primeros organismos unicelulares hasta las complejas formas de vida que compartimos el espacio terrestre en la actualidad (Capra, 1996; Margulis, 1987). La cooperación, la convivencialidad, la otredad o la posibilidad de compartir son el sustento de toda forma viviente, el principio armónico que nos une en la vida o a la vida, el principio del espíritu. Y se trata también de un principio que ha sido abandonado por la cultura occidental, especialmente desde la revolución científica y el establecimiento del positivismo (Capra, 1995; Berman, 2004).

Vivimos en una sociedad que solo ha alimentado el pensamiento, la mente se vive como una entidad ajena al espíritu y los procesos corporales. Ésta alienta al cultivo de emociones como tristeza, enojo, ansiedad o miedo; las transforma en sentimientos que se encarnan por años, echan raíces en los tejidos, algunos ocultos, otros pueden reconocerse a simple vista; alteran el funcionamiento de las células, del tejido sanguíneo. Así, melancolía, angustia, resentimiento, inseguridad se convierten en habitantes del cuerpo que parecieran vivir en él con independencia, decidir, dominar a un sujeto que hace o deja de hacer de acuerdo a sus demandas trastornando su proceso de construcción orgánica, enfermándolo. Mientras tanto,



el resto de sí mismo luchará por mantener la vida en una sociedad en la que la dinámica de alta competencia de las sociedades tecnócratas permite vacíos existenciales producidos por la falta de identificación con los orígenes, con la tierra; los abandonos afectivos y la falta de asideros emocionales, la mercadotecnia que vende ilusiones y paliativos, al igual que la farmacéutica han condicionado formas de vivir y sentir que se han hecho carne (López, 2012).

La familia juega un papel importante a la hora de condicionar la vida, pues sus deseos marcan lo que los ojos de un individuo será capaz de ver en el mundo, marca la frontera entre lo real y lo imaginario, lo permitido y lo no permitido; en el espacio familiar se impregna al sujeto de la moral que habrá de dictar su estilo de vida, lo “correcto o incorrecto”, lo posible o imposible. En sus prácticas se concretarán los discursos hegemónicos de una época. En la familia se asigna un rol, se dice cómo vivir las relaciones intersubjetivas de amistad, filiales o de pareja; se aprende cómo vivir la sexualidad y expresar los sentimientos (López, 2000c). La familia es la circunstancia en la que habita un cuerpo, dónde se construye. Padres y hermanos, en el acontecer cotidiano nos dan un punto de referencia para saber de nosotros mismos o acerca de cómo hacer para saber de nosotros mismos. En el vínculo con ellos se puede tejer el vínculo con nuestro interior (Campos, 2011). Por supuesto que habrá matices dependiendo si se habla de una familia nuclear, extensa, monoparental o de la variedad que se quiera de acuerdo a las posibilidades de su dinámica actual (INEGI, 2011); el caso es que tiene un papel trascendente como institución que institucionaliza las ideologías, las políticas o la cosmovisión de una sociedad en las formas de apropiación de un individuo. La idea de salud y enfermedad, así como de su abordaje se instaurará por esta vía. Una familia puede abrir el abanico de oportunidades a un sujeto para desarrollarse como ser humano, limitarlo u obstaculizarlo en el peor de los casos; lo enfermará si el sujeto no



construye opciones en su espacio corporal. Esto es importante cuando hablamos de los aspectos espirituales que en no pocas ocasiones han sido equiparados a trastornos mentales por nuestra cultura, punto a donde se encamina la reflexión del presente texto (López, 2000; 2006).

Lo espiritual no se equipara a lo mental, sino que se ha reducido a ello ante la imposibilidad de comprenderlo desde el razonamiento científico positivista, sin embargo, hoy día en el consultorio psicológico se pueden ver una gran cantidad de personas que son capaces o tienen un familiar que es capaz de ver, curar, sentir desde su cuerpo-espíritu. Tal es la situación de los casos que más adelante relataré. Aunque antes de ello valdrá la pena establecer qué es lo que se considera enfermedad mental como marco de referencia.

Enfermedades mentales

Son muchos los caminos que la psicología ha andado en su búsqueda por entender la patología mental: El psicoanálisis buscó en los impulsos, deseos y pulsiones inconscientes relacionados al ámbito de lo sexual; Otros buscaron las respuestas en la conducta manifiesta descartando la existencia de los procesos mentales o reduciéndolos a epifenómenos; también se hicieron búsquedas basadas en el estudio estructural o funcional del cerebro; en su bioquímica; o lo más reciente intentos de articulación de sistemas corporales que dieran sentido a la interacción entre emociones, pensamientos y respuestas corporales, buscan comprender las relaciones entre el sistema nervioso, endócrino, inmunológico y los aspectos psicológicos (Caballo, et al. 1995; Bisqueirra, 2000).

Los tratamientos a lo largo de la historia de estas disciplinas van desde la terapia electro convulsiva, el condicionamiento, el análisis, las trepanaciones y quizá lo más socializado en nuestros días, la farmacopea. Los resultados no han sido



favorables ante una alza en los padecimientos y las personas que requieren de algún medicamento o suplemento alimenticio para consumir el sueño, disminuir la ansiedad, alejar la depresión o controlar las emociones (Ilich, 2004).

Las nociones que hemos mencionado parten de una epistemología que fragmenta al ser humano desarrollada luego del renacimiento con el surgimiento del racionalismo, consolidada con el positivismo. A partir de ello se hizo “normal” pensar a la mente como una entidad independiente del cuerpo, como el sujeto que controla al objeto compuesto de carne y hueso desde el cubil encefálico mediante las redes nerviosas distribuidas a lo largo de la nave corporal (Capra, 1995; Berman, 2004; Campos, 2011; López, 2006). Por lo que al hablar de “enfermedad mental”, el médico que receta el rivotril ante un síntoma expresa la visión de la realidad en que se ha educado, dirige su terapéutica con la intención de equilibrar la cantidad de neurotransmisores que se producen en el espacio sináptico, con la para deshacerse de la “causa” a partir de la cual se ha alterado el grado de control de la mente sobre el cuerpo y las emociones; gran parte de la población comparte esa visión pues es una herencia cultural que nuestros padres, maestros y medios de comunicación nos lo han transmitido desde el nacimiento.

En la segunda mitad del siglo pasado y el amanecer de éste la situación ambiental, así como la salud humana alcanzaron puntos alarmantes de deterioro, despertando la necesidad de replantear la ideología imperante en occidente respecto a la cuestión del entendimiento de la vida, lo que se concretó con el surgimiento de grupos ecologistas y feministas (Capra, 1995; Tardon, 2011), la llegada de concepciones de la vida devenidas desde el Oriente (Ohashi, 1998), el desarrollo de la física moderna (Prigogine y Stengers, 1992), así como el cambio en los paradigmas científicos que surgieron con la ampliación del estudio de la conciencia (Wilber, 1996; Wilber et al. 2005), la cibernética, la biología de sistemas o la antropología (Berman, 2004). Se



ha ampliado el diálogo entre Oriente y Occidente para comprender la conciencia (Varela, 1997). En el terreno de lo que denominamos mente, aparecen postulados que han retado de forma significativa la concepción mecánica de este fenómeno (Wilber, et al. 2005).

Para Maturana y Varela (1999) por ejemplo, la mente es un proceso de interacción entre los organismos vivos y los “no vivos”, es decir, siempre que existe un proceso en el que diversos elementos interactúen en una búsqueda de preservar la vida del sistema estaremos hablando de un proceso mental. Wilber (1996) desde la psicología transpersonal habla de la mente como un elemento en continuo desarrollo para el ser humano, concuerda con el hecho de que los budas históricos muestran este desarrollo que trasciende la racionalidad hasta la capacidad de integrar la mente con el cuerpo, el inconsciente con lo consciente y finalmente, la conciencia con el todo, un sentimiento de unidad al que se le ha denominado tradicionalmente “iluminación”. En ambas concepciones se ha rebasado la idea mecánica de la mente, ha dejado de surtir efecto su equiparación con el cerebro. Sin embargo, en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental aún domina la concepción alópata o psicológica tradicional.

Desarrollo espiritual

no se pretende en este artículo mostrar una perspectiva completa acerca de los que es el espíritu o el desarrollo espiritual, pero si es necesario un marco de referencia con algunas ideas al respecto que permitan identificar los elementos de utilidad para discutir los casos que ejemplificaremos más adelante haciendo un contraste con la cuestión de la enfermedad mental. A decir de Durán (2013, p. 184), mente y espíritu son componentes diferentes de la vida humana:



“[...] la mente, es una conciencia despierta, estrictamente humana. El espíritu es una superconciencia profunda, amplia y de contenido multiforme, que repercute en las actitudes de la personalidad del cuerpo en unidad e inclusive en su destino. Esta superconciencia profunda está constituida por un bagaje moral de valores e intelectual que muestra su progreso como humano, alejado de actitudes animalescas, acumuladas a lo largo de sus existencias anteriores, cuyas características se descubren en sus posteriores encarnaciones y se reflejan y recuperan en la vida del individuo en el manejo de la intuición”.

Implica que el espíritu tiene un desarrollo al paso de la existencia, una especie de recorrido sutil que le permite transitar posteriormente como otra manifestación corporal, es decir, existe un ciclo de reencarnaciones a través de las cual el ser humano podrá ir alcanzando nuevos niveles en su desarrollo espiritual.

Dos nociones parecen tener una importancia primordial entre quienes hablan del tema en esto que escribimos, en primer lugar el carácter permanente a la vez que cambiante del espíritu al paso de las vidas. Segundo el carácter de unidad que tiene, a diferencia de la mente que se entiende como un estado de conciencia individual, el espíritu es un estado permanente y vinculado al proceso vital en su conjunto, algo similar a lo que nos dice Rimpoché (2006, p. 68) quien considera que: “La verdadera espiritualidad también consiste en ser conscientes de que, si una relación de interdependencia nos liga a cada cosa y a cada ser, incluso el más insignificante de nuestros pensamientos, de nuestras palabras o acciones tiene consecuencias reales en todo el universo”.

En esta lógica ésta superconciencia tiene una memoria de la humanidad y la vida,



además de encontrarse ligada a los otros seres humanos. La vía de acceso al conocimiento del espíritu no es la racionalidad sino la intuición, cuyo desarrollo está vinculado al desarrollo corporal, así como a la armonía entre estos y la razón. Lo que se expresa como un conocimiento sintético y espontáneo de la realidad pasada, futura, distante, presente, manifiesta, o no manifiesta (Durán, 2004).

Son diversas las prácticas que se han encaminado a desarrollar este tipo de conocimiento, en México está la experiencia de espiritistas, espiritualistas o chamanes; aunque ahora han incursionado disciplinas orientales como la meditación o el yoga que también permiten un acceso al desarrollo espiritual (Durán, 2013). Pero incluso podemos encontrar personas “comunes” en el sentido del contexto que estamos narrando, que no se encuentran apegadas a ninguna tradición de estas y manifiestan tener un “don”, una capacidad poco común (o eso se cree) para poder acceder a aspectos espirituales.

Esto último es lo que nos interesa, el devenir de estos sujetos en las familias modernas cuando se encuentran inmersas en una lógica materialista que niega la posibilidad de existencia de los procesos mencionados. ¿Cómo diferenciar una patología mental de un posible desarrollo espiritual en la persona?

Familia, cuerpo y espiritualidad.

Para aclarar más el punto se muestran de manera breve cuatro casos que tuve fortuna de atender en el consultorio y que permiten hablar de las dificultades al tratar el tema del desarrollo espiritual y los trastornos mentales.





CASO 1. Pepito y su amigo imaginario. A Pepito le diagnosticaron TDA-H¹ cuando entro al kínder, sus síntomas eran agresión hacia otros niños, falta de seguimiento de instrucciones, incumplimiento de trabajos, falta de atención a la maestra; le realizaron un electroencefalograma² que demostró cierta irregularidad en el patrón eléctrico cerebral. Se recetó Ritalin y tratamiento en escuelas especiales. Desde entonces Pepito asumió junto a padres, maestros y compañeros la etiqueta y se comportó como tal hasta que fue despedido de varias escuelas. Luego llegó a una institución particular de educación especial donde iba regulando su comportamiento hasta que un día sus padres se dieron cuenta de que las maestras lo amarraban, encerraban en cuartos oscuros y castigaban continuamente. El niño se hizo introvertido, aislado de sus compañeros de clase. El psiquiatra lo diagnostico como depresivo, retiró los medicamentos para la hiperactividad y receto antidepresivos. Llegó a consulta de acupuntura a los 11 años, sin amigos en la escuela, con la preocupación de la madre de que ahora el psiquiatra le diagnostico brotes de esquizofrenia, pues por las madrugadas deambula por la casa hablando solo con “amigos imaginarios”.

La familia de Pepito. Durante nueve años Pepito ha estado con tratamientos psiquiátricos. Tiempo en el cual fue relegado en la escuela y la comunidad debido a sus “etiquetas”. Se trata de un primer hijo, no planeado, pero deseado. Rodeado de una atmósfera de temores, resentimientos y culpas de la madre, que embarazada a sus catorce años sintió truncadas sus aspiraciones de “ser alguien” al no poder continuar sus estudios; aunado a una gran culpa pues habitualmente era ella el ejemplo a seguir de sus hermanos, siempre fue el orgullo de su padre quién le dijo

1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

2 Prueba médica que permite graficar las variaciones en la frecuencia eléctrica de las ondas cerebrales



estar decepcionado de ella al saberla embarazada. Su padre era irresponsable e inmaduro, la expectativa de ambos fue depositada en el hijo por nacer. Abuelos y padres ejercieron la sobreprotección. Su mamá entró a trabajar dejando al niño al cuidado de los abuelos, pasado el año y medio el niño dejaba de comer con para obtener lo que se le antojaba, y lo obtenía: pizza, hamburguesa, hot dog, quesadillas, gorditas o tacos; esa se convirtió en su alimentación habitual.

El niño se apropió de la autoridad en la casa. Como se procuraba que todo el tiempo estuviera limpio, no se permitía que hiciera actividad física, esto se tradujo en emociones de rebeldía y enojo ante el mensaje continuo de ser incapaz de hacer algo por sí mismo; aunado al miedo por la ausencia continua de la madre. Emociones que se acrecentaron cuando el niño no pudo cumplir las expectativas paternas, papá dejó de prestarle atención cuando encontró que la motricidad no estaba desarrollada como para empezar a jugar fútbol, de su mamá cuando lo diagnosticaron por primera vez como “enfermo” y la expectativa de un hombre con una carrera brillante se difuminó. Los deseos de padres y abuelos se encarnaron en un niño que a partir de la hiperactividad podía tener el control de las acciones de mamá, paliaba su temor a ser abandonado cuando su madre lo llevaba de una clínica a otra faltando a trabajar. Pero en la lectura psiquiátrica sólo se vio el resultado del electroencefalograma.

Pepito vive en la soledad de su cuarto, concentra su energía corporal ante el calor generado por el exceso de alimentos fritos, calor que se gesta en su intestino y se reparte por el cuerpo; su energía se concentra en la inmovilidad ante la televisión o los videojuegos durante el día, lo que se manifiesta en la noche que Pepito puede vagar libremente por su casa jugando con sus amigos imaginarios que no requieren esconderse al estar dormidos sus padres, amigos que no se burlan de él, le representan un espacio de expresión de emociones, fantasías y deseos.





CASO 2. Soledad y su soledad. Ésta paciente fue rechazada por su madre desde que nació en una ranchería de Veracruz, por lo que se acostumbró a andar sola por el monte jugando con los animalitos; cuando niña se mudó con su madre y hermano a la Ciudad de México, a una vecindad en donde se la pasaba encerrada todo el día. Luego llegada la adolescencia fue a vivir con un hombre que conoció en la reja de su casa; los problemas de adicción que tenía hacían que la violara o golpear a mitad de la noche sin motivo alguno. En ese momento empezaron las alucinaciones de Soledad, que decía ver al demonio y sentía que se perdía de la realidad; se agudizaron cuando nació su hija con paladar hendido. Situación que la llevó al psiquiátrico donde estuvo internada dos meses, luego salió pero la mantuvieron con un tratamiento que decidió dejar, pues mencionó que no era vida consumirlo ya que perdía los deseos sexuales, el gusto por la comida y se sentía como autómata.

Llegó a consulta de acupuntura a los treinta y ocho años de edad argumentando que escuchaba voces que le decían que matara a sus hijos para después matarse ella, cosa que sucedía cada vez que veía un cuchillo o unas tijeras, razón por la cual tenía la necesidad de buscar alternativas para no volver al psiquiátrico.

La familia de Soledad. La historia de Soledad es la de una mujer abandonada a su suerte que no tuvo oportunidad de vincularse con otras personas, su madre, decepcionada de su condición femenina por el maltrato que recibió de los hombres decidió no llevarla a la escuela por ser mujer (pues a las mujeres las mantienen), lo que la confinó a crecer sin compañía y en la Ciudad de México, llena además de temores provocados por los niños de la vecindad (sus primos) que la golpeaban por ser una arrimada y también por su hermano que la violó a los siete años. La salida a una mejor vida fue la ilusión de huir con un hombre con el que apenas había hablado



dos veces. Su vida, un enfrentamiento con una realidad llena de abandonos que la llevaron a construir una honda tristeza, además de un miedo tan profundo que el agua en su interior se agotaba, lo que hizo que perdiera la alegría de vivir, exaltando el fuego del corazón que atesora la mente. Así vinieron las alucinaciones, junto con ellas un diagnóstico de falta de neurotransmisores en el cerebro. Pero el miedo y la tristeza estaban en el riñón, se abrieron en su memoria cuando las agujas atravesaron el punto de asentamiento del órgano en su espalda. Cuando el calor salió se fueron las alucinaciones; pero no así las memorias de una vida en cuerpo con el que hubo que trabajar para reenamorarse de la vida. A pesar de que aún en la actualidad tiene constantes conflictos con su madre se ha mantenido sin alucinaciones, el trabajo corporal que ha desarrollado para trabajar su vínculo con ella desde sus emociones le ha permitido mantener la cordura, atender a otro hijo pequeño a su cargo y convivir con su marido actual.

CASO 3. Angélica y sus premoniciones. Angélica era una niña tranquila de seis años que un día parada con su madre junto a una ventana de su casa que daba a la calle vio en la acera de enfrente a un adolescente saliendo de la secundaria, en ese momento comenzó a llorar y pidió a su madre que salieran a la calle a hablar con él porque le iba a pasar algo malo. La madre la ignoró, le dijo que no pasaría nada, minutos después el sonido de ambulancias y patrullas inundó la calle, el adolescente había sido atropellado por un tráiler que se estacionaba.

Otro día Angélica con su madre vio llegar a su hermano del trabajo, tan cansado que apenas llegó se lanzó a la cama para dormir, en ese momento vieron una sombra que se levantaba de su cuerpo e iba al baño, ésta regresó después de un rato para ponerse en los pies del hermano y dejarse caer sobre él; Angélica supo entonces que su hermano llegó con mucha sed además del cansancio. Eso se





hizo común en la vida de esta paciente, pero a su familia le asustaba, se quejaban de que les pasaban o veían cosas raras cuando estaban cerca de ella, así que algunos miembros de su familia la tildaban de loca y otros preferían ignorarla. La situación se agravó cuando se casó, pues su esposo reforzó la idea de que estaba loca y le pidió que no hablara de esas cosas.

Angélica llegó a la consulta de acupuntura con cincuenta y cinco años de edad, con un dolor en la columna vertebral y serios problemas de miedo para salir a la calle, por lo que la mayor parte del tiempo la pasaba en su casa o habitación. Una de las cosas que dijo al estar en consulta fue que ella creía que estaba loca.

CASO 4. Viviana y su guardián. Estudiante de derecho en la UNAM, Viviana llegó al consultorio porque no se sentía ella misma desde hace un tiempo, estaba desanimada y deprimida, se sentía apática. Después de un tiempo se pudo establecer que ese sentimiento estaba vinculado a la muerte de un familiar muy querido por ella al que no había llorado; pero también guardaba relación con el hecho de que desde que empezó a sentirse mal y deprimida había perdido comunicación con su protector o ángel guardián con quien decía tener comunicación desde niña. En aquel entonces esos diálogos con su guardián preocuparon a su familia, que decidió llevarla a una evaluación mental. Los hechos fueron interpretados como esquizofrenia en la infancia por lo cual estuvo bajo tratamiento psiquiátrico por unos años, al final del tratamiento ella seguía hablando con su ángel, sin embargo, decidió ya no hablar de ello por temor al rechazo o porque volvieran a tratarla como enferma.

Después de un tiempo de tratamiento con acupuntura, Viviana pudo trabajar la tristeza relacionada a su familiar, disminuyó su estrés por las presiones de la escuela; fue en ese momento que pudo hablar otra vez con su guardián regularmente, menciona que le preguntó el porqué no había hablado con ella, él le respondió que



ella no estaba bien, que apenas estaba volviendo a ser ella misma, que antes de eso él le hablaba pero era ella la que no escuchaba.

CASOS 3 Y 4. Las familias de Viviana y Angélica. Viviana y Angélica llevaban una vida tranquila en su familia, gozaban de salud, pero veían cosas que a sus familiares les parecían irreales, que les asustaban. Ambas fueron descalificadas, consideradas anormales, relegadas de la familia e incluso atendidas o tratadas como enfermas, de una enfermedad que por cierto, nunca se curaron. Los únicos logros de la familia fueron que dejaran de hablar de lo que veían en el mundo, lo que experimentaban o sabían. Contrario a los casos de Pepito y Soledad, ellas volvieron a “ver” cuando se sintieron mejor. Incluso se sintieron más conformes con lo que viven hoy día.

Angélica fue tachada de loca por su esposo y hermanos, lidió con la preocupación de sus hijos por su enfermedad. Sin embargo, hoy día, después de iniciado el tratamiento con acupuntura ha manifestado la intención de aprender a curar, usar sus dones para brindar servicio a las personas que necesitan ayuda espiritual. Su desconfianza al hablar de esos temas en la consulta fue manifiesta, pues aparecieron después de varias sesiones, pero al no ser descalificadas o tomadas como “locuras” fue notoria la mejoría en su ánimo. Se le sugirió acudir a algún templo espiritualista para aprender, cosa que hizo y a partir de la cual se ha ido diluyendo el miedo a salir a la calle a trabajar; además que se aceleró la mejoría de los problemas de espalda.

Viviana por su parte, ha decidido mantener en privado los diálogos con su ángel de la guarda, aunque considera que la relación al interior de su familia es buena menciona que entiende que no es fácil para los demás aceptar estas cosas cuando no están dentro de sus posibilidades. Actualmente ejerce su profesión de abogada,



tiene una vida de pareja que califica como estable y se mantiene en una buena relación familiar. No existe en ella alguna enfermedad crónica o degenerativa, se mantiene satisfecha con lo que hace y lo que vive.

CONCLUSIONES.

¿Cómo diferenciar una enfermedad mental del desarrollo espiritual? Los casos expuestos nos permiten ver como el espíritu humano ha sido relegado de la lectura de la realidad de los mexicanos en un mundo basado en el principio de la competencia en el que hay que ser y adoptar los valores dominantes; en ese contexto, la violencia, el rechazo, el temor a lo que no se integra a las lecturas oficiales son moneda corriente que enferma a los individuos desde la familia.

Es necesario recuperar el sentido de cooperación con la vida en todas las esferas posibles, de entrada, el cuerpo. A partir de este principio se puede leer la diferencia en lo que “ven” los pacientes de los que hemos hablado, pues en Pepito y Soledad lo que ven expresa la ruptura de la cooperación con la vida, un alejamiento de ella, representan su aislamiento, su escape, son un recurso ante la violencia o los abandonos afectivos de los que fueron o son parte. En ellos se puede leer una ruta de pérdida de la armonía al interior del cuerpo que se manifiesta en exceso de calor por un fuego que se encendió en el corazón en un ambiente violento, en el que el miedo es un continuo que apaga la voluntad que junto con el agua se estanca en el riñón. El tratamiento con acupuntura, el cambio en la dieta, pudo mover esos temores reduciendo el calor corporal, con ello se redujeron las alucinaciones, pero se hizo necesario un trabajo con esa ruta de construcción de las emociones, en la que se buscó cambiar esa memoria de maneras de sentir para abrir posibilidades de construcción corporal.



El caso de Viviana y Ángeles nos muestran otra faceta, lo que ellas ven las conecta, las integra, las lleva a la vida, les permite entender otros aspectos de su realidad cotidiana. Lo que las enfermó y les produjo molestias es la represión de lo que cotidianamente experimentan, la necesidad de negar lo que les dice su cuerpo, lo que sienten, lo que escuchan. Fueron presas de esta cultura castrante, que intenta homogenizar formas de vida hacia la racionalidad y la negación del cuerpo-espíritu en unidad. En ese proceso el miedo al rechazo, la ansiedad, las dudas las asaltaron; perdieron la alegría por vivir por no sentirse “normales”. Mover las emociones por la vía de las agujas o el masaje les permitió recuperar y reconciliarse con sus experiencias cotidianas, con las posibilidades de su cuerpo, con el desarrollo de un espíritu que ha buscado oprimirse.

Los paradigmas están cambiando, el trabajo del Dr. López Ramos se abre como una posibilidad de ver el mundo desde el cuerpo y el espíritu en unidad sin negar la importancia de la razón. Lo anterior resulta esperanzador, da la posibilidad de mirar el espacio corporal como el plano de realidad en que se puede comenzar un trabajo por recuperar la armonía de un cuerpo, una ciudad y un país. La reconceptualización de un saber puede convertirse en el cultivo de formas de vida y convivencia hacia uno mismo y los otros, si se hace sobre la base de un trabajo corporal que lo lleve a concretarse en la vida cotidiana. Ese puede ser un criterio simple para diferenciar y para trabajar con otros cuando se quiere saber si se está tratando con un padecimiento mental o con una expresión del desarrollo del espíritu, saber que uno lleva a la vida, a la armonía, a la salud, a la cooperación; mientras que otro lleva a un proceso de muerte, al aislamiento, a la autodestrucción. Quizá haya otros criterios, el campo está ávido de propuestas, de miradas que permitan ver lo que no se ha querido ver.



REFERENCIAS.

- Berman, M. (2004) El reencantamiento del mundo. Argentina: Cuatro Vientos.
- Bisqueirra, R. (2000) La inteligencia emocional. En: Educación, emocional y bienestar. España: Monografías Escuela Española.
- Caballo, V., Buela, G. y Corbroles, J. A. (1995) Una breve historia de la psicopatología. En Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. México: Siglo XXI.
- Campos, J. (2012) El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas Explicativas del cuerpo humano. México: CEAPAC.
- Capra, F. (2005) El Tao de la Física. Barcelona: Sirio.
- Capra, F. (1995) El punto crucial. México: Editorial Pax.
- Capra, F. (1996) El punto crucial. México: Editorial Pax.
- Chenggu, Y. (2010) Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y Moxibustión. México: Berbera
- Durán, N. (2004) Cuerpo, Intuición y Razón. México: CEAPAC.
- Durán, N. (2013) El cuerpo. Un espacio pedagógico. México: Los Reyes.
- Ilich, I. (2006) Némesis Médica. En: Obras reunidas I. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jun, Z. & Jing, Z. (2013) Fundamentos de acupuntura y Moxibustión de China. México: Instituto Latinoamericano de Medicina Oriental.
- Kasanda, A. (2003) Elocuencia y magia del cuerpo. Un enfoque negro africano. En Estudios de Asia y África. Vol. 38, Núm. 3.
- Le Breton, D. (2002) Antropología del cuerpo y modernidad. Argentina: Nueva Visión.
- López, A. (2008) Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas



- López, S. (2000a) Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México. México: Miguel Ángel Porrúa y CEAPAC.
- López, S. (2000b) Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano. México: CEAPAC.
- López, S. (2000c) Zen y cuerpo humano. México: Verdehalago.
- López, S. (2006a) Órganos, emociones y vida cotidiana. México: Los Reyes.
- López, S. (2006b) el cuerpo y sus vericuetos. México: Miguel Ángel Porrúa
- López, S. (2011) Lo corporal y lo psicósomático. Aproximaciones y Reflexiones VII. México: CEAPAC.
- López, S. (2013) La construcción de lo corporal y la salud emocional. México: Los Reyes.
- Maturana, H. & Varela, F. (1999) El árbol del conocimiento. Buenos Aires: Lumen
- Ohashi, W. (2002) Cómo leer el cuerpo. Manual de Diagnóstico Oriental. España: Urano
- Prigogine, I., y Stengers, I. (1992). Entre el tiempo y la eternidad. Argentina: Alianza
- Rimpoché, S. (2006) El libro tibetano de la vida y la muerte. Barcelona: Urano.
- Tardon, M. (2011) "Ecofeminismo, una reivindicación de la mujer y la naturaleza". En: El Futuro del Pasado. Núm. 2. Pp. 533-542.
- Varela, F. (1997) Dormir, soñar y morir. Nuevas conversaciones con el Dalai Lama. Chile: Dolmen
- Wilber, K., Bohm, D., Pribram, K., Keen, S., Ferguson, M., Capra, F., Weber, R. (2005) El paradigma holográfico. Barcelona: Kairos.
- Wilber, K. (1996) El proyecto Atman. Barcelona: Kairos.

FAMILIA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

*María Montero-López Lena, Armando Rivera-Ledesma,
Sandra Zavala Jiménez, Ana Celia Chapa Romero y Jimena Gómez-Gutiérrez*

ANTECEDENTES

1. Enfermedad renal crónica. México y el resto del mundo enfrentan un significativo incremento en la prevalencia de los factores de riesgo implicados en los padecimientos renales (Laudanski, Nowak y Wankowicz, 2010); la presencia de enfermedades de alta prevalencia en nuestro medio tales como la Hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad vascular (Soriano, 2004), presentes en la etiología de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) han incrementado la prevalencia de ésta demandando por consecuencia una creciente atención médica y social con altos costos para el sistema de salud. Treviño-Becerra (2009) reportó en acuerdo con fuentes indirectas la posible existencia de 40 a 50 mil enfermos en proceso de diálisis crónica (del 20 al 25% en hemodiálisis y el resto en diálisis peritoneal), 80% de los cuales son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); destaca un incremento anual del 11% en estas cifras.





En este trabajo nos ceñiremos a la expresión Enfermedad renal crónica (Soriano, 2004) para referirnos al proceso de afectación de la función renal desde sus primeros antecedentes hasta los estados crónicos avanzados de clara insuficiencia en que puede hablarse con toda propiedad de Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT); afectación que exige necesariamente procesos dialíticos o trasplante renal (KDOQI, 2002). La ERC es un padecimiento orgánico-funcional que implica la pérdida irreversible y progresiva de la función renal. Cuando la ERC no es atendida correctamente puede dar lugar al surgimiento de un síndrome urémico. La uremia es un estado tóxico derivado de la incapacidad de los riñones para eliminar sustancias dañinas a través de la orina; este estado de intoxicación en la sangre compromete diversos sistemas del organismo, produciendo un deterioro cuantitativo y cualitativo global del estado de bienestar; clínicamente, su expresión no es específica y da como resultado una sintomatología compleja. Sin embargo, cuando el paciente es atendido mediante procedimientos sustitutivos de la función renal de naturaleza dialítica puede evitarse de manera significativa, lográndose mantener una calidad de vida aceptable, sobre todo si existe una adecuada adherencia al tratamiento. Con todo, la sintomatología en la ERC puede ser lastimosa; los principales síntomas reportados incluyen sensación de cansancio o falta de energía, dificultad para dormir, picazón, dolor en articulaciones o huesos, entumecimiento, hormigueo en los pies, desnutrición, decremento en el deseo y actividad sexuales, boca seca, y sintomatología de orden psicológico como tristeza, ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, entre otras. Estos síntomas han sido asociados a depresión y



daño en la calidad de vida del paciente por diversos investigadores (cf. Weisbord, Fried, Arnold, Fine, Levenson, Peterson, et al. 2005).

Las opciones de tratamiento más frecuentes para la IRCT son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA); la diálisis peritoneal automatizada (DPA), y el trasplante renal (TX). La diálisis peritoneal es el procedimiento más antiguo utilizado en el tratamiento de la IRCT y consiste en infundir de 1 a 3 litros de una solución dializante en el interior de la cavidad peritoneal, que permanecerá ahí durante el tiempo indicado por el médico tratante, para ser extraída posteriormente junto con los materiales tóxicos recolectados. Entre los factores asociados al tratamiento de la diálisis peritoneal se encuentran las infecciones, las complicaciones médicas y metabólicas inherentes a la técnica. La peritonitis asociada al DPCA es la complicación más recurrente derivada de esta técnica dialítica, esta complicación ocurre entre el 60 y 80% de los pacientes en este tratamiento (González, 2012).

La IRCT impacta las dimensiones física, psíquica, socioeconómica, relacional y temporal del paciente y de su familia. Consecuentemente, las mismas condiciones de este padecimiento conllevan con frecuencia la necesidad de que algún miembro de la familia adopte el rol de cuidador primario, favoreciendo con ello nuevos ajustes al interior de la misma. Esta situación presupone el establecimiento de nuevos patrones de convivencia que pueden llevar a reforzar aspectos negativos en la relación del paciente con su familia y su cuidador principal, o pueden, por otro lado, representar la oportunidad de mejorar la calidad de tal relación así como la eficacia de sus canales de comunicación. El advenimiento de la IRCT puede facilitar la oportunidad de construir lazos de unión más sólidos y con ello una mejor calidad de vida, tanto para el paciente como para su familia.



2. Aspectos psicosociales de la ERC. Diversas investigaciones han encontrado que en el plano emocional, la ERC impacta sobre la autoimagen y la autoestima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de sus familiares o de personal especializado y al vivir modificaciones importantes en su estilo de vida, puede asumir conductas pesimistas, fatalistas, agresivas y sentimientos depresivos, de desesperanza, soledad o desamparo; condiciones que suelen generar una repercusión importante en su salud y sus relaciones interpersonales (García-Llana, Remor, y Selgas, 2013; Urzúa, 2011; Pérez, Dois, Díaz y Villavicencio, 2009). A nivel orgánico, las alteraciones neurobioquímicas que se presentan en los pacientes con ERC pueden influir en el desarrollo de síntomas depresivos, los cuales pueden variar a lo largo del tiempo; al principio de la enfermedad los niveles de depresión pueden ser altos, disminuyendo conforme el paciente se ajusta al padecimiento y su tratamiento (Alarcón, 2004). Las terapias dialíticas pueden tener serias implicaciones en la vida de las personas a partir de las exigencias y necesidades derivadas de realizar importantes cambios en los hábitos y estilos de vida a partir de la dependencia a una máquina (en la diálisis peritoneal automatizada o en la hemodiálisis), y al equipo médico; por las restricciones dietéticas, el tratamiento multifarmacológico, las complicaciones derivadas del acceso vascular y las dificultades presentes para replantear y planificar el futuro (Ai-Hua, Li-Tao, Ning, Ling-Hua y Tao, 2007). Adicionalmente, situaciones de alarma que a menudo exigen hospitalización tales como la ocurrencia de episodios de peritonitis, principal causa de hospitalización en diálisis peritoneal, o la generación de enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes bajo HD (Ai-Hua et al. 2007), confrontan al sujeto y lo actualizan con respecto a la posibilidad de morir (Panagopoulou, Hardalias, Berati y Fortounas, 2009). Las respuestas del individuo frente a estos estresores pueden incluir irritabilidad, depresión y ansiedad, las cuales van a influir directamente en su calidad de vida (González, 2012; Úrzu,



2011; Pérez et al., 2009; Panagopoulou et al., 2009; Alarcon, Farias y Barrios, 2009; Contreras et al. 2008). Las características inherentes a la ERC y a los tipos de tratamiento; las restricciones en la dieta, la dependencia, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, entre otras, explican que estos pacientes manifiesten con frecuencia trastornos emocionales y mayores niveles de depresión y ansiedad que se asocian a una pobre calidad de vida (García-Llana et al., 2013; García y Calvanese, 2008).

El vivir con una enfermedad crónica como lo es la insuficiencia renal requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control. En este sentido, se ha encontrado que en la mayoría de los casos es la propia familia quien cuida al paciente, convirtiéndose así en su principal red de apoyo (González, 2012; Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010; Barrera, Blanco, Figueroa, Pinto y Sánchez, 2006). Barrera et al. (2006) señalan que al hablar de cuidador familiar se hace referencia a la persona adulta con vínculo de parentesco o cercanía, que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, participa en la toma de decisiones y realiza o supervisa las actividades de la vida diaria del paciente a fin de compensar las disfunciones existentes.

