



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

**“ EL FACTOR EVITACION DEL CONFLICTO
EN FAMILIAS DE NIÑOS ASMATICOS ”**

Trabajo Práctico para obtener la Licenciatura en

P S I C O L O G I A

presenta

ADRIANA ARAMBURO RODRIGUEZ

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Puebla, Pue., Junio de 1990.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DE LOS NIÑOS

Y una mujer que llevaba a su criatura sobre el pecho, dijo:

HABLANOS DE LOS NIÑOS.

Y él respondió:

Vuestros hijos no son vuestros.

Son hijos del anhelo de la Vida.

Son concebidos através vuestro, más no de vosotros,

Y no obstante vivir juntos, no os pertenecen.

Podéis darles vuestro amor, más no vuestros pensamientos,

Porque ellos tienen los suyos.

Podéis albergar sus cuerpos, más no sus almas.

Porque éstas moran en casa del mañana, que no podréis visitar ni aun en sueños.

Podréis esforzaros por ser como ellos, más no intentéis hacerlos como vosotros.

Porque la vida no retrocede ni se detiene con el ayer.

Sois el arco del cual vuestros hijos son disparados cual saetas vivientes.

El Arquero ve el blanco sobre el camino del infinito y os dobla con Su poder de modo que las saetas puedan volar veloces y a gran distancia.

Dejad que vuestro encorvamiento en la mano del Arquero sea por placer:

Porque así como ama la saeta voladora, así ama también el arco que está tenso.

Gibrán Jalil Gibrán

Le doy gracias a Dios
por darme vida día con día
y por haberme puesto
en este camino.

A mis padres:
Por su gran apoyo y
confianza y porque
con su ejemplo y cariño
han contribuido para que
esto se llevara a cabo.

A Santiago, Malena,
Santy, Teresa y Mary Fer:
porque con su paciencia,
cariño, alegría y amor
facilitaron esta tarea.

A Paco:
Por ser un gran compañero
porque con su amor, cariño
interés y sobre todo su gran
apoyo a mi realización profesional
y personal.

A mis hermanos y sobrinos:
por su cariño y apoyo incondicional.

A todos mis maestros:
en especial a Graciela So
Rosa Ma. Montoya, Leticia
la LLata y Gabriel Solana
por contribuir en nuestro
proceso de formación de
personas.

Un agradecimiento especial:

. al

"ISSSTEP" Instituto de Seguridad
y Servicio Social de los Trabajadores
del Estado de Puebla y al Dr.
Hector Solorio Gómez por su
interés y gran apoyo en la
realización de este estudio.

AGRADEZCO

A TODOS LOS QUE HICIERON POSIBLE

ESTA INVESTIGACION:

- A la Lic. en Psicología Graciela Soto.
Por todo el apoyo através de la carrera y
en la parte final que es éste trabajo.
- Al Lic. en Comunicación Jorge de Esesarte
por su contribución en la redacción de éste estudio.
- Al Dr. Jaime Alonso Navarro:
Por su contribución en la parte estadística.
- Al Maestro en Psicología Carlos Martínez
por algunas observaciones y comentarios realizados.
- Al Lic. en Comunicación Francisco Guarnero Furlong
por todo el tiempo y ayuda que me brindaste
para realizar ésta investigación.
- A la Lic. en Psicología Leticia de la LLata.
Por algunas observaciones realizadas.
- A la Lic. en Psicología Rosa Ma. Montoya.
Por su orientación y sugerencias para la
realización de éste trabajo.
- A la Lic. Mercedes Reygadas .
por su colaboración y orientación
en este trabajo.
- Al Psiquiatra Abraham Manzano.
Por sus aportaciones a éste trabajo.

I N D I C E

CAPITULO I. Introducción.	1
CAPITULO II. Marco Teórico y Conceptual	5
2.1 Aspecto médico orgánico del asma bronquial.	5
2.1.1 Etiología	8
2.1.2 Ocurrencia	10
2.1.3 Historia	11
2.2. Medicina Psicosomática	16
2.2.1 Definición	17
2.2.2 Reacción Psicosomática	18
2.2.3 Enfermedades Psicosomáticas	18
2.2.4 El sistema nervioso y las enfermedades psicosomáticas	19
2.3 El Asma como Enfermedad Psicosomática.	24
2.4 Factores Psicosomáticos en el niño asmático.	27
2.5 Principales síndromes psicosomáticos en el aparato respiratorio.	29
2.6 Características psicológicas para el diagnóstico psicosomático.	30
2.7 Modelos Terapeuticos.	35
2.7.1 Modelo Lineal	35
2.7.2 Modelo Sistémico	39
2.8 Aspecto Familiar.	45
2.8.1 Definiciones de familia	45
2.8.2 La Familia como sistema	45
2.8.3 Características culturales de la Familia Mexicana	52

2.8.3.1 Relaciones Familia-	54
res extensas	
2.8.3.2 Valores Culturales,	58
Tradiciones y Ritos	
2.8.3.3 Espectativas de los	62
Roles Sexuales	
2.8.3.4 Tarea del paren-	67
tesco familiar	
2.9 La Familia Psicosomática	72
2.9.1 Falta de Resolución del	
Conflicto	75
2.9.2 Involucramiento del hijo en	
el conflicto marital	81
2.9.3 Factores que la Familia uti-	
liza para desviar el con-	
flicto	83
 CAPITULO III. Metodología.	87
3.1 Participantes.	87
3.2 Escenario.	89
3.3 Técnicas de Intervención.	89
3.4 Control de Variables.	90
3.5 Instrumentos.	90
3.6 Procedimiento.	95
 CAPITULO IV. Resultados.	99
Tabla 1	99
Tabla 2	100
 CAPITULO V. Discusión.	103
5.1 Conclusiones.	103
5.2 Limitaciones.	104
5.3 Recomendaciones.	105

BIBLIOGRAFIA.

APENDICE.

I N T R O D U C C I O N

La presente investigación está basada en el area de la familia psicosomatica, estudiada por Minuchin en Estados Unidos (21), y por M. Pardo (17), en nuestro país.

En Filadelfia, en la Child Guidance Clinic, Minuchin y Cols (21), han realizado importantes investigaciones proponiendo un método conceptual para entender a la familia psicosomática. Ellos han identificado algunas características de interacción familiar, asociadas con la enfermedad psicosomática y como resultado desarrollaron un procedimiento terapéutico dirigido al cambio de estos patrones.

En la investigación que ellos realizaron, encontraron que éste tipo de familia, presenta cuatro características básicas que son: rigidez, sobreprotección amalgamamiento y evitación del conflicto, además las cuatro se deben presentar conjuntamente ya que una sola no tendría la fuerza para provocar la somatización

Es importante hacer notar que éste trabajo fue hecho en los Estados Unidos y por lo tanto los resultados corresponden a esa cultura.

Ese fue el motivo que llevó a M. Pardo basandose en el estudio de Minuchin a realizar una investigación con familias psicosomáticas en México llegando a la conclusión de que, a diferencia de lo encontrado por Minuchin en E.U.A., las familias psicosomáticas mexicanas estudiadas por ella presentaban solamente una de las cuatro características antes mencionadas "evitación del conflicto" y que, el amalgamamiento, rigidez y sobreprotección en las familias mexicanas tanto psicosomáticas como no psicosomáticas presentan niveles similares puesto que son características propias de nuestra cultura.

Así se vio que efectivamente existe una relación directa entre una estructura familiar determinada y la presentación y exacerbación de las crisis orgánicas asmáticas.

Con el fin de llevar estos hallazgos a la práctica López y Díaz Ma. de la Luz de las Mercedes (3), diseñó un instrumento que hiciera posible medir los diferentes niveles de evitación del conflicto en familias asmáticas y así poder diferenciar el asma psicosomática y el asma no psicosomática.

En el caso de que la enfermedad fuera no psicosomática, la solución la tenía el médico especialista en los casos de que si lo fuera, el médico solicitaría el apoyo de la terapia familiar para ayudar al paciente

a controlar su enfermedad adecuada y prontamente.

Posteriormente Chart Rosa Ma. (4), realiza la validéz y confiabilidad estadística de dicho instrumento con la inquietud de determinar si éste detecta diferencias entre los niveles de evitación del conflicto en diversos trastornos psicosomáticos; como fueron la diabétes, neurodermatítis y obesidad. Obteniendo como resultado que el instrumento tiene una confiabilidad y validéz aceptables. El objetivo de ésta investigación es detectar en un Instituto del Sector Salud de la ciudad de Puebla, si existe evitación del conflicto en las familias de niños asmáticos infiriendo así, que el asma de aquellos niños en cuyas familias se evitan los conflictos, será de origen psicosomático, tomando en cuenta el punto de vista médico ofreciendo de ésta manera una ayuda más eficaz y acertada al paciente como también al pediatra o especialista en la realización del diagnóstico, contribuyendo a ampliar el panorama de estas familias en quienes recae una gran responsabilidad, que por lo general desconocen el papel tan importante y determinante que juegan en la enfermedad de sus hijos y que en muchos casos ésta puede ser el agente reforzador de los ataques o accesos de asma.

Se cree que conforme más familias vayan haciendo conscientes estas pautas de comportamiento contribuirán

al desarrollo y bienestar sano de sus hijos.

M A R C O T E O R I C O Y C O N C E P T U A L

2.1 ASPECTO MEDICO-ORGANICO DEL ASMA BRONQUIAL.

El asma es una enfermedad de las vías respiratorias caracterizada por el incremento en la capacidad de respuesta del árbol traqueobronquial ante diversos estímulos. Es un síndrome recurrente y reversible, que en su expresión más típica está caracterizado por episodios agudos de disnea, que se presentan en enfermos principalmente predispuestos. (Mansmman, 1980).

Fisiológicamente el asma se caracteriza por un estrechamiento de los brónquios y bronquiolos pulmonares causado por edema de la mucosa. Aumento de las secreciones y constricción del músculo liso, lo que produce un obstáculo a la ventilación, es decir a la entrada y sobre todo a la salida del aire.

El asma se manifiesta clínicamente por episodios paroxísticos de disnea, tos, bronco-espasmos con sibilancias y sensación de opresión torácica. Los ataques de asma se caracterizan por tener un curso variable e impredecible, se pueden presentar en cualquier momento pudiendo tener diferencias en la gravedad de los

mismos.

Los ataques leves pueden producir solo ligera taquicardia y taquipnea, con aspiración prolongada y sibilancias leves. Los ataques más graves se acompañan del uso de los músculos accesorios de la respiración y ruidos respiratorios distantes, sibilancias intensas, hipersonancia y retracción intercostal.

Cuando sobrevienen accesos graves que persisten por varias horas, que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico tradicional, se dice que existe un "estado asmático" (Bierman y Pearlman, 1980).

Estos pacientes pueden sufrir de insuficiencia respiratoria grave y cianosis central. Sobre todo cuando el acceso dura varios días, llegando a caer en un estado de agotamiento físico por el mayor esfuerzo respiratorio que tienen que hacer, la deshidratación concomitante, las alteraciones del sueño y la falta de alimentación.

En esta situación clínica la alteración obstructiva provoca no solamente hipoxia, sino también acidosis respiratoria y retención de bióxido de Carbono que a su vez puede ocasionar alteraciones en la conciencia e incluso insuficiencia cardíaca (Kente, Silver O'Brian 1985), (1).

Los síntomas del asma son muy variables, en la mayoría de los niños se inicia con alteraciones mínimas

como, decaimiento o irritabilidad, falta de apetito, palidéz, síntomas nasales: comezón de la nariz, estornudos frecuentes, salida de moco claro, transparente que puede tornarse de color verde o amarillento, obstrucción nasal, tos de intensidad variable, flemosa o seca que en ocasiones llega a producir vómitos de predominio nocturno o por la madrugada. Algunos de éstos síntomas pueden verse aumentados con el ejercicio, la risa, el llanto o los cambios bruscos de temperatura. (12).

Actualmente la clasificación más aceptada, divide al asma bronquial en dos tipos básicos; según su patología:

A) Intrínseca.

B) Extrínseca.

A los cuales hay que añadir un tercer patrón mixto, en donde factores intrínsecos y extrínsecos son operativos. El asma intrínseca se refiere a la enfermedad en la cual los ataques asmáticos no están claramente relacionados con alergenos externos. Hay gran variedad de estímulos que provocan el asma, incluyendo infecciones respiratorias relativamente leves, ejercicios, frío y en particular stress emocionales. En algunos pacientes parece ser que es una enfermedad psicósomática sin embargo hay la sospecha de que alguno alergenos juegan algún papel, inclusive en la así

llamada asma intrínseca.

Se ha postulado que infecciones respiratorias fuertes sensibilizan a los pacientes los antígenos microbianos localizados en la tráquea, las teorías actuales de la causa del asma intrínseca están menos apoyadas en mecanismos alérgicos que en el sistema nervioso autónomo. La mayoría de los pacientes que padecen asma intrínseca, evolucionan en padecimiento de asma clasificada como mixta. (2).

El asma extrínseca o atópica se refiere a la enfermedad ocasionada por alergen^{os} ambientales especí^ficos. (5).

2.1.1 ETIOLOGIA.

Habitualmente se sabe que su etiología es multifactorial. Entre los cuales son de mayor importancia:

- 1.- Los factores alérgicos.
- 2.- La predisposición hereditaria.
- 3.- Infecciones respiratorias.
- 4.- Cambios climáticos.
- 5.- Factores irritantes inhalables.
- 6.- Factores psicológicos.
- 7.- Contaminación ambiental (12).
- 8.- Endócrinos.

Algunos autores sugieren que el asma infecciosa es más frecuente en los bebés, y el asma alérgica se presenta con más frecuencia en los niños más grandes (3).

Realmente, el comienzo del asma infantil es más frecuente antes del segundo año de vida. Según el convencimiento de Abrahamson, un asma es tanto más difícil de curar cuanto más estrechamente unido entre el comienzo de la enfermedad con la fase anal. (5).

El asma se puede presentar a cualquier edad desde niños lactantes hasta la edad adulta, sin embargo existe un predominio en la edad pediátrica siendo más frecuente en los preescolares, en esta edad es más común en niños que en niñas; en la edad adulta hay más casos en mujeres que en hombres. (12).

Un porcentaje importante de los pacientes con asma tienen el antecedente de algún familiar que ha cursado la enfermedad u otro padecimiento de tipo alérgico aunque no necesariamente tiene que existir tal antecedente. (12).

Una de las características más interesantes e inexplicables del ataque, es su tendencia a ocurrir en la noche, o tornarse más grave durante la misma.

Se han ofrecido muchas explicaciones para esclarecer dicha incógnita. Entre ellas tenemos el aumento de secreciones bronquiales durante las horas de sueño.

La predominancia del sistema nervioso autónomo sobre el simpático, en el lapso nocturno, y el efecto psicosomático de los sueños. (2).

2.1.2 OCURRENCIA.

En 1985 se estiman 9 millones de americanos con asma, la pérdida del tiempo en el trabajo con la disminución de la productividad en adultos y las ausencias en días de clase en niños con resultados educativos deficientes causaron una pérdida económica significativa.

Hay cerca de 27 millones de visitas de pacientes con asma cada año. (6).

La prevalencia del asma en bronquítis crónica en niños menores de 17 años de edad, es de un promedio aproximado del 9% en los Estados Unidos, Australia y Gran Bretaña. (7).

El asma ha sido reportado de un 0.4 a un 1.3% en mujeres embarazadas. Desafortunadamente la literatura ofrece pocos datos en información pronóstica de los cambios potenciales en el asma durante el embarazo. Por lo tanto es imposible predecir el efecto del asma en dicho estado.

Está establecido que el asma incontrolada durante

el embarazo ha sido asociada con la mortalidad materna y fetal. Sin embargo cuando mujeres con asma severa tiene estabilizada la enfermedad con córtico-esteroides orales o inhalados la mortalidad de ambos puede ser evitada. (8).

En Estados Unidos el 10% de los niños menores de 15 años, es decir 5.5 millones padecen enfermedades alérgicas y casi la mitad de ellos sufren un asma y/o fiebre de heno.

Según Erdmann, el número total de asmáticos en Alemania es de unos 400,000. En base a esta cifra resulta claro que el asma bronquial es una enfermedad de la civilización, es decir, una enfermedad con una marcada base social. (5).

2.1.3 HISTORIA.

El término "ASTHMA" aparece desde la época más remota en la literatura médica, sin tener exactamente la significación que le damos hoy en día. La palabra deriva del griego y traduce un estado "jadeante", "anelante", "sed de aire".

Las referencias más antiguas se encuentran en la Biblia, en Homero, y en los escritos de Herodoto. Hipócrates (460-370 A.C.), sin hablar especialmente

del asma, emplea el término en alguno de sus aforismos Galeno en cambio, lo menciona en sus numerosos e interesantes trabajos.

Areteo, contemporaneo de Galeno (300 años A.C.), fue el primero que describio con acierto un acceso de asma, quedando como un dato histórico de carácter clásico, mencionado por la gran mayoria de los autores.