Los estudios que han abordado el fenómeno de cuidadores familiares de enfermos crónicos, han encontrado que en la familia se produce una reorganización de las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones debido a que el enfermo adquiere la centralidad familiar. Cuando uno de los padres es el enfermo, alguno de los hijos asume sus funciones adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Por otra parte, si el enfermo es uno de los hijos,



sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador (Azcarate, Ocampo y Quiroz, 2006). También pueden surgir en el cuidador conductas de sobreprotección hacia el enfermo y conductas de dependencia de este hacia su cuidador; si la protección es extrema, puede conducir al surgimiento de regresiones; actitudes infantiles que a su vez demandarán protección; esto puede generar la emergencia de un duelo por la pérdida de la identidad (Santelices, Garrido, Fuentes, González y Martínez 2009). Ya en la etapa terminal de la enfermedad, la familia se centra fundamentalmente en dar apoyo emocional y físico, estableciendo mecanismos de duelo anticipado. Se produce una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes, y la familia activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad (González, 2012).

Las familias, y en especial quienes cumplen responsabilidades de cuidado, tratan de organizarse y sobreponerse para afrontar de la mejor forma posible las demandas que impone la enfermedad. Con frecuencia, y debido a la poca habilidad como cuidadores, los familiares producen sentimientos de impotencia frente a las tareas de cuidado, generándoles un elevado nivel de estrés (Barrera, et al. 2006). Aunado a esto, situaciones como la falta de recursos económicos, poca solidaridad de los demás miembros de la familia, así como una comunicación no eficaz, pueden desencadenar en los cuidadores primarios trastornos psicoafectivos como ansiedad y depresión (Vázquez, Otero, Torres, García, Blanco y Díaz, 2013; Alfaro-Ramírez, Morales-Vigil, Vázquez-Pineda, Sánchez-Román, Ramos-del Rio y Guevara-López, 2008).

Referente a los recursos cognitivos y actitudinales en el ejercicio del cuidado, se ha visto que para los receptores del cuidado, la presencia, la actitud y los



conocimientos de los cuidadores son sumamente importantes como parte de su entorno y bienestar (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005); sin embargo, se ha reportado que los cuidadores familiares no poseen estas condiciones de manera óptima (Vázquez et al. 2013; Cárdenas, Melenge, Pinilla, Carrillo, Chaparro y Díaz, 2010; Montalvo y Flórez, 2008; Barrera et al. 2006; Lucke, Coccia, Goode, Lucke, 2004). Bajo una óptica de mutualidad, el sentimiento de afecto es visto como fortalecedor de aspectos de bienestar de enfermos y cuidadores, encontrándose en este vínculo la existencia de más de una vía de comunicación y de acción. Así, aunque al inicio pueden influir los niveles jerárquicos, paulatinamente, y en la medida en que paciente y cuidador se reconozcan como diada en una relación de cuidado, se irán desdibujando las jerarquías y se encontrará la oportunidad de crecer, evolucionar y trascender a través de un mejor autoconocimiento y una mejor conciencia social (Chaparro, 2011; Krespi, Bone, Ahmad, Worthington y Salmon, 2008). En ese sentido, la diada es un dispositivo de crecimiento personal que facilita el reconocimiento, la confrontación, elaboración y superación de viejos y actuales conflictos entre paciente y cuidador. Pinto et al. (2005), menciona que en la experiencia positiva del cuidador son fundamentales ciertos aspectos: la confianza en la resolución de problemas; el reconocimiento de cambios en el estatus de salud del receptor, y en su comportamiento; la habilidad para anticipar las necesidades de dicho receptor; la capacidad de obtener y supervisar los servicios necesarios para éste; el reconocimiento de las necesidades de cuidado de la persona con enfermedad; la habilidad para solucionar problemas de cuidado con los cuidadores directos; la confianza en la realización de las tareas necesarias y la espiritualidad.

Dentro de los estudios realizados en México que han abordado la IRCT y la familia son escasos. Destacan la investigación de González (2012) y Azcarate et al. (2006) quienes investigaron la funcionalidad familiar, etapa del ciclo evolutivo y



tipo de familia de pacientes con IRCT en DPCA, usuarios del IMSS. Dentro de los principales hallazgos se encontró que predominó la familia nuclear simple de núcleo integrado y se obtuvieron porcentajes elevados para buen funcionamiento familiar y bajos para disfuncionalidad.

Tomando en cuenta que la enfermedad en la familia conlleva un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como en las necesidades que tiene la familia para enfrentarla, sería productivo y estratégico hacer estudios desde una aproximación más cualitativa en donde se exploren justamente esas dimensiones. A partir de lo revisado hasta aquí, y debido a la escasa literatura sobre el tema en México, se decidió llevar a cabo una aproximación cualitativa, exploratoria, que permitiera describir la cualidad de la relación entre IRCT en DPCA y familia en sujetos mexicanos sometidos a tal condición. El objetivo de este trabajo fue explorar la percepción del paciente con IRCT bajo tratamiento dialítico peritoneal continuo ambulatorio (DPCA), y la de su cuidador primario, con respecto al grado en que el padecimiento ha impactado las relaciones entre los miembros de la familia.

MÉTODO

1. Diseño y muestra.

El presente trabajo, dados sus propósitos se planteó como exploratorio/descriptivo con una aproximación cualitativa. El muestreo se planteó como intencional y bajo los criterios de saturación teórica (Bertaux 1993).³ De esta forma, la saturación

3 La saturación teórica es una forma de determinar muestras cualitativas en las que el alcance del número de participantes se determina como completo cuando se considera que una entrevista adicional ya no aportará nada nuevo con relación a la información ya obtenida.



se alcanzó mediante 10 entrevistas a pacientes y 12 a cuidadores primarios de la Unidad de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “Gilberto Flores Izquierdo”. Los criterios de inclusión fueron: ser pacientes con IRCT en tratamiento con DPCA sin deterioro cognitivo; con un puntaje mínimo de 27 en la evaluación del Minimental State Examination (Folstein, Folstein y McHugh, 1975); y que fuesen atendidos por un cuidador primario activo. Por su parte, los cuidadores primarios fueron considerados aptos si eran cuidadores de los pacientes seleccionados.

2. Instrumentos

Se diseñó una entrevista semi-estructurada que exploraba los siguientes aspectos: involucramiento familiar en el cuidado del paciente, funcionamiento familiar a raíz de la enfermedad e impacto negativo y positivo de la enfermedad en la familia.

3. Procedimiento

Se abordaba al paciente en la sala de espera de la unidad de diálisis mientras aguardaba su cita de seguimiento o su inyección de eritropoyetina. Se les informaba el objetivo de la investigación y si tanto el paciente como su cuidador aceptaban participar, se les pedía firmar el consentimiento informado y se procedía a realizar la entrevista. Una vez transcritas las entrevistas se siguió un análisis inductivo analítico conversacional (Sierra, 1998) a través de criterio interjueces.

RESULTADOS

Al explorar entre los pacientes su percepción con respecto a la calidad de las relaciones existentes entre los miembros de la familia, se encontró que el 70% consideraban que estas se mantenían dentro de lo normal, es decir, dentro de lo esperado por cada familia, si bien con ligeros altercados que parecían deberse



a problemas de comunicación. Sólo un 15% aseguró que las relaciones podían ser consideradas como “muy correctas y adecuadas” en un clima de franca cooperación y ayuda mutua. Con todo, otro 15% exponía todo lo contrario, describiendo familias típicamente disfuncionales (baja comunicación, rencillas constantes, coaliciones entre los miembros con confrontaciones causadas por la búsqueda de dominio y control y evasión de responsabilidades con respecto al paciente). Estos resultados fueron semejantes a los aportados por los cuidadores primarios; el 75% de ellos describió familias funcionales (buena comunicación, un liderazgo claramente definido, reglas claras de convivencia, etc.); entre tanto, el 25% restante expusieron que sus familias parecían incapaces de resolver un problema; existían malentendidos constantes, agresiones, gritos e insultos que solían generar distanciamientos entre los miembros.

Sobre este contexto familiar, la aparición de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y la diálisis consecuente, tuvo el siguiente impacto: El 75% de los cuidadores primarios percibían que la dinámica familiar había sido exitosa tanto antes como después de conocido el diagnóstico de IRCT, gracias a la buena comunicación entre los miembros de la familia. En algunos de estos grupos familiares, sin embargo – y como también ocurrió en las familias disfuncionales - la noticia generó miedo, descontrol y aprehensión por la seguridad del paciente, aspectos que fueron menguando conforme la familia iba reuniendo información acerca de los aspectos positivos y negativos del procedimiento. Esta información fue obtenida paulatinamente a través de diversas fuentes tanto formales (médicos), como informales (conocidos, vecinos, internet, etc.). Cuando se indagó con los pacientes qué tanto había afectado la DPCA la vida cotidiana de la familia, el 40% afirmó que el impacto había sido mínimo. Sin embargo, otro 40% mencionó que las alteraciones de las actividades cotidianas de los miembros de la familia si solía



provocar molestias y conflictos entre ellos, sobre todo con respecto a su autonomía, su independencia y la administración de su tiempo libre. Un 20% adicional reportó una afectación significativa tanto en la comunicación (agresiones, proliferación de posiciones unilaterales, etc.), en la relaciones entre los miembros (conflictos, rencillas constantes) e incluso una cierta separación de los hijos con respecto a los padres cuando estos resultaban ser los pacientes.

El 25% de los cuidadores dijo enfáticamente no sentir que la enfermedad afectara de alguna manera la dinámica familiar puesto que todos los miembros de la familia realizaban “con gusto” las nuevas tareas encomendadas para el cuidado del enfermo (e.g. la limpieza del hogar o de la habitación de diálisis, recoger medicamentos en la clínica correspondiente, estar al pendiente de los horarios de toma de medicamentos, realización del procedimiento de diálisis, acompañar a las consultas médicas, manutención económica, higiene personal, alimentación y distracción, ésta última solía incluir actividades físicas sugeridas por el médico tratante). En contraste, el 42% mencionó que el cambio sustancial en las actividades cotidianas (y en especial la modificación de horarios así como el aumento en las responsabilidades para el manejo de los instrumentos de medición y curación del paciente), les causaba problemas que derivaban en discusiones ocasionales e incomodidades tales como rezagos laborales o modificación del patrón de sueño diario; en este sentido, el 8% de los cuidadores expresó que en un primer momento y debido al diagnóstico, habían experimentado múltiples dificultades para dar seguimiento a los cambios y a la administración de nuevas tareas; en ocasiones eran los hijos quienes debían tomar las decisiones con respecto a la salud del paciente. Con todo, conforme cada uno de los miembros del sistema participaba activamente en las tareas, éstas se facilitaban, y podía asistirse a un incremento en la eficacia de la comunicación intrafamiliar y una clara disminución en la frecuencia de rencillas y malos entendidos.



Otro aspecto especialmente relevante se enfocó a la adaptación emocional del cuidador y la familia. El 8% de los cuidadores afirmó que al presentarse la DPCA no lograban entender por qué a su paciente “le tocaba estar viviendo ésta situación” y recurrían a cuestionarse a sí mismos sobre la eficacia de su papel, ya fuese como padres, hijos o como pareja; recurrían a culparse a sí mismos reprochándose el no haber hecho lo suficiente a tiempo. Conservaban preguntas sobre la condición del enfermo que no se atrevían a aclarar abiertamente por miedo a una respuesta trágica, y la ambigüedad resultante les hostigaba. Un cierto sentimiento de impotencia era característico en los cuidadores. Un 17% mencionó que los malos hábitos del paciente acumulados a lo largo de su vida en cuanto a higiene, alimentación y falta de actividad física, ocasionaban que ahora con la diálisis todo fuese más complicado, estas recriminaciones del cuidador al paciente generaban discusiones y altercados en la familia. El paciente podía reaccionar con reticencia al régimen estricto incluido en el tratamiento, y el cuidador, provocado en parte por la impotencia, podía entra en abierto conflicto con él, generándose una inversión de roles. Esta inversión de roles parecía facilitar el que emergiesen viejos conflictos paterno-filiales que podían obnubilar la relación y complicarla, especialmente para el hijo. Es importante resaltar en este apartado que al comparar la opinión de los pacientes con la de los cuidadores, parecía hacerse evidente que estos últimos eran los que experimentaban mayores problemas de adaptación ante el cambio de hábitos, mayores conflictos con la familia, y donde parecían centrarse los problemas de una comunicación familiar poco eficiente.

Dentro del proceso de las enfermedades crónicas es posible observar que éstas van dejando a su paso una serie de efectos vistos como positivos o negativos. Al cuestionar a pacientes y cuidadores acerca de los efectos negativos del procedimiento de DPCA en la familia, el 50% de los pacientes contestaron que





en su relación familiar no era posible encontrar efectos negativos puesto que se habían aceptado de muy buen modo las nuevas condiciones a las que se ajustarían como grupo; que la DPCA se vivía en un ambiente de tolerancia y comunicación abierta, tratando con esto de llevar una vida “normal”. El 40% de los pacientes hizo énfasis en la disminución de la comunicación y el aumento de los conflictos tales como peleas, malos entendidos y discusiones frecuentes, también sentían que sus hijos no mostraban interés por todo lo que a ellos les estaba sucediendo, y percibían poca participación en su cuidado, lo cual les hacía sentir miedo, ansiedad y preocupación por su propia muerte. El 10% restante dijo que el cambio en las actividades, la falta de independencia o las restricciones en la realización de algunos trabajos les ha traído incomodidades personales como la sensación de rechazo, reclamos o actitudes poco cordiales por parte de sus familiares.

Para el 42% de los cuidadores los efectos negativos de la DPCA consistieron en un significativo aumento de malos entendidos debidos a múltiples factores, entre los que citaron los diferentes puntos de vista de todos, tanto de los que participan en el cuidado del paciente, como éste mismo; por otro lado, el desconocimiento, tanto de los procedimientos médicos o administrativos de las instituciones de salud donde recibe atención médica, como de la sintomatología de la enfermedad; siendo esto último causa de ansiedad, miedo, intranquilidad, tristeza y dolor entre la familia. Adicionalmente, el 25% de los cuidadores reportó como efecto negativo el no poder salir con frecuencia fuera de casa para la realización de actividades sociales (pareja o amigos), o para el desempeño de funciones laborales (faltas constantes al trabajo/imposibilidad para llevarlo a cabo), con los consecuentes sentimientos de frustración, enojo y tristeza; 33% dijeron que aun no sentían la presencia de actitudes o sentimientos negativos en su círculo familiar a raíz de la diálisis. Vale la pena hacer notar algunas de las diferencias que se encontraron



entre pacientes y cuidadores. Una de ellas constata que el 50% de los pacientes no notan efectos negativos en su relación de familia y solamente es el 33% de los cuidadores quienes concuerdan con esta perspectiva. También es posible contrastar que mientras para el 25% de los cuidadores el cambio en las actividades cotidianas ha generado efectos adversos en la dinámica familiar únicamente es el 10% de los pacientes quienes perciben este mismo efecto. En el mismo sentido se puede advertir que para el 42% de los cuidadores la presencia de discusiones, desacuerdos, desapego, etc. son efectos negativos de la DPCA en comparación con el 40% de los pacientes que reportan estas características negativas.

Por último, al buscar los aspectos positivos en la familia a partir de la diálisis, fue posible ver que el 60% del grupo de pacientes perciben una mayor unión afectiva entre toda la familia; los miembros del grupo suelen estar pendientes de los sentimientos que experimentan entre si en cada situación, confiriéndose una mayor atención, hablando más, peleando menos, con un mayor confort y estabilidad grupal. El 40% restante dijeron no encontrar aspectos positivos. Por otro lado, 75% de los cuidadores mencionaron que ahora se encuentran más unidos, y que esta unión a favorecido el hacerle frente a los problemas derivados de la IRCT; estos parecieran tener menor intensidad, la comunicación mejora aunque sigue habiendo sentimientos y acciones de las cuales no se hablan para no incomodar al enfermo; se valora más a los miembros de la familia y se apoyan con mayor frecuencia en las dificultades. Finalmente, el 25% restante no identificó impactos positivos para sus grupos familiares. Llamó especialmente la atención el hecho de que ni los cuidadores, ni los pacientes viesan en la DPCA un efecto positivo muy claro: la diálisis es, pese a todo, una oportunidad de vida.



DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio confirman que el cuidado del paciente con IRCT en México sigue estando a cargo de la familia tanto extensa como nuclear, la cual se ha señalado en la literatura como la principal red de apoyo en la enfermedad crónica (González, 2012; Reyes et al., 2010; Barrera et al., 2006, Azcarate et al., 2006).

La carga que supone para la familia y para quien decide o tiene que fungir como cuidador primario del paciente, el adaptarse a una nueva situación y tener que desplegar una serie de recursos tanto cognitivos, sociales y afectivos genera estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, etc. (Vázquez et al., 2013; Alfaro-Ramírez, et al. 2008), emociones que impactan en la calidad de cuidado del paciente y en la interacción familiar. Los síntomas de la enfermedad y el proceso de diálisis, confrontan al paciente y a sus familiares con la muerte, por tanto es entendible que se presenten trastornos psicoafectivos en ambas partes.

A pesar de que tanto pacientes como cuidadores reportaron un buen funcionamiento familiar (sobre todo los primeros), se pudo constatar la inversión de roles, alianzas (Azcarate et al., 2006), sobreprotección y actitudes demandantes (Santelices et al. 2009). Estas conductas si bien pueden originarse a partir de la enfermedad, también pueden considerarse como la reedición de viejos conflictos entre algunos miembros, las cuales dificultan la comunicación y la expresión de afectos positivos. La IRCT y la diálisis presuponen el establecimiento de nuevos patrones de convivencia que pueden reforzar aspectos negativos en la relación del paciente con su familia y su cuidador principal, no obstante, pueden representar la oportunidad de mejorar la calidad de tal relación así como la eficacia de sus canales de comunicación. Aunque se mencionó que a partir de la diálisis se han tenido que realizar reajustes



en varias actividades de la vida cotidiana (redistribución de tareas, hábitos más saludables, etc.), parece haber una dificultad sobre todo por parte de los pacientes para hablar de los aspectos negativos de esta nueva normalidad, pues esto implica el asumir que la vida ya no será como antes ni para él ni para su familia, situación que puede ser difícil de aceptar y/o puede generar sentimientos de impotencia y culpa, sobre todo dependiendo del tiempo que el paciente lleve en tratamiento y de cómo haya construido la relación con su cuidador primario. El reconocimiento de una nueva normalidad es importante para generar estrategias que permitan un mejor afrontamiento y adherencia. En ese sentido, se identificó que a medida que pasa el tiempo, se cuenta con información de calidad y hay mayor apoyo de los demás miembros de la familia, se amortigua el impacto negativo de la IRCT y aumentan los recursos de cuidado (Barrera, et al. 2006; Pinto et al. 2005).

En concordancia con Chaparro (2011), Krespi et al. (2008) y Pinto et al. (2005), la unión familiar, una mayor cohesión, una mejor comunicación y mayor expresión de los afectos, aparecieron como elementos positivos que emergieron a raíz de la enfermedad y de la diálisis. Estos aspectos representan la oportunidad de construir vínculos más sólidos, de encarar mejor las crisis de salud e incluso de afrontar mejor la muerte.

CONCLUSIONES

Dada la naturaleza de la enfermedad crónica, en especial del la IRCT, se tiene que estar consciente que el periodo de tratamiento y de cuidado es largo y que se pueden presentar continuas crisis de salud, lo que representa un desgaste para el paciente, el cuidador y la familia. Por tanto, sería indispensable que el equipo de salud se involucre en el cuidado del paciente y en la reorganización de sus redes de apoyo social, tareas y funciones por medio de la capacitación concreta y específica.



Se sugiere realizar una transición progresiva hacia los nuevos roles de cada miembro, donde se le da la misma importancia tanto al cuidador primario como al paciente y donde no se anulan las capacidades del paciente pero tampoco se exageran las del cuidador, para que de esta manera la enfermedad no suponga una carga para ambas partes.

Desde el aspecto de la convivencia social es importante evitar el aislamiento, los cuidadores de pacientes crónicos suelen tener poco tiempo para las actividades sociales y de esta manera pierden un aspecto importante en cuanto a su propio apoyo emocional.

Finalmente, se sugiere el desarrollo de más estudios desde una aproximación cualitativa y tal vez con técnicas etnográficas que permitan detectar las interacciones que se establecen tanto en el ámbito hospitalario entre profesionales de la salud, pacientes y cuidadores, así como en otros espacios donde conviven cotidianamente los pacientes, su cuidador principal y su familia, es decir sus hogares, con la finalidad de poder desarrollar estrategias de intervención más pertinentes a la realidad sociocultural de los involucrados.

REFERENCIAS

- Ai-Hua, Z., Li-Tao, C., Ning, Z., Ling-Hua S. y Tao, W. (2007). Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(49), 1-6.
- Alarcón, I., Farias, D., Barrios, S. (2009) Factores que influyen en la calidad de vida de personas adultas bajo terapia de sustitución renal. *HorizEnferm*, 20(1),67-80.



- Alfaro-Ramírez, O., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B. y Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 46 (5), 485-494.
- Azcarate-García, E., Ocampo-Barrio, P. y Quiroz-Pérez, JR. (2006) Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 97-102.
- Barrera, L. Blanco, L. Figueroa, P., Pinto, N. y Sánchez, B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada Internacional. AQUICHAN*, 6 (1), 22-33.
- Bertaux D. (1993). Los relatos de vida en el análisis social. En Aceves (Eds) *Historia oral*. [pp.134-158] México D.F.: Instituto de Investigaciones “José María Luis Mora”.
- Cárdenas-Corredor, D., Melenge-Díaz, B., Pinilla, J., Carrillo-González, G. y Chaparro-Díaz, L. (2010). Soporte social uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: estado del arte. *AQUICHAN*, 10(3), 204-213.
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y cuidador familiar. *AQUICHAN*, 11 (1), 7-22.
- Contreras, F. Espinosa, JC. y Esguerra, G. (2008) Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18 (2), 165-179.
- Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) “Mini-Mental State” a Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal*



- of Psychiatric Research. 12 (3), 189-198.
- García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18 (1), 5-15.
- García-Llana, H., Remor, E. y Selgas, R. (2013). Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*, 25 (1), 79-86.
- González, G. (2012). Insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal y su efecto sobre funcionalidad familiar y autoestima. (Tesis de Especialidad) Universidad Nacional Autónoma de México/ Facultad de Medicina, México
- K/DOQI, (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Kidney Disease Outcome Quality Initiative. American Journal of Kidney Disease* 39, supl 1.
- Krespi, MR., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B. y Salmon, P. (2008) Hemodialysis Patients' Evaluation of Their Lives. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(4), 1-8.
- Laudanski, K., Nowak, Z. y Wankowicz (2010). Psychological aspects of dialysis: does cognitive appraisal determine the overall outcome?. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 120(1-2), 49-52.
- Lucke, K., Coccia, H., Goode, J., Lucke J. (2004) Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Quality of Life Research*, 13(1), 97-110.
- Montalvo, A. y Flórez, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Un estudio comparativo. *Salud Uninorte*, 24 (2), 181-190.



- Panagopoulou, A., Hardalias, A., Berati, S. y Fourtounas, C. (2009) Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 20(2): 212- 218.
- Pérez, C., Dois, A., Díaz, L. y Villavicencio, P. (2009) Efectos de la hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios; *HorizEnferm*, 20 (1): 57-65.
- Pinto, N., Barrera, L. y Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”, *AQUICHAN*, 5 (1): 128-137.
- Reyes, A. Garrido, A. Torres, L. y Ortega, P. (2010) Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20 (1):111-117.
- Santelices, A., Garrido, R., Fuentes, F. González, M. y Martínez, M. (2009) Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*, 8 (2): 413-422.
- Sierra, F. (1998) Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social en Galindo, J.C. (Coord.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson Addison-Wesley.
- Soriano, C.S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24, Supl.6: 27-34.
- Treviño-Becerra, A. (2009). Tratamientos sustitutos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Cirugía y Cirujanos*, 77(5): 411-415.



- Urzúa, A. (2011) Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terapia Psicológica*, 29 (1): 135-140.
- Vázquez, F. Otero, P. Torres, A., García, E. Blanco, V. y Díaz, O. (2013) A brief problema-solving indicated-prevention intervention for prevention or depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25 (1):87-92.
- Weisbord, S., Fried, L., Arnold, R., Fine, M., Levenson, D., Peterson, R. y Switzer, G. (2005) Prevalence, Severity, Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 16: 2487–2494.

APOYO FAMILIAR EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2

*Arturo Del Castillo Arreola, Gloria Solano Solano,
Scarlett Iglesias Hoyos y Rebeca Guzmán Saldaña*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas como la diabetes constituyen un problema que persisten en el tiempo; exige la atención del sistema de salud por las incapacidades irreversibles derivadas de complicaciones, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol, automanejo o empoderamiento por un largo periodo, requiriendo para ello del apoyo social constituido por la familia, los amigos, compañeros de trabajo, organizaciones y miembros de la comunidad en general.

Actualmente existe un aumento significativo en la prevalencia de la diabetes que provoca serias consecuencias económicas y sociales, se requiere de recursos humanos capacitados o entrenados para enfrentar este problema de salud pública, ya que es la mayor causa de morbilidad y mortalidad en México, debido a la transición demográfica y a los cambios en los estilos de vida de la población, es producto de la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los cuales el estilo de vida tiene un rol fundamental e incluye factores de riesgo como la alimentación poco saludable, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y consumo de





alcohol. Las modificaciones de estos factores de riesgo pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes o modificar su historia natural, mejorando de esta forma la calidad de vida del paciente y reduciendo los costos de esta enfermedad para el sistema de salud.

En particular, la prevención de la diabetes y sus complicaciones, constituyen prioridades para la salud pública mundial. En este enfoque la prevención debe ser realizada en los diferentes niveles de atención de salud, mediante la identificación de individuos en riesgo - prevención primaria, identificación de casos no diagnosticados - prevención secundaria, así como a través del tratamiento en individuos ya afectados por la enfermedad, con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y crónicas.

En el presente capítulo se abordan aspectos generales de la epidemiología de la diabetes, se mencionan brevemente las complicaciones, el tratamiento y en forma muy específica el automanejo, desde las diferentes perspectivas teóricas dentro de la psicología de las cuales, el enfoque ecológico o biopsicosocial ha sido el más exitoso para explicar la conducta de tratamiento de la persona con esta enfermedad. Este modelo integra tanto variables individuales, entre las que se encuentran las emociones, los pensamientos y las conductas de los pacientes, así como variables relacionadas con el ambiente social incluyendo familia, amigos, ambientes laborales, organizaciones y cultura, así como el ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos, existe evidencia científica que sugiere que el automanejo mejorará cuando los familiares están dispuestos a llevar a cabo cambios en sus conductas para apoyar al paciente. Así mismo la educación en el automanejo de la enfermedad es relevante para el tratamiento de los pacientes, por lo que evaluar y modificar los factores psicosociales asociados al mismo son una prioridad para el equipo de salud.



Diabetes

Los cambios en cuanto a los perfiles epidemiológicos de México y el mundo, han dado como resultado la disminución estadística en los males infecciosos, pero al mismo tiempo han traído consigo el aumento en los números de casos en los padecimientos crónico-degenerativos, los cuales han marcado la pauta en cuanto a la epidemiología de los países de occidente principalmente. (Secretaría de Salud [SSA], 2010).

Dentro de la categoría de condiciones no transmisibles se encuentra la diabetes mellitus, padecimiento que se ha convertido en un problema de salud mundial, pues, de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes [FID] (2011), su prevalencia se ha incrementado de manera alarmante en los últimos 20 años. Se calcula que en el mundo hay aproximadamente 366 millones de personas con diabetes y se estima que esta cifra aumente a 552 millones para el año 2030.

Sin duda la diabetes constituye un grave problema de salud pública, pues de acuerdo con la FID (2011), México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial entre los países con un mayor número de pacientes con diabetes, con alrededor de 10 millones de personas; no obstante, se estima que esta cifra podría alcanzar los 16.4 millones, de los cuales, alrededor de dos millones de personas no han sido diagnosticadas (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2011).

Por definición, la diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción y/o acción de la insulina, (American Diabetes Association, [ADA], 2012). Los factores de riesgo asociados con su aparición incluyen: a) sedentarismo, sobrepeso y obesidad, b) antecedentes familiares; c) productos macrosómicos, d) dislipidemia, e) historia





familiar de enfermedades cardiovasculares, e) hipertensión arterial, f) mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o poliquistosis ovárica, g) alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) o alteración de la glucosa en ayuno (AGA) (FID, 2011). Distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas, con la consiguiente deficiencia de secreción de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la deficiencia en la acción de la insulina (ADA, 2012). Debido a los cambios fisiológicos derivados de la hiperglucemia sobrevienen los síntomas comunes de la diabetes: polifagia, polidipsia, poliuria, prurito, astenia, cansancio, pérdida de peso y visión borrosa (FID, 2011).

Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y autonómica, mayor incidencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, vascular periférica y cerebrovascular. También es frecuente que exista conjuntamente hipertensión, trastornos en el metabolismo de las lipoproteínas y enfermedades periodontales (OMS, 2011). Derivado de estas complicaciones, la diabetes es la causa principal de ceguera y deficiencias visuales, de amputación no resultante de un accidente y de insuficiencia renal en México (FMD, 2011) y en el mundo (FID, 2011).

La diabetes constituye una de las causas de muerte más importantes con una mortalidad global anual que podría alcanzar los 3.4 millones de muertes, equivalente al 6% de todas las muertes en el planeta (FID, 2011). El 80% de las muertes por diabetes ocurren en países con ingresos medios y bajos, y se espera que el número de muertes por este padecimiento se duplique en el 2030 (OMS, 2011).

De los distintos tipos de diabetes que existen, del 90 al 95% de los pacientes padecen diabetes tipo 2, caracterizada por resistencia a la insulina y habitualmente



una deficiencia relativa (no absoluta) de insulina (ADA, 2012). La población con diabetes tipo 2 se encuentra principalmente entre los 40 y 59 años, sin embargo, existe un rápido crecimiento de la prevalencia en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad (ADA, 2012). La mayoría de estos pacientes son obesos y permanecen sin diagnosticarse por muchos años. La diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente y al comienzo no es lo suficientemente grave como para ocasionar síntomas identificables.

De acuerdo con la ADA (2012), la meta inicial en el tratamiento de un adulto con diabetes es lograr niveles de glucemia preprandial (90-130 mg/dl), nivel máximo de glucosa postprandial (<180 mg/dl), colesterol total (<200 mg/dl), LDL (<100 mg/dl), HDL (>40 mg/dl), triglicéridos (<150 mg/dl), presión arterial (<130/80), peso corporal (IMC<25).

Para lograr estas metas se sugiere que el paciente con diabetes lleve a cabo modificaciones en su conducta como: 1) seguir un plan alimenticio personalizado y cuidar su peso corporal, 2) auto monitorear sus niveles de glucosa en sangre y/o en orina, 3) llevar a cabo actividades físicas continuamente, 4) atender a las indicaciones farmacológicas correspondientes, y 5) realizar visitas a diferentes especialistas de la salud (ADA, 2012). Este tratamiento es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar (Sánchez-Sosa, 2002). De ahí que los factores psicosociales sean relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad.





Automanejo y diabetes

El estudio de los factores psicosociales asociados al manejo de la diabetes se ha llevado a cabo de la mano con la evolución del concepto de automanejo y su explicación desde las diferentes perspectivas teóricas dentro de la psicología (Del Castillo, 2010).

El concepto de automanejo tuvo como antecedentes términos como el cumplimiento del tratamiento (en inglés *compliance*) propuesto por Haynes, Taylor y Sackett (1979); y la adherencia o alianza terapéutica (Dunbar-Jacob et al., 2000), los cuales han tenido múltiples críticas. Entre los argumentos en contra más frecuentes se encuentran en considerar que el paciente debe ser un fiel seguidor de las metas y recomendaciones que plantea el profesional de la salud sin involucrarse activamente en la toma de decisiones dentro del curso de su tratamiento, y no considerar aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente (Anderson & Funnell, 2000).

A partir de estas críticas han surgido nuevos conceptos que rescatan los componentes de autonomía y responsabilidad del paciente hacia su tratamiento, y que anexan la visión de un paciente que toma decisiones de manera activa y continua ante la diversidad de opciones sin considerar que existe una sola opción correcta (Glasgow, Toobert & Gillette, 2001).

Siguiendo esa misma línea, Anderson y Funnell (2000), plantean el concepto de empoderamiento, desde el cual el paciente es responsable del manejo cotidiano de su diabetes y para que este plan de tratamiento sea exitoso, debe ajustarse a las metas, prioridades, estilo de vida y tipo de diabetes que cada paciente presenta (Anderson & Funnell, 2000). Desde este enfoque aunque el profesional



de la salud es experto en el manejo de la diabetes, el paciente es experto en su propia vida. El conocer los detalles de una enfermedad no es lo mismo que conocer la vida de una persona, de ahí que se proponga que el paciente sea el responsable de su cuidado diario.

Otra propuesta surgió de la investigación empírica de autores como Johnson y colaboradores (Johnson, 1992) y Glasgow (Glasgow et al., 2001), quienes propusieron de manera independiente la utilización de términos como “auto-cuidado” y “auto-manejo” para describir el grupo de conductas que día a día llevan a cabo los pacientes para manejar su diabetes.

La educación en el automanejo de la enfermedad es considerada el punto clave en el tratamiento del pacientes con diabetes (American Association of Diabetes Educators, 2007), de ahí que la evaluación y modificación de los factores psicosociales asociados al mismo sea una prioridad de los psicólogos de la salud. El estudio de los factores psicosociales involucrados en el desarrollo y manejo de la diabetes se ha generado desde distintas perspectivas teóricas, de las cuales, el enfoque ecológico o biopsicosocial ha sido el más exitoso para explicar la conducta de tratamiento de la persona con esta enfermedad (Del Castillo, 2010). Este modelo integra tanto variables individuales, entre las que se encuentran las emociones, los pensamientos y las conductas de los pacientes, (Sánchez-Sosa, 2002), así como variables relacionadas con el ambiente social incluyendo familia, amigos, ambientes laborales, organizaciones y cultura, así como el ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos (Stokols, 1996).

Dentro de los factores sociales que intervienen en el automanejo y los resultados de pacientes con diabetes se encuentra el apoyo social que pares y familiares brindan al paciente para el adecuado manejo del padecimiento, elemento que influye de



manera decisiva en el curso de acción que eligen los pacientes con diabetes para lograr las metas que se plantean a lo largo de su tratamiento y que, además, constituye el eje central de estudio en el presente trabajo (Del Castillo & Reyes Lagunes, 2010).

Apoyo social familiar y diabetes

Un primer paso para comprender el impacto de los factores psicosociales en el automanejo adecuado de la diabetes, implica el reconocer que la conducta de los individuos se encuentra funcionando en un amplio contexto social. Dentro de las barreras para poder llevar a cabo un adecuado automanejo que con mayor frecuencia reportan los pacientes con diabetes, se encuentran las relacionadas con el ambiente familiar, y dentro de ellas, el apoyo social es una de las más importantes (Fisher et al., 1998).

El apoyo social es un concepto multidimensional cuya definición y operacionalización no muestra un consenso entre los teóricos que la han estudiado (Castro, Campero & Hernández, 1997). Con el fin de incluir todas sus dimensiones, se ha definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas.

Dentro de las distintas dimensiones del apoyo social que se han abordado se encuentran: 1) el apoyo social provisto también llamado conductas de apoyo (Vaux, 1990) que incluyen las acciones específicas que la red social realiza para proveer asistencia a un individuo determinado; 2) el tipo de apoyo que proporcionan estas redes, que se clasifica en instrumental, informativo y emocional (House & Kahn, 1985); 3) la percepción del apoyo social, es decir, la evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles (Vaux, 1990); 4) la red social, que se refiere al conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo, incluye a la pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo,



organizaciones y miembros de la comunidad en general (Vaux, 1990); 5) el grado de integración o aislamiento a la red que se refiere al nivel de participación en un amplio rango de relaciones sociales (Brissette, Cohen & Seeman, 2000; Cohen, 2004); 6) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social (Cohen, 2004).

Diversas investigaciones han mostrado un marcado interés en el impacto de las relaciones sociales en la salud física del ser humano (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Entre las variables que se han identificado como predictoras de bienestar y salud se encuentran: la estructura de las redes sociales (Brissette, Cohen & Seeman, 2000); el apoyo que se recibe de otros (Cohen et al., 2000); la percepción del apoyo (Kawachi & Berkman, 2001); la cantidad y calidad de las interacciones sociales (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Cohen, 2004) y los sentimientos de soledad y aislamiento (Cacioppo et al., 2002). Cada una de estas variables influye en la salud mediante mecanismos independientes (Cohen, 2004; Cohen et al., 2000). Conociendo las dimensiones y los procesos mediante los cuales estas variables impactan en la salud será posible diseñar e implementar intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar el bienestar de los pacientes.