Cornelio Celso en su libro "DE RE MEDICA" considero 3 variedades en las dificultades de la respiración la disnea, el asma y la ortopnea. Desde entonces el asma fue considerada más bien como un síntoma que como una enfermedad. (11).



A finales del siglo XVI en México, se encontró un escrito, su elaboración fue solicitada por Francisco de Mendoza, el hijo del Virrey, para mandarlo a Carlos V. Este se conoce como CODICE BADIANO y es posiblemente el más ingenuo y antiguo de los documentos de la botá-

nica médica; existiendo algunos sistemas de curación para lo que se pensaba era el asma, conocido por el término de "TLATLACTZPATLI", está fue la connotación que dio Francisco Hernández de éste vocablo en 1570, él fue el protomédico de las Indias bajo el reino de Felipe II. (10).

A principios del siglo XVII, Helmont desarrolla la primera hipótesis, muy curiosa por cierto, sobre la patogenia del asma invocando la intervención de varios "espiritus" en las alteraciones de los bronquios finos.

Al final del mismo siglo, Thomas Willis afirma que el asma es una enfermedad y que puede tener dos formas distintas: La neumónica y la convulsiva. El asma neumónica se debía a la obstrucción de los bronquios por pesadas secreciones, en tanto que el asma convulsiva se debía a la contractura de las fibras musculares de los bronquios, del diafragma y de otros musculos del tórax.

En 1698, Sir. John Fleyer publica su libro sobre el asma que fue aceptado en todos sus aspectos durante 100 años. Fleyer fue un asmático y la obra era excelente para su tiempo. Aceptaba también dos formas clínicas muy semejantes a las de Willis: El asma periodica (convulsiva) y el asma continúa (neumónica). A mediados del siglo XVIII, se multiplican las formas del asma,

imperando en realidad una gran anarquía de los conceptos, como: el asma cardiaca, el asma humeda, el asma seca, el asma abdominal, el asma artrítica, el asma nerviosa, etc. Años más tarde, muchos autores se distinguieron por sus esfuerzos para ordenar y sistematizar los conceptos sobre el asma, como Culler, Whithers, Ryan, Bree, Bergson, Heister en 1776 señala el carácter paroxístico del asma, etc.

Reisseisen, en 1822, después de estudiar en detalle las fibras musculares de los bronquios, lanzó la teoría del bronco-espasmo, abriendo la puerta de la experimentación sobre éste aspecto del intrincado problema.

Boston y Andral en 1835, basados en seis autopsias encontraron que el asma es un síntoma de las lesiones del corazón y de los vasos gruesos. Laenec habla del catarro seco de los bronquios y del papel indudable del sistema nervioso. En 1842, Longet demuestra la importancia del factor nervioso, cuando produce contracción de los bronquios al excitar el extremo distal del Vago.

A principios de este siglo, los autores alemanes experimentan alrededor de dos factores que a veces se suceden: el bronco-espasmo y la congestión de la mucosa bronquial.

En 1910, Auer Lewis encuentra que los pulmones

de aquellos que mueren por choque anafiláctico se encontraban distendidos por bronco-espasmos. Meltzer deduce que la patogenia del asma está en relación con los fenómenos de la anafiláxia. Welff-Eisner, por su parte sostiene que la fiebre de Heno (Hay fever) era también de naturaleza anafiláctica. Blackley establece que el polen de ciertas plantas causa la fiebre de heno. Se principian a usar los "test" cutaneos con sustancias proteinicas por Noen en Inglaterra, y por Cooke, Schless y Walker en Estados Unidos.

Con estos trabajos se inicia la época actual de la historia del asma, en la que imperan las investigaciones de los alergistas, que son casi universalmente aceptadas en sus conclusiones. Debemos mencionar que en México, Mario Salazar Mallen ha iniciado la investigación peculiar de la flora de nuestro país dando una estimable contribución original para la clínica del asma en nuestro medio.

Sin embargo, hasta la fecha se consideran tres formas principales del asma: la alérgica cuyo substratum radica en una hipersensibilidad especifica; la bacteriana, en cuya etiología priva un factor infaccioso, y la refleja, con un mecanismo nervioso, desencadenada por una espina irritativa, según los clasicos. (11).

2.2 MEDICINA PSICOSOMATICA.

Desde la más remota antigüedad existe en el hombre la persuasión de que todo trastorno físico actúa en lo psíquico y todo trastorno psíquico afecta las condiciones físicas; no se necesita mucha observación para darse cuenta de los efectos algunas veces muy intensos, que las emociones producen en el aparato respiratorio, cardiovascular y en el aparato digestivo.

Cannon por su parte demostró experimentalmente en los animales, las alteraciones que se producen en las secreciones internas, circulación y en el tóno muscular como reacción al miedo y a la ira, allanando el camino para estudiar sistemáticamente las reacciones psico-fisiológicas. (13).

Debemos considerar al humano no solo como un complejo de reacciones fisico-químicas, sino verlo también en su vertiente psíquica y moral; es más, para comprender cómo funcionan sus órganos, es menester conocer también el juego de sus instintos e impulsos, de sus sentimientos, de sus pasiones e incluso, de sus ideales. (14).

La intención declarada de algunos investigadores como: Félix Deutsch, Von Weizsacker, Dimbar, Alexander, Stanley, Cobb y otros, era la de llamar la atención sobre el hecho de que la medicina debía introducir los conceptos de "sona" (parte material del cuerpo)

y "psiqué" ya que están realmente interconectados, pues de esta correlación ya se han derivado métodos terapéuticos eficaces. Vuelven a darle valor a un principio formulado, desde hace años por Hipócrates: " El hombre es un sistema dinámico complejo, en equilibrio, inestable que reacciona a toda modificación interior o exterior. Cuando aparece un trastorno o rompimiento de la homeostasis, en el sistema se producen varias perturbaciones. Cuando hablamos de procesos psicológicos y procesos fisiológicos propiamente no hablamos de dos tipos de procesos irreductibles, sino más bien de dos diversos aspectos de un único tipo de proceso, de un mismo fenómeno observado desde dos puntos de vista diversos ".

Esta forma de ver al hombre en forma unitaria, holística (como un todo) es muy importante para el progreso de la medicina y la Psicología. (13).

2.2.1 DEFINICION.

Los trastornos psicosomáticos son enfermedades en que los factores psicológicos participan en forma muy importante en el desencadenamiento, en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad. El comienzo puede ser originado tanto en lo psíquico (psico-somático) como en el soma (somato-psíquico).

Los cuadros psico-somáticos pueden dividirse en dos:

- 1) Reacciones.
- 2) Enfermedades.

2.2.2 REACCION PSICOSOMATICA.

Es un cuadro somático agudo como una respuesta del organismo, que está en estrecha relación con un motivo psicológico desencadenante. Este puede ser un conflicto, un problema, que no ha sido resuelto. El contenido de la respuesta orgánica puede muchas veces ser comprendido en relación con el motivo psicológico desencadenante. Una vez desaparecido éste, la reacción psicosomática cesa.

2.2.3 ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS.

Es el cuadro de evolución crónica que pasa a formar trama con la biografía del sujeto.

Para F. Alexander, las enfermedades psicosomáticas son expresiones de las emociones que no se manifiestan por la vía correspondiente debido a la represión del sujeto efectúa de ellas. El S.N.A., tanto simpático como parasimpático, se mantendría en una respuesta crónica, repercutiendo en un órgano efector. (13).

2.2.4 EL SISTEMA NERVIOSO Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS.

El Sistema Nervioso Periférico, conecta los órganos y músculos con el encéfalo y la médula espinal. El sistema somático comprende los principales sistemas sensitivos y los nervios motores que activan a los músculos esqueléticos.

Otra división es el Sistema Nervioso Autónomo, que regula las glándulas y el músculo liso (involuntario), que forma parte del corazón, vasos sanguíneos y el revestimiento del estómago e intestinos, intervienen funciones como la respiración, circulación y digestión. Siendo especialmente importante en la conducta emocional.

El Sistema Nervioso Autónomo, tiene dos subdivisiones; sistema simpático y el parasimpático. A menudo los dos afectan en forma contraria al mismo órgano o glándula. Trabajan en armonía y al hacerlo mantienen un delicado equilibrio del estado interno denominado, homeostasis.

En el Sistema Nervioso Simpático las neuronas tienen sus cuerpos en la médula espinal, atraviesan la raíz ventral y llegan a una cadena de cuerpos celulares llamada ganglios simpáticos, que corren paralelos a la médula. En ellos éstas fibras forman sinápsis

con los nervios que se ramifican para activar los organos internos. El sistema Parasimpático cumple una función de excitación y actúan como una unidad.

Al encontrarse el individuo en una situación de stress, éste sistema acelera simultaneamente la frecuencia cardiaca; dilata las pupilas; disminuye la rapidéz con la que trabaja el aparato digestivo; aumenta la respiración y en general moviliza el cuerpo para que afronte al agente estresor. Este proceso recibe el nombre de respuesta de "lucha o fuga".

Activa además las glandulas suprarrenales, que segregan hormonas destinadas a superar el stress, entre ellas, la adrenalina y la vierten en la corrientes sanguineas para conservar o elevar el grado de excitación.

Se concluye que el stress constante y presión por dar una respuesta "adecuada", puede originar presión al organo blanco y verse alterado por una patología.

El sistema nervioso parasimpático, sus fibras motoras se originan en puntos situados por arriba y por debajo de las correspondientes al sistema simpático. A diferencia de éste último que tiende a obrar como una unidad, el sistema parasimpático realiza acciones mucho más específicas, las cuales afectan uno o unos cuantos organos a la vez.

Su actividad aminora la velocidad de los procesos

corporales y mantiene un estado de tranquilidad. Así pues el simpático, acelera la frecuencia cardiaca y el parasimpático la disminuye.

Los dos trabajan juntos para conservar el equilibrio de los organos internos. Hay actos que requieren una secuencia de dicha actividad.

El sistema nervioso autónomo, produce sus efectos en dos formas: por estimulación directa de los organos y por la estimulación de la excreción de hormonas en las glandulas del sistema endócrino. (Smith Sarason, 1982). (4)

Partiendo del principio de que toda enfermedad tiene muchas causas, el comité de la O.M.S. ha atribuido una importancia fundamental al concepto de: "stress" en la etiología de las enfermedades psicosomáticas se denomina "stress" a la sollicitación, a la agresión que procede del medio ambiente y desata en el hombre una reacción de tensión; es el acontecimiento externo que provoca efectos internos a través de los organos de percepción.

Se ha observado que los acontecimientos que provocan una privación de cariño, una separación o movilizan las fuerzas agresivas, generalmente aceleran la aparición de enfermedades psicosomáticas.

La emotividad y principalmente el estado de ansia pueden representar el alcance entre la psique y el

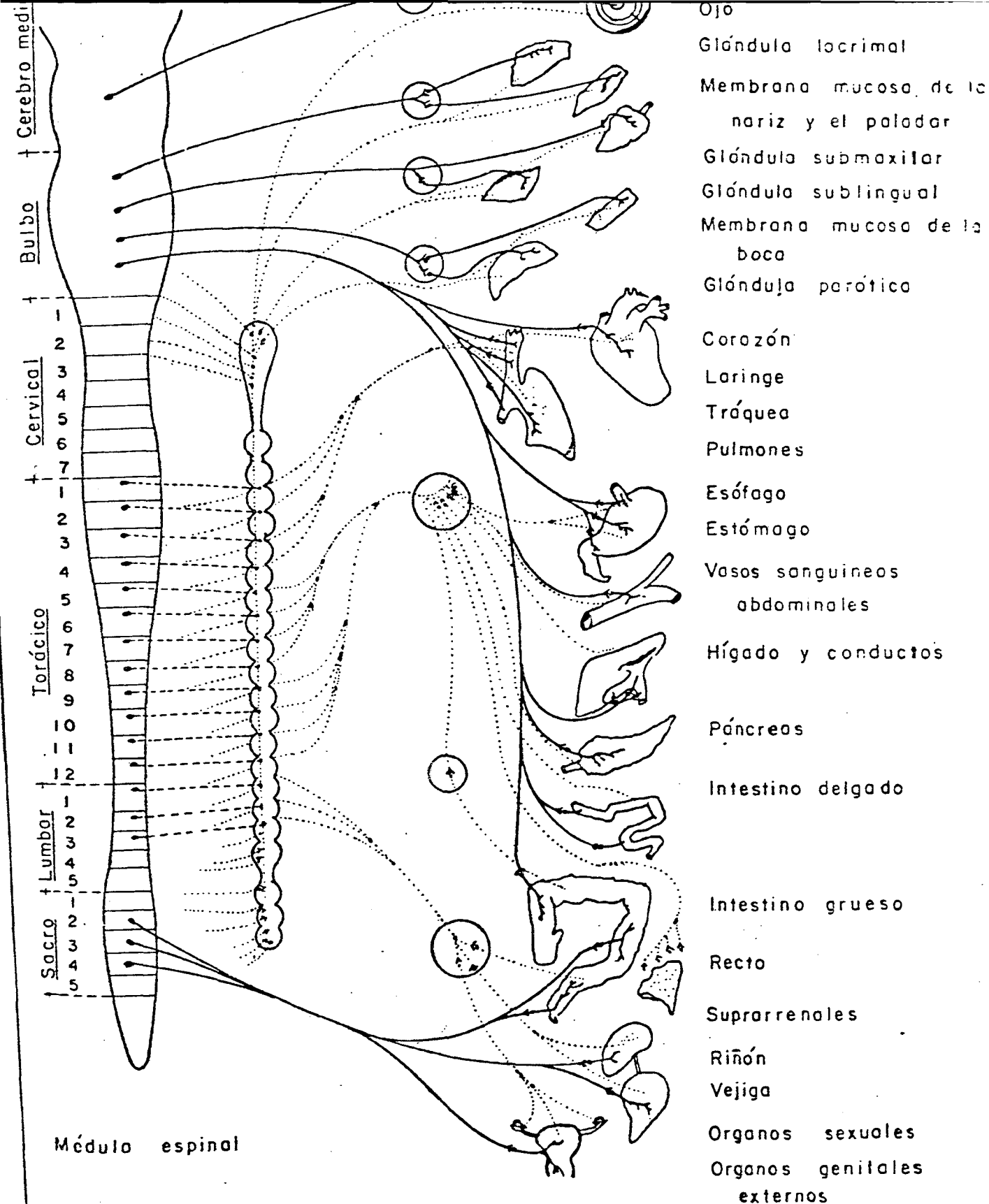
soma; efectivamente se manifiestan con reacciones motoras neurovegetativas y endocrinas así como la percepción subjetiva de las consecuencias somáticas de estas mismas reacciones.

Este proceso puede ser analizado también desde el punto de vista de la inhibición; la expresión psicomotora y verbal queda bloqueada, de modo que las descargas que proceden del sistema nervioso central se encaminan hacia el sistema autónomo provocando modificaciones patológicas en el sistema vascular.

Sea el que fuere el mecanismo de reacción, se cree que si una función sufre modificaciones en forma repetida o continua pueden originarse alteraciones en los tejidos, que después de un tiempo se vuelven irreversibles. (13).

La elección del órgano, está en relación con su insuficiencia congénita; o según L.J. Saul, depende de las características particulares de su funcionalidad en un momento dado de su evolución y las características simbólicas que el órgano puede tomar durante ésta evolución.

La aparición de una sintomatología psicósomática, no depende únicamente del trastorno conflictivo, sino que debe relacionarse con la maduración del funcionamiento de los órganos y con las características del desarrollo psicológico. (4).



Lado derecho del sistema nervioso autónomo humano (Kimble y Gormezy, 1963).

2.3 EL ASMA COMO EMFERMEDAD PSICOSOMATICA.

Desde hace tiempo se conoce la importancia del factor psiquico en la génesis del asma; un estudio minucioso realizado por Lask, comprobó que los factores psiquicos pueden desempeñar un factor importante en esta enfermedad extraordinariamente compleja, ya que muchas veces no solo intervienen en génesis y desencadenamiento del asma, sino que a su vez pueden ser agravados por los transtornos respiratorios. (13).

En la actualidad no se posee la totalidad de las respuestas; sin embargo, cuando el médico conoce el aspecto psicológico del cuadro, cuando acepta la importancia de las emociones en el desarrollo humano y tiene la oportunidad de estudiar la vida del paciente en sus más variadas facetas, se hace consciente la existencia de un componente emocional que inevitablemente debe influir en su actitud y en el tratamiento de cada paciente.

Los resultados de la investigaciones indican que los factores psicogénicos pueden influir sobre la función pulmonar, en el asma, por medio de un mecanismo respiratorio alterado, en el que la musculatura respiratoria voluntaria aumenta la presión intratoráxica, comprimiendo por tanto, las vias de conducción del aire. Esta compresión puede estrechar la luz de

las mismas y aumentar la resistencia de los bronquios al flujo del aire.

Esta hipótesis es reforzada por la observación de que tanto las personas normales como las asmáticas pueden aprender a producir respiración sibilante, a voluntad. Se han comparado las propiedades físicas de los sonidos respiratorios de los enfermos asmáticos, durante el ataque, con los ruidos de la respiración sibilante producidos voluntariamente por tales pacientes y por individuos normales. Esto se ha hecho mediante un sutil análisis del sonido. No se ha encontrado ninguna diferencia física significativa entre estas clases de sonidos sibilantes.