De acuerdo con Cohen (2004) se han identificado dos mecanismos por medio de los cuales los factores sociales promueven la salud, ambos centrados en el estrés: el modelo protector o amortiguador del estrés y el modelo del efecto directo.

El modelo amortiguador señala que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés y modificando sus respuestas biológicas (neuroendocrina e inmunológica) asociadas al mismo (Cassel, 1976). Este modelo predice que el apoyo social es benéfico para aquellos que viven eventos altamente estresantes,





pero no tendrá el mismo impacto en la salud de aquellos que no se enfrentan a estas situaciones (Cohen, 2004).

De los componentes del apoyo social, es la percepción de este apoyo el factor que ha mostrado ser el modulador de estrés más efectivo, y el que más se asocia con resultados de salud tanto física como mental (Kawachi & Berkman, 2001). La creencia de que otras personas proporcionarían los recursos necesarios para enfrentar una situación podría modificar la habilidad percibida para enfrentar las demandas del medio, cambiando así la evaluación de la situación y disminuyendo su poder estresante. La percepción de apoyo también podría disminuir las respuestas emocionales y fisiológicas al evento o modificar las respuestas conductuales desadaptativas al mismo (Wills & Cleary, 1996). Más allá de la percepción, el recibir apoyo juega un papel importante como regulador de la experiencia de estrés proporcionando la solución a un problema, reduciendo la importancia percibida del problema, brindando distracción del problema o facilitando conductas promotoras de salud como el ejercicio físico, la higiene personal y la alimentación adecuada. Por otro lado, el modelo del efecto directo postula que la interacción social es benéfica para la salud independientemente de que el individuo se encuentre bajo estrés. Los individuos que participan en redes sociales están sujetos a controles sociales y presión de los miembros lo que influye en la realización de conductas de salud normativas. Las redes sociales pueden influir en el individuo para que este realice ciertas conductas como el hacer ejercicio, tener una alimentación baja en grasas, fumar utilizar drogas (Cohen, 2004). La integración social también puede generar una mayor sensación de responsabilidad por los demás lo que, a su vez, incrementa la motivación para cuidarse a sí mismo y así poder cumplir con esta responsabilidad. La integración social también influirá en el sentido del ser y en el tono emocional. El significado común que un conjunto de personas tiene acerca



de los papeles que cada uno juega dentro del grupo ayuda a guiar la interacción entre ellos proporcionando una serie de expectativas comunes acerca de cómo deben actuar en distintos roles. Cuando se cumplen las expectativas del papel que se tiene en el grupo, los individuos logran un sentido de identidad, predictibilidad, estabilidad, pertenencia, seguridad y valor propio (Cassel, 1976).

La interacción con otros también contribuirá a la regulación emocional, incrementando el afecto positivo y ayudando a la regulación de la intensidad y duración de los estados de ánimo negativos. Los pensamientos y emociones positivas que se derivan de una adecuada interacción social resultaran benéficas para el individuo ya que reducirán el malestar psicológico, aumentaran la motivación del individuo para cuidar de sí mismo, suprimirán la respuesta neuroendocrina y mejoraran el funcionamiento del sistema inmunológico. El contar con una amplia red social también proporciona múltiples fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud del individuo, hacer más eficiente la utilización de servicios de salud o ayudar a evadir o enfrentar situaciones estresantes o de alto riesgo (Cohen, 2004).

Como se ha señalado, hasta ahora, las redes sociales proporcionan apoyo emocional, informativo e instrumental, regulan el comportamiento y ofrecen oportunidades para la integración social. Sin embargo, estas interacciones también abren la puerta a la existencia de conflictos, abuso, transmisión del estrés y sentimientos de pérdida y soledad. Estos aspectos potencialmente negativos de las redes sociales pueden actuar como estresores psicológicos que generaran respuestas cognitivas, emocionales y biológicas que pueden incrementar el riesgo de padecer problemas de salud (Cohen, 2004). En varios estudios se ha encontrado que las interacciones sociales negativas predicen más los problemas de salud y bienestar que las positivas (Shuster, Kessler & Aseltine, 1990).





Dada esta historia de controversias relacionadas con el constructo de apoyo social, es importante conocer las asociaciones entre diferentes aspectos del apoyo social y la salud de los pacientes con diabetes tipo 2. Para algunos autores la diabetes se considera una “enfermedad familiar” ya que los cambios conductuales que demanda la enfermedad exigen un importante apoyo del grupo familiar que auxilien al paciente en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas para el manejo del padecimiento (La Greca & Bearman, 2002). Como toda enfermedad crónica, la diabetes genera constantes eventos estresantes, que con frecuencia ocasionan impacto emocional en el paciente. El apoyo familiar será clave para propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y así el paciente tenga un adecuado automanejo.

Dentro de los distintos factores que explican las conductas de automanejo de los pacientes con diabetes, el papel del apoyo social es el que menos atención ha recibido (Fisher et al., 1998).

La mayor parte de la investigación en este rubro se ha centrado en el apoyo familiar a niños y adolescentes con la enfermedad. De acuerdo con los datos de estos estudios se sabe que los adolescentes cuyas familias tienen una mayor cohesión tendrán un mejor automanejo de la enfermedad (La Greca et al., 1995) y una mejor adaptación psicosocial (Burroughs et al., 1997). También se ha encontrado que los amigos y compañeros son una fuente importante de apoyo emocional para niños y adolescentes (La Greca et al., 1995; Skinner, White, Johnston & Hixenbaugh, 1999). Este apoyo estará relacionado con un adecuado automanejo del plan alimenticio (La Greca et al., 1995), con un mejor control metabólico (La Greca & Bearman, 2002; Skinner et al., 1999) y proporcionará modelos adecuados para una alimentación sana (Sherman et al., 2000; Skinner, John & Hampson, 2000).



Sin embargo, es menor el número de estudios que han tocado el papel del apoyo social en el automanejo del paciente adulto con diabetes tipo 2. Dentro de aquellas investigaciones que han abordado el tema en pacientes con diabetes tipo 2 encontramos que altos niveles de apoyo social, sobre todo aquel que brindan las parejas y los hijos en el manejo de la enfermedad, facilitarán el llevar a cabo conductas de autocuidado (McDonald, Wykle, Misra, Suwonnarop & Burant, 2002); que este apoyo estará asociado con una mejor adherencia al tratamiento (Sherman et al., 2000); **con niveles adecuados de** indicadores objetivos de control metabólico como la hemoglobina glucosilada y la glucosa sérica (Glasgow et al., 2001), facilitará la adaptación del paciente a la enfermedad (McDonald et al., 2002); y puede modular los efectos negativos del estrés ambiental en el nivel de glucosa en sangre (Griffith, Field & Lustman, 1990).

De acuerdo a la revisión realizada por Del Castillo (2010), se han encontrado resultados similares en pacientes con distintos antecedentes culturales como México-americanos, griegos, inmigrantes Chinos, afro americanos, indígenas norteamericanos y mexicanos.

Aunque sabemos que el apoyo social facilita un adecuado automanejo en pacientes con diabetes tipo 2 aun no se tiene claro cómo es que se da este proceso (Culos-Reed, Rejeski, McAuley, Ockene, & Roter, 2000). Los estudios descritos previamente, han relacionado indistintamente las dimensiones del apoyo social mencionadas en este apartado con aspectos específicos del automanejo de la diabetes.

La mayor parte de los estudios se han enfocado en el papel de distintas dimensiones del apoyo social en la conducta alimenticia del paciente con diabetes tipo 2. En este ámbito, una de las barreras que con mayor frecuencia reportan los pacientes incluye el que las personas a su alrededor coman alimentos o tomen bebidas





con alto contenido de carbohidratos (Wen, Sheperd & Parchman, 2004). Muchos miembros de las familias de pacientes con diabetes no modifican sus hábitos alimenticios, disminuyendo el requisito de respuesta y aumentando la probabilidad de que el paciente tenga acceso a alimentos no adecuados para su tratamiento (Glasgow et al., 2001). En muchas ocasiones para los pacientes es más complicado llevar a cabo adecuadamente el plan alimenticio en presencia de otros que cuando se encuentran solos (Marzilli, 1999).

La evidencia sugiere que el automanejo mejorará cuando los familiares están dispuestos a llevar a cabo cambios en sus conductas para apoyar al paciente. En general será más sencillo para los pacientes seguir su plan alimenticio y existirá un mejor control metabólico cuando los miembros de la familia se involucran en actividades como comprar y cocinar alimentos saludables para el paciente (Epple et al., 2003), cuando las personas a su alrededor siguen un plan similar (Dye, Haley-Zitlin & Willoughby, 2003; Marzilli, 1999) y cuando el familiar guía al paciente respecto a lo apropiado de consumir ciertos alimentos (Miller & Davis, 2005). En general, los hábitos alimenticios saludables de las personas que rodean al paciente han mostrado ser predictores eficaces de un adecuado automanejo del plan alimenticio (Klomegah, 2006).

Aunque se tienen datos importantes con respecto a la influencia del apoyo familiar en la conducta alimenticia de los pacientes, son menos los estudios que se han enfocado en otras áreas del autocuidado como la actividad física, la toma de medicamentos o el llevar a cabo actividades que generen bienestar en el paciente. Así también, existen pocas investigaciones que se hayan enfocado en el efecto diferencial que los distintos tipos de apoyo para llevar un adecuado automanejo (Sherman et al., 2000). Algunos estudios señalan que el apoyo instrumental es un mejor predictor que el apoyo emocional para mantener hábitos alimenticios



saludables (Klomegah, 2006; Marzilli, 1999). Aunque en muchos de estos estudios el apoyo instrumental parecería tener mayor relación con un adecuado automanejo, hay que considerar que las altas correlaciones entre las medidas de apoyo instrumental y emocional que suelen presentarse en estos estudios sugieren que las personas pudieran considerarlo parte de un mismo constructo.

Una de las variables mediadoras del efecto del apoyo social la constituye la autoeficacia. Pacientes con bajos índices de autoeficacia presentan mayores problemas para llevar a cabo el plan alimenticio independientemente que se encuentren solos o acompañados. Para los pacientes con altos índices de autoeficacia será más sencillo mantener hábitos alimenticios saludables a pesar de que las personas a su alrededor no tuvieran hábitos adecuados. Así los pacientes con baja autoeficacia podrían no sentirse capaces de manejar su padecimiento sin la ayuda de otros, requiriendo de las claves conductuales de otros y siendo más afectados por su ambiente social (Marzilli, 1999).

Con respecto a la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos, se sabe que podría existir una asociación bidireccional en la que la ausencia de apoyo social contribuiría a que existan síntomas depresivos, así como la presencia de depresión contribuiría a alejarse de los recursos de ayuda propios del apoyo social (Sacco & Yanover, 2006).

El sexo también podría tener efectos diferenciales en los beneficios que ofrece el apoyo social, sin embargo, los resultados de diferentes investigaciones muestran resultados contrastantes. En algunos casos, los resultados muestran que las mujeres que reciben apoyo social tienden a perder más peso, a presentar mejor control metabólico que los hombres que reciben este apoyo (Marzilli, 1999); mientras que en otros se muestra lo contrario (Epple et al., 2003). En algunos estudios se





ha encontrado que los hombres señalan una mayor percepción de apoyo para seguir el plan alimenticio que las mujeres (Brown et al., 2000). Esto puede deberse a las diferencias en el rol de género en culturas como la latina donde la mujer es responsable de cocinar los alimentos. Se requieren más estudios para conocer el efecto del diferencial del apoyo social dependiendo del sexo de los pacientes, así como conocer las posibles causas de ello.

Un área donde se ha realizado menos investigación aborda la posibilidad de que las conductas que familia y amigos realizan bajo el rubro de apoyo para manejar su diabetes pudiera estar generando efectos contrarios en los pacientes. En muchas ocasiones se asume que los pacientes con diabetes sabrán qué tipo de apoyo necesitan, y estarán dispuestos a solicitarlo y aceptarlo cuando este se les brinda, sin embargo habrá que considerar otros factores (Hupcey, 1998).

Algunos estudios han planteado la posibilidad de que exista “demasiado” apoyo social. En un estudio Boehm, Schlenk, Funnell, Powers y Ronis (1997) encontraron que algunos pacientes con diabetes informaban contar con mayor apoyo social que el que necesitaban y que era menos probable que estos pacientes participaran en grupos de apoyo para facilitar el automanejo de la enfermedad. De acuerdo con los autores, una posible explicación de los resultados nos indicaría que los pacientes temen ser criticados, regañados o acosados con respecto a sus conductas.

Otros autores (Hess, Davis & Harrison, 1996) señalan que la confianza en la familia y los amigos puede ser riesgosa ya que estas fuentes de apoyo pueden tener información limitada con respecto a la diabetes y su tratamiento haciendo en ocasiones difícil para ellos evaluar adecuadamente en qué medida el paciente está alcanzando las metas de tratamiento planteadas. Incluso, cuando las recomendaciones de



autocuidado no son consistentes con los valores y las creencias de los familiares y amigos, estos pueden incidir para que el tratamiento no se lleve a cabo.

Por lo que se refiere a las intervenciones psicológicas que han tenido como objetivo la modificación de alguna de las dimensiones del apoyo social para fomentar un adecuado autocuidado del paciente con diabetes, son las de corte cognitivo-conductual las que han mostrado mayor efectividad en alcanzar estas metas. Dentro de ellas se encuentran: las que se enfocan en el entrenamiento del paciente en habilidades para buscar y solicitar el apoyo dentro de su familia o comunidad (Steed, Cooke & Newman, 2003); en la creación de redes de apoyo de pares (Toobert, Strycker, Glasgow, Barrera & Bagdade, 2002); en brindar educación a los familiares y a la comunidad sobre el padecimiento (Nasmith, Cote & Cox, 2004); y en menor medida aquellas que incorporan a los miembros de la familia o la comunidad con el objetivo de modificar algunas de sus conductas de apoyo o percepciones con respecto al mismo para así fomentar un mejor automanejo. No existen estudios que hayan comparado la efectividad entre intervenciones cognitivo-conductuales que involucran a la familia de aquellas que solo trabajan con el paciente para mejorar el automanejo del paciente con diabetes tipo 2.

De acuerdo con estos antecedentes los factores psicosociales como el bienestar psicológico, el malestar emocional, las creencias de autoeficacia, los síntomas depresivos y el apoyo social son relevantes para prácticamente todos los aspectos relacionados con el manejo de la diabetes. Distintas investigaciones han mostrado la relación significativa entre estas variables y el control metabólico del paciente con este padecimiento. Así, pacientes con un mayor bienestar, con mayor autoeficacia para el manejo del padecimiento, con menores síntomas depresivos y con mayor apoyo social tenderán a presentar menores índices de glucosa en sangre.





CONCLUSIONES

Para la atención del paciente con diabetes se requiere de una intervención multiprofesional, en la cual se aborden diferentes variables para el logro de un adecuado control metabólico que incide en la prevención de complicaciones agudas y crónicas y en la mejor calidad de vida para quien la padece, así mismo las variables psicosociales son de gran relevancia por encontrarse relacionadas directamente con la conducta asociadas al automanejo y al control de la glicemia.

Las emociones y los pensamientos, influyen en la conducta para el automanejo de la diabetes, el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad, el tratamiento, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad, la severidad de la enfermedad, la autoeficacia, el bienestar psicológico, el malestar emocional, los síntomas depresivos son variables a considerar en el manejo de la diabetes, distintas investigaciones han mostrado que existe relación significativa entre el control de estas y el control metabólico del paciente.

Por otro lado la construcción de redes sociales de apoyo principalmente de tipo familiar contribuye a mejorar la eficacia del tratamiento, ya que según algunos estudios el paciente observa cambios en sus conductas relacionadas con su autocuidado que impactan favorablemente en su plan alimenticio, actividad física y el consumo adecuado de fármacos, lo que permite un mejor control metabólico, es de vital importancia que los miembros de la familia se involucren en actividades de apoyo como por ejemplo la de comprar y cocinar alimentos saludables para el paciente. Además el apoyo social dentro de la familia o comunidad, contribuye a modificar algunas de las conductas o percepciones con respecto al padecimiento, lo que fomenta un mejor automanejo.



Por último la educación para la salud posibilita en los pacientes el entrenamiento necesario para el desarrollo de habilidades de autocuidado, es necesario intensificar las estrategias para la obtención de un buen control metabólico; establecer una vía de comunicación permanente entre los profesionales de las instituciones de salud, el paciente y su familia, principalmente en la fase de inicio o adaptación del tratamiento, es importante involucrar a los miembros de la familia o personas cercanas en el programa de educación, volviéndolo un colaborador en el cuidado del paciente y que promuevan la modificación de hábitos y estilos de vida, así como permitan comprender cuales factores interfieren y/o facilitan el alcance del control metabólico.

REFERENCIAS

- American Diabetes Association (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 35, sup1, s64-s71. doi:10.2337/dc12-s064.
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*, 26, 597-604.
- Boehm, S., Schlenk, E.A., Funnell, M.M., Powers, H. & Ronis, D.L. (1997). Predictors of adherence to nutrition recommendations in people with noninsulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 23, 157-165.
- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (53-85). New York: Oxford University Press.
- Brown, S.A., Harrist, R.B., Villagomez, E.T., Segura, M., Barton, S. & Hanis, C.L. (2000). Gender and treatment differences in knowledge, health beliefs, and metabolic control in Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 26, (3), 425-438.
- Burroughs, T.E., Harris, M.A., Pontius, S.L. & Santiago, J.V. (1997). Research on





- social support in adolescents with IDDM: A critical review. *Diabetes Educator*, 23, 438-448.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-23.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 4, 425-435.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologists*, 10.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Culos-Reed, N. S., Rejeski, W. J., McAuley, E., Ockene, J. K., & Roter, D. L. (2000). Predictors of Adherence to Behavior Change Interventions in the Elderly. *Controlled Clinical Trials*, 21, (5), S200-S205.
- Del Castillo, A. (2010). Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Del Castillo, A. & Reyes-Lagunes, I. (2010). Validación convergente y divergente del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes. En M. García, A. Del Castillo, R. Guzmán & J. Martínez (Eds.) *Medición en Psicología: del individuo a la interacción*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J.A., Schlenk, E.A., Ryan, C.M., Sereika, S.M. & Doswell, W.M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 48-90.



- Dye, C.J., Haley-Zitlin, V. & Willoughby D. (2003). Insights from older adults with type 2 diabetes: making dietary and exercise changes. *Diabetes Educator*, 29, (1), 116-127.
- Epple, C., Wright, A., Joish, V. & Bauer, M. (2003). The Role of Active Family Nutritional Support in Navajos' Type 2 Diabetes Metabolic Control. *Diabetes Care*, 26, 2829-2834.
- Federación Internacional de Diabetes. (2011). The global burden. Disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2011). Diabetes en números. Disponible en <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/estadisticas.php>
- Fisher, L., Chesla, C.A., Bartz, R. J., Gillis, C., Skaff, M.A., Sabogal, F., Kanter, R. A. & Lutz, C. P. (1998). The Family and Type 2 Diabetes: A Framework for Intervention. *Diabetes Education*, 24, 599-607.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J. & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 14, (1), 33-41.
- Griffith, L.S., Field B.J. & Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: Association with glycaemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.
- Haynes, B.R., Taylor, W.R. & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hess, G.E., Davis, W.K. & Harrison, R.V. (1996). A diabetes psychosocial profile. *Diabetes Educator*, 12, 135-140.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.





- Johnson, S.B. (1992). Methodological issues in diabetes research: measuring adherence. *Diabetes Care*, 15, (Suppl. 4), 1658–1667.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 458–467.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472–503.
- Klomegh, R. (2006). The Social Side of Diabetes: The Influence Of Social Support on the Dietary Regimen of People With Diabetes. *Sociation Today*, 4, 2.
- La Greca, A.M., Auslander, W.F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. & Santiago, J. (1995). I get by with a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, (4), 449-476.
- La Greca, A.M. & Bearman, K.J. (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version: Evaluating Adolescents' Diabetes-Specific Support from Family Members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, (8), 665-676.
- Marzilli, G. (1999). The Effects of Social Support on Eating Behavior in Patients with Diabetes. Recuperado el 22 de septiembre de 2009, de <http://insulin.pumpers.org/textlib/psyc353.pdf>.
- McDonald, P.E., Wykle, M.L., Misra, R., Suwonnaroop, N. & Burant, C.J. (2002). Predictors of social support, acceptance, health-promoting behaviors, and glycemic control in African Americans with type 2 diabetes. *Journal of National Black Nurses Association*, 13, 23–30.
- Miller, C. & Davis, M. (2005). The influential role of social support in diabetes management. *Topics in Clinical Nutrition*, 20, (2), 157-165.
- Nasmith, L., Cote, B. & Cox, J. (2004). The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes. *Family Medicine*, 36, 40–50.



- Organización Mundial de la Salud. (2011). Media Centre. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Sacco, W. & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: The role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, (6), 523-531.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Secretaria de Salud de Hidalgo. (2010). Actualización del programa de programa estatal de salud. Hidalgo: SSH.
- Sherman, A.M., Bowen, D.J., Vitolins, M., Perri, M.G., Rosal, M.C., Sevic, M.A. & Ockene, J.K. (2000). Dietary Adherence Characteristics and Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21, (5), S206-S211.
- Shuster, T.L., Kessler, R.C. & Aseltine, R.H. (1990). Supportive interactions, negative interactions and depressed mood. *American Journal of Community Psychology*, 18, 423-438.
- Skinner, T.C., White, J., Johnston, C. & Hixenbaugh, P. (1999). Interaction between social support and injection regimen in predicting teenagers concurrent glycosylated and haemoglobin assays. *Journal of Diabetes Nursing*, 3, 140-144.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educator Counseling*, 51, 5-15.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, (4), 282-298.
- Toobert, D.J., Strycker, L.A., Glasgow, R.E., Barrera, M. & Bagdade, J.D. (2002). Enhancing support for health behavior change among women at risk for heart disease: the Mediterranean Lifestyle Trial. *Health Education Research*, 17, 574-585.





- Vaux, A. (1990). The assessment of social support. (Memorias del Simposium Internacional). The Meaning and Measurement of Social Support, Frankfurt, Alemania, 1990, p. 6.
- Wen, L.K., Sheperd, M.D. & Parchman, M.L. (2004). Family support, diet and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 30, 6, 980-993.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated: A test for parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 937–952.

NARRATIVAS DE LOS FAMILIARES COMO CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFIENCIA HUMANA (VIH)

*Ana Celia Chapa Romero, Ariagor Manuel Almanza Avendaño
y Anel Hortensia Gómez San Luis*

INTRODUCCIÓN

Actualmente la atención médica que reciben los pacientes que viven con VIH ha mejorado radicalmente debido a dos acontecimientos clave: el desarrollo del tratamiento antirretroviral altamente supresivo a finales de la década de los noventas y la ampliación gradual del acceso al tratamiento a lo largo de la década del 2000, que ha beneficiado principalmente a la población no derechohabiente. En este momento histórico, si se cuenta con las condiciones afectivas, sociales y económicas suficientes para afrontar el padecimiento a largo plazo, la infección por VIH se puede convertir en un padecimiento crónico. A nivel cultural, esto implica que se abre la posibilidad de modificar los significados vinculados al VIH y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), especialmente cuando se le relaciona con la muerte, el horror y la desesperanza. Los pacientes pueden empezar a simbolizar el diagnóstico como una posibilidad de vivir positivamente o de transformación personal (Levy & Storeng, 2007; Stanley, 1999). Cabe mencionar que la recuperación del sentido de valor social puede ser contrarrestada por la persistencia de los procesos histórico-sociales de estigma y discriminación en las comunidades (Campbell et al., 2011).





Sin embargo, el acceso al tratamiento también conlleva el reto de promover la adherencia a largo plazo del paciente, a niveles mayores al 90%, a fin de que pueda alcanzar el máximo beneficio del tratamiento antirretroviral. La magnitud de dicho reto aumenta si se toma en cuenta que los servicios de salud en México fueron planeados para la atención de enfermedades agudas, por lo que requieren reestructurarse progresivamente para brindar una atención integral que se extienda en el tiempo.

No sólo se trata de un problema de diseño y planeación de los servicios, a la vez hay que enfrentarse con aspectos presupuestales que afectan la calidad de la relación médico-paciente o que establecen prioridades entre los tipos de servicios otorgados, frecuentemente en detrimento del objetivo de brindar una atención integral que contemple a la salud mental como un complemento fundamental de la atención médica. En otros países que han estado a la vanguardia en términos del acceso universal al tratamiento, como es el caso de Brasil, se ha alertado acerca de los riesgos de la “farmaceutización” de la salud pública, en el sentido de que el Estado otorgue únicamente medicamentos sin tomar en cuenta las diferencias en términos de los recursos afectivos, sociales y económicos de las personas para iniciar y mantenerse bajo tratamiento (Biehl, 2007).

Un fenómeno singular en los países en vías de desarrollo, ha sido que ante la falta de presupuesto por parte del Estado (enmarcado por la presencia de políticas neoliberales que han erosionado al Estado social), para organizar servicios sociales que brinden apoyo a los pacientes ante las múltiples crisis o dificultades suscitadas a través del curso del padecimiento, son las familias y otros miembros de la red social de los pacientes quienes se movilizan para otorgar diversos tipos de apoyo, incluyendo el emocional, el instrumental y el económico, para el afrontamiento de los padecimientos crónicos (Flores, Almanza y Gómez, 2008; Warwick et al., 1998).



Sin duda es importante mencionar, que la relación entre las personas que viven con VIH y sus familias no siempre deviene en apoyo y solidaridad. Se ha denunciado a través de la historia de la epidemia cómo la familia puede convertirse en un contexto de discriminación, ya sea por el miedo al “contagio”, el temor a la muerte”, el estigma de la orientación sexual u otra connotación moral atribuida al padecimiento (Almanza y Flores, 2012; Aggleton & Parker, 2002). Incluso se han acuñado términos como el de “familia de elección” para señalar el proceso de sustitución de vínculos ante los conflictos presentes con las personas con quienes se tienen lazos de consanguineidad.

En el presente trabajo se lleva a cabo una aproximación a la experiencia de personas que viven con VIH y miembros de su familia a fin de identificar el pasaje que realizan a través del curso del padecimiento y comprender la forma en que promueven el cuidado del paciente. Este proceso de pasaje o tránsito puede analizarse en dos niveles, aunque en la cotidianidad aparecen de forma simultánea. En un primer nivel se pueden identificar las prácticas o acciones que realizan los miembros de la familia para promover el cuidado de la persona que vive con VIH. El otro nivel tiene que ver con el significado otorgado a la vida con el padecimiento, que reviste de un sentido particular a las prácticas anteriormente mencionadas. Específicamente, se busca comprender la manera en que a través del tiempo pueden resistir los significados culturales asociados al VIH y al sida, y re-significar la vida con el padecimiento de una manera que apunte las prácticas orientadas al mantenimiento del cuidado y la adopción de un estilo de vida saludable (Bury, 2001; Hydén, 1997).

Esta aproximación a la experiencia de las personas que viven con VIH y los miembros de sus familias se realizó por medio de las narrativas del padecimiento, que son las historias que los pacientes y sus otros significativos narraron a fin de





organizar en el tiempo y otorgar sentido a los acontecimientos relacionados con la enfermedad (Kleinman, 1988). Las narrativas permiten dar cuenta de la ruptura de la cotidianidad provocada en la familia por la aparición de la enfermedad y de los esfuerzos simbólicos y pragmáticos que realizan sus miembros para afrontar el padecimiento y normalizarlo a fin de que el mundo de la enfermedad y del tratamiento se vuelva confortable (Good, 2003).

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo de tipo narrativo, enfocado a la comprensión de las prácticas y significados presentes en las familias de personas que viven con VIH, que fomentan el cuidado de la salud. Se empleó el estudio de caso como estrategia de investigación y el número de casos estuvo determinado por criterios de saturación teórica y temporal (Denzin y Lincoln, 1994).

Muestreo

Se utilizó un muestreo de tipo intencional con veinte personas viviendo con VIH usuarios/as de dos centros de atención primaria: Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Clínica Especializada Condesa. Los criterios de selección fueron: que los pacientes fueran mayores de edad, hubieran adquirido el VIH por vía sexual, se encontraran bajo tratamiento antirretroviral y recibieran atención médica en algunos de los centros antes referidos. Además se recurrió al principio de máxima variación para obtener una mayor diversidad en la muestra en términos de sexo y orientación sexual.

Instrumentos

Se elaboró una guía de entrevista con diversos ejes para conocer el papel de la familia en el cuidado del paciente a través de la trayectoria del padecimiento, desde



la fase inicial hasta la fase crónica (Rolland, 2000):

- Descubrimiento del diagnóstico.
- Reacción ante el diagnóstico.
- Inicio de la relación con los servicios de salud.
- Adopción de un nuevo estilo de vida.
- Mantenimiento de los cuidados cotidianos.
- Crisis afrontadas a través del curso del padecimiento.

Procedimientos de recolección y análisis

Se contactó en un primer momento a las autoridades de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y a las de la Clínica Especializada Condesa, a quienes se les presentó el proyecto de investigación y un plan de trabajo que fueron sometidos a los Comités de Ética respectivos. Una vez aceptado el proyecto se invitó a participar a los usuarios/as y a sus familiares.

Previo consentimiento informado, se realizaron entrevistas individuales y grupales en las instalaciones de los centros de salud. En el caso de las entrevistas grupales se incluían a las personas con VIH junto a los miembros de su familia que los acompañaban a los servicios de salud.

Las entrevistas se audiógrabarón, se transcribieron y posteriormente fueron sometidas a un análisis narrativo de tipo categórico. Para ello, los textos se organizaron en una secuencia temporal correspondiente a la trayectoria del padecimiento, y se realizó una codificación de las diversas estrategias, incluyendo prácticas y significados, que realizaban los miembros de las familias para promover el cuidado de los pacientes. Posteriormente se realizó una comparación entre los casos para identificar las categorías principales o patrones comunes que emergían a través de los casos.





RESULTADOS Y ANÁLISIS

Las características sociodemográficas de los pacientes en términos de porcentajes fueron las siguientes: 65% fueron mujeres y el 35% varones con un rango de 23 a 53 años de edad. Respecto a su estado civil, 70% vivían en pareja ya fuera casados/as o en unión libre, 25% habían enviudado y 5% eran divorciados. El 60% contaba con estudios de primaria y/o secundaria mientras el otro 40% con educación media superior. Trabajaban en alguna actividad remunerada principalmente dentro del sector informal el 70% (taxistas, comerciantes, empleadas domésticas), 25% se dedicaban exclusivamente al hogar y 5% se encontraban desempleados.⁴ La estructura familiar que predominantemente proporcionaba apoyo y cuidado a la persona viviendo con VIH fue la nuclear representando el 45% de los casos, seguida de la de origen 40% y extensa 5%. En el caso de de dos pacientes (10%) cuya familia desconocía su estatus, fueron amistades las que les brindaban cuidado. Destacó que las mujeres ya fueran las madres, esposas, hermanas o hijas del o la paciente representaron el 65% del total de cuidadores primarios, mientras que los esposos o concubinos sólo el 15%.

El 55% eran usuarios de la Clínica Especializada Condesa y el otro 45% usuarios de los CAPASITS de Morelos. El tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años representó el porcentaje más alto (65%), seguido de quienes llevaban diagnosticados de 6 a 10 años (20%), cuatro a once meses (20%) y más de 10 años (5%). **En cuanto a las fases de la enfermedad**, el 75% se encontraba en crónica, 25% en inicial y 5% en terminal.

El cuidado que realizan los miembros de la familia, se va generando desde el

4 En el momento de la entrevista, 2 participantes (10%) estaban incapacitados debido al avance la enfermedad.



proceso de diagnóstico y va adquiriendo nuevas formas conforme transitan hacia la fase crónica y logran normalizar la vida con el padecimiento. A continuación se presentan las categorías que surgieron a partir del estudio, y se presentan de acuerdo al pasaje realizado por las familias a través de la trayectoria del padecimiento. Atender la aparición de los síntomas

El cuidado de la persona inicia incluso antes de que confirmen el diagnóstico de infección por VIH, con la aparición de diversos síntomas y signos del padecimiento, frecuentemente problemas gastrointestinales, respiratorios o dermatológicos, que no sólo implican el manejo de los síntomas en la cotidianidad, sino el deambular por los servicios de salud en busca de un diagnóstico y tratamiento adecuados:

“Lo difícil fue antes de, porque no sabíamos, no sabíamos qué tenía (su papá), el verlo tendido en la cama, con las calenturas, llevarlo al doctor y que no tiene nada, y que no tiene nada, creo que fue más pesado el no saber qué tenía” (Ileana, hija de paciente).

El retraso del diagnóstico puede deberse a múltiple factores, como la falta de especialización en materia de VIH dentro de los servicios de salud, así como al estigma asociado al padecimiento. En ciertas ocasiones ni el personal de salud ni las mismas personas consideran la posibilidad del VIH debido a que no existe una identificación como miembros de un “grupo de riesgo”. En otras ocasiones, la persona puede percibirse en riesgo, pero evita realizarse la prueba de VIH por el temor a recibir lo que en ese momento se considera una “sentencia de muerte”.

“[...] o sea a mí me diagnosticaban leucemia y cuanta cosa se les antojaba yo tenía y cuando vieron que no era nada de eso me dijeron: ¿sabes qué? que te vamos a hacer una prueba de VIH, ¿te la has hecho?”... (Laura, paciente)

Dicho retraso favorece que las personas tengan que lidiar con diversas crisis de





salud antes de un diagnóstico oportuno, generando angustia e incertidumbre en los familiares, que pueden enterarse del diagnóstico tras una hospitalización del paciente:

“Le empezó a dar tos, y tos y la tos ya no se le quitaba (a su esposo), no se le quitaba, y pues cayó en cama. Después le daba calentura y harta diarrea y así estuvo como dos meses en la cama. Y ya hasta después que un doctor de los similares, lo fue a ver y me dijo ‘es esto, se te está muriendo, y ya me dio la orden para llevármelo al hospital y ahí fue cuando ya nos dimos cuenta” (Mariana, paciente).

Brindar apoyo emocional tras el diagnóstico

La familia de la persona que vive con VIH puede enterarse del diagnóstico en medio de una crisis de salud o durante el proceso de deambular por los servicios de atención en busca del diagnóstico. Sin embargo, en muchas ocasiones las personas que viven con VIH pueden enterarse del diagnóstico solas, sobre todo si están asintomáticas, y pueden decidir revelar dicho diagnóstico, mantenerlo en privado o incluso revelar en forma gradual y selectiva a los miembros de la familia con quienes tenga un vínculo íntimo y de confianza.

La decisión de no revelar a la familia puede evitar conflictos o rechazo, pero al mismo tiempo puede limitar la posibilidad de recibir apoyo emocional tras el diagnóstico. No obstante, en esos casos la persona que vive con VIH puede recurrir a la atención psicológica brindada en la clínica o en organizaciones de la sociedad civil, o buscar apoyo en otros miembros de su red social.

Conocer el diagnóstico puede provocar diversas reacciones en la persona que vive con VIH y en los miembros de su familia, desde el miedo a una muerte cercana, la tristeza ante la desgracia, el temor a sufrir discriminación, la ira y el resentimiento por descubrir una infidelidad, una orientación sexual o la posibilidad de que otros miembros de la familia contraigan el VIH.



Si bien los miembros de la familia tienen que lidiar con estos afectos, a la vez intentan “unirse ante la desgracia” y tratar de brindar apoyo emocional a la persona para que asimile el diagnóstico y se sienta acompañado. Esto implica que la persona encuentra un espacio donde puede expresar su dolor y su sufrimiento y a la vez recibir palabras de aliento que la motiven a iniciar el tratamiento y no rendirse, que sepa que no está sola ante el padecimiento:

“Tengo que salir porque mi familia me está apoyando y no me tengo que sentir sola, sola me sentiría si mi familia desde el momento en que yo les dije, me hubieran hecho a un lado, pero sin embargo, yo se los comenté y me dijeron: “No estás sola, estamos contigo” (Ara, paciente)

Acompañar a la persona a los servicios de salud

Después del diagnóstico, es fundamental que la persona acuda a los servicios de salud para monitorear su estado, realizar las pruebas de linfocitos cd4 y de carga viral para determinar si es momento de iniciar el tratamiento antirretroviral, y conocer las medidas que requiere adoptar en la cotidianidad para tener un estilo de vida saludable. De esta manera es que la persona que vive con VIH puede convertirse en paciente, y dependiendo de su compromiso con su propia salud, puede extender su tiempo de sobrevivencia y mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, es posible que tras el diagnóstico, el malestar emocional provocado por la noticia genere reacciones como la negación o la evitación, así como trastornos psicoafectivos como la depresión, que limiten la posibilidad de que la persona acuda a los servicios de salud y establezca una relación de cuidado a largo plazo. En un primer momento resulta fundamental el acompañamiento de los miembros de





la familia para que la persona establezca lo antes posible una relación de cuidado con los servicios de salud, donde a la vez puede recibir atención psicológica que le permita manejar el malestar provocado por el diagnóstico y aceptarlo como parte de su vida. Además, acompañar a la persona permite que los miembros de la familia se informen acerca del padecimiento y conozcan los cuidados que se requerirá mantener en la cotidianidad:

“Ahorita con el medicamento, hay citas y todo, y pues hay que acompañarla y toda la cosa, también apoyarla pues, y este, le digo, ella al menos yo lo que he visto, pues, se sobrelleva bien, o sea, no se pone triste, hora sí que nos apoyamos toda la familia, yo creo que también es necesario (Leticia, hermana de paciente).

Brindar los cuidados cotidianos

Una vez que la persona que vive con VIH ha acudido a los servicios de salud, recibe una serie de recomendaciones para adoptar un estilo de vida saludable, además de las indicaciones necesarias para el tratamiento antirretroviral. Los miembros de la familia pueden jugar un papel importante en el monitoreo de la toma del medicamento, de manera que promueva una mayor adherencia al tratamiento:

“Ajá, si lo acompaño, yo ando para allá y para acá cada que se interna en el Balbuena y lo acompaño a sus consultas y todo, como ahorita... y estoy al pendiente de que se tome sus medicinas” (Sara, esposa de paciente)

Los miembros de la familia también pueden brindar apoyo instrumental, como en el cuidado de los hijos o en las tareas del hogar, especialmente cuando la persona que vive con VIH ha sufrido una crisis de salud, y requiere de reposo para favorecer su recuperación:



“Nosotros la cuidamos, no la dejamos hacer quehacer, le ayuda mi cuñado, y pues sí la hemos cuidado más ahorita que se operó, pues era cosa delicada... o sea, siempre nos preocupamos por ella, como dice mi hermana, más por su enfermedad” (Gabriela, hermana de paciente).

De esta manera, puede considerarse a la familia como un espacio donde se apoya y acompaña a la persona que vive con VIH, pero también se le monitorea, a fin de que en la cotidianidad logre mantener los cuidados necesarios y a través del tiempo adopte un estilo de vida más saludable, que puede incluir aspectos como el descanso, el ejercicio, o evitar el consumo de alcohol y/o drogas:

“Esto vino a favorecer un poco mi vida, pues ya no puedo tomar, no me desvelo tanto, mi vida es más prudente y trato de comer un poco mejor, y ya es como más calidad de vida” (Darío, paciente).

Brindar apoyo económico

En ocasiones, la presencia de la enfermedad puede afectar la capacidad laboral e impedir que las personas que vivan con VIH puedan sostener económicamente su hogar. En tales circunstancias, de manera temporal o definitiva, pueden regresar a casa de sus familiares para tener un lugar donde vivir y obtener un sostén económico:

“Yo todo el tiempo, hora sí que quedé viuda, yo me la pasaba trabajando, para mis niños, igual para todo. Pero ahorita desde que yo me enfermé, pues ahí fui con mis papás, ellos son los que me están apoyando” (Raquel, paciente).

Ante ciertas crisis de salud que incapacitan a la persona para trabajar por extensos periodos de tiempo, los miembros de la familia pueden ayudarla no sólo con los gastos generados por la atención del padecimiento, sino con los gastos para su





manutención y para su cuidado cotidiano, mientras la persona sale de la crisis de salud y puede reintegrarse al mundo laboral:

“Gracias a Dios, y como yo le digo, hasta de mi padre porque nos ayudó, porque estuve hasta un año sin trabajar, sin mover un dedo en la casa, ni ella (su esposa), pues porque por atenderme a mí, no iba”
(Agustín, paciente).

Aunque ha aumentado progresivamente el acceso al tratamiento antirretroviral, existen momentos en que hay desabasto de algún medicamento. En tales circunstancias, los miembros de la familia pueden movilizarse y juntar el dinero para comprar el medicamento y mantener la adherencia:

“pues mi mamá es la que me está ayudando con él medicamento (económicamente)” (Rosa, paciente).

Estar al pendiente de las recaídas

Vivir con el VIH implica enfrentar diversas crisis de salud a través del curso de la infección, debido a que si bien el tratamiento antirretroviral puede reducir la carga viral por cierto periodo de tiempo, también se va generando una resistencia a los medicamentos que a la larga reducirá los niveles de linfocitos cd4 y permitirá el aumento de la carga viral. Por ello es que la vida con este padecimiento puede significar un proceso de caer y levantarse, de entrar y salir del mundo de la enfermedad.

Ante dichas crisis de salud, que no sólo afectan al paciente en forma física, sino también en términos afectivos y limitan su funcionamiento social, los miembros de la familia pueden responder de diversas maneras. Una de ellas consiste en movilizarse rápidamente ante una urgencia médica que requiere de hospitalización:



“Entonces prácticamente, entre mis papás, mis hermanas, nos ayudaron mucho, porque cuando él se llegaba a poner mal, corríamos y lo llevábamos rápido, eso antes de que lo lleváramos a la Condesa, lo llevábamos rápido donde fuera, al Seguro, con un particular (Andrea, esposa de paciente).

Otra manera de responder ante las recaídas, consiste en organizarse y tomar turnos para el cuidado de la persona mientras los demás trabajan. Esto implica que se intensifiquen los cuidados no sólo en términos de procurar una buena alimentación, la toma del medicamento o el reposo, sino en ayudar a la persona especialmente cuando sufre dolor o dificultades para moverse por sí misma:

“Cuando tuve herpes en el recto y también, cuando iba al baño era un sufrimiento, y, pues, al pendiente, siempre, de estarme dando mis medicamentos, comida” (Carmelo, paciente).

Por lo tanto, la familia aprende a moverse entre el mundo asintomático, donde la persona que vive con VIH puede mantener sus funciones sociales gracias a los cuidados cotidianos y la adherencia al tratamiento; pero también hacia el mundo de la enfermedad, estando al pendiente de las señales de alarmas para llevar a la persona a los servicios de salud y manejar la crisis de salud hasta su recuperación:

“Por ejemplo le da una gripa o cualquier enfermedad que para nosotros puede ser común, para la familia es un foco rojo, a atenderte, tus cuidados especiales, en el aspecto de tus medicinas, tus inyecciones, y todo esto, como que si nos cambia... entonces cuando uno si lo quiera ver de repente como que normal, y unos días lo ves normal, pero sí cuando se enferma, ya sea por la lactosa, o que le da una gripa, o que la tos, o algo, es cuando nos ponemos así, con foco rojo” (Beatriz, madre de paciente).



Normalizar la vida con el padecimiento

Conforme la persona que vive con VIH y los miembros de su familia aprenden a manejar el padecimiento en la cotidianidad y adquieren un sentido de control, pueden considerar que si bien su vida no es la misma que antes del diagnóstico, se ha logrado integrar el padecimiento a su vida diaria y se han desarrollado los recursos para afrontarlo. A este proceso se le conoce como normalización, e incluye tanto las prácticas cotidianas de cuidado que se integran como parte de los rituales familiares, así como una simbolización del padecimiento como una situación asimilable y una neutralización de la sensación de ser diferentes, estar en falta o salirse de la norma, aspectos inducidos por el estigma.

Dicho proceso permite que las personas que viven con VIH y sus familias recuperen su vida, sin olvidar el padecimiento pero al mismo tiempo sin dejar que el VIH sature sus espacios y sus tiempos, es decir, su identidad como familia. Normalizar el padecimiento no sólo implica su aceptación en la cotidianidad, sino darse cuenta de que la situación es manejable, que el conflicto provocado por el diagnóstico se ha resuelto:

“Cuando uno se entera, pues sí es difícil, pero con el tiempo uno se acostumbra a vivir con esta enfermedad. Se acostumbra uno, el cuerpo se acostumbra igual a tomar su medicamento, a estar al día, o sea, ya, después de un tiempo la vida vuelve a ser la misma... ya no me preocupa nada de la dichosa enfermedad, a estas alturas ya no”
(Patricia, paciente).

Si bien este proceso de normalizar el padecimiento es posible cuando el tratamiento es eficaz y la salud de la persona se encuentra estable, cabe señalar que la persona y su familia pueden asumir un papel activo en la medida en que se adhieren al tratamiento y mantienen los cuidados cotidianos:



“Si tenía mucho miedo, pero después fui descubriendo que esto es solamente una condición de vida y que puedo tener mi vida normalmente, y puedo seguir luchando, puedo seguir viviendo, puedo seguir trabajando, sin ningún problema. Siempre y cuando tenga los cuidados que tengo que tener” (Darío, paciente).

CONCLUSIONES

A través del pasaje de la persona que vive con VIH durante la trayectoria del padecimiento, la familia puede jugar un papel de acompañamiento y apoyo que favorezca el cuidado de su salud. Desde la aparición de signos y síntomas del padecimiento, los miembros de la familia están presentes para atender a la persona, acompañarla en la búsqueda del diagnóstico o responder ante las crisis de salud que requieren de hospitalización.

Los procesos sociales de estigma y discriminación asociados al VIH pueden limitar el cuidado que puede brindar la familia de dos formas principales, aunado al hecho de que pueden impedir el diagnóstico oportuno. En primer lugar, pueden impedir que la persona que vive con VIH comparta el diagnóstico por temor a sufrir rechazo o discriminación. En algunos de los casos se identificaron situaciones de rechazo hacia la persona que vive con VIH ya sea por miedo al “contagio”, así como por estigmas previos vinculados a la orientación sexual o al género. En segundo lugar, el estigma asociado al VIH puede internalizarse tras el diagnóstico de tal manera que genere un intenso malestar emocional y termine afectando el cuidado de la salud. En algunos casos podía negarse el diagnóstico y la persona no se atendía oportunamente. También se presentó un caso donde la persona temía revelar el diagnóstico de VIH ante los servicios de salud por el miedo a ser discriminado, por lo que se retrasó severamente el inicio del tratamiento. En otros casos, el malestar





emocional derivaba en problemas como depresión, y consumo de alcohol o drogas, que afectaban la adherencia al tratamiento y la relación con los servicios de salud, hasta que las personas regresaban al tratamiento tras haberse deteriorado su estado de salud.

Sin duda la familia puede realizar diversas acciones para fomentar la calidad de vida del paciente, como acompañarlo a los servicios de salud, recibir información sobre el padecimiento y los cuidados, procurar que adopte un estilo de vida saludable en términos de alimentación, reposo, ejercicio o adherencia al tratamiento; también puede brindar apoyo económico de modo que la persona pueda recuperarse de una crisis de salud y continuar bajo tratamiento; y finalmente, puede mantenerse al pendiente de cualquier recaída para brindar cuidados paliativos y favorecer su recuperación.

No obstante, las acciones de la familia serán ineficaces, es decir, el apoyo tendrá un límite, si es que la persona que vive con VIH no se asume como un agente activo durante el tratamiento, emerge en ella el deseo de sobrevivir y conservar su salud, y establece un compromiso con su propio cuidado. Pero cuando el apoyo de la familia se encuentra con esta dificultad ante la persistencia de malestar emocional en la persona, la atención psicológica brindada por las clínicas especializadas y las organizaciones de la sociedad civil puede ser fundamental para promover el inicio y la continuación del tratamiento.

De esta manera, el proceso de normalización, que implica pasar de interpretar al VIH de acuerdo a los significados culturales hegemónicos hacia una renegociación del significado donde se convierte en un padecimiento crónico manejable, emerge de la colaboración conjunta entre la persona que vive con VIH y los miembros de su



familia que lo acompañan en el proceso. Al darse cuenta de la eficacia de adoptar un estilo de vida saludable y de adherirse al tratamiento es cómo perciben que sus acciones tienen un sentido, disminuir la ruptura provocada por el diagnóstico y hacer que el mundo social de ambos vuelva a ser habitable.

El énfasis otorgado a la manera en que la familia promueve el cuidado de la persona que vive con VIH, no implica que no existan conflictos o ambivalencia en la relación que los miembros de la familia establecen con ella. Además del posible rechazo por el estigma asociado al VIH y la vinculación con estigmas previos, el diagnóstico puede generar un distanciamiento por el temor ante la posibilidad de la muerte, pero sobre todo ira y resentimiento, especialmente en la relación de pareja. Estos afectos pueden derivar en un conflicto persistente más que en una relación de apoyo y de cuidado, por lo que la atención psicológica es un espacio para manejar tales efectos y orientar a la familia a una toma de decisiones que considere las necesidades de todos los miembros.

También es importante mencionar acerca de que el cuidado del paciente suele sobrecargarse sobre las mujeres de la familia, incluso cuando ellas mismas también viven con VIH, como es el caso de las esposas. Esto tiene implicaciones en términos de atender la salud mental de las cuidadoras, e incluso de generar intervenciones psicosociales para promover su salud y autocuidado.

Es necesario que los servicios de salud reconozcan la participación de las familias de las personas que viven con VIH a través del curso del padecimiento, a fin de que se establezca una relación de colaboración a favor de los pacientes, que permita mantener la adherencia a largo plazo y la adopción de un estilo de vida saludable, así como la identificación oportuna de dificultades durante el tratamiento. Incluso





los servicios de salud pueden empoderar a las familias mediante información y el entrenamiento en habilidades específicas que les permitan responder en momentos críticos de la trayectoria del padecimiento.

Finalmente, puede decirse que las narrativas del padecimiento son una herramienta útil para incluir al paciente y a los miembros de su familia en la comprensión del proceso del padecimiento, identificar las prácticas y significados que han desarrollado para afrontarlo y detectar problemáticas que puedan afectar la salud del paciente y de las/os cuidadoras/es.

REFERENCIAS

- Aggleton, P. & Parker, R. (2002). Documentos de trabajo No. 9. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. México: El Colegio de México.
- Almanza, A. y Flores, F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22 (2), 173-184.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction?. *Sociology of Health & Illness*, 23 (3), 263-285.
- Biehl, J. (2007). *Will to live. Aids therapies and the politics of survival*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Campbell, C., Skovdal, M., Madanhire, C., Mugurungi, O., Gregson, S. & Nyamukapa, C. (2011). We, the AIDS people...': How antiretroviral therapy enables zimbabweans living with HIV/AIDS to cope with stigma. *American Journal of Public Health*, 101 (6), 1004-1010.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, California, Sage.
- Flores, F., Almanza, A. y Gómez, A. (2008). Análisis del impacto del VIH-SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 6-13.



- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19 (1), 48-69.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness narratives*. Nueva York: Basic books.
- Levy, J. & Storeng, K. (2007). Living positively: narrative strategies of women living with HIV in Cape Town, South Africa. *Anthropology and medicine*, 14 (1), 55-68.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Stanley, L. (1999). Transforming AIDS: the moral management of stigmatized identity. *Anthropology and medicine*, 6 (1), 103-121.
- Warwick, I., Bharat, S., Castro, R., García, R., Leshabari, M., Singhanetra-Renard, A., & Aggleton, P. (1998). Household and community responses to HIV and AIDS in developing countries. *Critical Public Health*, 8 (4), 311-327.



LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO ESTRESOR Y LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD

*Paola Blancas Escalona, Gloria Margarita Gurrola Peña,
José Antonio Vírveda Heras, Patricia Balcázar Nava, Julieta Garay López*

INTRODUCCIÓN

La utilización del término estrés es difusa y es empleado en diversos contextos, aunque la importancia radica en entender en cómo el organismo se adapta a las exigencias diarias y a los eventos dramáticos que ocurren de forma ocasional. De ahí que muchas personas relacionan el concepto de estrés con un estado poco deseable de intranquilidad, temor, irritabilidad, tristeza y dificultad para afrontar las situaciones asociadas con el fracaso (Moscoso, 2009).

Entonces, el estrés llega a producir emociones negativas, las cuales son consideradas como un riesgo para la salud debido a que influyen en ésta por medio de diferentes maneras, entre ellas está el conocido Síndrome de Adaptación General descrito por Selye en 1936. Esta propuesta concuerda con el enfoque interaccional del estrés de Lazarus y Folkman, en el que la naturaleza y la intensidad de la reacción de estrés vienen moduladas por la valoración primaria en donde se percibe el grado de amenaza de la situación, la valoración secundaria en la cual la persona identifica los recursos con los que cuenta para enfrentar la situación amenazante y el estilo

Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.





de afrontamiento que se pone en marcha. La cronicidad de este síndrome conlleva un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (Oblitas, 2008).

Por tanto, el estrés no solo se asocia con la enfermedad y los problemas físicos, sino también con los trastornos psicológicos, puesto que logra provocar efectos psicológicos y fisiológicos que afectan la salud (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). Por lo citado anteriormente, el objetivo de esta investigación se centra en analizar las repercusiones en la salud de la mujer generadas por el estrés que causa la violencia doméstica como condición crónica de salud.

Repercusiones físicas y psicológicas de la violencia doméstica

Las repercusiones de la violencia doméstica en la salud física se manifiestan de manera inmediata, a mediano y a largo plazo. Lo más evidente son las lesiones postraumáticas, pero con un nivel de daño apenas notable son los efectos que se producen con el paso del tiempo. Los efectos son vagos y tienden a confundirse con muchos problemas de salud [...] sin llegar a determinar el origen de los mismos: dolor de cabeza recurrente, insomnio, exceso de sueño, depresión, cansancio, dolor abdominal, diarrea, cambios de humor, inseguridad, olvidos recurrentes, torpeza, entre otros. De igual forma llegan a presentarse efectos que atentan contra la vida tales como la ideación suicida e intento de suicidio (Ramírez, 2006).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) enumera entre las consecuencias sobre la salud física de las víctimas de violencia las siguientes:

- Cefaleas
- Lumbalgias
- Dolores abdominales
- Fibromialgia



- Dolores intestinales
- Limitaciones de la movilidad
- Lesiones mortales
- Embarazos no deseados
- Problemas ginecológicos
- Abortos provocados
- Enfermedades de transmisión sexual
- Mala salud en general

Así mismo, el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y contra las Mujeres clasifica las consecuencias de la violencia familiar en los grupos que a continuación se describen (Secretaría de Salud, 2003):

- Enfermedades crónicas degenerativas: Hipertensión arterial sistémica, obesidad, diabetes mellitus, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, artritis, colitis y gastritis.
- Urgencias obstétricas: sangrado durante la gestación, embarazo no deseado, aborto.
- Trastornos ginecológicos: dispareunias, dismenorreas, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico ideopático.
- Infecciones de transmisión sexual: VIH-SIDA.
- Lesiones: contusiones, heridas, fracturas, laceraciones.
- Adicciones: alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.

Todas estas consecuencias en la salud tienen como problema de fondo la persistencia de la violencia y generan grandes costos de atención en los sistemas de salud. Además de la reiteración por largos periodos de lesiones físicas de severidad, la violencia contra las mujeres genera un impacto considerable en la salud emocional y psicológica de quienes la reciben (Secretaría de Salud, 2008).

El carácter permanente y crónico de la violencia hace que sus consecuencias en la salud mental sean de gran magnitud. Cuando la agresión es cíclica, como suele



ser la de pareja, sus efectos en la salud mental son aún más serios que los efectos físicos. La experiencia del abuso suele destruir la autoestima de la mujer y la pone en mayor riesgo de problemas como: depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol, drogas y suicidio (Secretaría de Salud, 2003).

Alteraciones psicopatológicas asociadas al estrés

Puesto que la violencia doméstica se considera un estresor que provoca perturbaciones físicas y psicológicas, las mujeres que la padecen son vulnerables a desarrollar alguna enfermedad asociada con este trastorno. De igual forma, es necesario destacar que el síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica (SAPVD) explica con mayor precisión las afectaciones en el aspecto biológico, psicológico y social. Sobre todo, explica la afectación que se produce en el nivel cognitivo.

Así pues, el estrés tiene un origen cognitivo, lo que significa que está sustentado por la actividad del sistema nervioso central. Cuando una situación es interpretada como amenazante, diversas estructuras del sistema nervioso central, en especial el sistema límbico y la corteza cerebral se activan y sus mensajes se dirigen hacia el hipotálamo, cuyo resultado es la estimulación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Al respecto Cox (1978, citado en Oblitas, 2010) propone la siguiente clasificación sobre la patología del estrés:

- a). Efectos subjetivos (ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía).
- b). Efectos conductuales (propensión a los accidentes, adicciones, excitabilidad).
- c). Efectos cognitivos (bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas en la concentración).
- d). Efectos fisiológicos (niveles de glucosa, presión sanguínea).





e). Efectos sobre la salud (asma, insomnio, desórdenes psicosomáticos, trastornos cardiovasculares).

En resumen, el estrés repercute en la salud de manera significativa y las condiciones crónicas de salud como la violencia doméstica producen alteraciones físicas y emocionales en las mujeres maltratadas y aun aquellas en las que no se presenta el abuso físico debido que viven en una situación de terror y angustia que desemboca en alteraciones de diversa índole como culpabilidad, depresión, problemas alimenticios y del sueño, entre otros. Además es importante indicar las somatizaciones que se reflejan en la salud física tales como enfermedades crónicas, infecciones de transmisión sexual, problemas ginecológicos, lesiones, solo por mencionar algunos.

MÉTODO

Objetivo:

Analizar a través del modelo teórico Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica las repercusiones que la violencia doméstica como condición crónica tiene en la salud de la mujer.

Participante:

La participante es una mujer de 44 años de edad y estado civil casada, de ésta unión procreó cuatro varones de 27 años, 25 años, 18 años y 14 años; tres mujeres de 22 años, 16 años y 12 años, tiene escolaridad primaria y se dedica al hogar. Al momento de realizar la entrevista llevaba dos meses de estar separada de su pareja y se encontraba iniciando los trámites de divorcio. Ha vivido violencia física, psicológica, económica y sexual; su esposo ha llegado al intento de homicidio en dos ocasiones motivo por cual ella solicitó ayuda en el Consejo Estatal de la Mujer.



Técnicas de recolección de datos:

Es un estudio de corte cualitativo por lo cual se empleó la técnica del incidente crítico, la entrevista a profundidad y la autobiografía. Se solicitó su participación de forma voluntaria y se le pidió su autorización para grabar la entrevista para fines de investigación. Las entrevistas se realizaron en dos sesiones de 60 minutos cada una.

Procedimiento:

Recopilados los datos, se transcribieron y se analizaron de acuerdo a la técnica del análisis de contenido. A continuación se presentan las categorías en las que se clasifican los datos obtenidos durante las entrevistas.

RESULTADOS

La participante lleva 28 años de relación con su esposo, se unió a él a la edad de 16 años y no fue por elección propia sino porque en el lugar en donde vive se acostumbraba la práctica de que “si les gustaba una mujer se la llevaban a la fuerza” refiriéndose a los hombres. Ellos no habían tenido una relación de noviazgo previa al matrimonio y desde el inicio padeció violencia física posteriormente se presenta la violencia psicológica, sexual y económica.





Cuadro 1

Evidencias del SAPVD en una mujer que vivió violencia doméstica

| Fase | Descriptores | Lexías | Interpretación |
|--|-----------------------------|--|---|
| D E S E N C A D E N T E | Límites de seguridad | “Se molestó mucho me golpeó y se salió”. | Al recibir la primera expresión de violencia física por parte de la pareja se presenta en la mujer una situación de crisis que conlleva estrés, el cual pone en marcha reacciones físicas y emocionales que repercuten en salud. El miedo que esta situación genera es una de las primeras reacciones emocionales que caracterizan esta fase y a partir de éste surgen algunas manifestaciones físicas y afectaciones en procesos cognitivos como la percepción y evaluación lo que explica la dificultad en identificar la gravedad de la situación y en buscar los recursos adecuados, en este caso en particular la participante no tiene recursos físicos al verse afectada en su salud, ni psicológicos pues ante este acontecimiento ella desvaloriza su actuación, aunado a la falta de recursos materiales y su incapacidad para |
| | Reacciones neuroendocrinas | “Sentía nerviosismo, me sudaban las manos, empezaba a temblar”. “Ya siempre me dolía la cabeza”. | |
| | Evaluación de la amenaza | “Nada más tenía miedo de que me pegara pero miedo de otras cosas más fuertes no”. | |
| | Recursos de afrontamiento | “Yo me sentía como algo insignificante, yo me sentía chiquita como si no valiera nada”. | |
| R E O R I E N T A C I O N | Autoestima | “Siento como si yo fuera... que no valgo nada”. | Una vez que se instaura el ciclo de la violencia y las agresiones son más frecuentes el miedo se intensifica por las amenazas de muerte y por la violencia física recibida. Durante esta fase la mujer se aparta de su actividad normal sobre el contexto en el que ahora tiene que moverse y surge en ella una desorientación espaciotemporal. Su identidad entra en crisis evaluándose en base a su eficacia para influir sobre este contexto y entonces depende excesivamente de lo que le transmite su pareja y agresor. Esto contribuye a que se presenten alteraciones emocionales y en los procesos cognitivos, es por ello que esta fase se caracteriza por la hipervigilancia, la culpa, los sesgos atencionales y disminución de la autoestima. Mientras que en aspecto cognitivo se da una realineación de las expectativas y definición de la pareja y de la relación en consecuencia se reafirman las creencias. |
| | Definición de la pareja | “Nunca te he querido, eso me molesta mucho, me desgraciaste mi vida”. | |
| | Hipervigilancia | “Cuando estoy sola con él, ya ni en su juicio estoy tranquila porque ya nada más estoy pensando que me ataca o me hace algo”. | |
| | Aislamiento | “Si hay alguna convivencia con mi familia no quiere que vaya”. | |
| | Sesgos atencionales | “De la tensión me dolía mucho la cabeza y me sentía muy mal”. “Pensaba que en algún momento iba a perder la cabeza” | |
| | Culpa | “A veces pensaba que lo hacía enojar” “Me sentía culpable pensaba que yo era la que la lo había hecho cambiar así”: | |
| | Creencias sobre la relación | “En mi ignorancia pensaba que era normal, que si nos pasaba a todas las mujeres”. “En esa época nuestra virginidad era muy valiosa para nosotras”. “Aguantarme, siempre pensé eso” “Que mis hijos estuvieran con su papá” | |
| Expectativas de la pareja | “Ojalá y un día cambie” | | |



| | | | |
|---|--|--|---|
| A F R O N T A M I E N T O | Estilo de afrontamiento | “Yo nada más me dejaba nunca le alzaba la mano”. | Dentro de los aspectos que intervienen en el afrontamiento del estrés se encuentran la valoración secundaria, las emociones que surgen ante el estrés que genera la violencia doméstica y el estilo de afrontamiento. Sobre ello, la participante se percibe sin el poder, los recursos y el apoyo social para poder enfrentar ésta situación por lo que su valoración secundaria no es favorable siente un marcado sentimiento de culpa por la forma en que la violencia también ha repercutido en sus hijos. Los sentimientos más comunes que presentan son miedo, enojo, desgano, apatía. Entonces con una valoración secundaria negativa, sin la expresión y manejo de sentimientos su estilo de afrontamiento es pasivo al no buscar ayuda. Cuando acude al Consejo Estatal de la Mujer es después de 28 años de relación y de haber dos intentos de homicidio por parte de la pareja. |
| | Apoyo social real | “Mi hermana si me ha apoyado pero mi mamá nunca me dio el apoyo que yo esperaba” | |
| | Estado psicofisiológico | “Yo le tengo coraje, odio, mucho rencor, mucho resentimiento por eso tengo migraña, hipertensión cuando él llegaba empezaba a temblar”. | |
| | Valoración secundaria | “Siento que no tengo el valor para enfrentarlo del miedo que le tengo, siento que si le digo algo ¿qué me va a hacer? Porque ya hasta ha intentado matarme”. | |
| | Expresión emocional: depresión, culpa | “A veces no podía hacer nada, solo quería acostarme porque no me daban ganas de hacer nada”. | |
| | Búsqueda de ayuda | “Aquí fue la primera vez (Consejo Estatal de la Mujer)”. | |
| | Anticipación a las intenciones del agresor | “Nunca pensé que intenciones tenía”. | |
| A D A P T A C I Ó N | Indefensión | “Terminaba por resignarme y pensar que así iba a ser siempre”. “No sé por qué me siento con esa resignación de decir pues ya ni modo si un día me mata, pues ya”. | Después del estrés prolongado el pensamiento de la mujer se altera al igual que cambian los procesos cognitivos y empieza a aceptar cualquier cosa que le diga su agresor. La participante asume el modo de pensar de su agresor cuando se autoinculpa y responsabiliza por la conducta de la pareja pero sobre todo ajusta su forma de pensar, actuar y sentir a todo aquello que el agresor le ha transmitido a través de sus palabras y actitudes. |
| | Aceptación del contexto hostil | “Desde el principio pensé que ni modo ese era mi destino que me había tocado”. | |
| | Desplazamiento de la culpa al mundo externo | “Que había sido en una arranque de celos porque supuestamente eso me hizo creer”. | |
| | Identificación con las premisas cognitivas del agresor | “Desde un principio pensé yo tengo la culpa y siempre me sentía culpable, decía si no le hubiera dicho...” “Yo me creía todo lo de que estaba fea, flaca, que nadie me iba a querer, todo me lo llegué a creer y llegué a sentirme insignificante”. | |
| | Selectividad atencional | “Siempre estaba pensando que estaba con alguien [...] de esa tensión a mí me dolía mucho la cabeza y me sentía muy mal”. | |





A través de las agresiones físicas, psicológicas, amenazas de muerte e intento de homicidio en dos ocasiones la salud de la participante se ha ido deteriorando en el aspecto físico y emocional, aunque para los fines de la investigación se muestran por separado, todas las manifestaciones se presentan de manera conjunta.

Cuadro 2

Repercusiones en la salud de la mujer causadas por la violencia doméstica como estresor

| Fase | Repercusiones en la salud |
|-----------------------|---|
| Desencadenante | Dolor de cabeza constante |
| Reorientación | Miedo, dolor de cabeza intenso |
| Afrontamiento | Migraña, hipertensión arterial alta |
| Adaptación | Migraña, hipertensión arterial, depresión manifestaciones del TEPT (reexperimentación: pensamientos recurrentes sobre la amenaza de muerte, pesadillas; hipervigilancia). |

CONCLUSIONES

A través de este modelo es posible identificar los aspectos que intervienen en el afrontamiento del estrés y sobre todo permite centrarse en el aspecto cognitivo para hacer que las mujeres que viven en situación de violencia sean más conscientes de que el estrés les genera afectaciones en su forma de pensar; permite explicarles la relación que tienen las valoraciones cognitivas y las respuestas emocionales, y la forma en que los pensamientos y emociones configuran la manera de actuar.

Al recibir la primera expresión de violencia física por parte de la pareja se presenta en la mujer una situación de crisis que conlleva estrés, el cual pone en marcha reacciones físicas y emocionales que repercuten en salud “Sentía nerviosismo, me sudaban las manos, empezaba a temblar”. “Ya siempre me dolía la cabeza”. La primera de ellas es el miedo, con el que surgen algunas manifestaciones físicas (en el caso de la participante, dolor de cabeza constante) y afectaciones en



procesos cognitivos como la percepción y evaluación lo que explica la dificultad en identificar la gravedad de la situación y en buscar los recursos adecuados para su afrontamiento, por lo tanto la evaluación de la amenaza es difusa y está caracterizada por el miedo.

Una vez que se instaura el ciclo de la violencia y las agresiones son más frecuentes el miedo se intensifica por las amenazas de muerte y por la violencia física recibida. Esto contribuye a que se presenten alteraciones físicas, como el dolor de cabeza intenso “De la tensión me dolía mucho la cabeza y me sentía muy mal”. “Pensaba que en algún momento iba a perder la cabeza”; alteraciones emocionales y en los procesos cognitivos, es por ello que esta segunda fase de reorientación se caracteriza por la hipervigilancia, la culpa, los sesgos atencionales y disminución de la autoestima.

Desde un principio acepta como parte de su vida la violencia y los malos tratos, por ejemplo “yo oí mucho a mi abuelita que decía que mi abuelito tampoco era su novio y que se la robó, entonces en mi ignorancia yo pensaba que era normal, que así nos pasaba a todas las mujeres” y a partir de ello la valoración secundaria, las emociones y el afrontamiento se ven configurados por tales pensamientos y emociones como el miedo, la depresión y la culpa con lo que su estilo de afrontamiento no le permite manejar benéficamente la violencia, además de que no tuvo apoyo por parte de su familia de origen y de la aceptación pasa a la resignación. Es así que ingresa en la fase de adaptación cuando acepta todo lo que le dice el agresor y ajusta su forma de pensar, actuar y sentir a la de él y no contempla una forma diferente de vida “yo pensaba que a todo lo que él me dijera yo le dijera que sí, todo lo que él quisiera hacer si yo todo aceptaba y me callaba todo lo que me hiciera o me dijera, sentía que no iba haber esa violencia”.





En este punto ya su salud se ha visto afectada, los síntomas iniciales son dolor de cabeza y conforme van pasando los años y la violencia aumenta su escalada; del dolor de cabeza se presenta la migraña, hipertensión arterial alta, depresión y a partir del último intento de homicidio en la esfera emocional hay manifestaciones del trastorno por estrés postraumático. De todo lo anterior se deduce que la violencia doméstica es una condición de salud que requiere de atención médica y psicológica para evitar que el estrés crónico repercuta en la salud de quienes viven en esta situación.

REFERENCIAS

- Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (2009). Manual de psicopatología. Volumen II. España: McGraw Hill.
- Montero, G. A. (2001). "Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica". *Clínica y salud*, 12(1), 371-397. Recuperado de <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d618706/S%20C3%8DNDROME%20DE%20ADAPTACI%20C3%93N%20PARAD%20C3%93JICA%20A%20LA%20VIOLENCIA%20DOM%20C3%89STICA:%20Una%20propuesta%20te%20C3%B3rica.pdf>
- Moscoso M. S. (2009). "De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología". *Liberabit. Revista de Psicología*, 15(2), 143-152.
- Oblitas L. A. (2008). "Panorama de la psicología de la salud". *Psicología científica.com*, 10(1). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama>.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Violencia contra la mujer. Violencia sexual y de pareja contra la mujer*. Centro de prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>



- Ramírez R. J. C. (2006). "La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana". *Salud Pública México*, 48 (2), 315-327.
- Sandi C., Venero C. y Cordero M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Secretaría de Salud y Dirección General Adjunta de Equidad de Género (2003). *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y contra las Mujeres*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>

PARTE II

FACTORES
PROTECTORES Y
DE RIESGO

TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL EN LA CIUDAD DE SAN

Gustavo Ibarra Hurtado, Francisco Javier Pedroza Cabrera

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas catalogados de salud pública, ha sido sin lugar a dudas el consumo de alcohol entre la población adolescente del país. El problema se ha abordado desde diferentes ópticas, enfoques y escenarios; sin embargo ante el incremento de la problemática, evidenciado en la Encuesta Nacional de Adicciones (2011,24), se hace necesario recurrir a relacionarlo con elementos de su cotidianidad y en donde el adolescente, particularmente el que asiste a la escuela de nivel secundaria, todavía pasa una buena parte de su vida con apego a su ámbito familiar.

De acuerdo con lo anterior, en el presente estudio se planteó la correlación entre el tipo de familia en donde el adolescente convive y su consumo de alcohol. El objetivo planteado corresponde a la detección de la influencia que muestra sobre el consumo de alcohol de adolescentes de secundaria la variable de tipología familiar, enmarcada esta última en un ámbito de enfoque de Salud Familiar y específicamente en los riesgos familiares, de los cuales uno de ellos lo constituye precisamente la tipología que tenga la familia al momento del estudio.





Se presenta en primer lugar el enfoque de familia del cual se parte para delimitar la tipología usada para clasificarla, posteriormente se plantea el enfoque utilizado para la medición del consumo de alcohol en los adolescentes, para presentar finalmente los resultados estadísticos de la correlación entre ambas variables.

El concepto de familia que se plantea para el presente estudio, es aquel que considera que las experiencias primeras de relación del individuo con el mundo suceden en el grupo familiar, es en este sentido que conserva su función formadora enlazada con elementos afectivos y de intimidad. Es en este primer contexto de convivencia en donde se gestan las bases para su irrupción en el mundo social.

La diversidad de contextos y experiencias que surgen en el proceso de socialización en un ambiente familiar, proyectan una forma de concebir a la familia de manera dinámica, en donde se tienen procesos que lejos de permanecer estáticos, se encuentran en constante creación y recreación mediante el transcurso de un ciclo de vida familiar, el cambio de roles de sus integrantes conforme avanza su proceso de crecimiento, la llegada y partida de hijos, las modificaciones socioeconómicas, la muerte y el proceso de duelo, entre muchas otras (Krauskopf, 2010).

Entonces la familia es un grupo plurifuncional y polimórfico, insertado en una forma de organización social que responde al contexto sociocultural imperante (Marrero, 2004), lo que implica que para su estudio se deban emplear herramientas que den cuenta de ese estatus dinámico con el que se desempeña.