Tales observaciones refuerzan la hipótesis de que la musculatura respiratoria voluntaria puede actuar sobre los conductos correspondientes de los enfermos asmáticos, originando una presión intratorácica positiva que comprime estas vías. Dicha compresión externa de las vías respiratorias intrapulmonares mayores pueden también ser responsables de sonidos sibilantes que tan característicos son del asma. Los factores emocionales quizás actúan en el asma a través de éste mecanismo. (14).

En algunos pacientes el centro de gravedad está a nivel psíquico; mientras que en otros intervienen

el factor alergico. Stahelen afirma que muchas veces los alergenos químicos solo dan lugar a una reacción antígeno-anticuerpo cuando actúan sobre el sustrato de una vida emocional particularmente matizada y acuñada por las vivencias de los individuos. (13).

El asma por causa psicológica (asma refleja) se presenta generalmente en enfermos que han experimentado ya otras crisis de tipo alergico o bacteriano y cuyos antecedentes muestran una sintomatología particularmente caprichosa y rebelde al tratamiento. Los niños con asma refleja pertenecen casi siempre a un medio en el cual se dramatiza cada uno de sus síntomas; el estado de temor y de tensión nerviosa se percibe en la mirada del enfermo y su hostilidad hacia quienes lo rodean; son niños que no quieren dejarse ver ni auscultar y que lloran ruidosamente (aunque sin lagrimas); sus estertores son del tipo de respiración sibilante y su sintomatología en general poco exudativa como si el elemento predominante fuera propiamente el espasmo y no el catarro copioso de la alergia o de la bronquitis propiamente dicha. Es característica de esta clase de asma, la frecuente falta de síntomas nasales, la ausencia de fiebre y la tendencia a manifestaciones nocturnas de nerviosismo e insomnio.

2.4 FACTORES PSICOSOMATICOS EN NIÑOS ASMATICOS.

Todos los hechos parecen demostrar que la función respiratoria está ligada íntimamente con la afectividad como hemos venido mencionando y que puede demostrarse con los trastornos ocurrentes en estados emocionales.

Se conoce por medio de la clínica, que en ocasiones, la disnea es un equivalente de angustia donde el acceso asmático sustituye al sollozo.

Se pueden localizar tres manifestaciones que sugieren un factor psicológico en el trastorno asmático:

1.- Todos los niños responden con las mismas pautas de conducta ante la codición asmática y los atáques. Es muy reforzante su situación y por medio de ésta logran cualquier objetivo.

2.- Los atáques asmáticos se presentan siempre a partir de una línea directriz con la madre.

3.- Cuando el núcleo familiar se considera reforzante para la presencia de los atáques de asma, entonces puede optarse por un ambiente diferente y los atáques tendrán una tasa de frecuencia menor, en forma verdaderamente apreciable.

Pudiera parecer posible que la excesiva ansiedad

de los niños y la actitud sobreprotectora de los padres provocara una reacción a la incapacidad, causada por el padecimiento. Un grave ataque de asma y la amenaza aguda de sofocación, constituye una dura experiencia para los padres y para los niños, por lo que no es de extrañar que se encuentre que los niños desarrollan sentimientos de ansiedad, de desamparo e inseguridad, y una tendencia exagerada a reclamar protección o sobreprotección por parte de sus progenitores, y que ellos desarrollen ésta actitud de sobreprotección, como resultado del temor ante la presencia del ataque.

Los accesos asmáticos tienden a ser producidos por situaciones que amenazan con la separación del paciente de una persona que él considera como objeto reforzador de su seguridad. En tal situación, es lógico que el sujeto responda con un ataque de asma. Por lo general, los ataques provocados por conflictos emocionales, son siempre uniformes y típicos. (2).

2.5 PRINCIPALES SINDROMES PSICOSOMATICOS EN EL APARATO RESPIRATORIO.

A) Las expresiones emocionales, normales y subnormales, son el suspiro, la sofocación y la tos, aunque también se pueden incluir perturbaciones del lenguaje: tanto la palabra como el aliento pueden ser "cortados", jadeantes; la voz puede ser apagada, vibrante, apasionada, tensa en un grito o en un sollozo.

B) Los trastornos funcionales, son especialmente la angustia, sensación de opresión torácica bien conocida puesto que sirve de tema fundamental a la sintomatología neurótica, lo que manifiesta bien la imbrincación psicosomática. Más típicas de éstos trastornos son las toses neuróticas, las disneas asmátiformes, y en el campo del lenguaje, los trastornos como la tartamudéz, las antifonías y ciertas voces bitenales.

C) Síndromes lesionales, el asma y la tuberculosis pulmonar.

El asma está considerado como un síndrome en el límite de trastornos funcionales (crisis espaciales) y de la enfermedad organizada como respuesta prevalente (asma con participación infecciosa, crisis largas y repetidas y finalmente repercusión cardíaca). (4)

2.6 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS PARA EL DIAGNOSTICO PSICOSOMATICO.

Para estudiar estas enfermedades, es importante saber el desarrollo, edad y saber que entre más pequeño es más inmaduro, dependiendo así de los demás y al evolucionar adquirirá valores completamente diferentes.

Cada niño es el resultado del moldeamiento de los padres, y es muy importante, las tensiones no resueltas de ellos, pues sus frustraciones responden a reacciones de dependencia; algunos síntomas psicossomáticos son de forma predominante agresivos, pero otros son pasivos; los trastornos psicossomáticos modifican de forma más completa y más traumática el medio ambiente.

Puede manifestarse como una protesta contra la forma de ser tratados por ellos.

Los factores emocionales en cada caso son específicos, según la estructura de sus experiencias y de sus reacciones respecto a sus padres y a su medio. El stress no puede valorarse por sus efectos externos, sino solamente por lo que significa para el paciente.

La mayoría de los autores se refieren a la relación madre-hijo; los conflictos emocionales no resueltos de la madre, los cuales son proyectados en el niño o adolescente.

Este tipo de relación no es estático sino que

depende de la situación vital de la familia.

R. Spitz (15), ha dado mucha importancia a las relaciones madre-hijo en el desarrollo de la personalidad. Según este autor, es la madre la que en las relaciones precoces madre-hijo constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño al menos al principio lo recibe pasivamente.

Este autor hace una clasificación de las enfermedades del niño según las conductas maternas.

-EL RECHAZO PRIMARIO MANIFIESTO EN EL COMA DEL RECIEN NACIDO.

-LA ANSIEDAD PRODUCE LOS COLICOS DEL PRIMER TRIMESTRE.

-LA HOSTILIDAD DISFRAZADA DE ANSIEDAD PROVOCA ECZEMA.

-LAS OSCILACIONES Y HOSTILIDAD PROVOCAN HIPERMOTILIDAD.

-LOS CAMBIOS DE HUMOR CICLICOS PROVOCAN JUEGOS FECALES.

-LA HOSTILIDAD CONSCIENTE Y COMPENSADA PROVOCA HIPERTINEMIA AGRESIVA.

Por otro lado los deficit cuantitativos:

-LA PRIVACION AFECTIVA PARCIAL PROVOCA DEPRESION ANACLITICA.

-LA PRIVACION AFECTIVA COMPLETA PROVOCA MARASMO.

Cada transtorno funcional desde la lactancia pone de manifiesto una enfermedad o síndrome debido a una disfunción incluida en la diada madre-hijo, para el autor todo síntoma es un compromiso que permite un equilibrio pero también es una expresión y un llamamiento a nuestro sistema de cuidados a los niños.

El factor edad desempeña un papel muy importante. Esta relación temporal refleja la importancia de las fases del desarrollo en el campo de los trastornos psicofisiológicos ya que la maduración produce un cambio de las vías de descarga de la tensión, de la tolerancia y del dominio de las emociones y de las defensas disponibles contra la ansiedad. (16).

Antes de los seis meses, el niño no tiene de su cuerpo mas que una imagen parcial y las relaciones objetales no estan aun establecidas. Reacciona a las tensiones en sus relaciones con la madre, mediante anorexia, vómitos y diarrea.

De los 7 a los 13 años se activa la reacción sedativa en el hombre, la cual se da por la autonomia, mientras que la niña en la edad de la pubertad puede cursar junto con los conflictos de la madre.

No basta con hacer una descripción de la madre tal como es, sino que se debe intentar comprender lo que el niño representa para la madre y esto no solo a través de la actitud objetiva de esta, sino

teniendo en cuenta los mecanismos inconscientes que son la base de esta actitud. También se debe tener en cuenta que el comportamiento de la madre puede modificarse por las respuestas a los ofrecimientos del niño y sus reacciones activas o pasivas.

De la cantidad y calidad de las experiencias de gratificación de las necesidades, la regulación de las tensiones es importante para la homeostásis somática fisiológica. Entre mas pequeño, los modelos de respuestas fisiológicas dependen más de la calidad de los cuidados maternos. La repetición y modificación de estos modelos con personas distintas son importantes para reacciones psicosomáticas mas tardías.

M. Fries, en Chart Rosa Ma. (4); piensa que el nivel de afectividad representa una vitalidad y una resistencia, la cual mediante la amenaza del medio ambiente, transforma el modelo de comportamiento dando así el desarrollo de defensas psicológicas y van a estar altas o bajas según los factores genéticos, experiencias de la vida fetal, de la nutrición y por el comportamiento de los padres.

En resumen, podemos considerar que la manifestación psicosomática es la expresión del organismo a través de un órgano o de una función, que no es debido al azar ni a una reacción específica, sino al resultado de la conjunción en la línea histórica del desarrollo

de factores que aparecen en la realización funcional. Al principio del desarrollo, el funcionamiento forma parte de un desarrollo vital, con una actividad relativamente fija, con una habilidad suficientemente necesaria para el establecimiento de mecanismos de autorregulación.

Muchas frustraciones transcurren sin ninguna modificación tensional, ya que en la medida que se frustra el niño, se adaptará al mundo exterior, elaborando una determinada realidad a partir de satisfacciones "alucinadas". Poder manejar una función o soportarla, son en efecto cosas distintas; según su modo de relación, algunos funcionamientos impuestos serán aceptados, mientras que el rechazo de otros creará un "autofuncionamiento".

2.7 LOS MODELOS TERAPEUTICOS.

Especulaciones basadas en la hipótesis sobre qué tan certera es la dinámica psicológica de los desordenes somáticos tuvieron que reemplazar por estudios sistemáticos de la compleja relación de la psique y el soma. (17).

Estos estudios formularon dos modelos de conceptualización que han sido usados en el entendimiento e interpretación de los mecanismos mediando causas emocionales y cambios corporales.

El primero fue llamado " Modelo Lineal ", en comparación con otros, el enfoque es el paciente individual.

El segundo es el referido como " El Modelo Sistémico ", en donde se ve al paciente en su contexto y más específicamente en su familia.

2.7.1 MODELO LINEAL.

El pionero de este modelo fue Cannon (17). Quien hizo estudios particularmente en los cambios del cuerpo relacionados con la aprehensión, rabia, y hambre, y tuvo aplicabilidad inmediata para su teoría psicósomática. Esto fue reforzado por el éxito en las investigaciones de laboratorio. En su estudio en los estados de excitación emocional, él demostró estos cambios

y los parametros psicológicos en conjunto, comprobandolo también con animales.

Charcot (17), en Francia, también fue investigador de ésta interacción.

Later, referido por Pardo M. (17), contribuye al concepto de un tipo de organo constitucionalmente inferior que predispone a un síntoma particular.

La estructura de la personalidad de los pacientes con enfermedad psicósomática, fue estudiada con el modelo lineal. Flanders Dunbar (17), hace mención sobre un tipo específico de la personalidad, el cual es un factor predisponente y esto determina el cambio de la enfermedad somática y así se populariza el termino "psicósomático", como su perfil de personalidad. Ella avanzó la mejor premisa del estímulo mental, como la justa bacteria y toxina cerebral sobre los cambios corporales. Por instancia ella propuso que el tipo asmático, tiene una alta correlación con inseguridades emocionales, narcisistas con un alto grado de necesidades de dependencia y urgencia por externar realizaciones. El tipo ulceroso tiene alta correlación con la persona tensa, cambios sociales con ambiciones excesivas. El tipo colítico fue ordenadamente obsesivo y ambicioso.

Mirsiki Et Cols (17), basa sus estudios en la interacción de los factores constitucionales, predispo-

sición psicológica y stress social para precipitar la enfermedad psicosomática.

Baumont (17), trato con la función gastrica, - lo primero era valorar y demostrar qué influencia tenía el estado emocional sobre la viscera.

Wolf y Wolf (17), se basaron en el trabajo de Baumont, y demostraron la vascularización, motilidad y secreciones estomacales en hombres incrementando o decrementando en la presencia del desarrollo del stress.

Muchos investigadores exploran el contexto familia para explicar las enfermedades psicosomáticas particularmente en niños. Un disturbio en la relación madre-hijo, fue lo más frecuente y ha sido postulado como un factor etiológico.

Continuaron estudiando a los familiares como factor importante y así Pinkerton (17), estudio la interacción de las actitudes de los padres con la estructura de la personalidad del niño asmático. El designa una escala de evaluación del asma, clínicamente severa, en los cuales él asigna el número de acuerdo a los diferentes grados de asma.

GRADO 1:

No pierde la escuela, ataques espaciados, ocasionalmente necesita del broncodilatador.

GRADO 2:

Días fuera de la escuela, suaves o moderados ataques, necesita por lo regular usar el broncodilatador.

GRADO 3:

Semanas fuera de la escuela, más prolongados y severos atáques, terapia con broncodilatador y esteroides.

GRADO 4:

Más del 50% fuera de la escuela, síntomas persistentes, necesidad especial de escolaridad regular terapia con esteroides.

En conclusión, la terapia basada en el "Modelo Lineal" está el foco en lo individual. Los factores de la personalidad individual son determinantes en las enfermedades psicosomáticas y por lo tanto su foco terapeutico es lo individual. De ésta manera se está viendo al paciente como un recipiente pasivo de influencias nocivas. Consecuentemente la respuesta terapeutica ha sido solo separarlo de sus influencias por medio de psicoterapia individual o terapia conductual.

2.7.2 MODELO SISTEMICO.

En la decada de los 50's, surgio el nuevo modelo conceptual desarrollado, el cual es referido como modelo sistémico.

Este parti6 de los estudios individuales y sus contextos sociales y el proceso de retroalimentaci6n entre lo individual y el contexto.

Esto motiv6 a los investigadores a tener mejores t6cnicas de tratamiento en enfermedades psicossomáticas.

La Dra. Selvini Palezzoli (17), report6 un tratamiento de 60 ni6os anor6xicos, ella refiere que lo mejor de la anorexia nerviosa puede ser solo posible de sobrevivencia psíquica vista desde el contexto familiar funcionando.

Pardo M. (17), refiere en general la negligencia y exclusi6n en la aplicaci6n de los principios de terapia familiar, para entender y dar tratamiento en la terapia familiar, propone investigar sobre la enfermedad y esta relaci6n con la terapia familiar deberá ser conducida.

Witthaker y Kaith (20), refieren que las familias psicossomáticas son frecuentemente vistas como difciles para trabajar en terapia familiar principalmente porque

A) No es facil el traslado de la familia para ayudar al especialista sobre el tratamiento.

B) el terapeuta demanda que la familia hable un tipo de lenguaje entre ellos que no es fácil.

Stein, y Witthaker (20), propone a la familia un modelo de hospitalización para favorecer la separación e individuación en donde todo el personal médico y terapeutas hagan las funciones de los padres y ayudar a los padres en su funcionalidad como familia.

Minuchin (17), en Filadelfia, tiene importantes investigaciones en su práctica en el campo de las enfermedades psicosomáticas. El y otros colaboradores han trabajado continuamente en esto, abordando el foco de la enfermedad en conjunto con la familia, refiriendo ésta enfermedad como el escape del desorden de la patología de la familia.

El modelo que propone tiene dos cláusulas:

1.- La organización de estas familias está cerrada a la relación del desarrollo y mantiene de ésta forma el síntoma psicosomático del niño.

2.- Los niños sintomáticos juegan el mejor rol, manteniendo a la familia en homeostasis.

Este modelo se ve en dos fases:

A) En una fase abierta, algunas situaciones familiares inducen a dar respuestas emocionales dando respuestas fisiológicas.

B) Es la fase de cerrar, regresa a niveles

basales y cierra la carrera del desarrollo natural de los miembros familiares envolviendo a cada uno alrededor del conflicto.

Minuchin y Cols (21), trabajaron con familias psicósomáticas y explotaron el modelo de la estructura y función de cada familia.

Este modelo ayuda en tres factores en conjunto que son necesarios para el desarrollo de enfermedades psicósomáticas severas en niños.

1.- El niño es fisiológicamente vulnerable, esto es, que un órgano específico presenta disfunción.

2.- La familia del niño tenía el seguimiento de cuatro características transaccionales:

Amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación del conflicto. Es importante saber que cada una de estas características por sí solas no van a decir nada o a originar una enfermedad psicósomática, tienen que presentarse las cuatro juntas para originar este tipo de enfermedades.

- AMALGAMAMIENTO:

Cuando es patológico, es caracterizado por alto delego de responsabilidades y involucramiento, eso a dos niveles: individual y familiar.

Toda la familia sabe los mínimos cambios individuales. Los diálogos se difunden rápidamente al resto

de los miembros familiares.

Los limites individuales están violados, su espacio individual está invadido, no tiene privacidad, entre los miembros de la familia se comunican sus sentimientos y cuando hablan se interrumpen, el problema de estas familias es la pobre diferencia individual de cada miembro y esto dado por los limites de la familia muy cerrados.

-SOBREPROTECCION:

Los miembros de la familia demuestran exageradamente un grado de concernimiento, para cada uno de los otros. En estas familias sus miembros son hipersensibles a los signos donde tienen que proteger, para ellos los niveles de tensión o de conflicto son peligrosos.

En cada familia los pacientes sobreprotegidos, presentan un retardo en el desarrollo de su autonomía, competencia e interés de actividades fuera de la familia.

Dentro de la enfermedad, siente la familia un grado de responsabilidad por proteger, y la enfermedad aumenta por no dejar esta autonomía y así se refuerza el síntoma y a su vez la enfermedad.

-RIGIDEZ:

La familia está fuertemente ligada al mantenimiento del status en particular, donde el crecer es necesario, como periodo de cambio.

En este tipo de familias, el cambio y las negociaciones a la autonomía e individualidad difícilmente son dadas, no entran en un esquema de propósitos.

-EVITACION DEL CONFLICTO:

Las familias evitadoras al negociar las diferencias de problemas que están sin resolver entran en un circuito en donde difícilmente pueden llegar a la solución de alguno por más intentos que hagan pues provoca tensión.

Sus aires de dificultad son las de resolver dificultades, confrontar les cuesta mucho trabajo.

Tiene varias formas de evitar, por ejemplo constantes interrupciones y cambios de tema, cambios ofuscentes y conflictivos, comprar el silencio y otras familias negando problemas o diciendo que en su familia no los hay.

3.- La enfermedad del niño juega un rol importante en la familia y en el conflicto de los padres y este rol es un reforzamiento importante del síntoma.

La vulnerabilidad psicológica esta en relación

con la herencia, es muy frecuente ver patologías por familias.

2.8 ASPECTO FAMILIAR.

2.8.1 DEFINICIONES:

La familia es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (R.D. Laing).

Bertalanffy en 1968, refiere que la familia es esencia un sistema vivo de tipo abierto que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, psicológico y ecológico (18).

Virginia Satir menciona, que la familia es el lugar donde puede encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado; el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos mejor al mundo exterior (19).

2.8.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA:

En este capítulo se habla de la familia como un sistema; cómo es que se da la estructura familiar; cómo se dan los límites; las alianzas, jerarquía, territorio, etc. cómo afectan las tensiones al sistema y como puede enfrentar el problema.

Se continua definiendo y estudiando a la familia

psicosomática según diferentes autores haciendo énfasis en los estudios con familias psicosomáticas realizados por Minuchin en Estados Unidos y por Pardo, en México. Los resultados de este, fueron importantes pues se encontró que una característica se presentaba con alta frecuencia y era la evitación del conflicto.

Veremos esta falta de resolución del conflicto y cómo la utiliza la familia para aliviar tensiones y cómo a veces se involucra a un hijo en el conflicto marital y cuáles son los factores que la familia utiliza para desviar el conflicto.

La necesidad de ver a la familia como un sistema nació del hecho de poner énfasis en las relaciones interpersonales, que en la vida intrapsíquica del individuo, como lo había hecho hasta la década de los 50's.

Este enfoque está estructurado, para mantener cierto grado de estabilidad y balance, para explicar este hecho los autores toman el concepto de homeostásis que proviene de la física.

El homeostásis familiar se mantiene por medio de mecanismos de retroalimentación tanto negativa como positiva.

La primera hace que la homeostásis se mantenga por medio de mecanismos de reforzamiento a los patrones que llevan al cambio, esto es una alteración del equi-

librio familiar (20).

La familia es la primera sociedad, y cada una gesta su propio lenguaje con el cual hay que trabajar.

El enfoque estructural sistémico, nos da un marco de referencia amplio y preciso la vez, que funcione en la familia. Dentro de esta teoria, se encuentran como principales parametros los siguientes:

- 1.- Jerarquia.
- 2.- Límites.
- 3.- Alianzas (coaliciones).
- 4.- Territorio (centralidad y periferalidad).
- 5.- Geografia.

JERARQUIA:

Se refiere a quien manda, está relacionada por algunos autores con el poder, sin embargo no es así pues mucahs veces por agresión pasiva se logre imponer una decisión.

LIMITES:

Nos señalan si hay mucha o poca interacción entre los subsistemas de la familia sirven para preservar la integridad del sistema familiar, así como fomentar la autonomía de su parte.

Los limites deben ser claros y flexibles para que permitan la permeabilidad de las fronteras con el

exterior.

ALIANZAS:

Nos indican la líneas o uniones que existen entre los miembros de la familia el grado de cercanía se puede ver en un continuo, por un extremo, las que están bloqueadas y por el otro las que están en involucramiento.

Las coaliciones se dan cuando se alían dos miembros o más contra un tercero.

TERRITORIO:

Es el espacio o papel que juega un miembro del sistema familiar dentro de este. La centralidad está dada por un miembro del sistema que no tiene participación en la dinámica familiar, vive en ella pero sin involucramiento.

GEOGRAFIA:

Es el espacio en donde se mueve la familia y qué papel desempeña dentro de este.

Minuchin (21), dice que la familia se encuentra sometida a una presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas, y a la presión exterior originada en los requerimientos para adaptarse a las instrucciones sociales significativas

que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos exigen la transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer, mientras que el sistema familia conserva su continuidad.

La etiqueta patológica debe reservarse a las familias que frente a estas presiones incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan, resisten la exploración de variantes.

La tensión del sistema familiar puede originarse en cuatro formas:

PRIMERA: Contacto tensionante de un miembro con fuerzas extrafamiliares. Aquí se puede ver la desviación del conflicto y es desviado através del hijo. Ellos tienen un conflicto, lo reprimen y en la misma cosa mala que haga el hijo, se reprende con agresión a éste, en forma superior a lo que el niño hizo.

Desviación protectiva, en la cual el conflicto de los padres lo desvanecen por medio de cuidar y proteger al niño, en especial cuando está enfermo y puede dar síntomas de enfermedad. Esto ha sido probado en niños con asma.

Pardo (1984) (17), y López (1986) (3), encontraron que cuando se iba a dar un conflicto en la familia,

el niño sintomático tenía un ataque de asma, con el cual los padres se preocupaban por atenderlo y disolvían el conflicto. "Si no fuera por el niño, nosotros no tendríamos problemas".

Otra forma, es la coalición estable, en la que uno de los padres con un hijo, tienen contra el otro padre.

También el que los abuelos se ocupen de funciones de los padres o que la forma de mando o imposición de reglas sean distintas.

SEGUNDA: Contacto tensionante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.

Dentro de ésta, entran los déficits económicos, cambio de domicilio o culturales.

TERCERA: Tensión en los momentos transicionales de la familia.

Es cuando deben aparecer nuevos subsistemas, cuando se casan los hijos; stress provocado por la disminución o aumento del número de integrantes de una familia (muertes, divorcios, encarcelamientos, internamientos, estudiar fuera del país, etc.) También puede estar en función de la transición de una etapa a otra del ciclo vital de la familia. Puede aumentar cuando la familia pasa de una etapa a otra de su desarrollo, como por ejemplo cuando los niños dejan de serlo y empiezan a ser adolescentes o cuando el último

hijo deja la casa paterna y deja la casa nuevamente sola.

CUARTA: Tensión referente a los problemas de su manera de vivir.

Determinadas areas de la familia dan lugar a pautas transaccionales disfuncionales, como la adaptación de los hijos con problemas congénitos o enfermedades crónicas. Es posible que la familia que haya adaptado correctamente las necesidades del niño cuando éste era pequeño, pero a medida que crece y experimenta dificultades en su interacción con grupos extrafamiliares de niños de su edad que no lo aceptan. Esta tensión puede sobrecargar el sistema familiar.

Así cuando el miembro de la familia se enferma, alguna de estas funciones y su poder deben ser asumidos por otros miembros de la familia.

Cuando éste se recupera de una modificación, ésta familia requiere de una readaptación.

Si la familia se adapta a la tensión, al mismo tiempo que permite la reestructuración, puede ser sana, pero si la familia responde a la tensión con rigidez, se manifiesta en pautas disfuncionales.

Se pueden observar ciertos patrones generales de esto:

- 1 Tensión (ya descrita).

- 2 Polarización escalada (lucha ascendente y para-

lela de la pareja por el poder).

3 Triangulación.

4 Culpar a un miembro.

5 Difusión de la identidad (Quién tiene la jerarquía).

6 Estancamiento.

En cuanto a la comunicación, la familia que es funcional, se comunica clara y directamente. La que no lo es, tiene una comunicación enmascarada e indirecta. La comunicación clara o enmascarada, se refiere al contenido del mensaje y la indirecta o directa, se refiere a la dirección que lleva el mensaje.

2.8.3. CARACTERISTICAS CULTURALES DE LA FAMILIA MEXICANA.

La vida dinámica ha sido de interés para muchos científicos sociales, locales y extranjeros, quienes utilizando sus estudios, han traído sus experiencias personales. Han descrito la estructura de las familias mexicanas.

Los propósitos de éste estudio es dar una visión más amplia de alguna de las características típicas de la familia mexicana, descritas más relevantemente.

Muchos autores suponen que no es posible hablar

acerca de "caracter nacional", puesto que ellos admiten que ahí existen diferencias de clases regionales en la estructura familiar mexicana. No obstante, ellos solo insisten que éstas son meramente variaciones en temas comunes, predominantes en todos los niveles sociales.

La estructura de la familia no es un fenómeno único, sino simplemente una serie de relaciones y estructuras similares, que serán encontradas en varias partes de Latinoamérica y derivando primariamente desde normas generales del area de las familias latínas ha sido ya comentada por distintos autores.

Las semejanzas pueden ser atribuidas a la religión Católica y a las influencias españolas. Como siempre, existen diferencias importantes, las cuales pueden ser trazadas a cada uno de los centros geográficos, históricos, económicos, políticos e influencias culturales.

En consecuencia, a través de los estudios de las familias mexicanas, se acercaría también a un entendimiento general de ls familias latínas.

Este estudio será enfocado a algunas de las más relevantes características de la estructura familiar y el contexto social en el cual se desenvuelven las familias mexicanas.

Se dará énfasis a entender las relaciones familia-

res, valores, cultura, ritos y tradiciones. La probabilidad en el papel sexual, etc.

2.8.3.1. RELACIONES FAMILIARES EXTENSAS.

Numerosos científicos sociales han convivido con numerosas familias extensas de México, como siempre Falcon y Karrer, han presentado con excelente claridad, temas como: Interdependencia, valores y tradiciones.

Estas importantes materias en adición a otras, son tratadas en la siguiente sección.

En la sociedad mexicana, el núcleo familiar es encajado típicamente en una extendida cadena familiar. Cada miembro es responsable de otros y ésto ha creado grupos interdependientes y un extraño sentido de identidad familiar.

El control de conducta social ejercido principalmente a bastantes familias las cuales confían en instituciones sociales.

Dentro de éste sistema las opciones para la expresión individual, autonomía e identidad, son reducidas.

La familia define al individuo a tiempo que él exige lealtad a sí mismo.

Las familias extensas cuentan con un orden de líneas jerárquicas donde la edad es un factor de importancia determinante, autoridad y generaciones dentro del sistema familiar es entendible.

Las familias tradicionales perpetúan interdependencia continua, proximidad física y soporte económico a nuevas parejas formadas.

Igual si ellos no viven en la casa paterna, pronto despues de la ceremonia marital la joven pareja empieza el frecuente contacto social con sus familias de origen y sus sistemas de monarquía. Despues en unión continuarán ayudando a las nuevas parejas participando en cuidados para sus niños.

Frecuentemente los padres de niños en edad escolar percibieron peligro en los barrios o colonias, restringiendo a sus niños a actividades dentro de casa.

Los primos y hermanos constituyen una sola relación de amistad, si estan lejos, ademas si son de la misma edad.

Siguiendo a Maslow y Diaz Guerrero, los niños mexicanos viven más alejados de la familia y menos de los grupos de iguales.

Los adolescentes necesitan la menor participación de los padres y de la extendida cadena familiar y más con sus propios grupos de iguales. Los padres no lo aprueban facilmente y pueden hacer muchos esfuerzos para recobrarlos, algunos adolescentes se revelan pasivamente y otros se defienden abiertamente pero la mayoria acuden y aceptan la posición de los padres.

Con esta fuerza que ejerce la familia, no es

raro que muchos adultos jóvenes permanezcan en casa hasta que ellos se casen.

Viviendo en el hogar, es más fácil para los hijos varones, que para las hijas, desde que las expectativas culturales facilitan el proceso para los hombres jóvenes, moviéndose fuera del hogar, aprovechando gradualmente que los hijos estén fuera de casa largas horas, viniendo a casa por las noches a dormir. Los padres pueden quejarse ocasionalmente de no ver a sus hijos tan frecuentemente, pero este rol es aceptable.

Eventualmente los hijos que son adultos jóvenes se van fuera a trabajar, o se casan, o aprovechan nuevas oportunidades de estudio.

Las hijas adultas presentan una labor más difícil, ella es mucho más vulnerable a la influencia externa y a las necesidades de protección. La manera más aceptable para que una hija adulta viva fuera de casa, es a través del matrimonio.

Cuando los adultos se casan y salen del hogar, las relaciones entre padres y adultos jóvenes cambian en el sentido de que ambos, varones y mujeres, comienza a ser más independientes, pero la disponibilidad de unos con otros continua.

Con la llegada de los nietos, los abuelos asumen un importante papel, la crianza del niño.

El sentido de utilidad, protección y involucramiento

con las dos generaciones menores, también contribuye a prolongar la tarea de autoridad. Esto es común también en los solteros, viudos, separados o divorciados, viviendo en casa de sus padres o hermanos más chicos. Estos adultos tienen hijos y su crianza es repartida a los abuelos.

Un aspecto conserva un importante papel en la familias mexicanas; la presencia de los ancianos ayuda a reducir ansiedad en momentos de tensión en el nucleo familiar. Como las enfermedades de los niños, implican un aumento en las horas de trabajo para los esposos. Sabiduria y hechizeria, son atributos dados por los viejos. Esta sabiduria la utilizan con las generaciones menores y se hacen respetar por su autoridad. Permite a la gente adulta ejercer la considerable influencia en sus matrimonios y en sus actos y a través de sus críticas y advertencias hacen notar cuales comportamientos son los más adecuados.

La jubilación y el retiro de las usuales ocupaciones, no representan un punto significativo para los ancianos varones y sus familias. La jubilación no ocasiona un status de pérdida.

Los hombres mayores reducen gradualmente sus capacidades y empiezan a moverse en una cerrada orbita familiar. En esto el hombre se incorpora a llenar su casa de bastante gente, en la que su esposa ha

aprendido a vivir sola por el paso de los años.

En esta etapa los ancianos no excluyen la mayor fuente de vida. La necesidad de mostrarse joven, pretender ser más jóvenes que en otras épocas, desciende cuando la cultura no idealiza la juventud.

La autosuficiencia no es esperada por parte de personas enfermas y en consecuencia hace que los jóvenes cuiden a los viejos hasta que mueran.

La familia completa tiende a respetar los valores culturales, que enfatizan la importancia de las relaciones interpersonales y el amor filial.

2.8.3.2 VALORES CULTURALES, TRADICIONES Y RITOS.

Para las familias mexicanas, el catolicismo ejerce una influencia importante en aptitudes sobre la vida familiar. El matrimonio es considerado una decisión seria, un compromiso para toda la vida.

El noviazgo tiende a ser largo y los padres, frecuentemente investigan a los posibles candidatos: Buenos modales, capacidad financiera, seriedad y educación. Una vez formada la opinión, los padres tratan de influenciar en la decisión de sus hijos.

Casi todos los padres esperan una fecha para que las muchachas empiecen alrededor de los 16 años y para los muchachos algo más tarde.

El noviazgo estable, es usualmente legitimizado

por un compromiso el cual implica un anuncio publico y una festividad dando un anillo de formal compromiso. Ademas de esto simbolizan el compromiso del matrimonio, esto les permite seguir juntos para el entendimiento de ambas familias, quienes empiezan incluyendose en sus reuniones sociales.

La edad aceptable socialmente para casarse es cerca de los 20 años para ambos, hombres y mujeres, pero hay tolerancia en el caso de los hombres. El matrimonio es una situación en que por primera vez la gente joven establece una relación intima fuera de la familia.

El casamiento representa una colorida y alegre celebración. Es usualmente efectuado en iglesias, con un adorno muy formal, comida y cientos de invitados. Despues del matrimonio y mucho más tarde tienen un bebé. La nueva pareja entendera que ahora estar en el mundo de los adultos. A traves de las generaciones las monarquias aún son mantenidas.