Resultando además que familia es el grupo de personas que convivan en una vivienda o parte de ella, donde pasan la noche habitualmente, compartiendo o no sus servicios y que cuenten con cualquier vínculo consanguíneo con independencia del



grado de consanguinidad, y sin limitar el grado de parentesco. Contempla también hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales, aún y cuando no existan nexos consanguíneos y de parentesco, siendo aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes, con relaciones estables de al menos de un año (Amaya, 2004).

La familia se convierte de esta manera en el medio y el conducto para realizar diferentes acciones tendientes a detectar factores de riesgo, pero también para efectuar intervenciones que de manera individual o grupal mejoren las expectativas de salud de sus integrantes, por lo que el funcionamiento familiar se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos (Weinreich y Hidalgo, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud (1996) manifiesta que los riesgos están constituidos por las diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar de parte de los individuos y los grupos, en particular el de la familia. Dichas posibilidades se presentan o no, dependiendo del equilibrio existente entre sus esfuerzos, recursos y necesidades.

A continuación se presenta, la tipología familiar, fundamentada en la clasificación que presenta Amaya (2004) y que se usó para el desarrollo del presente estudio:
Familias nucleares: Están constituidas por ambos padres biológicos y los hijos. Se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.

Familia nuclear modificada: Comprende las familias donde solo está el padre o la madre con los hijos. Pueden ser hijos de diferentes uniones

Familia nuclear reconstruida: Familia en la que hay pareja, pero todos los hijos no



son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.

Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres o más generaciones: abuelos, padres, hijos, nietos, etc.

Familia extensa modificada: Es aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos: tíos, primos de los padres, sobrinos. También pueden ser personas de la generación de los abuelos o nietos, con o sin la presencia de los padres.

Familia atípica: Está compuesta por miembros con o sin lazos sanguíneos y su estructura no se enmarca en ninguna de las anteriores. Puede ser una familia de hermanos, o primos, o un grupo de personas que sin lazos sanguíneos se considera como familia.

Se ha revisado que el marco de acción que ofrece el ámbito familiar para el desarrollo de conductas positivas o de tipo antisocial, ha sido reconocido y tomado en cuenta por la mayoría de los investigadores del consumo de drogas y particularmente del alcohol. De acuerdo con García y Segura (2005) han sido muchos los trabajos que han tomado a la familia como elemento central y sobretodo han tomado en consideración diversas variables familiares bajo el modelo de factores de riesgo y/o de protección.

Estos factores de riesgo y/o de protección, han sido derivados por Catalano y Hawkins (1996) desde comportamientos prosociales y antisociales, donde el apego a figuras o grupos que practiquen ese tipo de conductas, se convierten mediante la interacción y aceptación de ellos en factores de riesgo o de protección, como sería el caso de lo adolescentes y su grupo familiar.



En lo que respecta a la caracterización de la adolescencia, de acuerdo con Donas (2001) no se asume como un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las múltiples estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan los jóvenes.

Por otro lado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010), existe un consenso que se manifiesta en las diferentes culturas acerca de la definición de esta etapa, considerando a los adolescentes con un crecimiento y desarrollo mayor al de un niño, pero sin la madurez suficiente para desarrollar funciones de un adulto, en el rango de 10 a 19 años de edad, marco en donde se inscribe a los alumnos de secundaria sujetos de este estudio.

En referencia con el enfoque etiológico de consumo de alcohol que fundamentó esta investigación, correspondió a un Modelo Familiar, Vicencio (2011), considerando a las adicciones como un síntoma y referente de problemas psicosociales complejos, en donde coexisten de manera familiar otros problemas como: violencia, problemas de conducta y aprendizaje, abuso, delincuencia, entre otros más.

Para este modelo, resulta claro que las adicciones como el consumo de abuso o dependiente del alcohol, son algo más que enfermedades individuales, dado que se trata de una modalidad de funcionamiento familiar, en la que están inmersos todos sus integrantes, contribuyendo a sostener o a salvar los indicadores de una difícil adaptación social.

Las formas de clasificación del consumo de alcohol, están fundamentadas en la utilización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV (APA, 1995), provee una guía que orienta a identificar el consumo



perjudicial de alcohol y sus clasificaciones de acuerdo a la severidad del mismo.

De acuerdo con lo anterior, la clasificación sugerida por el Test de Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT) (Babor, Higgins - Biddle, Saunders y Monteiro, 2001), que fue el instrumento usado en esta investigación, adaptado para población mexicana (Medina-Mora, Carreño y De La Fuente, 1998) plantea tres categorías de consumo, con límites en cada cuatro puntos de corte:

1. Consumo no perjudicial de alcohol (abstinencia o bajo consumo)
2. Consumo de riesgo (dificultades en el control de la bebida) y
3. Dependencia plena a la sustancia.

El consumo de riesgo de alcohol, entendido como un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás (Babor, Campbell, Room y Saunders, 1994) ha tenido a nivel mundial un repunte y crecimiento acelerado, siendo México uno de los países en donde este fenómeno se ha acentuado y en mayor medida en la población adolescente, lo anterior mencionado en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su versión 2008.

En datos más recientes, la Encuesta Nacional de Adicciones en su volumen referido al consumo de alcohol (2011), afirma que para la población mexicana de entre 12 a 17 años, la dependencia a esta sustancia aumentó significativamente, arrojando que en los hombres se duplicara, en tanto que en las mujeres aumentara lo triple.

En lo que respecta a los resultados de la región Nororiental, que es donde está ubicado el Estado de San Luis Potosí, se tiene que en el mismo rango de edad referido en el párrafo anterior, existe dependencia al consumo de alcohol de un 2.8 %, manifestado específicamente en varones con un 4.4 % y en mujeres con un 1.2 %, ambos por arriba de la media nacional.



A continuación se mencionan algunos de los estudios que han considerado como factor de protección y/o riesgo a la estructura familiar, su tipología y conformación, hacia las conductas de consumo de drogas y alcohol en específico de sus integrantes; en su mayoría coinciden que aunque no es un factor que de manera directa provoque el consumo sí se representa como predisponente importante lo mismo que otros que acompañan el desencadenamiento de estas conductas, particularmente la estructura familiar nuclear (contar con ambos padres biológicos) se manifiesta como el mayor factor protector y su ausencia como el mayor factor de riesgo.

Elementos como: la ausencia de uno de los padres, presencia de otros miembros, el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse o tener otra pareja bajo el mismo techo, entre otros elementos de conformación de la estructura familiar (tipología) brindan los elementos propicios para proteger o predisponer el consumo de sustancias como lo afirman: López et al. (2001) en un estudio cuantitativo, descriptivo con 1004 adolescentes españoles entre 13 y 17 años de zonas rurales, urbanas y mixtas.

En otro caso, Ramírez y Andrade (2005) en su investigación sobre sobre la familia y la exploración y descripción de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, en niños y adolescentes ecuatorianos, con 139 familias de niños entre 8 y 18 años, mediante una encuesta preestablecida, encontrando que los principales factores de riesgo asociados al consumo de alcohol son, entre otros, la falta de alguno de los progenitores.

Medina y Carvalho (2010), analizaron los factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en 256 familias colombianas, de manera descriptiva



con temporalidad transversal, resultando que dentro de uno de los principales hallazgos son que en poco más de la mitad de la muestra se toman las decisiones en pareja (familia nuclear).

En el estudio: Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes, Acosta, Fernández y Pillón (2011), analizan factores de protección y riesgo hacia el consumo excesivo del alcohol en jóvenes argentinos de 16 a 24 años, mediante análisis bivariado y multivariado, a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en 2008, resultando como factores de riesgo la edad de inicio, el género masculino, el tipo de hogar (estructura), sobre todo los que provienen de hogares unipersonales (monoparentales) y las necesidades básicas insatisfechas; en tanto que los factores de protección son el no haber tenido la oportunidad de probar el alcohol, el provenir de hogares con ambos padres biológicos.

En el caso de México algunos investigadores han centrado sus estudios en diversas variables familiares, como es el caso de Villatoro et al (2010) en un estudio con alumnos de educación media, dividieron los factores en dos áreas, una social y la otra interpersonal, en donde en esta última se aprecia de manera relevante a la familia, sobre todo con factores como: su estructura, entre otros igualmente relevantes.

Pérez y Lucio-Gómez (2010), al identificar los factores familiares vinculados con el consumo de alcohol en una población de estudiantes, 1997 en total de nivel medio superior de la ciudad de México, encontraron que al correlacionar los factores favorecedores con el consumo de riesgo de alcohol, encontraron que uno de los factores que aumentan el riesgo de consumir alcohol u alguna sustancia ilícita es el pertenecer a una familia monoparental.





MÉTODO

Se utilizó un enfoque de investigación cuantitativo, de tipo correlacional, con la siguiente hipótesis

Hipótesis:

Las familias que actúan como factor protector hacia el nivel de consumo de alcohol de sus adolescentes son las de tipo nuclear.

Las familias que actúan como factor de riesgo hacia el nivel de consumo de alcohol de sus adolescentes son las de tipo atípico.

Con las variables:

X (independiente) = tipología familiar

Y (dependiente) = nivel de consumo de riesgo de alcohol

La Unidad de Análisis fueron los alumnos de los tres grados de estudios de dos escuelas secundarias de la capital potosina, en turnos matutinos y vespertinos con un total de 1560 estudiantes de entre 11 y 16 años, resultando una muestra no probabilística y directa de 1355 unidades, al descartar instrumentos incompletos y ausencias al momento de la aplicación, repartidos de la siguiente manera:

- a) Escuela Secundaria Técnica "A": con una población total de 691 alumnos de los cuales el 50.1 % eran hombres y el resto mujeres.
- b) Escuela Secundaria Técnica "B": total: 664 alumnos de los cuales el 52.6 % eran hombres y el resto mujeres.

Se aplicó el test: AUDIT, con una adición que no afectaba los indicadores originales de la prueba, solicitándoles que ubicaran a las personas con las que cohabitan: vives con... mediante 10 opciones de respuesta y una complementaria para ubicar otra opción diferente a las propuestas y así determinar su tipo de familia.



Se realizó la recolección de datos en las propias aulas de las escuelas, tomando en consideración el consentimiento informado de padres de familia o tutores, procediendo a sistematizar y tratar la información con apoyo del programa SPSS versión 18, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1 El consumo de riesgo de alcohol, diferenciado por Escuela Secundaria, grado escolar y género

| Escuela Sec. Tec. "A" | | N= 691 | | | | | |
|-----------------------|------|--------|------|------|------|------|--|
| Nivel de consumo | 1° | | 2° | | 3° | | |
| | 89.5 | | 78.5 | | 78.2 | | |
| BAJO | H | M | H | M | H | M | |
| | 51.5 | 48.5 | 56.7 | 43.3 | 43.6 | 56.4 | |
| | 5.0 | | 12.9 | | 13.2 | | |
| MEDIO | H | M | H | M | H | M | |
| | 50.0 | 50.0 | 40.6 | 59.4 | 62.5 | 37.5 | |
| | 5.5 | | 8.5 | | 8.5 | | |
| ALTO | H | M | H | M | H | M | |
| | 47.3 | 52.7 | 38.0 | 62.0 | 62.5 | 37.5 | |

Fuente: Test AUDIT
Cantidades en porcentajes

Como se puede apreciar en la tabla número 1, En la Secundaria Técnica "A", el consumo de alcohol diferenciado por grados, es más bajo en los primeros años que en segundos y terceros; correspondiendo el consumo ALTO a los últimos grados de estudio.

Llama la atención que en los segundos grados, el consumo MEDIO y ALTO es mayor en mujeres que en hombres, en tanto que en los otros grados y niveles de consumo los hombres son los que más consumen.

En lo que respecta a la Secundaria "B", como se aprecia en la tabla 2, el consumo de alcohol por grados sigue manifestándose como preponderantemente BAJO, ocurriendo que en los primeros años existe un mayor nivel de consumo MEDIO y



ALTO que en los terceros.

En esta escuela se observa también de manera clara cómo el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres.

Tabla 2 El consumo de riesgo de alcohol, diferenciado por Escuela Secundaria, grado escolar y género

| Escuela Sec. Tec. "B" | | N= 664 | | | | | |
|-----------------------|------|--------|------|------|------|------|--|
| Nivel de consumo | | 1° | | 2° | | 3° | |
| BAJO | | 74.2 | | 74.0 | | 77.3 | |
| | H | M | H | M | H | M | |
| | 50.2 | 49.8 | 53.1 | 46.9 | 49.3 | 50.7 | |
| | | 12.5 | | 14.6 | | 10.3 | |
| MEDIO | H | M | H | M | H | M | |
| | 53.0 | 47.0 | 51.2 | 48.8 | 54.5 | 45.5 | |
| | 13.3 | | 11.4 | | 12.3 | | |
| ALTO | H | M | H | M | H | M | |
| | 63.8 | 36.2 | 62.5 | 37.5 | 61.5 | 38.5 | |

Fuente: Test AUDIT
Cantidades en porcentajes

Por otro lado, la mayor cantidad de familias en la muestra encuestada, resultó ser la nuclear con un total de 956 casos (ver tabla 3), siendo las atípicas las de menor presencia; asimismo, el nivel de consumo de riesgo de alcohol que se presentó fue el bajo o nulo, con 1110 casos, sin embargo, aunque en menor medida, no deja de llamar la atención que 134 alumnos están en consumo de abuso y 111 casos de los diferentes tipos de familias son dependientes con un consumo alto de alcohol. Lo anterior con una significancia estadística .000 de acuerdo con la prueba de Chi cuadrado de Pearson.



Tabla 3 Tipo de familia * Nivel consumo de alcohol

| Bajo o Nulo | Recuento | | | Total |
|----------------------|--------------------------|------|-----|-------|
| | Nivel consumo de alcohol | | | |
| | Medio | Alto | | |
| Nuclear | 817 | 83 | 56 | 956 |
| Nuclear Modificada | 109 | 25 | 17 | 151 |
| Nuclear Reconstruida | 40 | 9 | 13 | 62 |
| Extensa | 48 | 4 | 6 | 58 |
| Extensa Modificada | 76 | 10 | 12 | 98 |
| Atípica | 20 | 3 | 7 | 30 |
| Total | 1110 | 134 | 111 | 1355 |

Fuente: Test AUDIT adicionado

Para correlacionar ambas variables, tomando en consideración el tipo de familia en relación con las medias del puntaje de consumo de alcohol, se aplicó la prueba de ANOVA de un factor, arrojando que el tipo de familia en donde su adolescente consume menos alcohol es la Nuclear con $\eta^2 = 1.37$, comparativamente con la familia en donde su adolescente consume en mayor medida: Nuclear reconstruida con $\eta^2 = 3.9$, seguida de la Atípica con $\eta^2 = 3.4$, todo lo anterior avalado con un nivel de significancia estadística de .000 con margen de error del 5 %.

Para establecer que la familia nuclear tiene una influencia positiva en relación con el consumo de alcohol de su adolescente, comparativamente mejor que la familia Nuclear reconstruida y la Atípica, se aplicó la prueba de comparaciones múltiples de Bonferroni, arrojando que efectivamente, la primera familia muestra esa relación comparativamente con la Nuclear reconstruida con una significancia de .000 y con la Atípica con .044 de significancia estadística.



CONCLUSIONES

La frecuencia en el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de las secundarias estudiadas, es mayoritariamente baja. El riesgo de consumo de alcohol medio y alto, aun cuando es menor, comparativamente con el bajo, no deja de preocupar, pues de cada 100 muchachos se encuentran en estos niveles a 17 y 25 alumnos de la secundaria “A” y “B” respectivamente.

El consumo diferenciado de riesgo de alcohol entre las dos secundarias, es mayor en la Secundaria Técnica “B” que en la Secundaria Técnica “A”, quedando pendiente para próximos estudios las causas del mismo.

El nivel de consumo de riesgo de alcohol por parte de los adolescentes distribuidos por grados escolares, está caracterizado en la muestra recabada en mayor medida como: bajo, sobre todo en los primeros grados de estudios en este nivel que en el resto de los grados escolares.

En el consumo de riesgo de alcohol diferenciado por sexo, se tiene que en ambas escuelas secundarias se manifiesta lo expresado por la ENA 2008 y 2011, en lo que respecta a un incremento de consumo femenino, sin embargo sigue prevaleciendo el mayor consumo por parte de los varones, enfatizándose en los terceros grados. No obstante que el consumo que resultó ser el más bajo, en proporción con la muestra recabada, fue el de dependencia, aun así es preocupante que a nivel de alumnos de secundaria, en las dos escuelas encontremos 111 casos con esas características.

El tipo de familia más frecuente detectada en los alumnos de las secundarias estudiadas es el nuclear, siendo las menos frecuentes las atípicas.



El tipo de familia con el nivel de consumo de riesgo de alcohol bajo, es el nuclear; en tanto que las de mayor riesgo de consumo son: la atípica y la nuclear reconstruida, fundamentados estadísticamente por las pruebas: ANOVA de un factor, corroborado con la prueba de comparaciones múltiples de Bonferroni.

La primera hipótesis planteada fue corroborada positivamente, dado que los tipos de familia que estadísticamente demostraron constituirse en factor de protección hacia el consumo de riesgo de alcohol bajo o nulo de sus hijos adolescentes, fueron las de tipo nuclear.

En lo que respecta a la segunda de las hipótesis planteadas, también se comprueba afirmativamente, con la variante que el tipo de familia en la muestra recabada que en el estudio se manifiesta como el principal factor de riesgo o predisponente para el consumo de alcohol de sus hijos, lo constituye las de tipo nuclear reconstruido, seguido de las atípicas.

Los resultados obtenidos corroboran la importancia que la estructura familiar, su composición y tipología tienen al manifestarse como factor de protección y/o de riesgo (Acosta, Fernández y Pillón, 2011; López et al. 2001; Villatoro et al. 2001) para el abordaje, trabajo de intervención preventivo o correctivo, en el problema del consumo de alcohol de sus adolescentes.

De igual manera, se corrobora en la muestra elegida que el hecho de que la familia en la cual cohabita el adolescente tenga cambios o modificaciones en su estructura y tipología, refuerza las condiciones para que se dé un nivel de consumo de alcohol riesgoso (abusivo o dependiente), como son los casos de familias donde está solo un miembro como figura paterna, presencia de otra pareja diferente a la original,





presencia de otros miembros integrantes o no de la familia principal, entre otros. Y por contraparte, la protección que se proyecta al pertenecer a una familia nuclear (Acosta, Fernández y Pillón, 2011; Medina y Carvalho, 2010; Pérez y Lucio – Gómez 2010; Ramírez y Andrade, 2005).

Se aporta además, a diferencia de todos los estudios revisados, que la familia como factor de riesgo más importante para predisponer el consumo de alcohol en sus adolescentes muestra de este estudio, se representa en la de tipo nuclear reconstruida, en donde se tiene la presencia de hijos y una pareja de personas que asumen el rol paterno y materno, pero bajo la figura de padrastro o madrastra y probablemente también con presencia de hermanastros.

Los resultados obtenidos fueron devueltos a las autoridades y personal encargado de los departamentos psicopedagógicos de cada institución mediante un reporte escrito, para su uso en beneficio de alumnos y familias, ofreciendo una charla en cada escuela hacia su personal docente, sobre los aspectos que resultaran de utilidad en su comunidad escolar.

REFERENCIAS

- Acosta, L., Fernández, A. y Píllon, S. (2011) Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article* 2011 May-June; 19 Spe No:771-81 www.eerp.usp.br/rlae
- Amaya, P. (2004) Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual. Aspectos Teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- American Psychological Association (1995) Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Barcelona. MASSON



- Babor, T., Campbell, R., Room, R., & Saunders, J. (1994) *Lexicon of Alcohol and Drugs Terms*. World Health Organization. Geneva
- Babor, T., Higgins, - Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001) *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. (AUDIT) Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. En J. D. Hawkins (Ed.). *Delinquency and crime. Current theories*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Donas, S. (2001) *Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes*. *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Edit. LUR. Costa Rica
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008) *Resultados por Entidad Federativa*. San Luis Potosí. Instituto Nacional de Salud Pública. México
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011) *Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud. México
- García, F. y Segura, M.A. (2005) *Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes*. *Salud y drogas*. Vol. 5 Núm. 1 Instituto de investigación de drogodependencias. Alicante, España pp. 35 – 55
- Krauskopf, D. (2010) *Los procesos de la adolescencia en las familias contemporáneas*. Consultoría Internacional en Juventud. Universidad de Costa Rica
- López, J.R., Antolín, N., Barceló, Pérez, M., Ballesteros, A.M. y García, A.L. (2001) *Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias*. *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 3. 28 de febrero 2001
- Marrero, V. (2004) *La familia como objeto de estudio en el proceso de salud – enfermedad de los trabajadores*. *Revista Cubana Salud Trabajo* 5(1)





- Medina y Carvalho (2010) Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010 May-Jun; 18(Spec):504-12 www.eerp.usp.br/rlae
- Medina- Mora, M., Carreño, S., y De La Fuente, J. (1998) Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in México. En: Galanter M., Ed., *Recent Developments in Alcoholism. The Consequences of Alcoholism*. 14, Estados Unidos: Plenum Press, 383-397.
- Organización Mundial de la Salud. (2010) *Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud*. Programa de Salud Integral del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. W.K. Kellogg Foundation. EUA
- Organización Panamericana de la Salud. (1996) *Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud*. Programa de Salud Integral del Adolescente. Organización Mundial de la Salud. W.K. Kellogg Foundation. EUA
- Pérez, M., Lucio-Gómez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato. *Health and Addictions / Salud y Drogas* www.haaj.org ISSN edición impresa: 1578-5319 ISSN edición electrónica: 1988-205X
- Ramírez M.R. y Andrade, D. (2005) La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13(número especial):813-8. Guayaquil-Ecuador
- Vicencio, J. (2011) *Las adicciones: ¿enfermedades de la familia o de los individuos?* Centro de Posgrado en Terapia Familiar. CRISOL, México D.F.



- Villatoro, J.A., Sandoval, A.I., Moreno, M., López, M.A., Gutiérrez, Magaña, E.N...
Gamiño, M.N. (2010) Drug, Alcohol and Tobacco consumption associated factors in high school and college students. El faro, la voz de la red, volume 3 dec 2010. <http://nhsn.med.miami.edu/x806.xml>
- Weinreich, M. y Hidalgo, G. (2004) Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. Psikhe, Vol. 13, No. 1, 33-42. Pontificia Universidad Católica de Chile

EL impacto del rol materno en el desarrollo de factores protectores personales de hijos adolescentes

Marisol Morales Rodríguez, Damaris Díaz Barajas

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la Psicología ha dejado de centrarse en el estudio de la patología y ha dirigido su mirada, hacia el estudio de aquellos aspectos del ser humano que le permiten mantener una buena calidad de vida. En este sentido, surge la Psicología Positiva, que en palabras de Cuadra y Florenzano (2003) se encarga de estudiar las fortalezas y virtudes humanas y el efecto que tienen estas en la vida de las personas.

Esta nueva forma de ver la realidad, ha permitido confiar nuevamente en la naturaleza del ser humano, destacar que todo individuo cuenta con recursos propios que le protegen contra la adversidad; mismos que actúan como mecanismos que ponen en marcha las cualidades que enaltecen el desarrollo positivo de hombres y mujeres.

Particularmente, en los adolescentes se descubren claramente sus fortalezas; sin embargo, necesitan tener la oportunidad de generar capacidades de respuesta y también de las oportunidades para ponerlas a prueba con resultados aceptables (Munist, Suárez, Krauskopf & Silber, 1997).

Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.





La adolescencia, por ser un período crítico en el cual el individuo es sometido a constantes cambios en las diversas esferas del desarrollo, se considera un grupo de la población en riesgo latente en cuanto a la aparición de conductas desadaptativas, producto de una crisis global.

La adolescencia es un período de profundos cambios...

...constituye un momento esencialmente complejo del ciclo vital, en el cual el joven se enfrenta con numerosos obstáculos y desafíos... estos requerimientos que se le plantean implican el desarrollo de competencias psicosociales importantes para el posterior posicionamiento del adolescente en el mundo adulto (Contini de González, 2006, p.35).

El adolescente afronta problemáticas asociadas con la necesidad de adaptarse a nuevas demandas de diversa índole ya sean de carácter físico, intelectual, social, moral, psicológico, conductual, entre otras; lo que pone a prueba sus propios recursos, de ahí que se requiere que despliegue un abanico de fortalezas internas a fin de salvaguardar los procesos adaptativos.

Desde la perspectiva de la Psicología Positiva, dichas fortalezas son entendidas como recursos potenciales que el individuo puede movilizar y aplicar para resolver un problema (Contini de González, 2006). Así, podrían entenderse como factores protectores, que aumentan la posibilidad de que el individuo enfrente eficazmente las adversidades.

En esta línea, los factores protectores son recursos que protegen la salud, mitigan el impacto del riesgo, y son capaces de disminuir los efectos negativos de situaciones que comprometen la salud y el bienestar.



Como factores protectores destacan los personales, mismos que como su nombre lo indica, tienen que ver con las características del individuo que le permiten enfrentar el estrés y situaciones que requieren movilizar procesos adaptativos.

Jadue, Galindo y Navarro (2005) destacan que los factores protectores son elementos o mecanismos moderadores de riesgo, se constituyen en la base de la resiliencia, es decir, en la capacidad de afrontar la adversidad.

En este sentido los recursos psicológicos y el afrontamiento funcionan como elementos rectores de protección personal.

Los recursos psicológicos son entendidos como un conjunto de variables que facilitan el desarrollo de la vida del individuo, las cuales pueden variar a lo largo su vida, y ser potenciadas a través de experiencias previas o por medio del aprendizaje (Amorós, 2007).

Rivera y Andrade (2006) han planteado que un recurso constituye un elemento de poder que se maneja con los demás a través del intercambio, es decir que puede darse y también recibirse. Específicamente, los recursos psicológicos se asocian a los conceptos de capacidades y de fortalezas; estos pueden ser individuales, familiares y sociales.

Las fortalezas internas o recursos son susceptibles de potencializarse, ya sea por la oportunidad de las propias experiencias, por el entorno e incluso por las características personales.

Al considerar que existe una infinidad de situaciones causantes de estrés en el adolescente, resulta indispensable, que a partir de sus propios recursos, desarrolle



estrategias que le permitan afrontar los sucesos estresantes propios de su edad y del contexto en el que se desenvuelve.

Partiendo de esta perspectiva, Lazarus y Folkman (1984, en Fantin, Florentino y Correché, 2005) utilizan el término afrontamiento o “coping” para referirse a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales con el propósito de manejar las demandas externas o internas, que el individuo evalúa como excedentes de sus propios recursos, las cuales son generadoras de estrés.

En tanto, Casullo y Fernández Liporace (2001, citados en Figueroa, Contini, Lacunza, Levin & Estévez, 2005), definen el afrontamiento como el conjunto de respuestas, ya sean pensamientos, sentimientos o acciones, que el sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas, así como para reducir las tensiones que ellas generan.

Es importante destacar que el afrontamiento juega un papel de suma importancia en la vida del adolescente, ya que éste le permitirá lidiar con todos aquellos sucesos de la vida diaria, así como los que se le presenten de forma circunstancial. Como lo considera Sandín (2003 citado en Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2006) el afrontamiento actúa como mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que se cuentan y el impacto que tendrán sobre la salud física y psicológica.

Por tal motivo, independientemente de los sucesos que se presenten, si el joven cuenta con recursos personales funcionales, adecuadas redes de apoyo social, así como un uso efectivo de estas, tendrá mayor posibilidad de afrontar exitosamente cada una de los eventos y adaptarse al cambio; por el contrario, cuando no cuenta con ello, existe mayor probabilidad de desarrollar conductas de riesgo, que atenten contra su equilibrio y bienestar.



Los estilos de afrontamiento, son aquellas predisposiciones personales que utiliza el adolescente para hacer frente a las situaciones, y que determinarán en gran parte el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (Cassaretto, et al. 2003 citado en Solis & Vidal, 2006).

Por su parte, Frydenberg (1997, citado en Solis & Vidal, 2006), retoma los estudios realizados sobre afrontamiento de Lazarus y Folkman para investigar esta temática especialmente en adolescentes, a partir de lo cual, plantea dos estilos de afrontamiento; que se dividen en los productivos o funcionales y los improductivos o disfuncionales.

Por lo cual es importante resaltar, que más allá del estilo de afrontamiento que el adolescente utilice, lo que determinará el éxito, será la estrategia particular que ponga en práctica, así como la forma en que la utilice, .ante el cualquier suceso desencadenante de estrés.

Las estrategias de afrontamiento en palabras de Cassaretto et al. (2003 citado en Solis & Vidal, 2006) son aquellos procesos concretos y específicos que emplea el adolescente, y que pueden ser cambiantes dependiendo del contexto o la situación. En los adolescentes se han estudiado 18 estrategias de afrontamiento que son: estrategia centrada en la resolución del problema, con tendencia al éxito, centrada en la búsqueda de relaciones personales, orientada a la búsqueda de pertenencia, dirigida a lo positivo, aquella basada en la recreación, distracción física, centrada en la búsqueda de apoyo social, centrada en la búsqueda de apoyo profesional, la encaminada a compartir sus experiencias, aquella que se basa en la búsqueda de apoyo espiritual, la que se liga a la preocupación, estrategia basada en la fantasía, estrategia con tendencia a la somatización, de negación, de autculpa, estrategia



encaminada a reducir la tensión a través de conductas de riesgo y la de tendencia al aislamiento (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Solis & Vidal, 2006; Figueroa, Contini, Lacunza, Levin & Suedan, 2005; Fantin, Florentino & Correche, 2005).

Con base a lo anterior, es importante señalar que las características individuales son la plataforma de la manera en que el adolescente utiliza sus estilos de afrontamiento, estrategias y recursos psicológicos; de ahí la pertinencia de valorar los diversos elementos que entran en juego a la hora de enfrentar los desafíos propios de la etapa.

Conviene destacar como ya ha sido puntualizado, que la forma en que el joven afronta los problemas, depende de una serie de características que le permiten adaptarse a una complejidad de situaciones. Estas características en su mayoría son desarrolladas dentro de su familia nuclear, ya que ésta es el primer nexo de la persona con su mundo exterior y es de ésta que el individuo va a aprender la forma de establecer nuevas relaciones. Se considera que la familia es el grupo social primario, un grupo natural y socio-cultural que a través del tiempo elabora pautas de interacción, construyendo así la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus conductas y facilita su interacción (Minuchin, 2002).

Es a partir de las características de la familia, sin desmerecer los atributos personales, que se desarrollan en los hijos recursos psicológicos; los cuales les permiten afrontar diversos problemas y/o circunstancias.

Particularmente el estatus ocupacional y educativo de los padres ha reportado ser una poderosa influencia en la adopción de estilos de vida saludables.

A través de las funciones parentalizantes, mediante las cuales los padres modulan el



contacto de sus hijos con la sociedad, la formación académica, no sólo contribuye en la vida personal de ellos, sino también funciona como un modelo a seguir en el desarrollo de los hijos. En tanto, en el caso de la inserción al mundo laboral por parte de la madre, numerosos estudios ratifican que ello ha propiciado transformaciones de orden personal, familiar y social.

La realidad actual esboza la vida de la mujer y su papel en la sociedad como un fiel reflejo de los cambios que se han suscitado a nivel mundial, emergiendo un rol con doble función, ya que por un lado, la madre, la mujer, sigue desempeñando el rol tradicional asociado exclusivamente al hogar, y por otro, dadas las exigencias económicas, sociales y culturales ha incursionado en el ámbito laboral, desarrollando una actividad productiva.

Los grandes cambios sociales, culturales, económicos y laborales han modificado sustancialmente la vida de las personas y sobre todo de las mujeres en este último siglo. El aumento de la esperanza de vida, su mayor nivel promedio de educación y la tendencia a tener menos hijos son factores que han influido en la creciente participación laboral de las mujeres. Hoy día, las mujeres cada vez menos se limitan a ser solamente madres o esposas dentro de los límites del trabajo en el hogar, sino que buscan instarse activamente en el mercado laboral formal y obtener un propio sueldo y su autonomía económica. (Daeren, 2000).

A partir de lo anterior, surge el objetivo del presente estudio, es cual fue determinar si existen diferencias en los recursos psicológicos y afrontamiento de hijos adolescentes en función del estatus educativo y ocupacional de la madre.



El cumplimiento del objetivo se llevó a cabo a través de dos estudios, mismos que serán presentados de manera independiente, posteriormente se presentan las conclusiones generales, considerando ambos resultados.

ESTUDIO I

Método

El primer estudio está basado en una metodología cuantitativa con un diseño no experimental transversal, de alcance descriptivo.

Participantes: La muestra estuvo conformada por 502 adolescentes con edades comprendidas entre los 18 y 25 años; fue obtenida mediante el muestreo no aleatorio, ya que se tomaron a todos los aspirantes a la carrera de Psicología de la UMSNH del ciclo escolar 2011. El 79 % son mujeres y el 21 % hombres.

Instrumentos: Se utilizó la Escala de Recursos psicológicos personales y sociales de Rivera y Andrade (2006), la cual evalúa 5 dimensiones, los Recursos afectivos conformada por el autocontrol, manejo de la tristeza, manejo del enojo y recuperación del equilibrio; los Recursos cognitivos abarcan la reflexión ante los problemas, las creencias religiosas y los autorreproches; los Recursos instrumentales hacen referencia a las habilidades sociales; por su parte, los Recursos circundantes refieren a las redes de apoyo y la capacidad para solicitar apoyo; finalmente se encuentran los Recursos materiales.

Así mismo, fue utilizado el Cuestionario de información personal y escolar (Morales y Díaz, 2010) el cual recaba información referente a la historia escolar del joven, aspectos estructurales de la familia y la historia escolar y ocupacional de los padres.

Procedimiento: Para llevarlo a cabo, a una muestra representativa de adolescentes,



se le aplicó la Escala de Recursos psicológicos personales y sociales y un cuestionario de información personal donde se abordaron variables sociodemográficas, posteriormente los datos fueron analizados mediante el SPSS 17.0, utilizando la prueba estadística de Kruskal Wallis para comparación de muestras independientes.

Resultados

Los hallazgos destacan que fue el estatus ocupacional de la madre lo que generó diferencias en el uso de los recursos psicológicos, dejando de lado hasta cierto punto, la ocupación del padre así como el nivel educativo de ambos.

En función del estatus ocupacional de la madre, se encontraron diferencias significativas en los recursos de Autocontrol ($H=10.56$; $p=.032$), Manejo de la tristeza ($H=10.33$; $p=.035$), Manejo del enojo ($H=15.11$; $p=.004$), Creencias religiosas ($H=9.91$; $p=.042$), Habilidades sociales ($H=13.13$; $p=.011$) y Recursos materiales ($H=24.64$; $p=.000$).

En el caso específico del Autocontrol, se observa que los adolescentes cuyas madres son amas de casa muestran mayor capacidad de manejar las situaciones, seguidos de aquellos cuyas madres se dedican a su profesión. Caso contrario sucede en aquellos cuyas madres están estudiando

En el Manejo de la tristeza, se encontró que los adolescentes cuyas madres se dedican a su profesión, hacen un manejo más efectivo de ello, seguido de quienes sus madres se dedican al hogar; nuevamente quienes su madre se encuentra estudiando, se ven más limitados en la forma de contender con la tristeza.



De la misma manera, los adolescentes que tienen una madre que se dedica a su profesión, han aprendido a lidiar con el enojo y manejarlo de manera eficaz, a diferencia de aquellos cuyas madres son estudiantes.

Las creencias religiosas resultan ser otro recurso para hacerle frente a la adversidad, y cuando se tiene una madre que trabaja en su profesión, se hace un uso de estas de manera más positiva.

Un hallazgo fue la marcada diferencia encontrada en las Habilidades sociales, ya que los adolescentes cuyas madres se dedican a su profesión resultaron con un desempeño mucho mejor que el resto de los participantes; contrario a ello, se observó en adolescentes cuya madres estudian

Nuevamente en el caso de los Recursos materiales, los adolescentes con madres dedicadas a su profesión, hacen un mejor manejo de estos en comparación del resto de los participantes

El estatus educativo de ambos padres reporta que solamente existen diferencias significativas en Recursos Materiales tanto en el padre ($H=16.68$; $p=.011$) como en la madre ($H=11.29$; $p=.046$). Se observa una tendencia creciente, a mayor escolaridad, mejor manejo de estos recursos.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio reflejan una realidad que evidencia la relevancia de la inserción de la mujer al mundo productivo; destacando que el tipo de ocupación de la mujer con base en su formación educativa, genera diferencias en los recursos psicológicos empleados por los adolescentes.