La llegada del primer hijo, estabiliza a la pareja como una familia. Las familias de origen, usualmente, procuran dar ayuda y soporte a los nuevos padres.

El rito del bautismo inicia al infante como un miembro de la Iglesia Católica, esto es muy importante para la familia mexicana. El niño es apadrinado por su padrino y su madrina quienes fueron seleccionados

entre los parientes. Los padrinos se convierten en padres sustituto de los niños y compadres de los padres. Esta relación implica el que los compadres esperen favores de unos a otros.

Los primeros años de la vida de los niños son cuidados por una nana. El bebé esta unido a la madre y a otra mujer en la familia (la nana). La alimentación de pecho a leche materna, es una norma entre las madres mexicanas.

La variación en el destete depende las costumbres familiares más que de las normas sociales. Desde que la madre conceptualiza su rol de buena madre, como satisfaciendo las necesidades del niño, que simulan independencia. No hay razón para estar alarmado por que a los tres años, aún continua criandose con pecho o por que a los cuatro años aún esta sentado en el regazo de su madre, o por que el pequeño no es impulsado a usar el baño o a usar los cubiertos dados que la madre lo hace por él.

El niño continuara gozando del estrecho enlace con su madre y de la posición especial en la familia hasta el nacimiento de un nuevo niño. Esto es un evento externo que decidira el paso del niño a un nuevo periodo de que los conceptos de entendimiento interno, en la que los padres pronto empezaran a esperar más demandas de sus hijos.

La entrada a la escuela no necesariamente significa el fin de la infancia. El relajamiento acepta la actitud hacia la realización de los niños que ha caracterizado el temprano periodo de continuo desarrollo por varios años. Las familias podrían exponer algunos aspectos de la infancia más allá de los primeros años de pubertad. Enviando a los niños a la escuela y al mundo, en un par de años afecta el sentir de las madres ya que cuando ella tiene a los niños en casa, siente que su papel es claro.

El mundo entero cambia cuando los niños no están más a su alrededor y especialmente cuando no haya más niños que cuidar. Cuando se termina la primaria, secundaria y la escuela preparatoria es de gran orgullo para la familia mexicana, y por lo general después son acompañados por una feliz celebración a donde acude toda la familia y amistades, celebrando, así, la graduación.

Un rito que acompaña a las muchachas dentro del campo romántico, es la celebración de sus quince años. Esto consiste generalmente en una fiesta que incluye una celebración religiosa, comida y baile. El protocolo de un vestido formal para la muchacha, su chabelán y 14 parejas más. Con éste rito la muchacha adquiere un claro status de juventud. El cuidado de los padres y la responsabilidad de la familia hacia los jóvenes

hermanos, es dada despues de la pubertad de los niños. Los hermanos mayores, en particular tienen mucha responsabilidad para con los hermanos menores. Los niños pequeños tienden a unirse y a seguir el modelo de los mayores. Cuando los niños crezcan y se casen, los padres comienzan a enfocarse hacia los nietos, aumentando su contacto. La relación suegros y familia comienza a ser muy importante.

2.8.3.3 ESPECTATIVAS DE LOS ROLES SEXUALES.

Recordando a Peñalosa, dos aproximaciones básicas han sido tomadas en la explicación de los modelos de la familia mexicana. Una es básicamente histórica, la que comenzó con la conquista de México por los españoles, implicando la explotación de las mujeres indias por los hombres españoles.

La segunda aproximación es tomada dentro de una deducción de mucha importancia que postula la superioridad del hombre sobre la mujer y la dependencia de el joven al adulto.

La primera aproximación histórica es considerada por algunos, la aclaración de la segunda acerca de la Psicología social.

Díaz Guerrero menciona en un estudio realizado acerca del poder y el amor en México, que se creyó por un periodo que los indios no tenían alma, pero

los hijos de indias y españoles sí. En un momento dado, y no sabemos cómo, consciente o inconscientemente esta relación de hombre y mujer cristalizó en una decisión, que parece ser la clave que explica la mayor parte de las interacciones dentro de la familia y sociocultura mexicana. La decisión fue que todo el poder quedaría en manos del hombre y todo el amor en manos de la mujer. Desde entonces todo parece indicar que el varón obtiene el amor de la mujer através de una mítica mezcla de poder y amor. Si algún poder adquiere la mujer es a través de su conducta amorosa. A medida que los hijos crecen en éste ambiente, experimentan variadas mezclas de poder y amor de allí que en las interacciones en México el poder y el amor van inexplicablemente mezclados. (26).

También señala la existencia de dominio de ancianos sobre jóvenes, especialmente la dominación de los padres sobre la familia entera que presenta la más rígida norma en la cultura mexicana.

Siguiendo el plan de Peñalosa, la mujer (hembra) es menos valorada y su conducta es rígidamente limitada y encadenada a su esposo, ella asume identificación femenina con su propia, abnegada y sumisa madre.

El natural parentesco "enlace", de hembra-macho (hombre-mujer), en la sociedad mexicana es el resultado de un largo y consistente proceso de socialización.

La mujer (hembra), empieza a prender su papel a muy temprana edad. La idea de valor menosprecia elegancia, sentimentalismo, belleza y crea duras actitudes hacia la vida. La muchacha por su parte aprende pronto a ser sumisa y a cultivar sus encantos femeninos algunos signos de femineidad en el hombre son severamente reprendidos en él.

Esta nota es importante para aquellos sentimientos marcados de ambivalencia que son expresados por el hombre hacia la mujer de lo bueno y lo malo. Bueno para la mujer son: ser madre, esposa, hija y hermana, frecuentemente igualadas con la Virgen María. Malo para la mujer, por otro lado son: actividades interesadas en sexo y ser supuestas criaturas sexuales. Bueno para la mujer es encontrar la dificultades a aspirar a el mutuo enlace en la satisfacción sexual.

La educación Católica limita la sexualidad a procreación, principalmente a la mujer, justo dentro de los confines del matrimonio.

La satisfacción en el matrimonio es el resultado de la buena y sensata elección, y no sería incorrecto en un matrimonio improvisado. Complementando un factor equivalente, enfocado a la vida de las mujeres es que desde niñas se inclinan al rol de esposas, y dirigen su atención al trabajo del esposo o resignandose a algunas situaciones comunes. Las separaciones o

divorcios son poco comunes. En muchos casos no llegan a la satisfacción sexual o a la capacidad marital.

El romanticismo y amor de un noviazgo se desvía rápidamente hacia una parte paternal para la familia, el proposito primario para el matrimonio es la procreación.

Las no discusiones de relación hembra-macho, podrían ser consideradas como adecuadas, sin mencionar el machismo y su contraparte (hembrismo).

Machismo: es la cualidad mejor vista de valor en la cual el hombre domina a su esposa. Representa a la figura autoritaria, es sexualmente dogmático y es constantemente examinado por conductas de valentía y estas a su vez son reconocidas.

Cuando la hembra se enfrenta con frustración a sus demostraciones de valentía, él busca refugio en el alcohol.

Bermudez, ha introducido el término hembrismo al representar la contraparte femenina del machismo. Complementando la petición del esposo, la esposa está dispuesta a ser sumisa y casta y a cubrir las necesidades de su esposo, anhelos y desiciones, todos estos están fuera de ella.

Las actitudes hembra-macho y enlace arriba descrito son los cuidados de las relaciones esposo-esposa, y de aquí a un crucial entendimiento del sistema en

el papel del parentezco sin la constelación familiar.

Generalmente los hombres son los productores y jefes absolutos en sus familias. El lugar de la mujer está definitivamente en el hogar. Cuando llega un hijo la madre toma un papel central en la familia, no solo en la administración, sino también en la educación de sus hijos, considerando las reformas del padre, preocupandose solo por la responsabilidad económica hacia su familia, cualquier petición de asistencia del padre para los hijos, o en el trabajo doméstico, es considerado como una afrenta a su dignidad.

En un estudio llevado a cabo en México sobre la interacción marital y celos en hombres y mujeres, se encontró que las personas que más tiempo tienen en su relación (13 años o más) son las que tienen menor gusto por interactuar, menos gusto por conocer a su pareja, menores sentimientos de dolor por celos, mientras que el grupo que lleva menos tiempo en la relación siente más dolor por celos, más temor a interactuar, más gusto por conocer y un nivel medio de frustración. Se observó que el grupo más joven siente mayor enojo por celos, en el grupo de 26 a 30 años es cuando es mayor la satisfacción marital y menor la frustración, subiendo esta a su máximo nivel entre 31 y 35 años y el grupo de mayor edad es el que presenta un menor grado de celos y de satisfacción marital.

(27).

Otro estudio acerca de la conducta sexual, infidelidad y amor realizado en México, postula que algunos factores que contribuyen en decremento en la satisfacción marital con el paso de los años, son específicamente aburrimiento e insatisfacción sexual estando estos relacionados directamente con la infidelidad.

En lo que se refiere a la infidelidad hay mayor probabilidad que se presente en hombres que en mujeres y una mayor aceptación de ella en éste aspecto, podría ser característico de una cultura como la mexicana en la que se ha visto que al hombre se le socializa dentro de la creencia de que tiene derecho a tener relaciones sexuales con varias mujeres y a la mujer con la perspectiva de aceptar éste enfoque. (28).

2.8.3.4 TAREA DEL PARENTESCO FAMILIAR.

Los papeles de los miembros de la familia son comprometidos, la importancia del criterio de generación sobre sexo, son referencias de los hermanos. Otras características son compartidas con algunas de las otras relaciones; además la diferencia de relaciones son mutuamente interdependientes y con una total forma del sistema social el cual constituye la estructura familiar mexicana.

RELACIONES PADRE-HIJO:

Es generalmente distante pero respetuosa, dando

margen a lo severo, el cual de acuerdo con Peñaloza, podría considerarse como la imposibilidad de relación y/o identidad con él.

Desde muy temprana edad el muchacho comienza a identificarse con su poder de hombría (valentía), muy severo, superperfecto, idealizado por su padre.

Con la avanzada edad del niño, el padre no solo juega menos con él, sino que tampoco reemplaza el juego con compartir intereses y actitudes.

La imagen del niño comienza a debilitarse con el tiempo y la adolescencia ha desaparecido através de las palabras y obras del padre. El puede encontrar seguridad solo en representaciones de conducta de su padre en el trato con su misma esposa y niños.

RELACION PADRE-HIJA:

El padre no es tan ordinariamente distante del todo, ni severo, porque la hija no ha esperado compartir con él cualquier camino, ni está ella con la amenaza de su status. La actitud del padre hacia la hija es solo bastante posesiva y protectora. Sus deseos de sentirse seguro con el conocimiento que la mujer debe tener en su casa desafiando sus dominios.

RELACION MADRE-NIÑO:

El papel de la madre en relación con su hijo es idealizado en la cultura mexicana, como un estrecho

principio a la imágen hispánica de la virgen María y comprende abnegación. La carga y los cuidados de los niños son ambas experiencias no expresadas abiertamente.

RELACION MADRE-HIJO:

En la temprana infancia la madre no solo obstruye, también domina a su hijo de tal forma que él pronto se identifica con ella, pero ésta estrecha relación se ve interrumpida por el nacimiento del siguiente niño. Cuando los años pasan ella ayuda al muchacho esforzándolo a la independencia. Ella es más permisiva hacia el hijo en éste papel. La agresión le es permitida cuando pequeño, cuando ya es adulto, algunas madres son mal vistas y se le deja llegar tarde a casa, a diferencia de la hija.

Este factor combinado con sus malformaciones crean sentimiento de una ambivalente actitud hacia sus hijos. Similar al desarrollo de sus hijos ambos muchachos veneran y sienten hostilidad hacia ella. Los sentimientos posteriores no solo derivan de la idea de que su madre no les ha proporcionado un padre afectivo, solo porque ella fue abandonada por el suyo en la infancia.

RELACION MADRE-HIJA:

Es muy estrecha en el primer año de vida, la madre ordinariamente cría y alimenta a su hija con

mucho más atención como no lo hizo con su hijo. La madre percibe reflexión de sí misma, y su hija empieza a vivir a través de ella. Después del primer año de vida, la hija es conducida con algo más severidad que el hijo.

La disciplina de control de esfínter es requerida más pronto en la muchacha y las acciones de modestidad, modales y limpieza son enseñanzas que se dan tempranamente y de más insistencia en la muchacha que en el muchacho. Durante el segundo año de vida, la pequeña muchacha empieza a ser sumisa ante el hombre. La madre enseña a la hija a desconfiar del hombre, al mismo tiempo que está aprendiendo a atender a su padre y al cuidado y consentimiento de sus hermanos. La madre transfiere las responsabilidades domésticas y maternas hacia los hijos, y la hija pronto asume una satisfactoria identificación con su madre. Ella ordinariamente desea ser dependiente de las hijas tan pronto como sea posible.

RELACION HERMANO-HERMANO Y HERMANA-HERMANA:

En la familia mexicana son similares las diferencias de jóvenes a adultos.

RELACION HERMANO-HERMANA:

El siguiente ejemplo de macho dominante y hembra sumisa, puede ser el tipo de estructura familiar además

de incrementar una incestuosa atracción entre hermanos y hermanas.

Podría ser importante mencionar que el modelo familiar, previamente descrito, se debe a un gran número de influencias que afectan a México.

Inclinándose en la dirección de la tradición, son altamente influenciadas por los medios de comunicación masiva, especialmente las americanas, modelos de conducta como el cambio como el modelo tradicional. Considerando la norma en México, el conocimiento de un interesante camino americano es agudo, porque muchos de estos caminos son deplorables, otros son emulados y otros admirados.

La sociedad práctica sería entendible, basada en la absoluta dependencia económica de la familia del padre con un expandimiento y modernizada economía. Esto ha incrementado oportunidades para que la mujer trabaje y obtenga un empleo fuera de casa y que los hombres jóvenes superen aun a sus padres.

Las características de la familia mexicana, aquí descritas, son probablemente más encontradas entre las clases bajas y medias. Considerando la atenuación del modelo tradicional son en principio a ser observadas entre las altas clases de México.

No obstante ello solo representa variaciones del mismo, común a estos que son expresados en todos los niveles sociales.

2.9 LA FAMILIA PSICOSOMATICA.

Berson (22) define el término psicosomático, como los factores psicológicos que aparecen en todos los procesos somáticos ya sean reversibles o no.

En el enfoque sistémico, la interacción de la familia se percibe de una manera circular, esto es que no hay casualidad por lo tanto no es la disfunción familiar lo que ocasiona el aparecimiento de la enfermedad psicosomática, ni ésta genera disfunción a la vez, pero si sabemos que se correlacionan.

Sergio Henao (1985) (23), menciona que la calidad de la interacción entre subsistemas familiares contribuyen en gran medida al mantenimiento de la salud física o de la enfermedad.

Minuchin (24), las llama "Familias Psicosomáticas" ya que no son individuos los que generan ésta situación es todo el grupo familiar.

En el estudio de estas familias, se han encontrado ciertos factores generales que pueden predisponer a la familia a que se desarrolle una enfermedad psicosomática.

Boszormeni, Nagy y Spark en Chart Rosa Ma. (4), encontraron que las disfunciones corporales, se relacionan con la deslealtad del individuo a las expectativas de su propia familia de origen.

Grolmik, en Rosa Ma. Chart (4), hizo una revisión acerca de los factores que caracterizan a la familia psicosomática y encontró que en este tipo de familia existen:

- A) Falta de cohesión familiar.
- B) La estructura de la familia es rígida al igual que sus reglas.
- C) El afecto dominante es depresivo.
- D) Hay capacidad limitada para la resolución de conflicto.
- E) La dificultad para manejar la pérdida del objeto, así como se presenta la ansiedad de separación.

Sokol y Gilden (1983) (3), encontraron que la comunicación en estas familias es pobre y no se responsabiliza la familia por las crisis que presenta el hijo sintomático.

Minuchin (21), encontro que existen cuatro características básicas para que una familia sea psicosomática y son: amalgamamiento, rigidez, sobreprotección y evitación del conflicto, si no se dan las cuatro no son psicosomáticas.

EL AMALGAMAMIENTO: Se refiere a la forma externa de proximidad y a la intensidad de interacciones familiares. Este tipo de interacción no favorece la diferencia

ción de sus miembros.

SOBREPROTECCION: Se manifiesta por una gran preocupación por los miembros de su familia, por el bienestar de los demás miembros. Aún el hijo sintomático siente la gran necesidad de proteger a su familia y este hecho refuerza la enfermedad. Pero la sobreprotección de que el niño es objeto, le daña por alterar su crecimiento y desarrollo.

LA RIGIDEZ: Se refiere a que si la familia está fuertemente comprometida a mantener el status, que cuando se presentan periodos de cambio y de crecimiento ellos presentan una gran dificultad, lo cual hace que vivan con más stress, esto a su vez no le permite tener cualquier solución a algún problema.

LA FALTA DE RESOLUCION DEL CONFLICTO: Es una consecuencia de las anteriores, ya que todas estas hacen que la familia tenga umbrales muy bajos para resolver conflictos.