Al respecto, Larrañaga (2007) ha señalado que una de las variables más cercanamente relacionadas con la decisión de participación laboral, es el nivel de escolaridad de las personas. Un nivel educativo mayor, proporciona la posibilidad de contar con niveles de capital humano más avanzados, que a la vez, permiten acceder a una mayor remuneración en el mercado laboral y que tornan más atractiva la decisión por parte de la mujer, de trabajar fuera del hogar, asumiendo con ello un rol mayormente participativo. El hecho de lograr un mejor nivel educativo, ofrece la posibilidad de aprender a organizarse solo a nivel económico, sino también en función del tiempo y de la disposición para emprender actividades diversas.

En la medida que una madre cuente con mejores oportunidades de educación y empleo, estará en la posibilidad de brindar mayores herramientas a sus hijos para favorecer el aprendizaje de estrategias adaptativas.

La situación actual plantea al adolescente la necesidad de poner en juego un repertorio de recursos, para hacerle frente a las propias transformaciones y a las demandas sociales. Al desplegar tales recursos, se convierten en factores protectores que contribuyen a su bienestar psicológico; en esta línea, la participación de la madre en torno a su nivel educativo y estatus laboral, está generando un fuerte impacto en la utilización positiva por parte de los hijos, de sus recursos psicológicos.

ESTUDIO II

Método

Se basa en una metodología cuantitativa con diseño no experimental transversal, de alcance descriptivo.



Participantes: El tipo de muestreo utilizado fue el aleatorio, participaron 745 adolescentes, de los cuales 49.4% son mujeres y 50.6% con hombres. En cuanto a la edad de los participantes, el 30.3% tienen 15 años, el 26.5% 16, el 25 % con 17 y con 18 años el 18.2%. Son estudiantes, el 46.3% de secundaria, de preparatoria el 51 % y de universidad solo el 2.7%.

Instrumentos: Los participantes respondieron a la adaptación Lima de la Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1993), constituida por 80 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Este instrumento evalúa las siguientes categorías: Buscar apoyo social; Concentrarse en resolver el problema; Esforzarse y tener éxito; Preocuparse; Invertir en amigos íntimos; Buscar pertenencia; Hacerse ilusiones; Falta de afrontamiento, Reducción de la tensión; Acción social; Ignorar el problema; Autoculparse; Reservarlo para sí; Buscar apoyo espiritual; Fijarse en lo positivo; Buscar ayuda profesional; Buscar diversiones relajantes; Distracción física.

Procedimiento: En el levantamiento de los datos participaron estudiantes del último semestre de la carrera de Psicología de la UMSNH, quienes aplicaron el instrumento en plazas públicas; una vez que se contó con ello, se procedió a realizar los análisis estadísticos de Anova, utilizando el SPSS 17.0.

Resultados

Los resultados destacan la existencia de diferencias por escolaridad de la madre en 13 de los 18 factores del afrontamiento, tal y como se muestra en la Tabla 1. Llama la atención que a pesar de que en la mayoría destaca que a mayor escolaridad de la madre, mejor manejo de las estrategias de afrontamiento por parte de los hijos adolescentes; en aspectos particulares de estrategias consideradas poco funcionales, a excepción de invertir en amigos, son utilizadas mayormente en



adolescentes de madres cuyo nivel máximo de estudios es a nivel técnico. Tales estrategias poco funcionales serían que, ante una situación estresante tienden a preocuparse, autoculparse y reservar la situación para sí mismo; sin embargo dichas madres, también generan en sus hijos adolescentes, estrategias destinadas a promover la interacción con círculos de amigos a fin de enfrentar los estragos del estrés. En relación a la estrategia de fijarse en lo positivo de las situaciones estresantes, existe una clara diferenciación entre adolescentes cuyas madres no cuentan con estudios o bien sus estudios son mínimos y aquellos con una madre que tiene como mínimo estudios de nivel medio superior.

Tabla 1. Diferencias en estrategias de afrontamiento a partir de la escolaridad de la madre

| Factores del afrontamiento | Medias de la escolaridad de la madre | | | | | | Diferencia significativa |
|----------------------------|--------------------------------------|----------|------------|--------------|---------|-------------|--------------------------|
| | Sin estudios | Primaria | Secundaria | Preparatoria | Técnico | profesional | |
| Buscar apoyo social | 14.42 | 14.74 | 15.03 | 15.09 | 14.91 | 15.72 | .004 |
| Concentrase en resolver | 15.48 | 16.54 | 16.94 | 17.11 | 17.51 | 17.98 | .003 |
| Esforzarse/tener éxito | 17.67 | 17.89 | 17.91 | 18.27 | 19.25 | 19.53 | .057 |
| Preocuparse | 17.64 | 17.67 | 18.01 | 18.73 | 19.10 | 18.95 | .003 |
| Invertir en amigos | 15.30 | 16.67 | 16.83 | 16.67 | 17.55 | 17.17 | .000 |
| Buscar pertenencia | 14.41 | 15.01 | 16.03 | 16.22 | 15.78 | 16.64 | .000 |
| Reducir tensión | 11.01 | 9.75 | 10.53 | 9.65 | 9.25 | 9.88 | .003 |
| Autoculparse | 12.07 | 10.05 | 10.79 | 9.91 | 11.39 | 10.60 | .000 |
| Reservarlo para si | 11.81 | 10.06 | 10.89 | 10.24 | 11.37 | 10.91 | .001 |
| Fijarse en lo positivo | 11.59 | 11.95 | 13.29 | 13.61 | 13.61 | 13.66 | .004 |
| Buscar ayuda profesional | 10.96 | 10.69 | 11.35 | 11.22 | 11.00 | 11.67 | .018 |
| Buscar diversión | 10.04 | 10.20 | 10.74 | 11.21 | 10.78 | 11.31 | .000 |
| Distracción física | 8.85 | 9.06 | 9.46 | 9.78 | 8.86 | 10.12 | .000 |

Fuente: Mtra. Marisol Morales Rodríguez



En el caso del nivel ocupacional de la madre, las diferencias se observan en 9 de los 18 factores (ver Tabla 2). De las estrategias que muestran diferencias, el esforzarse para lograr el éxito, es mayor en hijos de madres dedicadas al comercio; el resto sobresale en madres dedicadas a su profesión. Dicho dato es llamativo ya que, precisamente, el dedicarse al comercio favorece en la mujer no solo la capacidad de solventar económicamente, sino aprender a lidiar con distintas exigencias, aprender a conciliar, negociar y porque no, a convencer; dichas habilidades a su vez, tiene un impacto en la manera en que su hijo, durante la adolescencia, se esfuerce por lograr metas.

Tabla 2. Diferencias en estrategias de afrontamiento por ocupación de la madre

| Factores del afrontamiento | Medias por ocupación de la madre | | | | | Diferencia significativa |
|----------------------------|----------------------------------|--------|----------|--------|---------------|--------------------------|
| | Ama de casa | Oficio | Comercio | Empleo | Profesionista | |
| Buscar apoyo social | 14.70 | 15.34 | 15.34 | 15.39 | 15.79 | .024 |
| Concentrarse en resolver | 16.69 | 16.95 | 17.25 | 16.90 | 17.72 | .018 |
| Esforzarse/tener éxito | 17.39 | 17.56 | 18.73 | 18.15 | 17.95 | .006 |
| Invertir en amigos | 16.20 | 16.98 | 17.10 | 16.58 | 17.22 | .028 |
| Buscar pertenencia | 15.67 | 15.91 | 16.31 | 15.82 | 16.72 | .057 |
| Fijarse en lo positivo | 12.97 | 13.92 | 13.39 | 13.33 | 13.82 | .021 |
| Buscar ayuda profesional | 11.00 | 11.82 | 11.65 | 11.61 | 11.50 | .029 |
| Buscar diversión | 10.47 | 11.37 | 11.06 | 11.02 | 11.40 | .000 |
| Distracción física | 9.32 | 9.56 | 9.95 | 9.49 | 10.26 | .021 |

Fuente: Mtra. Marisol Morales Rodríguez

DISCUSIÓN

Los resultados confirman lo encontrado en el estudio previo, son las madres dedicadas a una profesión, con un nivel educativo universitario, quienes propician en sus hijos adolescentes mejor uso de las estrategias de afrontamiento, lo que



favorece procesos adaptativos; con ello, se muestra que existe una clara relación entre el nivel educativo y la ocupación que ejerce la mujer, y que además, el hecho de sumarse a la fuerza productiva, le brinda la oportunidad de contar con una visión distinta de la realidad social, lo que incide positivamente en la crianza.

Al respecto, Ochoa y Díez-Martínez (2009), han afirmado que las ocupaciones están relacionadas con las diferencias sociales, ya que difieren entre sí no sólo por las cualidades materiales de vida o el estándar de vida que pueden proveer al individuo, sino que también en su valor social y en el grado educativo que requieren, así como en el poder y la influencia que tienen en los asuntos de la sociedad en la que están inmersas.

La progresiva emancipación de la mujer que en parte se debe a su inserción laboral, redundando en un efectivo reconocimiento de su capacidad económica, que incide directamente en la adopción de un rol más participativo e innovador.

En el caso particular de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes, en palabras de Quintana, Montgomery y Malaver (2009), la madre con experiencia laboral fuera de casa, le provee de mayores elementos a su hijo para esforzarse, y, mediante recursos de conducta manifiesta o encubierta, enfrentar o adaptarse a demandas internas y ambientales (así como a los conflictos entre ellas), que puedan exceder sus posibilidades personales de soporte.

Se concluye que las madres con escolaridad de nivel superior y que se dedican a ello, son quienes promueven en los hijos mejores estrategias de afrontamiento.



CONCLUSIONES GENERALES

En la medida que una madre cuenta con mejores oportunidades de educación y empleo, estará en la posibilidad de brindar mayores herramientas a sus hijos para favorecer el aprendizaje de estrategias adaptativas, y con ello favorecer la adopción de un estilo de vida más saludable.

El hecho de lograr un mejor nivel educativo, ofrece la posibilidad de aprender a organizarse solo a nivel económico, sino también en función del tiempo y de la disposición para emprender actividades diversas.

La escolaridad de las mujeres hacia finales del siglo pasado, se incrementó a un ritmo superior a la de los hombres. Este, sin duda, es un factor importante para mejorar las posibilidades y las condiciones de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. En la medida en que aumentan sus niveles educativos, aumentan significativamente sus tasas de participación, transformando su rol tradicional a uno activo, dinámico y propositivo.

Solsona (1989) afirma que a medida que aumenta el nivel educativo, se incrementa la participación en el mundo del trabajo; lo cual repercutirá positivamente en la enseñanza a los hijos de diferentes formas de afrontar la adversidad.

Las tasas de participación de las mujeres con estudios medios y con estudios superiores siguen un comportamiento diferente de aquellas con estudios mínimos, observándose una continuada tendencia creciente (Novales, 1989).

A la luz de los resultados encontrados, se concluye que el rol que ha asumido la mujer hoy en día, ha generado una serie de transformaciones desde el núcleo familiar, facilitando la adopción de formas efectivas de afrontar los desafíos.





En este sentido, el adoptar mejores estrategias de afrontamiento y utilizar de manera más efectiva los recursos psicológicos propios, fungen como factores protectores en los adolescentes, lo cual no los exime del riesgo sin embargo, promueve en ellos, comportamientos saludables enfilándolos hacia un desarrollo positivo.

En el marco del desarrollo saludable del adolescente, cobra relevancia la participación de los padres, por ser piezas fundamentales en la adopción de patrones funcionales por parte de los hijos. El estatus ocupacional de la madre, basado en su estatus educativo, resulta ser un elemento relevante, y ha ido ganando terreno en la promoción de conductas adaptativas.

REFERENCIAS

- Amorós, M. (2007). Evaluación de un programa de potenciación de los recursos psicológicos para la mejora del bienestar psicológico y de la salud. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Contini, N. (2006). Pensar la adolescencia hoy: De la psicopatología al bienestar psicológico. México: Paidós.
- Daeren, L. (2000). Mujeres empresarias en América Latina. El difícil equilibrio entre dos mundos de trabajo. Desafío para el futuro. Primer seminario internacional de la mujer empresaria. Santiago de Chile. 1-13.
- Fantin, M., Florentino, M. y Correché, M. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6 (11), 163-180.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. España: TEA.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones



- sociales. *Psicología conductual*, 9(2), 221-246. Recuperado el 28 de Octubre de 2010. En http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/Pconductual.PDF.
- Jadue, G., Galindo, A. y Navarro, L. (2005). Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. *Estudios pedagógicos*, 31(2), 43-55.
- Larrañaga, M. (2007). Participación laboral de la mujer en Chile. Departamento de Economía. Universidad de Chile, 1-37.
- Minuchin, S. (2002). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Grijalbo.
- Novales, A. (1989). La incorporación de la mujer al mercado de trabajo en España: participación y ocupación. Fundación de Estudios de Economía Aplicada y Universidad Complutense de Madrid, 188, 243-289.
- Ochoa, A. y Díez-Martínez, E. (2009). Las aspiraciones ocupacionales en el bachillerato, una mirada desde la Psicología Educativa. *Perfiles educativos*, 31(125), 37-61.
- Quintana, A., Montgomery, W. y Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de investigación en Psicología*, 12(1), 153-171.
- Rivera, M. & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y salud Mental*, 7(1), 33-39.
- Solsona, M. (1989). El problema de la medición del trabajo de la mujer. *Documentos de análisis geográfico*, 14, 149-169.



La dinámica familiar y el espacio como factor de riesgo en el desarrollo de una enfermedad

Isaura Régulo y Karen Santana

MARCO TÉORICO

Familia

Entendemos como familia al grupo donde se nace y donde se asumen las necesidades fundamentales del individuo; es un grupo en el cual los miembros se cohesionan, se quieren, se vinculan y se ayudan recíprocamente a crecer vitalmente, a vivir como personas en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva, relacional, etc. (Fount, Pérez Testor, Romagosa, 1995).

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes, siendo un espacio de formación y humanización. Asimismo, Dughi (1996) propone que la Familia es sin duda la institución que más trascendencia tiene en la vida del individuo, pues es una entidad formativa que desempeña cuatro funciones primordiales que han persistido aún en el transcurso del tiempo: Asegurar que las necesidades biológicas del sujeto serán cubiertas. Enmarcar, dirigir y canalizar los impulsos del sujeto. Enseñar las funciones básicas y transmitir el valor de las instituciones de la sociedad y pautas de conducta propias de la sociedad en que vive.

Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.





Dinámica Familiar

La dinámica se refiere a un patrón de interacciones se muestra una fuerza que potencia o destruye la relación de la familia, contiene un sello personal de cada uno de sus miembros que juntos establece un estilo que es distintivo y genuino de ser y hacer. Constituye una red de comunicación así como también es generadora de lazos afectivos dentro de todos sus miembros que evolucionan con pautas funcionales de la conducta de cada uno de los integrantes. Steffen (2008). La dinámica familiar nos permite ver como los integrantes se relacionan en términos del nivel de apego familiar. Para Ramírez (2007) la dinámica familiar es la diferenciación de sus integrantes, es la capacidad que presenta un individuo entre el funcionamiento emocional e intelectual que permite mantener una identidad sólida y asumir una postura.

Vivienda Y Familia

La vivienda significa más que una estructura física, social y psicológica pues los edificios, los vecinos forman parte de esta según Wiesenfeld, E. (2002)

Para Peponis y Wineman (2002) la casa también es un aspecto de la función social y conductual. Podría entenderse como el acceso al espacio donde queda implicado acceder a la gente, recursos o información llevándonos a tener relaciones sociales. Proshansky, Ittelson y Rivlin, (1983) Citado por Wiesenfeld (2002) consideran la vivienda como una extensión del propio yo, la cual aumenta o reduce la tensión misma que permite contar con una buena o mala salud.

El hogar no es sólo es un grupo de personas que se reúnen y son residentes de esa misma vivienda, unidas por lazos de parentesco, la vivienda es un “nido” donde se ha fundado un amor y una familia, un hogar trata que sea un lugar más íntimo y





propio, un espacio en el que se pueda convivir, lleva un orden, organización donde colaboran todos activamente, esto se lleva con disciplina, orden, existen hábitos, horarios, etc. Estos elementos son parte de la formación de un hogar; para Alzate, P. (2008) algo muy importante es que “El amor sostiene el hogar y el hogar sostiene el amor”.

El espacio como proyección de la identidad familiar

A la identidad que se tiene de la dimensión física del espacio se incorporan cualidades y significados que se desprenden de lo social que son construidos y compartidos dentro del lugar en el que habitamos, las relaciones que establecemos con los demás y los elementos simbólicos de la cultura.

El espacio se transforma en un reflejo de identidad, pues refleja quiénes somos y en él se muestra cómo fue investido de significado personal mediante los objetos decorativos o las actividades que se llevan a cabo dentro de este y la repetición de aquello que aprendimos dentro del lugar donde crecimos (Pierry, N. 2010). A partir de la percepción de los espacios se otorga el significado que puede venir de las características físico-estructurales y éstas están ligadas a las prácticas sociales que permiten la interacción simbólica de los sujetos que ocupan dicho espacio. Para Valera (1997) el espacio deviene de una expresión de la identidad que tiene que ver con la apropiación del espacio y del apego al lugar como proceso dinámico para la interacción conductual y simbólica de las personas con el medio físico; por lo que entonces un espacio se carga de significado y es percibido como propio de la persona o el grupo integrándose como parte de su identidad.



Enfermedad

Para Gutiérrez (2008) la enfermedad independientemente de la patología a la que está asociada es un fenómeno cultural complejo, inicia con la percepción del sujeto ante algo que le ocurre, la interpretación que le da dentro de los parámetros culturales y esto puede afectar el actuar del sujeto. La presencia de la enfermedad en el grupo plantea una reflexión sobre los valores y creencias en los que se basa el adecuado funcionamiento (García, J. L. 2006), y ante la enfermedad se responde tratando de retornar al orden establecido como forma de reparación del daño. La enfermedad y la salud constituyen un proceso integral en el que confluyen los tres ámbitos, el humano, el natural y el espiritual, que confieren el orden y estabilidad en las relaciones humanas. El médico interpreta los síntomas de su paciente y los traduce a las categorías que su saber médico le ha enseñado, basado en funciones biológicas, fisiológicas, patológicas; el enfermo de su lado tiene sus propias deducciones y de acuerdo con su cultura pueden ser del orden de la explicación, de la deducción o simplemente de la observación.

MÉTODO

El método empleado es mediante estudio de casos el cual "...estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...)" (Yin, 1994). A través de la investigación etnográfica podremos insertarnos en la dinámica familiar para comprender el sentido que tiene para cada uno de los integrantes de la familia y como la narración de los lugares, permite la reconstrucción social constante y donde la memoria es entendida como los significados compartidos, es una práctica social más a través de la cual se expresa y se forma la identidad. Como técnica de recolección de datos se realizaron entrevistas a profundidad las cuales se pueden definir como encuentros cara a cara entre el investigador y los





informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bodgan, 1994 cp Rincón C., 1995:40). Dichas entrevistas se realizaron a cada uno de los integrantes de la familia se realizaron en dos sesiones con aproximadamente 60 minutos cada una. Se solicitó su participación de forma voluntaria y se les pidió autorización para grabar la entrevista con fines de investigación. Mediante éstas se podrá dar sentido y significado a las acciones y la relación interpersonal que guarda cada uno de ellos permitiendo deconstruir lo que se vive dentro de este grupo familiar y construir el sentido y conocer la intencionalidad de cada uno de sus actos. Asimismo podremos ver cómo las emociones que se viven dentro de la vivienda y la dinámica familiar van cultivando un modo de vivir el cual inviste al espacio que ocupan y puede llegar hasta las mascotas de la familia al punto de considerarlos como un miembro más de esta.

RESULTADOS

Análisis de datos: se transcribieron las entrevistas que se realizaron a la familia hicimos la selección de fragmentos más significativos de acuerdo a la información previa que se investigó, esos fragmentos fueron agrupados en doce categorías: Necesidad de control, ejercicio de poder, autoritarismo, descalificación como orden, servilismo como medio de convivencia, espacios de poder, distanciamiento familiar, las mascotas como miembros de la familia y vínculo de unión y alegría, enfermedad como reflejo de la dinámica familiar, enfermedad como medio de manipulación y control, miedo de hacerse cargo de su vida y aprendizaje de cómo llenar el vacío. Estas categorías se encuentran dentro de una matriz que guía la investigación, este es un primer acercamiento interpretativo para continuar con un análisis más profundo.



Para esta publicación sólo haremos mención de 6 categorías.

Necesidad de control

Siendo la familia una institución de formación Daughi (1996) podemos ver como los roles que se juegan dentro de la familia nos da una mirada acerca de la manera en la que se lleva la dinámica familiar, la hermana mayor menciona que:

“ una parte de liderazgo igual porque me desenvuelvo en una escuela en donde mis funciones son esas, se tiene que ser líder, de una u otra manera trabajamos, al final de cuentas en cualquier parte hay que tratar que haya una organización orden, disciplina, nos toca muchas veces aplicar ese tipo de situaciones”.

Con esto podemos notar que ese miembro de la familia es quien lleva la dirección de la casa y de mantener las actividades de una manera que no salga de sus manos, para esto ella asume el rol de líder controlando las actividades propias e incluso de los demás miembros de la familia, la hermana mayor asume esa postura y los demás también ceden y adoptan. Este es un fragmento donde su hermana lo deja claro:

“...a lo mejor tenemos un poco de roses porque uno de mis hermanos es muy apapachador con mis hijas, porque luego quiero llamar la atención a mis hijas y luego mi hermana se mete me quieren quitar la autoridad, pero en general somos muy unidos.”

En este sentido el mantener el seguimiento de las reglas sólo es menester de una sola persona en este caso el de la hermana mayor y esto imposibilita al otro miembro de la familia hacer lo que para él es adecuado. Aunque para ellos esto sólo es señal de una familia armoniosa de la gran unión y comprensión que se tienen y no perciben se diluyen los demás miembros y el que decide la vida de los demás es la hermana mayor.





Descalificación como orden

Las características de cada miembro de la familia son percibidas como negativas pues es lo contrario de lo que están acostumbrados y entonces descalifican la diferencia que es resaltada. Este es un fragmento que puede simplificar esta categoría:

“Liliana creo, decíamos se parece igual a él se parece mucho a su papá, igualito, le cuesta mucho expresar”.

“Su marido (de Marta) no se quiere reír por menso pero por dentro yo sé que se quiere reír pero si no se quiere entrar al relajo, pues ese es su problema ¿no? y este creo que es el más serio, es el más serio aquí en la casa es él”.

Aquí nuevamente es recalcada la autoridad que posee la hermana mayor y como se dirige con los otros, además la familia hace alianzas por un lado los que son serios y por otro los que expresan alegría los más platicadores:

“Eli se parece mucho a mi mamá, mi mamá era un desastre el carácter que tiene Elizabeth lo saco de mi mamá y el físico lo saco de la familia de su marido.... puedes conversar con ella y es una muchacha muy madura.”

Si bien cada miembro de la familia tiene una personalidad distinta en ocasiones pareciera que no está totalmente permitido pues es silenciada esa parte y la individualidad de cada uno es nula pues se alaba las características que son compartidas incluso con las mascotas de la familia posicionándolos como un miembro de la familia otorgándoles un valor sentimental, a continuación un fragmento que nos muestra lo anterior:

“Mis hijos (perros) si no estoy con ellos empiezan a inquietarse, se paran y están queriéndose salir, con ellos tengo una relación sumamente, digo los miembros



porque también son miembros de la familia este con ellos tengo una relación muy estrecha no me sueltan para nada, nada más llevo y nada más quieren estar conmigo, conmigo y conmigo, este me dan mucha paz, me dan mucha tranquilidad este...”

Las mascotas parece que también entran en esa forma de ser y estar en ese grupo familiar.

Espacios de poder

Cada uno de los espacios de la vivienda como menciona Valera (1997) deviene de la expresión de la identidad y apropiación del espacio y que además marca un proceso para la interacción conductual y que es simbólica de las personas de esta manera el siguiente fragmento es un ejemplo de cómo se apropian del lugar:

“Pues en mi recámara, bueno me gusta pararme en la cocina, otra de las cosas que a lo mejor me obsesiona estar en la cocina, me gusta lavar los trastes, me gusta este tener un poquito en orden.

De esta manera a partir de la percepción de los espacios se le da un significado que puede venir desde las características físicas y que estas a su vez se ligan a las prácticas sociales que nos llevan a la interacción simbólica de los sujetos.

“La casa estaba ya construida, la compró mi papá así como cuando les dan el plan del INFONAVIT mi hermana la ha ido, ahora si que, la cocina así no estaba era así un cajoncito chiquito, chiquito y este mi hermana es la que más, es la única que ha levantado este pues ahora si que todo, todo.”

La distribución de la casa y de habitar alguna habitación nos habla de cómo la hermana mayor sigue siendo la líder y la única que toma decisiones dentro de





la vivienda y que además es proveedora, por este lado entonces notamos que resaltan la parte de unión y comunicación pero pareciera que sólo es una persona la que puede expresar y hacer

“Martha: ella es la que elige ahora vamos a pintar así y ahora así.”

“En el cuartote grandote se queda mi hermana y mi otra hermana, y luego en este cuarto ahí se acomoda (en el taller), hay es que mi papacito es bien orgulloso, muy especial.”

En este sentido sólo hay una persona que inviste el lugar y que ejerce poder sobre los demás, resultando ser la identidad de una sola persona y borrando las demás y esto nos dice también que es el reflejo de las prácticas sociales que se viven dentro de ese grupo, desplazando otro y también nos muestra una compulsión de tener todo en orden y esto parece ser disfrazado de alegría y armonía tanto en los actos como en la decoración pero que nos dice de la de armonía pero que además nos habla de una inmovilidad del resto de los miembros de la familia. Siguiendo con esto y recordando que las mascotas son considerados miembros de la familia donde también se da el lugar y que además se les tiene que tener consideración como a continuación se explicita:

“...tienen que quitar a la Mimi o al Lucas (los perros) para que siente mi papá, ah pero llega mi papá, ya papá siéntese nos agarra comiendo, esta calentito, mi papá dice ¿Me puedes dar permiso mimi? hija ¿Le puedes decir a tu perro para que yo me siente? Mi hermana jala la silla para sus perros. También están abajo, pero tienen su lugar.”

Se consideran miembros de la familia pero al mismo tiempo son borrados de la jerarquía que de años le correspondería en este caso a su papá, si bien sucede eso el resto de la familia no lo demuestra y se encuentra más bien aceptando sin apenas demandar su lugar.



Las mascotas como miembros de la familia y vínculo de union y alegría

Las mascotas no son vistas como animales sino como un miembro “humano” que puede generar alegría y tristeza dependiendo de su estado de salud.

“El problema de mi hermana que hace creer que sus perros son humanos de verdad y Elizabeth también está mal porque le hace creer a su gato que es humano, entonces y su papá broncas con su papá, broncas ay papacito, que ya le toma foto aquí que ya le toma la foto allá, que ayer ya lo baño, que hay mira tómale aquí, digo ayy no, ¡Si cielo ahorita, ahorita te da tu abuela tu lechita! o sea digo noo manchees mana, pero yo siento que si está mal digo la que está más mal siento que es mi hermana te digo que cuando ella llega nadie se le puede ya se le puede acercar porque los perros ya no la sueltan.”

Las mascotas como se había visto también en las categorías anteriores les otorgan un lugar prioritario en la familia, y la atención va dirigidos hacia ellos y aunque exista inconformidad esta no es hablada es la manera en que se pierde o se dejan de ver otras situaciones, es como el medio para seguir creyendo y realizando conductas que ya han sido acatadas pero no reflexionadas y mucho menos se ha tenido la oportunidad de apelar en contra si no se está de acuerdo. Como menciona los perros ya no son mascotas sino un ser vivo con particularidades humanas esto nos lleva a que son también una manera de conocer las pautas aprendidas y como la dinámica que se lleva dentro de ese grupo. A continuación este fragmento nos muestra como prácticas sociales son ejecutadas con los perros:

“Martha: ahí está con su pastel, no le dijimos sóplale, sóplale a las velitas, le dio lengüeteadas y todo, bien bonito bien, bien bonito son como las alegría de la casa como cuando hay niños en un hogar y que hay mira como dice, los pasitos y que otra vez, así los perros desde temprano nos reímos o sea es bien bonito, nada más





que no se enfermen porque ay si ay si sentimos todos bien feo.”

Son además considerados como la alegría de la casa como si sólo tienen ese estado emocional porque los perros realizan acciones, pero no está dentro de ellos, aunque hacen mención en repetidas ocasiones.

Enfermedad como reflejo de la dinámica familiar

Cada uno de las mascotas tiene una enfermedad que se les atribuye a la “suerte” o al “azar”

“La más chiquita tiene un problema este hepático ella come comida especial, especial o sea especial ha estado internada, este mi hermana cuando le diagnosticaron que tenía el mal del hígado le dieron la noticia se quedó internada una semana en allá hospital, mas adelante de C.U. imagínate cruzar toda la ciudad este y le dieron el diagnóstico a mi hermana por teléfono hay mana ps parece que se murió alguien todos alrededor, llorando y o sea una cosa fea, y ella así fácil, fácil como entre unas 6 o 8 pastillas diario así nadamás le dice Mimi (le enseña la pastilla) y ella solita se pone así (la perrita se echa) y abre su hociquito se toma la pastilla y alimento especial que es el hepático que está bien caro mana una bolsita así (mediana) 300 pesos.”

Y que los hace reaccionar de manera rápida ante la situación que se presenta, enseñando además a las mascotas a tener comportamientos donde tienen que ser atendidos.

“¿cuál es la emoción que los definiría como familia? el dolor de los perros si no tumbaría de una manera muy fea, o que uno de nosotros le duela algo, que haya alguien y se sienta mal, también nos afectan.”



El dolor o la enfermedad permite ver como son conscientes de la emoción que brota en el cuerpo de esta manera se sienten pero al mismo tiempo niegan su existencia porque si sienten eso duele y entonces para no hacerlo llamo al otro para que acompañe y sea alguien más quien lo vea pero no permite verse a sí mismo y entonces se queda en esa posición de comodidad.

La enfermedad estaría evidenciando las emociones que existen dentro de la casa y si entendemos enfermedad como un proceso psicoemocional donde órgano y emoción son una unidad podríamos ver que dentro de la dinámica familiar existe un ambiente que se mueve en torno a la ansiedad, al enojo y a la indecisión, reflejado en las mascotas que aprenden y construyen una enfermedad que es el punto de atención y se mueven como si todo estuviera marchando de la mejor manera aunque esto ya les ha funcionado, para ejemplificar esto el siguiente fragmento nos puede ayudar:

“También la perra se da cuenta, si le digo esa perra es inteligente porque si pudiera hablar, la chantajearía pero ... como sabe que la cuidan y todo eso, se mima, y Mimi y todo mundo la quiere cargar y todo, ya sabe como es mi hermana entonces este está súper consentida, consentida y cuando llega mi hermana de trabajar se cambia se pone en el cuarto y sus hijos ya no se separan de ella, y a su hijo este es muy nervioso se muerde en esto de la pierna, se muerde y este (parte superior de la pata) y es muy nervioso es así como no puede ver a otra persona, o no puede escuchar al gato porque luego, luego, entonces este una vez ya nos mordió a todos o sea feo, mi hermana de veras, de veras dice déjelos son mis hijos pero así cuando vamos a comer uno acá y el otro acá (uno a cada lado de ella) le digo a mi hermana no estás pero mal, mal, muy muy mal.”





Enfermedad Como Medio De Manipulación Y Control

La enfermedad es empleada como un subterfugio para tener la atención de los demás y desviando esa posibilidad de estar solo, lo que resalta nuevamente la carencia de estar con el otro pues el querer estar consigo mismo se debió haber experimentado estar con alguien más compartir, conocer y dejarse sentir a la persona que se tiene enfrente y al mismo tiempo a uno mismo

“Liliana llegó de la escuela la saludo ¡hola mimi! que la pesca (el ojo) a nosotros nos ha pescado la nariz, cositas así pero, le digo dice mi hermana luego, luego ayy entiéndala está enfermita del hígado que esto y que el otro, digo ayy que mangos a veces pienso que se hace, porque le hablamos Mimi ¿Qué paso mami? y nos ve así con su cara , mi hermana la ve y dice ay mi hija se siente mal digo ¿Cuál mal? le digo es flojonasa yo llego de trabajar aquí a las 3 de las tarde, mana a esa hora están echados mana, ahhh eso si eh no se duermen afuera, tienen cama, o sea tienen sus almohadas, tienen sus cobertores, digo ay Dios mío no, no, no. Le digo a mi hermana hay un programa en Animal Planet que pasa como se apellida Millán, algo así de Millán, el encantador de perros y le digo a mi hermana no manches hermana me cae que si viniera él te diría no a la que vamos a amaestrar es a usted no a sus perros porque si, si , esta pero si mal mi hermana.”

En este sentido la enfermedad son los síntomas que expresan lo que el grupo cree y actúa a partir de ahí, se realiza una construcción cotidiana lo que nos lleva a una vivencia que da sentido a la enfermedad en este caso pareciera que se le da inmunidad a quien padece de algo puesto que no es consciente de la manera de actuar y ni del efecto que tenga hacia el otro aceptando condicionamientos.



CONCLUSIONES

Como pudimos observar a lo largo de este avance de investigación la relación entre el espacio físico que ocupa una familia y la interacción que existe entre cada miembro de la misma contribuye a la creación de padecimientos que tienen una razón de ser a partir de la forma en que una familia en particular se vive. En este sentido podemos decir que al acercarnos a la familia y verla tal y como es, dejando de lado las creencias de cómo debe ser una familia y observarla en su forma de interactuar tanto como grupo social como individuos en particular que comparten una vida y que la cooperación los llevaría a un crecimiento personal con un sentido hacia la construcción de lazos afectivos y hasta la forma en como quisieran morir, las acciones pues que se realizan en este momento se verán reflejadas en un futuro y con esto entonces encontraríamos una explicación a la enfermedad que se tiene en cada grupo familiar donde la enfermedad se presentaría como una negación de verse a sí mismo y sentirse, una decisión de quedarse en la inmovilidad, aceptando normas que son introyectadas y que mueven emociones; donde los sentimientos son silenciados y la única forma de expresarlo es a partir del desarrollo de una enfermedad.

REFERENCIAS

- Alzate, P. (2008) El hogar como refugio y defensa de nuestra vida privada Recuperado en Febrero 16 del 2012 <http://www.am-abogados.com/blog/el-hogar-como-refugio-y-defensa-de-nuestra-vida-privada/340/>
- BARQUIN, M. (1977), Medicina Social, México, Méndez Oteo
- Bechtel, R. B. & Churchman, A. (Eds.) (2002) Handbook of Environmental Psychology. New York, U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.
- Cobiella, N. (2011) La vivienda, en www.educar.org, fecha de consulta: febrero de 2011.
- Consejo Nacional de Población (2011) La familia, sus funciones, derechos,





- composición y estructura”, en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf>, fecha de consulta: 15 de febrero de 2011.
- Dughi, P. (1996) Salud mental, infancia y familia. UNICEF. Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983) Tomo 1 México
- Estremero, J. (2011) Familia y ciclo vital familiar, en <http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>
- Recuperado, fecha de consulta: 5 de febrero de 2011.
- García G., J. L. (2006) Enfermedad y cultura. Jano no. 643 H, pp. 15 - 25H
- Gutiérrez, M., y Vázquez, A. (2008) “Una visión antropológica del trabajo social en la salud”, en <http://www.uclm.es/bits/sumario/71.asp>
- González, A. J. (2003) Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento escolar en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1090>, fecha de consulta: 20 de octubre de 2010.
- González, J. (2007) La familia como sistema, en Revista Pacea de Medicina Familiar, en http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/4%20LA%20FAMILIA%20COMO%20SISTEMA.pdf, fecha de consulta: 2 de octubre de 2011
- Lombardo de Ruiz, S. (1992) La arquitectura: intento de construcción de una imagen, en Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, unam, octubre.
- Lotito, F. (2009) Psicología. Espacio e individuo, en www.mingaonline.uach.cl, Chile, Universidad Austral de Chile, fecha de consulta: febrero de 2009.
- Peponis J. y Wineman J. (2002) Spatial structure of environment and behavior. En R. Bechtel & A. Churchman, A. (Eds.) Handbook of Environmental Psychology. New York, U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.



- Ramírez M. (2008) "Dinámica Familiar" Recuperado en Febrero 16 del 2011 http://www.universopyme.com.mx/index_php?option=com_content&task=view&id=1188&Itemid=373
- Steffen, I. (2008) Women, labour and public policy: female labour market integration in OECD countries. A comparative perspective. En Journal of social policy. Vol. 37, n. 3 (2008).
- Taylor, S. J. y Bogdan R. (1984) Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Paidós.
- Valera, S. (1997). Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social. Revista de Psicología Social, 12, 17-30.
- Wiesenfeld, E. (2001). La problemática ambiental desde la perspectiva psicosocial comunitaria: Hacia una psicología ambiental del cambio. Medio Ambiente y Comportamiento Humano, 2(1), 2-20.
- Yin, R. K. (2001) Investigación sobre estudios de casos. Diseño y métodos. Newbury Park, CA: Sage



La personalidad en caos o entrópica y su impacto en la presencia de los síntomas somáticos

Martha Adelina Torres Muñoz, José Luis Valdez Medina, Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, Jorge Alvarado Orozco, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

INTRODUCCIÓN

El concepto de personalidad que tiene su origen etimológico en la palabra *personae* y que hace referencia a las máscaras que eran utilizadas por los actores en las representaciones teatrales (Gómez de Silva, 2005), ha sido un tema muy importante dentro de la psicología.

De manera general la personalidad hace referencia a aquellas características biológicas y psicosociales que subyacen al individuo, las cuales explican los patrones permanentes en su forma de ser, hacer sentir, pensar y vivir (Balcázar, Delgadillo, Gurrola, Mercado y Moysén, 2003; Valdez Medina, 2009).

Lawther (1987) comenta que la personalidad es un término que se usa para caracterizar lo individual que surge a medida que la persona crece y reacciona a los estímulos ambientales, que emerge de la interacción entre un organismo biológico y la psicosociocultura, en la cual vive y se desarrolla.





Según Baron, Byrne y Kantowitz (1980), el primer modelo de personalidad fue elaborado por Hipócrates, basado en cuatro temperamentos: melancólico, colérico, sanguíneo y flemático y cada uno estaba conformado por el entusiasmo, la despreocupación, la sociabilidad y la alegría del tipo sanguíneo. Cuando los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) se desequilibraban, el individuo enfermaba hasta que se recuperaba el equilibrio. Para él los humores conformaban la naturaleza del hombre, determinaban sus posibles enfermedades y, por tanto, el aspecto físico y predisposición de la personalidad. Así los temperamentos se asociaban con características tanto físicas como psíquicas.

Con posterioridad Galeno (en Baron, Byrne y Kantowitz, 1980), asignó a cada tipo de persona un fundamento biológico basado en los cuatro fluidos corporales propuestos por Hipócrates; de esta manera el entusiasmo del sanguíneo se atribuía a la fuerza de la sangre, la tristeza al melancólico y era fruto de la sobreactivación de la bilis negra, la irritabilidad del colérico al predominio de la bilis amarilla, y la apatía y lentitud del flemático a la influencia de la flema.

A partir de esta concepción surgieron diversas teorías de la personalidad en respuesta a métodos que definen los tipos, los rasgos y la constitución corporal, como la de Kretschmer (1888;1964) con su clasificación del cuerpo en leptosómico, pícnico y atlético y de los temperamentos en esquizotímico, ciclotímico y gliscrotímico y la de Sheldon (1899; 1977) con una clasificación paralela del cuerpo en ectomorfo, endomorfo y mesomorfo y de los temperamentos en vicerotonia, somatotonia y cerebrotonia (Ballús, 2002).

Con base en esto la personalidad había sido asociada principalmente con las características biológicas; sin embargo, debido a que esta ha sido vista como un





proceso complejo, surgieron diversas concepciones, en las que algunos teóricos consideran se trata de una estrategia que orienta el comportamiento de las personas hacia la búsqueda y encuentro de un principio de vida, lo cual le da sentido y dirección a todo el comportamiento que de ella emana.

De esta forma, se ha escrito que las personas buscan encontrar el placer y la evitación del sufrimiento (Freud, 1986), el sentido de vida y la evitación del vacío existencial (Frankl, 2001), la superioridad y la evitación de la inferioridad o minusvalía (Adler, 1962), la búsqueda de la completud que los aleje de la falta de algo (Lacan, 2001), el hallazgo de la felicidad y la evitación de una mala vida (Savater, 2001), la llegada de la autorrealización y la evitación de la animalidad (Maslow, 1988), el descubrimiento de uno mismo y la evitación de la pérdida personal (Rogers, 1987), el amor y la libertad y la evitación del odio (Fromm, 1993) o bien el encuentro de la paz o equilibrio y la evitación del miedo (Valdez Medina, 2009).

La hipótesis subyacente a todas estas propuestas, indica que si se consigue llegar a la parte positiva o favorable de dichos principios, se tendría una personalidad más estable y por consiguiente un mejor nivel de salud mental. En contraste, si no se llega a esta parte del principio y se obtiene su opuesto, los niveles de salud, serían desfavorables para los individuos. Habría un desequilibrio, tensión, conflicto, caos o entropía (Valdez Medina, 2009).

La personalidad en caos o entrópica

A pesar de cada quien va construyendo y desarrollando su muy particular tendencia de personalidad, no siempre se da la oportunidad de poder obtener o conservar los recursos o satisfactores que se consideran los indicados, los que son capaces de cubrir las necesidades o carencias, o para evitar los tipos y niveles de miedos



que llegan asociados con estas, por lo que frecuentemente se va construyendo o desarrollando una tendencia de personalidad que se encuentra en una situación de necesidad, de carencia, de miedo, de caos, conflicto, desequilibrio, inestabilidad, desorden o entropía.

Dicha tendencia, dentro de la propuesta de la Teoría de la Paz o Equilibrio (Valdez Medina, 2009), se ubica como una tendencia de personalidad entrópica, con base en que así como hay una tendencia natural a la estabilidad, al equilibrio, a la paz, también se registra una tendencia natural a la pérdida del orden, al caos o al conflicto, que como consecuencia trae el vivir en una situación de alerta permanente (llegando hasta el desarrollo de una situación de ansiedad) y de pérdida de la esperanza que puede llegar a la depresión (Valdez Medina, 2011).

De esta manera, puesto que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción al mismo nivel de factores biológicos y psicosocioculturales, es decir, de la interacción entre el cuerpo y la mente (Sivik y Shoenfeld, 2001), se ha observado que aquellos que tienden a vivir en caos o entropía y que no son capaces de satisfacer sus necesidades o carencias, presentan mayores niveles de tensión, inestabilidad, conflicto en sus vidas, desgaste, miedo, ansiedad, desesperanza y depresión, lo cual se asocia con una salud física y mental desfavorable (Valdez Medina, 2009; Torres y Hernández, 2010), llevando a la persona a somatizar cuando se encuentra ante situaciones de este tipo.

Estas situaciones son señales de que la amenaza, el desgaste y la tensión, se mantiene presente, lo que debilita al sistema inmunológico (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000; Oblitas, 2005; Torres y Hernández, 2010).

Goleman (2012), dice que se ha descubierto que las personas que experimentan





ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad incesante, cinismo o suspicacia implacables, tienen el doble riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos (cada una de ellas representativa de categorías amplias de enfermedad). La ira parece ser la emoción que más daña al corazón. Los ataques de ansiedad repetidos señalan niveles de estrés elevados. La persona cuya preocupación constante le provoca un problema gastrointestinal es un ejemplo típico de cómo la ansiedad y el estrés agudizan los problemas médicos.

La somatización

Desde tiempos antiguos se ha observado la asociación entre el estado físico y psicológico del ser humano, la génesis y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas, lo cual fue reconocido por la célebre frase de Hipócrates (400 a.C.) “mente sana, cuerpo sano”. Los antepasados pre-científicos consideraban la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico y muchas culturas incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones acerca de la enfermedad.

El término somatización lleva implícita la valoración del aspecto físico o de lo corporal como lo indican Miller y Baruch (1967), y al mismo tiempo del aspecto psicológico que deben ser evaluados conjuntamente a la hora de determinar las posibles causas de una enfermedad.

Así según Vallejo (2003), el término es utilizado para describir un proceso subconsciente por el que el individuo traduce su malestar emocional en quejas somáticas, apareciendo una serie de síntomas físicos, de intensidad suficiente para ser consideradas clínicamente y a los que se les supone un sustrato psicológico,



incluyendo a la mente y al cuerpo no como entidades separadas, sino como fuerzas unidas que emergen e inevitablemente interactúan en el interior de la totalidad del paciente (Miller y Baruch, 1967).

Los síntomas somáticos hacen referencia a síntomas médicamente explicados cuando forman parte de una categoría diagnosticada para un problema de salud, o bien a aquellos que médicamente son inexplicables. Para estos últimos, algunos autores emplean de manera intercambiable términos como los de somatización o desórdenes somatomorfos (Rief y Broadbent, 2007).

Así Sivik y Shoenfeld (2001), proponen que la somatización es el resultado de la constante interacción e inseparabilidad de la mente y el cuerpo.

En los últimos años se ha observado con mayor frecuencia la presencia de los síntomas somáticos en la población en general, aproximadamente el 60% de la población normal experimenta por lo menos un síntoma somático en una semana determinada, como dolores de cabeza, palpitaciones, etc., por lo que se han descrito diversos mecanismos a partir de los cuales pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos (Vallejo, 2003).

La variedad de síntomas somáticos producen un deterioro en el funcionamiento y la calidad de vida de las personas, comparable a la producida por los trastornos ansiosos o depresivos, y se asocian con el aumento de gastos y utilización de recursos sanitarios, como resultado de visitas clínicas y pruebas diagnósticas excesivas, prescripciones terapéuticas, remisiones a especialistas y procedimientos quirúrgicos (Smith y Cols, 1986, citados en Vallejo, 2003).





Estudio de la asociación de la personalidad en caos o entrópica con la presencia de síntomas somáticos

Diversas investigaciones, como las realizadas por Eysenk (1994) y Díez Benavides (1975), han planteado el hecho de cómo el poseer ciertas características de personalidad puede tener un impacto importante en la forma de enfermar de una persona.

Según Ledesma (2003), algunos estudios han demostrado que las personas más proclives a padecer un trastorno psicósomático suelen ser aquellas que tienen dificultad para expresar sentimientos y/o para afrontar factores estresantes. Estos estados anímicos activan o inhiben procesos corporales. De acuerdo con esto, se dice que existen tres tipos de personalidad que son el tipo A, tipo B y tipo C.

Respecto al tipo A, dos cardiólogos de San Francisco, Estados Unidos, Friedman y Rosenman (1959, en Ledesma, 2003), en un intento por determinar cuáles eran los rasgos de personalidad de pacientes que habían sido afectados por un infarto del miocardio, observaron la existencia de un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada. Entonces, propusieron un conjunto de características de comportamiento para intentar describir la forma en la que estos pacientes se comportaban. A este conjunto de características lo denominaron “patrón de conductas tipo A” (PCTA) y se caracteriza, entre otras cosas, por:

Un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; una elevada inclinación hacia la competitividad; el deseo de reconocimiento y prestigio; una baja tolerancia a la frustración; una constante implicación en diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; impaciencia acentuada; una



marcada tendencia a la respuesta hostil y un extraordinario nivel de alerta física y mental (Sánchez, 2006).

La personalidad tipo B (personas tranquilas, confiadas, con expresión abierta de sus emociones) no está asociada a ninguna enfermedad (actuaría como factor “protector”) (Ledesma, 2003).

En cuanto a la personalidad tipo C, en los estudios realizados por Eysenk (1994, en Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2001), se resumen las características del comportamiento de los sujetos que presentan este estilo como sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. Este estilo de personalidad caracterizado por la supresión de emociones, ha sido asociado con el inicio y progresión del cáncer y otras enfermedades crónicas.

Como puede observarse en estos estudios planteados, uno de los factores interesantes a estudiar es el caos o la entropía con el que viven las personas, puesto que se convierte en una estrategia de comportamiento llamada tendencia de personalidad (Valdez Medina, 2009; Torres, 2013).

Así mismo se ha detectado que el sexo de las personas también influye en la aparición de los síntomas somáticos. Las diferencias sexuales son un hecho biológico que interactúa con factores culturales, los cuales finalmente determinan lo que se espera de un hombre o una mujer (Aguilar, 2013).

Al respecto Oyama, Paltoo y Greengold (2008) indican que la somatización es más común en las mujeres que en los hombres, debido a que los patrones de educación





que permiten a la mujer ser más expresiva de sus afectos, le facilita frecuentemente la manifestación de sus malestares, en comparación con los hombres que deben destacar por su fortaleza física y por tanto las demostraciones de malestar están limitadas (Díaz Guerrero, 2003).

Con base en ello, se realizó una investigación para describir las diferencias entre las tendencias de personalidad en caos o entrópica (entropía media y entropía alta), en hombres y mujeres al presentar síntomas somáticos.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional compuesta por 493 personas adultas de la Cd. de Toluca, Edo. de México (242 hombres y 251 mujeres), con un promedio de edad de 31 años.

Instrumentos

Cuestionario de niveles de personalidad en caos o entrópica, que consta de 20 reactivos, con tres opciones de respuesta que evalúan el nivel de caos, desequilibrio, conflicto, entropía, de paz o equilibrio, con el que se ha vivido (Valdez Medina, 2011). El instrumento permite explicar el 51.37% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.738.

Cuestionario de autorreporte de somatización (Valdez Medina, Moral, Gaona, González Arratia, Alvarado y González, 2011), el cual consta de 53 reactivos que miden la frecuencia con que se presentan los malestares corporales, en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va de uno (1) = Nunca a cinco (5) = Siempre. El instrumento permite explicar el 53.91% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.890.



Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento de los participantes, las aplicaciones se llevaron a cabo individualmente, en un tiempo aproximado de 25 minutos, en las instalaciones de la Universidad Autónoma del Estado de México.

RESULTADOS

Se realizó un análisis factorial para la muestra total, de componentes principales con rotación ortogonal varimax, con la finalidad de observar la forma en que se agruparon los diferentes síntomas somáticos. Con base en esto, se encontraron quince factores con valores eigen o autovalores mayores a uno. De estos, se seleccionaron los primeros ocho a partir de la claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Se puede observar la conformación de factores con dos reactivos, sin embargo se mantuvieron por la congruencia existente entre ellos. Los datos psicométricos permiten explicar el 42.2% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .87. Los factores que se conformaron fueron Musculares, Pérdida del equilibrio, Artritis reumatoide, Cardio-respiratorios, Gastrointestinales, Tensión, Labilidad emocional y Grippales (ver tabla 1).

Tabla 1: Análisis Factorial General de Síntomas Somáticos

| Síntomas | Musculares | Pérdida del equilibrio | Artritis reumatoide | Cardio respiratorios | Gastro intestinales | Tensión | Labilidad emocional | Grippales |
|-------------------|------------|------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------|---------------------|-----------|
| Dolor de espalda | .732 | | | | | | | |
| Cansancio | .638 | | | | | | | |
| Dolor muscular | .609 | | | | | | | |
| Dolor de cabeza | .596 | | | | | | | |
| Dolor de cuello | .518 | | | | | | | |
| Dolor de estómago | .477 | | | | | | | |
| Mareos, vértigo | .456 | | | | | | | |
| Náuseas | | .717 | | | | | | |
| Vómito | | .709 | | | | | | |





| | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-------|
| Desmayos | | | | | | | | | .427 |
| Dolor de manos | | | | | | | | | .664 |
| Dolor de hombros | | | | | | | | | .657 |
| Adormecimiento de manos | | | | | | | | | .577 |
| Adormecimiento de piernas | | | | | | | | | .560 |
| Sensación de asfixia, falta de aliento | | | | | | | | | .698 |
| Dificultad para respirar | | | | | | | | | .629 |
| Dolor de pecho | | | | | | | | | .517 |
| Pérdida momentánea de la voz | | | | | | | | | .452 |
| Colitis | | | | | | | | | .785 |
| Gastritis | | | | | | | | | .656 |
| Intolerancia a alimentos | | | | | | | | | .527 |
| Estreñimiento | | | | | | | | | .455 |
| Ceguera momentánea | | | | | | | | | .747 |
| Parálisis facial | | | | | | | | | .714 |
| Dolor en el vientre | | | | | | | | | .667 |
| Disfunción eréctil | | | | | | | | | .663 |
| Llorar mucho | | | | | | | | | .578 |
| Depresión | | | | | | | | | .441 |
| Cuerpo cortado | | | | | | | | | .671 |
| Gripe | | | | | | | | | .632 |
| Diarrea | | | | | | | | | .454 |
| Escalofríos | | | | | | | | | .449 |
| VALORES EIGEN | 7.626 | 3.688 | 2.739 | 2.121 | 1.797 | 1.614 | 1.450 | | 1.358 |
| Varianza Total | 42.2% | | | | | | | | |
| Alpha de Cronbach | .869 | | | | | | | | |



De acuerdo con la evaluación de los puntajes obtenidos a partir del cuestionario de la personalidad en caos o entrópica, se obtuvieron dos niveles: medio y alto. Con base en ello se realizaron análisis factoriales para cada nivel, con la finalidad de observar la agrupación de los síntomas somáticos y con ello establecer diferencias. Así, para las personas que viven con una tendencia de personalidad en caos o entrópica alta, se encontraron diecisiete factores con valores eigen o autovalores mayores a uno. De estos, se seleccionaron los primeros nueve a partir de la claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Los datos psicométricos permiten observar que esta solución factorial explica el 41.1% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .87. Los factores que se conformaron fueron Cardio-respiratorios, Musculares, Artritis reumatoide, Tensión, Gastrointestinales, Labilidad emocional, Gripales, Ansiedad y Pérdida del equilibrio (ver tabla 2).





Tabla 2: Análisis factorial Análisis factorial de síntomas somáticos para la tendencia de personalidad en caos o entrópica alta

| Síntomas | Cardio respiratorios | Musculares | Artritis reumatoide | Tensión | Gastrointestinales | Labilidad emocional | Gripales | Ansiedad | Pérdida del equilibrio |
|---|----------------------|------------|---------------------|---------|--------------------|---------------------|----------|----------|------------------------|
| Sensación de asfixia, falta de aliento | .766 | | | | | | | | |
| Dificultad para respirar | .674 | | | | | | | | |
| Dolor de pecho | .646 | | | | | | | | |
| Pérdida momentánea de la voz | .563 | | | | | | | | |
| Llorar mucho | .378 | | | | | | | | |
| Sensación de nudo en la garganta | .363 | | | | | | | | |
| temblor en las manos | .342 | | | | | | | | |
| Dolor de espalda | | .769 | | | | | | | |
| Dolor muscular | | .715 | | | | | | | |
| Dolor de piernas, brazos o articulaciones | | .613 | | | | | | | |
| Dolor de cuello | | .579 | | | | | | | |
| Cansancio | | .533 | | | | | | | |
| Dolor de cabeza | | .485 | | | | | | | |
| Adormecimiento de manos | | | .688 | | | | | | |
| Dolor de hombros | | | .613 | | | | | | |
| Dolor de manos | | | .607 | | | | | | |
| Adormecimiento de piernas | | | .539 | | | | | | |
| Dolor de huesos | | | .471 | | | | | | |
| Parálisis facial | | | | .777 | | | | | |
| Ceguera momentánea | | | | .600 | | | | | |
| Dolor o problemas durante el acto sexual | | | | .419 | | | | | |
| Dolor de pulmón | | | | .412 | | | | | |
| Desmayos | | | | .388 | | | | | |
| Colitis | | | | | .800 | | | | |
| Gastritis | | | | | .744 | | | | |
| Presión baja | | | | | .533 | | | | |
| Menstruaciones dolorosas o irregulares | | | | | | .750 | | | |
| Depresión | | | | | | .711 | | | |
| Dolor de vientre | | | | | | .330 | | | |
| Cuerpo cortado | | | | | | | .741 | | |
| Gripe | | | | | | | .673 | | |
| Zumbido en los oídos | | | | | | | .412 | | |
| Sudoración | | | | | | | | .779 | |
| Ganas excesivas de comer | | | | | | | | .478 | |
| Diarrea | | | | | | | | .475 | |
| Escalofríos | | | | | | | | .400 | |
| Náuseas | | | | | | | | | .712 |
| Mareos, vértigo | | | | | | | | | .395 |
| Vómito | | | | | | | | | .455 |
| VALORES EIGEN | 3.282 | 3.142 | 2.772 | 2.395 | 2.143 | 2.117 | 2.006 | 2.006 | 1.919 |
| Varianza Total | 41.1% | | | | | | | | |
| Alpha de Cronbach | .87 | | | | | | | | |

Para las personas que viven con una tendencia de personalidad en caos o entrópica media, se encontraron dieciséis factores con valores eigen o autovalores



mayores a uno, de los cuales se seleccionaron los primeros ocho a partir de la claridad conceptual y el quiebre de la varianza. Los datos psicométricos permiten observar que esta solución factorial explica el 48.67% de la varianza total, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .90. Los factores que se conformaron fueron Pérdida del equilibrio, Musculares, Labilidad Emocional, Gastrointestinales, Ansiedad, Gripales, Artritis reumatoide y Tensión (ver tabla 3).





Tabla 3

Análisis factorial de síntomas somáticos para la para la tendencia de personalidad en caos o entrópica media

| Síntomas | Pérdida del equilibrio | Musculares | Labilidad emocional | Gastrointestinales | Ansiedad | Gripales | Artritis reumatoide | Tensión |
|---|------------------------|------------|---------------------|--------------------|----------|----------|---------------------|---------|
| Náuseas | .764 | | | | | | | |
| Adormecimiento de manos | .738 | | | | | | | |
| Dolor de piernas, brazos o Articulaciones | .691 | | | | | | | |
| Mareos, vértigo | .640 | | | | | | | |
| Adormecimiento de piernas | .618 | | | | | | | |
| Vómito | .563 | | | | | | | |
| Desmayos | .487 | | | | | | | |
| Dolor muscular | | .805 | | | | | | |
| Dolor de espalda | | .729 | | | | | | |
| Dolor de cuello | | .670 | | | | | | |
| Dolor de cabeza | | .550 | | | | | | |
| Parálisis facial | | .510 | | | | | | |
| Cansancio | | .440 | | | | | | |
| Ganas excesivas de comer | | | .713 | | | | | |
| Escalofríos | | | .668 | | | | | |
| Llorar mucho | | | .634 | | | | | |
| Depresión | | | .602 | | | | | |
| Estreñimiento | | | .492 | | | | | |
| Cuerpo cortado | | | | .832 | | | | |
| Gastritis | | | | .762 | | | | |
| Colitis | | | | .755 | | | | |
| Dolor de estomago | | | | .550 | | | | |
| Dificultad para respirar | | | | | .799 | | | |
| Menstruaciones dolorosas o irregulares | | | | | .794 | | | |
| Alergias | | | | | .506 | | | |
| Dolor de pulmón | | | | | .405 | | | |
| Gripe | | | | | | .880 | | |
| Nerviosismo | | | | | | .601 | | |
| Temblor en las manos | | | | | | .574 | | |
| Dolor de pecho | | | | | | | .686 | |
| Presión baja | | | | | | | .580 | |
| Dolor de manos | | | | | | | .520 | |
| Dolor de hombros | | | | | | | .460 | |
| Dolor de huesos | | | | | | | .418 | |
| Diarrea | | | | | | | | .763 |
| Indiferencia sexual | | | | | | | | .635 |
| Ceguera momentánea | | | | | | | | .463 |
| Dolor o problemas durante el acto sexual | | | | | | | | .459 |
| VALORES EIGEN | 4.121 | 3.801 | 3.599 | 3.175 | 3.157 | 2.750 | 2.635 | 2.556 |
| Varianza Total | 48.67% | | | | | | | |
| Alpha de Cronbach | .90 | | | | | | | |



Los resultados de la comparación entre los síntomas somáticos y las tendencias de personalidad en caos o entrópica (media y alta) obtenidos mediante la prueba t de Student, indican que las personas con alta entropía tienden a presentar más síntomas somáticos como dolor de cabeza, dolor de espalda, pérdida momentánea de la voz, mareos o vértigo, dolor de cuello, sensación de asfixia o falta de aliento, vómito, dolor de pecho, diarrea, desmayos y ceguera momentánea, en comparación con las personas con entropía media que tienden a presentar síntomas somáticos como adormecimiento de manos, depresión, falta de apetito, disfunción eréctil y en el caso específico de las mujeres menstruaciones dolorosas e irregulares (ver tabla 4).

Tabla 4: Análisis t-Student de síntomas somáticos por tendencias de personalidad en caos o entrópica (media y alta)

| Síntoma | T | P | Media Entropía | | Alta Entropía | |
|--|--------|------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | | \bar{X}_1 | DE | \bar{X}_2 | DE |
| Dolor de cabeza | -2.160 | .031 | 2.4033 | .78329 | 2.5565 | .78758 |
| Dolor de espalda | -2.328 | .020 | 2.4362 | .90855 | 2.6290 | .92616 |
| Pérdida momentánea de la voz | -5.136 | .000 | 1.2551 | .58274 | 1.5806 | .80582 |
| Mareos/vértigo | -2.913 | .004 | 1.4691 | .69982 | 1.6573 | .73067 |
| Dolor de cuello | -2.693 | .007 | 2.2675 | .77035 | 2.4637 | .84334 |
| Sensación de asfixia, falta de aliento | -2.602 | .010 | 1.5473 | .67483 | 1.7258 | .83776 |
| Vómito | -2.265 | .024 | 1.5185 | .61881 | 1.6532 | .69753 |
| Dolor de pecho | -2.778 | .006 | 1.6173 | .68456 | 1.8105 | .84913 |
| Diarrea | -3.302 | .001 | 1.7243 | .79390 | 1.9677 | .83869 |
| Adormecimiento de manos | 1.969 | .049 | 1.8230 | .77511 | 1.6855 | .77268 |
| Desmayos | -2.126 | .034 | 1.2099 | .50737 | 1.3145 | .58131 |
| Depresión | 2.300 | .022 | 2.0782 | .93930 | 1.8871 | .90173 |
| Ceguera momentánea | -2.425 | .016 | 1.1564 | .43626 | 1.2702 | .59314 |
| Falta de apetito | 2.764 | .006 | 1.9547 | .80930 | 1.7621 | .73370 |





| | | | | | | |
|---|-------|------|---------------|---------|--------|---------|
| Disfunción eréctil | 4.095 | .000 | 1.9465 | 1.57237 | 1.4516 | .69608 |
| Menstruaciones dolorosas o irregulares | 4.714 | .000 | 2.0996 | 1.55753 | 2.0806 | 1.34132 |

Así mismo, se realizó un análisis de t de-Student para comparar los síntomas somáticos por sexo, encontrándose que las mujeres tienden a padecer más síntomas somáticos como mareos o vértigo, dolor de cuello, dolor de huesos, taquicardias o palpitaciones, nerviosismo, dolor de hombros, dolor en el vientre, depresión, falta de apetito, llorar mucho, estreñimiento, intolerancia a alimentos, colitis y alergias, mientras que los hombres reportan presentar sudoración (ver tabla 5).

Tabla 5: Análisis t-Student de síntomas somáticos por sexo

| Síntoma | T | P | Hombres | | Mujeres | |
|------------------------------------|---------|------|---------------|---------|---------------|---------|
| | | | \bar{X}_1 | DE | \bar{X}_2 | DE |
| Mareos, vértigo | -2.038 | .042 | 1.5041 | .65848 | 1.6375 | .78996 |
| Dolor de cuello | -2.911 | .004 | 2.2645 | .82762 | 2.4781 | .80157 |
| Dolor de huesos | -2.348 | .019 | 1.8182 | .75121 | 1.9841 | .81471 |
| Taquicardias, palpitaciones | -2.198 | .028 | 1.5537 | .73952 | 1.7012 | .74991 |
| Nerviosismo | -4.878 | .000 | 2.2603 | .88931 | 2.6614 | .93427 |
| Dolor de hombros | -2.206 | .028 | 1.7686 | .80208 | 1.9323 | .84344 |
| Dolor en el vientre | -14.343 | .000 | 1.3802 | .71448 | 2.4861 | .98123 |
| Depresión | -5.003 | .000 | 1.7727 | .85578 | 2.1793 | .9431 |
| Falta de apetito | -2.108 | .036 | 1.7851 | .76983 | 1.9323 | .77936 |
| Llorar mucho | -6.588 | .000 | 1.5744 | .82784 | 2.0876 | .89905 |
| Estreñimiento | -4.266 | .000 | 1.8099 | .85276 | 2.1912 | 1.11861 |
| Intolerancia a alimentos | -2.597 | .010 | 1.6983 | .83238 | 1.9044 | .92457 |
| Colitis | -4.049 | .000 | 1.9545 | .97797 | 2.3226 | 1.14636 |
| Alergias | -2.7780 | .006 | 1.6818 | .96516 | 1.9442 | 1.12289 |
| Sudoración | 3.041 | .002 | 2.0413 | 1.02578 | 1.7888 | .79952 |





Discusión

De acuerdo con Sivik y Shoenfeld (2001), la relación del cuerpo y la mente es permanente e indisoluble, puesto que siempre se está interactuando al mismo nivel con los factores biológicos y psicosocioculturales, llevando a las personas a buscar formas de obtener recursos o satisfactores que no siempre resultan los adecuados, viviendo con altos niveles de caos o entropía (Valdez Medina, 2009).

Esto concuerda con los resultados obtenidos, pues se puede observar que las personas tienden a vivir con niveles medios y altos de caos, lo cual las lleva a percibir algún grado de estrés y por lo tanto a producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas (Sandín, 1995).

Estas respuestas se traducen en la aparición de síntomas somáticos de tipo tensional, muscular, cardio-respiratorio, pérdida del equilibrio, entre otros y que tienen que ver con el caos, la depresión, los trastornos de ansiedad y de personalidad (Valdez Medina, 2009), así como relacionados con el sexo, las formas de afrontamiento, la autoeficacia, el apoyo social, la autoestima y la alexitimia (González y Landero 2008).

Así entre más alto es el nivel de caos o entropía, existe una mayor tendencia a presentar más síntomas somáticos, puesto que las personas que viven con un constante conflicto en sus vidas frecuentemente tienen un sistema inmunológico más débil y por lo tanto su salud tanto física como mental se ve deteriorada (Torres y Hernández, 2010).

Los resultados también dejaron ver que el sexo es una variable importante en cuanto a la aparición de los síntomas somáticos. Se encontró que las mujeres tienen una mayor presencia de síntomas somáticos que los hombres, hallazgos que





son acordes con lo encontrado por Oyama, Paltoo y Greengold (2008). Esto puede deberse a la educación que reciben los hombres para mostrar mayor fortaleza, ser independientes e instrumentales, en comparación con las mujeres que se les educa para mostrar mayor debilidad, expresividad y dependencia social (Valdez-Medina, Díaz Loving y Pérez Bada, 2006; Aguilar, 2013).

Cabe mencionar que aunque se está expuesto a enfermarse por cualquier causa física, al mismo tiempo existe el riesgo de enfermarse por alguna causa emocional, ya que la relación entre lo biológico y lo psicológico se presenta de manera conjunta. En este sentido, los síntomas somáticos son también parte de las estrategias de comportamiento que cada persona utiliza para vivir y que pueden ser modificables, brindando la oportunidad de tener una mejor calidad de vida, en paz o equilibrio.

CONCLUSIONES

La personalidad es uno de los factores predisponentes para somatizar; el cómo se es, cómo se vive y cómo se comporta el individuo, tiene influencia sobre la presencia de malestares o enfermedades.

El vivir en constante caos o entropía, situaciones de estrés o de conflicto, permite que el sistema inmunológico se debilite y por lo tanto existe somatización e incluso enfermedad.

Los resultados dejan ver que entre mayor sea el nivel de caos o entropía y menor el nivel de paz, con que se viva, mayor será el número de síntomas somáticos que se presenten.



La expresión de las emociones a través del cuerpo es normal, tanto las negativas como las positivas tienen impacto en la salud de las personas.

El sexo también tiene influencia en la presencia de síntomas somáticos, observándose que las mujeres refieren más padecimientos que los hombres.

Las causas de la enfermedad o de presencia de síntomas somáticos son multivariadas y una de ellas son los factores psicológicos, pero a pesar de los avances hechos por la ciencia, todavía es un enigma el nivel de asociación que se da entre la enfermedad y el sustento psicológico que esta tiene.

Por ello una alternativa que se propone es vivir bien, con gusto y sin queja, buscando su ser en el hacer (donde eres lo que haces y haces lo que eres sin contradicción), con un menor nivel de desgaste, de tensión, de ansiedad y sufrimiento (Valdez Medina, Aguilar, Torres, y González Arratia, 2012).

REFERENCIAS

- Adler, A. (1962). *Conocimiento del hombre*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Aguilar, M.Y. P. (2013). *Satisfacción con los roles de género*. Tesis de Maestría en Psicología. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C. y Esteve, R. (2001). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, diciembre, vol. 16, No. 2. Universidad de Murcia, España, pp. 133-141.
- Balcázar, P., Delgadillo, L., Gurrola, M., Mercado, A., y Moysén, A., (2003). *Teorías de la Personalidad*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.





- Ballús, C. (2002). Clásicos de la Psiquiatría. Revista de Psiquiatría, Fac. Med.Barna;29(1):39-42.
- Baron, Byrne y Kantowitz, (1980). Psicología un enfoque conductual. México: Interamericana.
- Díaz G., R. (2003). Psicología del Mexicano. México: Trillas.
- Díez B., M. (1975). Proceso Psicossomático Terapéutico. (Tomo I). México: Trillas.
- Eysenck, H. (1991). Smoking, personality and stress: Psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease. New York: Springer-Verlag.
- Frankl, V. (2001). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1986). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm, E. (1993). El miedo a la libertad. Barcelona: Planeta.
- Goleman, D. (2012). Cómo influyen las emociones en la salud. Obtenido de <http://www.yogakai.com/goleman.htm>, el 30 de Noviembre del 2012.
- Gómez de Silva, G. (2005). Breve diccionario etimológico de la lengua española. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, M. y Landero, R. (2008). Síntomas psicossomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. México: UANL.
- Lacan, J. (2001). Escritos I. México: siglo XXI.
- Lawther, J. (1987). Psicología del deporte y el deportista. Barcelona: Paidós.
- Ledesma, M. (2003). Trastornos Psicossomáticos. Obtenido de http://www.saludalia.com/starmedia/temas_de_salud_doc/salud_mental/doc/doc_psicossomaticos.htm, el 9 de diciembre del 2009.
- Maslow, A. (1988). Motivación y personalidad. Madrid: Díaz de Santos.
- Miller, H. y Baruch, D. (1967). Medicina Psicossomática práctica. Barcelona: Labor
- Moral, J., Valdez Medina, J.L. y González Arratia, N. I. (2011). Psicología y Salud. México: CUMex.



- Oblitas, L. (2005). Atlas de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM.
- Oyama, O., Paltoo, C. y Greengold, J. (2008). ¿Cómo manejar los síntomas psicósomáticos?, Obtenido de <http://www.intramed.com.ar/actualidad/contenidover.asp?contenidoID=50156> INTRAMED, el 15 de febrero del 2009.
- Rief, W. y Broadbent, E. (2007) Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* (2007); 27(7): 821-41.
- Rogers, C. (1987). Persona como centro. Barcelona: Herder.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., y Steward, W. (2000) Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sánchez, R. (2006). Parte II del artículo: “El papel de la personalidad en los trastornos isquémicos cardiovasculares”. En factores psicológicos y trastornos isquémicos cardiovasculares. Urquijo, S. (comp). Editorial UNMdp, Mar de Plata (en Prensa).
- Sandín, B. (1995). El estrés. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) Manual de psicopatología, Vol. 2. Madrid: Mc Graw Hill.
- Savater, F. (2001). El contenido de la felicidad. España: Suma de letras.
- Sivik, T. y Shoefeld, R. (2001). Somatization and paradigm of psychosomatology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14, (4), 263-266.
- Torres, M. M. A. y Hernández, M. (2010). Tendencias de la personalidad y los síntomas somáticos, en personas que acuden a consulta externa del sistema de salud estatal, Toluca, durante el 2009, tesis de licenciatura. Toluca, México: UAEMex.
- Torres, M. M. A. (2013). Características de personalidad en adultos que presentan síntomas somáticos. Tesis de Maestría en Psicología. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez M., J. L., Díaz L., R. y Pérez B., M. (2006). Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios. Toluca, México:





Universidad Autónoma del Estado de México.

Valdez M., J. L. (2009). Teoría de la Paz o Equilibrio: una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos.

México: EDAMEX.

Valdez M., J.L., Aguilar-Montes de Oca, & P., Torres-Muñoz, M. A. y González Arratia, N. I. (2012). Las emociones negativas y sus efectos en la salud. Seminario de Investigación. Toluca, México, 26-30 Diciembre (paper).

Vallejo, J. (2003). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría (5ta edición). Barcelona: Masson.

EL AFECTO FACTOR IMPORTANTE PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS USUARIOS DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS PARA LA FAMILIA

Alejandra Susana León Reyes y Alejandra Nava Ernult

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tlaxcala ofrece el posgrado en Terapia Familiar, el cual cuenta con el Centro Universitario de Estudios para la Familia (CUEF) donde se prepara a profesionales para la atención en la diversidad familiar.