Generalmente se escudan con un código religioso o ético para evitar el conflicto. Cuando se hace esto continuamente se activan los circuitos que tiene el sistema.

En México, (1984) Pardo M. (17), realizó el estu-

dio antes mencionado, encontrando que todas las características como son rigidez, sobreprotección y amalgamamiento, se encuentran en la misma proporción, solo la evitación del conflicto se encuentra en niveles más altos, por lo que se concluye que las tres primeras características son aspectos inherentes a la cultura de nuestro país; y no serán suficientes para producir síntomas, solamente cuando el elemento crítico evitación del conflicto está presente en grado elevado, entonces se desencadena la sintomatología psicosomática.

2.9.1 FALTA DE RESOLUCION DEL CONFLICTO:

Hace algunas décadas, los roles de cada miembro de la pareja estaban claramente definidos y eran aceptados sin ningún cuestionamiento. El hombre dominaba, tomaba las decisiones importantes y era el único proveedor económico, por lo tanto, ostentaba un poder. La mujer lo aceptaba pasivamente y se dedicaba a la crianza de sus hijos y a atender la casa.

La relación de la pareja era de dominación y sumisión, pero en las últimas décadas, principalmente la mujer ya no acepta tan fácilmente el rol asignado, esto hace que los roles se vuelvan difusos, al vivir esta nueva situación la pareja se da cuenta que no saben negociar las diferencias que existen entre ellos, ya sea por tener poca tolerancia al conflicto continuo

irresuelto, ya que cualquier movimiento de algún miembro de la pareja hacia una relación más igualitaria, lo sienten ambos como una amenaza a su existencia, ya que ésto implicaría una posible separación o divorcio.(4).

Existen parejas que al no resolver de fondo los conflictos, están en una situación de estira y afloje de la relación, la cual se refiere a un patron de relación en el que esencialmente se mueven hacia adelante y hacia atrás, esto es, están entre la fusión y la distancia. No saben tener intimidad y el resultado a largo plazo en éste tipo de relación es un gradual deterioro de la distancia emocional. (23).

El que los conflictos se dejen sin resolver, se va creando una situación de stress en la pareja que al llegar a límites en donde no es posible manejarlo se buscan salidas o soluciones que en lugar de aminorarlo lo aumentan.

Este es el caso en el cual la solución del problema se convierte en un problema mayor.

La salida o solución a esta situación, es la de activar circuitos en la familia, que eviten el conflicto.

El tipo de circuitos, depende de la idiosincracia de la estructura y de la organización que tenga la familia. No siempre son los dos miembros de la familia

o pareja los que evitan el conflicto, hay casos en que solamente uno de ellos es el que lo evita.

Generalmente la pareja no sabe que la pelea que sostiene diariamente no es de ellos, sino la de sus padres y alguien más.

Janet Saltsman en 1980 (24), define el término de conflicto como cualquier desacuerdo, ya sea abierto o no y por desacuerdo a los no acuerdos, en los procesos políticos, definidos estos como todo lo que involucra llegar a una decisión en cuanto a la distribución de los recursos más importantes.

Ella refiere para poder resolver los conflictos políticos, cuatro estrategias o tipos de poder:

- A) AUTORIDAD.
- B) CONTROL.
- C) INFLUENCIA.
- D) MANIPULACION.

También propone que la solución del conflicto tiene un costo y una recompensa.

Por costo se refiere el gasto de algunos recursos que son necesarios para el logro de los resultados deseados. La recompensa se refiere a la ganancia obtenida. El tipo de poder de menor costo y mayor recompensa, es la autoridad.

El que tiene el mayor costo y la menor recompensa, es la manipulación, porque se requiere de mucho conoci-

miento de la otra persona, esto es conocer sus motivos, preferencias y sus reacciones. (24).

López y Días Ma. de la Luz de las Mercedes (3), refiere que generalmente se tiende a ampliar el tipo de poder que tiene mayor recompensa o ganancia y menor costo. Por tradición los hombres tienden a ganar con más frecuencia los problemas políticos y esto se debe a que emplean estrategias de apoyo externo a la familia. La autoridad en el hombre está legitimizada por instituciones sociales y políticas.

Por otro lado está el modelo integrativo, intrapsíquico con lo interpersonal, el núcleo de éste está en la vulnerabilidad narcisista de la pareja. Larry B. Feldman en López y Díaz (3), dice que ésta es la que promueve el conflicto disfuncional por tres razones fundamentales:

- 1.- Cuando uno de los esposos está hipersensible, ve o se imagina rechazos o críticas por el otro miembro de la pareja.
- 2.- Cuando se promueve el desarrollo narcisistas e irracionales.
- 3.- Cuando el desarrollo de la empatía está inhibido.

La vulnerabilidad narcisista la definen como una propensión a reaccionar a rechazos actuales o imaginarios con una autofragmentación, difusión de

identidad y una disminución de la autoestima, esto puede ser consciente o inconsciente.

El proceso de la vulnerabilidad narcisista es el siguiente:

La persona narcisista parte de tener expectativas no realistas, esto lo lleva a tener un grado bajo de empatía a las necesidades del otro y a tener poca tolerancia a la frustración.

Esto le crea una rabia narcisista y también ansiedad narcisista. Para disminuir esta ansiedad se utiliza el mecanismo de identificación proyectiva, el cual genera a su vez una distorsión cognitiva, que la lleva a una sobregeneralización y a una negación.

El coraje narcisista se caracteriza por una intensa hostilidad y una gran necesidad de vengarse y una falta extrema de empatía hacia el otro. Generalmente el grado de destrucción que conlleva el comportamiento conflictivo se correlaciona con el grado de vulnerabilidad narcisista de los esposos. El grado básico de vulnerabilidad narcisista es el mismo en cada esposo, aunque las manifestaciones varían.

Los autores definen tres tipos de patrones generales de pelea entre esposos:

- 1.- El constantemente alto.
- 2.- El volátil impredecible.
- 3.- La escala constante.

El primero se caracteriza por presentar un alto nivel de pelea entre los esposos y pueden tener de vez en cuando una pelea con abuso físico.

El segundo se caracteriza por un bajo nivel de pelea abierta ya que hay fuertes mecanismos inhibidores ya sea en uno de los esposos o en los dos y cuando llega a haber una pelea abierta, alcanzan niveles de gran violencia, sin embargo, tienen periodos largos de calma.

El tercer patron, se refiere a que la pareja al llegar al matrimonio lleva relativamente pocos desacuerdos, pero el nivel de conflicto va aumentando despacio y regularmente al transcurrir el tiempo, hasta que alcanza proporciones peligrosas.

Estos patrones nos dan un marco de referencia para entender el estilo de pelea que tiene cada pareja. En ninguno de estos, la pareja resuelve el conflicto. Pero existen parejas funcionales que resuelven los conflictos a medida que se van presentando.

Larry B. Feldman, en López y Díaz (3)., tiene otro articulo que describe otra manera de ver el conflicto marital, este lo asocia en el grado de intimidad que alcance la pareja, una vez que el conflicto es provocado, el nivel de destructividad física o verbal empieza a escalar. Este ascenso se mantiene dentro de límites específicos que ya tiene establecidos el

sistema. Dos son las razones que lo mantienen:

1.- Al emerger el conflicto se genera ansiedad.

2.- Con la ansiedad surge la necesidad fundamental de intimidad cuando se combina la intensidad de estas dos fuerzas, entonces surge la ansiedad que provoca la cercanía, y por lo tanto se puede estimular un comportamiento conciliatorio, o se estimula el conflicto nuevamente, para así reducir la intimidad.

Concluye diciendo que la ansiedad que produce la cercanía se debe a que la persona no ha adquirido la capacidad de estar sola sin el otro.

2.9.2 INVOLUCRAMIENTO DEL HIJO EN EL CONFLICTO MARITAL

Cuando la pareja tiene conflictos no resueltos, generalmente involucra a uno de los hijos en el subsistema parental, como un mecanismo de evasión del conflicto. Al crarse esta situación, los límites generacionales entre padres e hijos se debilitan, por lo tanto se violan fácilmente. En este proceso, el hijo desarrolla determinados síntomas, dependiendo de la vulnerabilidad física que tenga y que sirve para proteger a la familia de la ansiedad que provoca el conflicto abierto, a la vez comunica que hay disfuncionalidad en la familia aunque este ve el síntoma como el único problema que tiene. (3).

Minuchin (21), identifica tres patrones de evita-

ción del conflicto para involucrar al hijo:

- A) Triangulación.
- B) Coalición padre-hijo.
- C) Desviación.

En las dos primeras, el subsistema parental está francamente dividido en oposición y el hijo es abiertamente presionado con uno de los padres en contra del otro.

En la desviación, la pareja está unida aparentemente ya que sus conflictos permanecen sumergidos, por lo tanto adoptan la postura de proteger, o bien culpar al hijo enfermo, quien según afirman los padres es el único problema.

Jay Haley, en López y Díaz Ma. de la Luz de las Mercedes (3), define estas tres personas, padres e hijo sintomático, como los "Triangulos Perversos", y menciona que para que se den, deben reunir las siguientes condiciones:

1.- Las tres personas en el triangulo no pertenecen a la misma generación.

2.- El que pertenece a otra generación forma una coalición con uno de la generación diferente, en contra del otro.

3.- La coalición entre las dos generaciones es negada.

Según la definición de Minuchin (21), para la

desviación del conflicto, los "triangulos perversos", equivaldrían a la coalición padre-hijo, ya que la triangulación se refiere a una coalición no estable, sino que el hijo para expresarse tiene que tomar partido con alguno de los padres en contra del otro. Y no siempre será el mismo padre con el que se forme la coalición.

2.9.3 FACTORES QUE LA FAMILIA UTILIZA PARA DESVIAR EL CONFLICTO.

El tipo de mecanismo utilizado depende de la estructura y organización de cada familia. Algunas familias psicosomáticas niegan la existencia de problemas y los cubren diciendo que no hay necesidad de vivir en desacuerdo, que por lo tanto, ellos valoran muy alto la armonía, cuando en realidad el concepto de armonía es muy ideal, no realista. (21).

Otras familias psicosomáticas, están en desacuerdo abierta y constantemente por medio de interrupciones; de cambios de tema desviando la conversación; haciendo chistes; no participando; amenazando con irse o señalando a alguien como responsable de los problemas, hacen que el conflicto se diluya , esto es que se haga difuso (21).

Pardo M. (1984) (17), enlista ocho tipos de mecanismos más frecuentes para evitar el conflicto:

A) Señalar a alguien como responsable de los problemas.

B) Hacer cambio de tema.

C) Desviar la conversación.

D) Distraer o interrumpir.

E) No hablar de los problemas seriamente, ya sea riéndose o haciendo bromas.

F) Negar o minimizar la existencia del problema.

G) No participar en la solución del problema.

H) Amenazar con dejar a la familia, si alguno de ellos habla de los problemas.

Ella misma habla de que evitar el conflicto se da en forma de círculo vicioso.

La idiosincracia, estructura y funcionamiento de cada familia, dicta sus caminos de evitación del conflicto y cómo resolverlos. Al no evitador, trae áreas de dificultad. El evitador maneja a los demás que pudieran enfrentarle al problema, y entonces su negación.

Otras familias enfrentan continuamente pero también interrumpen constantemente y algunos sujetos se ofuscan y los cambian por enfermedades antes de traer el conflicto.

Existen algunas otras familias que simplemente niegan la existencia de problemas. (17).

En el manejo del niño enfermo, hay patrones característicos de conducta conflictiva que lo envuelven y lo afectan de determinadas maneras.

Las familias, comunmente se remueven en varios de estos patrones, pero uno es predominante. (3).

Minuchin (21), identifica tres tipos de evitación del conflicto: triangulación, coalición rígida padre-hijo y desviación protectiva, las cuales fueron mencionadas y descritas anteriormente.

Por las referencias citadas anteriormente, podemos darnos cuenta que el asma es una enfermedad cuya etiología depende de varios factores.

No debemos perder de vista que el hombre es una unidad bio-psico-social-trascendente y que todo lo que la persona manifieste es resultado de la interacción de los factores que la conforman; actuando de una forma integral.

Centrando la atención de este estudio especialmente en el factor psicológico encontramos que en las familias con asma psicósomática en alguno(s) de sus miembros se espera que presenten niveles significativamente elevados de evitación de conflictos, ya que cuando los conflictos se dejan sin resolver, va

creando indudablemente una situación de stress en la pareja que al llegar a límites en donde no es posible manejarlos generan mucha tensión en el ambiente familiar y es el niño sintomático el que expresa esa tensión por medio de su enfermedad.

Se opina que la detección y el tratamiento que deberá llevarse a cabo ante el asma psicósomática es el interdisciplinario en el que el médico y el terapeuta familiar tendrán oportunidad de aplicar un tratamiento mixto abarcando así de esta manera a la persona como una unidad y no fraccionándola en partes, llegando a obtener resultados óptimos, facilitando a los pediatras o especialistas el manejo de ésta enfermedad.

H I P O T E S I S

Las familias que evitan conflictos tienen mayor probabilidad de tener un hijo asmático de origen psicossomático.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable Dependiente: Evitación del conflicto.

Variable Independiente: Asma de origen psicossomático.

DEFINICION:

EVITACION DEL CONFLICTO: Al dejar los problemas sin resolver una y otra vez, se activan los circuitos de evitación que tiene el sistema.

C A P I T U L O I I I

M E T O D O L O G I A

3.1 PARTICIPANTES:

Se seleccionaron 43 niños asmáticos respectivamente con sus madres que acudían a consulta externa en el ISSTEP (Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado de Puebla), de los cuales se eliminaron 8 madres cada una con su hijo ya que alguno de sus cuestionarios estaban incompletos quedando así una muestra definitiva de 35.

Para la formación de dicha muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

a) Madres que tuvieran un(a) hijo(a), a quien con anterioridad el médico especialista le hubiera diagnosticado asma.

b) Que los niños(as) tuvieran entre 4 y 18 años de edad.

c) Que hayan asistido a maternal o Kinder.

d) Que supieran tomar correctamente el lápiz.

e) Que supieran realizar un dibujo de la figura humana por muy infantil que fuese.

f) Que dentro de su rango de edad supieran hablar y expresarse correctamente.

El nivel socio-económico al que pertenecían fue medio-bajo.

3.2 ESCENARIO:

La aplicación de pruebas se llevó a cabo en alguna ocasión en el consultorio del médico alergólogo en otras en algún consultorio que se encontrara desocupado en ese momento y otras veces en el cubiculo próximo al consultorio del médico donde guardan medicamentos, en todos estos lugares la iluminación era adecuada pero el espacio y sobre todo en el cubiculo, era limitado igualmente la ventilación.

En algunas ocasiones hubieron interrupciones por parte de los médicos quienes por alguna causa tenían que entrar a sus consultorios. En cuanto a la comodidad los consultorios si la proporcionaban pero el cubiculo no.

3.3 TECNICA DE INTERVENCION:

Debido a la dificultad para obtener un buen control de variables, en esta investigación se realizó un estudio descriptivo en donde básicamente se realizó la detección de distintos niveles de evitación de conflicto, limitandonos a describir este factor según los puntajes asignados en dicho instrumento.

3.4 CONTROL DE VARIABLES:

Ya que el niño había realizado el dibujo de la familia, en el caso de los niños más grandes se les pedía que contestaran unas preguntas referentes a su dibujo, las cuales se leían junto con él para ver si no tenían alguna duda, en el caso de que así fuera se les daba una clara explicación en el caso contrario se les daba la hoja para que las contestaran.

Con los niños más pequeños se les preguntaba antes de que empezaran a dibujar si sabían quiénes formaban una familia a aquellos niños que respondían que no, se les dijo que una familia estaba formada por mamá, papá y hermanos.

Cuando el niño terminaba su dibujo se le decía: "Ahora realizaremos un cuento con ésta familia que acabas de dibujar", pidiéndole que viniera conmigo a otro cubiculo o consultorio, para que pudieran expresarse más libremente. Así mismo se les leían las preguntas y se anotaba todo lo que iban respondiendo ya que estos aun no sabían escribir. El instructor permaneció todo el tiempo cerca de ellos por si pudiera surgir alguna duda.

3.5 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes: el cuestionario que mide los diferentes

niveles de evitación del conflicto, una historia clínica y el test de "La Familia", que nos ayuda a observar cómo es la adaptación familiar del niño.

1) EVITACION DEL CONFLICTO:

Este instrumento fue realizado por Ma. de la Luz de las Mercedes López y Díaz (3) y nos ayuda a detectar los niveles de evitación de conflicto en una familia.

El cuestionario consta de una ficha de identificación del paciente con los siguientes datos:

Nombre, edad, fecha, informante, ocupación, duración de la enfermedad en años, meses y semanas.

El cuestionario consta de 30 preguntas con diferentes situaciones de la vida diaria, si el contestante está de acuerdo con la situación debe responder; cierto y si no lo está debe responder; falso.

Las preguntas en que la enfermedad evita el conflicto son: 2,4,6,9,11,12,19,21,23,25,26 y 27, otras lo enfrentan y son: 13,14,16,18,20,22,28 y 30 y otras que son neutrales o distractoras para hacer menos obvio el cuestionario y son: 1,3,5,7,8,10,15,17,24 y 29.

Forma de aplicación:

Esta prueba se puede aplicar en forma individual o colectiva incluso puede ser auto-aplicable ya que

cuenta con instrucciones precisas de la manera como debe contestarse.

No tiene límite de tiempo, pero en su aplicación se le indicó a todos los participantes que lo contestaran lo más rápido posible con el fin de no darle opción a pensar demasiado el reactivo.

Forma de calificación:

Para la calificación de los cuestionarios se le dan valores de 0, 1 y 2, para las respuestas.

A los reactivos distractores del tema se les da el valor de 0 a cierto y a falso.

A los que miden evitación del conflicto se les da el valor de 2 a cierto y de 1 a falso.

A los que miden enfrentamiento al conflicto se les da el valor de 1 a cierto y 2 a falso.

Así el cuestionario tiene como calificación mínima 20 y como máxima 40.

Las calificaciones de 20 a 27 = Enfrentan el conflicto.

Las calificaciones de 28 a 32 = no hay seguridad de que eviten o enfrenten los conflictos, por lo tanto realizar una entrevista.

Las calificaciones de 33 a 40 = Evitan los conflictos.

(Ver apéndice 1).

2) LA HISTORIA CLINICA COMPRENDE:

- La historia del desarrollo.
- Trastornos de conducta que presenta el niño.
- Antecedentes e historia del asma.
- Datos de la familia.
- Relación de los padres.
- Relación de la madre con el niño.
- Relación del padre con el niño.
- Medidas disciplinarias utilizadas.
- Nivel socio-económico.

Forma de aplicación:

Este cuestionario se puede aplicar en forma individual o colectiva.

Las instrucciones fueron pedirle a la señora que por favor contestara las preguntas sobre el desarrollo del niño y datos generales de la familia y en el caso de dudas nos lo hiciera saber. No tiene limite de tiempo.

(Ver apendice 2).

3) TEST DE DIBUJO DE "LA FAMILIA":

El test de la familia es una prueba proyectiva de personalidad que abarca de los 4 a los 18 años de edad. Consta de una serie de preguntas que se le hacen al niño despues de haber realizado su dibujo,

en este caso fueron 12 preguntas. Poniendole el numero 1 a aquella persona que hayas dibujado primero, el numero 2 a la segunda y así sucesivamente.

Forma de aplicación:

Se le dá al niño una hoja blanca y un lápiz y se le dice: Quiero que en esta hoja dibujes a la familia, si el niño es pequeño o retraido se le pregunta: "sabes qué es una familia" o "quienes forman una familia". Una familia está formada por papá, mamá y hermanos, ahora dibujala y enumeralos poniendole el número uno a aquella persona que hayas dibujado primero, el número dos a la segunda y así sucesivamente. Despues de haber realizado el dibujo se le pide que conteste unas preguntas referentes a su dibujo; se leen junto con el niño para que así exponga sus dudas , en el caso de niños más grandes se les daba la hoja de preguntas para que contestara. En el caso de los niños pequeños se les decía; ahora que ya terminaste vamos a hacer un cuento tú y yo acerca de tu dibujo, así mismo se le leían las preguntas y se anotaba todo lo que el niño respondía; estimulandolos con un "muy bien" o "lo está haciendo bien".

Se aplico cada cuestionario de manera individual para así poder observar en el niño su conducta y actitud ante el test.

Forma de calificación:

La interpretación se hace en base a tres aspectos diferentes:

- 1.- Plano gráfico.
- 2.- Estructuras formales.
- 3.- Plano de contenido.

Complementandolo con las preguntas.

(Ver apendice 3).

3.6 PROCEDIMIENTO:

Todas las personas de la muestra acuden a consulta externa en el ISSSTEP (Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado de Puebla).

En todos los casos el médico alergólogo determinó cuáles sujetos eran candidatos para la aplicación de los cuestionarios, tomando como requisito los criterios de inclusión antes mencionados.

La aplicación se inició el 17 de abril de 1990 y se concluyó el 4 de junio del mismo año. Dicha aplicación se llevó a cabo durante las mañanas.

Los cuestionarios se aplicaron a las 35 madres y el test de "La Familia" a los 35 niños asmáticos dando la siguiente introducción:

"El objetivo de este estudio es conocer mejor las relaciones de la familia de un niño asmático. Porfavor conteste a este cuestionario (detector de

los niveles de evitación de conflictos), de acuerdo a lo que usted cree que pasa en su familia y conteste este otro (historia clínica) con los datos del niño, su desarrollo y datos generales de la familia".

Después de haber calificado y obtenido los resultados de los cuestionarios hubo necesidad de hacer otra revisión de dichos cuestionarios ya que la mayoría de los casos caían en el rango en el que no hay seguridad de que eviten o enfrenten los conflictos por lo que para esta segunda revisión centramos nuestra atención en los 3 patrones que identifica Minuchin.

- a) Triangulación.
- b) Coalición padre-hijo.
- c) Desviación.

Los cuales son utilizados por la pareja cuando tienen conflictos no resueltos (ver pag.(81) Marco teórico y conceptual).

En dicha revisión pudimos observar que 9 de los casos que no aseguraban evitar o enfrentar los conflictos en efecto los evitan.

Posteriormente se le pidió al médico alergólogo que clasificara a aquellos pacientes de la muestra que presentaran un asma de tipo psicosomático o de difícil control, las cuales nos refieren que el paciente no cede al tratamiento médico adecuado, con el fin de corroborar si aquellas familias que evitan

los conflictos, en efecto tienen un hijo con asma de origen psicosomático, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1) Frecuencia de las crisis | Desde 3 crisis o más por año. |
| 2) Número de hospitalizaciones | Mínimo 2 en el transcurso de la enfermedad |
| 3) Medicamentos utilizados | En el grado más leve los jarabes expectorantes e inhaladores y el más grave la administrador de corticoides. |
| 4) Frecuencia de visitas al médico. | Una vez por mes.
(por manifestación de síntomas). |

La evaluación de cada caso se hizo tomando en cuenta todos los criterios en forma global. Ninguno por si solo fue suficiente para determinar si el paciente era asmático psicosomático o no.

La adquisición de ésta información implicó buscar los expedientes de cada paciente por su clave de afiliación en dicha institución, lo cual nos llevó 2 semanas el adquirir esta información.

Finalmente se habló con aquellas familias en las que desde el punto de vista psicológico evitan los conflictos, pero desde el punto de vista médico el niño no posee un asma de origen psicosomático, para investigar si algún otro de sus miembros presenta alguna enfermedad psicosomática, encontrando en la mayor parte de ellas que no precisamente el hijo asmático pero sí otro de sus miembros presenta una enfermedad psicosomática, así como frecuentes dolores de cabeza, neuro-dermatitis o Rinitis.

C A P I T U L O I V

R E S U L T A D O S

FAMILIAS	EVITAN LOS CONFLICTOS.	NO HAY SEGURIDAD DE QUE ENFRENTEN. O EVITEN LOS CONFLICTOS.	ENFRENTAN LOS CONFLICTOS.
----------	------------------------	---	---------------------------

1	Coalición		
2	padre-hijo	X	
3			X
4		X	
5			X
6			X
7	Triangulación		
8	Desviación		
9	Desviación		
10			X
11		X	
12		X	
13			X
14			X
15			X
16		X	
17		X	
18	Desviación		
19		X	
20			X
21	X		
22			X
23	Desviación		
24			X
25			X
26		X	
27			X
28	Desviación		
29			X
30			X
31	X		
32	Desviación		
33			X
34	Desviación		
35			X

11

8

16

FAMILIAS	PUNTAJES REALES DE EVITACION DEL CONFLICTO.	PSICOSOMATICO (Psicológico)	PSICOSOMATICO (Médico)
----------	---	-----------------------------	------------------------

1	31	X	X
2	29		
3	29		X
4	27		
5	29		
6	27		
7	30	X	X
8	31	X	X
9	27	X	* OTRO
10	28		
11	29		
12	24		
13	27		
14	26		
15	28		
16	28		X
17	31		
18	28	X	X
19	26		
20	34		
21	26	X	X
22	30		
23	24	X	X
24	26		X
25	30		
26	26		
27	30		
28	27	X	* OTRO
29	25		X
30	33		
31	31	X	* OTRO
32	23	X	
33	30		
34	31	X	* OTRO
35	24		X

Nota: * OTRO= Otro miembro de la familia presenta una enfermedad psicósomática.

Como se puede observar se diagnosticaron 11 familias psicósomática (evitan los conflictos) desde el punto de vista psicológico y 11 niños con asma de origen psicósomático desde el punto de vista médico (de difícil control) coincidiendo ambos criterios en 6 casos. De los 5 restantes, aquellas familias que si fueron psicósomáticas desde el punto de vista psicológico y sus hijos no presentan un asma de tipo psicósomático desde el punto de vista médico; se pudo observar en cuatro de ellas que no precisamente el hijo asmático es el sintomático sino que otro miembro de la familia presenta una enfermedad de origen psicósomático diferente al asma.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos demostraron que de 11 familias psicósomáticas (evitadoras de conflictos) 10 de ellas tienen un hijo con asma de origen psicósomático o bien otro de sus miembros presenta una enfermedad psicósomática, lo que nos lleva a concluir que el factor evitación de conflictos origina en algún miembro de la familia una enfermedad de origen psicósomático.

Se confirmó con la prueba estadística de comparación de medias ("T" de Student $P = 0.05$) que al comparar los criterios de diagnóstico psicológico y médico respectivamente cuando ambos diagnóstican asma de origen psicósomático, el promedio de la evaluación de evitación de conflicto indica mayor sensibilidad con el cuestionario psicológico $P = 0.05$ que la evaluación médica.

Con estos resultados se afirma la hipótesis de investigación y podemos decir que las familias que obtienen puntajes altos de evitación de conflicto originan en alguno de sus miembros una enfermedad psicósomática.

C A P I T U L O V

D I S C U S I O N

Las referencias de las cuales partimos para la realización de éste estudio muestran que las familias mexicanas tanto psicósomáticas como no psicósomáticas presentan niveles similares de amalgamamiento, rigidez y sobreprotección. Únicamente las familias psicósomáticas presentan niveles elevados de evitación de conflicto, lo cual lo atribuyen a la influencia cultural, pues se piensa que la familia mexicana es sobreprotectora, aglutinada y rígida y consideran que éstas no serán suficientes para producir síntomas, solamente cuando el elemento crítico evitación del conflicto está presente en grado elevado, se desencadena la sintomatología psicósomática por lo que se piensa que sería de mucha importancia observar el grado en que cada una de estas tres características se presente en la familia psicósomática; y la intensidad con que se dan, pues es probable que la existencia de una de ellas en grado elevado también influya en la aparición de síntomas psicósomáticos.

5.1 CONCLUSIONES.

Las conclusiones de éste estudio son; que las

familias que presentan niveles altos de evitación de conflictos originan en algunos de sus miembros síntomas psicósomáticos, pero que el cuestionario para detectar los niveles de evitación de conflictos no es necesario para detectar este factor por lo que deberá apoyarse en una entrevista.

Se sugiere que dicho cuestionario sea aplicado como un elemento adicional de juicio en la consulta médica, especialmente frente a casos de asma, con la finalidad de evitar un tratamiento farmacológico innecesario cuando el origen de la enfermedad fuera realmente psicósomático.

5.2 LIMITACIONES.

Las limitaciones observadas fueron las siguientes:

- El tamaño de la muestra fue reducido, debido a la limitación del tiempo.

- El punto de vista médico sobre los niños psicósomáticos o de difícil control y los no psicósomáticos, se pidió ya después de haber ya aplicado y calificado los cuestionarios, siendo de mayor utilidad e importancia haberlo tenido desde el principio para poder así formar 2 grupos; los asmáticos psicósomáticos y los asmáticos no psicósomáticos u orgánicos y entonces comparar los resultados.

- Ya obtenidos los resultados no se pudo aplicar

la entrevista a aquellas familias que no aseguraban evitar o enfrentar los conflictos, debido al tiempo; por lo que se decidió hacer una segunda revisión de exámenes basandonos en los tres patrones de Minuchin.

5.3 RECOMENDACIONES.

Se sugiere que en futuros trabajos se observe en qué grado se presenta la sobreprotección, el aglutinamiento y la rigidez en una familia psicósomática.

Otro posible estudio sería aplicar de nuevo el instrumento a una muestra mayor con familias "sanas" así como a una muestra igual de familias con hijos que presentan otras enfermedades diagnosticadas como psicósomáticas y obtener el dato comparativo.

BIBLIOGRAFIA

1) Ortega Fernandez Ma. F. y Azuel Martínez Ma. L; "La representación del self en niños con un padecimiento crónico y en niños con un padecimiento psicósomático" Tesis profesional, Licenciatura en Psicología Universidad Ibero Americana, México D.F. 1989.

2) Bustinzar Rairez Ma. L; tratamiento del asma en niños, revisión de la literatura. Tesis profesional. Licenciatura en Psicología , U.I.A. México D.F. 1976.

3) López y Díaz Ma. de la Luz de las Mercedes; evitación del conflicto en la familia psicósomática. Tesis profesional. Maestría en Psicología (Especialidad en terapia familiar), U.D.L.A. México D.F. 1985.

4) Chart León Rosa Ma. Confiabilidad y validéz del instrumento para medir diferentes niveles de evitación del conflicto. Maestría en Psicología (Especialidad en orientación y terapia familiar) U.D.L.A. A.C. México D.F. 1988.

5) D.Hoffman enfermedades alérgicas de las vías respiratorias en la infancia. Merck-Igoda S.A. tomo 3 edición española, 1981.

6) Steven H. Cohen M.D. Advances in the dignosis and treathment of asthma. Chest editorials. Volumen 87 numero 1. 1985.

7) Gerd J.A. Cropp M.D. Special features of asthma in children. Chest editorial. Volumen 87 numero 1 1985.

8) Paul A. Greenberg M.D. Pregnancy and Asthma. Chest editorials, Volumen 87 numero 1.1985.

9) Asma. Revista médica para la familia. Organo oficial de la asociación mexicana de asmáticos A.C. México D.F. 1987.

10) Dr. Juan Luís Stril.K. Asma en México, epidemiología y morbilidad instituto nacional de cardiología simposio trilogía patogenia del asma y manejo integral. Glaxo de México 1988.

11) Cosio Villegas Celis Salazar, Cosio Pascal Aparato respiratorio. 9a. edición Edit. Méndez Oteo.

12) Dra. N. Ramírez CH. Flores Verónica C. Dr. Pedroza A. Valle Burian J. Asma infantil, guia para pacientes asmáticos. México D.F.

13) Philip Salomon , Vernon D.Patch Trastornos psicofisiológicos, 2a edición. Editorial Manual moderno

14) Mariano Diez Benavidez; de la emoción a la lesión 2a. edición. México D.F. 1988.

15) Ajuriaguerra. Manual de psiquiatría infantil - 4a. edición. Masson Barcelona-México. 1983.

17) Pardo Martha. A systems approach towards understanding mexicans psychosomatics families. Tesis profesional. E.U.A. 1984.

18) Quintana Roo Bonilla MA. Teresa. Influencia de la desintegración familiar en la adaptación de los niños entre 9 y 11 años de edad. Tesis profesional U.P.A.E.P. Puebla,Pue. 1989.

19) Virginia Satir. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax México. Enero de 1988.

20) James O. Withaker y Sandre. Psicología 4a. edición. ED. Interamericana. México 1984.

21) Minuchin. Roseman. Baker. Psychosomatic families. London England.

22) Barenson. Gerald. White. Harvey. Family System and family therapy.

23) White M. Stuctural and Stategic aproachs to psychosomatics families. 1979.

24) Saltzman, Chafetz J. Conflict resolution in marriage. 1980.

25) S.Minuchin. Fischman. Técnicas de terapia familiar. Editorial Paidos. 1989.

26) R.Díaz Guerrero; El poder y el amor en México. Vol II. Psicología social en México. 1988.

27) P.Andrade Palos. Interacción marital y celos en hombres y mujeres através del ciclo vital. Octubre 1988.

28) S.Pick de Weiss. Conducta sexual, infidelidad y amor en relación a sexo, edad y número de años de la relación. 1988.

29) Martínez Aguilar Carlos. Comunicación personal 1990.

A P E N D I C E 1

CUESTIONARIO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ FECHA _____
 INFORMANTE _____ OCUPACION _____
 DURACION DE LA ENFERMEDAD: ANOS _____ MESES _____ SEMANAS _____

ESTIMADA SRA:

CON EL FIN DE BRINDAR MEJOR AYUDA A UD. Y A SU HIJO(A), TENGA LA BONDAD DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. ELIJA UNA SOLA CONTESTACION Y ESCRIBA UNA RAYA DEBAJO DE "CIERTO" O "FALSO", DE CADA PREGUNTA.