El CUEF está dedicado a analizar e investigar el desarrollo y problemática de la familia mexicana. Es creado en 1992, y brinda atención terapéutica a sujetos, parejas, familias y grupos. Su misión es analizar e investigar la diversidad de las relaciones en las familias tlaxcaltecas. Su objetivo proporcionar un servicio de primer nivel, en el cual las personas se sientan cómodas y seguras de recibir un trato pertinente a su situación de vida.

El servicio brindado en el CUEF es bajo tratamiento de la terapia familiar, con un equipo de terapeutas y alumnos en formación de la maestría en Terapia Familiar, quienes integran expedientes con la preentrevista inicial, contrato, reporte de sesión y formato de altas; así como la aplicación de la escala de funcionamiento familiar de Espejel y cols. (2008). Derivado de este tratamiento, para atender a la





familia, el terapeuta, mediante la observación de la interacción entre los miembros, detecta los patrones de funcionamiento familiar que producen crecimiento o que lo inhiben. El funcionamiento familiar es diagnosticado a través de la escala de funcionamiento familiar, dicha escala es el resultado del análisis de familias mexicanas en nuestro país.

Dentro del modelo sistémico de la terapia familiar que se ofrece, la tarea fundamental de la primera entrevista es la formulación de una hipótesis sobre la dinámica de la familia. El entrevistador comprende los aspectos centrales de la dinámica motivacional de la familia, formula el diagnóstico, motiva a los miembros de la familia para que elaboren sus problemas, redacta un contrato terapéutico, traza el curso de nuevas intervenciones terapéuticas (F.B. Simon y cols. 2002). Derivado de este trabajo, surge un análisis de las familias consultantes en el CUEF, donde diversos factores que integran la dinámica familiar favorecen o detienen su crecimiento. En este análisis se retomará el afecto como factor de interés, dadas las características de las familias consultantes.

Perfil de funcionalidad

En todas las culturas, los seres humanos se desarrollan dentro de un contexto familiar. La familia, a su vez, está sometida a las influencias cambiantes de sus integrantes y del medio que le rodea, originando dinámicas funcionales o disfuncionales.

Según Satir (1964), así como Riskin y Mc Corkle (1979), las familias que funcionan bien resuelven los problemas con diversos grados de éxito y requieren lapsos diversos para hacerlo. Sin embargo, las familias funcionales evitan paralizar o fijar sus procesos interaccionales. Los conflictos suelen ejercer un efecto positivo en las familias funcionales, en cuanto estimulan los cambios de desarrollo necesario.



No hace falta situar los problemas existentes en un individuo nombrando un chivo expiatorio. Según Weakland y otros (1974), las familias funcionales son capaces de abandonar las estrategias para resolver problemas que han resultado ineficaces y formular creativamente otras nuevas. Esta actitud se diferencia de las que asumen las familias disfuncionales, las cuales tratan de resolver sus problemas repitiendo estrategias ineficaces, culpando a alguien, con acciones emocionales excesivas o simplemente negando que exista problema alguno. Las soluciones de las familias disfuncionales a menudo constituyen un problema (Watzlawick y otros, 1974).

Reiss (1981) ha llegado a la conclusión de que las familias normales, “que no presentan una patología grave”, en general son sensibles al medio y manifiestan cualidades de dominio, colaboración y apertura a las experiencias nuevas. Así mismo, las familias con sensibilidad al medio tienen un desempeño alto en la dimensión de la configuración, la cual operativamente es “la contribución que hace la familia trabajando como grupo a la solución del problema... la eficacia de la resolución de los problemas familiares representaría la contribución adicional que el grupo familiar hace a lo que el individuo pudiese lograr actuando aisladamente” (Riss, 1981, pag.73).

Wynne (1984) ha abordado el tema del funcionamiento de la familia sana desde una perspectiva epigenética, de desarrollo. Los procesos de mutualidad son los procesos de renovación y reconstitución de la relacionalidad, valorados positivamente a través del tiempo, que son impulsados por la convergencia y el conflicto, el crecimiento y envejecimiento, y las discontinuidades de los ciclos vitales del individuo y la familia. La mutualidad se construye en la fase de desarrollo, correspondiente a la resolución conjunta de los problemas, concepto que tiene otro origen pero que es similar a la formulación referida a la eficacia de la resolución de





problemas familiares realizada por Reiss. En el modelo de Wynne, la comunicación es la etapa de desarrollo relacional previa a la resolución conjunta de los problemas. Epstein, Bisho y Valdwin, (1982) esbozaron dimensiones de funcionamiento familiar; en parte se superpone y en parte se diferencia, en tres esferas de tareas: la esfera de tareas básicas, que se ocupa de satisfacer las necesidades materiales de la familia; la esfera de tareas de desarrollo, relacionada con el ciclo vital; y la esfera de tareas arriesgada, en la que se pone de manifiesto la capacidad de la familia para resolver crisis imprevistas. Para que una familia funcione de una manera sana, las tres esferas deben ser abordadas con eficacia, según el modelo de funcionamiento familiar de Mc Master.

Por otra parte, Satir (1964), partiendo de la observación de los modelos de comunicación característica de las familias disfuncionales, formuló varias reglas de comunicación que, a su juicio, garantizan la funcionalidad de la familia:

- Las transacciones que son iniciadas también son terminadas.
- Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.
- La hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados.

Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.

Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.

Se admite la diferencia de opiniones.

Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros de la familia tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.



Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje; existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados. En consecuencia se envía la menor cantidad posible de mensajes encubiertos.

Este estilo de comunicación funcional que presenta actitudes para resolver problemas, capacidad para la internalización y equilibrio entre la proximidad y la distancia, hace posible la individuación conexa.

En varios estudios se demuestra que las familias funcionales presentan una organización jerárquica clara con fronteras generacionales inequívocas pero no impermeables. En las familias disfuncionales se observa con regularidad un desdibujamiento de las fronteras generacionales, la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica. Por último, es característico de las familias funcionales que sean capaces de superar problemas sobre la justicia familiar y el equilibrio del registro de méritos familiar, de una manera que permite lograr una mutualidad positiva (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973).

En síntesis, Beavers (1977) presenta varios atributos que caracterizan a la familia funcional:

Un sistema común de valores que pueden ser religiosos en el sentido tradicional, pero no necesariamente.

Una preocupación recíproca, una inversión en el bienestar de cada miembro, el ensalzamiento y no la desvalorización, pero sin privarse de la capacidad de trazar límites y afirmar la independencia individual.





Una amplia gama de sentimientos como, por ejemplo, la ternura, la alegría, el dolor, la hostilidad, etcétera, que permite aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa; es decir, la clase de interacción que tiende a clarificar la atmósfera y genera soluciones.

La voluntad de confiar, de creer que las personas dentro y fuera de la familia, en general, tienen buenas intenciones y no son hostiles y tendientes al rechazo.

La oportunidad de dialogar que permite que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo, no obstante, mantenga y manifieste su propia posición: un diálogo en el que se procura la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.

El afecto

Tal como se ha descrito la dinámica funcional o disfuncional de las familias, se consideró necesario hablar de uno de los factores más significativos encontrados en el análisis de las familias estudiadas: el afecto.

El afecto es inferido por las expresiones faciales de una persona, es la expresión externa de la emoción de un individuo. Un estado de sentimiento se vuelve un afecto cuando otros pueden observarlo. Los psicólogos atienden a varios componentes del afecto, incluyendo pertinencia, intensidad, movilidad y rango. Al evaluar el afecto, el psicólogo toma nota del afecto inapropiado, el grado en que la expresividad emocional de una persona falla en corresponder al contenido de lo que se está exponiendo. Por ejemplo, el afecto se consideraría inapropiado si una mujer se riera cuando se le pregunta cómo se siente respecto a la muerte reciente de un familiar.



La intensidad del afecto, o fuerza de la expresión emocional, proporciona indicios clínicos importantes que el psicólogo usa para formar el diagnóstico. La mayoría de las personas tienen un rango amplio del afecto y son capaces de comunicar tristeza, felicidad, ira, agitación o calma, según lo requiera la situación o discusión. Las personas con afecto restringido muestran muy pocas variaciones en su reactividad emocional, tal como lo explica Halgin (2009).

En sentido relacional, Gil (2005) menciona que si una estructura familiar no posee lazos afectivos se viene abajo irremediablemente, y que éstos constituyen la fuerza más poderosa que la sostienen. Lo que verdaderamente mueve nuestra conducta son nuestros sentimientos, en general, y el afecto-amor, pasión, cariño, amistad, etcétera, más concretamente. Sin duda, todos necesitamos sentirnos valorados y recibir manifestaciones de afecto. Este sentimiento juega, pues, un papel relevantemente en nuestra vida: nos hace crecer, madurar, trabajar, renunciar, etcétera.

Desde el punto de vista social, lo explica Trianes y cols. En Valdés (2010), el afecto fortalece la personalidad a modo de autoprotección y de competencia, selecciona núcleos básicos de los valores que sean fuente inagotable de una subjetividad reflexiva, por lo que existen factores internos que resultan protectores: autoestima, introspección, autonomía, humor, pensamiento crítico y capacidad de relacionarse y establecer lazos con otras personas. Esto se hace, primero, para satisfacer la propia necesidad de afecto y, segundo, para brindárselos a otros.

La afectividad es una de las estrategias pertinentes, curativas que aplicada todo el tiempo logra borrar sentimientos negativos. Es relevante el abordaje del afecto desde la triada escuela-familia-comunidad, tal como lo afirman Martínez y Otero (2006):





“La educación afectiva en la escuela nace de la necesidad de atender íntegramente a la persona. Durante largo tiempo se ha descuidado la vertiente emocional, lo que pone de manifiesto la notoria deficiencia en la Institución Escolar”. Se hace hincapié en la prevención, promoviendo el afecto como estrategia para disminuir la agresividad, donde se favorezca una sana convivencia; la afectividad, como factor positivo, transforma seres con capacidades para compartir en ambientes educativos fundamentados en valores, como la empatía, el respeto mutuo, la tolerancia, la confianza en sí mismo y en los demás, de modo que desarrollen actitudes que generen alternativas múltiples de soluciones pacíficas a los conflictos presentados; por consiguiente, poder nutrir una conciencia social de paz.

Desde la explicación del desarrollo emocional y afectivo en los niños y su importancia en el ajuste social y académico, se requiere considerar la influencia de variables individuales y de diferentes relaciones significativas dentro de los contextos en los que los niños se desenvuelven (familia, escuela, barrio). Maldonado C. (2006), en una investigación sobre “Educar con afecto: características y determinantes de la calidad de la relación niño-maestro”, menciona que las relaciones sociales y afectivas que el niño establece con las personas que están a cargo de su cuidado desde el momento del nacimiento son fundamentales para su supervivencia y desarrollo. Diversos investigadores interesados en el estudio del desarrollo socioafectivo de los niños coinciden en afirmar que el modelo de relación afectiva que se establezca entre el niño y sus cuidadores, en el contexto familiar, se convertirá en el cimiento de su proceso de socialización y de su adaptación en otros contextos (por ejemplo, la escuela) (Ainsworth, 1991; Bowlby, 1969; Cassidy, 1999; Weinfield, Sroufe, Egeland, Carlson, 1999).



Desde la explicación del desarrollo en adolescentes, Martínez (2003) indica que los adolescentes que se sienten más próximos a sus padres son los que mantienen más confianza en sí mismos, muestran más competencia conductual, más independencia responsable y se implican en menos conductas de riesgo, como el consumo de drogas y las conductas delictivas (ver Collins y Gunnas, 1990; Lamborn et al, 1991). Este autor concluye que los estudios realizados hasta ahora sobre el papel del afecto y la supervisión parental en las conductas de riesgo durante la adolescencia han corroborado su importancia.

Una relación afectuosa proporciona sentimientos de seguridad y cuando una persona se ve privada de ellos se siente sola o inquieta.

La entrevista

Para nuestra investigación, cada familia que participó, se entrevistó por medio de un instrumento que reportó elementos necesarios para su análisis y obtención del diagnóstico.

El primer contacto que se establece con la familia es parte de la entrevista, tal cual lo refiere Stierlin (1999), donde cada primera conversación familiar constituye una situación nueva y única para el terapeuta, pues cada familia es un organismo particular muy complejo. Por eso no puede establecerse el proceder del terapeuta en la primera conversación. Debe quedar espacio para la flexibilidad, la espontaneidad y la comprensión empática. De todas maneras, la práctica muestra que hay determinados aspectos que adquieren más o menos importancia en toda primera conversación familiar (independientemente de cómo se prepare la orientación para el trabajo siguiente). El terapeuta debería conocer estos aspectos y hacer aprovechables sus conocimientos para sí y para la familia. Se refieren, por





una parte, el marco exterior en el que tienen lugar los primeros contactos y, por la otra, a diversas fases del desarrollo de la conversación.

Para esta conversación se requiere de un espacio lo suficientemente amplio para que también una familia numerosa pueda moverse libremente y cada integrante pueda escoger su sitio a una proximidad o distancia de los demás que le resulte agradable. Esta primera conversación, refiere Stierlin (1999), puede ser el primer contacto telefónico. A la persona que llama se le comunica de inmediato con el terapeuta, quien debe registrar los datos: nombre, fecha, de nacimiento y motivo de la llamada; y concertar una fecha para la primera conversación. En segundo lugar, deberá establecer, en esta primera toma de contacto, una relación emocional con el cliente. De las preguntas y la atención a la persona que llama depende que ésta se sienta comprendida y pueda sentir confianza y superar un poco su vergüenza por haber llamado a la institución. Tercero, el terapeuta puede modificar con sus preguntas la visión del problema. A través de sus preguntas, acerca de los demás integrantes de la familia afectados por el problema expuesto, deja entrever que está interesado en una determinación equitativa de las responsabilidades. Por último, el terapeuta acuerda una fecha para la primera conversación, fecha en la que puedan participar todos los miembros de la familia.

Objetivo

Identificar el perfil de funcionalidad familiar de los usuarios que asistieron a terapia en el CUEF.

Metodología

El trabajo se realizó con 25 usuarios del CUEF. El instrumento utilizado es el formato de preentrevista, que incluyó ficha de identificación, datos demográficos,



familiograma, composición familiar, contrato de prestación de servicio terapéutico. La escala de funcionamiento familiar, que consta de 40 reactivos, evalúa 9 factores que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. Describas a continuación:

Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

Control: evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta y es funcional cuando los límites están bien establecidos y respetados.

Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamiento. Afecto: evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familia.

Conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente, como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente. Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.

Afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

Recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

También contiene un famiograma y datos sociodemográficos, económicos y de la vivienda; y al final, un espacio para observaciones. Para la interpretación de este instrumento se debe obtener el puntaje global de la suma de los 40 reactivos





tomados de la escala, así como la suma de los factores que evalúa. El puntaje global indica que es funcional, si es superior a 135 puntos, y disfuncional, si es inferior a 134 puntos. Es un instrumento probado y validado para población mexicana.

Población

Se realizaron 41 preentrevistas, de las cuales solo se reportaron 25 preentrevistas a las que se les aplicó la escala de funcionamiento familiar durante agosto 2010 a diciembre 2011.

RESULTADOS

Estos fueron los resultados obtenidos de las preentrevistas en los cuatro aspectos: (socioculturales, funcionalidad, factores funcionales y factores disfuncionales).

Socioculturales

Tipo de familia que solicita terapia: el 46% fue de tipo nuclear, 12% extensa, 12% monoparental, 8% nuclear extensa, 8% nuclear semiextensa, 5% monoparental extensa, 5% monoparental semiextensa, 2% reconstruida y 2% filial.

En cuanto al motivo de consulta: el 20% lo solicita para mejorar la relación con los padres, 12% por el comportamiento de un hijo, 10% porque un hijo tiene problemas para poner atención, 10% por problemas conyugales, 10%, por ruptura y/o proceso de separación con su pareja, 10% por problemas emocionales, 4% por acoso sexual, 4% duelo por la pérdida de un familiar, el 20% restante solicitó el servicio por las siguientes problemáticas: violación, orientación sexual, restablecer lazos familiares, trastornos alimenticios (derivado a psiquiatría), repetición de patrones en sus relaciones amorosas, trabajar timidez, definir rol de mujer y autoconocimiento. La modalidad de terapia solicitada: el 90% fue individual, 5% terapia familiar y 5%



terapia de pareja. Esto nos indica que la población se interesa por trabajar cada vez más a nivel personal.

De la población solicitante: el 90% son mujeres y el 10% son hombres. Esto se debe a que las mujeres son más emocionales y tienen la necesidad de trabajar con sus emociones más que los hombres.

De los solicitantes, atenciones previas: el 44% ha recibido anteriormente atención psicológica y el 56% ninguna atención. Como se puede observar es un porcentaje alto de la población que se interesa por su salud mental y emocional, ya que antes de solicitar el servicio de terapia han tenido una atención psicológica previa.

De los solicitantes, el grado de escolaridad: el 44% es estudiante de licenciatura, 15% ya tiene una licenciatura, 10% terminó la preparatoria, 10% es estudiante de preparatoria, 8% cuenta con una carrera técnica, 8% terminó la secundaria, el 2.5% una ingeniería y el otro 2.5% sin dato. Estos resultados nos muestran que la escolaridad en esta población es mayor a nivel licenciatura, ya que el porcentaje de estudiantes se está preparando para ser profesionistas, adquiriendo conocimientos en alguna área específica si sumamos los que ya tienen una licenciatura y los que están estudiando la preparatoria, algunos de ellos sería probable que decidieran continuar la universidad, entonces aumentaría el nivel de preparación serían los que su escolaridad llegaría hasta secundaria o preparatoria.

De los estudiantes de licenciatura: el 41% son estudiantes de la facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano y el 59% de otras áreas. Este dato es relevante porque nos muestra que los estudiantes de esta facultad, que en su ámbito laboral trabajarán con personas, y para atenderlas primero hay que trabajar con uno



mismo, comienzan a tomar conciencia de trabajar problemáticas propias para, posteriormente, poder atender los problemas de los demás.

Las familias provienen de las siguientes poblaciones: el 63% es de Tlaxcala, 12% de Apizaco, 5% de Santa Ana Chiautempan, 5% de Puebla, 2.5% de Huamantla, 2.5% de La Magdalena, 2.5% de San Diego, 2.5% de Ocotlán, 2.5% de Acuitlapilco y el 2.5% de Tepéhitec. En su mayoría, los solicitantes de terapia son del estado de Tlaxcala y el restante son de otros estados de la República.

El resumen con los porcentajes de mayor rango se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Aspectos socioculturales

| | |
|--|------|
| Socioculturales | |
| Familia nuclear | 46 % |
| Motivo de consulta: mejorar la relación con los padres | 20% |
| Modalidad de terapia: individual | 90% |
| Población solicitante: mujeres | 90% |
| Han recibido atención psicológica | 44% |
| Grado de escolaridad: licenciatura | 44% |
| Estudiantes de licenciatura: FCDH | 41% |
| Poblaciones: Tlaxcala | 63% |

Funcionalidad

En la evaluación final resultaron 20 familias disfuncionales y 5 funcionales. Los resultados obtenidos son de la percepción del funcionamiento familiar que tiene un integrante de cada familia, ya que no se aplicó a la familia completa, solo al solicitante de terapia (ver tabla 2).

Tabla 2. Funcionalidad

| | |
|-------------------------|-----|
| Funcionales | 20% |
| Familias disfuncionales | 80% |



Factores funcionales

Dentro de los resultados obtenidos en los factores funcionales, con puntaje alto, están: control, con un puntaje total de 25; supervisión, puntaje de 15; apoyo, con un puntaje de 17; afecto negativo, con un puntaje de 14; y recursos, con un puntaje de 20 (ver tabla 3).

Tabla 3. Factores funcionales

| | |
|-----------------|----|
| Control | 25 |
| Supervisión | 15 |
| Apoyo | 17 |
| Afecto negativo | 14 |
| Recursos | 20 |

Factores disfuncionales

De los factores disfuncionales, los factores más bajos son autoridad, con un puntaje total de 31; conducta disruptiva, con un puntaje de 20; comunicación, con un puntaje total de 28; y por último afecto, con un puntaje de 20; lo que nos indica que las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia son escasos (ver tabla 4).

Tabla 4. Factores disfuncionales

| | |
|---------------------|----|
| Autoridad | 31 |
| Conducta disruptiva | 20 |
| Comunicación | 28 |
| Afecto | 20 |

DISCUSION

El afecto es un sentimiento que genera un cambio de actitud, un cambio de vida, un impulsor que mueve a la persona que lo siente y lo vive, lo inspira a generar todas las posibilidades de crecimiento y desarrollo. Sabemos que el afecto puede ser también negativo cuando, por ejemplo, nos enojamos o disgustamos con una persona, éste se expresa con ira, descontento, desagrado, desajuste,





inconformidad, se muestra el desamor, la falta de afecto, éste se pierde en ese momento y contribuye negativamente en el desarrollo de la persona.

En nuestros resultados en las preguntas que evalúan el afecto, el reactivo 31 hace referente a ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más? Y se encontró que el subsistema hijos son los que muestran más alegría, ayudan a generar posibilidad de crecimiento y desarrollo entre los miembros de la familia.

El afecto se fortalece cuando es mutuo, incluso se forma aun cuando no se conoce a las personas de manera directa y se fortifica a través del contacto directo corroborando las primeras impresiones. Tal como sucede con el vínculo primario que desarrollamos con la madre aun sin conocerla, se aprende por las manifestaciones afectivas como la voz, palabras cariñosas, caricias del vientre, éstas se convierten en manifestaciones activas del afecto cuando la convivencia es mutua.

En nuestros resultados se analizó el reactivo 32, que refiere sobre quiénes en esta familia estimulan las habilidades y aptitudes. Donde se encontró que quien más predomina en estimular estas habilidades es la madre, aun cuando el padre también colabora en dichas habilidades la respuesta favorece a la madre.

Por otro lado, encontramos que el afecto de un padre es poco manifestado verbal y físicamente, en ocasiones llega a ser invalidado, de rechazo, incomodidad, angustia, enojo, separación, exclusión, cuando se intenta demostrar el afecto hacia el padre se recibe molestia, irritación e indiferencia. En casos excepcionales la manifestación afectiva es expresada corporalmente, abrazando, con palabras como te quiero; esta expresión se da más cuando son bebés, cuando estos crecen se va perdiendo y se vuelven más estrictos a tal grado de otorgar reprimendas fuertes como regaños, golpes, insultos, castigos.



En nuestros resultados se analizó el reactivo 33 que refiere sobre quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente. Donde se encontró que lo manifestaban más con la madre, en pocas ocasiones o casi nunca lo hacían con el padre. El afecto paterno es nulo o insuficiente.

Durante nuestro estudio pudimos constatar que el afecto negativo entre hermanos es creado por el padre acentuándose más cuando existe otro subsistema de hijos en secreto, en este sentido se desarrolla un afecto negativo por la creencia de que los otros(as) hermanos(as) poseen rasgos físicos e intelectuales superiores al primer subsistema; sin embargo, dada las circunstancias, el afecto no se siente por miedo a sentirlo. De acuerdo con Framo (1965) en Simon, F.B. & cols. (2002), los secretos familiares por lo general se relacionan con la vida sexual de los padres, los hijos ilegítimos, matrimonios anteriores, etcétera. Los secretos familiares están cargados de intensos sentimientos de temor, vergüenza y culpa. Está prohibido hablar abiertamente de ellos, aunque toda la familia los conoce.

Cuando existen hermanos que fallecieron en los primeros días de nacidos, el afecto se queda congelado, en ocasiones se siente quererlo más que los que están vivos. En este sentido, corroboramos lo mencionado por Paul y Grosser (1965) en Simon, F.B. & cols. (2002), el rechazo de los sentimientos dolorosos provocados por la muerte de un miembro cercano de la familia puede tener efectos que se prolongan durante muchas generaciones. En estos casos, la pérdida no se “dirige”, ni se restablece la estructura de la familia para compensar la pérdida.

En otros casos los hermanos llegan a desarrollar el rol de padres a través de cuidados, cariño, centrando la energía en un solo miembro del subsistema hijos, compartiendo el juego, escribiendo notas motivadoras, otorgando regalos,





alimentación, vestido, acompañamiento, motivando la inteligencia, la expresión verbal, confianza, guía en el amor y amistades. Sobre esto, Minuchin (1999) señala que cuando la familia deja de ocuparse de sus hijos, los deja a cargo de sistema de apoyos inadecuados.

Por lo encontrado en nuestros resultados podemos señalar que el contacto físico entre hermanos solo es permitido en rituales como cumpleaños, en Navidad. Solo se expresa con juegos bruscos, violentos. Abrazarse fuera de esas fechas, no es correcto. La expresión verbal afectiva, tampoco: solo cuando tienen problemas se apoyan, surge el cuidado y acompañamiento buscando actividades comunes que tengan que ver con la agresión para demostrar su afecto. Además, encontramos que conforme pasa el tiempo de convivencia el afecto negativo incrementa porque se busca el liderazgo y la diferencia de ser mejor que el otro. Esto confirma lo expresado por Van der Hart (1983), en Imber-Black, E. & cols (1991), donde menciona que los rituales son actos simbólicos que se ejecutan repetidamente a lo largo de toda la vida de los participantes; otros, por el contrario, se ejecutan solo una vez pero pueden realizarlos nuevamente otras personas.

En lo que concierne al afecto en hermanos gemelos, se expresa en una convivencia de estar juntos pendientes uno del otro, sin embargo, transcurrido el tiempo, el afecto se convierte en negativo por la competencia de ser mejor uno que el otro. Para Klein (2010), en Anatrella (2009), el patrón de gemelaridad o el tipo de vínculo entre los gemelos es determinado por la calidad de la educación recibida en la infancia. Estamos de acuerdo con Klein cuando atribuye gran importancia a la participación de los padres en el desarrollo del niño y de la niña.



En lo que respecta al papel de los abuelos en el afecto, es de gusto total: sienten y expresan el orgullo de convertirse en abuelos, manifiestan corporalmente el amor inmenso a través de la protección, unión, juego, cercanía y distinción a los nietos. Esto lo pudimos constatar al momento de aplicar la metodología en la población en estudio. En este sentido, nuestros resultados concuerdan con Anatrella (2006) cuando señala que los abuelos tienen un rol importante en el desarrollo afectivo de los niños, constituyen una fuente de felicidad y seguridad, ya que los abuelos participan en su anclaje en la vida. Ser abuelo es un hecho notable y a menudo corresponde a un hecho anhelado y esperado.

Sin embargo, cuando la convivencia con los abuelos es nula, indiferente, y la distancia física y psicológica, se rompe todo vínculo; los abuelos no constituyen el afecto, rompiendo la percepción de lazos afectivos de su linaje. En la investigación que realizamos, encontramos similitud con lo que refiere Anatrella (2006), cuando el niño carece de lazos en su pasado familiar, a través, de los abuelos, le resulta difícil tener una representación de ese pasado y saber anticipar el porvenir. Necesita conocer y releer ese pasado familiar. Por lo tanto, estamos de acuerdo con lo que denota Guash (2001), en Rodríguez, A (2012), al respecto de que las relaciones intergeneracionales no sólo significarán una transmisión de cultura de abuelos a nietos, sino que además el cuidado de los pequeños puede aportar una nueva “utilidad” a su vida.

CONCLUSIONES:

Es necesario contemplar la dinámica del núcleo familiar, en su momento actual y la influencia ejercida por generaciones anteriores que son determinantes y que se perfilan dentro de un mismo contexto; especialmente cuando los datos obtenidos arrojaron disfuncionalidad familiar en relación al afecto. El desarrollo afectivo es el





área en la que se configuran nuestras competencias socioemocionales, es decir, el modo en que establecemos la relación se hace significativo en nuestra capacidad para expresar y recibir afecto y éste, a su vez, nos ayuda para el desarrollo emocional de nuestra vida. Si cada integrante implementa el afecto en la familia, se obtiene un mejor funcionamiento de la misma.

REFERENCIAS

- Anatrella, T (2009). El rol de los abuelos en el desarrollo afectivo de los niños. *Humanitas: revista de antropología y cultura cristiana*. Año 14, núm. 54. Pp. 324 y 326. ISSN 0717-2168.
- Imber-Black E. & cols. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia* (p.27). Barcelona: Gedisa.
- Simon F. B. & cols. (2002). *Vocabulario de terapia familiar*, Pp. 122, 165, 166, 167 – 168, 321. Barcelona: Gedisa.
- Halgin, R. & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*, p.84. México: Mc Graw Hill.
- Stierlin, H. & otros. (1999). *Terapia de familia la primera entrevista*, pp. 66 – 108. Barcelona: Gedisa.
- Horno Goicochea, P. (2007). *Educando el afecto, reflexiones para familias, profesorado, pediatra*, p. 24. Barcelona: Grao de IRIE.
- Gil, Ma. del C. (2005). *Convivir en la diversidad, una propuesta de integración social desde la escuela*, pp. 113 – 114. España: MAD S, L.
- Espejel Aco, M. A. & Cols. (2008). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*, pp. 67, 71 – 72. México: Instituto de la Familia
- Machado, A. y Uchoa, A. (2010) *Iguales, pero diferentes: creencias sociales en la canalización cultural del desarrollo de gemelos*. *Revista de Psicología* Vol. 28 (2), pp. 7. (ISSN 0254-9247). Lima, Perú.



- Maldonado, C. (enero-junio, 2006). Educar con afecto: características y determinantes de la calidad de la relación niño-maestro. Revista Infancia adolescencia y familia, Vol. 1. Número 001. p. 3. Asociación colombiana para el Avance de las ciencias del comportamiento. Bogotá, Colombia.
- Martínez-Otero P., V. (2006) Fundamentos e implicaciones educativas de la inteligencia afectiva. Revista Ibero- Americana Educación. Universidad. 39 (2). p.1. ISSN-e 1681-5653.
- Martínez, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. Revista Psicothema, p.2. España.
- Minuchin, S. (199) Familias y terapia familiar. p.84. Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez, A. (2012). Niños/as cuidados por sus abuelos: relaciones familiares. Nietos a cargo de sus abuelos. Tesina de Licenciatura en Minoridad y Familia. P.34. Universidad del Aconcagua. Universidad del Aconcagua Facultad de Psicología. Argentina.
- Valdés Cuervo, Á. & Ochoa A., J. M. (2010) Familia y crisis. Estrategias de afrontamiento, pp. 174-175. México: Pearson.



DATOS breves sobre los coordinadores, colaboradores y correspondencia

COORDINADORES

- José Manuel Bezanilla
Director General de la Revista
Psicología y Educación Integral
Correo: jjmbezanilla@peiac.org
- José Antonio Vírseda Heras
Editor General de la Revista de
Psicología de la Universidad
Autónoma del Estado de México
Correo: virseda@prodigy.net.mx

COLABORADORES

- Yessica Paola Aguilar Montes de Oca
Facultad de Ciencias de la Conducta
Correo: amarem_ypam@hotmail.com
- Manuel Ariagor Almanza Avendaño
Doctor en Psicología y Salud por la
Universidad Nacional Autónoma de México.
Correo: a3.3.3meno@hotmail.com
- Jorge Alvarado Orozco
Facultad de Ciencias de la Conducta
Correo: jalavarado.orozco@hotmail.com
- Patricia Balcázar Nava
Profesora investigadora de la
UAEM. Integrante del cuerpo
académico Clínica y familia.
Correo: pbalcazarnava@hotmail.com

- Paola Blancas Escalona
Docente de la Universidad Milenio
Correo: pao_bles@hotmail.com
- Ana Celia Chapa Romero
Candidata a Doctora en Psicología y Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México.
Adscrita al área de Investigación y Producción Científica de la Universidad de Londres. México, D.F.
Correo: anachaparo2000@yahoo.com.mx; celiachapa@hotmail.com
- Arturo del Castillo Arreola
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Correo: artur78@yahoo.com
- Damaris Díaz Barajas
Profesora investigadora, Facultad de Psicología, UMSNH
- María Rosario Espinosa Salcido
Maestría, especialidad y doctorado en Terapia Familiar e investigación. Profesora, tutora y supervisora de la Residencia en Terapia Familiar. Responsable académica del diplomado en Psicoterapia Sistémica en Familias. Responsable del proyecto de investigación Recursos Resilientes en familias mexicanas. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Editora de la Revista Psicología y Ciencia Social
Correo: resolv123@yahoo.com.mx
- Julieta Garay López
Profesora investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Integrante del cuerpo académico Clínica y Familia
Correo: julieta_garay@yahoo.com

- Jimena Gómez-Gutiérrez
Universidad de Londres, México.
Correo: Jimena_dosdosshort@hotmail.com
- Anel Hortensia Gómez San Luis
Doctora en Psicología y Salud por la
Universidad Nacional Autónoma de México.
Profesora adscrita a la Especialización
en Intervención Clínica en Adultos y
Grupos, perteneciente al Posgrado de la
Facultad de Psicología de la Universidad
Nacional Autónoma de México.
Correo: anelgomezsantluis@gmail.com
- Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Correo: remar64@yahoo.com.mx
- Norma Ivonne González-
Arratia López-Fuentes
Investigadora de la Facultad de Ciencias de
la Conducta de la UAEM.
Correo: nigalf@yahoo.com.mx
- Margarita Gurrola Peña
Profesora investigadora de la Facultad de
Ciencias de la Conducta de la Universidad
Autónoma del Estado de México. Integrante
del cuerpo académico Clínica y Familia
Correo: mgurrolaunid@hotmail.com
- Gustavo Ibarra Hurtado
Lic. en Ciencias Sociales, Candidato a Dr. En
Ciencias Sociales y Humanidades. Profesor
investigador de la Facultad de Enfermería de

la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Correo: gibarra@uaslp.mx

- Scarlett Iglesias Hoyos
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Alejandra Susana León Reyes
Orientadora familiar
Correo: susan_eimi@hotmail.com
- María Montero-López Lena
Universidad Nacional Autónoma de México. Universidad de Londres,
Coordinación de Investigación
Correo: monterol@unam.mx
- Marisol Morales Rodríguez
Profesora investigadora de la Facultad de Psicología, UMSNH
Correo: marimorales2@yahoo.com.mx
- Alejandra Nava Ernult
Coordinadora de la maestría en Terapia familiar FCDH UAT. Universidad Autónoma de Tlaxcala
- Francisco Javier Pedroza Cabrera
Lic. en Psicología, Dr. en Psicología por la UNAM, Profesor investigador adscrito al Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Correo: fjpedroz@correo.uaa.mx; francisco_pedroza@hotmail.com
- María Luisa Rascón Gasca
Investigadora/profesora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente”
Correo: rascong@imp.edu.mx

- Isaura Régulo
Universidad del Valle de México, campus hispano
Correo: isaura.regulo@gmail.com
- Armando Rivera-Ledesma
Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Psicología
armandoriveral@hotmail.com
- Karen Santana
Universidad del Valle de México, campus hispano.
Correo: Karen.santanaps@gamil.com
- Gloria Solano Solano
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- María Adelina Torres Muñoz
Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM
Correo: nina_156ch@hotmail.com
- José Luis Valdez Medina
Investigador de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM.
Correo: ochocedros@live.com.mx
- Marcelo Valencia Collazos
Investigador/profesor de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente”
Correo: valenciacm@imp.edu.mx

- Carlos Geovanni Varela Vega
- Licenciado en Psicología por la FES Iztacala UNAM, estudiante del posgrado “Cuerpo y Salud” por el Instituto Jagüey. Docente e investigador en la Unidad de Estudios Superiores Tultitlán de la Universidad Mexiquense del bicentenario y docente de Universidad ETAC. México. Correo: geocuache@gmail.com
- Sandra Zavala Jiménez
Universidad de Londres, México.
- Correo: zaji85@hotmail.com

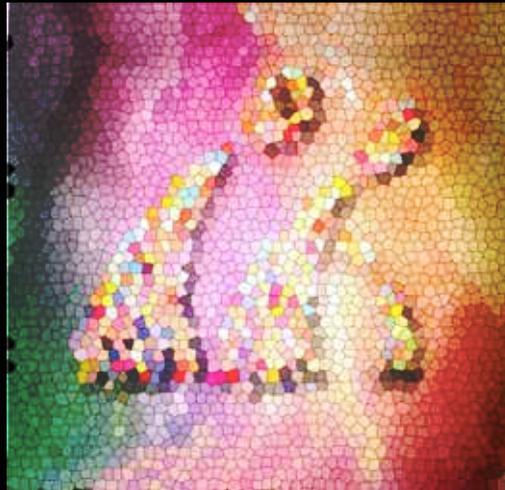


ilustración: Faustino

ENFERMEDAD y FAMILIA vol. 2

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
JOSÉ MANUEL BEZANILLA SANCHES
Coordinadores