- | | |
|---|--------------|
| 1. _ PARA NUESTRA FAMILIA ES IMPORTANTE APRENDER COSAS NEVAS Y DIFERENTES | CIERTO FALSO |
| 2. _ LA ENFERMEDAD DEL HIJO(A), NO MEJORARA SI EL AMBIENTE FAMILIAR NO CAMBIA. | CIERTO FALSO |
| 3. _ EN NUESTRA FAMILIA TRATAMOS DE ESTAR ALEGRES TODO EL TIEMPO. | CIERTO FALSO |
| 4. _ PREFIERO CALLARME CUANDO SE DISCUTEN LOS PROBLEMAS EN LA FAMILIA. | CIERTO FALSO |
| 5. _ SALIR ADELANTE Y TRIUNFAR EN LA VIDA ES MUY IMPORTANTE PARA NUESTRA FAMILIA. | CIERTO FALSO |
| 6. _ ME CUESTA TRABAJO LLEGAR A UN ACUERDO CON MI ESPOSO, CUANDO DISCUTIMOS ALGUN PROBLEMA. | CIERTO FALSO |
| 7. _ NOS GUSTA SALIR LOS FINES DE SEMANA. | CIERTO FALSO |
| 8. _ EXISTE UN SENTIMIENTO DE UNION EN NUESTRA FAMILIA. | CIERTO FALSO |
| 9. _ CUANDO HAY PROBLEMAS EN LA FAMILIA MI HIJO(A) EMPEORA. | CIERTO FALSO |
| 10. _ LOS DOMINGOS NOS GUSTA IR A LA FERIA. | CIERTO FALSO |
| 11. _ DE NO SER POR LA ENFERMEDAD DE MI HIJO(A), TO DO ESTARIA BIEN EN LA FAMILIA. | CIERTO FALSO |
| 12. _ EN NUESTRA FAMILIA TODOS LOS PROBLEMAS SON RESUELTOS. | CIERTO FALSO |
| 13. _ LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE APOYAN UNOS A OTROS. | CIERTO FALSO |

- | | | | |
|------|--|--------|-------|
| 14.- | ME GUSTA PLATICAR CON MI ESPOSO DE LOS PROBLEMAS DE OPINION QUE EXISTEN ENTRE LOS DOS. | CIERTO | FALSO |
| 15.- | ALGUN MIEMBRO DE MI FAMILIA TOCA UN INSTRUMENTO MUSICAL. | CIERTO | FALSO |
| 16.- | TANTO MI ESPOSO COMO YO, ESTAMOS DISPUESTOS A RESOLVER LOS PROBLEMAS. | CIERTO | FALSO |
| 17.- | A MI FAMILIA LE GUSTA IR AL ZOOLOGICO. | CIERTO | FALSO |
| 18.- | YO PARTICIPO EN LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES. | CIERTO | FALSO |
| 19.- | A MI ESPOSO LE GUSTA HACER BROMAS CUANDO TRATO DE HABLAR DE ALGO QUE ME MOLESTA. | CIERTO | FALSO |
| 20.- | DESPUES DE RESUELTO CUALQUIER PROBLEMA A MI ESPOSO Y A MI, NOS GUSTA PLATICAR SI LA SOLUCION FUE LA MEJOR. | CIERTO | FALSO |
| 21.- | DE NO SER POR LA ENFERMEDAD DE MI HIJO(a) PIENSO QUE SERIAMOS FELICES. | CIERTO | FALSO |
| 22.- | CUANDO HABLO DE PROBLEMAS CON MI ESPOSO, NO LO HAGO DELANTE DE LOS NIÑOS. | CIERTO | FALSO |
| 23.- | SI LE DIGO A MI ESPOSO SUS VERDADES, SE ENOJA POR LO TANTO, NO LO HAGO. | CIERTO | FALSO |
| 24.- | A MI FAMILIA LE GUSTA MUCHO VER LA TELEVISION. | CIERTO | FALSO |
| 25.- | CUANDO MI ESPOSO DICE ALGO CON LO QUE NO ESTOY DE ACUERDO, PREFIERO CALLARME PARA NO HACER MAS GRANDE EL PROBLEMA. | CIERTO | FALSO |
| 26.- | NO TENGO PROBLEMAS POR QUE ME GUSTA LA ARMONIA. | CIERTO | FALSO |
| 27.- | CUANDO MI ESPOSO NO QUIERE HABLAR DE PROBLEMAS, CAMBIO EL TEMA. | CIERTO | FALSO |
| 28.- | CUANDO A MI ESPOSO NO LE GUSTA LO QUE ESTAMOS HABLANDO, CAMBIO EL TEMA. | CIERTO | FALSO |
| 29.- | EN MI CASA, GENERALMENTE, SE LAVAN LOS TRASTOS DESPUES DE COMER. | CIERTO | FALSO |
| 30.- | MI ESPOSO NO TOLERA HABLAR DE LOS PROBLEMAS ENTRE NOSOTROS, POR LO QUE CUANDO DISCUTIMOS SIEMPRE TERMINAMOS INSULTANDONOS. | CIERTO | FALSO |

A P E N D I C E 2

CUESTIONARIO DE PADRES

NOMBRE DEL NIÑO _____

EDAD _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO M() F() _____ DOMICILIO _____

TELEFONO _____ ESCOLARIDAD _____

CON QUIEN VIVE EL NIÑO(A):

1) PADRE()

2) MADRE()

3) AMBOS()

4) OTROS _____

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____

TIENE HERMANOS EL NIÑO? (A) _____ CUANTOS _____

NOMBRE DE LOS HERMANOS. EDAD. SEXO. OCUPACION O ESCOLARIDAD.

HISTORIA DEL DESARROLLO:

CONDICIONES DEL EMBARAZO: NORMAL _____ SI HUBO PROBLEMAS
ESPECIFIQUE _____

FUE UN EMBARAZO DESEADO: SI() NO() POR QUE? _____

CONDICIONES DEL PARTO: A) NORMALES()
B) CESARIA ()
C) FORCEPS ()
D) OTROS _____

QUE REACCION HUBO EN LA FAMILIA ANTE EL NACIMIENTO DEL NIÑO:

PAPA: _____

MAMA: _____

HERMANOS: _____

OTROS: _____

QUE EDAD CAMINO: _____

QUE EDAD EMPEZO A HABLAR _____

QUE EDAD EMPEZO A CONTROLAR ESFINTERES _____

QUE EDAD CONTROLO ESFINTER DE DIA _____

A QUE EDAD CONTROLO ESFINTER DE NOCHE _____

QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO:

A)VARICELA () B)SARAMPION () C)RUBEOLA () D)ESCARLATINA ()

E) OTRAS _____ ESPECIFIQUE: _____

ACCIDENTES:

A)QUEMADURAS() B)GOLPES CON PERDIDA DEL CONOCIMIENTO() C)GOLPES -

SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO() D)FRACTURAS() E)OPERACIONES()

OTROS, ESPECIFIQUE: _____

EDAD QUE INGRESO A LA ESCUELA _____

RENDIMIENTO ESCOLAR _____

HA PRESENTADO EL NIÑO(A) ALGUNA DE ESTAS CONDUCTAS: (MARQUE CON UNA X SOBRE LA LINEA)

EN EL PASADO

ACTUALMENTE

TIMIDEZ: (PERDER LA SEGURIDAD EN UNO MISMO CUANDO NOS RELACIONAMOS CON OTRAS PERSONAS ESPECIALMENTE ANTE SITUACIONES NUEVAS)

AGRESIVIDAD: (QUE PROVOCA, CONDUCTA QUE INTENTA DANAR A OTROS)

BERRINCHES:

SE COME LAS UÑAS:

SE CHUPA EL DEDO:

PESADILLAS:

INQUIETUD AL DORMIR: (SE MUEVE MUCHO Y DESPIERTA DURANTE LA NOCHE)

MOJA LA CAMA:

EN EL PASADO

ACTUALMENTE

SENSIBLE: (RESPONDE FACILMENTE A CAMBIOS Y DIFERENTES SITUACIONES DEL EXTERIOR). _____

REBELDE: (DESOBEDIENTE, QUE SE RESISTE A ALGO) _____

DISTRAIDQ: (NO PUEDE FIJAR SU ATENCION POR MUCHO TIEMPO EN UNA COSA) _____

INSEGURO: (FALTA DE CONFIANZA, SIENTE TEMOR AL HACER ALGO) _____

INDIFERENTE: (QUE NO SE INCLINA O SE APEGA SOBRE ALGO O ALGUIEN) _____

APATICO: (QUE NO MUESTRA GUSTO POR ALGUIEN O ALGO) _____

MIEDOSO _____

TRAVIESO: _____

CAMBIOS BRUSCOS HUMOR: (QUE CAMBIA MUY FACILMENTE DE LA ALEGRIA A LA TRISTEZA, O AL ENOJO ETC.) _____

MENTIROSO: _____

PEREZOZO: _____

AISLADO: (TIENDE A SEPARARSE DE LA GENTE QUE LE RODEA) _____

DESORDENADO: _____

HABLA DORMIDO: _____

EL NIÑO PRESENTA LAS SIGUIENTES CONDUCTAS POSITIVAS:

ORDENADO: (LE GUSTA COLOCAR LAS COSAS DONDE LES CORRESPONDE. REALIZA ACTIVIDADES COMO: COMER, DORMIR, JUGAR EN EL MOMENTO Y LUGAR ADECUADO). SI ___ NO ___
LIMPIO SI ___ NO ___

ESTUDIOSO SI ___ NO ___

ATENTO: (EDUCADO) SI ___ NO ___

AFFECTUOSO: (QUE DEMUESTRA EL CARINO) SI ___ NO ___

DEMASIADO SENSIBLE: (QUE REACCIONA ANTE CUALQUIER CAMBIO O SITUACION POR PEQUENA E INSIGNIFICANTE QUE PAREZCA) SI ___ NO ___

INTELIGENTE: (QUE TIENE LA CAPACIDAD DE ENTENDER Y RESOLVER PREBLEMAS DE COM-
PRENSION) SI _____ NO _____

OTROS: _____

ASMA:
EDAD DEL NIÑO(a), LUGAR Y CIRCUNSTANCIA DEL PRIMER ATAQUE _____

CADA CUANDO LE DA LA CRISIS _____

DURACION PROMEDIO DE LA CRISIS _____

HA PASADO ALGUN TIEMPO SIN PRESENTAR ATAQUES DE ASMA SI() NO()
(EN CASO DE SI ESPECIFIQUE CUANTO TIEMPO) _____

A QUE LO ATRIBUYE _____

RELACION CON LUGARES:
EN DONDE ES MAS FRECUENTE QUE LE DE UN ATAQUE DE ASMA: A) POBLACION(),
B) HOGAR(), C) ESCUELA(), D) OTROS _____
(Especifique)

RELACION CON HECHOS:
LOS ATAQUES DE ASMA SE PRESENTAN GENERALMENTE ANTE:
() UN CAMBIO DE POBLACION
() UN ESFUERZO FISICO
() INFECCIONES RESPIRATORIAS
() OTRAS ENFERMEDADES _____
() ALGUNA OPERACION (especifique)
() SEPARACION DE LA MADRE
() SEPARACION DEL PADRE
() SEPARACION DE AMBOS
() NACIMIENTO DE UN HERMANO
() INGRESO A LA ESCUELA
() CAMBIO DE ESCUELA
() EXAMENES
() PROBLEMAS ESCOLARES
() REGANOS
() CASTIGOS
() PROBLEMAS FAMILIARES(especifique) _____
() LA RISA

SE PRESENTA O HA PRESENTADO UN ATAQUE DE ASMA AL ESTAR EN CONTACTO CON:
POLVOS () TABACO ()
FLORES () OLORES FUERTES ()
PLUMAS ()

QUE TIPO DE TRATAMIENTO LE HA DADO: _____

DATOS DE LA FAMILIA:

NOMBRE DEL PADRE _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____

OCCUPACION _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

_____ HORARIO DE TRABAJO _____

_____ MATRIMONIOS ANTERIORES _____ DURACION _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

MATRIMONIOS ANTERIORES _____ DURACION _____

ESTADO DE LOS PADRES: CASADOS _____ SEPARADOS _____
VIUDO(A) _____ UNION LIBRE _____
DIVORCIADO _____

CUANTO TIEMPO LLEVAN DE CASADOS: _____

ALGUN FAMILIAR PADECE O HA PADECIDO ASMA _____
(Especificar quienes)

ALGUIEN DE LA FAMILIA HA PRESENTADO O PRESENTA PROBLEMAS DE LA PIEL: _____

(especificar quienes)
LA APARICION DE ESTOS PROBLEMAS DE LA PIEL EN DICHOS FAMILIARES SE RELACIONAN CON UNA SITUACION DE STRESSES: _____

ALGUIEN DE LA FAMILIA HA PADECIDO O PADECE RINITIS ALERGICA (SE CARACTERIZA POR DOLORES DE CABEZA, ESTORNUDOS, OBSTRUCCION DE LA NARIZ Y MUCHO MOCO) _____

COMO CONSIDERA UD. SU RELACION CON SU ESPOSO(a):

A) AGRESIVA () D) COMPETENCIA ()
B) TENSA (CON ANGUSTIA) () E) ARMONIOSA ()
C) COOPERATIVA () F) ESTRECHAMENTE UNIDA ()
G) INDIFERENTE (QUE NO SE COMUNICAN LO QUE SIEN-
SIENTEN O VIVEN SOLO HABLAN LO NECESARIO) ()

OTROS (especificar) _____

QUE ACTIVIDADES REALIZAN JUNTOS (PADRES): _____

E CUANTO TIEMPO DISPONE PARA PASARLO CON EL NIÑO:

ADRE _____
ADRE _____

ON QUIEN DE LOS HERMANOS JUEGA MAS _____

ON QUIEN PELEA MAS _____

EL TIEMPO QUE PASA CON EL NIÑO, SUELE JUGAR CON EL O SUELE CUIDARLO MIENTRAS EL JUEGA: MADRE _____

PADRE _____

SUELE HACER OTRAS ACTIVIDADES MIENTRAS EL JUEGA; (cuales)

MADRE _____

PADRE _____

QUE ACTIVIDADES REALIZA JUNTO CON EL NIÑO:

EL PADRE _____

LA MADRE _____

HERMANOS _____

CUAL CREE QUE ES LA MEJOR MANERA PARA EDUCAR A SUS HIJOS: CON,

A)ENERGIA () C)INTERES EXAGERADO POR SU BIENESTAR ()

B)DANDOLES MUCHO PERMISO () D)EXIGENCIA ()

LO HA LLEVADO A CABO: SI () NO () POR QUE _____

QUIEN SE HACE CARGO DE LA DISCIPLINA DEL NIÑO: (DISCIPLINA; NORMAS O REGLAS QUE SE DAN DENTRO DE LA FAMILIA PARA GUIAR LA CONDUCTA Y ACTIVIDAD DE OTROS)

PADRE () HERMANOS ()

MADRE () OTROS ()

AMBOS () QUIENES? _____

CUALES DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS DISCIPLINARIAS CONSIDERA QUE SON MAS EFICIENTES: 1)REGAÑOS () 5)CASTIGO FISICO ()

2)ELOGIOS () 6)INDIFERENCIA ()

3)PREMIOS () 7)PLATICAS ()

4)CASTIGO () 8)AMENAZAS ()

CUALES DE ELLAS EMPLEA EL PADRE: _____

CUALES LA MADRE: _____

CUALES AMBOS: _____

HERMANOS: _____

OTROS, (quienes): _____

HABITACION:

VIVE EN: CASA SOLA _____ DEPARTAMENTO _____ VECINDAD _____

NO. DE CUARTOS QUE TIENE LA CASA: _____

NO. DE PERSONAS QUE HABITAN LA CASA: _____

CON QUIEN DUERME EL NINO(a): _____

CONVIVEN ANIMALES DENTRO DE LA CASA: _____

A P E N D I C E 3

CUESTIONARIO TEST DE LA FAMILIA

NOMBRE: _____ EDAD _____

¿NO ESCOLAR _____

1.- EN DONDE ESTAN? _____

2.- QUE HACEN AHI? _____

3.- NOMBRA A TODAS LAS PERSONAS QUE ESTAN AHI: _____

4.- DESCRIBE COMO ES CADA UNO Y CUAL DE ELLOS TE GUSTA MAS _____

5.- QUE SENTISTE AL HACER CADA UNO DE LOS PERSONAJES Y PORQUE? _____

6.- QUIEN SE LLEVA MEJOR CON QUIEN, Y QUIEN SE LLEVA MENOS CON QUIEN Y PORQUE? _____

7.- CUAL ES EL MAS BUENO DE TODOS Y PORQUE? _____

8.- CUAL ES EL MAS MALO DE TODOS Y PORQUE? _____

9.- CUAL ES EL MENOS FELIZ DE TODOS Y PORQUE? _____

10.- CUAL ES EL MAS FELIZ DE TODOS Y PORQUE? _____

11.- SI PAPA PROPUSIERA UN PASEO Y ALGUIEN TUVIERA QUE QUEDARSE, QUIEN SE --
QUEDARIA Y PORQUE? _____

12.- QUIEN DE TODOS SE PORTA MAL Y QUE CASTIGO RECIBIRA? _____